

Die die Kasse klingeln lassen



Bild: Roland Spring

Kreativität gefragt: Das Kodierungs-Team des Spitals Emmental.

Damit aus Arbeit im Spital Geld wird, braucht es die Kodierung. An dieser Schnittstelle zählen medizinische Berufserfahrung und bisweilen detektivisches Talent.

Markus Hächler

Ohne Handbuch geht in diesem Metier gar nichts. Alexander Krass und sein Frauen-Team arbeiten beim Umwandeln von Austritts- und Operations-Berichten in verrechenbare Leistungen mit zwei Wälzern: dem deutschen Diagnoseschlüssel ICD-10-GM und dem Kodierungshandbuch des Bundesamtes für Statistik. Das andere wichtige Handwerkszeug ist das Kodier-Programm Medstat. Es ist direkt mit dem Programm Phoenix verlinkt, wo alle abgeschlossenen Fälle dokumentiert sind, inkl. Labor-, Röntgen- und auswärtigen Berichten.

Jeder ärztliche Bericht des Spitals wird mit Hilfe der Standardverzeichnisse auf Haupt- und Nebendiagnosen sowie Haupt- und Nebenbehandlungen abgeklopft und das Gefundene in eine

der unzähligen Kodierungs-Kategorien übersetzt. Nur mit der richtigen DRG gemäss Fallpauschalen-Liste können den Krankenversicherern Spitalrechnungen ausgestellt werden.

Qualität der Berichte muss stimmen

Kodiert und in Rechnung gestellt werden kann der Aufwand dann, wenn ein Bezug zur ärztlichen Diagnose nachgewiesen wird. Das setzt zwei Anforderungen an die Qualität der ärztlichen Berichte:

- Die Berichte müssen fristgerecht erstellt werden. 95 Prozent der Ärzteschaft liefern pünktlich. Die restlichen 5 Prozent verursachen einen Zusatzaufwand von rund 20 Prozent der Kodierungs-Arbeitszeit.
- Die Austrittsberichte müssen vollständige und eindeutige Diagnosen enthalten. Damit ist es nicht überall zum Besten bestellt. Alexander Krass: «Manchmal müssen wir wie Detektive zwischen den Zeilen lesen, damit keine erbrachten Leistungen vergessen gehen.»

Das dreifache Optimum

Die Kodierungs-Devise lautet: «optimal erfassen, optimal darstellen, optimal abrechnen». Beim Mitdenken hilft der berufliche Background: Voraussetzung für den Kodier-Job sind fünf Jahre Berufserfahrung in einem Medizinalberuf. Im Sechser-Team sind drei ehemalige Pflegende und drei Ärzte vertreten. Zur Sensibilisierung halten Alexander Krass oder seine Vertretung monatlich einen Einführungsvortrag für Ärztinnen und Ärzte und organisieren Weiterbildungen. Um die Qualität der Austrittsberichte zu sichern, finden seit 2014 zudem mit der grössten Disziplin, der Medizin, jede Woche Fallbesprechungen statt, mit den übrigen Disziplinen nach Bedarf.

Das zahlt sich aus: Die Anzahl Beanstandungen der Krankenversicherungen ist von 2014 bis 2016 von 8,4% auf 4,9% zurückgegangen. Auch der jüngste externe Revisionsbericht lobt die erreichte Qualität: «Die vorwiegend sehr gute und vollständige Falldokumentation ermöglicht eine präzise Kodierung.»

Einnahmen, Auslagen, Inventar

Vom «Haushaltbuch» zu einer halbwegs aussagekräftigen Spitalbuchhaltung gingen die Spitäler einen langen Weg.

*Peter Schär**

Ganze vier Ziffern haben einst genügt, um die Vorschriften zur Buchführung festzulegen. Das Reglement über die Leitung und Verwaltung der Nothfallstuben, 1837 erlassen von der bernischen Sanitätscommission, hält zum Rechnungswesen Folgendes fest:

«Die Buchhaltung umfasst:

1. Einnahmen an baren Geldmitteln: Beischüsse der Staatskasse, Vergütung zahlungsfähiger Individuen, allfällige Gemeindebeiträge, Schenkungen oder wohlthätige Beiträge.
2. Inventarium der Effekten der Anstalt.
3. Auslagen: Besoldung der Angestellten (Arzt, Krankenwärterin) Apothekerrechnung, Kosten für Leinwand, Binden Bruchbänder etc., Verköstigung der Patienten, Beleuchtung und Hei-

zung, Wäschereinrichtung, Bürokosten, Beerdigungskosten, Reisekosten, Kleidung und anderes.

4. Jährliche Berichterstattung an das Departement des Innern, enthaltend: Betriebsabrechnung, Inventarium der Effekten der N bericht.»

1906: Grosszügige Spenderin

Schenkungen und Legate waren wesentlicher Bestandteil der Spitaleinnahmen. Alle Gaben und Legate wurden durch den Sekretär, meist der Ortspfarrer, in

Die Anfänge des Controllings

Leitung und Verwaltung der Nothfallstuben oblagen einer Aufsichtsbehörde, deren Mitglieder vom Regierungstatthalter vorgeschlagen und durch das Departement des Innern gewählt wurden. Fachliche Anforderungen wurden nicht formuliert. Es genügte die «Gutsprache» des Regierungstatthalters.

Die Aufsichtsbehörde bestand aus einem Präsidenten, mehreren Mitgliedern und dem Arzt als Fachberater. Sie war dafür verantwortlich, «dass sich die Nothfallstube ihrem Zweck nicht entfremdet, ihre Einrichtungen sich in tadellosem Zustand befinden und die verfügbaren Geldmittel sparsam angewandt werden». Sie war verpflichtet, durch wöchentlichen Besuch der Anstalt die Tätigkeit

von Arzt und Pflegepersonal zu überwachen.

Jeden mit Arzt, Pflegepersonal und Unternehmer abgeschlossenen Vertrag musste sie dem Departement des Innern zur Genehmigung unterbreiten und in seinem Auftrag Buch führen über den Betrieb der «Nothfallstube». Auch der Entscheid über die Aufnahme von Patienten war Sache der Aufsichtsbehörde – weil vor dem Eintritt die finanziellen Fragen geklärt sein mussten. Die Aufsichtsbehörde nahm auch die Wahl der Krankenwärtperson vor.

Ein Mitglied der Aufsichtsbehörde amte als «Kassier» – in der Regel ein Buchhalter aus einer Unternehmung im Ort.

Einzig hauptamtliche «leitende Angestellte» war die «Krankenwärtperson», die ein «Haushaltbuch» zu führen hatte und vom Kassier Vorschüsse für tägliche kleinere Ausgaben erhielt.

Noch bis in die 1950er-Jahre waren in den Spitälern nebenamtliche Kassiere für die Buchhaltung zuständig. Aus der «Krankenwärtperson» wurde im Lauf der Zeit die «Oberschwester», die für das Führen des Haushaltbuchs zuständig war. In dieser Eigenschaft war sie dem Kassier unterstellt. So finden wir im «Pflichtenheft für den Kassier» von 1942 den Hinweis: «Der Oberschwester macht er die nötigen Vorschüsse und kontrolliert das Haushaltbuch.»

(ps)

Datum	Namen der Donatoren	Wohnort	Bestimmungen der Legate oder Beschenkte	Betrag
1906	288 Legat der Jungfrau			
	A nn B arbara	Dürsnütt Langnau	Ohne nähere Bestimmung	100000
	L uginbühl			

Das Legat der Jungfer Anna Barbara Luginbühl, eingetragen im Haushaltbuch des Spitals Langnau von 1906.

kunstvoller Schrift im Gabenbuch eingetragen. Schönstes Beispiel ist das «Legat der Jungfer Anna Barbara Luginbühl» über Fr. 100 000.– von 1906. Mit diesem Geld konnte 1910 in Langnau die erste Spitalerweiterung verwirklicht werden. Der Betrag entspricht der heutigen Summe von ca. 1.2 Millionen Franken. Die Auszahlung des Legats erfolgte aber äusserst zähflüssig. Die Summe war nicht in bar verfügbar, sondern bestand aus Land und Liegenschaften, die zuerst geschätzt und veräussert werden mussten. Dabei haben auch die leer ausgegangenen und sicher frustrierten Verwandten Land zurückgekauft, so dass das Spital schliesslich nach einigen Jahren über das Geld verfügen konnte.

1980: Betriebsabrechnung

Die Finanzbuchhaltungen wurden im Laufe der Jahre etwas detaillierter. Aussagekraft im heutigen Sinn der Kosten einzelner Diagnosen hatten sie aber erst ab etwa 1990. Ab 1980 verpflichtete der Kanton die damaligen Regionalspitäler, Betriebsabrechnungsbögen zu erstellen. Dadurch konnten die Auf-

wendungen als Kosten dort zugeteilt werden, wo sie tatsächlich anfielen. Es wurden Vorkosten-, Nebenkosten- und Hauptkostenstellen gebildet, die entweder nach Quadratmetern, zeitlicher Beanspruchung, aufgrund angefallener Pflorgetage oder, in der Medizintechnik, nach erbrachten Taxpunkten auf die Hauptkostenstellen umzulegen waren. Resultat waren die «Kosten pro Abteilung» (Chirurgie, Medizin etc.) oder die «Kosten des Ambulatoriums». Dieser Betrag, geteilt durch Anzahl Pflorgetage oder Patienten, wurde summarisch als «Kosten pro Patient oder Pflorgetag» bezeichnet. Schweregrad und Diagnosen haben dabei keine Rolle gespielt. Man begnügte sich mit dem «Durchschnittswert» über alle Fälle einer Abteilung.

Von der Defizitdeckung...

In ihrer Aussagekraft reduziert wurden die Zahlen zusätzlich durch die mangelhafte Leistungserfassung. Die Krankenkassen haben den Spitalern für allgemeine stationäre Patienten einen auf ausgehandelten Erfahrungswerten basierenden Pauschalbetrag pro Pflege-

tag bezahlt, allerdings nur 50 Prozent – für den Rest musste der Kanton in Form von Defizitzahlungen aufkommen.

...zum Pauschalbeitrag

Da auch ambulanten und privaten stationären Patienten wegen ungenügender Leistungserfassung vielfach zu wenig verrechnet wurde, hat die öffentliche Hand wahrscheinlich mehr als nur ihren Anteil an die Kosten der allgemeinen Patienten bezahlt. Als zu Beginn dieses Jahrhunderts der Kanton dazu überging, seinen Anteil mittels einer im Voraus vereinbarten Pauschale zu leisten, verbesserte sich die Leistungserfassung auf das heutige Niveau.

* Peter Schär (69) arbeitete von 1982 bis 2013 für das heutige Spital Emmental – bis 2001 als Leiter des Standorts Langnau, dann als Leiter Führungsstab Direktion Logistik und Infrastruktur und Projektleiter Bau in Langnau. Er ist ein versierter Kenner der Berner Spitalgeschichte.