



©valiantsin - stock.adobe.com

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Eine kritische Replik

Von Prof. Dr. Erika Raab und Prof. Dr. Christoph Rasche

Ein Kardinalproblem der deutschen Wirtschaft besteht in seiner überbordenden Bürokratie, die auch nicht vor dem Gesundheitssystem haltmacht. Mit Blick auf die Finanzierung des demografischen Wandels, des technisch-therapeutischen Fortschritts sowie der Immigration in die Sozial- und Rentenversicherungssysteme stellt sich zwangsläufig die Frage nach dem Management knapper Ressourcen bei gleichzeitig inflationären Ansprüchen.

Keywords: Gesundheitspolitik, Strategie, Patientenversorgung

Die stereotype Antwort der Politik auf krisenhafte Momente besteht zumeist in einer Gesetzes- und Regulierungsflut, die im Ergebnis zu einem Bürokratieaufwuchs auf Regierungs- und Betroffenenseite führt. Auf eine einfache Formel gebracht wird versucht, auf bürokratischem Wege Bürokratie zu bekämpfen. Sind sich auf der einen Seite die politischen Fraktionen fast einig in dem Ziel einer wirtschaftlichen, ausreichenden, angemessenen, notwendigen und zweckmäßigen Versorgung, herrscht große Uneinigkeit bezüglich der Mittel und Wege der Zielerreichung.

So stellt sich aus einer ökonomischen Perspektive die Frage, ob das Gesundheitswesen tatsächlich chronisch unterfinanziert ist, oder ob nicht ein uneffektiver und ineffizienter Mitteleinsatz eines der Hauptprobleme darstellt. Während aktuell wieder die Einnahmeseite in Gestalt höherer Kassenbeiträge strapaziert wird, besteht doch tatsächlich ein Ausgabe- und Mittelverwendungsproblem. Ein Großteil der Gesundheitsressourcen „versickert“ in Unterstützungs-, Verwaltungs- und Auxiliärprozessen, wodurch diese „Hilfskostenstellen“ Finanzierungs- und Liquiditätsprobleme entstehen lässt. Derartige Gemeinkostenblöcke sind immer Ausdruck typischer Wasserkopfadministrationen im Multi-Institutionen-System des bundesdeutschen Gesundheitswesens, das zudem eine virulente Digitalisierungs- und Service-lücke aufweist.

Auf der Makro-, Meso- und Mikroebene der Leistungserbringer, Abrechnungsstellen und Kontrollinstanzen wie dem Medizinischen Dienst, der Kassenärztlichen Vereinigung oder den Krankenkassen besteht das ökonomische Problem der Wertvernich-

tung durch Bürokratie, die hohe Kosten entstehen lässt, ohne dass diese mit Mehrwerten für Patienten, Gesellschaft und Beitragszahler einhergehen.

Neben Digitalisierungslücken, Funktionslücken, Prozessbrüchen und intra- sowie extramuralen Kommunikationsproblemen dank analoger Informationswege verfügen die indirekten Leistungsbereiche über eine dienstweg-induzierte Hierarchie, die nicht in Kunden- und Servicekategorien denkt, sondern Leistungsnehmer zu Antrag- und Bittstellern werden lässt. Ein weiteres Problem besteht in der ökonomischen Fehlsteuerung pathologischer Leistungsanreize, die sich durch das DRG-System ergeben, das zu einem situationsopportunistischen Angebotsverhalten führt. Nicht medizinisch notwendige und zweckmäßige Versorgungsleistungen werden erbracht, sondern solche, die mit hohen Gewinnmargen verbunden sind. Nicht die Aufrechterhaltung der Gesundheit oder vorbeugende Präventionsleistungen stehen hoch im Kurs, sondern chronische und akute Erkrankungen, deren Behandlung im DRG-System hoch vergütet werden. Zwar soll der

Wettbewerb im Gesundheitswesen forciert werden, doch soll dieser bei meritorischen Versorgungsleistungen nicht aggressiven Preis- und Kostenwettbewerbs in Erscheinung treten, weil dann bei ethisch unteretzten Vertrauensgütern massive Qualitäts- und Sicherheitseinbußen zu befürchten sind.

Der proklamierte Ausscheidungswettbewerb im Gesundheitswesen soll weniger über die niedrigsten Preise und Kosten stattfinden, als vielmehr über die patientenzentrierte Versorgungsqualität. Was auf den ersten Blick zielführend und konsistent ist, wirft auf den zweiten Blick das Problem einer reliablen, validen, objektiven und ökonomisch vertretbaren Qualitätsmessung bei verhaltens- und bewertungsunsicheren Vertrauensgütern auf, die sich nicht mit einer simplen Skala messen lassen. So müssen nicht nur geeignete Messinstrumente existieren, sondern diese sollten mit vertretbarem Aufwand entscheidungsrelevante Informationen generieren, die dann auf der Managementebene zur Ableitung konkreter Qualitätsmaßnahmen auf der Potenzial-, Prozess- und Ergebnisebene führen.

Gegenwärtig werden qua hoheitlicher Verfügung zwar inflationäre Qualitätsdokumentationen eingefordert, doch wird bekanntermaßen „die Sau nicht vom Wiegen fett“. In einer akademischen Diktion bedeutet dies, dass Versorgungszielqualitäten nicht ausschließlich durch Messung, Kontrolle und Sanktion erreicht werden können, sondern diese eines handlungsleitenden und umsetzenden Qualitätsmanagements bedürfen. Deutlich wird das bei einer bürokratischen Qualitätsadministration auf dem „Verfügungs- und Aktenwege“, welche im Extremfall die schon heute überstrapazierten Leistungserbringer im Medizin- und Pflegebereich von ihrem Kerngeschäft abhält. Knappe und teure Engpassressourcen der Versorgung werden „vergeudet“, um Vorschriften, Compliance-Anforderungen oder ESG-Imperativen zu entsprechen.

KHVVG: Die Suche nach dem Goldenen Schnitt

Die Reform des KHVVG versucht die augenscheinlichen Versorgungslücken durch ein Portfolio kurz-, mittel- und langfristiger Hebelwirkungen zu erreichen. Insofern handelt es sich um ein Maßnahmenpaket das „alte“ involvierte Akteure im Gesundheitswesen ins Visier nimmt.

Digital vor Ambulant vor Stationär: Voraussetzung für die Umsetzung dieser Vision ist die Etablierung eines ambulanten Sektors der effektiven und effizienten Qualitätsversorgung. Diese muss infrastrukturell auf die Absorption vormals stationärer Fälle vorbereitet sein, um kein ambulantes Markt- und Versorgungsversagen zu provozieren. Diese droht immer dann, wenn sich die Markt- und Patientenanforderungen nicht realisieren lassen, weil es an der gebotenen Kompetenz- und Ressourcenausstattung mangelt. Aus diesem Grund werden sektorenübergreifende Hybridversorgungsmodelle diskutiert, die in Gestalt von intersektoralen Versorgungszentren den Brückenschlag von der ambulanten zur stationären Versorgung garantieren. Nicht diskutiert wird die Option der Kompetenzübertragung an nicht-medizinische Professionen auf Bachelor- oder Master-Niveaustufe, die nach dem Delegations- oder Substitutionsprinzip wirken könnten.

Vorhaltevergütung unabhängig von der Leistungserbringung: Die Reform des Fallpauschalen- und Vergütungssystems scheint mit Blick auf die dadurch induzierten Fehlanreize geboten, indem das gemacht wird, was gemacht werden muss, anstatt eine marginorientierte Angebotspolitik zu praktizieren. Letztlich handelt es sich hierbei um eine Leer- und Gemeinkostenpauschale für die Vorhaltung potenziell benötigter Versorgungskapazitäten, selbst wenn diese nicht in Anspruch genommen werden. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass nicht medizinisch indizierte, aber lukrative Leistungen angeboten werden. Durch eine Umbewertung der Fallpauschalen in Richtung einer Höherkompensation der konservativen Medizin oder auch präventiver Leistungen hätte ein ähnlicher Effekt erreicht werden können.

Bundeseinheitliche Qualitätskriterien: Die Qualitätsmessung und -steuerung bei komplexen Vertrauensgütern erweist sich immer als großes Problem, wenn sich selbst nach der Leistungserbringung die Qualitätsdefizite oft nur schwer und mit großem Aufwand nachweisen lassen. Zudem besteht bisweilen in Fachkreisen Uneinigkeit darüber, was eine „gute“ von einer „ausreichenden“ oder „mangelhaften“ Qualität unterscheidet und welche Qualitätskriterien maßgeblich sein sollen. Ein exzellenter Operateur schneidet wohlmöglich bei der Servicequalität nur deshalb schlecht ab, weil seinen Dokumentations- und Berichtspflichten schlampig nachgekommen ist. Oder

umgekehrt kann eine vorbildliche Papier-Compliance nie über medizinische Minderqualitäten hinwegtäuschen.

Spezialisierung, Konzentration, Erfahrungskurveneffekte: Qualitätssteigerung durch Fokussierung auf Leistungsschwerpunkte und Kernkompetenzen lautet eine Losung der Gesundheitspolitik. Im Ergebnis ist damit eine Ausdünnung des Kliniksektors und eine Stärkung der Maximalversorger verbunden, denen aufgrund der hohen Versorgungsmengen Kosten-, Qualitäts- und Zeitvorteile attestiert werden. Diese stellen sich allerdings weder automatisch ein noch sind diese institutioneller Natur. Vielmehr stellen sich diese in Form langjähriger Berufserfahrung auf eher individueller Ebene ein.

Optimierung der Flächen- und Landversorgung: Der Überversorgung urbaner Räume steht eine Unterversorgung ländlicher Räume gegenüber, die mit innovativen Optimierungsmaßnahmen bis hin zum Einsatz der Telemedizin reduziert werden soll. Hierzu zählen auch die oft zitierten Landarztmodelle, die sich prospektive mit Physician Assistants arrondieren lassen. Zudem könnten nachhaltige Anreize dazu beitragen, die ambulante Land- und Flächenversorgung zu einem attraktiven Berufsfeld werden zu lassen.

Fraglich ist – und dies zeigt ein Blick in die Historie der Gesundheitsreformen – ob mit dem KHVVG der „große Wurf“ gelingen wird. Allein schon die komplexe Bezeichnung des Gesetzes lässt kaum auf Bürokratieabbau schließen. Im ungünstigsten Fall mutiert dieses zu einem Verwaltungsstärkungsgesetz, weil durch Regulierung und Reglementierung ein gebotener Transformationsprozess im Gesundheitswesen angestoßen werden soll, der auf diese Weise kaum gelingen kann.

Masterplan für ein nachhaltiges Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen bedarf eines kurz-, mittel- und langfristigen Horizontmanagements in Gestalt eines strategischen Masterplans unter Einbeziehung plausibler Szenarien. Ein Kardinalproblem besteht in der juristisch-regulatorischen Flickschusterei, die zwar zu einer Gesetzes- und Verordnungsflut geführt hat, ohne dass dadurch jedoch eine spürbare Nutzen- und Wertsteigerung erreicht werden konnte. Nachfolgend werden deshalb die strategischen Herausforderungen

diskutiert, um eine hohe Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens zu erreichen.

(1) Schließung der digitalen Lücke: In einer fast schon standortgefährdenden Weise wird multimedial die digitale Diaspora der Bundesrepublik schonungslos angeprangert, die schon heute branchenübergreifend mit einem hohen Reputationsverlust einhergeht. Als digital besonders rückständig gestaltet sich das Gesundheitswesen, wie der Slapstick-Fall rund um die Einführung der digitalen Fallakte überdeutlich zeigt. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens avancierte zur einer Chronologie von Pleiten, Pech und Pannen bis hin zur einer Regulatorik, die erlaubt und verbietet, anstatt zu ermöglichen. Der One-Thing-Approach (OTA) sieht eine datenbruchlose Integration aller Schnittstellen, IT-Systeme und Datenströme vor, um die Transaktionskosten der Kommunikation auf ein Minimum zu reduzieren. Leider ist die Vision einer papierlosen und geräuscharmen Kommunikation im Gesundheitswesen nur cursorisch realisiert.

(2) KI-Offensive in der Gesundheitswirtschaft: Dringend erforderlich ist ein innovationsfreundlicher Ordnungsrahmen für den Einsatz der Künstlichen Intelligenz im Gesundheitswesen. Wenig sinnvoll ist die Errichtung eines rigiden Technologierechtsrahmens, der prioritär reguliert, einschränkt und verbietet, weil unter diesen Bedingungen eine KI-induzierte Technologie- und Therapieführerschaft kaum zu erreichen ist. Diese übernehmen künftig innovationsfreundliche Nationen wie China, USA oder Singapur, für die pfadbrechende Technologien in erster Linie als Chance und erst in zweiter Linie als Risiko für die bestehende Ordnung interpretiert werden. So unkritisch der KI-Einsatz in Gestalt adjuvanter Support- und Assistenzsysteme erscheinen mag, so brisant wird dieser für den Fall autonomer oder gar autarker Problemlösungen im Gesundheitswesen. Wer haftet für die Technologiefolgen sach- und personenschädigender KI-Entscheidungen auf der zivil- und strafrechtlichen Ebene: der KI-Entwickler, der KI-Inverkehrbringer, der KI-Nutzer, eine natürliche Person oder eine juristische Institution?

(3) Stärkung der primären Patientenversorgung: Ein großes Problem besteht in überbordenden Wasserkopfadministrationen, die ein Großteil der Investments absorbieren, die alternativ hätten in die primäre Wertschöpfungs-

leistung der Patientenversorgung fließen können. Nicht umsonst sind Effizienz-Tools wie die Gemeinkostenwert-Analyse (GWA), das Business Process Reengineering (BPR) oder die Balanced Score Card (BSC) ebenso unpopulär wie das Lean Management oder die Objective-Key-Results-Methode (OKR). Letztlich handelt es sich hierbei um einen Kanon „entschlackender“ und „leistungsmobilisierender“ Methoden, die sich in den Dienst des Bürokratieabbaus im Gesundheitswesen stellen. Polemisch formuliert, ist das Gesundheitswesen nicht unterfinanziert, sondern überadministriert – verbunden mit einer dramatischen Fehlallokation in Richtung unproduktiver Verwaltungsapparate auf der Makro-, Meso- und Mikroebene, die auf regulatorischem Wege versuchen, Verbesserung eines pathologischen Status quo zu erreichen.

(4) Synchronisiertes Abrechnungs- und Vergütungssystem zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Der Vormarsch der Hybridversorgungsmodelle an der Nahtstelle von ambulanter und stationärer Versorgung ist ein starkes Indiz für eine schrittweise Fluidisierung der Sektorengrenzen. Wenn künftig die Devise „Digital vor Ambulant vor Stationär“ lautet, dann müssen neue Vergütungsformen intersektoral erbrachter Versorgungsleistungen gefunden werden, die die Kosten und Ressourcenverbräuche adäquat reflektieren. Zwar wird mit der Einführung der Vorhaltepauschalen und Hybrid-DRGs das Vergütungssystem reformiert, doch bleibt abzuwarten, ob die gewünschten Effekte tatsächlich eintreten. Zudem erfolgt über das Vergütungssystem immer auch eine Verhaltenslenkung bis hin zu Anreizen, die eine Durchführung nicht-medizinisch notwendiger, aber lukrativer Eingriffe provozieren.

(5) Entlastung medizinischer Engpassressourcen durch Substitution und Delegation: Einhergehend mit der (Teil-)Akademisierung nicht-medizinischer Berufe stellt sich die Frage nach einer Entlastung knapper und teurer Medizinressourcen im Zuge der Delegation oder Substitution therapeutischer Aufgaben, die bislang dem Arzt vorbehalten unterlagen. Durch Delegation und Substitution innerhalb einer Profession oder zwischen Professionen lassen sich erhebliche Ressourcen einsparen bzw. effizienter nutzen. Künftig tritt mit der KI verstärkt eine weitere Entlastungsquelle in Erscheinung, weil diese menschliche Arbeit ergänzt oder sogar obsolet werden lässt.

(6) Verwaltung als Corporate-Services-Center: Verwaltungen jedweder Natur sollten sich primär als Dienstleister verstehen, die Unterstützungsleistungen für ihre (internen) Kunden anbieten. Viele Verwaltungen sind behördlich organisiert und praktizieren die Vision des New Public Management auf niedriger Niveaustufe. Die Konzeption der Parental Advantage postuliert immer einen internalisierten Servicevorteil der Zentrale gegenüber externen Marktlösungen, die entweder kostspieliger und/ oder leistungsschlechter sind. Grundsätzlich besteht immer die Option des Business-Process-Outsourcing (BPO) für den Fall einer form- und leistungsschwachen Zentralverwaltung, die hohe Gemeinkostenblöcke verursacht, ohne dass ein korrespondierender Mehrwert für die internen Kunden in Form der Primärbereiche erzeugt wird.

(7) Prävention vor Rehabilitation: Bis heute wird dem Gesundheitswesen der Markt für Krankheit und Dekompensation als Hauptarena der Leistungserbringung zugewiesen. Überspitzt formuliert mutieren Kliniken auf diese Weise zu kuratorischen Anstalten und Reparaturbetrieben, ohne dass die Vermeidung insbesondere chronischer Zivilisationskrankheiten ausreichende Würdigung erfährt. Die Einleitung eines derartigen Paradigmenwechsels kulminiert bisweilen in einem gesellschaftlichen Kulturkampf, weil die Verantwortung für die Gesunderhaltung auf einen aktiven Patienten übergeht, der fortan nicht mehr als passiver Leistungsnehmer in Erscheinung tritt. Vielmehr ist dieser gefordert, im Rahmen der Compliance als Co-Health-Value-Creator selbst Leistungsbeiträge in Form von Bewegung, gesunder Ernährung oder Quantified-Self zu erbringen.

(8) Forschungs- und Innovationsförderung: Insbesondere Grund- und Regelversorger werden kaum imstande sein, Grundlagenforschung zu betreiben. Trotzdem sollten diese in innovative Versorgungsprojekte eingebunden werden, um Teil übergeordneter Gesundheitslandschaften werden zu können, wie sich dies in Gesundheits-Campus-Projekten widerspiegelt. Zudem ist sicherzustellen, dass der Wissenschafts- und Medizinstandort Deutschland in der hochtourigen Grundlagenforschung global sichtbare Akzente zu setzen imstande ist. Hier gilt es mit Blick auf künftige Gesundheitsszenarien die Speerspitzenkompetenzen der Zukunft zu akkumulieren.

Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin
Kreisklinik Groß-Gerau GmbH

Prof. Dr. Christoph Rasche
Professur für Management &
Professional Services
Universität Potsdam