

Es bedarf einer Reform

Interview mit Prof. Dr. Erika Raab

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM) haben in ihrer Mitgliederversammlung vom 17. Mai 2022 in Frankfurt ihren Vorstand neu gewählt. Mit Frau Prof. Dr. Erika Raab geht das Amt des Vorstands erstmalig an eine Medizincontrolliererin mit juristischem Hintergrund.

Das Medizincontrolling ist zu einer festen Größe im Krankenhausmanagement geworden und entwickelt sich stetig weiter. Wir sprachen mit Prof. Dr. Erika Raab, Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., über aktuelle und zukünftige Herausforderungen.

Keywords: Medizincontrolling, Gesundheitspolitik, Finanzierung



Prof. Dr. Erika Raab
Vorstandsvorsitzende
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

KU Frau Prof Raab, ist Ihre Perspektive auf Herausforderungen und Probleme des Medizincontrollings als Juristin eine andere?

Prof. Dr. Erika Raab: Herausforderungen lassen sich nur dann umfassend analysieren, wenn sie aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Im Bereich des Medizincontrollings als Schnittstellenwissenschaft geht es vereinfacht ausgedrückt um die Übersetzung von medizinischen Abläufen in Daten – offensichtlich sind hier die Expertisen von Medizinern, Gesundheitsökonomern und Kodierern maßgebend. Um am Ende Lösungen auf sämtliche der möglichen Problemfelder zu finden, braucht es mehr denn je juristisches Know-How.

Zur Veranschaulichung: Die medizinische Sicht beurteilt, ob für ein Krankheitsbild die korrekte Therapie gewählt wurde; der Kodierer kontrolliert, ob alle ärztlichen und pflegerischen Abläufe sauber dokumentiert wurden und überführt sie in Codes; die betriebswirtschaftliche Komponente prüft, ob auf Basis der Codes sämtliche Leistungen am Patienten gegenfinanziert werden und der Jurist kümmert sich um die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen – und gerade diese werden durch die detaillierten DRG-Anforderungen seit einigen Jahren immer komplexer.

Für eine Gesamtbetrachtung des Medizincontrollings ist also die juristische Perspektive unerlässlich.

Welchen Themen möchten Sie sich in Ihrer Amtszeit widmen?

Gemeinsam mit meinen Kolleginnen und Kollegen haben wir eine umfangreiche Liste an Themen aufgestellt, die wir in der aktuellen Legislaturperiode adressieren möchten. Im Fokus stehen dabei insbesondere Punkte, die sämtliche Bereiche aus der Praxis rund um die Patientenversorgung betreffen: Von der Reform des Finanzierungssystems und den Pflegebudgets über den Bürokratieabbau in Kliniken bis hin zur Digitalisierung des Gesundheitssystems.

Die Reform des Finanzierungssystems ist wohl die größte und gleichzeitig komplexeste gesundheitspolitische Baustelle der kommenden Legislatur. Eins steht schon fest: Das System der Fallpauschalen soll erhalten, jedoch weiterentwickelt werden. Würden Sie sagen, dass dies der richtige Weg ist?

Um eine juristische Antwort zu geben: Es kommt darauf an. Konkret kommt es darauf an, wie umfassend eine solche Weiterentwicklung aus-

sehen wird. Im Grundsatz ist der Ansatz der Fallpauschalen ein guter, denn sie geben eine klare Struktur für einen leistungsorientierten finanziellen Ausgleich, den ein Krankenhaus für die Patientenversorgung erhält.

Damit das zukünftig in der Praxis besser als bislang funktioniert, müssen die DRG-Fallpauschalen flexibler werden und eine ex-ante-Betrachtung zulassen, denn: wenn sich ein Arzt zum Schutz des Patienten für eine umfassendere (und damit teurere) Behandlung entscheidet, darf diese am Ende nicht den Krankenhäusern unter dem Hinweis angelastet werden, dass eine einfachere (und damit günstigere) Versorgung aus ex-post-Perspektive unter Umständen auch genügt hätte. Die aktuelle Regelung ist sowohl hinsichtlich der Patientensicherheit als auch mit Blick auf die Haftungsrisiken von Ärzten und auch für die wirtschaftliche Last von Krankenhäusern nicht ausreichend. Krankenhäuser sollten also, natürlich unter Nachweis der gebotenen medizinischen Anfangsindikation, für den Aufwand bezahlt werden, der tatsächlich angefallen ist.

Zugleich bedarf es der Refinanzierung von Vorhaltekosten, insbesondere in der Notfallversorgung oder bei der Absicherung komplexer Strukturen, wie sie beispielsweise in der Intensivmedizin zu finden sind.

Das ganze System der Abrechnungskontrollen, die Einzelfall-, Struktur- und Qualitätsprüfungen müssen dringend reformiert werden. Hier sind Bürokratiemonster geschaffen worden, welche nicht nur zeit- und personalintensiv sind, sondern als Wettbewerbsinstrument ausschließlich der Krankenkassenseite dienen. Eine ausbalancierte Kontroll-Infrastruktur, im Sinne der Versorgungsqualitätsverbesserung, fehlt bislang. Wenn die Fallpauschalen unter Beachtung dieser Aspekte weiterentwi-

ckelt werden, halte ich dies für den richtigen Weg.

Die Corona-Pandemie hat die finanzielle Lage der Krankenhäuser weiter verschärft. Gerät das Medizincontrolling hierdurch weiter unter Druck, Erlöse zu erwirtschaften und wie wirkt sich dies auf die Mitarbeitenden im Medizincontrolling aus?

Krankenhäuser müssen ihren Gürtel enger schnallen – das liegt nicht nur daran, dass äußere Faktoren, wie die Pandemie oder aktuell auch der Ukraine-Krieg, die finanzielle Lage für die Kliniken verschärfen. Im Wesentlichen machen diese Faktoren nur die bereits bestehenden Probleme des Gesundheitssystems sichtbar. Diejenigen, die es schlussendlich ausbaden, sind allerdings nicht die Medizincontrollingler, sondern alle Mitarbeitenden in den Kliniken.

Also diejenigen, die uns seit zwei Jahren durch die Pandemie bringen. Hintergrund sind beispielsweise die aktuellen Pläne des Bundesgesundheitsministeriums zur weiteren Reduzierung der Kosten bei den Pflegebudgets. Diesen zufolge sollen zukünftig nur noch examinierte Pflegekräfte am Krankenbett voll gegenfinanziert werden, während Pflegehilfskräfte und Assistenzkräfte über die DRG-Pauschalen mit abgedeckt werden sollen. Krankenhäuser werden sich die in den Plänen des Ministeriums als „Sonstige“ bezeichneten Kräfte nicht mehr leisten können und in der Folge die Aufgaben zusätzlich den examinierten Pflegekräften aufbürden müssen. Aus Sicht des Medizincontrollings ein Plan, der nicht aufgehen kann, da die zusätzliche Arbeitsbelastung bei Pflegekräften zu einer weiteren Verschärfung des Fachkräftemangels und zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit führen würde.

Gleichzeitig explodieren im Medizincontrolling die bürokratischen Anforderungen. Da viele Stellhebel zur Abrechnung und Erlössicherung an Begründungen, Formalien, Widersprüchen, Nachweisen und Fristen gebunden und bei Nichteinhaltung sanktioniert sind, ist die Tätigkeit vergleichbar zu Strukturen in Anwaltskanzleien geworden. Der

Druck auf die Kollegen im Medizincontrolling ist enorm gestiegen, kleinste Fehler finden sich sofort in Rechnungskürzungen wieder. Durch die hohe Regeldichte und Schnelligkeit immer neuer Änderungen sind sie jedoch vorprogrammiert.

Zusätzliche Belastung schafft momentan die Prüfverfahrensvereinbarung im MD-Verfahren. In dieser soll eigentlich unter anderem ein konstruktiver Dialog zwischen Krankenkasse und Krankenhaus angestrebt werden. Als in der vergangenen Woche jedoch eine Stellenanzeige einer großen Krankenkasse zum neuen Berufsbild „Erörterer“ mit einer Szene aus einem Karatekampf veröffentlicht wurde, erhielt ich viele empörte Rückmeldungen von Medizincontrollern aus den Kliniken, die eine solche Verfahrensinterpretation für die Abbildung des Zustandes im Umgang der Krankenkassen mit den Kliniken als symptomatisch für die Entwicklung bezeichneten.

Bei Dokumentation, Kodierung, Aktenlauf und Abrechnung handelt es sich um komplexe Prozesse, die meist historisch gewachsen und an denen zahlreiche Personen aus verschiedenen Berufsgruppen beteiligt sind. Welche Maßnahmen könnten dazu beitragen, die Dokumentation und Kodierung strukturell zu verbessern?

Vor fünf Jahren hätte ich noch geantwortet, dass insbesondere stetige Schulungen, die Standardisierung von Dokumenten, aber auch die Einbeziehung von Kodierspezialisten in den Prozess eine deutliche Verbesserung bewirken können. Die Situation ist heute anders.

Die Abrechnungsanforderungen und der Dokumentationsumfang zum Nachweis der Leistungserbringung haben den Fokus von der Medizin weg verschoben. Nur wer heute in ein starkes Medizincontrolling mit kanzleiähnlichen Strukturen investiert, hat die Chance, Erlöse zu sichern und den Überblick über die nahezu uferlose Kontrollbürokratie zu behalten.

Die Einhaltung der Pflegeuntergrenzen, die Qualitätssicherung, die Strukturprüfungen und die Mindest-

mengen sind beispielsweise regelmäßig zu melden. Zum Quartalsende nimmt der Aufwand der Prüfungen des Medizinischen Dienstes sprunghaft zu. Zeitgleich wurde die Frist zur Aktenübermittlung verkürzt. Parallel dazu ist die elektronische Verfahrensvereinbarung in Kraft getreten. Das Klassifizieren der Unterlagen im Leistungserbringerportal hat den Arbeitsaufwand vervielfacht. Der Anteil der Rechnungszurückweisungen mit dem Verlangen nach medizinischen Begründungen für die akutstationäre Aufnahme von Patienten nimmt stetig zu. Regelmäßig werden korrekte Rechnungen zurückgewiesen, unter anderem mit Begründungen wie „Hauptdiagnose unplausibel“, „Verweildauer rechtfertigt keine stationäre Behandlung, bitte ambulant abrechnen“ oder „Anzahl Covid-Tests unplausibel“, um die Prüfquote zu umgehen und zusätzliche Rückforderungen zu realisieren.

Da über die PpUGV bzw. PPP-RL das Vorhandensein von entsprechenden Personalvorgaben sowieso ausgewiesen wird, kommt es im Prinzip zu einer Doppelanforderung, denn: In den Strukturprüfungen weisen wir beispielsweise im Bereich „Intensivkomplex“ bereits das entsprechende Personal, wie eingesetzte Pflegekräfte oder Ärzte auf der Intensivstation, mit unzähligen Qualifikationsnachweisen, nach.

Welche Rolle spielt hierbei die Digitalisierung?

Die Digitalisierung spielt eine erhebliche Rolle, wenn es um die Vermeidung von Doppelerfassungen und Standardisierung von Prozessen geht. Im Grundsatz ein guter Ansatz. Es gibt allerdings eine Kehrseite der Medaille: Die externen Rahmenbedingungen lassen das System an seine Grenzen stoßen, etwa durch die zunehmende Komplexität und den hohen geforderten Detaillierungsgrad der Dokumentation zur Leistungserfassung mit einer stetigen Dynamisierung im Rahmen einer ausufernden Misstrauensbürokratie.

Weiterhin fehlt es an einer standardisierten Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes, da in der Einzelfallprüfung der konkret-individuelle ►

Fall im Mittelpunkt steht. Zugleich sollen mit der eigentlich medizinisch-inhaltlichen Dokumentation auch die abstrakt-generellen Strukturmerkmale nachzuweisen und eine haftungsrechtliche Absicherung zu betreiben sein. Dieser Spagat führt zu einem immensen Personal- und Zeitaufwand, der für die Behandlung von Patienten besser eingesetzt wäre. Dies führt zu Überforderung aller am Prozess Beteiligten und ist auch mit der Digitalisierung nicht zu lösen. Die von den Prüfinstanzen geforderte zeitgerechte, detaillierte und individualisierte Dateneingabe von medizinischen, leistungs- und haftungsrechtlichen Parametern am Patientenbett bleibt manuell.

Zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern herrscht bei der Abrechnungsprüfung immer wieder Streit. Konnte das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz das angespannte Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in irgendeiner Form verbessern?

Im Gegenteil, das MDK-Reformgesetz hat die Lage für Krankenhäuser sogar verschärft: Quartalsmäßige Prüfquoten, Sanktionszahlungen und verpflichtende Erörterungsverfahren traten anstelle des eigentlichen Gedankens der Reform, Anreize für Krankenhäuser zu schaffen und die Belastung der Gerichte zu minimieren. Am Ende wurde stattdessen das ohnehin dünne Band zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auf eine harte Zerreißprobe gestellt, neue Möglichkeiten für Klagewellen geschaffen und bestehende Probleme auf ein neues Level gehoben.

Den Datenschutz im Nacken sollen komplexe medizinische Sachverhalte erörtert werden – wie man Dokumente hierzu austauscht, ist unbekannt und Lösungen sind erst mit Zeitablauf in Sicht. Während im ganzen Land die Digitalisierungsmühlen langsam vorwärts mahlen, dürfen Krankenhäuser und Krankenkassen einen Endspurt-Sprint im Bürokratiemarathon hinlegen. Wie die ohnehin personell eng besetzten Krankenhäuser diese zusätzlichen Herausforderungen in diesen ohnehin schon schwierigen Zeiten stemmen sollen, bleibt ein Rätsel.

Anknüpfungzeitpunkte der Sanktions-/ Aufschlagszahlungen sind nicht definiert, Praktiker wissen nicht, wie genau die Erörterungen durchgeführt werden sollen und das fehleranfällige LE-Portal soll trotzdem auf eine neue Stufe gehoben und die Digitalisierung zum Ende des laufenden Jahres zwangsabgeschlossen werden. Denn ohne den Abschluss sämtlicher Digitalisierungsprojekte auf Krankenhausseite ist die Erfüllung der Anforderung der EVV nicht umsetzbar.

Ich ziehe meinen Hut vor allen Mitarbeitenden, die hier den Durchblick und gute Nerven bewahren und drücke unseren Kollegen im Medizincontrolling die Daumen, dass unsere Teams weiter durchhalten.

Mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes wurde ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen in das Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgenommen. Hat sich der Ausschuss bewährt oder sind die Hürden bzw. Anforderungen zu groß?

Hinter der Idee des Schlichtungsausschusses steht ein guter Gedanke, nämlich eine möglichst schnelle Konfliktlösung zwischen Krankenkassen und Kliniken im Fall von Auseinandersetzungen um die Vergütung verschiedener Kosten. In der Praxis wird diese eigens geschaffene Instanz allerdings wenig Anwendung finden, da sich die verschiedenen Hebel der Abrechnungsprüfungen in den Formalismus verschieben.

Noch eine abschließende Frage: Was ist Ihr Appell an die Bundesregierung?

Die Misstrauensbürokratie muss dringend auf den Prüfstand. Mit immer komplexeren, sehr formalistischen Vorgaben wird an der Kostenschraube gedreht – frei nach dem Motto: Koste es, was es wolle. Die gesetzlichen Regelungen haben sich zu einem starken Wettbewerbsinstrument für die Krankenkassen entwickelt, die zu einer kalten und unkontrollierten Strukturbereinigung führen. Es fehlt an einer Kontrolle der missbräuchlichen Verwendung der Kontrollinstrumente. Dabei ist die

Missbrauchsgefahr sehr hoch, denn bei Erfolg profitiert individuell die Krankenkasse, welche die zahlreichen Instrumente am besten nutzt. Ein Wettrennen zwischen Kliniken und Kassen in der Abrechnungsprüfung ist so vorprogrammiert.

Die Politik muss zudem für eine Vereinheitlichung von Datenlieferungen sorgen. Über standardisierte Datensätze muss es möglich sein, alle Fragestellungen abzudecken. Hier bedarf es einer gesetzlichen Regelung, die Anbieter entsprechender Software verpflichtet, diese Anforderungen vereinheitlicht in ihre Systeme zu integrieren. Dies würde am Ende nicht nur für mehr Struktur sorgen, sondern Kliniken auch vor teuren Strafzahlungen schützen, die aktuell dadurch entstehen, dass die Häuser ohne verlässliche Software-Stütze die fehleranfälligen Datenübermittlungen und Validierungen selbst vornehmen müssen.

Darüber hinaus sollte sich die Bundesregierung für in der Praxis pragmatische Regelungen einsetzen. Zu viele Kategorien in der EVV sorgen für unverhältnismäßigen Mehraufwand, zu viele Details in den IGES-Gutachten zum neuen AOP-Katalog können weder von Assistenz- noch von Fachärzten in der Tiefe durchblickt werden und zu häufige Strukturprüfungen sind zweckwidrig – immerhin müssen Kliniken bei Nichterfüllung der Strukturmerkmale über einen gewissen Zeitraum ohnehin eine Meldung abgeben.

Schließlich sind praxistaugliche Fristen nötig. Datenlieferungen sind beispielsweise erst plausibel fertigzustellen, wenn Fälle abschließend kodiert sind. Zudem kostet es wertvolle Personalressourcen, die allein damit beschäftigt sind, die Datengrundlage für die fristgerechte Lieferung zu schaffen. Auch bei den StrOPS sollte den Kliniken genügend Zeit gegeben werden, die gemeinsam von GKV und DKG festgelegten Kriterien zu erfüllen, beispielsweise um Dienstpläne zu hinterlegen, Geräte zu beschaffen oder gelebte Kooperationen schriftlich zu fixieren. Die derzeitigen Fristsetzungen wirken im Vergleich willkürlich. ■

Vielen Dank für das Gespräch!