



© photoschmidt – stock.adobe.com

Der ökonomische Druck steigt

Interview mit Prof. Dr. Erika Raab

Die Zeichen stehen auf Reform. Die Regierungskommission hat kürzlich ein Konzept vorgestellt, nachdem die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen sollte. Auch der aktuelle Gesetzesentwurf des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes soll den wirtschaftlichen Druck senken. Wir sprachen mit Prof. Dr. Raab, Geschäftsführerin der Kreisklinik Groß-Gerau GmbH und Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling, über die Vorhaben der Bundesregierung und was das konkret für die Kliniken bedeutet.

Keywords: Abrechnung, Erlöse, Gesundheitspolitik



Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab
Geschäftsführerin, Kreisklinik Groß-Gerau GmbH
Vorstandsvorsitzende
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat kürzlich die größte Reform im Krankenhausesektor seit 20 Jahren vorgestellt: Er wolle das „System der Fallpauschalen“ beenden.

Frau Prof. Raab, wie schätzen Sie den Reformvorschlag des Bundesgesundheitsministers ein? Gehören die DRG-Fallpauschalen bald der Vergangenheit an?

Im Gegenteil: Die Vorschläge der Regierungskommission zeigen, dass Fallpauschalen und Mengenanreize weiterhin die Basis der Krankenhausfinanzierung bilden werden. Konkret abzulesen ist dies beispielsweise in der geplanten Bestimmung des Volumens der Vorhaltevergütung, hier wird der Bezug zur Fallmenge hergestellt. Auch in der Abrechnung der Einzelfalleistung ist die Beibehaltung des DRG-Systems festgesetzt. Aus Sicht des Medizincontrollings werden Wettbewerbs-elemente betont, da die Vorhaltepauschalen auf die Leistungsanbieter verteilt werden. Es gilt: Je niedriger die Anzahl von Anspruchsinhabern, desto höher der eigene Anteil des jeweiligen Leistungserbringers.

Lauterbach argumentiert, dass Krankenhäuser durch unnötige Eingriffe Gewinne erwirtschaften. Das Pflegepersonal hätte dafür die Mehrarbeit leisten müssen. Das neue „Krankenhauspflegeentlastungsgesetz“ soll die Situation in den Krankenhäusern schnellstmöglich „revolutionieren“. Stellt der aktuelle Gesetzesentwurf tatsächlich eine Revolution dar?

In der Praxis zeigt sich: Im Medizincontrolling sind keine Prüfungen des Medizinischen Dienstes bekannt, in welchen die Indikation für Eingriffe als unnötig zurückgewiesen wurden. Auch arzthaftungsrechtliche Prozesse zu indikationslosen Eingriffen sind in der Statistik des Medizincontrollings nicht belegbar, diese würden im Ergebnis einen Rückzahlungsanspruch der Krankenkassen begründen. Insofern kann die Behauptung von Herrn Lauterbach schon nicht statistisch belegt werden.

Dabei gibt es durchaus Fehlanreize, die der Bundesgesundheitsminister in seinem Gesetzesentwurf hätte beseitigen können: Im DRG-System werden die Prävention oder langwierige konservative Behandlungen

nicht adäquat vergütet. Es setzt damit den Anreiz, beim Vorliegen einer chirurgischen Indikation diese eher zu nutzen. Befeuert wird der Anreiz durch die Fallzusammenführungsregeln, welche konservative Behandlungen und spätere chirurgische Eingriffe in derselben Basis-DRG zusammenführen, so dass nur eine Fallpauschale bezahlt wird. Da bleibt bei zwei Therapieoptionen oft nur die Entscheidung für den sofortigen Eingriff, zumal Kliniken dem Medizinischen Dienst regelmäßig genau begründen mussten, warum Eingriffe nicht früher erfolgten und Liegedauertage bei zu langer präoperativer Verweildauer gestrichen wurden. Dieser Anreiz bleibt künftig weiterhin erhalten, da das DRG-System und seine Kontrollmechanismen unverändert die Basis für die Krankenhausfinanzierung bilden.

Also zurück zur Frage: Nein, der Gesetzentwurf stellt allenfalls einen Debattenbeitrag, aber keine Revolution dar, weil er die Fehlanreize des DRG-Systems nicht beseitigt, sondern auf diesen aufbaut

Mit der Pflegepersonalregelung 2.0 soll der Pflegebedarf im Krankenhaus zunächst gemessen werden, bevor die Krankenhäuser dazu verpflichtet werden sollen, das fehlende Personal aufzubauen. Gelingt dies nicht bis zum Jahr 2025, sollen sie finanziell sanktioniert werden. Aufgrund des Fachkräftemangels gestaltet sich dies jedoch schwierig. Wie ist Ihre Einschätzung, sind die Sanktionen der richtige Ansatz?

Mit der PPR 2.0 ist zusätzlich zur Pflegeuntergrenzenverordnung ein weiteres Instrument zur Messung des Fachkräftemangels geschaffen worden. Beide Instrumente bestehen nebeneinander und sanktionieren den gleichen Sachverhalt. Da das Pflegebudget die Personalkosten für die examinierte Pflege erstattet, besteht für die Kliniken kein Anreiz, am Pflegepersonal zu sparen. Insofern halte ich die Sanktionierung für den falschen Weg

Das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz beinhaltet Regelungen zu tagesstationären Behandlungen. Hierzu heißt es, dass „zugelassene Kliniken in medizinisch

geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung mit einer täglich mindestens sechsstündigen ärztlichen oder pflegerischen Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen“ können. Was jedoch „medizinisch geeignet“ bedeutet, bleibt offen. Sind hier nicht zusätzliche Bürokratie und Rechtsstreitigkeiten vorprogrammiert?

Allein die Übersetzung dessen, was eine Klinik aus medizinischer, haftungsrechtlicher und prozessualer Sicht tun muss, um den Patienten daheim übernachten lassen zu können, ist Dokumentationsirrsinn.

Am „Übernachtungsentlastungstag“ bedarf es eines Arzt-Patientengesprächs mit einer Aufklärung zur Medizinischen Eignung, Einschränkungen in der Häuslichkeit (z.B. Treppensteigen), besonderen Risiken (Hygiene, Verpflegung, Medikation), die Prüfung der Sicherstellung der häuslichen Versorgung und einer Prüfung des Behandlungsplans für den Folgetag und zur Fahrtkostenübernahme durch den Patienten selbst.

Dann folgt die rechtssichere Dokumentation – sehr umfassend. Dann folgt die Administration.

Am Wiederaufnahmetag beginnt die nächste Administrations-Schleife mit der Wiederaufnahme des Patienten und der Fallzusammenführung im System, informiert das Belegungsmanagement, nimmt die Wiedereingliederung in den Stationsbetrieb entsprechend der Rechtsprechung des BSG vor.

Es folgt das Arzt-Patientengespräch, erneute Dokumentation, die Administration muss wieder prüfen, ob ggf. ein ambulanter Abrechnungsvorrang nach dem EBM (AOP-Katalog mit Überwachungsoptionen) gegeben ist, der bei Überschreiten der sechs Stunden Behandlungsdauer alternativ gültig ist.

Aus Praxissicht birgt der Vorschlag einen höheren Aufwand und mehr

Bürokratie mit sich. Durch die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe im Gesetz ist der Streit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vorprogrammiert.

Ziel dieser Regelung ist es, sowohl die Pflegenden zu entlasten als auch Geld einzusparen. Inwiefern könnte diese Änderung tatsächlich Einfluss auf diese beiden Punkte haben?

Die Patienten, welche daheim übernachten können, sind in der Regel jene, welche den Pflegenden keinen hohen Mehraufwand verursachen. Im Gegenteil: Es entsteht eine Leistungsverdichtung. Zudem zeigen Berechnungen, dass bei einer Ausweitung des AOP-Kataloges wie geplant maximal drei Prozent der Fälle geeignet sind, Tagespatienten zu werden. Um eine Pflegekraft, die nachts bis zu 20 Patienten auf der Normalstation betreut, einsparen zu können, bedarf es dementsprechend einer sehr großen Anzahl von Patienten. Aus Sicht von Personaleffekten ist es eher ein hochtheoretisches Modell.

Da die Krankenhäuser verpflichtet sind, die Strukturen im Fall von Komplikationen vorzuhalten, Zimmer- und Bettenreinigungen vorzunehmen und zugleich einen hohen Bürokratie- und Prüfaufwand bedienen müssen, werden innerbetriebliche Mehrkosten zu erwarten sein.

Diese Regelung sowie weitere sollen die Ambulantisierung weiter vorantreiben. Die Vorgehensweise des Bundesgesundheitsministers wird allerdings stark kritisiert. Inwiefern ist eine schnelle Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich überhaupt umsetzbar?

Gar nicht. Weder liegt der geeinte erweiterte AOP-Katalog vor, der zumindest die Verlagerung ermöglichen würde, noch wurden rechtlich Zulassungsmöglichkeiten für die ambulante Tätigkeit im Bereich der Kassenärztlichen Ermächtigungen erweitert, noch gibt es Hybrid-DRG. Für die intersektorale Versorgung braucht es eine intersektorale Bedarfsplanung. An dieser fehlt es bislang völlig. Wenn diese gesetzlich vorgesehenen Beteiligten bei den ►

Reformbestrebungen außen vor bleiben, wird eine schnelle Reform nicht gelingen.

Der Gesetzentwurf im Krankenhausbereich sieht eine Beschleunigung der Budgetverhandlungen sowie Verwaltungsvereinfachungen hinsichtlich des Verfahrens der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Was heißt das konkret und können Krankenhäuser auf weniger bürokratische Hürden hoffen?

Auch hier muss man genau hinschauen, denn der Gesetzgeber hat noch tiefgreifende Regelungen vorgenommen:

Der Gesetzgeber hat den Krankenhäusern die Möglichkeit genommen, die Einnahmen und Liquidität der Krankenhäuser bei sinkenden Leistungszahlen und gleichzeitig gleichbleibenden oder steigenden Kosten durch eine Anpassung des Landesbasisfallwerts auszugleichen. Diese Gesetzesänderung erfolgt ausgerechnet zu einem Zeitpunkt, in welchem die erstmalige Anwendung dieser Regelung sinnvoll und notwendig wäre: Kliniken brechen die Erlöse u.a. infolge hoher Personalausfälle und pandemiebedingter Verschiebung elektiver Fälle weg, gleichzeitig steigen die Kosten durch die Inflation, steigende Energiepreise, hohe Tarifforderungen usw. überproportional. Die Kosten-Erlösschere wird steigen, die Unterfinanzierung im Krankenhausbereich zunehmen.

Statt einer echten Vereinfachung der Budgetverhandlungen durch den Abbau des Detaillierungsgrades in den Regelungen, durch eine Herausnahme der Komplexität sowie Anpassung der Ziele und Voraussetzungen, die längst nicht mehr in der Praxis relevant sind, werden lediglich Fristen für die Vereinbarung gesetzt.

Die Vielzahl neuer Behandlungs- und Abrechnungsverfahren, welche im Krankenhausentlastungsgesetz enthalten sind, führen insgesamt zu einem erheblichen Mehraufwand für die Krankenhäuser. Administrativ wird die Komplexität der Abrechnung, die leistungsrechtliche Zuordnung, die Prüfung der leistungskon-

formen Behandlung und vor allem die Dokumentation weiter steigen.

Im Ergebnis geht das Krankenhausentlastungsgesetz an den wirklich notwendigen Regelungen und Reformen der Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung weit vorbei.

Wie schafft man es, trotz der enormen Abrechnungsanforderungen und des Dokumentationsumfangs, Erlöse zu sichern und den Überblick über alle bürokratischen Vorgaben zu behalten?

Es ist kaum noch möglich, dieser Regulierungstiefe zu genügen. Bereits vor dem Krankenhausentlastungsgesetz waren die medizinische, leistungsrechtliche und haftungsrechtliche Dokumentation überbordend. Die zusätzlichen Vorgaben werden den Aufwand weiter steigern. Die Abbildung der Komplexität im System ist kaum noch möglich. Über 980 Abrechnungsregeln sind momentan relevant. Die Veränderungen, welche nun auch noch durch das Krankenhausentlastungsgesetz hinzukommen, noch nicht gezählt. Auch der Blick in den Entwurf der Regierungskommission zur Krankenhausreform lässt mit diversen Strukturvorgaben die Erweiterung des Prüfaufkommens erwarten.

Der Jahreswechsel liegt hinter uns, mit welchen wesentlichen Änderungen sollten sich Krankenhäuser in Sachen „Abrechnung & Erlöse“ in diesem Jahr auseinandersetzen?

Praxisrelevant ist bereits jetzt die Einführung tagesstationärer Behandlung als Äquivalent zur vollstationären Behandlung.

Spannend wird die Entwicklung im Bereich der Hybrid-DRG und des AOP-Kataloges: Mit dem Auftrag zur Entwicklung von Hybrid-DRGs greift der Gesetzgeber in erheblichem Maß in die Abstimmung der Selbstverwaltungspartner zur Weiterentwicklung des AOP-Kataloges ein. Geeignet war bereits ein dreistufiges Vorgehen und zunächst zum 1. Januar 2023 eine moderate Erweiterung des AOP-Kataloges um Leistungen, die in der bestehenden Vergütungssystematik (EBM) abbildbar sind. Die komplexen und für Hybrid-

DRG geeigneten Leistungen sollten erst zu einem späteren Zeitpunkt eingeführt werden. Allerdings gestalten sich die Verhandlungen insbesondere hinsichtlich der zukünftigen Vergütungssystematik schleppend.

Bei den MD-Prüfungen ändert sich die Geltendmachung des Rechnungsaufschlags durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus. Sie erfolgt auf dem Wege elektronischer Datenübertragung (statt wie bisher als Bescheid). Hier werden juristische Abgrenzungsfragen zum Widerspruchsverfahren absehbar folgen. Das Streitpotenzial erhöht sich weiter.

Darüber hinaus wird das Verfahren zur Budgetverhandlung aufwändiger und in der Fristensteuerung relevant. Da im Verfahren Präklusionen und Sanktionen drohen, müssen die Budgetverhandler im kommenden Jahr entscheidende Weichen stellen. Die Vielzahl neuer Behandlungs- und Abrechnungsverfahren führt insgesamt zu Mehraufwand für die Krankenhäuser bei der Einführung entsprechender Strukturen und Organisation, bei administrativ Beschäftigten für die Abrechnung und bei den klinischen Beschäftigten für die Zuordnung, leistungskonforme Behandlung und vor allem Dokumentation.

Fazit: Der ökonomische Druck steigt.

Frau Prof. Raab, vielen Dank für das Gespräch! ■

Das Interview führte
KU Fachredakteurin Anna Zarling