



Fallsteuerung

Erfahrung eines kleinen Krankenhauses

Patientensteuerung hat eine versorgungspolitische wie betriebswirtschaftliche Komponente. Unsere Autorin beschreibt, wie sie Patientensteuerung in ihrer Klinik umsetzt – und welchen Einfluss das geplante Leistungsgruppensystem und die Vorhaltepauschale haben würden.

Von Prof. Dr. Erika Raab

Der Klinikaufenthalt unterteilt sich in mehrere Prozessschritte wie dem Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsprozess. Aufgrund der wirtschaftlichen Erfolgsparameter, hier führend die Verweildaueroptimierung, ist es zwingend erforderlich, dass die einzelnen Prozessschritte des Aufenthaltes optimal aufeinander abgestimmt sind und miteinander interagieren. Im Rahmen der Fallsteuerung bestand zunächst die Aufgabe, die Versorgung der Patienten

optimal zu koordinieren. Mit der Einführung eines komplexen Entlassmanagements im Jahr 2017 sind die Krankenhäuser gezwungen, im Rahmen von Prozessanpassungen Vorgaben umzusetzen, welche die sektorenübergreifende Patientenversorgung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt sicherstellen soll.

Seit der Einführung der Fallpauschalen besitzt die ökonomisch orientierte Fallsteuerung, neben den patientenna-

hen Tätigkeiten, eine existenzsichernde Bedeutung. Der Grundgedanke der ökonomischen Fallbegleitung bestand zur Einführung der DRG darin, diejenigen Diagnosen und Prozeduren zu identifizieren, bei denen eine deutlich erhöhte Verweildauer oder auch erhöhte Fallzahl gegenüber den bundesweiten Durchschnittswerten festgestellt wurden. Konnten diese Auffälligkeiten nicht auf eine gesteigerte Morbidität der behandelten Patienten oder eine hei-

Illustration: Getty Images/Prat

Klassische Steuerungsmechanismen einer Fallpauschale

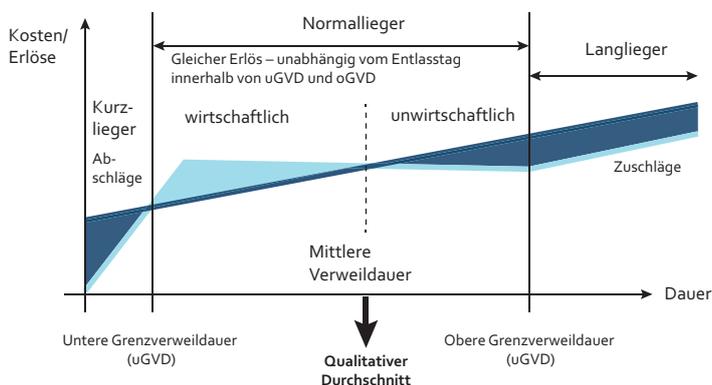


Abb. 1

lungintensivere Behandlungsmethode zurückgeführt werden, bestand das Ziel des Case Managements darin, den Fall so zu begleiten, dass administrative Fehldokumentation sowie Fehlbelegungen als Grund für eine überlange Verweildauer und erhöhte Prüfanlässe der Krankenkassen ausgeschlossen werden konnten. Mit der Verschärfung des Wettbewerbes und nicht zuletzt im Existenzkampf der Kliniken steht unablässig die Verbesserung der Kosten- und Erlössituation des Hauses im Fokus. Die Fallpauschalen wurden auf ihre Kosteneffizienz untersucht, in Wirtschaftlichkeitssegmente unterteilt (Abbildung 1), mit Kennzahlen hinterlegt und in ein monatliches Berichtswesen integriert.

Mit zunehmender Komplexität und Regelungsdichte, nicht nur bei den Abrechnungsarten, sondern auch bei qualitativen Vorgaben aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und den Strukturprüfungen von Prozedurenkodizes (StrOPS) verlagerte sich der Fokus immer stärker auf den administrativen Aufnahmeprozess, welcher der eigentlichen Versorgung des Patienten vorgelagert wurde. Seit der Einführung von Kontextfaktoren zur Abgrenzung ambulanter von stationären Leistungen explodierten die Begründungspflichten gegenüber den Krankenkassen bei der Aufnahme von Patienten zur stationären Versorgung. Fehlen medizinische Begründungen, verweigern die Kassen die Vergütung des stationären Falles und beeinflussen somit die Liqui-

dität der Klinik. Da die Klinik erst nach Fallabschluss von der Zahlungsverweigerung der Kassen erfährt, ist es eine bedeutende existenzsichernde Maßnahme, die konkrete Fallsteuerung bereits bei der Aufnahme durchzuführen.

Bürokratiewachstum

Im Zeitraum 2020 bis 2023 kamen ohne Berücksichtigung diverser zusätzlicher Coronaregelungen im Medizincontrolling 139 neue Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen hinzu. Über 980 Auslegungsregelungen in hoher Detailtiefe gilt es zu beachten. Mit Blick auf die für 2024 beabsichtigten Gesetzesvorschläge ist ein exponentieller Anstieg der Berichts- und Prüfpflichten zu verzeichnen. Allein im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) finden

Seit der Einführung von Kontextfaktoren explodierten die Begründungspflichten gegenüber den Kassen.

sich 15 neue Regelungen, welche die Bürokratie ansteigen lassen. Ebenfalls unberücksichtigt in dieser Zählung sind dabei ebenso die Meldepflichten aus dem Krankenhaustransparenzgesetz,

welche Nachweise der ärztlichen Tätigkeit bezogen auf die inhaltlich noch zu definierenden Leistungsgruppen an das InEK zu melden sind. Bezeichnenderweise wurden diese ursprünglich jährlichen Meldepflichten zwar aus dem Entwurf des KHVVG gestrichen, aber im Medizinforschungsgesetz durch die Hintertür verschärft und um eine quartalsweise und sanktionsbewehrte Abgabe wieder eingeführt.

In der Gesamtschau aller zu berücksichtigenden Faktoren aus dem Erlös- sowie Kostenmanagement, der Qualitätssicherung und dem Entlassmanagement ist die Fallsteuerung mittlerweile zu einem hochkomplexen personalintensiven Managementsystem geworden, welches in seiner administrativen Dimension bei Weitem die eigentliche Krankenhausbehandlung überschattet. Demnach muss bereits bei Aufnahme definiert werden, wie der Patient zu versorgen ist, wann er entlassen werden muss und was hierfür benötigt wird.

Einfluss des KHVVG

Im KHVVG ist die Einführung eines Vorhaltebudgets, gekoppelt an allgemeine und spezielle Leistungsgruppen, vorgesehen. Insgesamt 65 dieser Leistungsgruppen sollen anhand genauerer bundeseinheitlicher Kriterien festgelegt werden, um die stationäre Patientenversorgung sicherzustellen. Die relevanten Leistungen auf Basis von ICD-10/OPS-Codes oder der entlassenden Fachabteilung wurden durch das KHVVG aller-

dings noch nicht definiert, sodass eine Zuteilung von Fällen zu den neuen Leistungsgruppen aktuell noch nicht darstellbar ist. Jedoch zeigt die aktuelle Ausgestaltung der Leistungsgruppen er-

Grundlegende Steuerungsmechanismen des Vorhaltebudgets

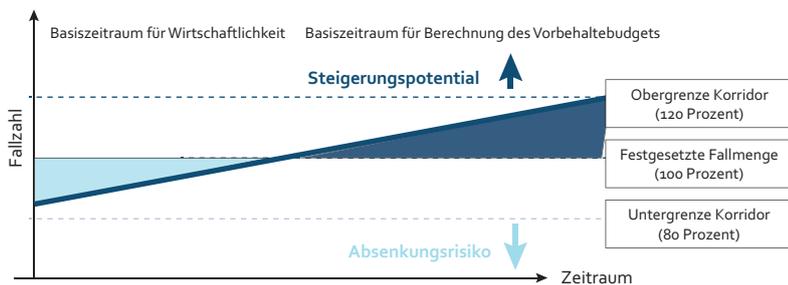


Abb. 2

hebliche Anreize der Mengensteuerung, sodass entgegen der Annahme des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) von einer horizontalen (Fallpauschale) wie vertikalen (Schwankungen im Korridor des Vorhaltebudgets) Fallsteuerung auszugehen ist.

Das Vorhaltebudget erlaubt einen Korridor von +/-20 Prozent. In der Annahme, die Kosten der Fälle bleiben gleich, gilt betriebswirtschaftlich: Innerhalb eines abgesenkten Korridors zwischen 100 Prozent des Ausgangswertes bis zur Untergrenze von 80,1 Prozent der festgesetzten Fallmenge entsteht eine Gewinnzone, während eine Überschreitung der festgesetzten Fallmenge des Vorhaltebudgets (= 100 Prozent) zur Senkung des Stückpreises und damit in die Verlustzone führt.

Bei näherer Betrachtung erscheinen Ähnlichkeiten zur DRG-Fallsteuerung nicht gerade zufällig: Neben der Untergrenze des Korridors (UGK) mit ähnlichen Abschlagsmechanismen wie bei der unteren Grenzverweildauer (uGVD) erscheint der Break-even äquivalent zur mittleren Verweildauer (mVD) der DRG. Ebenso wie die Obergrenze des Korridors (OGK) vergleichbar zur oberen Grenzverweildauer (oGVD) steht. Je nach Bemessungszeitraum für die Ermittlung des Vorhaltebudgets entstehen so intensive ökonomische Steuerungsverpflichtungen.

Werden die ökonomischen Fallsteuerungsanreize der auch im künftigen System weiterhin bestehenden DRG und des Vorhaltebudgets übereinandergelegt, ist eine horizontale wie auch vertikale Ökonomisierung sichtbar. Von einer Entöko-

nomisierung kann mithin nicht einmal ansatzweise die Rede sein, denn steigen im Bemessungszeitraum zur Erhöhung des Vorhaltebudgets die Fallzahl und damit das Verlustrisiko durch die Absenkung des Stückpreises, sind die Kliniken gezwungen, dies zu optimieren. Folglich muss eine Risikoselektion bei den stationären Aufnahmen kostenintensiver Patienten durchgeführt werden.

Hybridstation in Groß-Gerau

In der Kreisklinik Groß-Gerau wurde 2022 im Rahmen eines Projektes zur Verbesserung der innerklinischen Abläufe eine sogenannte Hybridstation eingerichtet. Ursprünglich verfolgte das Klinikmanagement das Ziel, Patientenströme derart zu leiten, dass die Aufnahmeprozesse auf den Stationen nicht mit den Entlassungen der Patienten kollidieren. Da Tagespatienten und Kurzlieger aufgrund ihres schnellen Durchlaufs Arbeitskapazitäten des ohnehin knappen Personals binden, sollten diese auf einer geeigneten Station gebündelt werden. Kombiniert mit einer Betriebszeit von 6.30 Uhr bis 17.30 Uhr wurde die Station als Aufnahmebereich definiert, in dem die Patienten zunächst administrativ und pflegerisch aufgenommen und strukturiert in die jeweiligen Behandlungsbereiche weitergeleitet werden.

Beginnend mit den chirurgischen Fällen liefen die Aufnahmen und OP-Vorbereitungen in der Folge über die Kurzliegerstation, die umgangssprachlich zur „Hybridstation“ wurde. Im Rahmen der postoperativen Visiten erfolgt seitens der Ärzte die Einschätzung, ob

das ursprüngliche Behandlungskonzept (ambulant/stationär/hybrid) weiterverfolgt oder gegebenenfalls angepasst werden muss. Ergab die Fallsteuerungsprüfung die akutstationäre Weiterbehandlungserfordernis, wurden die Patienten nach Abschluss der Entlassungen und Visiten in die entsprechende Normalstation verbracht. Patienten, die eine ambulante Zuordnung erhalten, verbleiben zur Überwachung auf der Hybridstation.

Mit der Einführung der Hybrid-DRG und der Zunahme der (Abrechnungs-) Komplexität, aufgrund der Kontextfaktoren für die stationäre Aufnahme, veränderte sich das Steuerungsprofil. Für eine tagesaktuelle Zuordnung zu den entsprechenden Abrechnungskategorien und der entsprechend unverzichtbaren Begründung der akutstationären Notwendigkeit ist es erforderlich, zeitnah sämtliche relevanten Daten in einer interdisziplinären Visite, bestehend aus Ärzten der jeweiligen Fachrichtungen, den Kodierfachkräften und Sozialdienstmitarbeitern sowie den betreuenden Pflegekräften zu erheben. Gerade an die Pflegekräfte stellt die Hybridstation hohe Anforderungen. Aufgrund des engen Zusammenspiels mit der Notaufnahme erwies sich als Leitung der Station eine erfahrene Mitarbeiterin aus der Notaufnahme als beste Lösung. Der Arbeitsaufwand wurde auf den Normalstationen deutlich entzerrt und entzerrt, da der Aufnahmeprozess nicht mehr mit den vormittäglichen Routineaufgaben kollidiert. Nicht zuletzt zeigten sich positive Effekte in der Rekrutierung von Fachpersonal und eine deutliche Senkung der Ausfallzeiten.

Künftige Herausforderungen

Eine besondere Herausforderung wird die Zuweisung der Patienten nach dem KHVVG darstellen. Die Vergütungssystematik impliziert, dass künftig bereits zum Einweisungszeitpunkt des Patienten die notwendige Leistungsgruppe vom Rettungsdienst erkannt werden muss. Erhält die Klinik außerhalb der ihr zugewiesenen Leistungsgruppen einen Fall einer anderen Leistungsgruppe, wird dieser maximal als Residual-DRG, also gekürzt um den Anteil des Vorhaltebudgets, vergütet. Noch offen ist, ob hier nicht auch Regelungen vergleichbar zur primären Fehlbelegung in

Berücksichtigt man die Sprachbarrieren, die eine Anamneseerhebung erschweren, erscheint die Einstufung in eine Leistungsgruppe nahezu utopisch.

der Einzelfallprüfung der Fallpauschalen geschaffen werden. Das würde implizieren, dass die betroffene Klinik keine Vergütung erhält, wenn der Fall nicht eine der im Feststellungsbescheid zuerkannten Leistungsgruppen erhält. Problematisch wird es insbesondere bei Patienten, die eigenständig die Notaufnahmen aufsuchen wollen. Denn die müssen abgelehnt und in ein weiter entferntes Krankenhaus verlegt werden, um Vergütungsabschlüsse zu vermeiden.

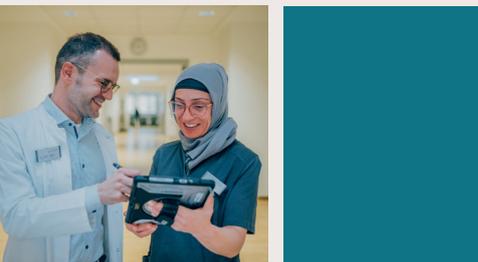
Angesichts diverser Notzuweisungen infolge von Kapazitätsengpässen im Rettungsdienst beziehungsweise bei Klini-

ken anderer Versorgungsstufen liegt hier ein besonderes Risiko für kleine Kliniken vor. Konterkariert von arzt haftungsrechtlichen Regelungen, die bei der Abweisung derartiger Patienten jedoch im Bereich auch strafrechtlich relevanter unterlassener Hilfeleistungen besondere Haftungsrisiken sowohl für den behandelnden Arzt als auch die Klinik auslösen, führt sich so das System in der vorgedachten Form ad absurdum. Werden zusätzlich die Krankheitsbilder bewertet, die gerade in ländlichen Gegenden häufig begleitend auftreten (Demenz bei hochbetagten Patienten), oder berück-

sichtigt man die regelmäßig zu erlebenden Sprachbarrieren, die eine Anamneseerhebung erschweren, erscheint die ex ante vorzunehmende Einstufung in eine Leistungsgruppe nahezu utopisch.

In der Konsequenz wäre es den Rettungsdiensten haftungsrechtlich anzuraten, diese Patienten zunächst in einem Maximalversorger oder in einer Universitätsklinik vorzustellen. Angesichts bereits jetzt kolportierter langer Wartezeiten in den Notaufnahmen großer, aber auch kleiner Kliniken dürfte diese Vorgehensweise allerdings absehbar zur Kapazitätsüberschreitung und somit zum Kollaps des gesamten Systems führen. Insbesondere mit dem Blick auf die bereits jetzt überlasteten ambulanten Behandlungsangebote (Haus- und Fachärzte) ist von einer deutlichen Absenkung des Niveaus der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu rechnen.

Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin
Kreisklinik Groß-Gerau
E-Mail: erika.raab@kreisklinik-gg.de



KIRINUS
PSORISOL KLINIK

Neue Hülle, vertraute Qualität

Die PsoriSol Hautklinik ist Teil der KIRINUS Gruppe

Die PsoriSol Hautklinik gehört zu den größten Akut-Hautkliniken in Deutschland und ist eine Fachklinik für (Kinder-)Dermatologie & Allergologie, Dermatochirurgie und Dermatopsychosomatik. Seit dem 31. Oktober 2024 ist sie Teil der KIRINUS Health, einer familiengeführten Gesundheitsgruppe mit rund 900 Mitarbeitenden und 20 Einrichtungen in München und Umgebung.

„Die PsoriSol Hautklinik war bis vor kurzem ebenfalls eine familiengeführte Einrichtung. Dies sieht man an der klaren strategischen Ausrichtung sowie dem hohen Engagement der Mitarbeitenden. Damit passt die Klinik von ihrer Kultur und mit Blick auf die Unternehmenswerte sehr gut zu uns“, so Ludwig Klitzsch, Inhaber und Geschäftsführer der KIRINUS Gruppe.

Das ganzheitliche Behandlungskonzept der Klinik soll künftig durch die umfassende psychosomatische Expertise der Gruppe weiter ausgebaut werden.

– Weitere Informationen finden Sie unter kirinus.de