



# Mehr Abrechnungsaufwand, mehr Wirtschaftsdruck, mehr Bürokratie

## Warum die Krankenhausreform der Regierungskommission ihre Ziele nicht halten kann

Von Prof. Dr. Erika Raab

**E**ine „Revolution im System“ – so kündigte Gesundheitsminister Karl Lauterbach seine Pläne im Dezember vergangenen Jahres für die Krankenhausreform an. Kritik am Papier hagelte es nicht nur seitens der Krankenhäuser und Klinikverbände, sondern – und man ist sich ja sonst selten einig – auch seitens der Kassen und der Länder. Drei Monate später ist klar: So wie sich die Regierungskommission die Neuordnung der deutschen Krankenhauslandschaft vorgestellt hat, wird es nicht kommen. Ein großes Fragezeichen steht hinter dem Aspekt der Finanzierung. Zum einen, weil die Kosten für die Neuaufstellung der Krankenhausinfrastruktur und die damit verbundenen nötigen einrichtungsbezogenen Änderungen nicht stehen (einige Stellen sprechen von Summen bis zu 100 Milliarden Euro). Zum anderen, weil das neue Abrechnungssystem für Kliniken und ihre Leistungen vielmehr neue Probleme schafft, anstatt mit alten aufzuräumen. Während sich Bund und Länder am ersten Punkt aufhängen, beschert insbesondere Punkt zwei den Medizincontrollern schlaflose Nächte.

Doch zunächst ein Schritt zurück: Ziel der Einführung der Fallpau-

schalen war die Begrenzung der Kosten für die Krankenhausbehandlung und die Schaffung von Transparenz sowie Vergleichbarkeit des Leistungsgeschehens und der Kosten. Neben der Effizienzsteigerung durch die Verbesserung von Prozessabläufen und Steigerung der Wirtschaftlichkeit sollte nicht zuletzt auch die leistungsgerechte Vergütung im Vordergrund stehen.

Nachdem die Effizienzreserven ausgeschöpft sind, soll die Konzentration der stationären Versorgung die Lösung der Finanzknappheit sein. Bei genauer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass der vorgeschlagenen Reform die Mittelknappheit und damit der Wettbewerbs- und Prüfdruck erhalten bleibt. Im Dilemma zwischen zunehmendem Fachkräftemangel und einem zu erwartenden Kostenanstieg aufgrund der wachsenden Anzahl von multimorbiden Älteren bei gleichbleibendem Finanzrahmen entsteht denknotwendig neues Konfliktpotenzial: In der Abkehr von der an der überwiegend nachfrageorientierten Fallpauschalenvergütung hin zur angebotsorientierten Vorhaltefinanzierung, bei einer reduzierten Anzahl an Leistungserbringern und gleichblei-

benden Finanzmitteln, wird der Patient am Ende die Zeche zahlen. Auch wenn eine Leistungskürzung nach Aussage des Bundesgesundheitsministers ausgeschlossen sei, kann das vorgeschlagene Modell nur durch eine solche funktionieren. Um den Dreiklang: längere Wege, Wartezeiten und zugleich – bislang noch nicht offen diskutiert, aber zwingend erforderlich – Beschränkungen auf das „medizinisch Notwendige“ bzw. Bezahlbare.

Das bedeutet auch in der Rückschau der Erfahrungen an der Basis im Medizincontrolling, dass es nicht nur einer transparenten Bedarfsplanung, sondern einer ehrlichen Diskussion darüber bedarf, welche Prioritäten und dementsprechende Entscheidungen zu treffen sind.

Zugleich muss ein kritischer Blick auf die mit dem Reformvorschlag verbundenen bürokratischen Aufwände geworfen werden: 40 Prozent Vorhaltebudget, 60 Prozent Fallpauschalen, damit bleiben sowohl Strukturprüfungen als auch einzelfallbezogene Fallprüfungen erhalten. Ein System, das nicht nur Misstrauen schürt, sondern den Kliniken auch jedes Jahr Millionenbe-

träge kosten wird. Grund dafür ist die ex-post-Betrachtungsweise der Kassen auf einen Fall, der auf Basis einer ex ante ärztlichen Einschätzung, klinisch faktisch behandelt wurde. Das Krankenhaus wird dann nicht für die tatsächlich angefallene und behandelte Leistung bezahlt, sondern nur für die Leistung, die laut Datenberechnung und Dokumentationslage im Nachhinein auch gereicht hätte.

Damit werden medizinische Expertise und ärztliches Urteilsvermögen herabgestuft und der individuelle Versorgungsaufwand von Patienten in ein Finanzierungskonzept gepresst – Hauptsache, die Zahlen stimmen am Ende. Kritik, die hinsichtlich der Fallpauschalen nicht neu ist. Trotzdem baut die Regierungskommission ihre Reform auf ihnen auf. Die Ergänzung eines kleinen Vorhaldebudgets ändert nichts am wirtschaftlichen Druck, am Wettbewerb zwischen den Einrichtungen und an den negativen Auswirkungen für das Patientenwohl.

Dieser Etikettenschwindel ist jedoch nur der Anfang: Ergänzend hierzu sind mit Strukturvorgaben der Leveleinstufungen sowie fallmengenbezogene Qualitäts- und MD-Prüfungen zu rechnen. Dadurch wird der Dokumentationsaufwand weiter steigen. In den Kliniken fallen Bürokratie-Berge an, die keinen Bezug zur Patientenbehandlung haben. Dies bindet Kapazitäten bei ärztlichem Personal und Pflegekräften, die besser am Patienten eingesetzt wäre. Zusätzlich steigern die Dokumentationspflichten die Unzufriedenheit bei den medizinischen Fachkräften. Dabei gäbe es ausreichend Schnittmengen mit MD-Prüfungen – diese zusammenzuführen würde nicht nur auf klinischer Seite Entlastung schaffen, sondern auch Kapazitäten auf Kassenseite freisetzen. Vereinfachungen in Abrechnungsprozessen würde deutlich mehr Ressourcen für die Patientenversorgung zur Verfügung stellen, beispielsweise auch auf Seiten des MD, der Krankenkassen und des Medizincontrollings.

Hinzu kommt, dass sowohl in den Vorhaldebudgets als auch bei den Residual-DRG weiterhin Fallmengenassoziationen gegeben sind.

Auch verlegungsbedingte Fallsteigerungen sind dem System immanent, denn wird bei der Diagnose oder im weiteren Krankheitsverlauf eines Patienten eine neue Behandlungsanforderung festgestellt, die das aufnehmende Haus nicht leisten darf, wird der Fall an eine entsprechende Einrichtung mit erforderlicher Ausstattung verlegt. Nachdem dieses Haus (in der Regel ein Maximalversorger) den verlegten Patienten versorgt hat und der Behandlungsaufwand keine High-Tech-Medizin mehr erfordert, wird der Fall wieder an die erstaufnehmende Einrichtung zurückverlegt. Ein Fall, der den aktuellen Reformvorstellungen entspricht – so kann es sich bei einem Patienten um drei oder sogar mehr Fälle handeln. Dadurch entsteht eine Mengenausweitung. Diese wird die Krankenhausreform durch ihre geplanten und starren Kompetenz- und Leistungsraster je nach Leveleinstufung wohl noch deutlich erhöhen.

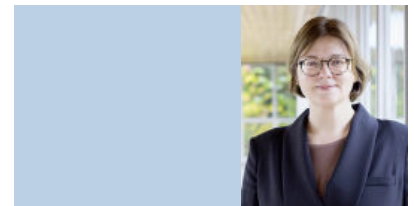
Die Erfahrung zeigt, dass Behandlungen mit einem OPS der Bildung von Leistungsgruppen dann zugänglich sind, wenn diese Eingriffsarten bezeichnen. So entsteht ein gewisser, in der Praxis benötigter, Handlungsspielraum. Der Reformentwurf meint jedoch Leistungsbe-reiche, die sich an den Basis-DRG orientieren. Diese Basis-DRG zeigt jedoch in der Praxis eine große Abrechnungsschwäche, da sie den Fall aus ex-post-Betrachtung unter Zugrundelegung der Erstdiagnose refinanziert, in der Fallsteuerung aber eine umfassende Kenntnis zum Behandlungsbeginn erforderlich ist.

Behandlungsverläufe sind bei der Erstdiagnose ebenso wenig planbar wie vorhersehbar. Die retrospektiv wirkenden Abrechnungskriterien eignen sich für die klinische Behandlung nicht, insbesondere, wenn es um Notfälle geht. Sie erfordern eine ex-ante-Einschätzung des Behandlungsverlaufs. Es bedarf dazu neuer Kontextfaktoren, welche als Abgrenzung zur ambulanten Versorgung dienen können. Die Praxis schreibt täglich Geschichten, die sich nicht an vorgefertigte Leistungsraster halten und zu Konflikten mit den Krankenkassen führen. Durch das Bestehen dieser engen Vorgaben werden Abläufe künstlich

aufgebläht und ausufernde Dokumentationshürden aufgestellt, um am Ende zu beweisen, dass der angefallene Aufwand auch refinanzierbar ist. In der Gesamtschau des vorliegenden Entwurfs empfiehlt es sich, sowohl bei der Praxistauglichkeit als auch bei der Bürokratie- und Komplexitätsreduktion verstärkt nachzubessern.

In der Zusammenfassung lässt sich festhalten, dass die systemimmanenten Fehler des DRG-Systems eine Überarbeitung brauchen, um in einer reformierten Krankenhauslandschaft keine alten Fehler zu wiederholen. Im Grundsatz sind Fallpauschalen aufgrund ihrer hohen Transparenz nicht verzichtbar. Leistungsgruppen alleine reichen nicht aus, sie müssen durch Eingriffsarten konkretisiert werden. Krankenhäuser und Bundesländer sollen sich schon 2024 über stationäre Krankenhausleistungen im Detail verständigen. Hier ist die Expertise der Medizincontroller gefragt, denn neben der Medizin vereinen sie Fachwissen aus Gesundheitspolitik, Ökonomie und Sozialrecht. ■

**Prof. Dr. Erika Raab**  
Vorstandsvorsitzende der DGfM  
erika.raab@medizincontroller.de



Prof. Dr. Erika Raab