

# Kontrollbürokratie

**A**uf dem Tisch stapeln sich die Formulare zur Unterschrift für den Abruf des KHZG-Anteils, den die Klinik bereits verauslagt hatte. Nachweis, Formular, Unterschrift – in strenger Chronologie; dazu drei Beobachter, die auf die korrekte Zuordnung der diversen Unterformulare und vorschriftsgemäße Verschiebung der entsprechend vorgesehenen Umschläge achten. Zusätzlich bitte eine Excel-Tabelle, die immerhin digital an die zuständigen Sachbearbeiter geschickt werden darf. Klare Spielregeln – wer sich nicht an diese hält, bekommt kein Geld zurück und wird mit Sanktionen belastet.

Ein paar Tage später dann die Rückmeldung aus dem Ministerium: Es fehle ein bestimmtes Unterformular zum Antrag 1. Der Antrag sei wohl unvollständig ausgefüllt. Sicherheits halber noch mal alles ausdrucken, zuordnen, in die Postmappe geben. Kurz vor Versand dann die Entwarnung – das Unterformular sei in der Poststelle des Ministeriums gefunden worden. Beim Einscannen in der Poststelle sei wohl das Dokument versehentlich übersehen worden.

Die weiteren Mails des Tages bestehen aus diversen Erinnerungen an Abgabefristen für Unterlagen oder Daten: Die Erinnerung an die Übermittlung der Daten an das IneK für den Pflegebonus, die Rückmeldung, dass eine Krankenkasse im Erörterungsverfahren nur ihre eigene Software akzeptiert und man daher unsere Aufforderung über das Standardprogramm leider nicht annehme (Vorsicht Ausschlusswirkungen und ggf. Sanktionen im MD-Verfahren). Meldung der Pflegeuntergrenzeneinhaltung für das Testat der Wirtschaftsprüfer zur Vorlage an das IneK.

Zurückgewiesene Rechnungen: Man bittet uns um verbale medizinische Begründung für die Notwendigkeit der akutstationären Betreuung eines Patienten. Dabei ergibt sich die Begründung aus den an die Krankenkasse übermittelten Datensätzen: „Notfall, 84 Jahre, Aufnahme mediagnose Somnolenz, sieben

Nebendiagnosen, Entlassgrund Tod“. Die digital übermittelten Parameter aus den dokumentierten Codes zeigen klar, dass eine ambulante Erbringbarkeit in diesem Fall nicht möglich war. Warum dann nochmals die Anfrage nach einer Begründung durch die Krankenkasse? Der Fehler: Unsere Mitarbeiter haben bereits mit Absendung der Rechnung die Begründung im Datenfeld eingetragen. Seitens der Kassen wird aber gewünscht, dass erst nach Anforderung durch die Kasse selbst die Begründung eingetragen wird. Zwar widerspricht dieser Wunsch der aktuellen Rechtsprechung, nach der die Kliniken sofort eine akutstationäre Notwendigkeit begründen sollen, auf der anderen Seite stehen jedoch die Interessen der Krankenkassen; diese können mittels des genannten Vorgehens nämlich ihre Zahlungsfristen ausdehnen.

Aus dem Qualitätsmanagement kommt der Hinweis, dass die Bögen, die bei bestimmten Indikationen zu befüllen und an die externe Qualitätssicherung zu senden sind, leider nicht zeitnah bearbeitet würden. Das betrifft vorwiegend Fälle, in denen bereits die zu uns verlegenden Kliniken die erforderlichen Bögen regelmäßig ausgefüllt haben. Kein Erkenntnisgewinn, jedoch sind die Formulare vollständig. Dabei wäre die Zeit am Patienten sinnvoller investiert.

Die für die Strukturprüfungen zuständige Mitarbeiterin bemängelt gegenüber unseren Notfallmedizinern, dass leider die Priorisierung von Patienten in der Notaufnahme in bestimmten Fällen nicht zeitgerecht innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen des Patienten ausgefüllt würde. Dass es in diesen Fällen um Patienten ginge, die aufgrund der Stufe „rot“ (wegen Lebensgefahr dringlich) erst nachträglich dokumentiert würden, wäre zwar verständlich – würde jedoch nicht die Vorgaben der Notfallstufe erfüllen.

Am Abend dann die Mail eines Kollegen aus der Deutschen Gesell-

schaft für Medizincontrolling: Bei der Übermittlung der Unterlagen an den MD entsprechend einer hochdetaillierten Aufgliederung erhält man zwar eine Bestätigung für den Versand mit der richtigen Bezeichnung der Unterlagen, aber keine Bestätigung über den Umfang. Das bedeutet, dass der Empfänger die Unvollständigkeit von Unterlagen behaupten kann, obwohl die Klinik ihrerseits die vollständige Einstellung der Unterlagen beweisen kann. Die Folge: Unvollständige Datenlieferung, daher Zurückweisung der Rechnung. Also müssten wir darauf hinwirken, dass wir auch noch eine „Seitenzahlquittung“ brauchen. Brauchen wir jetzt doch den Videobeweis?

Über 1.700 Dokumente, Anträge, Formalia und Nachweise, Erfassungspflichten hat ein 500-Betten-Haus zu führen. Es wird Zeit für ein Transparenzregister, welches den Bürokratiewahnsinn im Krankenhaus sichtbar macht. Wie viele Menschen beschäftigen wir mit Bürokratie in der Klinik? Welche Personal- und Zeitreserven benötigen die Kontrollinstanzen? Was davon ist eigentlich sinnvoll? Welche Dokumente lassen sich vereinfachen und zusammenführen? Wie viele Fachkräfte werden eigentlich von ihrer eigentlichen Tätigkeit am Patienten abgehalten? Was kostet das? Wie hoch ist der Anteil an Krankenkassenbeiträgen, die am Ende der Kontrollbürokratie zum Opfer fallen?

Im Schulterschluss mit einem Expertenpanel von der MSH Hamburg wird die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling den Fragen nachgehen. ■

---

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