



Notruf aus allen
Krankenhäusern
an die Politik

Überregulierung und Misstrauensbürokratie im Krankenhaus

Eine systemische Erkrankung?

Inakzeptable Kürzungen der Vergütungen für erbrachte
Leistungen – eine Denkschrift

Einleitung

Kein anderer Bereich im deutschen Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahren so viele Reformen erfahren wie der Krankenhausbereich. Über die Jahre ist so eine administrative Überregulierung entstanden, die angesichts ihres Umfangs, ihrer Komplexität und Regelungstiefe über alle Maßen hervorsticht. Die Ursachen für diese Entwicklungen sind vielfältig. Doch können Folgen der Einführung der pauschalierenden stationären Vergütungssysteme (DRG-System, PEPP) sowie Auswirkungen anderer allgemeiner Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser unzweifelhaft als relevante Faktoren benannt werden. Die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen zahlreicher Vorschriften sowie die Belastung und die Wertschätzung gegenüber den Menschen, die die Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern rund um die Uhr sicherstellen, sind hierbei völlig aus dem Blick geraten und haben tragfähige Grenzen weit überschritten. Der Beitrag zeigt aus der Perspektive der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) relevante Fehlentwicklungen exemplarisch auf und fordert zugleich eine dringende Zäsur.

Deutsche Krankenhäuser stellen ihre Leistungsfähigkeit bereits seit vielen Jahren erfolgreich unter Beweis. Bei vergleichsweise niedrigen Leistungspreisen stehen sie für eine bundesweite qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und genießen hohe internationale Anerkennung. Sie versorgen jährlich ca. 19,2 Millionen stationäre Patienten und stellen den medizinisch-technischen Fortschritt sicher. Mit der Ausbildung von Pflegefachkräften und Ärzten leisten die Krankenhäuser zudem einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung des zunehmenden Personalbedarfs einer älter werdenden Gesellschaft. Nicht zuletzt sind Ärzte und Pflegefachkräfte sowie weitere Berufsgruppen Garanten für eine durchgängige Rund-um-die-Uhr-Versorgung, die Patientenbelange auch in schweren Stunden kompetent und empathisch berücksichtigt.

Demgegenüber sehen sich Ärzte und Pflegefachkräfte selbst zunehmend einem Klima mangelnder Wertschätzung und stetig wachsenden Misstrauens ausgesetzt, insbesondere seitens der Krankenkassen, aber auch vonseiten der Politik und der Öffentlichkeit. Medienwirksam untermauerte, pauschale, oft wenig fundierte Vorwürfe stützen den politisch formulierten Bedarf an immer mehr „Transparenz“, „Qualität“ und „Regulierung“ bis tief in die innerbetrieblichen Abläufe der Krankenhäuser hinein. Wie die Einführung der neuen Vergütungssysteme zieht auch dieses Misstrauen zusätzliche Reformen mit daraus resultierenden Kontrollen und weiterer Bürokratie nach sich. Dabei treten Versorgungsrealitäten sowie der Bedarf an einer patientenindividuellen Versorgung in vielen Vorschriften immer weiter in den Hintergrund. Ersetzt werden sie durch mannigfache medizinfremde Detailregelungen, die primär dem Zweck der Kostendämpfung und Strukturbereinigung dienen. Notwendige Zeit für die Patienten geht immer mehr zugunsten administrativer Aufgaben von zweifelhaftem Nutzen verloren.

Krankenhausmitarbeiter sehen sich hierdurch einer undurchdringlichen, demotivierenden und belastenden Regelungsfülle ausgesetzt, die ein zunehmend unattraktives berufliches Umfeld zeichnet. Nicht zuletzt werden dem Gesundheitswesen durch die zunehmende Bürokratisierung der Patientenversorgung enorme Finanzmittel entzogen, die die Versicherten in Form von Krankenversicherungsbeiträgen vermutlich eher für ihre medizinische Versorgung bereitstellen. Angesichts des Ausmaßes erreichter Verwaltungsbürokratie und damit einhergehender Probleme drängt sich immer mehr die Frage nach der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen vieler Vorschriften sowie nach den Risiken einer in dieser Weise fortgesetzten Gesundheitspolitik auf.

Krankenhäuser versorgen jährlich rund um die Uhr 19,2 Millionen stationäre Patienten und rund 20 Millionen ambulante Behandlungsfälle und stellen den medizinisch-technischen Fortschritt sicher.

Demgegenüber sehen sich Krankenhausmitarbeiter zunehmend mangelnder Wertschätzung und Misstrauen sowie einer undurchdringlichen, demotivierenden und belastenden Regelungsfülle ausgesetzt.

Das Ausmaß erreichter Verwaltungsbürokratie drängt die Frage nach der Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen auf.



1. Folgen der Einführung der pauschalierenden Vergütungssysteme – medizinische Leistungen im administrativen Kontext

1.1 DIE PROZEDURENKLASSIFIKATION OPS

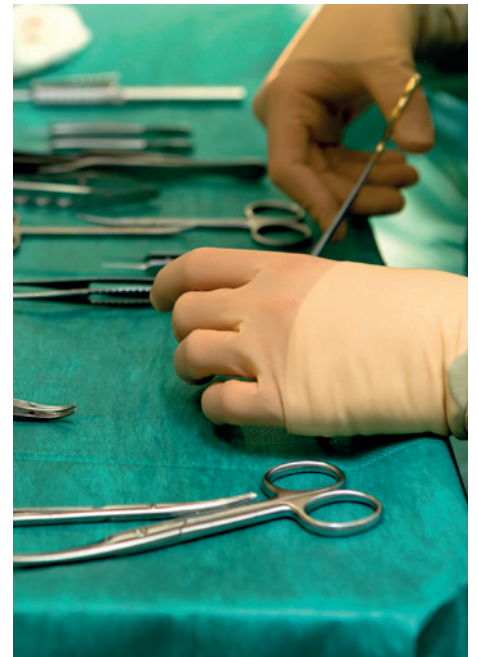
Immer komplexer und unverständlicher werden die Zusammenhänge und Folgen der zahlreichen politischen und regulatorischen Interventionen im Krankenhausbereich. Wie für den OPS exemplarisch dargestellt, ließen sich Fehlentwicklungen in gleicher Weise für zahlreiche andere Regelwerke aufzeigen.

Der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) jährlich herausgegebene amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sei hier ein wenig genauer betrachtet. Mit derzeit 34.550 terminalen Codes bildet der OPS operative und nichtoperative medizinische Leistungen ab, deren Anwendung für die Abrechnung von Krankenhausleistungen verbindlich ist.

In einem sehr aufwendigen Verfahren werden die Leistungsschlüssel des OPS jährlich angepasst. Dabei können grundsätzlich Einzelpersonen und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens Änderungswünsche in ein öffentliches Vorschlagsverfahren beim DIMDI einbringen. Besonders erwünscht sind durch Fachgesellschaften abgestimmte Entwürfe. Die eingereichten Vorschläge werden zumeist in einer mit unterschiedlichen Vertretern besetzten Arbeitsgruppe beim DIMDI beraten und münden bestenfalls in entsprechenden Empfehlungen. Wird kein Konsens über die Leistungsbeschreibung zwischen den Beteiligten in der AG hergestellt (ein übergeordnetes Beratungsgremium ist nicht vorgesehen), entscheidet das BMG in Abstimmung mit dem DIMDI. Welche Entscheidungskriterien zur Einführung oder Anpassung eines Codes hierbei zugrunde liegen, ist nicht bekannt.

Die für das Folgejahr gültige Klassifikation wird regelhaft im Herbst veröffentlicht, nachdem die Vertragsparteien auf der Bundesebene die Vergütungssysteme bereits verabschiedet haben. Dies kann, wie anhand eines Beispiels dargelegt wird, aufgrund der zeitlichen Inkongruenz zwischen Kalkulation und OPS-Änderung mit gegebenenfalls daraus resultierenden Erlöseinbußen für die Krankenhäuser einhergehen.

Die GKV-Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlung betragen 2015 rund 70 Milliarden Euro. Da primär die Diagnosen- und Prozedurenschlüssel der Ermittlung der einzelfallbezogenen Vergütungshöhe (insbesondere DRG und PEPP) dienen, tragen diese auch maßgeblich zur leistungsgerechten Erlösverteilung zwischen den Krankenhäusern bei. So ist es grundsätzlich auch im Sinne der Krankenhäuser, dass eine Klassifikation relevante Leistungen und Aufwandsunterschiede angemessen abbildet. Der Aufwand für Dokumentation und Abrechnung sowie der Nutzen einer sachgerechten Erlösverteilung zwischen den Krankenhäusern müssen dabei in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Hiervon hat man sich leider sehr weit entfernt. Während relevante Operationen im Sinne einer echten Klassifikation weitestgehend kurz und prägnant im OPS benannt werden, ist es insbesondere bei der Abbildung nichtoperativer Leistungen (medizinische Komplexleistungen, zum Beispiel Schlaganfallversorgung auf einer spezialisierten Einheit, geriatrische frührehabilitative



Bei der Abbildung medizinischer Komplexleistungen ist es zu erheblichen Fehlentwicklungen gekommen.



Komplexbehandlung) zu erheblichen Fehlentwicklungen gekommen, die die Krankenhäuser vor immer größere Probleme stellen. Ursächlich hierfür ist die Überfrachtung des OPS mit immer mehr klassifikationsfremden und detailverliebten Anforderungen im Rahmen der jährlichen Anpassung, in denen sich nicht zuletzt auch die unterschiedlichen Interessen Einzelner (zum Beispiel Fachexperten, Fachgesellschaften) an Kompetenzerweiterung oder Abgrenzung manifestieren. Die Folge hiervon ist eine stetig wachsende, für das Klinikpersonal äußerst aufwendige Absicherungsbürokratie, die sich auch in den Patientenakten nachhaltig niederschlägt, um dem ausufernden Misstrauen und den zahlreichen Beanstandungen seitens der Krankenkassen bei der Abrechnungsprüfung ausreichend begegnen zu können.

Der OPS wird mit klassifikationsfremden, detailverliebten Anforderungen überfrachtet: Dies erfordert eine aufwendige Absicherungsbürokratie.

1.2 KLASSIFIKATIONSUNWESEN

Statt maßgebliche konservative Leistungen wie auch komplexe Operationen kurz und prägnant zu benennen, finden sich im OPS insbesondere in Verbindung mit den sogenannten Komplexkodes immer mehr fragwürdige und in ihren Auswirkungen zweifelhafte Vorgaben: Krankenhausplanerische Anforderungen, Struktur- und Prozessqualität, Personalvorgaben, verdeckte ökonomische Aspekte, Dokumentationsanforderungen und zahlreiche Detailregelungen für kleinste Einzelleistungen lassen die Gesamtleistung eines Krankenhauses für den Patienten immer mehr in den Hintergrund treten. Das Vertrauen darauf, dass Krankenhäuser ihre Patienten auch unabhängig von detaillierten inhaltlichen Ausführungen im OPS umfassend und gut versorgen, wie dies schon seit vielen Jahren für stationäre Aufenthalte in Verbindung mit (komplexen) Operationen (etwa OPS 5-438 [Totale] Gastrektomie mit Ösophagusresektion) gilt, besteht hier nicht. Viele der Anforderungen werden trotz fehlender Erkenntnisse hinsichtlich ihres direkten Nutzens für das Patientenwohl festgelegt. Ihre negativen Wirkungen auf das Abrechnungsverfahren werden, insbesondere von Vertretern der Fachgesellschaften, häufig weit unterschätzt.

Viele der Anforderungen werden trotz fehlender Erkenntnisse hinsichtlich ihres direkten Nutzens für das Patientenwohl festgelegt.

Einige Vorgaben werden bereits über andere Rechtsvorschriften umfassend geregelt, wodurch sie themenabhängig auch die notwendige fachlich-inhaltliche Würdigung und Aufbereitung erfahren (zum Beispiel Dokumentationsanforderungen für Ärzte über die Berufsordnung, § 630f Patientenrechtegesetz und Sondervorschriften wie etwa Röntgen- und Strahlenschutzverordnung). Zusätzlicher Vorgaben im OPS bedarf es hier nicht.

Unpräzise Formulierungen ziehen zudem zahlreiche Auslegungsdifferenzen nach sich. Nicht zuletzt wirken viele Vorgaben kostentreibend, weil auch für häufige medizinische Leistungen immer höhere und bürokratischere Anforderungen aufgestellt werden. In der Folge entstehen erhebliche Konflikte bei der Abrechnung, da der OPS den Krankenkassen eine nahezu unerschöpfliche Quelle beanstandungsfähiger Vorgaben bietet, welche diese für massive Rechnerkürzungen auch umfassend nutzen.

1.3 ERLÖSFALLE OPS

So weisen die Kliniken zunehmend auf haarsträubende MDK-Prüfverfahren und Anschlussforderungen hin. Die dem Kontrollbedürfnis der Krankenkassen geschuldete – weit über medizinisch sinnvolle und gesetzliche Erfordernisse hinausgehende – Behandlungsdokumentation in den Patientenakten ist mittlerweile Standard in deutschen Kliniken. Informationen zur räumlichen Entfernung zwischen zwei kooperierenden Krankenhäusern sind dabei für die Kassen von ebenso großem Interesse wie die persönliche schriftliche Bestätigung aller Teilnehmer einer interdisziplinären Besprechung und die Art und Weise, wie eine Leistung in der Patientenakte dargestellt wird. Ob eine Gruppentherapie von einem Patienten wegen Unwohlsein möglicherweise fünf Minuten früher verlassen wurde und wie sich dies auf die Kodierung dieser Gruppentherapie auswirkt, sind für die Krankenkassen „Ereignisse“ von großer Bedeutung. Auch die Einforderung umfassender Unterlagen und Belege bis hin zu Urlaubsplänen, Arbeitsverträgen, Gehaltsabrechnungen der Mitarbeiter und sonstigen vertraulichen Unterlagen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellen im Rahmen der Abrechnungsprüfung keine Seltenheit mehr dar. Völlig unabhängig davon, wie gut ein Patient letztlich in der Klinik versorgt wurde, nehmen die Kassen kleinste Dokumentationsversäumnisse in der Patientenakte und allein ihrer eigenen Deutungshoheit unterworfenen angebliche „Verfehlungen“ der Krankenhäuser zum Anlass, um einer Klinik rückwirkend Entgelte für über mehrere Tage oder Wochen erbrachte komplexe Leistungen vorzu-enthalten. Die strittigen Rechnungsbeträge werden dann im Zuge einer frühzeitigen Verrechnung mit anderen Abrechnungsfällen von den Kassen einbehalten. Eine angemessene Vergütung ihrer Leistungen können die Krankenhäuser dann nur noch über eine Klage vor Gericht erreichen. Dort werden sie mit mehrjährigen Wartezeiten und begrenzten Erfolgsaussichten, zumindest in Verbindung mit der jüngeren BSG-Rechtsprechung, konfrontiert. Die Krankenkassen erreichen demgegenüber mit wenig Aufwand jährliche Gewinne in unbekannter Höhe. Der den Vergütungspauschalen hinterlegte OPS ist daher in seiner derzeitigen Ausgestaltung zur unkalkulierbaren, ressourcenverschlingenden und demotivierenden Erlösfalle für viele Krankenhäuser geworden.

Haarsträubende MDK-Prüfverfahren und Anschlussforderungen:

Es ist nicht selten, dass GKV/MDK Unterlagen einfordern wie:

- Urlaubspläne
- Arbeitsverträge
- Gehaltsabrechnungen der Mitarbeiter
- sonstige vertrauliche Unterlagen

1.4 ABRECHNUNGSSTREITIGKEITEN VOR GERICHT

So werden in der Folge immer mehr strittige Abrechnungsfälle vor den Gerichten ausgetragen. Es stellt sich die Frage, ob die begrenzten Ressourcen der deutschen Rechtsprechung hier tatsächlich für die richtigen und wichtigen Themen dieses Landes eingesetzt werden und ob die auf den individuellen Bedarf der Patienten zugeschnittene medizinische Versorgung nicht unter dieser Verfahrensweise leidet. Während vordergründig im Rahmen der Prozesse die Klärung einer einzelfallbezogenen Abrechnungsfrage verhandelt wird, steht im Hintergrund immer die komplexe und individuelle Versorgung eines Patienten.

Mangels vorhandener Alternativen werden von den Gerichten strittige Fragen insbesondere unter Heranziehung der verfügbaren Regelwerke, wie beispielsweise Prozedurenkodes (OPS), Diagnosenkodes (ICD), Kodierrichtlinien (DKR), Abrechnungsbestimmungen oder DRG-Pauschalen, bewertet. Die sehr enge, wortgetreue Auslegung der Regelwerke, unterstützt durch systematische Erwägungen, die ihren Ursprung in der BSG-Rechtsprechung finden, bildet dabei einen der maßgeblichen Prüfgrundsätze

Unabhängig davon, wie gut ein Patient versorgt wurde, werden kleinste Dokumentationsversäumnisse zum Anlass für umfassende Rechnungskürzungen genommen.

der Richter. Die den Regelwerken immanente Komplexität (zum Beispiel Kodierrichtlinien, DRG-System) sowie die oben dargestellte zunehmende Zweckentfremdung des OPS, verbunden mit einer Vielzahl unterschiedlicher Auslegungsmöglichkeiten, konfrontieren die Gerichte mit immer absurderen Fragestellungen. Einige Beispiele verdeutlichen dies:

BSG-Urteil vom 19. Dezember 2017 (Az. B1 KR 18/17 R)

Zentrale Streitfrage war die Zählweise der Gesamtbeatmungszeit, die im DRG-System ein wichtiger indirekter Indikator für aufwendig intensivmedizinisch zu behandelnde Fälle ist. So wurde über mehrere Instanzen darüber gestritten, ob die „Entwöhnung“ (international als „weaning“ bezeichnet) eines Patienten von einem Beatmungsgerät eine vorherige „Gewöhnung“ voraussetze. Den Aussagen des Bundessozialgerichts (BSG) zufolge sind beatmungsfreie Intervalle nur dann als Bestandteil einer gezielten methodischen Entwöhnungsbehandlung der Beatmungszeit hinzuzurechnen, wenn zuvor eine „Gewöhnung“ an die maschinelle Beatmung eingetreten ist. Nur dann, wenn sich der Patient an die maschinelle Beatmung gewöhnt habe und dadurch seine Fähigkeit eingeschränkt sei, vollständig und ohne maschinelle Beatmung spontan zu atmen, setze das Krankenhaus eine Methode der Entwöhnung ein und werde der Patient im Sinne der Kodierrichtlinie 1001 entwöhnt. In der Urteilsbegründung finden sich Ausführungen zur Beatmungsmedizin, die aus medizinischer Sicht weder mit anerkanntem medizinischem Fachwissen noch mit der Versorgungsrealität oder dem Sinn diesbezüglicher Kodierrichtlinien in Einklang zu bringen sind. Das in diesem Fall ergangene Urteil ist geprägt von einer streng juristischen und formalistischen Denkweise, in der medizinische Sachverhalte nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

Unter anderem verkennt das BSG, dass in der Medizin, wie im Übrigen auch in der Juristerei, deutsche Wörter („Entwöhnung“) bisweilen in einem anderen Zusammenhang genutzt werden als allgemein üblich. Sosehr die invasive Beatmung bei entsprechender Indikation eine lebensrettende Maßnahme darstellt, so geht sie dennoch mit zahlreichen Risiken für die Patienten einher. Aus diesem Grund besteht von Anbeginn der Beatmung an das Bemühen, die Beatmung so kurz wie möglich und nur so lange wie unbedingt nötig durchzuführen. Alle Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, den Patienten von Anbeginn der Beatmung an wieder von der Beatmung zu „entwöhnen“, einer vorherigen „Gewöhnung“ bedarf es hierfür nicht. Auch in der Kodierrichtlinie 1001 wird hinsichtlich der Entwöhnung keine vorherige Gewöhnung an das Beatmungsgerät vorausgesetzt. Dieser medizinische Sachverhalt findet beim BSG leider keine Würdigung. Wie nunmehr diese vom BSG neu geschaffene „Gewöhnung“ bundeseinheitlich definiert sein soll, wird in Ermangelung der Berücksichtigung medizinischer Besonderheiten aus dem Urteil nicht hinreichend deutlich. Erschwerend kommt hinzu, dass sich dieses Urteil auf die nichtinvasive Beatmung (NIV) bezieht, die nicht nur deutlich schonender und mit weniger Komplikationen für die Patienten gegenüber einer invasiven Beatmung mittels Tubus und künstlichen Komas verbunden ist, sondern auch mit einem deutlich höheren Aufwand einhergeht, insbesondere auch in den Spontanatmungsintervallen, die sich mit Beatmungsintervallen hier abwechseln.

Zusammengefasst lässt sich folgender Schluss aus dem BSG-Urteil ziehen: Eine aufwandsgerechte Vergütung wird den Krankenhäusern nur dann gewährt werden, wenn Patienten analgosediert durchgehend invasiv beatmet werden. Erfolgt eine mindestens gleichermaßen aufwendige nichtinvasive Beatmung mit leichter Sedierung, sollen beatmungsfreie Intervalle nur im Rahmen des „weaning“ nach einer wie auch immer definierten vorherigen „Gewöhnung“ berücksichtigt werden, wenn zudem auf die üblicherweise in beatmungsfreien Intervallen eingesetzte, den Patienten unterstützende Sauerstoffgabe verzichtet wird.

Immer öfter werden absurde Abrechnungsstreitigkeiten vor Gericht ausgetragen.

Werden die begrenzten Ressourcen deutscher Richter hier für die richtigen und wichtigen Themen dieses Landes eingesetzt?

Wie die Krankenkassen bis zur nochmaligen LSG-Entscheidung mit dem Urteil umgehen, ist derzeit noch unbekannt. Allerdings wurden bereits wenige Tage nach der Herausgabe der Urteilsbegründung zahlreiche Krankenhäuser darüber informiert, dass bereits abgeschlossene Abrechnungsfälle nochmals umfangreich rückwirkend geprüft werden. Erfreulicherweise orientieren sich die verantwortlichen Ärzte an den medizinischen Bedürfnissen ihrer Patienten: Die nichtinvasive Beatmung konnte sich trotz dieses seit Jahren schwelenden Konfliktes gut etablieren.

BSG-Urteil vom 19. Dezember 2017 (Az. B 1 KR 19/17 R)

In diesem Fall wurde eine 1915 geborene Patientin wegen der Folgen eines Hirninfarktes bei Multimorbidität stationär geriatrisch behandelt. Die erbrachten Leistungen wurden mit dem Prozedurenschlüssel OPS 8-550.1 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten kodiert. Nach Prüfung durch den MDK erkannte die zuständige Krankenkasse, unter anderem wegen fehlender ausreichender Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung, die Kodierung nicht an und forderte das Krankenhaus zur Rückzahlung von 2.716,41 Euro auf. Auf die in diesem Urteil gleichermaßen intensiv geprüften Akteneinsichtsrechte wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Vielmehr soll der Blick auf die vom BSG festgelegten Anforderungen an die Durchführung von Teambesprechungen und deren Dokumentation gerichtet werden.

In der schriftlichen Urteilsbegründung des BSG finden sich konkrete Vorgaben dazu, welche Berufsgruppen sich wie an den wöchentlichen Teambesprechungen zu beteiligen haben und wie deren Teilnahme zu dokumentieren ist. Das BSG sieht diesbezüglich Folgendes vor: „Hierzu zählen die Ärzte, die 4 Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst. Insbesondere muss erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der 4 genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden kann und noch zu erbringen ist. Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihrer Berufsgruppe zu bezeichnen.“

Im Hinblick auf die Dokumentation werden weitere Vorgaben getroffen: „Die Teamabstimmung muss aus der Dokumentation als qualifizierte konkrete Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Allgemeine Formulierungen, die Bezeichnung bloßer Globalziele (z. B. Steigerung der Selbständigkeit, Mobilität) genügen nicht ... Die Dokumentation kann orientiert an den professionellen Horizont der Therapeuten adressatengerecht knapp und abgekürzt erfolgen. Auch schließt der Wortlaut des OPS 8-550 Bezugnahmen auf ausführliche Darstellungen an anderer Stelle nicht aus.“

Das BSG weist der „fachärztlichen Behandlungsleitung“ in der Urteilsbegründung die Moderation und die Gesamtverantwortung für die Teambesprechung verbindlich zu. Auch die Rolle der nicht an der Behandlung der Patienten beteiligten Berufsgruppen wird näher definiert. „Dies schließt mit ein, dass die bislang nicht tätig gewordenen Berufsgruppen ihrerseits ihren Sachverstand mit einbringen, Vorschläge für ihren Bereich unterbreiten und sich an der Festlegung der Behandlungsziele für die jeweils nächste Woche diskursiv beteiligen.“

Die genannten Anforderungen leitet das BSG insbesondere aus folgender Formulierung im OPS 8-550. – (Version 2009) ab: „Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener



Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.“

In seiner Urteilsbegründung geht das BSG nun, entgegen seinen eigenen Grundsätzen der eng am Wortlaut orientierten Auslegung, weit über die im OPS beschriebenen Mindestmerkmale hinaus. Hinweise zur detaillierten Ablaufgestaltung und Dokumentation der Teambesprechung finden sich dort nicht. Dennoch begründet das BSG mit dem OPS seinen massiven Eingriff in die innerbetrieblichen Arbeitsabläufe. Mit dem Urteil werden zahlreiche neue Angriffspunkte für die GKV geschaffen, die Abrechnung hochkomplexer multiprofessioneller Leistungen, die weit über eine (simple) Teambesprechung hinausgehen, allein aufgrund geringster Dokumentationsverfehlungen zu beanstanden. So hat auch der Bundesverband Geriatrie in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) in der gemeinsamen Stellungnahme zu diesem Urteil ausgeführt, dass „es in Folge der formulierten Dokumentationsanforderungen zu einer erneuten Ausweitung der Prüfpraxis seitens der Kostenträger kommen wird. Einige Kassen haben bereits angekündigt, für nicht verjährte geriatrische Behandlungsfälle eine sachlich-rechnerische Prüfung durch den MDK zu veranlassen, mit dem Ziel, fehlerhafte Teambesprechungsprotokolle zu finden und damit Rückforderungsansprüche zu begründen.“¹ In der Stellungnahme wird darauf hingewiesen, „dass die Beteiligung an der Teambesprechung von Vertretern der Therapiebereiche, die nicht aktiv in die Behandlung einbezogen waren, bisher von Seiten der Kostenträger als nicht notwendig angesehen wurde. . . . Die nun vom BSG geforderte Dokumentationstiefe war in dieser Form bislang weder durch die Krankenkassen und ihre Prüfdienste noch durch gerichtliche Entscheidungen gefordert und führt zu einer immensen Belastung der Krankenhäuser.“

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das BSG hier weit über die konkreten Inhalte des OPS hinausgehende neue Anforderungen an bereits funktionierende Strukturen in der Patientenversorgung (in diesem Fall: Besprechung) aufstellt und dadurch einen immensen Bürokratieschub erzeugt. Erste Reaktionen der Krankenkassen weisen darauf hin, dass diese die neu geschaffenen Prüfmöglichkeiten offensichtlich nicht nur prospektiv für künftige Krankenhausfälle, sondern auch für bereits abgerechnete Fälle retrospektiv zur Rechnungskürzung nutzen werden.¹ Völlig losgelöst davon, wie gut und umfassend ein Patient geriatrisch behandelt wurde, wird die Vergütung erbrachter Leistungen abermals der völligen Beliebigkeit ausgesetzt. Einmal mehr zeigt auch dieses Urteil, wie der fehlentwickelte OPS für Krankenhäuser auch vor dem BSG keine verlässliche Handlungsgrundlage mehr darstellt.

Bayerisches Landessozialgericht vom 25. Januar 2018 (Az. L 4 KR 614/16)

Hintergrund dieses über mehrere Instanzen verhandelten Rechtsstreits war die Frage, ob ein Krankenhaus eine neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981.-) über mehrere Tage in der Abrechnung zum Ansatz bringen darf, obwohl der Patient in dieser Zeit die Toilette aufgesucht hat. Als ein Mindestmerkmal in dem entsprechenden Code der Prozedurenklassifikation wird ein „24-Stunden-Monitoring von 6 Vitalparametern“ (zum Beispiel Blutdruck) vorgegeben, welches laut OPS „nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden darf. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden.“ Die Krankenkasse beanstandete den Fall und kürzte die Rechnung, weil der Toilettengang keine unterbrechende spezielle Untersuchung und Behandlung darstelle. Der Logik der Kassen folgend hätte das Krankenhaus dem Patienten einen Blasenkatheter legen müssen, um die erbrachten mehrtägigen hochkomplexen Leistungen entsprechend sachgerecht vergütet zu bekommen.

Die Rolle nicht an der Patientenversorgung beteiligter Berufsgruppen im Krankenhaus wird vor Gericht auf den Einzelfall bezogen umfassend geregelt.

Zum Schutze der Menschenwürde sowie des allgemeinen Freiheitsgrundrechts, denen auch die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts verpflichtet sind, hat in diesem Fall zumindest das Bayerische Landessozialgericht festgestellt, dass nach Möglichkeit der selbstständige Toilettengang zu gewährleisten ist.

Sozialgericht Schleswig vom 5. Dezember 2017 (Az. S 26 KR 46/15)

Hintergrund des Rechtsstreits war die Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung mit der gemäß OPS erfolgten Kodierung 8-550.1, deren Rechtmäßigkeit von der Krankenkasse infrage gestellt wurde. Während seines stationären Aufenthalts erhielt der Patient im Anschluss an eine komplikationslos verlaufene Operation zur Materialentfernung im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung insgesamt 48 therapeutische Einheiten, davon 14 im Rahmen einer Gruppentherapie. Nach der Auffassung des Gerichts wurden damit die für den OPS 8-550.1 erforderlichen Vorgaben „Der therapeutische Anteil umfasst mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie“ nicht erfüllt. Die Abrechnung der Komplexpauschale mit dem OPS 8-550.1 wurde dem Krankenhaus aberkannt, da zwar die im Kode geforderte Mindestanzahl von 20 therapeutischen Einheiten um 14 Einheiten (alle „Einzel“) deutlich überschritten wurde, die als Gruppentherapie erbrachten 14 Einheiten (von insgesamt 48 Therapieeinheiten) sich aber auf 30 Prozent statt auf 10 Prozent beliefen. Die Kammer verkennt in ihrem Urteil zwar nicht, dass diese Lesart auch zu Unbilligkeiten führen könnte, dies aber nur, weil 18 Einheiten „Einzel“ und zwei „Gruppe“ eine höhere Vergütung auslösen würden als 18 Einheiten „Einzel“ und drei „Gruppe“. Dass man vermutlich vergeblich nach medizinischen Erkenntnissen wird suchen müssen, die für 10, 20 oder 30 Prozent Gruppentherapie in Bezug auf unterschiedliche Mengen Einzeltherapie einen höheren Nutzen für die Patienten belegen, bleibt dabei leider völlig unberücksichtigt. Gleiches gilt für den Umstand, dass das Verhältnis 18 zu 2 primär ökonomischen Zwecken dienen könnte, nämlich unterschiedliche Aufwände innerhalb eines Kodes zu vermeiden. Die 30 Prozent waren zudem gar nicht der Anlass für den Konflikt zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse.

Klassifikationen sind ein Hilfsmittel, das der Anwendung pauschalierender Vergütungssysteme dient, sie sind aber keinesfalls mit medizinischen Leitlinien zu verwechseln. Auch dieses Urteil lässt nur den Schluss zu, dass unabhängig vom individuellen Bedarf des Patienten eine leistungsgerechte Vergütung nur dann dem Krankenhaus gewährt wird, wenn die Vorgaben für sämtliche Detailanforderungen im OPS exakt eingehalten werden. Andernfalls werden aufwendig erbrachte multiprofessionelle Komplexleistungen, wie im oben dargestellten Fall, wegen Nichtigkeiten aberkannt.

Bei allem Verständnis für berufsgruppenspezifisch unterschiedliche Herangehensweisen offenbaren sich hier gravierende Fehlentwicklungen in Verbindung mit der Abbildung und Abrechnung medizinischer Leistungen, wie sie zu keiner Zeit beabsichtigt waren und denen dringend entgegenzusteuern ist. Sie gefährden sowohl eine auf den individuellen Bedarf der Patienten abgestimmte Behandlung als auch eine aufwandsgerechte und faire Vergütung erbrachter Krankenhausleistungen.

Patientenindividuell erbrachte Mehrleistungen führen zu ungerechtfertigten Rechnungskürzungen.

Fehlentwicklungen in Verbindung mit der Abbildung und Abrechnung medizinischer Krankenhausleistungen ist dringend entgegenzusteuern.

1.5 HERAUSFORDERUNGEN DURCH DIE JÄHRLICHE WEITERENTWICKLUNG DER ENTGELTSYSTEME

Neue oder geänderte Anforderungen des OPS stellen mit dem jeweiligen Inkrafttreten zum 1. Januar eines jeden Jahres die Krankenhäuser wiederholt vor neue, nicht selten völlig unerfüllbare Anforderungen. Als eindrückliches Beispiel sei hier der Prozedurenkode 8-98f.– für die „aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ von Patienten genannt, der neben neu vorzuhaltenden Fachabteilungen, Personalaufstockungen und weiteren Forderungen auch einen Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe fordert, welcher hier allenfalls für die Behandlung einer begrenzten Patientengruppe relevant ist. Ist ein solcher Hybrid-Operationssaal nicht 24-stündig im eigenen Klinikum verfügbar, ist alternativ eine intrakranielle Druckmessung in gleicher Weise vorzuhalten. Diese wird primär für neurochirurgische Patienten benötigt. Die Forderung und Verknüpfung dieser zwei sehr unterschiedlichen medizinischen Anforderungen wie auch andere neue Anforderungen erschließen sich nicht.

Vorgaben, die noch im Vorjahr galten und in dem Vertrauen auf das System von Krankenhäusern mit hohen Investitionen und der Einstellung besonders qualifizierten Personals realisiert und in der Folge entsprechend vergütet wurden, sind von einem auf den anderen Tag ungültig. Die nachvollziehbaren Erwartungen der bisher leistungsberechtigten Krankenhäuser, unverändert vergütet zu werden, werden wegen systembedingter Inkongruenzen nicht erfüllt. Die üblicherweise im DRG-System vorgesehene Umschichtung von Erlösen aufgrund einer aufwandsbasierten Neukalkulation der Fallpauschalen konnte an dieser Stelle auch nicht erfolgen, da das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die durch die neuen, höheren Anforderungen bedingten Mehrkosten in der Kalkulation der Fallpauschalen, die bereits im Sommer des Vorjahres abgeschlossen ist, zeitlich noch gar nicht berücksichtigen konnte. Im Ergebnis erleiden zahlreiche Krankenhäuser bei gleichbleibender Vorhaltung und Leistung erhebliche Erlöseinbußen, weil sie die neuen, geänderten Anforderungen nicht erfüllen werden. Die anderen Krankenhäuser bekommen die höheren Kosten für die neuen Anforderungen mangels vorliegender Kalkulation (noch) nicht erstattet. Sehr vorsichtige Analysen² weisen Erlösverluste für die Krankenhäuser von mindestens 190 Millionen Euro bundesweit allein für diese einzelne Kodeanpassung aus. Eine Folgenabschätzung des BMG bzw. des DIMDI vor der abschließenden Umstellung des OPS ist trotz erfolgter zahlreicher dringlicher Hinweise nicht bekannt. Gewinner sind hier allein die Krankenkassen.

Vorgaben, die noch im Vorjahr galten und von Krankenhäusern mit hohen Investitionen und der Einstellung besonders qualifizierten Personals realisiert und in der Folge entsprechend vergütet wurden, sind von einem auf den anderen Tag ungültig.

1.6 STETIG WACHSENDE BÜROKRATIE

Auch die stetig wachsende Bürokratie ignorierend, werden immer neue mit extremen Folgeaufwänden verbundene Codes etabliert. Im Bereich der Psychiatrie und der Pflege werden beispielsweise extrem kleinteilige Einzelleistungsnachweise durch den OPS gefördert.

Mit der gegen das Votum der Krankenhäuser und zahlreicher Fachverbände getroffenen Entscheidung des BMG/DIMDI zur Einführung des Kodes für die Abbildung von berufsgruppenspezifisch durchgeführten 25-minütigen Therapieeinheiten am Patienten kam es von einem auf das andere Jahr zu einer Verdopplung der bundesweit anzugebenden Prozeduren-schlüssel in der Psychiatrie und Psychosomatik. Für die Krankenhäuser bedeutet dies die jährliche Kodierung von ca. 8 Millionen zusätzlichen

Kodes in diesem Bereich. Der hiermit verbundene Dokumentationsaufwand sowie der Verlust von Zeit am Patienten sind unter anderem vor dem Hintergrund des herrschenden Fachkräftemangels nicht zu rechtfertigen. So verwundert es dann auch nicht, dass laut einer aktuellen Umfrage³ im Bereich der Psychiatrie die Einführung des PEPP in Krankenhäusern zu einer erheblichen Steigerung der Anforderungen an die berufsgruppenspezifische Leistungserfassung (etwa Prozedurendokumentation nach Behandlungssetting, Anzahl erbrachter Therapieeinheiten) geführt hat, die insgesamt als sehr belastend empfunden wird.

Als weiteres eindrucksvolles Beispiel für das mangelnde Bewusstsein im Hinblick auf die bürokratischen Folgen der Einführung neuer Komplexkodes sei die Abbildung der hochaufwendigen Pflege von Patienten (Erwachsene, Kinder und Jugendliche und Kleinkinder) genannt. Die Anwendung der drei hierfür zur Verfügung stehenden Codes (PKMS) ist derart komplex, dass sie einer 49-seitigen ausführlichen Erläuterung im OPS bedarf. Die Einführung dieser Codes erforderte neben zahlreichen Schulungen der Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern die Einführung eigener Softwareprodukte sowie die Bereitstellung spezifisch qualifizierter Pflegefachkräfte, um eine sachgerechte Umsetzung in den Kliniken zu ermöglichen. Auch diese Codes wurden gegen massiven Widerstand, auch seitens des Deutschen Pflegerats, vom BMG dauerhaft etabliert.

Bürokratiewahnsinn:

Die Einführung des Kodes für die Abbildung von berufsgruppenspezifisch durchgeführten 25-minütigen Therapieeinheiten führte von einem auf das andere Jahr zu einer Verdopplung der anzugebenden Prozeduren in der Psychiatrie/Psychosomatik.

1.7 POLEPOSITION DER KRANKENKASSEN

Krankenkassen prüfen unter Schonung ihrer eigenen Ressourcen insbesondere solche Fälle und Sachverhalte, von denen sie sich maximale Gewinne bzw. Einsparungen erhoffen. So ist beispielsweise die Streichung einzelner Tage in Verbindung mit der unteren und oberen Grenzverweildauer unter dem Vorwand der Fehlbelegung ein relevantes PrüftHEMA vieler Kassen geworden, um entweder die Erstattung der vollen Fallpauschale oder die zusätzliche Vergütung einzelner Tage für besonders aufwendig zu behandelnde Fälle zu vermeiden. In gleicher Weise bietet sich die Beanstandung kleinster Detailvorgaben (siehe oben) an, um die Vergütung über viele Tage und Wochen erbrachter Komplexleistungen wirksam vorzuenthalten. Gerne werden bei Letzteren auch nur einzelne Tage unter dem Vorwand der Fehlbelegung gestrichen, insbesondere dann, wenn hierdurch die Fälle einer deutlich geringeren Vergütungsstufe zugeordnet werden können.

Insgesamt ist zu beobachten, dass auch Qualitätssicherungsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Sanktionen im medizinischen Einzelfall führen, die in der aktuellen Form vom Gesetzgeber dringend zu überprüfen sind. Diese Qualitätssicherungsvorgaben sollen sicherstellen, dass die Leistungserbringung im Allgemeinen und dem Grunde nach unter Beachtung der Vorgaben erfolgt. Sie dürfen nicht Grundlage für Sanktionen in jedem Einzelfall darstellen.

Krankenkassen prüfen unter Schonung ihrer eigenen Ressourcen insbesondere solche Fälle und Sachverhalte, von denen sie sich maximale Gewinne bzw. Einsparungen erhoffen.

Qualitätssicherungsvorgaben sollen die Leistungserbringung im Allgemeinen und dem Grunde nach sicherstellen.

1.8 MISSVERHÄLTNIS DER KRÄFTE

Von einem Gleichgewicht der Kräfte und einem fairen Vergütungsverfahren sind wir in Deutschland mittlerweile weit entfernt. Vielmehr offenbaren sich hier Missstände und eine extreme Unverhältnismäßigkeit, weil sich zwei Vertragspartner nicht auf gleicher Augenhöhe begegnen. Diese unverhältnismäßige Vorzugsposition der Krankenkassen (Krankenhäuser können im Konfliktfall nur über eine Klage die Vergütung bereits erbrachter Leistungen erzielen) setzt sich angesichts der bestehenden (Erlös-) Abhängigkeit der Krankenhäuser auch in zahlreichen anderen Bereichen

Es drängt sich der Eindruck eines systematischen Missverhältnisses der Kräfte von Leistungserbringern und Krankenkassen auf.

fort, wie zum Beispiel bei den Budgetverhandlungen, der Vereinbarung von krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelten und Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Diese Vorzugsposition gilt auch für die Festlegung zahlreicher bundesweit gültiger Anforderungen an den Krankenhausbereich, wie beispielsweise durch das größte Selbstverwaltungsorgan, den G-BA. Hier verfügen die Krankenkassen über fünf von 13 Stimmen: Das heißt, sie benötigen zwei Stimmen für die Durchsetzung ihrer Interessen, die DKG verfügt bei vielen, insbesondere sektorenübergreifenden Themen (etwa Methodenbewertung, ambulante spezialfachärztliche Versorgung [ASV]) über zwei Stimmen und benötigt weitere fünf. Dass die GKV mit Abstand die allermeisten Ergebnisse im G-BA bestimmt, ist daher nicht verwunderlich. Dass die Bänke der Leistungserbringer der GKV nicht als gemeinsame Stimme gegenüberstehen, ist in der Politik hinreichend bekannt. Die hiermit verbundenen Probleme werden offensichtlich in Kauf genommen. Der Eindruck eines systematischen Missverhältnisses der Kräfte von Leistungserbringern und Krankenkassen drängt sich auch hier auf.



1.9 ERFORDERLICHE MASSNAHMEN

Kritiker mögen entgegenhalten, dass die hier geschilderten Probleme über den Schlichtungsausschuss Bund (§ 17c Abs. 3 KHG), der eigens für die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung eingerichtet wurde, hätten gelöst werden können. Dies trifft für einzelne Problemkonstellationen sicher zu, bei der weitaus überwiegenden Mehrheit handelt es sich jedoch um stetig wechselnde und, wie dargestellt, zunehmend fragwürdige Einzelfallprobleme (siehe oben), die dem Schlichtungsausschuss rechtlich nicht zugeordnet sind. Diese würden ihn, wie auch die Gerichte, aufgrund der beschriebenen Fehlentwicklungen sowohl mit unsinnigen Fragestellungen befassen als auch aufgrund der enormen Menge (Prüfquoten bis > 15 Prozent werden berichtet) hoffnungslos überlasten.

Aus Sicht der DKG wäre es daher dringend geboten, den OPS wieder zu dem zu machen, was er ist, nämlich einem Hilfswerkzeug in Verbindung mit der Anwendung von Vergütungssystemen, welches in knapper und prägnanter Weise komplexe Leistungen für Patienten benennt.

Um überzogenen Anwendungen im Rahmen der Abrechnungsprüfungen durch die Kassen entgegenzuwirken und eine fehlgeleitete Nutzung der Codes zu verhindern, bedarf es zudem eines gemeinsamen Verständnisses über Limitationen der Prozedurenklassifikation für unterschiedliche Einsatzzwecke. Dabei sind die patientenindividuelle Versorgung sowie ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisgrundlagen zum Nutzen einzelner Vorgaben in den Komplexcodes angemessen zu berücksichtigen. Gleiches gilt für das Verhältnis von Aufwand und Nutzen, übermäßige Bürokratie sowie die Beachtung versorgungspraktischer Realitäten. Krankenhausplanung und Anforderungen unter anderem an die Qualitätssicherung und die Dokumentation im Krankenhaus sind über andere Rechtsvorschriften geregelt.

Für mehr Planungssicherheit wäre zudem ein Anpassungszyklus des OPS alle zwei Jahre zu überdenken. Auch ist eine zeitliche Harmonisierung zwischen der DRG-Kalkulation und der Anpassung des OPS dringend erforderlich (das heißt keine Scharfschaltung relevanter OPS-Änderungen, insbesondere Komplexcodes, ohne vorherige Kalkulation). Dies gilt vor allem für kostenrelevante Änderungen, wie beispielsweise im Zusammenhang mit Investitionen, baulichen Maßnahmen und Personalanpassungen. In diesen Fällen ist zudem eine verbindliche Folgenabschätzung bzw. Auswirkungs-

Krankenhäuser benötigen Planungssicherheit und eine faire Vergütung erbrachter Leistungen.

analyse im Vorfeld durch das InEK zu den zu erwartenden Erlöseffekten mit gegebenenfalls entsprechender Korrektur des nationalen Case-Mix-Volumens zu fordern.

Nicht zuletzt sind verbindliche Rahmenbedingungen für eine faire Vergütung der Krankenhausleistungen zu schaffen, die unter anderem eine gleichberechtigte Begegnung auf Augenhöhe von Kassen und Krankenhäusern zulassen.



2. Allgemeine Rahmenbedingungen im Krankenhausbereich

2.1 MISSTÄNDE DURCH MISSTRAUEN

Neben den bereits geschilderten Konflikten im Zusammenhang mit der Abbildung und Abrechnung von Krankenhausleistungen bestehen weitere gravierende Probleme anderer Art, die die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter nicht weniger schwer belasten. Bereits seit vielen Jahren ist insbesondere seitens der GKV eine gegen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtete herabsetzende Grundeinstellung zu verzeichnen, die sich in Form von Presseveröffentlichungen, Stellungnahmen und auch in zahlreichen Verhandlungen manifestiert. Fasst man die über lange Zeit gegen die Krankenhäuser gerichteten Vorwürfe zusammen, so zeichnet sich ein Bild von Einrichtungen der Daseinsvorsorge ab, die im Umfeld mangelnder Hygiene Patienten aus Profitgier übertherapieren, um anschließend in großem Stil Abrechnungsbetrug zu betreiben. Selbst die aus der unzureichenden Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung resultierende Entscheidung vieler Patienten, sich in den Notaufnahmen der Kliniken Hilfe zu suchen, gipfelt in dem Vorwurf, Krankenhäuser würden ambulante Patienten von der Straße aufsammeln, um ihre Betten zu füllen. Diese dauerhaften Unterstellungen haben dem Ruf der Krankenhäuser und ihrer Mitarbeiter nachhaltig geschadet und zu einer extremen Verunsicherung der Bevölkerung beigetragen. In beispielloser Verantwortungslosigkeit und in Ermangelung jeglicher Wertschätzung derjenigen, die ihre Versicherten tagtäglich rund um die Uhr unter immensem Einsatz und gegebenenfalls Gefährdung der eigenen Gesundheit versorgen, wurde zudem das Arzt-/Pflege-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört. Dies wiegt in einem so sensiblen Bereich wie der Gesundheitsversorgung nicht nur aufgrund der enormen Hilfebedürftigkeit der Betroffenen, sondern auch des (noch) vorhandenen hohen beruflichen und ethischen Anspruchs der leistungserbringenden Berufsgruppen außerordentlich schwer. Die so von der GKV, aber auch von Politik und Medien dargestellte fehlende Wertschätzung in der Öffentlichkeit, verbunden mit dem seit Jahren anhaltenden wirtschaftlichen Druck und der stets wachsenden sinnlosen Bürokratie, zeichnen zudem ein zunehmend unattraktives Bild des beruflichen Umfelds, dem immer mehr erfahrenes Personal den Rücken kehrt und das von jungen Menschen zunehmend gemieden wird. Folge ist ein stetig wachsender Personalmangel, der seinerseits die Belastung der Mitarbeiter weiter verschärft.

Dieses Misstrauen und die Unterstellungen der GKV gegenüber den Krankenhäusern setzen sich nahtlos in den Verhandlungen der Selbstverwaltung fort und erschweren so eine konstruktive Zusammenarbeit im Sinne einer guten Patientenversorgung und sachgerechten Gestaltung des Gesundheitswesens erheblich. So stoßen Beschlüsse der Selbstverwaltung in den Kliniken auch immer häufiger auf Unverständnis, weil sie

Seit Jahren ist eine zunehmende gegen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtete herabsetzende Grundeinstellung zu verzeichnen.

unter anderem entweder gar nicht in Versorgungsrealitäten passen (etwa wenn Personalvorgaben im G-BA festgelegt werden, die in Ermangelung verfügbaren Personals überhaupt nicht zu realisieren sind), einen immensen bürokratischen Aufwand verursachen (zum Beispiel bei der ASV oder der Einführung des Entlassmanagements) oder in geradezu absurder Weise mangelnde Wertschätzung ausdrücken (etwa 4,74 Euro Abklärungspauschale für Krankenhäuser, wenn sie tagsüber in der Notfallambulanz abklären, ob ein Patient in der Ambulanz versorgt bzw. zum niedergelassenen Arzt weitergeschickt werden kann).

Diese Geringschätzung findet ihren Widerhall auch in den Medien, die die angeprangerten „Verfehlungen“ der Krankenhäuser gerne aufgreifen und über Wochen die öffentliche Diskussion bestimmen. Die so vermittelte Einschätzung, die Krankenhäuser seien zu einer guten Patientenversorgung ohne ständig korrigierendes Eingreifen von Politik und Selbstverwaltung nicht in der Lage, führte in den letzten Jahren zu immer umfassenderen und komplexeren Gesundheitsreformen, die als vermeintliches Zeichen politischer Handlungsfähigkeit mittlerweile tief in nahezu alle krankenhaushausinternen Abläufe hineinreichen.

Ein Blick auf die Websites der Selbstverwaltung und ihrer Institute, des G-BA, des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), des IQWiG, des InEK und der gematik, belegt dies. Enge Fristvorgaben und immer komplexere Themenstellungen führen in dieser Konstellation zwangsläufig dazu, dass eine angemessene Folgenabschätzung geplanter politischer Interventionen nur unzureichend erfolgen kann. So verwundert es auch nicht, dass sich einzelne Regelungen im Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit als völlig unbrauchbar erweisen. In diesem Kontext sei auch die starke Reglementierung von medizinischen Leistungen genannt, die in naher Zukunft zu erheblichen Engpässen in der ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung – mit allen damit verbundenen absehbaren Konsequenzen für die zukünftige Versorgungsqualität – führen wird.

Komplexe Gesundheitsreformen greifen immer tiefer in nahezu alle krankenhaushausinternen Abläufe ein.

2.2 QUALITÄTSVORBILD VERTRAGSARZTPRAXIS?

Obwohl die Krankenhäuser mit der qualitativ hochwertigen, medizinisch zweckmäßigen und angemessenen Patientenversorgung eine Gesamtleistung schulden, zeichnet sich bei Verordnungen, Richtlinien und leistungsbezogenen Vorgaben ein klarer Trend ab, isolierte Krankeneinzelleistungen zunehmend mit bürokratiefördernden, struktur- und personengebundenen Qualifikationsanforderungen zu belegen, die in der Umsetzung jeweils durch eine persönliche Unterschrift der einzelnen Klinikmitarbeiter zu bestätigen sind. Die Vorstellungen zu einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung scheinen sich seitens der GKV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) darauf zu beschränken, praxisspezifische Besonderheiten (hier insbesondere die personengebundene Leistungserbringung einer Einzelarztpraxis) mittels Richtlinien unreflektiert auf den Krankenhausbereich zu übertragen.

Nicht nur Maßnahmen, die den Übergang der Patienten in die ambulante Weiterversorgung verbessern sollen, werden so unnötig erschwert, ja konterkariert. Als ein Beispiel seien hier die Vorgaben zu personengebundenen Arzneimittelverordnungen in Verbindung mit dem Entlassmanagement sowie die für solche Zwecke eigens gesetzlich geforderte Einrichtung eines Verzeichnisses von Krankenhausärzten genannt. Letzteres sieht den Aufbau eines bundesweiten Registers vor, in dem alle in zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte aktuell



aufzulisten sind, damit den oben genannten personengebundenen Nachweisen auch umfänglich Folge geleistet werden kann. Unstrittig dürfte in diesem Zusammenhang sein, dass die Krankenhäuser in vielfältiger Weise zur Messung und Darlegung von Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität verpflichtet sind und sich intensiv mit den Themen Risikomanagement und CIRS auseinandersetzen, während der vertragsärztliche Bereich, hiervon nahezu unberührt, auf einen völlig unverständlichen Vertrauensvorschuss auch seitens der Politik zurückgreifen darf. Nicht zuletzt sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Patientenversorgung in den Krankenhäusern, in denen der Facharztstandard gilt, unter Nutzung des medizinisch-technischen Fortschritts als hochkomplexe Teamleistung im Mehraugenprinzip, fachgebiets- und berufsgruppenübergreifend und mit gegenseitiger Kontrolle erbracht wird, ein struktureller Qualitätsvorteil, auf den Fachärzte in Einzelpraxen in der Regel nicht zurückgreifen können. Vielmehr wird der Facharztstatus der Vertragsärzte zum absoluten Maßstab der Qualitätsanforderungen stilisiert.

Das oben genannte Misstrauen ist also auch ein Garant dafür, fragwürdige Anforderungen politisch erfolgreich gegen die Krankenhäuser durchzusetzen. So finden beispielsweise im Rahmen der ASV seit über zwei Jahren Beratungen im G-BA dazu statt, wie Qualitätsanforderungen zu einfachen medizinischen Einzelleistungen nach § 135 Abs. 2 SGB V aus dem vertragsärztlichen Bereich auf die Krankenhäuser im Rahmen der ASV arzt-spezifisch übertragen werden können (zum Beispiel EKG, Ultraschall, Darmspiegelung, also einfache und häufige Leistungen; Anmerkung: diesbezüglich komplexere Leistungen [zum Beispiel Strahlentherapie] werden im Krankenhaus ohnehin über andere Vorschriften umfassend geregelt). Die GKV plant in diesem Kontext den Aufbau neuer bzw. den Ausbau vorhandener Verwaltungsstrukturen, um dauerhaft fortlaufende Kontrollen einzelleistungsbezogen und arzt-spezifisch in den Krankenhäusern umsetzen zu können. Nur am Rande sei hierzu angemerkt, dass selbst der Gesetzgeber, der ursprünglich die Übertragung der Qualitätsanforderungen nach § 135 Abs. 2 SGB V auf die Krankenhäuser im Rahmen der ASV in § 116b SGB V vorgesehen hatte, diese Regelung bereits vor Jahren zurückgenommen hat. Auch die Erweiterten Landesausschüsse haben bereits mehrfach auf die mit dieser Regelung verbundene gewaltige Bürokratie hingewiesen. Die von der DKG eingebrachte Forderung, den Verweis auf § 135 Abs. 2 SGB V infolge der Gesetzesänderung auch in der ASV-Richtlinie zu streichen, konnte aufgrund der Mehrheitsverhältnisse im G-BA nicht erreicht werden. Hier wäre die Politik bzw. das BMG gefordert gewesen, die Missachtung der Gesetzesänderung durch den G-BA beispielsweise im Rahmen der Aufsicht zu verhindern.

2.3 KOSTENDÄMPFUNG UND STRUKTURBEREINIGUNG

Um dem oft unterstellten Vorwurf des unkritischen Lobbyismus entgegenzutreten, sei vorweg angemerkt, dass es auch im Krankenhausbereich „schwarze Schafe“ gibt, die auch niemand schützen will. Es stellt sich aber die Frage, weshalb an dieser Stelle, politisch gefördert, die GKV öffentlichkeitswirksam auf der Grundlage von Einzelfällen die weit überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser unberechtigt einem Generalverdacht aussetzen darf und diese in der Folge auch noch mit einer extremen Regelungsfülle belastet werden. Maßnahmen der Krankenhäuser, die dazu dienen, trotz allseits bekannter politischer Versäumnisse, wie beispielsweise des fehlenden Ausgleichs von Tarifsteigerungen und der mangelhaften Inves-

tionskostenfinanzierung, die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten dennoch sicherzustellen, werden ins Gegenteil verkehrt und den Verantwortlichen in den Kliniken zur Last gelegt. Gleiches gilt für Maßnahmen der Krankenhäuser infolge der Einführung der pauschalierenden Vergütungssysteme. Ein angemessenes Bewusstsein für Ursache und Wirkung politischer Interventionen und das Interesse an einem fairen Miteinander werden an dieser Stelle vermisst.

Über die Motive der Krankenkassen, allen voran des GKV-Spitzenverbands, ein solch umfassendes Misstrauen gegen die Krankenhäuser zu schüren und auf Dauer ein gesellschaftspolitisches Spiel mit dem Feuer zu riskieren, kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. In der Gesamtschau der GKV-Positionen und ihres Handelns der vergangenen Jahre treten jedoch die Forderungen nach „Strukturbereinigung“ und „Kostendämpfung“ durchgängig hervor. Ein besonders eindrückliches Beispiel der Sichtweise des GKV-Spitzenverbands auf die Krankenhäuser kann dem sogenannten GKV-Kliniksimulator entnommen werden. Dort heißt es unter „Worum geht es beim GKV-Kliniksimulator?“. „Die Konsequenzen einer möglichen Schließung eines Klinikstandortes bewegen so viele Menschen. Mit dem Kliniksimulator können sie die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit eines Grundversorgers fast häuserblockgenau ermitteln.“ Ähnlich dem Spiel „Schiffe versenken“ lassen sich hier durch einen einfachen Klick einzelne Krankenhäuser virtuell schließen und anschließend „Kennzahlen und Schließungseffekte in 30 PKW-Minuten Fahrzeitradius“ ablesen. Die Anzahl der „Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 30 PKW-Fahrzeitminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen“, wird zudem dargestellt. Medizinische Belange der Einwohner, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, ihre Bedeutung für eine Region und die Konsequenzen einer solchen Schließung für die dort arbeitenden Menschen bleiben vollständig unberücksichtigt.

Grundsätzlich ist die Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen wichtiger Bestandteil der Aufgaben der Krankenkassen, wie auch aller Krankenhäuser und Organe der Selbstverwaltung. Sie können Beratungen zu bestimmten Themen bereichern und durchaus auch Folge von verantwortlich entwickelten Verbesserungsprozessen sein. Sie führen aber immer dann zu erheblichen Fehlentwicklungen, wenn sie losgelöst von der jeweiligen Themen- und Aufgabenstellung zum primären Leitmotiv allen Handelns werden. So tritt der ursprüngliche politische Wille oder Zweck einzelner gesetzlicher Vorgaben in den hierzu getroffenen Vereinbarungen der Selbstverwaltung nicht selten völlig in den Hintergrund, weil die GKV wiederholt Anforderungen durchsetzt, die weniger der eigentlichen Thematik als vielmehr der Kostendämpfung und/oder Strukturbereinigung dienen. Dies soll an wenigen Beispielen dargestellt werden, trifft aber für zahlreiche weitere Regelungen unterschiedlichster Thematik zu.

In der sogenannten „Obduktionsvereinbarung“ wurde durch die auf Betreiben der GKV erfolgte Festlegung kaum zu erreichender Obduktionsquoten das sinnvolle Anliegen der Politik, nämlich Obduktionen als wertvolles Instrument der medizinischen Qualitätssicherung unter bestimmten Voraussetzungen durch Zuschläge finanziell zu fördern, voraussichtlich erfolgreich konterkariert.

Ähnlich verhält es sich mit der sogenannten „Zentrumsvereinbarung“. Hierin soll die Selbstverwaltung das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren vereinbaren. Diese Aufgaben sollen als Grundlage für besondere Vergütungsvereinbarungen dienen, um engagierten Kliniken zumindest einen Teil des besonderen Aufwands für die Spezialisierung als Zentrum zu erstatten. Ein Konsens zu der Vereinbarung konnte nicht hergestellt werden. Sie wurde von der Bundesschiedsstelle gemäß § 18a KHG festgesetzt. Kurze Zeit später wurde sie von der GKV

Es stellt sich die Frage, weshalb an dieser Stelle, politisch gefördert, die GKV öffentlichkeitswirksam auf der Grundlage von Einzelfällen die weit überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser unberechtigt einem Generalverdacht aussetzen darf und diese in der Folge auch noch mit einer extremen Regelungsfülle belastet werden.

Gesellschaftspolitisches Spiel mit dem Feuer auf Kosten der Krankenhäuser

wieder gekündigt. Statt die Aufgaben zu beschreiben, möchte sie nun die Krankenhausplanung der Länder (indirekte Auswahl der Zentren) gleich selbst übernehmen. Auch die Etablierung sogenannter Zentren für seltene Erkrankungen im Rahmen des „Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen“ wird von den Krankenkassen konterkariert. Zwar werden diese immer wieder als Leuchttürme der Zentrenbildung seitens der GKV benannt. Bemühungen, das Zertifizierungsverfahren für diese Zentren professionell zu organisieren, werden hingegen blockiert.

Um den besonderen Pflegebedarf stationärer Patienten in einfacher und bürokratiearmer Weise abzubilden, wurde im Jahr 2016 ein neuer Prozedurenkode „9-984.– Pflegebedürftigkeit“ für das DRG-System eingeführt. Dieser sieht eine Einteilung der Patienten nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit durch den MDK in Verbindung mit dem SGB XI vor. Unter Anwendung dieser Codes können Krankenhäuser eine ergänzende Vergütung für die Versorgung besonders pflegebedürftiger Patienten erzielen. Da ausschließlich die Pflegekassen/Krankenkassen über die genaue Einstufung der Patienten verfügen und die Krankenhäuser nur in Kenntnis dieser Information in der Lage sind, eine sachgerechte Abrechnung auszustellen, ist es über alle Maßen irritierend, dass sich der GKV-Spitzenverband einer Lösung verweigert, den Krankenhäusern diese Information unbürokratisch und zeitnah bereitzustellen. Demgegenüber zeigte der GKV-Spitzenverband großes Engagement bei der Einschätzung der zu erwartenden Erlössumme, die die Krankenhäuser künftig über die beiden neuen Zusatzentgelte abrechnen könnten, um das nationale Case-Mix-Volumen für 2018 prospektiv um einen dreistelligen Millionenbetrag abzusenken. Dieses Geld müssen die Krankenhäuser nun über die Abrechnung der Zusatzentgelte erwirtschaften, die die GKV ihnen offensichtlich nicht gewähren möchte. Nur am Rande sei erwähnt, dass völlig unabhängig davon, wie pflegeaufwendig ein Patient ist (mindestens Pflegegrad 3 von fünf Pflegegraden) und wie lange er im Krankenhaus verweilt (mindestens fünf Belegungstage), die zusätzliche Vergütung in Abhängigkeit von der in Rechnung zu stellenden Fallpauschale gerade einmal 107,14 Euro bzw. 219,56 Euro pro Patient und stationärem Aufenthalt beträgt.

Auch scheut sich der GKV-Spitzenverband nicht, Patienten bereits etablierte medizinische Leistungen vorzuenthalten, wie beispielsweise vielen krebserkrankten Menschen über Jahre die Positronenemissionstomographie (PET), obgleich einige seiner eigenen Mitgliedskassen diese ihren Versicherten gleichwohl anbieten möchten. Zu bedauern ist hier nicht nur die immense Verunsicherung aufseiten der Patienten, wenn sie im Krankheitsfall feststellen, dass sie möglicherweise in der falschen Krankenkasse versichert sind. Bedauerlich ist auch die Tatsache, dass viele Krankenhäuser gezwungen werden, mit verschiedenen Krankenkassen zahlreiche Einzelverträge zur Abrechnung der Leistung aufwendig zu verhandeln und abzuschließen, obgleich dies durch einen einfachen Beschluss im G-BA zu verhindern gewesen wäre.

Auch in anderen Bereichen sind offensichtlich vergleichbare Tendenzen zu beobachten.⁴ So bemängelt offensichtlich auch das Bundesversicherungsamt, dass einige Kassen verschärfte Kriterien für die Ausschreibung von Hilfsmitteln nicht sorgsam angewendet hätten und etwa zu sehr auf den Preis und zu wenig auf die Qualität der Waren (hier Beatmungsgeräte, Stomaartikel und Windeln) achten.

Unter dem Deckmantel der Forderung nach mehr „Qualität“ und „Transparenz“ werden GKV-Interessen in Form von Kostendämpfung und Strukturbereinigung in geradezu stereotyper Weise themenübergreifend durchgesetzt. Vom Textumfang her minimalistische Formulierungen, die entweder die Zahl potenzieller Leistungserbringer, die Zahl anspruchsberechtigter Versicherter oder das Angebot potenzieller GKV-Leistungen

Forderungen nach Kostendämpfung und Strukturbereinigung werden in stereotyper Weise themenübergreifend durchgesetzt.

Bereits etablierte medizinische Leistungen werden Patienten über Jahre vorenthalten.

gezielt einschränken, kommen in immer gleicher Weise zur Anwendung. Der Bedarf der Patienten, die Angemessenheit und Sachgerechtigkeit der Vorgaben, der mit ihnen verbundene Aufwand und ein faires Miteinander spielen dabei eine zunehmend untergeordnete Rolle oder fallen komplett dem Streben nach Strukturbereinigung und Kostendämpfung zum Opfer.

Die Beteiligung der DKG an den Entscheidungen der Selbstverwaltung steht außer Frage. Allerdings soll hier in aller Deutlichkeit darauf hingewiesen werden, dass diese aufgrund der bestehenden Mehrheitsverhältnisse und nahezu unverrückbarer Interessenlagen (siehe oben), aber auch politischer Interventionen häufiger ins Leere läuft und zahlreiche Regelungen gegen die Stimmen der DKG festgelegt werden. Der mit der Selbstverwaltung ursprünglich intendierte Interessenausgleich im Sinne ausgewogener Entscheidungen wird somit bereits im Ansatz konterkariert. So findet man auch hier das in den vorliegenden Rahmenbedingungen begründete Ungleichgewicht zum Nachteil der Krankenhäuser und der Patienten.

3. FAZIT

Obwohl deutsche Krankenhäuser ihre Leistungsfähigkeit bereits seit vielen Jahren erfolgreich unter Beweis gestellt haben, sehen sie sich dennoch einem seit Jahren anhaltend hohen politischen wie ökonomischen Interventionsdruck ausgesetzt. Nahezu kein Bereich im Krankenhaus blieb hiervon unberührt.

Krankenhäuser wurden geschlossen, umstrukturiert, Abteilungen zusammengelegt, Teilbereiche ausgegliedert, administrative Strukturen neu aufgebaut, verfügbares Personal angepasst u. v. m., und dies alles zusätzlich zu der medizinischen Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Patienten. Kostendämpfung, Strukturbereinigung und Transparenz waren dabei die maßgeblichen, übergeordneten politischen Ziele immer neuer Reformen.

Die Umstellung auf ein hochkomplexes Vergütungssystem, über dessen wahre Leistungsgerechtigkeit eher weniger bekannt ist, dessen Einfluss aber in zahlreiche der vielen Detailregelungen hineinreicht, ist gleichermaßen erfolgt. Ergebnis all dieser Maßnahmen sind unter anderem international vergleichsweise sehr niedrige Leistungspreise, eine Transparenz über Strukturen, Krankheiten, Leistungen und deren Kosten sowie die Qualität von Maßnahmen im Krankenhaus, wie sie international ihresgleichen suchen.

Einen Teil dieser Ergebnisse mag man, politisch betrachtet, sicher als Erfolg bewerten, ein anderer Teil stimmt hingegen äußerst bedenklich, weil er die Grenzen des Erträglichen weit überschritten sowie Anstand und Fairness längst verlassen hat. Die medizinische Versorgung der Patienten leidet zudem nachhaltig unter sachfremden Vorgaben und Interventionen. Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter sehen sich seit Jahren einer enormen Dauerbelastung und kollektiven Zermürbungsstrategie ausgesetzt, wie sie in dieser Weise sicherlich einmalig ist. Demgegenüber wächst die Anzahl derer ungebremst, die ihre täglichen Arbeitsabläufe umfassend regeln und immer mehr Daten auch für den Erhalt ihrer eigenen Tätigkeit einfordern. Die Kosten für medizinische Leistungen wurden in den letzten Jahren sicherlich erfolgreich gesteuert, die Ausgaben für administrative Zwecke wuchsen hingegen nahezu ungebremst. Hierdurch wurden der medizinischen Versorgung der Patienten Finanzmittel in unbekannter Höhe für den Aufbau von Verwaltungsbürokratie entzogen. Die Leidtragenden sind daher auch die Patienten.

Aus Sicht der DKG ist daher eine dringende Zäsur erforderlich, die die Regelungsfülle in Bezug auf ihre Fehlentwicklungen in den Blick nimmt

Der medizinischen Versorgung der Patienten wurden zugunsten enormer Verwaltungsbürokratie Finanzmittel in unbekannter Höhe entzogen.

und im Sinne von „Weniger ist mehr“ bereinigt. Hierbei sind der Nutzen der Anforderungen für Versorgungsbelange der Patienten, die Verhältnismäßigkeit von Aufwand und Nutzen sowie die Wertschätzung und Motivation der Krankenhausmitarbeiter als relevante Beurteilungskriterien angemessen zu berücksichtigen.

Zudem sind faire Rahmenbedingungen zu schaffen, die sowohl dem Krankenhausbereich/den Krankenhäusern als auch den Kassen eine gleichberechtigte Begegnung auf Augenhöhe ermöglichen, um das monotone und äußerst leichtfertige Streben nach unbegrenzter Kostendämpfung und willkürlicher Strukturbereinigung zu beenden. Nur so kann ein Klima gegenseitiger Wertschätzung geschaffen werden, welches eine zielgerichtete und sachgerechte Gestaltung des Gesundheitswesens ermöglicht. Denn am Ende wird jeder feststellen müssen, dass weder GKV noch MDK die Leistungsträger der medizinischen Versorgung in Deutschland sind, auch wenn auf politischer Ebene zumeist von „GKV-Leistungen“ gesprochen wird, obwohl Leistungen von Ärzten und Pflegekräften gemeint sind.

Aus Sicht der DKG ist eine dringende Zäsur erforderlich, die die Regelungsfülle in Bezug auf ihre Fehlentwicklungen in den Blick nimmt und im Sinne von „Weniger ist mehr“ bereinigt.

ANMERKUNGEN

1) Stellungnahme zum Urteil des BSG (B1 KR 19/17 R), Berufsverband Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), 12. Juni 2018

2) Kaysers Consilium: Die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung im DRG-System. Auswirkungen der neuen OPS-Anforderungen für 2018 in Fakten

3) Saskia Drösler, Enno Neukirch, Linda Undorf: Dokumentationsaufwand in der Psychiatrie, KU Gesundheitsmanagement 03/2018: 63–37

4) Frankfurter Allgemeine Zeitung: Die Aufsicht rügt die großen Krankenkassen, Nr. 81, 7. April 2018: 22

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Nicole Schlottmann, Geschäftsführerin Dezernat V – Medizin I, DKG e. V., Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Der Beitrag ist bereits in der Zeitschrift „das Krankenhaus“, Heft 06/2018, erschienen (Copyright: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart).

Fotos: DKG/Heckmann

