



Foto: Andrey Popov – stock.adobe.com

# Eine Bestandsaufnahme

## Das operative Medizincontrolling in Zeiten von Corona

Von Dirk Hohmann

*In Vorbereitung dieser Abhandlung wurden operativ tätige Medizincontroller befragt, mit welchen Problemen sie während der Krisenzeit zu kämpfen hatten und welche positiven Aspekte sie aus dieser Arbeit hervorgegangen sind. Dieser Beitrag stellt keine repräsentative Umfrage dar, zeigt allerdings, dass sich gleich gelagerte Probleme herauskristallisieren.*

**Keywords:** Medizincontrolling, Krisenmanagement, Gesundheitspolitik

Als Anfang des Jahres Corona in unser Land einbrach, konnte niemand ahnen, welchen Einfluss dies auf das private und gesellschaftliche Leben, auf die Wirtschaft und auf das Gesundheitssystem in Deutschland haben wird. Anfang März gab es erste Ausgangsbeschränkungen, Ende März folgte der komplette Lockdown. Zeitgleich wurde das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossen. Hier hat die Politik sehr schnell begriffen und gehandelt. Auch den Krankenhäusern blieb keine lange Zeit zum Nachdenken, es musste schnell operativ gehandelt werden. Krisenstäbe

wurden sowohl intern als auch regional gebildet, spezielle Hygieneszenarien aus dem Boden gestampft, Intensivkapazitäten freigehalten und neu aufgebaut, während gleichzeitig die Belegung in den Krankenhäusern heruntergefahren und elektive Patienten nach Hause geschickt wurden. Reha- und andere Häuser wurden zu Corona-Kliniken umgewidmet, auch wenn sie dafür völlig ungeeignet waren. Es blieb bei beiden Seiten die Unsicherheit, wie es weitergehen soll, wann geplante Operationen wieder stattfinden können.

Wie den Medien zu entnehmen war, hatten Menschen mit akuten Problemen Angst zum Arzt oder ins Krankenhaus zu gehen. Für einige Krankenhäuser war es relativ einfach, die Stationsbelegung herunterzufahren und elektive Operationen zu verschieben. Bei vielen Maximalversorgern und Schwerpunktkrankenhäusern war dies aufgrund der Erkrankungen nicht möglich. Auch bei Patienten mit elektiven Eingriffen war eine Verschiebung nicht einfach, da häufig der immense Leidensdruck der Patienten\*innen bekannt war und abgewogen werden musste, inwieweit und wie lange eine Ver-

schiebung medizinisch vertretbar war.

Am Anfang der Corona-Krise war die Politik in ihrem Handel sehr einig, was sich allerdings nach Abnahme der Zahl der Coronainfizierten sehr schnell in einen föderalistischen Flickenteppich von regionalen Verordnungen wandelte. In Vorbereitung dieser Abhandlung wurden operativ tätige Medizincontroller befragt, mit welchen Problemen sie während der Krisenzeit zu kämpfen hatten und welche positiven Aspekte sie aus dieser Arbeit hervorgegangen sind. Dies stellt keine repräsentative Umfrage dar, zeigt allerdings, dass sich gleichgelagerte Probleme herauskristallisieren.

### Corona und Bürokratie

Die Corona-Krise hat Deutschlands Politik und Krankenhäuser überfahren. Schnelles Handeln war gefragt, einfache Lösungen wurden gefordert. Allerdings ist der Aufwand für die Bürokratie in die Höhe geschossen. Es gab und gibt neben der Bundesgesetzgebung viele Vorordnungen und Anordnungen auf Landesebene, von Landkreisen, von Gesundheitsämtern und weiteren Institutionen. Diese in verschiedenen

Ausführungen, meist mit der Änderung der Änderung und das teilweise täglich bis stündlich. Um hier auf dem Laufenden zu bleiben und die Inhalte zu verstehen, war ein hohes Maß an Disziplin und Arbeitsaufwand notwendig. Dazu kamen Anforderungen der Gesundheitsämter zur Erarbeitung von Hygiene-, Belegungs-, Aufnahme- und Begehungskonzepte. Diese mussten krankenhausesindividuell erarbeitet und vor allem praktisch umgesetzt werden. Hier waren viele Medizincontroller\*innen neben ihrer Tagesarbeit intensiv eingebunden, weil viel Wissen, Erfahrung und Feingefühl im Prozessmanagement benötigt wurde. Viele Kolleginnen und Kollegen im Medizincontrolling sprachen von „Belastungsgrenze“.

Zum Nachweis der Pauschale für freigehaltene Betten, für die Meldung von Beatmungskapazitäten, von Covid- und Non Covid-Betten und von infizierten, erkrankten oder geheilten Patienten gab und gibt es kein einheitliches System und keine einheitliche Plattform. Hier muss eine umfangreiche Datenmenge, z.B. Belegungsdaten, ebenso wie Stammdaten täglich neu eingegeben werden. Automatismen fehlen häufig, so dass es zu redundanten und zeitraubenden Arbeitsabläufen kommt. Abrechnungsfristen wurden kurzfristig geändert, waren teilweise für eine zeitnahe Abrechnung zu kurz bemessen und wurden dann am Fristende kurzfristig geändert (Pflegeentgelt). Hier war hoher personeller Aufwand gefragt. Dies sind nur wenige Beispiele, garantiert lassen sich noch viele andere finden.

### **Corona und Krankenhausfinanzierung**

Durch das Herunterfahren von Krankenhausleistungen und das Freihalten von Intensivkapazitäten wurde die Liquidität von Krankenhäusern stark bedroht. Die Politik handelte schnell mit der Pauschale für freigehaltene Betten. Dazu kam die Verkürzung der Zahlungsfrist für die Kostenträger. Dies führte zwar zur Erhaltung der Liquidität, war aber nach einer DKI-Umfrage aus Mai 2020 für 75 % der deutschen Krankenhäuser nicht ausreichend. 70 % der Krankenhäuser gaben an, dass sie jetzt wirtschaftlich deutlich schlechter gestellt sind als vor Coro-

na. Kleinere Krankenhäuser und psychiatrische/psychosomatische Kliniken hatten kaum Schwierigkeiten mit diesem Betrag – große Kliniken und Schwerpunktversorger liefen in ein Defizit. Dies wurde erkannt und es erfolgte ab Juli eine Differenzierung der Zahlungen unter Berücksichtigung der Fall schwere.

Mit dem Fallpauschalensystem konnte die Finanzierung der Kosten der Schutzmaßnahmen nicht abgedeckt werden. Es fallen nicht nur Kosten für Masken oder Schutzkleidung an, sondern auch Kosten für z.B. Sicherheitskräfte oder erhöhte Kosten für eine sachgerechte Entsorgung der mehr angefallenen Materialien. Der Pauschalbetrag von 50 Euro pro Patient reichte im Hinblick auf massiv gestiegene Einkaufspreise nicht aus, so dass dieser aktuell auf 100 Euro erhöht wurde. Ob hier eine Kostendeckung erreicht wird, bleibt abzuwarten. Eine mögliche Bevorratung mit Schutzmaterialien ist hier nicht inkludiert. Deswegen wird es notwendig sein, eine Vorhaltekostenfinanzierung zu diskutieren.

Diese Diskussion fand im Rahmen der Refinanzierung der Abstriche/Covid-Tests im stationären Bereich statt. Es wurde ein Screening bei Patinnen und Patienten ohne Symptome gefordert. Dies bei Aufnahme oder bei Verlegung in andere Einrichtungen. Lange war die Finanzierungsfrage ungeklärt, jetzt gibt es ein Zusatzentgelt. Die Konstruktion der Kostenerstattung ist allerdings nicht gut gelungen. Statt ein bundeseinheitliches Zusatzentgelt in Verbindung mit einem OPS-Kode zu schaffen, welches einfach zu dokumentieren und abzurechnen ist (auch bei Mehrfachtestungen), werden die Krankenhäuser gezwungen, manuell Rechnungszuschläge in das Krankenhausinformationssystem einzupflegen und zu frakturieren. Einige KIS haben Probleme mit der Eingabe des ICD-Kodes U99.0!, da die EDV-Hersteller aktuelle Entwicklungen erst einpflegen müssen. Auch die rückwirkende Berechnung war nicht unproblematisch und mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden. Offen bleibt die Refinanzierung von Covid-Tests beim Krankenhauspersonal.



## **SCHULUNG UND BERATUNG IM DRG-SYSTEM & PEPP**

### **MEDIZINCONTROLLING**

- Kodierunterstützung
- MD(K) & Gutachten
- Kodierrevision
- Retrospektiv & Echtzeit

### **SCHULUNGEN**

- Med. Kodierfachkraft (IHK)
- PEPP - Kodierfachkraft (IHK)
- Medizincontroller (IHK)
- Klin. Case Manager (IHK)

### **BLENDED LEARNING**

- Exklusive Lernkonzepte mit Videotutorials, Webinaren, Präsenzworkshops, Selbststudium uvm.

Unterfinanziert sind Fälle, die an Covid-19 erkrankt und isoliert sind, therapiert und gegebenenfalls überwacht, aber nicht beatmet werden. Hier wird eine DRG generiert, welche in keiner Weise den tatsächlichen Aufwand widerspiegelt. Dies gilt auch für die Finanzierung von Medikamenten, welche bei Covid-19 zum Einsatz kommen oder noch kommen werden. Diese sind teuer und natürlich nicht verhandelt. Dazu kommen eventuelle Rückweisungen durch den Medizinischen Dienst bzw. der Kostenträger, weil es sich häufig um Off-Label-Use handelt. Weiter ungeklärt sind Ausgleichszahlungen für nicht stattgefundene ambulante Operationen, welche bei einigen Krankenhäusern einen nicht unbeträchtlichen Anteil in der Finanzierung darstellen.

Eine wichtige Fragestellung treibt viele Kolleginnen und Kollegen im Medizincontrolling um: Budgetverhandlungen in 2021 – wie sollen diese ablaufen? Aufgrund der Zahlen müsste das Jahr 2020 bzw. die Datengrundlage aus 2020 für die Budgetverhandlung und die Weiterentwicklung des DRG-Systems außer Acht gelassen werden.

### Corona und Kostenträger / Medizinischer Dienst

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde die Prüfquote auf 5 % gesenkt, Fristen wurden verlängert. Dies sollte die Krankenhäuser entlasten und mehr Freiraum im Kampf gegen Covid-19 bringen. Leider sieht die Realität anders aus. Nach den Informationen des Autors ist kaum eine Software in der Lage die Prüffälle bzw. die Prüfquote zu überwachen. Dies geschieht, wenn überhaupt, händisch. Mittlerweile ist die Bezugsgröße für die MD-Prüfquote eindeutig festgelegt, hier gab es unterschiedliche Ansichten bei den Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst. Aktuell werden die Prüfaufträge bis zum Quartalsende zurückgehalten, danach kommt eine Flut an Prüfungen auf die Krankenhäuser zu. Um dies noch aufwendiger zu gestalten, werden vor langer Zeit geplante Begehungen storniert und durch das schriftliche Verfahren ersetzt. Die Form der Datenannahme durch den MDK ist nach wie vor nicht vereinheitlicht, so dass Akten in Form von

Papier (Kopien), in Form von PDF-Dateien auf DVD oder in anderer elektronischer Form aufbereitet werden müssen. Manche Kassen sind bei der Auslösung von Prüfaufträgen übereifrig, so dass Aufträge beim Medizinischen Dienst storniert werden. Häufig sind hier bereits Unterlagen an den MD versandt worden. Allerdings gibt es auch Kassen, welche überstorniert haben und für den gleichen Fall im selben oder im nächsten Quartal wieder eine MD-Prüfung auslösen. Das schafft Unmut und unnötigen Arbeitsaufwand. Unter Corona, so wurde berichtet, haben die Anfragen der Sachbearbeiter\*innen der Krankenversicherungen zugenommen. Sei es auf dem offiziellen Weg des Vorverfahrens oder durch Telefonate oder Mailverkehr. Häufig geht es hier nicht um einen sachlich-fachlichen Disput, sondern es wurden gleich Verweildauerkürzungen in diversen Höhen vorgeschlagen. Dies ist in den wenigsten Fällen hinnehmbar. Eine systematische Prüfung der Erfüllung der Strukturmerkmale bestimmter OPS-Leistungen muss erst für die Budgetvereinbarung 2022 erfolgreich abgeschlossen sein, dies sagt das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz. Dies hält Kostenträger aber nicht ab, trotz vorliegender positiver Strukturgutachten aus dem letzten Jahr, jetzt Strukturmerkmale als Einzelprüfung anzumelden. Da es dazu noch immer keine einheitlichen Prüfkriterien seitens des MD gibt, kann auch hier eine Unmenge an Informationen vom MD gefordert werden.

### Corona und Digitalisierung

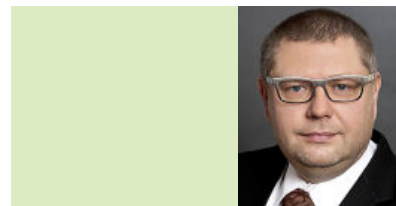
Die Corona-Krise zeigt besonders deutlich die fehlende Digitalisierung im Krankenhaus. Trotzdem war plötzlich ein unbürokratisches und schnelles Einrichten von Homeoffice-Plätzen möglich. Auch Videokonferenzen waren nun durchführbar. Schmerzlich vermisst wurde von vielen Krankenhäusern die fehlende digitale Anbindung an den Medizinischen Dienst und vor allem die zeitnahe Umsetzung der entsprechenden Änderungen durch die Hersteller der Krankenhaussoftware. Auch wurde die fehlende Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten bzw. anderen Krankenhäusern bei Konsilen (Telemedizin) häufig angesprochen.

### Corona und wie weiter?

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass trotz aller Widrigkeiten deutsche Krankenhäuser gebraucht werden und leistungsfähig sind, auch wenn die Kostenträger in dieser Ausnahmesituation von Planlosigkeit und Milliardenverschwendung sprechen. Viele Prozesse konnten optimiert werden, die interdisziplinäre Zusammenarbeit erreichte nie gekannte Höhen, Mitarbeiter\*innen zeigten Einsatzbereitschaft, Flexibilität, Motivation und ein neu gewonnenes Wir-Gefühl. Dies sollte für das Hochfahren der Krankenhausleistungen genutzt werden. Corona hat viele Probleme im deutschen Gesundheitswesen gnadenlos offengelegt, aus denen Lehren gezogen werden sollten: z.B. Herunterschrauben des Bürokratisierungswahns (z.B. BQS), Vereinfachung des DRG-Systems, Erarbeitung von Finanzierungsregeln bei außergewöhnlichen Lagen, Vorhaltung von Hygiene- und Schutzartikeln in KH und deren Finanzierung (Lagerhaltung), Intensivierung der Digitalisierung, Vereinfachung und Vereinheitlichung des MD-Prüfverfahrens und der Prüfkriterien, Verschärfung der Eintrittskriterien seitens der Krankenkassen ins MD-Verfahren und Einbindung aller Kostenträger in ein gleichgeschaltetes Prüfverfahren. Hier besteht eine kleine Hoffnung, dass der Gesetzgeber die richtigen Schlüsse aus der Corona-Pandemie zieht. ■

**Dipl.-Kfm. (FH) Dirk Hohmann**

Leitung Medizincontrolling, Werner Wicker  
Klinik - Orthopädisches Schwerpunktzentrum  
Bad Wildungen  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft  
für Medizincontrolling (DGFM)



Dirk Hohmann