Operatives und strategisches Medizincontrolling

Herausgeber Dr. Nikolaus von Dercks

2. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Operatives und strategisches Medizincontrolling

Herausgeber Dr. med. Nikolaus von Dercks

2. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage

2. erweiterte und vollständig überarbeitete Auflage

© 2020 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: MG – Fotolia, Universitätsklinikum Leipzig

ISBN (Buch): 978-3-96474-335-0
ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-336-7

Vorwort zur zweiten Auflage

Das Medizincontrolling hat sich innerhalb weniger Jahre als eine zentrale Funktion in den Krankenhäusern – und mittlerweile auch bei anderen Akteuren des Gesundheitswesens – etabliert. Wie kaum ein anderes Tätigkeitsfeld ist es an der Schnittstelle zwischen Medizin und Betriebswirtschaft angesiedelt. Da liegt es nahe, dass auch das Vorwort zu diesem Buch von einem medizinischen und einem kaufmännischen Akteur gemeinsam verfasst wird.

Operative Kernaufgabe des Medizincontrollings ist es, eine korrekte und vollständige „Übersetzung" der Dokumentation von Krankheitsbild und Therapieverlauf in die Abrechnung sicherzustellen. Dies erfordert medizinischen Sachverstand, Kenntnisse der klinischen Abläufe, ein gewisses Faible für die Betriebswirtschaft ebenso wie für IT-Themen und Abrechnungsprozesse sowie juristisches Grundverständnis. Mit dieser breiten Aufstellung hat sich die junge Berufssparte eine große Bedeutung als Vermittler im und Mitgestalter des Klinikbetriebes verdient und dabei eine wichtige strategische Rolle eingenommen. Medizincontroller unterbreiten kurzfristig Vorschläge zur Dokumentation oder Fallsteuerung, sind mittelfristig an der Leistungs- und Budgetplanung beteiligt und begleiten langfristig Entscheidungen zum Leistungsportfolio und infrastruktureller Entwicklung.

Aus Sicht praktizierender Mediziner mag die Rolle des Medizincontrollers oder des „controllenden Mediziners" mitunter fremd anmuten, soll es doch bei der Medizin um die bestmögliche Behandlung kranker Menschen gehen, und weniger um Abrechnungskataloge und Erlössicherung. Das Berufsbild ergibt sich jedoch schon aus grundsätzlich begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen einerseits sowie kaum begrenzten gesundheitlichen Bedürfnissen und stetig zunehmenden Diagnose- und Behandlungsoptionen andererseits. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die begrenzten Ressourcen möglichst gerecht und effizient, also mit dem Ziel der bestmöglichen Gesundheitsversorgung, auf die leistungserbringenden Krankenhäuser zu verteilen.

Womit wir wieder beim Thema Schnittstelle aus Medizin und Ökonomie wären.Tagtäglich stehen wir vor der Herausforderung, ethische und medizinische Grundfragen sowie das Streben nach Nutzung medizinischen Fortschritts in Einklang mit ökonomischen Restriktionen im Gesundheitswesen, am Ende den begrenzten Mitteln der Beitragszahler, zu bringen. Welche Versorgung wird in welchem Umfang durch welche Struktur erbracht? Welche Innovationen werden finanziert? Was ist der Rahmen unseres Solidarprinzips notwendig, wünschenswert und machbar?

Der – tatsächlich oder anscheinend – zunehmende Wirtschaftlichkeitsdruck im Gesundheitswesen wird landläufig oft mit dem DRG-System in Verbindung gebracht. Tatsächlich hat es diesen Druck jedoch schon vorher, auf gewisse Weise vermutlich schon immer, gegeben. Ebenso ungerecht wäre es, das Medizincontrolling für diesen Wirtschaftlichkeitsdruck verantwortlich zu machen. Als unstrittig kann jedoch gelten, dass das DRG-System maßgeblich für die dynamische Entwicklung des Medizincontrollings in den letzten 20 Jahren verantwortlich war. Eine aktive Steuerung des Leistungsportfolios und des Patientenpfades erwiesen sich als unmittelbar erlösrelevant. Ob der aktive Einfluss des Medizincontrollings hierbei stets, über die Perspektive des einzelnen Krankenhauses hinaus, zu einer aus Sicht der Solidargemeinschaft bestmöglichen Gesundheitsversorgung beiträgt, sei einmal dahin gestellt. Das Handeln des Einzelnen ist zwangsläufig geprägt von den jeweiligen regulatorischen Rahmenbedingungen. Man kann dem Medizincontrolling aber sicherlich zugestehen, dass es neben der operativen Optimierung der Abrechnung des einzelnen Krankenhauses auch wertvolle strategische Diskussionsbeiträge zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems und der Krankenhauslandschaft insgesamt leistet.

Neben dem Fokus auf die Wirtschaftlichkeit ist die Wahrnehmung des Medizincontrollings mit dem oftmals vorgetragenen Empfinden der Leistungserbringer verbunden, immer mehr Dokumentationszeit zu Lasten der Patientenversorgungszeit aufbringen zu müssen. Seien wir ehrlich: dieses Empfinden ist sowohl emotional nachvollziehbar als auch sachlich zutreffend. Dokumentationspflichten bestehen an vielen anderen Stellen des Lebens, sei es bei Baukredit, Kindergeld oder Versicherungsschaden,und sie sind selten vergnüglich. Dokumentationspflichten ergeben sich aus dem Bedarf einer möglichst gerechten Verteilung begrenzter Mittel unter den leistungserbringenden Krankenhäusern – siehe oben. Die konkreten Mittelbedarfe müssen wiederum für den Kostenträger, am Ende also den Beitrags- und Steuerzahler, transparent und nachvollziehbar sein, der nunmal das konkrete medizinische Handeln vor Ort nicht beobachten oder gar kontrollieren kann.

Das Medizincontrolling hat hierbei interne Prüfinstanz zu sein und muss gleichzeitig unterstützend vermitteln. Welche ärztliche Dokumentation erfüllt in erster Linie die gesetzliche Pflicht? Welcher Nachweis der Pflege dient der Erfüllung von Qualitätssicherungsvorgaben? Welche Aufzeichnung der geleisteten Therapie ist für die Abrechnung unabdingbar? Welche Nebendiagnosen sind relevant? Dabei muss es gelingen, die stetig steigende Komplexität des DRG-Systems, der Kodierrichtlinien oder der Ein- und Ausschlusskriterien, verständlich in den klinischen Alltag als auch eine adäquate Abrechnung zu transportieren.

Dessen ungeachtet ist eine enorme Zunahme der Dokumentationsanforderungen und der Streitigkeiten über die Angemessenheit der Krankenhausabrechnungen (und damit oft indirekt über die Erfüllung von Dokumentationsanforderungen) zu konstatieren. Hier ist in den letzten Jahren ein Stand erreicht, der weder ökonomisch effizient noch medizinethisch geboten scheint. Die Sozialgerichte werden seit Jahren stetig ansteigend bis hin zur Überlastung in Anspruch genommen. Doch selbst höchstrichterliche Entscheidungen schaffen nicht immer Kodier- und damit Abrechnungssicherheit. Dies ist schon allein deshalb so, weil sich Medizin weiterentwickelt oder weil gleichgeartete Sachverhalte von verschiedenen Leistungserbringern, Fachgremien oder Gutachtern sehr unterschiedlich bewertet werden. Im Medizincontrolling mussten wiederum Ressourcen aufgewendet und Abteilungen in Größenordungen aufgebaut werden, die sich selbst ambitionierte Medizincontroller vor einigen Jahren in den kühnsten Träumen nicht ausmalten.

Der Gesetzgeber reagierte auf diese Situation mit dem MDK-Reformgesetz, sicherlich ein richtiger und ein wichtiger Schritt. Während an einigen Punkten Fortschritte im Sinne einer Reduktion des Aufwands bei Abrechnungsprüfungen zu verzeichnen sind, wirft das Gesetz an anderen Stellen neue Fragen auf. Im vorliegenden Band wird darauf entsprechend ausführlich Bezug genommen. Viele intensive und hitzige Diskussionen zu gesetzgeberischen Details, bis hin zu veritablen Medienkampagnen, erschienen dann nur wenige Monate nach Verabschiedung des MDK-Reformgesetzes im ersten Halbjahr 2020 plötzlich sehr weit weg. Im Lichte der Corona-Pandemie wurden viele Regelungen quasi über Nacht schlicht außer Kraft gesetzt. Innerhalb kürzester Zeit gab es Klarstellungen zur Dokumentation und Kodierung. Neben der Behandlung stationärer Fälle wurden den Krankenhäusern plötzlich auch freie Betten vergütet.

Die Corona-Pandemie-Situation lehrt uns einerseits, wie schnell sich viele Diskussionen zu Wirtschaftlichkeit und Controlling relativieren und das eigentlich Wesentliche wieder stärker in den Blickpunkt rückt – die Qualität der Medizin, die bestmögliche Patientenversorgung, aber auch die Notwendigkeit, Kapazitäten für Notsituationen vorzuhalten. Andererseits werfen die vergangenen Monate ein Schlaglicht auf viele Qualitäten und Mängel unseres Gesundheitssystems. Dies verbindet sich mit der Hoffnung, dass die Politik nach dem akuten Krisenmanagement in eine Phase der Reflexion eintritt, die vielleicht auch zu relevanten Veränderungen in der Krankenhaus-Finanzierung führt, seien es eine andere Kompensation für die Vorhaltekosten insbesondere bei Maximalversorgern oder ein Abrüsten bei Dokumentationsanforderungen und Abrechnungsprüfung.

Hierbei wird auch das Medizincontrolling eine bedeutende Rolle spielen, sowohl auf gesundheitspolitischer als auch auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Gerade in Zeiten der Veränderung gewinnt strategisches Medizincontrolling an Bedeutung. Wie

werden sich Patientenströme künftig entwickeln, wie die Verteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung? Welche Kapazitätsvorhaltungen sind im Lichte möglicher Pandemiewellen angemessen? Und wie gestaltet man Leistungsplanung und Budgetverhandlung im Lichte gewissermaßen unbrauchbarer Vorjahreswerte? Das alles sind Fragen, deren Beantwortung ohne Medizincontroller kaum denkbar ist.

Der vorliegende Band liefert in einer enormen Spannweite von operativen über rechtlichen zu strrategischen Themen zahlreiche Ansätze, um solche Fragen zu beantworten. Eine ebenso große Spannweite weist der Erfahrungshorizont des Autorenkollektivs um den Herausgeber Nikolaus von Dercks auf. Das garantiert fundierte fachliche Erläuterungen ebenso wie eine Menge interessanter und innovativer Perspektiven. Mit der hier vorliegenden zweiten Auflage wird die bereits in der ersten Ausgabe geschlagene Brücke zwischen Medizin und Ökonomie im Krankenhaus – bei noch gestiegener Spannweite – weiter untermauert. Umfassende Berücksichtigung finden die in jüngster Vergangenheit oft sehr kurzfristig in Kraft getretenen gesetzlichen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft. Angesichts der sich rasch verändernden Rahmenbedingungen, siehe oben, ist uns auch um weitere Auflagen nicht bange.

Wir gratulieren dem Herausgeber und seinen Kollegen zu dieser 2. Auflage und wünschen Ihnen, liebe Leser, eine gleichermaßen unterhaltsame wie lehrreiche Lesezeit.

Leipzig im September 2020

Dr. rer. pol. Robert Jacob
Prof. Dr. med. Christoph Josten

Vorstand Universitätsklinikum Leipzig

Vorwort zur ersten Auflage

Medizin sollte sich grundsätzlich daran orientieren, was dem individuellen Patienten in seiner spezifischen Situation nützt. Gemäß Sozialgesetzbuch V sollten die diagnostischen und therapeutischen Interventionen ebenso wie Maßnahmen der Krankheitsvorsorge und Gesunderhaltung sowie der Rehabilitation ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (§12 (1) SGB V). Wo immer möglich, muss auf die vorhandene Evidenz Bezug genommen werden. In diesem Sinn ist evidenzbasierte Medizin die Anwendung von wissenschaftlicher Evidenz unter Beachtung der persönlichen ärztlichen Erfahrung sowie der Situation und der Bedürfnisse und Wünsche des Patienten.

Gehen wir – in utopischer Weise – davon aus, dass diese Vorgänge im Rahmen perfekter Diagnostik- und Behandlungsprozesse stattfinden, sollte der dabei entstehende Aufwand 1:1 erstattet werden. Nachdem wir allerdings in der medizinischen Behandlung von Patienten, dem komplexesten vorstellbaren Prozessgefüge, von idealen, perfekt aufeinander abgestimmten Prozessen nicht selten entfernt sind, wurde das in einer solchen idealen Welt durchaus angemessene Kostendeckungsprinzip Ende der neunziger Jahre schrittweise verlassen und durch ein Fallpauschalensystem ersetzt, das in den vergangenen 13 Jahren immer weiter verfeinert wurde. Dieses DRG-System, das gegenüber der Praxis tagesgleicher Abteilungspflegesätze den Fehlanreiz einer Verweildauerverlängerung zum Sanktionsinstrument umdefinierte, birgt Chancen und Risiken. Da es im wesentlichen Prozeduren und therapeutische Maßnahmen zur Grundlage der Refinanzierung macht, hat das Krankenhaus die Chance, bei entsprechend guter Dokumentation der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einen adäquaten Erlös zu erzielen; dagegen steht das Risiko, bei – und das ist sicher nicht selten – unzureichender Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen auf den Kosten sitzen zu bleiben. Schließlich ist dem System intrinsisch auch die Versuchung, von zwei möglicherweise gleichwertigen Behandlungsalternativen ohne Zusatznutzen für den Patienten unter dem wirtschaftlichen Druck die erlösträchtigere zu wählen; dieses Szenario ist die Grundlage für die ubiquitäre Diskussion über die Angemessenheit von Maßnahmen, ein „Zuviel“ an diagnostischen und therapeutischen Interventionen, z. B. Koronarangiographien oder Bandscheibenoperationen und Kniegelenkarthroskopien.

In diesem Umfeld sind in die Medizin zwei bis vor zwanzig Jahren kaum, und jedenfalls nicht systematisch genutzte Bereiche eingezogen: das Medizincontrolling und das Qualitäts- und Risikomanagement. Ein ökonomisches Teilgebiet wie das Controlling im Allgemeinen und das Medizincontrolling im Besonderen stellt nicht nur einen Kontrollmechanismus für das am und für den Patienten Geleistete dar, sondern – im richtigen Sinne

verstanden – auch ein Steuerungsinstrument. Die Beachtung von aus der sorgfältigen Analysen von mittlerweile Millionen von Behandlungsfällen resultierenden und stetig aktualisierten Parametern wie Grenzverweildauern, in einer Kostenmatrix scheinbar festgeschriebene Obergrenzen z. B. für bestimmte Implantatpreise und andere Parameter zwingt die Krankenhäuser zur Optimierung der Behandlungsprozesse: das für die spezifische Problemsituation des Patienten Richtige und Angemessene – ohne Überdiagnostik und Übertherapie, aber eben auch ohne Notwendiges und Hilfreiches vorzuenthalten, und das alles in einem gut organisierten Prozess ist gute Medizin im Sinne des Patienten. Um hier nicht nur den Überblick zu behalten, sondern die Behandlung des Patienten sowohl medizinisch besser als auch ausreichend wirtschaftlich zu machen – wir gehen ja mit dem Geld der Versicherten und der Steuerzahler um – mussten Berufsbilder etabliert werden, die das Wohl des Patienten mit der Ökonomie verbinden können. Sie sind maßgeblich von ökonomisch und prozesstechnisch versierten Ärzten geprägt. Teilweise haben die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so stark an Einfluss gewonnen, dass die Seite der „angemessenen, richtigen Medizin" in Gefahr geraten kann. Der wirtschaftliche Druck ist besonders hoch für Maximalversorger, die am Ende der Versorgungskette bei der Behandlung von schwerkranken Patienten stehen: dieses Ende der Bandbreite von erforderlichem Aufwand ist im DRG-System häufig nicht oder nicht korrekt abgebildet. Ein gutes Beispiel für solche „Extremkostenfälle" war die Epidemie von EHEC-Infektionen mit hämolytisch-urämischem Syndrom im Frühjahr 2011. Zusätzlich macht die unverändert strikte Trennung der Sektoren Krankenhaus und niedergelassene Vertragsärzteschaft die Gestaltung medizinisch perfekter und wirtschaftlich angemessener Diagnostik – und Behandlungsprozesse nicht einfacher; es ist zu vermuten, dass an dieser Schnittstelle Summen in Milliardenhöhe nutzlos verschwinden. Dieses spezielle deutsche Hemmnis wird sich jedoch so rasch vermutlich nicht auflösen.

Mit Hilfe des Medizincontrollings soll der Brückenschlag zwischen Betriebswirtschaft und Medizin realisiert werden. Operativ gelingt das durch Primärkodierung, intelligente Fallsteuerung und Beratung der am Behandlungsprozess Beteiligten. Zunehmend gewinnt aber auch eine strategische Komponente an Bedeutung, insbesondere bei Fragen zur künftigen Versorgung von Patienten: ambulant vs. stationär, Fallsteuerung durch Kooperation mit anderen Krankenhäusern, Strukturanforderungen durch G-BA und OPS und vieles andere. Aber auch strategische Erwägungen zur künftigen Entwicklung eines Krankenhauses sind wirtschaftlich einzuordnen und zu bewerten. Dabei darf das strategische Medizincontrolling nicht dazu führen, dass erlösträchtige und damit betriebswirtschaftlich günstige Fallkonstellationen bevorzugt und weniger gut im DRG-System abgebildete Krankheitssituationen vernachlässigt werden: Rosinen picken verträgt sich nicht mit ärztlichem Ethos. Umgekehrt widerspricht ein großzügiger und unachtsamer

Umgang mit den Ressourcen in einem öffentlich finanzierten Solidarsystem dem Ethos einer angemessenen Verwendung solcher Mittel.

In der vorliegenden Sammlung von Beiträgen mit teilweise Lehrbuchcharakter, teilweise strategischen und systemkritischen Positionsbeschreibungen ist Nikolaus von Dercks und seinen Autoren ein exzellenter Rundumblick zum Thema Medizincontrolling gelungen. Er selbst hat sich als gründlich in einem universitätsmedizinischen Umfeld ausgebildeter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie hervorragend gut und schnell in die Materie des Medizincontrollings vertieft und treibt das Feld aktiv voran. Alle seine Mitautoren sind entweder versierte und erfahrene Praktiker oder in der akademischen Ausbildung mit dem Thema befasst. So ist ein Buch zusammengetragen worden, das alle Aspekte von der Organisationsstruktur und Personalentwicklung im Medizincontrolling über die wichtigen praktischen Aspekte des operativen Medizincontrollings und die zunehmend in der Vordergrund rückenden strategischen Felder beinhaltet, und am Ende auch den Blick in die Zukunft wagt, wobei der Autor dieser Zeilen als „altgedienter" akademischer Kliniker und Medizinmanager das Jahr 2050 für zu weit entfernt hält, um diesseits von Science Fiction erwartbare und mögliche Vorstellungswelten zu beschreiben. Ich beglückwünsche den Herausgeber und seine Autoren zu einem lesenswerten, lehrreichen, umfassenden und zeitgerechten Werk und wünsche diesem zahlreiche Leser.

Leipzig im Juni 2018

Prof. Dr. med. Wolfgang E. Fleig

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur zweiten Auflage . . . 3
Vorwort zur ersten Auflage . . . 7
Abbildungsverzeichnis . . . 16
Abkürzungsverzeichnis . . . 20

Einleitung . . . 23

Kapitel 1 – Grundlagen . . . 27
1.1 Das Medizincontrolling – Ein Überblick . . . 29
1.1.1 Hintergrund . . . 29
1.1.2 Operatives Medizincontrolling . . . 31
1.1.3 Strategisches Medizincontrolling . . . 32
1.2 Grundlagen des DRG-Systems . . . 36
1.2.1 Anlass und Ursprünge des deutschen DRG-Systems . . . 36
1.2.2 Definition DRG-System . . . 37
1.2.3 Vorgehensweise im DRG-System . . . 38
1.2.4 Budgetermittlung . . . 40
1.2.5 Entwicklungen und Perspektiven . . . 41
1.3 Kodierrichtlinien – Werkzeug oder Waffe? . . . 42
1.3.1 Einleitung . . . 42
1.3.2 Rechtliche Bedeutung . . . 42
1.3.3 Ans Eingemachte – Operationalisieren der DKR . . . 44
1.3.4 Die Allgemeinen Kodierrichtlinien . . . 45
1.3.5 Die Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren . . . 51
1.3.6 Fazit . . . 53
1.4 Organisation und Personalbemessung im Medizincontrolling . . . 54
1.4.1 Organisation . . . 54
1.4.2 Funktion und Einordnung . . . 55
1.4.3 Kodiermodelle und Erfahrungen . . . 56
1.4.4 Personalbemessung . . . 62
1.5 Grundlagen der Krankenhausfinanzierung . . . 68
1.5.1 Duale Finanzierung der Krankenhäuser . . . 68
1.5.2 Investitionsfinanzierung . . . 74
1.5.3 Leistungsfinanzierung . . . 80
1.5.4 Ambulante Erlöse und Nutzungsentgelte . . . 89

1.6 Wege über die Forschung in die gesetzliche Erstattungsfähigkeit – Digitale Versorgungsinnovationen 91
1.6.1. Digitale Innovationen in der Gesundheitsversorgung 91
1.6.2 Marktzugangswege für digitale Gesundheitsangebote 91
1.7 Ökonomie und Ethik in der Medizin 101
1.7.1 Wo liegt das Problem? 101
1.7.2 Ethik: medizinisch, ärztlich, wirtschaftlich 102
1.7.3 Prinzipien einer dem Patienten und seinem Problem angemessenen, „richtigen“ Medizin. 103
1.7.4 Wie wird „richtige“ Medizin im Krankenhaus angemessen finanziert? 106
1.7.5 Ethik und Ökonomie 107

Kapitel 2 – Operatives Medizincontrolling 109
2.1 Primärkodierung und Liquidität 111
2.1.1 Theoretische Grundlagen der Kodierung 111
2.1.2 Primärkodierung und Liquiditätssicherung 114
2.2 Kennzahlen, Indikatoren und Berichtswesen im Medizincontrolling. 118
2.2.1 Aufgaben 118
2.2.2 Datenaufbereitung 118
2.2.3 Bedeutung von Kennzahlen 119
2.2.4 Zielgruppe 121
2.2.5 Darstellung. 121
2.2.6 Bereiche der Operationalisierung 123
2.2.7 Auswertung von Kennzahlen 124
2.2.8 Leistungskennzahlen 126
2.2.9 Prozesskennzahlen 131
2.3 Tools im Medizincontrolling 132
2.3.1 Überwachung der Erlösverluste 132
2.3.2 Überwachung der Regelungen des MDK-Reformgesetzes 140
2.3.3 Kodierrevision 143
2.3.4 Simulationen 152
2.4 Transparenz und Steuerung von geplanten Behandlungsprogrammen 157
2.4.1 Prozessmanagement und Prozesscontrolling. 158
2.4.2 Prozesssteuerung 159
2.4.3 Nutzen von Kennzahlen 160
2.4.4 Balanced Scorecard-Ansatz. 161
2.4.5 Prozesskostenrechnung zur Steuerung der Wirtschaftlichkeit 161
2.4.6 Fazit 168

Kapitel 3 – Strategisches Medizincontrolling 171
3.1 Leistungsplanung 173
3.1.1 Leistungsplanung im DRG-Zeitalter 173
3.1.2 Art der Leistungsplanung 174
3.1.3 Leistungsplanung im stationären DRG Umfeld 175
3.1.4 Anpassungen des Gesetzgebers im DRG-Katalog 178
3.1.5 Umsetzung der Leistungsplanung. 179
3.1.6 Erlösverteilung im Krankenhaus 182
3.2 Budgetverhandlungen 187
3.2.1 Setting 187
3.2.2 Vorbereitung und Ausgangsbasis 189
3.2.3 Kalkulation der unbewerteten Entgelte. 193
3.2.4 Ermittlung des Pflegebudgets. 199
3.2.5 Erlösausgleiche, Mehrleistungsabschlag und Fixkostendegressionsabschlag 201
3.2.6 Ausblick 204
3.3 Exkurs: Eine empirische Analyse der Bettenbelegung über ein Jahr 206
3.3.1 Hintergrund 206
3.3.2 Forschungsfragen und Datenquellen 207
3.3.3 Innere Medizin und Allgemeinmedizin. 208
3.3.4 Augenheilkunde. 214
3.3.5 Zusammenfassung und Wertung 220
3.3.6 Weiterführende Betrachtungen 222
3.4 Geografische Marktanalysen kompakt: Ziele, Hintergründe und praktische Durchführung 226
3.4.1 Ziele von Geo-Marktanalysen im Krankenhaus. 226
3.4.2 Datenbasis 227
3.4.3 Definition des Einzugsgebietes 227
3.4.4 Unterschiedliche Betrachtungsweisen bei der Durchführung von Marktanalysen. 229
3.4.5 Die einzelnen Analysen 230
3.5 Unternehmensentwicklung und Leistungsportfolio 238
3.5.1 Bestandsaufnahme. 239
3.5.2 Analyse der Bestandsdaten und Ableitung der Ziele 249
3.5.3 Ergebnisableitung. 252
3.5.4 Fazit. 259
3.6 Qualitätsmanagement 261
3.6.1 Einleitung. 261
3.6.2 Welches Anliegen hat Qualitätsmanagement? 261

BESTELLEN SIE JETZT

☐ **Ja,** ich bestelle

___ Expl. Operatives und strategisches Medizincontrolling

Hardcover, 2020, 432 Seiten
ISBN 978-3-96474-335-0
59,95 Euro

___ Expl. Operatives und strategisches Medizincontrolling

PDF, 2020
ISBN 978-3-96474-336-7
54,95 Euro

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform oder – wenn die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Ware widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser schriftlichen Belehrung, jedoch nicht, bevor Ihnen eine schriftliche Auftragsbestätigung vorliegt.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache.

Die mgo fachverlage GmbH & Co. KG verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen des Vertragsverhältnisses gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b. EU-DS-GVO. Detaillierte Informationen zum Datenschutz finden Sie unter https://shop.mgo-fachverlage.de/datenschutz

Unser Bestellservice

09221 949-389

09221 949-377

ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

mgo fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefonnummer

Datum / Unterschrift

Dr. Nikolaus von Dercks
Leiter Medizincontrolling
Universitätsklinikum Leipzig

Der Anspruch des vorliegenden Buches ist es, sowohl den Medizincontroller, als auch den mit reinen Kodieraufgaben betrauten Arzt einer Abteilung oder Klinik gleichermaßen zu erreichen. Dabei sollen dem Spezialisten noch Denkanstöße und Empfehlungen gegeben werden, wohingegen dem Außenstehenden bestimmte Grundzüge des Medizincontrollings vermittelt werden sollen. Der rote Faden ist die zunächst grobe Gliederung in das operative Medizincontrolling – also das Tagesgeschäft, sowie das strategische Medizincontrolling, das auf zukünftige Belange des Krankenhauses ausgelegt ist.

Unbestritten nimmt das Medizincontrolling einen zunehmend wichtiger werdenden Bestandteil bei der Führung eines Krankenhauses ein. Dabei ist die primäre Kodierung und das MDK-Geschäft nur ein Bestandteil. In steigendem Maße werden strategische Fragestellungen wie zum Beispiel die künftige Ausrichtung eines Standorts relevant werden. Auch Strukturprüfungen und das weite Feld der Budget- und Entgeltverhandlungen sind – wenn auch nur teilweise – Arbeitsgebiete des Medizincontrollings. Das vorliegende Buch soll die verschiedenen Belange veranschaulichen und dem Leser praktische Hilfestellungen bieten.

Die Autoren kennen das Tagesgeschäft im Medizincontrolling aus den verschiedenen Perspektiven und führen den Leser mit viel Expertise durch ihr jeweiliges Fachgebiet. Dabei wird an verschiedenen Stellen auf die aktuelle Entwicklung – zum Beispiel in der Rechtsprechung – ausführlich eingegangen. Letztlich soll gezeigt werden, dass ein Krankenhaus eine den Patienten wertschätzende und qualitativ hochwertige Medizin durchaus auch wirtschaftlich erbringen kann. Einen Beitrag dazu will dieses Buch leisten.

mgo fach verlage

www.ku-gesundheitsmanagement.de