

SwissDRG – was gibt es für die Spitäler zu tun?



Inhalt

Stellenbedarf Ärzte in der Spital Thun-Simmental AG

Seite 2

Interview mit Beat Reber, Leiter Human Resources, Spital Thun-Simmental AG

Seite 3

Optimale Nutzung der REKOLE®-Datenflut mit einem Auswertungsmanagement

Seite 4

Festlegung des Personalbedarfs im emotional anspruchsvollen Vorfeld einer Fusion

Seite 5

Interview mit Thomas Hugentobler, Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung (CEO), Spitalregion Fürstenland Toggenburg

Seite 5

Ausbau der Kompetenzen der Keller Unternehmensberatung AG

Seite 6

Grosse Optimierungsmöglichkeiten in der Administration der Patientendaten

Seite 7

Dr. Othmar Hausheer, hausheer@keller-beratung.ch

Laufen lernen mit DRGs

Die Arbeiten zur Einführung einer DRG-basierten Abgeltung der stationären Spitalleistungen schreiten voran. Der Verein SwissDRG geht davon aus, dass erste Spitäler tarifwirksam per Januar 2009 auf der Basis des SwissDRG-Systems finanziert werden. Nach ein bis zwei Jahren sollen alle Akutspitäler in der Schweiz auf der Basis von SwissDRGs abgelingen werden.

Eine DRG-basierte Abgeltung der Spitalleistungen geht grundsätzlich davon aus, dass die Leistungseinkäufer für die akutstationären Fälle eine vollkostenorientierte Pauschale entrichten. Leistungen für sogenannte gemeinwirtschaftliche Bereiche wie Lehre & Forschung, Aus- und Weiterbildung oder Bereitschaftsdienst im Notfall werden durch separate Beiträge entgolten. Dies bedeutet, dass die Spitäler eines Kantons zukünftig für die gleiche Leistung identisch entschädigt werden. Allenfalls wird der Basispreis – der Preis für das Fallgewicht 1.000 – nach den drei Spitalkategorien Universitätsspital, Zentrumsspital und Regionalspital differenziert. Spitäler mit durchschnittlichen Gestehungskosten, die unter den sogenannten CaseMix-bereinigten Kosten liegen, erzielen dann einen Gewinn, diejenigen mit überdurchschnittlichen Gestehungskosten entsprechend einen Verlust. Die Spitäler stehen somit vor der Herausforderung bis zum Zeitpunkt 2010 für eine mehr oder weniger konkurrenzfähige Produktionsstruktur zu sorgen und mit dem SwissDRG-System „laufen zu lernen“.

Damit ein Spital feststellen kann, welche akutstationären Leistungen zumindest zu den in Aussicht gestellten Preisen erbracht werden können, sind mindestens folgende Instrumente und die damit generierbaren Informationen notwendig:

- REKOLE®-konforme Kostenträgerrechnung
- Belastbare Anlagebuchhaltung
- Codierung mit guter Datenqualität.

[weiter auf Seite 2](#)

In Spitälern, wo die Kantone und zum Teil die Krankenversicherungen bereits heute basierend auf dem AP-DRG-System akutstationäre Leistungen abgelden, verfügen die Spitäler mittlerweile mehr oder weniger über die notwendigen Führungsinstrumente und – informationen. Wege und Mittel werden gesucht, um die Leistungserstellung in den Fachdisziplinen so anzupassen, dass im Rahmen der Vorgaben gearbeitet wird.

Sobald im Frühjahr 2007 die erste Version des Swiss-DRG-Groupers und eine erste Einführungsversion der von SwissDRG erstellten Fallgewichte verfügbar sein werden, können weitere Arbeiten an die Hand genommen werden. Insbesondere können dann anhand der SwissDRG-Fallgewichte die Auswirkungen auf die Erlössituation des ganzen Hauses, der Fachdisziplinen oder der Diagnosegruppen geschätzt werden. Die dann vorliegenden Fallgewichte geben dann die Richtung für die Grössenordnung der zukünftig in der Schweiz zu erwartenden Erlöse bzw. Kosten vor. In denjenigen Diagnosegruppen, wo erwartet wird, dass die Fallgewichte im Vergleich zu den von APDRG Schweiz berechneten Fallgewichten stark abweichen, ist derzeit mit der entsprechend notwendigen Zurückhaltung z.B. im Falle von Sparentscheidungen an die Arbeit zu gehen.

Für Spitäler, die noch wenig Vorbereitungsarbeiten im Bereich der leistungsorientierten Spitalfinanzierung geleistet haben, ergibt sich aufgrund bisheriger Erfahrungen grob etwa folgendes Vorgehen:

- Wissensaufbau und Vermittlung in der DRG-Thematik unter Einbezug der Kaderärzte
- Anstellung von Codierfachpersonen; für eine gute medizinische Dokumentation sorgen
- Aufbau und Implementierung der Kostenträgerrechnung und Leistungserfassung nach REKOLE®
- Erste Erfahrungen sammeln mit DRG-basierter Abgeltung von Leistungen (z.B. mit MTK)
- Mit Schattenrechnung die Erlös-Veränderungen abschätzen
- AP-DRG-basierte Benchmarking durchführen und Optimierung der Leistungserstellung insbesondere in den umsatzintensiven Diagnosegruppen
- Integriertes Leistungs- und Finanzcontrolling u.a. anhand der mit DRG zusätzlich verfügbaren Kennzahlen und Messgrössen aufbauen
- Optimierung der Dokumentation (Krankenhausinformations-System).

Die Erfahrungen zeigen, dass der Aufbau eines Systems mit stabilen und erhärteten Daten einige Zeit in Anspruch nimmt. Es lohnt sich deshalb, Projekte frühzeitig zu planen, um rechtzeitig fit zu sein für eine DRG-basierte Abgeltung! ◀

Dr. Othmar Hausheer, hausheer@keller-beratung.ch

Stellenbedarf Ärzte in der Spital Thun-Simmental AG

Die Spital Thun-Simmental AG beauftragte die Keller Unternehmensberatung AG den Stellenbedarf für den Arztendienst in der medizinischen und chirurgischen Klinik zu ermitteln. Das Projekt wurde im Oktober 2005 gestartet und im März 2006 abgeschlossen. Die Resultate bilden eine zentrale Grundlage für die leistungsabhängige Festlegung der notwendigen Arztstellen im laufenden Jahr.

Für die Berechnung des Stellenbedarfs im ärztlichen Dienst gibt es in der Schweiz keine anerkannten Standards (z.B. Zeitwerte) und Methoden. Dies ganz im Gegensatz zum Pflegedienst, wo sich basierend auf validierten LEP-Daten der Personalbedarf gut abgestützt berechnen lässt.

Um gleichwohl eine gute Akzeptanz der Berechnungsergebnisse bei den Spital- und Klinikverantwortlichen zu erreichen, führten wir das Projekt für die medizinische und die chirurgische Klinik wie folgt durch:

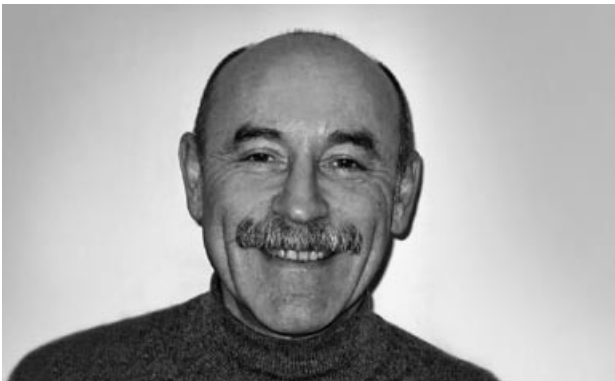
- Festlegung der Aktivitäten und IST-Zeitwerte durch Mitarbeitende der jeweiligen Klinik
- Genehmigung der erhobenen Aktivitäten und IST-Zeitwerte durch die jeweilige Klinikleitung
- Berechnung des IST-Stunden-Totals und Vergleich mit dem aufgrund des IST-Stellenplans zur Verfügung stehenden Stundenvolumen
- Beurteilung der IST-Zeitwerte und Berechnung des Stellenbedarfs durch Keller Unternehmensberatung AG u.a. durch Einbezug eines internistischen und chirurgischen Experten
- Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen (insbesondere für Aktivitäten mit zu hohen Zeitwerten)
- Präsentation / Diskussion der Resultate und Empfehlungen mit der Klinik- und Spitalleitung.

Mit der detaillierten Aktivitäten- und Zeittransparenz wurde eine gute Grundlage für eine sachliche Dis-

kussion des notwendigen Stellenbedarfs pro Arztkategorie (z.B. Oberarzt/Assistenzarzt) geschaffen. Erwartungsgemäss wurden vor allem Diskussionen über die „vernünftige“ Höhe der Zeitwerte geführt (z.B. Aufnahme im Notfall). Unter Einbezug der Argumente und Sicht der Klinikleitung, der Position der Keller Unternehmensberatung AG sowie der für das laufende Jahr zu erwartenden Fallzahlen werden die notwendigen Arztstellen zwischen Klinik- und Spitalleitung ausgehandelt und vereinbart. ◀

Dr. Othmar Hausheer, hausheer@keller-beratung.ch

„Insbesondere bei Arztstellen gehen die Meinungen bezüglich notwendiger Stellen oft weit auseinander“



Interview mit Beat Reber, Leiter Human Resources, Spital Thun-Simmental AG

Herr Reber, Sie haben der Keller Unternehmensberatung AG den Auftrag erteilt, den Stellenbedarf für Ober- und Assistenzärzte in der Medizin und in der Chirurgie zu berechnen. Welches waren die wichtigsten Gründe, die zur Erteilung dieses Auftrages führten?

Stellenpläne, die durch die Geschäftsleitung oder analoge Gremien spitalintern festgelegt und beschlossen werden, stossen immer wieder auf Kritik.

Im Bereich der Assistenz- und Oberärzte hat vor allem auch das neue Arbeitsgesetz – und damit verbunden oft heftige Diskussionen und völlig unterschiedliche Erwartungen über den Soll-Bestand bei einer 50-h/Woche – das Fehlen von gesicherten Berechnungsgrundlagen aufgezeigt.

Mit einer „Aussensicht“ wollten wir den bisher

bewilligten Stellenplan und damit auch die Qualität der betriebsinternen Ressourcenberechnungen und die diesen zugrunde liegenden Argumentarien kritisch prüfen.

Welches sind die wichtigsten Ergebnisse?

Die Resultate entsprachen überwiegend unseren Erwartungen sowohl bezüglich der Ergebnisse „zu Ungunsten“ der Betroffenen wie auch im umgekehrten Fall.

Wie wurden die Resultate spitalintern aufgenommen?

Naturgemäss positiv in jenen Fällen, die eine Korrektur nach oben nach sich ziehen, eher zurückhaltend im Falle von nicht erfüllten Erwartungen und Forderungen.

Werden aufgrund der Ergebnisse in nächster Zeit auch Massnahmen in die Wege geleitet?

Selbstverständlich und zwar in mancherlei Hinsicht. Wir unterscheiden zwischen Sofort- und mittelfristigen Massnahmen. Unmittelbar werden dort Korrekturen vorgenommen, wo ein allfälliges Defizit klar ersichtlich und auch im Ergebnis eines Benchmarks begründet ist. Als mittelfristig bezeichnen wir Massnahmen, die vorgängig weitere Schritte verlangen, weil unterschiedliche Ansichten zwischen Linie und Geschäftsleitung detailliertere Überprüfungen verlangen, wie zum Beispiel eine Prozessanalyse.

Wie beurteilen Sie insgesamt den Nutzen einer solchen Analyse?

Bestimmt sinnvoll, ermöglicht eine solche Analyse doch kontroverse und damit oft stark emotional gesteuerte Ansichten auf der Sachebene zu analysieren, die nötigen Diskussionen zu führen und letztlich zu einem konsensfähigen Entscheid zu gelangen.

Im Übrigen darf nicht übersehen werden, dass vermehrt nicht allein und in erster Linie die Anzahl Stellen entscheidend sein wird, wohl aber die Gesteuerungskosten unserer Produkte und Dienstleistungen. Insbesondere die leistungsbereinigten Gesteuerungs- oder Fallkosten werden künftige Stellendiskussionen stark beeinflussen und gerade deshalb kann die Stellenplananalyse nicht immer alleiniges Instrument bei der Stellenberechnung sein.

Unter welchen Bedingungen empfehlen Sie einem Spital die Durchführung einer solchen Analyse?

Bestimmt ist eine externe Analyse dann sinnvoll, wenn „standardisierte“ und allgemein anerkannte Berechnungsmethoden fehlen und zwischen Linie und Geschäftsleitung wiederholt unterschiedliche Meinungen zu den verfügbaren Ressourcen vorliegen und die gleichen Diskussionen „immer wieder“ geführt werden müssen. Insbesondere bei Arztstellen gehen die Meinungen bezüglich notwendiger Stellen oft weit auseinander. Politische Gremien, Standesorganisationen, Personalvertretungen und/oder Betriebsleitungen beurteilen die letztlich stark von aussen beeinflussten Veränderungen aus völlig anderer Perspektive. Eine Analyse des Stellenplanes ist nicht zuletzt dann „gut investiertes Geld“, wenn die damit verbundenen Massnahmen – in welche Richtung auch immer diese zielen – umgesetzt werden. ◀

Stefan Mörgeli, moergeli@keller-beratung.ch

Optimale Nutzung der REKOLE® - Datenflut mit einem Auswertungsmanagement

Im Zusammenhang mit der Einführung von REKOLE® in den Spitälern stellt sich die Frage, welche Auswertungen aus den riesigen Datenmengen sinnvoll sind. Moderne Software-Werkzeuge erlauben es, innerhalb des Standardpaketes oder mit zusätzlichen MIS-Systemen eine Fülle von Daten in allen möglichen Kombinationen auszuwerten. Welches sind nun aber die richtigen und wichtigen Informationen?

Es lohnt sich, mit der Einführung von REKOLE® einige Überlegungen anzustellen, welche Ziele nebst dem Erfüllen von gesetzlichen Vorschriften mit Kostenträgerrechnungs-Auswertungen erreicht werden sollen:

- Sollen innerbetriebliche Vergleiche erstellt werden, damit z.B. allfällig unterschiedliche Verordnungspraxen der einzelnen Kliniken für den gleichen DRG festgestellt oder die Einheitskosten z.B. von Pflegestationen überprüft werden können?
- Sollen Benchmarking-Vergleiche mit befreundeten Häusern helfen, die eigenen Abläufe zu verstehen und zu hinterfragen?
- Sollen tarifrelevante Auswertungen erstellt werden, welche die verschiedenen Basispreise der einzelnen Tarife mit den Kosten vergleichen?
- Sollen KTR-Auswertungen helfen, die Planung

des Angebotes zu verbessern und Portfolio-Überlegungen anzustellen?

Die Antworten auf obige Fragen sind entscheidend für die Definition der Fallkriterien, welche auszuwerten sind. Wenn mit den Auswertungen Angebotssteuerung betrieben werden soll, müssen nebst den DRG-Informationen die Haupt- und allenfalls die Nebendiagnosen sowie die Prozeduren ausgewertet werden können. Zudem muss der behandelnde Arzt, insbesondere wenn es sich um Belegärzte handelt, für die Auswertungen zur Verfügung stehen.

Erwartungen an Auswertungen

... in Bezug auf Verfügbarkeit

- Online, Batch
- Periodizität, Aktualität

... in Bezug auf Detaillierung

- analog Kostenträgerausweis REKOLE®
- viel detaillierter
- mit Drilldown auf einzelne Leistungen

... in Bezug auf Auswahl

- pro Fall
- pro Fallgruppe nach DRG
- viele weitere Kriterien

Für Verhandlungen mit den Versicherern müssen abrechnungstarifbezogene Daten vorhanden sein, insbesondere die Herkunft, die Versicherungsklasse sowie die Angabe, ob es sich um eine OKP, MTK oder VVG-Abrechnung handelt. Dies muss mit Garantieninformationen verbunden werden können, was nicht immer so ganz einfach ist, sind es doch heute in der Regel mehrere Garanten, welche einen Fall finanzieren.

Und für innerbetriebliche Vergleiche können die Informationen über den behandelnden Arzt, über die auftraggebende Klinik sowie die Versicherungsklasse entscheidende Hinweise für allfällige Kostentreiber sein.

Je nach Antwort wird auch die Frage nach der Periodizität von KTR-Auswertungen unterschiedlich beurteilt werden. Vielleicht reicht es aus, die Kostenträgerrechnung einmal jährlich zu erstellen, da aus anderen Informationsquellen die relevanten Führungsdaten zur Verfügung stehen, vielleicht sollen aber gerade KTR-Daten die monatlichen oder quartalsmässigen Führungsinformationen ergänzen.

Für das Bestimmen, welche Auswertungen hilfreich sein können, lohnt es sich, auch mit den Leistungserbringern zu sprechen, insbesondere wenn es darum geht, medizinische Daten mit Kostendaten zu verheiraten.

Erst wenn ein Überblick über die notwendigen Auswertungen vorhanden ist, kann entschieden werden, welche Berichte mit welchen Werkzeugen zu erstellen sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nur mit einem eigentlichen Auswertungsmanagement die richtigen Reports zur richtigen Zeit zur Verfügung stehen. ◀

Heidi Werner-Camastral, werner@keller-beratung.ch

Festlegung des Personalbedarfs im emotional anspruchsvollen Vorfeld einer Fusion

Die Geburtshilfe und Gynäkologie der Spitalregion Fürstenland Toggenburg mit den drei Häusern Wil, Wattwil und Flawil wurde gestaffelt im Spital Wil konzentriert. Im Rahmen dieser Zusammenlegung mussten auch die personellen Ressourcen für die Frauenklinik neu geplant werden.

Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren im sehr emotionalen Umfeld einer bevorstehenden Fusion ist, personell einschneidende Entscheidungen auf einer soliden Basis abgestützt zu treffen.

Der Personalbedarf für folgende Berufsgruppen wurde auf der Basis der zu erwartenden Leistungsvolumen und der erforderlichen neuen Besetzung der Dienstmodelle nach der Zusammenlegung ermittelt:

- Pflegepersonal
- Hebammen
- Oberärzte
- Assistenzärzte

Für die Pflege und für die Hebammen wurden Daten aus der Leistungserfassung Pflege (LEP®) sowie neue Dienstmodelle als Basis für die Berechnungen des zukünftigen Personalbedarfs verwendet.

Die personellen Ressourcen im ärztlichen Bereich

– Assistenz- und Oberärzte – wurden aufgrund verschiedener Modelle der Organisations- und Dienststruktur sowie der Anzahl zu betreuender Fälle pro Stelle, abgestützt auf der Grundlage eines Vergleichs mit 6 anderen Frauenkliniken, berechnet. ◀

Heidi Werner-Camastral, werner@keller-beratung.ch

„Die externe Berechnung eröffnete uns Vergleichsmöglichkeiten mit anderen, vergleichbaren Kliniken“



Interview mit Thomas Hugentobler, Direktor und Vorsitzender der Geschäftsleitung (CEO), Spitalregion Fürstenland Toggenburg

Seit kurzem ist die Frauenklinik im Spital Wil konzentriert. Die Resultate der externen Berechnung der personellen Ressourcen für den Betrieb der neuen Frauenklinik unterschieden sich in einzelnen Punkten wesentlich von den internen Berechnungen und Annahmen. Was war für Sie der grösste Nutzen der externen Berechnung und Beurteilung?

Die externe Berechnung eröffnete uns Vergleichsmöglichkeiten mit anderen, vergleichbaren Kliniken und liess uns an der reichhaltigen Erfahrung von Frau Heidi Werner-Camastral in ähnlichen Projekten teilhaben. Daher konnten die Unterschiede zu den vorher inhouse angestellten Berechnungen sachlich bestens abgestützt erklärt bzw. argumentiert werden. Zudem wurde die Akzeptanz durch die externe und damit auch frei von Eigeninteressen erfolgte Berechnung wesentlich erhöht.

Wurden die Berechnungsgrundlagen der Leistungserfassung LEP® sowie der neu erforderlichen Dienstmodelle, abgestützt auf

einen Vergleich mit anderen Spitälern, von den betroffenen Berufsgruppen akzeptiert?

Die Leistungserfassung wurde nicht an allen Standorten gleich lang und vor allem gleich sorgfältig vorgenommen, weshalb der Vergleich mit anderen Spitälern viel zur Plausibilisierung der berechneten Werte beigetragen hat und Unsicherheiten mit der Methode beseitigt werden konnten. Dadurch konnte bei den betroffenen Berufsgruppen ausreichende Akzeptanz erreicht werden.

Haben sich die Resultate der Berechnungen in allen Bereichen bestätigt?

Durch die baulich bedingte, verzögerte Umsetzung der Konzentration der drei Kliniken haben wir erst einige Wochen hinter uns. Bisher scheint der Stellenplan den Leistungsanforderungen gerecht zu werden.

Aus welchen Gründen und in welchen Situationen könnten Sie Ihren Berufskollegen eine externe Berechnung der personellen Ressourcen empfehlen?

Durch eine externe Vergabe der Berechnungen von personellen Ressourcen kann eine grösstmögliche Neutralität sichergestellt und in einem emotional geprägten Umfeld viel zur sachlichen Argumentation beigetragen werden. Zudem kann von externem Erfahrungswissen und Methoden Know-how profitiert werden, welches naturgemäss im eigenen Unternehmen mangels genügend häufiger Anwendung nicht erreicht werden kann.

Hat sich das Projekt gelohnt und sich für die Spitalregion Fürstenland finanziell bezahlt gemacht?

Die externe Vergabe der Berechnung personeller Ressourcen hat sich insbesondere aus Gründen der Neutralität, Sachlichkeit und dem Nutzen von Erfahrungswissen sowie der gewandten Anwendung der Methodik gelohnt. In diesem Sinne hat sich das Vorgehen bezahlt gemacht. ◀

Werner Keller, keller@keller-beratung.ch

Ausbau der Kompetenzen der Keller Unternehmensberatung AG

Die stetig hohe Nachfrage nach unseren Beratungsleistungen freut uns sehr und erlaubt uns, unsere Kapazitäten und Kompetenzen weiter auszubauen.

Das Team der Keller Unternehmensberatung AG wurde um zwei Kollegen verstärkt, die Sie gerne in Ihren Aufgaben und Projekten unterstützen.



Stefan Trachsel

Dipl. Informatik-Projektleiter WISS

Stefan Trachsel erarbeitete sich nach seiner Ausbildung zum Analytiker/Programmierer bei seiner Tätigkeit im Kantonsspital Winterthur über mehrere Jahre hinweg sehr gute Kenntnisse in der Spital-Informatik. Dabei wechselte er sukzessiv vom Analytiker/Programmierer zum Projektleiter.

Nach der Ausbildung zum Projektleiter wechselte er als Berater zu einem Systemanbieter für Lösungen in der Spitalinformatik. Danach Projektleiter Informatik bei einer Managed Care Organisation und schliesslich selbständiger Berater im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Projektleitung und Realisierung in der Spitalinformatik. Bringt dadurch grosse Erfahrung in der Projektrealisierung in allen Bereichen eines Spitals mit sich.

Stefan Trachsel verstärkt die Informatik- und Organisationsberatung der Keller Unternehmensberatung AG.

Er kann kontaktiert werden über 056 470 10 20 oder trachsel@keller-beratung.ch.



Mike Schinzel

Betriebsökonom dipl. oek./EOQ Quality
Systems Manager

Mike Schinzel eignete sich in Privatunternehmen während über 11 Jahren Kenntnisse im Bereich der Unternehmensplanung und -führung sowie der Prozessoptimierung an.

Dann wechselte er als Leiter Controlling/Reporting des Spitals GZO Wetzikon ins Gesundheitswesen und führte dort unter anderem 4 Jahre lang die BEBU/KTR, erstellte mittels interner Zusammenarbeit das Budget und entwickelte die Reporting- und Führungssysteme in Richtung leistungsorientiertes Controlling (inkl. DRG-Medizincontrolling) weiter.

Bei der Keller Unternehmensberatung AG ist er als Berater mit Schwergewicht KORE/Controlling, Prozessmanagement und Führungssysteme tätig.

Sie erreichen Mike Schinzel über 056 470 10 20 oder schinzel@keller-beratung.ch. ◀

Olivier Lucy, lucy@keller-beratung.ch

Grosse Optimierungsmöglichkeiten in der Administration der Patientendaten

Die Optimierungsmöglichkeiten in der Administration der Patientendaten sind gross. Dies war eine wesentliche Erkenntnis des Seminars für Fachleute der Patientenadministration und des Rechnungswesens vom 19. April in Baden.

Olivier Lucy, Keller Unternehmensberatung AG, eröffnete die Veranstaltung mit einem Referat zum Thema „Herausforderung an die Patientenadministration“. Er zeigt auf, dass in naher Zukunft verschie-

dene grosse Themen auf das Patientenwesen zukommen, welche ein Überdenken der Prozesse notwendig machen. So zum Beispiel die Einführungen von Klinik-Informationssystemen, des elektronischen Versands von Kostengutsprachen und Mahnungen oder die DRG-Fakturierung. Er hält fest, dass eigentlich ein hoher Automatisierungsgrad in der Administration verfügbar wäre, jedoch viele Prozesse manuell abgearbeitet werden. Sein Tageszitat: „EDV zu Fuss“.

Frau Caroline Piana, Centris AG, zeigte, wo die Einsatzgebiete der Versichertenkarte sein sollen. Sie veranschaulichte, dass die rechtlichen Probleme noch zahlreich und schwerwiegend sind. Die technische Lösung für die Zugriffe der autorisierten Partner muss datenschützerisch geregelt werden. Ebenfalls muss in der Schweiz noch ein grosses technisches Netzwerk aufgebaut werden, welches dem autorisierten Partner den Zugriff auf die Daten gewährt. Die Erkenntnis, dass noch viele Hürden zu überwinden sind, die Standards nicht einheitlich sind, die Koordination der Partner schwierig ist, eine riesige technische Infrastruktur aufgebaut werden muss und der Patient als eigentlicher Nutzer keine treibende Kraft einnimmt, zeigt, dass noch viel Zeit vergehen wird, bis wir in der Schweiz eine einheitliche Patientenkarte verwenden können.

Die **Herren Martin Busl, TCG und Daniel Graf, adeon ag**, führten in die Möglichkeiten der elektronischen Postverarbeitung ein. Busl scannte eine interne Verlegungsmeldung und eine externe Kostengutsprache. Eindrücklich war, dass nicht nur bekannte, fix parametrisierte Formulare gelesen und erkannt werden konnten, sondern auch ein logisches „finden“ von Daten auf einem Brief möglich ist. Die so elektronisch gewonnenen Daten wurden darauf an das Workflow-System von Herrn Graf gesandt. Aufgrund der ausgelesenen Parameter wird das Dokument automatisch an die vordefinierte Person zur Verarbeitung gesandt. Das Workflow-System weiss aufgrund der Formularart, Falldaten, etc. wohin das Formular soll. Wird das Formular nicht fristgerecht verarbeitet, kann es an eine Stellvertretung oder an die Teamleitung weitergeleitet werden. Die Verarbeitung geht so weit, dass die Datenfelder des Verwaltungssystems angezeigt werden und die Daten vom Formular in das Verwaltungssystem abgefüllt werden können. Jetzt muss die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter nur noch entscheiden ob er die abgefüllten Daten akzeptieren will oder nicht. Nach Vollendung des Prozesses steht jedes Formular im Archiv zur Ver-

fügung. So kann das administrative Patientenmäppli elektronische abgebildet werden. Als gutes Beispiel dafür kann die Klinik St. Pirminsberg in Pfäfers dienen, welche dieses Archiv bereits einsetzt.

Herr Roger Schellenberg, IT Vision AG, präsentierte den heutigen Stand der elektronischen Datenübermittlung. Dass dieser Markt erst begonnen hat sich zu entfalten zeigt sich daran, dass heute „nur“ Tarmed-Rechnungen und Rückweisungen/Antworten übermittelt werden. Dies sind nur knapp die Hälfte der möglichen Daten, welche zwischen Spitälern, Garanten, Laboratorien, etc. verschoben werden können. Ebenfalls ist die Preis- und Vertragsgestaltung noch weiter im Wandel.

Herr Jonathan Städeli, Abteilungsleiter Leistungssupport der VISANA Services AG, zeigte die heutige Sicht der elektronischen Verarbeitung der Krankenversicherer. Heute sind 150 Krankenhäuser (vor einem Jahr waren es noch 35!), 11 Trust-Centers mit rund 7'000 angeschlossenen Ärzten, Medipa mit 1'300 Ärzten/Labors über Medidata und Medidata mit ungefähr 900 Ärzten im elektronischen Datenaustausch angebunden.

In seinen Ausführungen zeigte er auf, wie auf Seiten der Krankenversicherer der Datentransfer funktioniert. Die VISANA verfügt über ein voll parametrierbares Regelwerk. So ist es möglich, gewisse Regelverletzungen nur als „Warnung“ anzuzeigen und manuell zu prüfen und andere als effektive „Fehler“ weiter zu verarbeiten. Dass von Januar bis März 32'400 Leistungspositionen nicht automatisch erkannt werden konnten, erstaunte die Zuhörer. Die häufigsten Probleme waren: Verwendung eines nicht offiziellen Tarifs, Schreibweise welche vom offiziellen Tarif abweicht oder nicht existente Tarifpositionen verwendet. Da viele Systemmeldungen von der VISANA nicht direkt als Fehler geahndet werden, kommt es heute zu einer Rückweisungsquote von nur 2%. Bei 6.5 Mio. Prüfmeldungen pro Jahr eine humane Zahl.

Gerne senden wir Ihnen die Referate zu.
Mail an lucy@keller-beratung.ch. ◀

Anlass der Keller Unternehmensberatung AG

IT-Apéro im Bahnhofbuffet

für Fachleute der IT und andere Interessierte am
5. Juli 2006, 16.00 Uhr, Bahnhofbuffet Zürich

Eine der Daueraufgaben der IT Verantwortlichen ist die Prüfung der optimalen Varianten des IT Betriebs und der IT Organisation. Die dabei zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen, Zielsetzungen und Erwartungen führen vielfach zu unterschiedlichsten Lösungsvarianten.

Die Zielsetzung unseres Schwerpunktthemas
„IT Strategie: Outsourcing versus Inhouse IT“
ist der Erfahrungsaustausch.

Referate:

Outsourcing? Rightsourcing! Von der Idee zur Realisierung

Andreas Lengen, Leiter Informatik am Spital Limmattal, Schlieren

Inhouse-IT: Kernkompetenzen und Grenzen

Urs Bischofberger, Leiter Informatik am Kantonsspital Winterthur

Detailliertes Programm und Anmeldung
über **056 470 10 20** oder unter
www.keller-beratung.ch ◀

Weitere Informationen und Kontakt

Keller Unternehmensberatung AG
Täferstrasse 11
5405 Baden-Dättwil

Telefon 056 470 10 20
Telefax 056 496 75 40

E-Mail: info@keller-beratung.ch
Internet: www.keller-beratung.ch

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG