

Veröffentlichung - 01/2020

Pflegecontrolling, Portfoliomanagement, Abteilungs-/Stationsreform und fallbegleitendes Kodieren...

Warum die gesetzlichen Neuerungen in 2020 alternative Konzepte im Krankenhaus unumgänglich machen.

Dr. med Philip Düwel
Beratung Healthcare

Agenda

- ▶ Vorbemerkung
- ▶ Gesetze
 - ▶ Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG über ein Pflegebudget
 - ▶ Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)
 - ▶ Das MDK-Reformgesetz
- ▶ Was ist zu tun?
- ▶ Maßnahmen
 - ▶ Pflegecontrolling
 - ▶ Portfoliomanagement
 - ▶ Fallbegleitendes Kodieren
- ▶ Fazit

Vorbemerkung

Die “Regulierungswut“ des BMG und die Flut an Gesetzen hat in den letzten beiden Jahren eine Vielzahl von grundsätzlichen Änderungen in die Finanzierung von Krankenhäusern gebracht.

Die inhaltlichen Regelungen mit den weitreichendsten Auswirkungen sind dabei:

- ▶ Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG über ein Pflegebudget
- ▶ Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)
- ▶ Das MDK-Reformgesetz

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG über ein Pflegebudget

Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes sind die Kosten für Pflegepersonal aus der DRG ausgegliedert worden. Diese Kosten werden nun „bedarfsgerecht“ finanziert. Das bedeutet, dass die realen Pflegepersonalkosten unterjährig über Abschläge bezahlt und im Nachhinein spitz ausgeglichen und damit vollständig finanziert werden.

Die technische Umsetzung dieser beabsichtigten Ausgliederung beinhaltet noch viele Unklarheiten. Auch wenn eine Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung formal regelt was Pflege ist und was nicht blieben viele Graubereiche. Das Verfahren ist auf die Ortsebene der Budgetverhandlung delegiert worden und wird hier sicher zu vielen Auseinandersetzungen führen.

Auch wenn „Vollfinanzierung“ erst einmal gut klingt, ist den Krankenhäusern mit diesem Gesetz die Möglichkeit entzogen worden über die Pflegepersonalausstattung dringend benötigte positive Deckungsbeiträge zu generieren. Die Notwendigkeit dieser Deckungsbeiträge aus den Erlösen aus der Krankenversorgung ergibt sich aus der (auch in 2020) völlig unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer. Diese kommen hier seit vielen Jahren ihrem gesetzlichen Auftrag nicht nach und zwingen die Krankenhäuser Gelder aus der Krankenversorgung für Investitionen zu missbrauchen. Für den weit überwiegenden Teil der Krankenhäuser ist dies also keine Verbesserung, sondern eine relevante ökonomische Verschlechterung.

Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Schon in 2019 und jetzt für 2020 mit einem erweitertem Spektrum und einer verfeinerten Erkennungssystematik, ist die Besetzung von Stationen bestimmter Fachgebiete mit einer Mindestzahl von Pflegenden pro Patient verpflichtend. Wird das vorgeschriebene Verhältnis monatsdurchschnittlich nicht eingehalten drohen empfindliche Strafen.

In der technischen Umsetzung dieser Ersatzvornahme des BMG zeigt sich schon bei der Identifikation der pflegesensitiven Stationen, dass die Verordnung an der Selbstverwaltung vorbei und ohne nennenswerte Sachkenntnis erstellt wurde. Sowohl die Identifikation über den §301 Fachabteilungsschlüssel (Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V) (die in den Bundesländern sehr individuell unterschiedlich sind und nie für eine qualitative Identifikation des behandelten Portfolios gedacht waren) als auch die Identifikation über Anteile von „TriggerDRGs“ haben, aufgrund der bundesweit sehr heterogenen Abteilungszuschnitte, keine sinnvolle Identifikation ermöglicht. Wurden auf der einen Seite Bundesländer, die mittels 4-steller Schlüssel Landesbettenplanung betreiben (Beispiel NRW) flächendeckend erkannt, wurden auf der anderen Seite Bundesländer, die mittels 2-steller Schlüssel und hier im Wesentlichen über die 0100 und 1500 abrechnen (Beispiel: Niedersachsen) flächendeckend nicht erkannt. Die Modifikation, in 2020, die „Trigger DRGs“ jetzt auf 5000 Behandlungstage pro Abteilung zu spezifizieren erreicht nun das Gegenteil: In Bundesländern, die undifferenziert abrechnen, werden jetzt die formal riesigen Inneren Abteilungen (die oft neben der pflegesensitiven Kardiologie auch Gastroenterologien oder Nephrologie enthalten) insgesamt erkannt. Die Umsetzung der Malus-Regelung und der Umgang mit „Außenliegern“ ist sowohl bei den Selbstverwaltungspartnern als auch bei der eigentlich federführenden InEK unklar und umstritten. Wie mit Patienten aus „Trigger DRGs“, die in Masse in Abteilungen liegen, die nicht pflegesensitiv sind umgegangen wird, ist ebenfalls unklar.

Im ersten Durchlauf des PpUGV 2020 zeigte sich, dass die Regelung (bei Beachtung) ein Durchlauferhitzer für Bettensperrungen war. Insbesondere in der Intensivmedizin sind durch die Regelung zahllose Intensivbetten im Bundesgebiet gesperrt worden. Die daraus resultierenden Aufnahmesperrungen vieler Krankenhäuser in vielen Regionen verschlechtert die Versorgung der deutschen Bevölkerung in den pflegesensitiven Bereichen erheblich.

Das MDK-Reformgesetz

Die jüngste gesetzliche Regelung des Jahres 2019 beinhaltet die Reform des Reklamationsmanagements. Neben einer Rechtsformänderung der Organisation MDK wird das Reklamationsverfahren an vielen Stellen verändert. Dabei sind eine komplex gestaltete, gedeckelte Anfragequote der Kassen auf der einen Seite und eine Strafzahlung der Krankenhäuser bei fehlerhaften Rechnung auf der anderen Seite die wesentlichsten Änderungen. Aber auch Regelungen, die tief in die bestehende PrüfvV eingreifen, wie eine Veränderung der Anfragefristen, ein Zweitrechnungsverbot sowie eine Präklusionsregelung, die das Klagerecht der Krankenhäuser einschränkt, sind wirkungsvolle Maßnahmen.

Technisch zeigt die Tatsache, dass das BMG nach einer Entscheidung in allerletzter Sekunde im Jahr 2019 (für ein Gesetz das ab dem 01.01.2020 gilt), in hektischer Betriebsamkeit in den letzten Tagen des Jahres, versucht hat eine Klagewelle der Krankenhäuser zu verhindern, wie handwerklich mangelhaft und unklar auch dieses Gesetz ist. Schlussendlich wird auf ein völlig sachfremdes, Ende Januar zu verabschiedendes, Gesetz verwiesen, das Klarstellungen zum MDK-Reformgesetz beinhalten soll. Sowohl über die Frage „Für welche Fälle denn welche Regelungen gelten“, als auch über die Frage, „Wie die sehr schwammig formulierten Regelungen von den Vertragspartnern ausgelegt werden“, herrscht weitgehende Unklarheit. Die Präklusion, das Aufrechnungsverbot und das Zweitrechnungsverbot werden wohl vorerst durch eine Interims PrüfvV bis zur Jahresmitte 2020 ausgesetzt.

In den ersten Auslegungen der Kassen- und der Krankenhauseite zeigt sich, dass das Ziel, das Abrechnungsverfahren weniger konfliktreich zu gestalten, schwerlich erreicht werden wird. Die vielen Möglichkeiten aus diesem Gesetz erfolgreich ökonomisch ergebnisverbessernd tätig zu werden führt zu einer maximalen Konzentration auf dieses Thema. Die Zahl der Mitarbeiter, die in den entsprechenden Bereichen der Unternehmen tätig sind, wird aktuell hektisch aufgestockt. Die Auslegungen der Regelungen auf Kassen- und auf Krankenhauseite widerspricht sich in den ersten Kommentaren auch diametral.

Was ist zu tun?

Die hier beschriebenen Regelungen sind schon in sich eine Herausforderung für alle Krankenhausunternehmen. Besonders problematisch ist dabei aber die Interaktion der verschiedenen Gesetze. So verknappen die PpUGV und das Pflegebudget beide die Ressourcen (z.B. die „verkaufbaren“ Pflergetage) und verändern die notwendigen Strukturmerkmale der Krankenhäuser erheblich. Gleichzeitig wird die Leistungserbringung in diesen Strukturen weit effektiver und weitreichender überprüft als dies bislang der Fall war. Auch sind die Möglichkeiten der Krankenhäuser sich gegen Willkür und Gewinnoptimierung auf Kassenseite zu wehren weiter minimiert. Kein Krankenhaus wird in dieser Situation in der Lage sein ohne Strukturreformen zu überleben.

Die Maßnahmen, die notwendig sind, sind vielfältig. Dabei ist ein hoher Fokus auf die Verbindung zwischen medizinischer Leistung und ökonomischem Risiko ganz allgemein noch deutlich wichtiger als bisher. Einige Maßnahmen sind aber durch die o.g. Faktoren noch mehr in den Fokus gerückt als andere.

Pflegecontrolling

Den Begriff gibt es für alle möglichen Tätigkeiten schon lange. Gemeint ist in diesem Fall die strategische und operative Umsetzung der Regelungen aus der PpUGV und dem Pflegebudget. Dabei handelt es sich um immerhin durchschnittlich 20% der bisherigen DRG. Sowohl die Frage „Wer denn in das Budget fällt?“ als auch die Frage, „Wie denn ein Krankenhaus konzipiert werden muss, um einen möglichst großen Teil Vollfinanzierter Bereiche zu haben?“ ist extrem relevant. So ist die Reduktion des Funktionsdienstes (z.B. Aufwachraum/ZNA) und die Erweiterung des Pflegedienstes am Bett (z.B. IMC/Aufnahmestation) im Sinne des Gesetzes notwendig. Weiter muss das Krankenhaus an die Anforderungen der PpUGV angepasst werden. Dazu müssen Stationen den pflegesensitiv erkannten Abteilungen sauber zugeordnet werden und eine sinnvolle Größe bilden. Das Pflegepersonal muss durchschnittlich sinnvoll auf diese Stationen zugeordnet werden. Dadurch werden Stationen fachspezifischer und kleiner werden. Die Fachpflege wird nach einer Periode der Interdisziplinarität wieder mehr in den Vordergrund rücken. Auch die Zuordnung der spezifischen Fachpatienten muss selektiver geschehen. Bei aktuell hohen durchschnittlichen Auslastungsquoten in den meisten Häusern muss zukünftig eine „sortenreine“ Zuordnung der Patienten auf die spezifische Fachstation möglich sein. Wichtig ist dabei auch, dass die einzelnen Pflegeteams nicht mit Bettensperrungen auf die Vorgabe reagieren. Dies würde ansonsten zu Leistungseinbrüchen und Versorgungslücken führen.

Alle diese Fragestellungen müssen strategisch geplant und dann operativ umgesetzt werden. Geeignete IT-Instrumente müssen dabei den Stand des Erreichten darstellen und gleichzeitig eine Entscheidungshilfe bei neuen Patienten bieten. Dies wird in den aktuellen Strukturen nicht ausreichend gut abbildbar sein. Hier vermischen sich Pflege und ärztliche Themen und nur, wenn Fachleute mit der genauen Kenntnis der gesetzlichen, der kaufmännischen und der pflegfachlichen/medizinischen Umstände täglich am Werk sind, wird das betreffende Krankenhaus erfolgreich sein. Diese Kräfte gibt es bislang nicht. Sie werden vereinzelt in Lehrgängen ausgebildet oder lernen ihre Aufgaben gerade „on-the-Job“. Auch die digitalen Instrumente für so ein Pflegecontrolling sind bislang nur vereinzelt und als Teillösungen vorhanden.

Portfoliomanagement

Der eigentliche Streit, der sich in den Massenreklamationen der Krankenkassen widerspiegelt, ist gar keine Fehlabrechnung oder- kodierung, sondern eine Auseinandersetzung über die Frage, „Wer denn eigentlich im Krankenhaus behandelt werden soll?“ Die viel zitierten „besonderen Mittel des Krankenhauses“ werden von den Krankenkassen ganz anders ausgelegt als von den Krankenhäusern. Der überwiegende Teil der Reklamationen bezieht sich daher auf primäre und sekundäre Fehlbelegungen. Dabei sind viele dieser Fragen bis zum BSG ausgeurteilt und sind in der extrem kassenfreundlichen BSG-Lesart der letzten Jahre meist gegen die Krankenhäuser entschieden worden.

Die Frage, „Wer in einem Krankenhaus aufgenommen werden muss und wer nicht?“ und auch „Wann Patienten das Krankenhaus spätestens zu verlassen haben?“ erscheinen daher in einem immer klareren Licht. Dem müssen die Krankenhäuser Rechnung tragen. Behandlung von ambulantem Potential, langwierige, weil ungeplante Behandlungsverläufe, und soziale Indikationen zur Aufnahme und Nichtentlassung von Patienten sind unter diesen Bedingungen nicht möglich! Diese Frage kann aber immer nur ex ante entschieden werden. Unter dem Eindruck der Strafzahlung für Fehlbelegungen wird zukünftig die Triageentscheidung in der ZNA und die elektive Aufnahme zum prägenden Prozessschritt in der medizin-ökonomischen Optimierung. Nur wenn die entscheidenden Ärzte und Pflegekräfte hier verstanden haben was machbar ist und was nicht wird das Unternehmen ökonomisch funktionieren.

Fallbegleitendes Kodieren

Der Gedanke, dass eine Begleitung der Patienten auf Station durch den Kodierer zu einer abgeschlossenen Kodierung des Falles bei Entlassung führt, ist kein Neuer! Insbesondere das schwierige Zeitmanagement mit den Ärzten hinderte in der Praxis viele Kodierer daran dies umzusetzen. Viele der Probleme, die bzgl. des Portfoliomanagements und der Kodierung auf Basis des neuen MDK Reformgesetzes entstehen, sind aber nur ex ante lösbar. Nur wenn der operative medizinisch/pflegerische Prozess dem ökonomischen Risiko angepasst wird können zukünftig massiv erhöhte Erlösausfälle vermieden werden. Es ist daher wichtig vor und während der Behandlung steuernd einzugreifen.

Die Kodier-Tätigkeit wird damit zunehmend zu einer Leistungssteuerung. Der Kodierer wird zukünftig der wichtigste Berater des Chefarztes in Fragen des medizin-ökonomischen Erfolges sein und sollte täglich eingreifen können.

Fazit

Viele Publikationen der 2. Jahreshälfte 2019 beschäftigten sich mit der Frage, „Ob das BMG mit der Verknüpfung der Gesetze einen „kalten Strukturwandel“ in der Krankenhauslandschaft bezweckt“.

Dies mag der Fall sein oder nicht: Wer die Auswirkungen der o.g. Vorgaben und ihre Interaktion nicht konsequent mit strukturellen Maßnahmen bekämpft wird zukünftig große Schwierigkeiten haben eine kostendeckende Krankenhausfinanzierung zu garantieren.

Wichtiger als die Größe eines Unternehmens scheint dabei die konkrete Beschäftigung mit den einzelnen Vorgaben, ihrer Interaktion und der eigenen strukturellen Handlungsfähigkeit zu sein.

Dr. med Philip Düwel
Beratung Healthcare

Sedenkamp 13
22397 Hamburg
0152 / 04955808
www.duwel-healthcare.com