

Zwischen GMG und DRG – Kliniklandschaft im Umbruch

Die Kombination von DRG-Einführung und GKV-Modernisierungsgesetz stellt die Kliniken im Jahr 2004 vor ganz besondere Herausforderungen

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) kann in Deutschland nicht isoliert betrachtet werden. Sowohl die Auswirkungen des in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), die Umsetzung des EuGH-Urteils zu den Arbeitszeiten in den Kliniken, die fehlenden Investitionen der Länder und der gleichzeitig in den Bundesländern unterschiedlich vorangetriebene Bettenabbau führen zu einer Gemengelage, deren Folgen für die Krankenhauslandschaft nur schwer abzusehen sind.

Vorbereitung ist lebenswichtig

Häuser, die sich nicht rechtzeitig auf die DRG-Einführung einstellen, werden von den personellen, organisatorischen und finanziellen Anforderungen überrollt, hat Dr. Stefan Simmel von der Berater-Agentur A. Greil und Partner GmbH kürzlich in Düsseldorf prophezeit. Denn: „Die Kosten sind immens“, so der Orthopäde und ärztliche Klinikmanager aus Bayern. Auch seien die Veränderungen innerhalb der Kliniken beträchtlich und benötigten eine entsprechend lange Vorlaufphase von Monaten bis Jahren.

Zu den Vorteilen des neuen Abrechnungssystems zählte PD Dr. Norbert Roeder vom Universitätsklinikum in Münster die Transparenz über die Leistungen innerhalb eines Hauses sowie zwischen den Kliniken. Allerdings bemängelte Dr. Thomas Buhr von der Ilmtalklinik, dass eine klare Zielvorgabe fehle, zu welchem konkreten Zweck gemessen, verglichen und analysiert werde. Auch der Geschäftsführer der Saarländischen Krankenhaus-

gesellschaft, Günter Möcks, bewertete die Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungserbringer kritisch. „Den Patienten werden die Informationen nur bedingt nützen, da sie die Daten zur Qualität nur schwer verstehen“, sagte Möcks.

Der Leiter des Medizinischen Controllings der Ilmtalklinik Buhr berichtete, dass zwischen 20 und 25 Prozent der DRG-Fälle zu Rückfragen seitens der Krankenkassen führten. Buhr betonte, dass sich die DRGs zwar dazu eignen, die Vergleichbarkeit von Leistungserbringern herzustellen, aber kein vornehmliches Instrument zur Kostenreduktion sind.

Der Wissenschaftler Roeder ist der gleichen Meinung: „Die DRGs sind kein Instrument zur Kostenreduktion.“ Dennoch würden sie zu einer fairen Finanzierung der Krankenhäuser führen, da das Geld der Leistung folge. Das erhöht den Druck vor allem auf kleine Häuser ohne besondere Spezialisierung. Die Konsequenz daraus beschreibt der Klinikmanager Simmel: „Kleine Häuser müssen sich vernetzen.“ Dazu biete das GMG den Häusern die Gelegenheit, etwa mit neuen Ansätzen bei der integrierten Versorgung.

Anfällig und schwerfällig

Aus Sicht der Krankenkassen haben die ersten Erfahrungen gezeigt, dass das DRG-System anfällig ist für Manipulationen, berichtete Dr. Werner Gerdemann vom Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK). So sei im Jahr 2003 eine negative Entwicklung des „Fallsplittings“ zu beobachten gewesen, sagte der Kassenvertreter. Dabei würden Patienten zu früh aus der Klinik ent-

lassen und nach einer bestimmten Zeit wieder aufgenommen und weiterbehandelt. So entsteht aus einem Behandlungsfall ein zweiter, der abgerechnet werden kann.

Ein weiteres Problem sah der Münsteraner Wissenschaftler Roeder in der Schwerfälligkeit des Systems. Innovative, aber teure Behandlungen könnten sich nur langsam durchsetzen, da sie sich nicht rechneten. Als Beispiel wurden neue Gefäßstützen genannt, die wesentlich teurer als die bisherigen Produkte seien und darüber hinaus selten ausgetauscht werden müssten. Der Effekt unter DRG-Bedingungen sei, so erklärte Roeder, dass die Anwendung der aus medizinischer Sicht sinnvollen Innovation aus wirtschaftlicher Sicht ein Verlustgeschäft ist. Der Patient lässt sich einmal unwirtschaftlich behandeln und kommt danach nicht wieder in die Klinik. Mit der herkömmlichen Methode würde die Behandlung mehrere gewinnbringende Fälle darstellen.

Ausgleichsmechanismen machen System unübersichtlicher

Auch sei das System nur sehr bedingt in der Lage, die medizinische Realität an deutschen Kliniken abzubilden. Roeder sieht die Gefahr, dass Leistungen wegfallen, die nötig, aber unwirtschaftlich sind. Auch die Palliativmedizin ist nur schwer in Einklang zu bringen mit dem Ziel des DRG-Systems, die Patienten schnellstmöglich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu heilen. Um diese Probleme aufzufangen, werden Ausgleichsmechanismen eingebaut, die das System allerdings unübersichtlicher und komplexer machen, beschrieb Roeder die Situation. *Jürgen Brenn*