

Eine gute Intention mit Nachbesserungsbedarf in der Umsetzung



Thomas Lemke
Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG

Thomas Lemke ist Diplom-Kaufmann und war mehrere Jahre in leitender Position als Steuerberater und Wirtschaftsprüfer für eine renommierte internationale Wirtschaftsprüfungsgesellschaft tätig. Im Jahr 2006 folgte der Wechsel in den Vorstand der Sana Kliniken AG. 2017 übernahm er den Vorsitz des Vorstands.

Die Sana Kliniken AG ist der größte unabhängige Gesundheitsdienstleister Deutschlands mit über 120 Einrichtungen und 2,2 Mio. behandelten Patient:innen in 2019. 25 private Krankenversicherungen sind alleinige Eigentümer der Gruppe, die allen Versicherten offensteht. Die Sana Kliniken AG erbringt integrierte Gesundheitsleistungen von Prävention über ambulante und stationäre Versorgung bis zu Nachsorge, Rehabilitation und Hilfsmittelversorgung und bietet B2B-Services in Einkauf, Logistik und Medizintechnik.

Was sind aus Ihrer Sicht die bedeutendsten Änderungen der Reform und wie bewerten Sie diese im Allgemeinen?

Die Grundgedanken der Reform sind sehr positiv. Die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen hervorzuheben, Transparenz zu fördern, die Bürokratiedichte ein Stück weit zu lichten und zu einem fairen Miteinander zu gelangen – das alles sind Dinge, die wir als Krankenhausvertreter sehr begrüßen und die auch ich persönlich schätze.

Aber was gut gemeint ist, ist nicht immer gut gemacht. Die Umsetzung der Reform hat für unsere Kliniken teilweise größere Herausforderungen mit sich

gebracht, z.B. das Aufrechnungsverbot, den zeitlichen Eingang von Prüfanträgen zum Ende der Quartale, die Strukturprüfung und den nicht immer reibungslos funktionierenden Datenaustausch.

Können Sie diese Punkte weiter ausführen?

Krankenhausseitige Fehler in der Abrechnung sind ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr korrigierbar. Für uns heißt das: Wir mussten komplette Prozesse umstellen, und die entsprechenden Mitarbeitenden sind übervorsichtig geworden. Das band und bindet zusätzliche Ressourcen.

Zudem werden die Prüfverfahren durch die Krankenkassen jetzt vermehrt gegen Ende des Quartals eingeleitet. In den ersten beiden Monaten eines Quartals ist es bei uns also eher ruhig, aber dann kommt der große Ansturm. Die Beanstandung der Rechnungen ist dabei häufig nicht einmal fachärztlich qualitätsgesichert – Prüfverfahren werden „einfach mal losgetreten“. Das System läuft also gerade zum Ende eines Quartals auf Vollast, mit entsprechend hohen Ressourcen- und Kapazitätsanforderungen. Dadurch können sich auch vermeidbare Fehler einschleichen.

Die Strukturprüfung hat eigentlich eine sehr positive Intention: Statt der aufwändigen Prüfung zahlreicher Einzelfälle soll die Prüfung von strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer Strukturprüfung gebündelt werden. Allerdings wird hier über das Ziel hinausgeschossen. Der Detaillierungsgrad hat sich noch einmal erhöht, d.h., wir müssen mit immensm organisatorischen Aufwand die Strukturprüfungsmerkmale nachweisen.

„Im Klinikbetrieb fühlt sich ein Großteil der Mitarbeitenden stark belastet, teilweise sogar überlastet.“

Eine weitere Herausforderung ist der Datenaustausch, der über die angebotenen Schnittstellen häufig nicht funktioniert. Nach Einleitung einer MD-Prüfung müssen wir als Leistungserbringer die benötigten Unterlagen zur Prüfung übermitteln. Wenn dies digital nicht funktioniert, verursacht das auf unserer Seite zusätzlichen manuellen Aufwand – den uns niemand vergütet.

Hat sich also insgesamt der Aufwand durch das MDK-Reformgesetz in Ihrer Klinik erhöht?

Auf jeden Fall, ja. Der Aufwand hat sich für uns deutlich erhöht. Daher muss es Anpassungen in der Zusammenarbeit mit den Kassen geben, soll der aktuelle Zustand nicht zur langfristigen Realität werden. Wir haben in diesem Bereich Ressourcen aufgestockt, um die Änderungen zu bewältigen. Im Klinikbetrieb fühlt sich ein Großteil der Mitarbeitenden stark belastet, teilweise sogar überlastet. Die Erklärung des zusätzlichen Codier-Aufwands trifft häufig auf Unverständnis. Dieser ist allerdings wichtig, um Nachkorrekturen zu vermeiden. Für solche Korrekturen fehlt nämlich schlicht die Zeit. Aber unsere Mitarbeitenden weiter zu begeistern und zu motivieren, fällt vor dem Hintergrund dieser Änderungen wirklich schwer.

Unser Bestreben, mehr Digitalisierung und Automatisierung in den Klinikalltag zu bringen, läuft

natürlich auf Hochtouren weiter. Aber durch mangelhafte technische Schnittstellen sind uns auch auf diesem Gebiet teilweise die Hände gebunden. Sie verhindern, dass wir durch Digitalisierung den heutigen Mehraufwand spürbar reduzieren.

Nehmen Sie Unterschiede zwischen den Kassen in der Handhabung des Prüfungsprozesses wahr?

Die Kassen agieren sehr unterschiedlich. Natürlich werden nach einer Änderung immer die Grenzen ausgelotet und alle Beteiligten schauen erst einmal, was die Veränderung jetzt tatsächlich bedeutet und welche Neuerungen sie mit sich bringt.

Einige Kassen sind darauf bedacht, vor allem im vorgerichtlichen Bereich Lösungen zu finden. Gleichzeitig erkennen wir einen Zusammenhang zwischen dem Einfluss der RSA-Reform auf die Kassen und dem von ihnen jeweils angestoßenen Prüfumfang.

Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie an der Reform, nachdem wir jetzt unterschiedliche Aspekte diskutiert haben?

Neben funktionsfähigen technischen Schnittstellen wünsche ich mir vor allem an drei Punkten Änderungen:

1. Das Vertrauen in die ursprüngliche Intention der Reform muss zurückgewonnen werden. Die involvierten Akteure müssen ihrer Rolle und Verantwortung in dem Zusammenspiel gerecht werden. So muss beispielsweise die BfArM wieder die Auslegungskompetenz für die OPS-Codes erlangen. Diese sollten nicht länger vom Medizinischen Dienst gesteuert werden.
2. Es ist einfach nicht nachvollziehbar, dass im niedergelassenen Bereich keine Strafzahlungen fällig werden, für uns im stationären Bereich allerdings schon. Dieser Sanktionsmechanismus fühlt sich wie ein spezifisches Misstrauen uns gegenüber an. Das zeigt sich auch in der Art und Weise, wie das Thema öffentlich diskutiert wird, und ist aus meiner Sicht nicht gerechtfertigt.
3. Die Rechnungsprüfung verursacht eine immense Ressourcenbindung bei Ärzt:innen und in der Administration. Dabei ist das Ziel eigentlich eine Kostensenkung. Mein Wunsch für ein Experiment: Wir reduzieren die DRG-Vergütung um den Anteil, der über die Abrechnungsprüfung heute bereits reduziert wird, und setzen dafür die Rechnungsprüfung aus. In drei bis fünf Jahren könnten wir die Ergebnisse analysieren und auf den Erfahrungen aufbauen. Wir hätten es also quasi mit einem Moratorium für die Abrechnungsprüfung zu tun.

Wenn wir über die MDK-Reform hinausdenken, hat gerade Corona zu vielen Diskussionen über Optimierungsbedarfe im Gesundheitswesen geführt. Welche Themen sollten aus Krankenhaussicht auf die Agenda rücken?

Ich glaube, dass auch ohne Corona die Grenzen der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems klar waren oder zumindest in naher Zukunft sehr deutlich geworden wären. Ein sektorübergreifender Umbau ist dringend erforderlich.

Ambulantisierung ist seit einigen Jahren in aller Munde. Um das Potenzial hier voll auszuschöpfen, benötigen wir eine dritte Finanzierungssäule, die Anreize für alle Seiten schafft. Eine schlanke Preisstruktur kann hier helfen, das Fallvolumen in die ambulanten Strukturen zu steuern.

Um innovative Versorgungskonzepte und Selektivverträge zu ermöglichen, sollte außerdem § 140a SGB V gelockert werden. So könnten auch die Kassen bei der Gestaltung von Versorgungskonzepten eine noch aktivere Rolle einnehmen.

Und schließlich muss der Trend zur Zentralisierung in der bundesweiten Entscheidungsfindung, die seit Beginn der Corona-Pandemie zugenommen hat, kritisch hinterfragt werden. Wir brauchen sinnvolle Versorgungskonzepte vor Ort, und deren Aufbau kann zentral nicht geleistet werden. Schließlich hat die Pandemie auch die unnötige Überregulierung deutlich gemacht. Eine Entschlackung halte ich an diesem Punkt für sehr wichtig.

Wo sehen Sie in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Interessengruppen Chancen, um das System erfolgreich zu transformieren?

Ich bin ein großer Verfechter von organisationsübergreifenden Kooperationen und Zusammen-

arbeit. Das ist der Schlüssel, um in Zukunft echte strukturelle Veränderungen auf den Weg zu bringen. Wir kooperieren bereits heute z.B. mit Kirchen und kommunalen Partnern, in unseren jeweiligen Regionen und überregional, um Versorgung sicherzustellen und für unsere Patient:innen zu optimieren.

Jede und jeder einzelne muss Verantwortung tragen und Eigeninteressen zurückfahren für das große Ganze. Unsere Patient:innen erwarten von uns ein gutes Versorgungsnetzwerk, in dem wir zusammenarbeiten und ihnen hoch qualitative und innovative Behandlung bieten. Hier könnten also positive Anreize geschaffen werden, statt weiterhin mit einem Strafsystem zu arbeiten. Einzelne Spieler zu mehr Kooperation und Kreativität in der Zusammenarbeit zu motivieren, würde helfen.

Wenn Sie einen Wunsch frei hätten für das deutsche Gesundheitssystem, was würden Sie sich wünschen?

Wenn ich mir ganz frei etwas wünschen könnte, dann würde ich das SGB V „on hold“ setzen und von Grund auf neu anfangen wollen. Strukturelle Veränderungen sind bei den starren Leitplanken des SGB V, die teilweise noch aus Bismarcks Zeiten stammen, kaum mehr umsetzbar. Die Leitplanken sind sehr komplex und so verwoben, dass der Durchblick selbst ausgewiesenen Fachleuten schwerfällt. Erforderlich ist also ein großer Befreiungsschlag. Und wer weiß: Eine Vielzahl von Richtlinien und Verordnungen wurde während der Corona-Pandemie ausgesetzt – und dennoch läuft das System weiter, als wäre nichts geschehen. Vielleicht ist mein Wunsch also gar nicht so abwegig.

