



Foto: fotogestoeber – Fotolia

Eine Chance für intersektorale Versorgungsmodelle

Der Reformansatz im Referentenentwurf zum MDK-Gesetz

Von Prof. Dr. Erika Raab

Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums hat nicht nur wichtige Impulse in der Debatte um die Unabhängigkeit des MDK und in der Abrechnungsprüfung gesetzt. Fast unbemerkt und dennoch ebenso elementar stellt sich aus Sicht der Krankenhäuser die im Entwurf enthaltene Erweiterung des Kataloges ambulanter operativer und stationärer Leistungen dar, welche insbesondere im ländlichen Bereich die Bildung intersektoraler Versorgungszentren erheblich erleichtern würde.

Keywords: Gesundheitspolitik, Recht, Medizincontrolling

Bei den sog. Fehlbelegungen handelt es sich um Patienten, die entweder überhaupt nicht oder nicht mehr der vollstationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Die Krankenkassen sollen insbesondere durch gezielte Einschaltung des MDK darauf hinwirken, dass Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut

werden. In der Praxis stellt diese Prüfung eine der häufigsten Prüfungsanlässe dar.

Zahlreiche Krankenkassen fokussieren die Prüfung auf stationäre Fälle an der unteren Verweildauer, die aus Sicht der Krankenkassen als ambulante Leistungen hätten erbracht werden sollen. Bei der Einführung des DRG-Systems war die untere Grenzverweildauer im ursprünglichen Fallpauschalengesetz nicht enthalten und wurde erst mit der damaligen Ersatzvornahme im Jahr 2003 eingeführt. Begründet wurde diese Entscheidung unter anderem mit der Vermeidung einer frühzeitigen Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen – der sogenannten „blutigen Entlassung“. Heute sind es die Krankenkassen, die aus wirtschaftlichen Gründen über den MDK eine vorzeitige Entlassung bzw. die Erbringung der Leistung im ambulanten Sektor fordern.

Rückforderungen aus Kürzungen wegen vermeintlicher Fehlbelegung ignorierten dabei bislang die Zwänge der Versorgungsrealität und feh-

lender Angebote für die ambulante Versorgung. Zwar stand die Möglichkeit offen, derartige Behandlungen über den Katalog für ambulante Operationen und stationärer ersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V abzurechnen. Allerdings galt dieser Weg bislang nur bei den dort aufgeführten und teilweise veralteten Operationen. Streitbefangene Leistungen an der intersektoralen Grenze wurden bisher nicht in den Katalog aufgenommen. Gleichzeitig enthält der Katalog Operationen, die faktisch nicht als vertragsärztliche Leistungen angeboten werden und die regelhaft eine zumindest 24- bis 48-stündige stationäre Behandlung erfordern.

Bestimmte Operationen aus dem Katalog werden durch Vertragsärzte in Praxiskliniken mit anschließender stationärer Überwachung erbracht, so dass defacto keine tatsächliche ambulante Leistung vorliegt. Stationärer ersetzende Leistungen aus dem Bereich konservativer Behandlungen oder „tagesklinische“ Krankenhausleistungen, also eine umfangreiche Diagnostik unter Nut-

zung der Krankenhausinfrastruktur zum Ausschluss von schwerwiegenden Erkrankungen, etwa in der klinischen Notaufnahme, waren gar nicht umfasst.

Oft führen aus medizinischer Sicht ungefährliche Ereignisse gerade in den Nachtstunden zu Situationen, in denen verunsicherte Patienten gerne die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen. Von der Klinik erwartet man die subjektiv als notwendig erachtete Daseinsfürsorge, die nicht mitten in der Nacht innerhalb von kurzer Zeit abgeschlossen werden kann. Dennoch ist die Klinik nach Abrechnungsrichtlinien verpflichtet, auch solche Patienten „zur Unzeit“ wieder nach Hause zu schicken und an die ambulante Versorgung am Folgetag zu verweisen, wenn keine zwingende medizinische Indikation für die stationäre Aufnahme nachweisbar ist. Aus Sicht der Behandler ist dies den Menschen aus ethischen, sozialen und Versorgungsgründen jedoch nicht zumutbar und die Ärzte entscheiden sich – wohl wissend, dass eine Abrechnung zum Schluss vor der Kasse nicht haltbar sein wird – dafür, diese Patienten stationär aufzunehmen. Auch für diese Fälle gibt es zwar möglicherweise formal eine korrekte Abrechnung – nämlich gar keine Abrechnung eines stationären Falles –, sozial jedoch die durchaus berechnete Erwartung der Bevölkerung, dass Krankenhäuser gerade in solchen Situationen Hilfe leisten und auch eine adäquate Vergütung erhalten sollen.

Der Ansatz des Reformgesetzes

Im Referentenentwurf ist insbesondere der Auftrag zur Weiterentwicklung des AOP-Kataloges zu begrüßen. Dabei ist der Katalog auch hinsichtlich ambulanter Leistungen und Eingriffe zu erweitern, die regelhaft auch im Krankenhaus erbracht werden, bisher jedoch nicht im AOP-Katalog abgebildet waren. Mit der Öffnung des ambulanten Operationskataloges auch für stationärsersetzende Leistungen/Behandlungen des Krankenhauses und Anpassung der Vergütung unter Berücksichtigung des Schweregrades sowie der regelmäßigen Bearbeitung des Kataloges wird ein elementarer Streitpunkt in den Einzelfallprüfungen aktiv reformiert.

Verbesserungsvorschläge der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)

- Als Gegenstand der gutachterlichen Prüfung der Aufnahme von stationärsersetzenden Leistungen und ambulant durchführbaren Operationen wurde in der Stellungnahme der DGfM zum Referentenentwurf angeregt, sämtliche Fallpauschalen zu prüfen, bei denen auf Basis der Daten des InEK ein hoher Anteil von Streichungen entweder hin zu ambulanter Leistungserbringung oder im Sinne der Streichung von Verweildauertagen bei der uGVD stattfinden. Ebenso sind jährlich die Daten aus den Analysen der durchgeführten Abrechnungsprüfungen daraufhin zu bewerten, ob weitere Leistungsbereiche wegen häufiger Streichungen auf Grund primärer und sekundärer Fehlbelegung uGVD in den Katalog aufgenommen werden müssen.
- Der Gutachtauftrag sollte neben den Schweregraddifferenzierungen auch eine Unterscheidung in einen Preis für die medizinische Kernleistung, einen Preis für die Pflegeleistung sowie eine Servicepauschale für Übernachtungs-/Hotelleistungen enthalten. Diese Abrechnungsdifferenzierungen können dazu beitragen, einen weiteren Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung zu setzen.
- Zugleich besteht die Möglichkeit, über die Diskussion der Kriterien für den Katalog stationärsersetzender Leistungen und ambulanter Operationen Vergütungsalternativen insbesondere für diese Herausforderungen in den Flächenländern zu schaffen, um regionale Versorgungsbedürfnisse oder soziale Aspekte zu berücksichtigen.

Fehlbelegung – das Dilemma für kleine Krankenhäuser

Kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum kämpfen mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Ihr Dilemma: Sie sollen die Erwartungen an eine hochwertige Versorgung der Patienten erfüllen und zugleich wirtschaftlich arbeiten. Das Leistungsspektrum erlaubt in der Regel nur eine Grundversorgung von Patienten, welche sich aus abrechnungstechni-

scher Sicht an der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Vergütung befindet.

Eine Lösung aus Sicht der Gesundheitsökonomien soll die Gründung intersektoraler Versorgungszentren (IVZ) bieten, wie es das Gutachten der Universität Bayreuth und Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung darlegt: Durch die Umwandlung eines Krankenhauses in ein IVZ sollen Angebotsstrukturen geschaffen werden, welche die Erbringung ehemals stationärer Leistungen nun auch im Rahmen der EAV ermöglichen.

Der innovative Denkansatz verfügt jedoch über zwei kritische Faktoren: die Bedarfsplanung und die Vergütung. Der Umwandlung in ein IVZ mit einer Ausweitung des ambulanten Versorgungsangebots steht jedoch keine Ausweitung der ärztlichen Versorgungskapazitäten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber. Nach dem Denkmodell sind aber zusätzliche ärztliche Ressourcen im ambulanten Setting notwendig, um den durch die Umwandlung von stationär in ambulant steigenden Bedarf zu decken. Im Rahmen der aktuellen Bedarfsplanung sind zusätzliche Vertragsarztsitze in gesperrten Planungsbereichen jedoch nur über Einzelfalllösungen generierbar. Durch die strikt sektorenspezifische Bedarfsplanung ist aktuell der Weg verschlossen, da der gestiegene Bedarf nicht berücksichtigt wird.

Der zweite Haken: Während die Vergütung der im IVZ erbrachten ambulanten Leistungen über den EBM erfolgen kann, stellt die adäquate Vergütung der Leistungen der im Gutachten vorgeschlagenen erweiterten ambulanten Versorgung eine große Herausforderung dar, denn der intersektorale Ansatz führt hierbei zur Verschiebung der vormals stationären Leistungserbringung in den ambulanten Sektor.

Im Business-Case der IVZ-Studie wurde die Finanzierung der intersektoralen Leistungserbringung durch individuell gestaltete Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140a SGB V beschrieben. In der Praxis begegnet das Modell einigen Hürden: Der Ein- ▶

schreibung in ein IV-Modell muss jeder Patient schriftlich gegenüber der Krankenkasse zustimmen. Diese Einwilligung setzt jedoch voraus, dass der Patient hinsichtlich der Regelfversorgung zumindest keine Versorgungsverschlechterung oder eine systematische Vorenthaltung bestimmter Leistungen erwartet. Da sich der individuelle Zusatznutzen für den Patienten nicht unbedingt erschließt, ist von einer starken Zurückhaltung der Patienten auszugehen. Gleichzeitig ist der administrative Aufwand für die kleinen Häuser nicht zu leisten, da die IV-Verträge individuell zwischen den Krankenkassen zum einen und den Patienten zum anderen auszuhandeln und abzurechnen sind.

Die Chancen des Reformentwurfs

Durch den gelungenen Reformentwurf bietet sich mit der Erweiterung des ambulanten Kataloges um die kritischen stationersetzenden Be-

handlungen auch die Chance, ohne die langwierigen Hürden der intersektoralen Bedarfsplanung und der IV-Einzelvertragsverhandlungen zeitnah den Aufbau intersektoraler Versorgungszentren forcieren zu können. Der Entwurf löst dabei nicht nur das Finanzierungsproblem, sondern löst zugleich das strittige Problem der mehrstündigen ambulanten Behandlungen in der Notaufnahme. Gerade bei diesen Leistungen, welche in der Gesamtschau nur unter zeitnaher Nutzung der Infrastruktur eines Krankenhauses erbracht werden können, aber letztlich keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit ergeben, entfällt das Begründungs- und Streitpotenzial. Im Rahmen der Daseinsvorsorge insbesondere in Flächenländern stellt somit der Reformansatz des Referentenentwurfs eine grundlegende und zeitnahe Lösung für die Transformation kleiner Häuser in IVZ dar. Für die von stetigen Schlie-

ßungsszenarien bedrohten Krankenhäuser wäre es somit ein wichtiger Schritt zur Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung. ■

Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin
Kreisklinik Groß-Gerau GmbH
Wilhelm-Seipp-Straße 3
64521 Groß-Gerau
erika.raab@kreisklinik-gg.de



Prof. Dr. Erika Raab

KU FACHBEIRAT



Dipl. Kfm. Peter Asché
Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD),
Kaufmännischer Direktor
der Uniklinik RWTH Aachen



Horst A. Jeschke
Beratung im Gesundheitswesen



Dipl.-Volkswirtin Brigitte Scharmach
Geschäftsführerin Johanner-Krankenhaus im Fläming gGmbH



Prof. Dr. med. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker, Rösrath



Heinz Kölling
Geschäftsführer Klinik Lillenthal
im Artemed Verbund,
Präsidiumsmitglied der Europäischen Vereinigung der Krankenhausdirektoren (EVKD)



Benedikt Simon
Geschäftsführer (Chief Development Officer)
Business Development
MEDIAN Kliniken



Xaver Frauenknecht MBA
Vorsitzender des Vorstandes
Sozialstiftung Bamberg



Dr. Nicolas Krämer
Kfm. Geschäftsführer
Städtische Kliniken Neuss
Lukaskrankenhaus GmbH



Dr. Christian Stoffers
Leiter Zentralreferat Marketing
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH



Dipl.-Ing. Ök. Wolfgang Gagzow
Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V., Schwerin



Prof. Dr. Julia Oswald
Professorin für Betriebswirtschaftslehre,
insbes. Krankenhausfinanzierung und -management, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



Dipl. Kfm. Kai Westphal
Vorstand der Rehafachgruppe im VKD
Geschäftsführer der Johann-Wilhelm-Ritter-Klinik Bad Rothenfelde



Ralf Heyder
Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)



Prof. Dr. Volker Penter
Partner – Niederlassungsleiter –
Gesundheitsexperte,
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Dr. med. Erwin Horndasch
Leiter Medizincontrolling,
Stadtkrankenhaus Schwabach gGmbH



Dr. rer. cur. Sabine Proksch
Pflegedirektorin
Klinikum am Steinberg/Ermstallklinik
Kreiskliniken Reutlingen GmbH

