

# „Wir handeln aktiv statt reaktiv“

## DRG-System: So soll es sein, so kann es bleiben – aber nicht alles

**KU:** Herr Dr. Baller, „So soll es sein, so kann es bleiben“ – gemeint ist das DRG-System. Sollen wir das Motto des Herbstsymposiums der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling für bare Münze nehmen? Ich kann mir kaum vorstellen, dass Sie das tatsächlich so meinen ...

*Das DRG-System hat sich gut entwickelt. Das bedeutet nicht, dass nun Stillstand eintreten kann. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling wird sich intensiv mit den Verbesserungsmöglichkeiten auf ihrem diesjährigen Herbstsymposium am 30. Oktober beschäftigen. Kritisch werden u.a. die Rahmenbedingungen mit Unterfinanzierung, Mangelverwaltung und die zu vielen MDK-Prüfungen gesehen. Es gibt Verbesserungsbedarf bei den Kodierrichtlinien, den Abrechnungsregeln und den Rechnungsprüfungen. Die DGfM will ihre Kompetenz auch in die politischen Entscheidungsprozesse einbringen. Das Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden Dr. Sascha Baller.*



Dr. Sascha Baller, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling

**Dr. Sascha Baller:** Das DRG-System hat sich gut entwickelt. Es hat einen hohen Reifegrad erreicht. Allerdings sind die Rahmenbedingungen mit einer massiven Unterfinanzierung, ständiger Mangelverwaltung, und viel zu vielen MDK-Einzelfallprüfungen für die Krankenhäuser katastrophal. Die Krankenhaus-Finanzierung ist mit

ihrer Vielzahl von Ausgleichen zu komplex. Ernsthaftige Bemühungen, die Patientenversorgung wirklich zu verbessern, verlangen einem ein großes Durchhaltevermögen ab.

Das DRG-System sorgt für einen guten Mix aus Pauschalierung und Einzelvergütung. Dennoch wird zu schnell zu viel verändert. In den Krankenhäusern rennen wir den Entwicklungen des Systems ständig hinterher. Kaum haben wir gelernt, mit den neuen Änderungen zu arbeiten, kommen schon die nächsten. Aus meiner Sicht würde es genügen, alle zwei Jahre das System zu ändern.

Wie läuft es denn derzeit ab? Im Oktober kommt der neue Fallpauschalenkatalog. Dann beschäftigen wir uns damit, führen Schulungen durch. Richtig verstanden haben wir die Änderungen dann im Frühjahr. Dann kommt schon bald der neue Katalog. Das macht es nicht nur für uns schwierig, sondern auch für den MDK. Natürlich kenne ich die Argumente für den Jahresrhythmus. Doch das ist für uns immer ein Wettlauf mit der Zeit. Wir haben natürlich überall in der Gesellschaft diese Beschleunigungen. Fraglich ist, ob es nicht besser wäre, mit ruhiger Hand und dafür besser und nachhaltiger zu agieren.

**KU:** Ihre Mitglieder beteiligen sich ja, wenn ich richtig informiert bin, sehr aktiv an der Weiterentwicklung des Systems. Wie viele Vorschläge haben Sie selbst schon gemacht?

**Dr. Sascha Baller:** Ich selbst habe bisher sechs Vorschläge eingebracht – und einige sind auch berücksichtigt worden. Ich erinnere mich an einen, der nicht berücksichtigt wurde. Ich hatte vorgeschlagen, die Gruppe der Fehler-

DRGs und der sonstigen DRGs zu trennen. Ich erlebe nämlich immer wieder, dass Mitarbeiter der Krankenhäuser und vor allem der Krankenversicherungen sonstige DRGs für nicht abrechenbar halten, „...weil es doch Fehler-DRGs seien“. Leider muss dieser Irrtum dann bei jedem Einzelfall wieder aufgeklärt werden.

Die DGfM ist jedes Jahr mit etwa 15 Vorschlägen dabei.

**KU:** Was müsste für die Zukunft noch beim DRG-System verändert werden? Wären das aus Ihrer Sicht eher Kleinigkeiten und Anpassungen oder gibt es grundsätzliche Änderungsnotwendigkeiten?

**Dr. Sascha Baller:** Das System ist durchaus intelligent. Aus Sicht des Medizincontrollings gäbe es drei Bereiche, in denen Änderungen notwendig wären:

Bei den Kodierrichtlinien gibt es Probleme wegen fehlenden Klarstellungen. Die Richtlinien sollten durchaus schlank gehalten werden, aber einige Erklärungen, wie bestimmte Dinge gemeint sind, wären schon hilfreich. Ein politisch neutrales, fachlich ausgerichtetes Entscheidungsgremium könnte die Lösung dieses Problems sein.

Im Bereich der Abrechnungsregeln gibt es Probleme, eigentlich sogar riesengroßen Streit, bei der unteren Grenzverweildauer. Ursprünglich war sie dafür gedacht, die bei der Einführung der DRGs befürchteten „blutigen Entlassungen“ zu verhindern, also keinen Anreiz für besonders frühe Entlassungen zu geben. Das Problem wurde offensichtlich überschätzt, die zu frühen Entlassungen haben nicht stattgefunden. Dafür aber haben die Krankenversicherungen ein riesiges Potenzial für Rechnungs-

kürzungen wegen angeblicher Fehlbelegung für sich entdeckt – und diese Kürzungen auch umgesetzt. Wir dürfen uns aber dem Druck der Krankenversicherungen nach zu kurzen und damit ethisch bedenklichen Verweildauern nicht beugen.

Ein dritter Bereich ist das System der Rechnungskontrollen. Der hat mit dem DRG-System nur am Rande zu tun. Unser Vorschlag ist, sich von Einzelfallprüfungen weg und hin zu Stichproben oder Zertifizierungen zu bewegen. Wir haben deshalb zu unserem Jahreskongress einen Referenten aus der Schweiz eingeladen, der die Praxis bei uns beobachtet hat und uns hoffentlich inspiriert, über alternative Möglichkeiten nachzudenken.

**KU:** Medizincontroller haben nach wie vor ein umfangreiches Betätigungsfeld, das der MDK ihnen beschert. Hat sich hier im Verhalten der Krankenkassen etwas verändert, seit ihnen Zwangszahlungen drohen?

**Dr. Sascha Baller:** Die Aufwandsentschädigungen sind ja stufenweise vom Gesetzgeber angehoben worden – von 0 über 100 auf jetzt 300 Euro. Seit der 300-Euro-Regel hat sich einiges verbessert. Die Beratung durch den MDK, was die Fallselektion betrifft, ist intensiviert worden. Die Verhandlungsbereitschaft der Kassen hat sich ebenfalls verbessert. Man kann diese Regelung auch in die Waagschale werfen, um gemeinsam vernünftige Wege zu finden und den Aufwand für beide Seiten im Rahmen zu halten. Wir wünschen uns, dass die Arbeitsbelastung des Medizincontrollings im Zusammenhang mit MDK-Verfahren nachlässt, damit wir mehr Zeit für andere Aufgaben haben, wie Prozessmanagement oder Leistungsplanung.

**KU:** Was sieht die DGfM als hauptsächliche Aufgaben des Medizincontrollings für das kommende Jahr – oder besser, für die Zukunft, an?

**Dr. Sascha Baller:** Wir haben sehr vielschichtige Kernaufgaben. Neben der Qualitätssicherung der

6. Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling DGfM, 30. Oktober 2009, Frankfurt am Main.  
Information: [www.medizincontroller.de](http://www.medizincontroller.de)

medizinischen Dokumentation und dem Erlösmanagement sind Kennzahlenanalysen und das Informations- und Wissensmanagement wichtig. Hinzu kommen Aufgaben, die strategische Bedeutung haben, wie Leistungsplanung, Krankenhaussteuerung, Prozessoptimierung und Entgeltverhandlungen.

Als Medizincontroller haben wir das Alleinstellungsmerkmal, dass wir ärztlich-ethischen Sachverstand mit dem Verständnis für betriebswirtschaftliche Prozesse verbinden. Umgekehrt ist das schon schwieriger und selten. Das Verständnis für die medizinischen Prozesse wird immer wichtiger, weil es einer ordentlichen Patientenversorgung zugute kommt.

Künftig wird sich eine stärkere Aufteilung in Managementaufgaben und operative Aufgaben ergeben, wobei letztere auch von nicht-ärztlichen Medizincontrollern unter Leitung eines ärztlichen Medizincontrollers erledigt werden könnten.

**KU:** Die Gesetzlichen Krankenkassen fordern schon wieder eine neue Finanzreform. Wo sehen Medizincontroller Verbesserungsbedarf in der Gesetzgebung – vor allem natürlich in der Krankenhausfinanzierung?

**Dr. Sascha Baller:** Auch hier gilt: Es wäre gut, wenn es nachhaltige Lösungen gäbe.

Verbesserungsbedarf besteht vor allem bei der Finanzierung von Investitionen.

Was ich mir außerdem wünsche, ist eine stärkere marktwirtschaftliche Entwicklung für die Krankenhäuser, freiere Entscheidungen über Investitionen und Leistungsspektrum. Es wird zu viel reglementiert. Die Politik will die Hand über alles halten. Andererseits sol-

len die Krankenhäuser als Unternehmen agieren. Ich bin der Ansicht, dass ein Krankenhaus für qualitativ hochwertige Behandlungen belohnt werden muss.

**KU:** Ihre Gesellschaft wächst, das Herbstsymposium hat von Jahr zu Jahr mehr Teilnehmer. Sagen Sie uns bitte noch etwas zur Verbandsstrategie.

**Dr. Sascha Baller:** Vor acht Jahren haben wir bei unserem Herbstsymposium mit 80 Teilnehmern begonnen – heute gehen wir auf die 450 zu. Erfolgsfaktor dafür und auch für den Verband ist ein kontinuierliches Vorstandsteam mit Stehvermögen. Wir haben sehr engagierte Vorsitzende in den Regionalverbänden, unternehmerisch ausgerichtete Vorstandsmitglieder und bieten fachlich-inhaltlich hochwertige Fort- und Weiterbildungen regional für die Mitglieder kostenlos an.

Das Thema Führung ist im Vorstand ständig präsent. Die Kommunikation funktioniert. Wir führen einmal im Jahr eine Klausurtagung durch, in der wir z.B. unsere Vision festgelegt haben, bis 2010 die Referenzorganisation für das Medizincontrolling zu sein. Das haben wir erreicht. Wir waren zu einer Anhörung im Bundestag geladen, haben Kontakt mit dem InEK, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen sowie dem MDK. Wir handeln aktiv statt reaktiv, offensiv statt defensiv. Ich selbst führe mit den Vorstandsmitgliedern monatlich Gespräche, in denen auch Verantwortung delegiert wird. Wir haben das gesamte Vorstandsgeschäft in Geschäftsbereiche aufgeteilt, für die jeweils ein Vorstandsmitglied verantwortlich ist und eigenständig entscheiden kann.

Außerdem hatten wir auch eine glückliche Hand mit der Auswahl unserer Kaufmännischen Leiterin in der Geschäftsstelle, Heike Scheer, die nicht nur organisatorisch, sondern auch fachlich-inhaltlich hochkompetent ist.

**KU:** Herr Dr. Baller, danke für das Gespräch. ■

Angelika Volk