

## Fallpauschalen: Rechnet sich das?

*Lege artis* – nach den Regeln der ärztlichen Kunst mögen Mediziner praktizieren. Von den Regeln der Marktwirtschaft ist nicht die Rede. Zunehmend wächst aber der Vorwurf, Behandlungen im Krankenhaus orientieren sich eher an ökonomischen Anreizen als am Patientenwohl. Großen Anteil daran habe das DRG-System.



LEISTUNGEN IM KRANKENHAUS werden hierzulande seit fast 15 Jahren als Fallpauschalen und Zusatzentgelte vergütet. Die Krankenkassen zahlen nicht mehr pro Tag für belegte Betten, sondern nur noch für Leistungspakete – Fallgruppen, die sich aus einzelnen Diagnosen und Leistungsschlüsseln nach dem System der Diagnosis Related Groups (DRGs) zusammensetzen. Damit wird die Behandlung jeder Krankheit genormt. Die diagnosebasierte Eingruppierung beruht auf der Erkenntnis, dass 80% aller Krankheiten vergleichbar therapiert werden.

### DRG-System besser als sein Ruf?

Das DRG-System ist prospektiv. Es legt die Vergütungshöhe fest, bevor die Leistung erbracht wird. Damit liegt das Kostenrisiko bei den Krankenhäusern. Das schafft den Anreiz, die Kosten der Behandlung so gering wie möglich zu halten, zum Beispiel über eine möglichst kurze Verweildauer. Tagesgleiche Pflegesätze verleiteten vor Einführung der Fallpauschalen zu möglichst langen Aufenthalten und führten im internationalen Vergleich zu extrem langen Verweildauern.

Lag die durchschnittliche Verweildauer eines Krankenhausaufenthaltes 2005 noch bei 8,6 Tagen, ist das Niveau mehr als 10 Jahre später in 2017 auf 7,3 Tage gesunken, meldet das Statistische Bundesamt. Allerdings gehe diese Entwicklung nicht ursächlich auf das DRG-System zurück, so die langjährige Forschungsgruppe um Prof. Dr. Norbert Roeder von der Uniklinik Münster. Die Verkürzung der Verweildauern wurde laut seinen Analysen mehr durch den medizinischen Fortschritt als durch die Fallpauschalen getrieben und habe schon vor 2004 begonnen. Allgemein sprechen die Experten der DRG-Research-Gruppe dem System aber zu, es sei besser als sein Ruf. Die beobachtende Begleitforschung hat bis heute keine Hinweise ergeben, dass die Fallpauschalen die Qualität der Versorgung in relevanten Punkten verschlechtert hat.

### Ökonomisierung der Medizin?

Die mit den Fallpauschalen auf die Krankenhäuser übertragene Kostenverantwortung wird jedoch zunehmend moniert. In der öffentlichen Diskussion manifestiert sich der Eindruck, Wettbewerb und Kosteneffizienz stünden über dem Patientenwohl. Dies stützt eine qualitative Studie der Universität Bremen aus dem vergangenen Jahr. Eine Befragung in deutschen Krankenhäusern ergab, dass mitunter unnötige Eingriffe empfohlen werden. Patienten würden ohne medizinischen Grund im Krankenhaus behandelt. In Interviews und Diskussionen gaben die befragten Ärzte und Klinikgeschäftsführer an, dass Entscheidungen über Aufnahme, Behandlungsart und Entlassung eines Patienten ohne Kostendruck häufig anders ausfallen würden. Hieraus erklären sich womöglich auch medizinisch nicht begründbare Zunahmen bestimmter Operationen oder fragwürdige regiona-



**Mandy Paraskewopulos-Ostwald** ist Referentin  
Fachbereich Personal / Recht / Kommunikation  
beim MDK Sachsen-Anhalt.  
mandy.paraskewopulos@mdk-san.de

le Versorgungsunterschiede bei einzelnen Leistungen. Die Entfernung der Gaumenmandeln bei Kindern und Jugendlichen beispielsweise ist die häufigste Leistung der HNO-Abteilungen in Deutschland. Die vollstationäre Operation wird je nach Wohnort unterschiedlich oft durchgeführt. Der Faktencheck Mandeloperation der Bertelsmann Stiftung 2013 hat Unterschiede bei den OP-Zahlen bis zum Achtfachen festgestellt. Die verfügbaren Daten lassen es jedoch bisher nicht zu, solche Versorgungsunterschiede in einen direkten Zusammenhang mit dem DRG-System zu bringen. Varianzen können auch durch fehlende Leitlinien oder bestehende Versorgungsstrukturen bedingt sein. Einigkeit findet sich in allen Diskussionen um die aktuelle Vergütungssystematik aber darüber, dass die Schere zwischen Über- und Unterversorgung durch erlösorientierte Fehlanreize weiter aufklappt.

Die Wahl des Behandlungsverfahrens nach ökonomischen und nicht nach medizinischen Kriterien spielt nach Einschätzung vieler Experten auch in der Geburtshilfe eine große Rolle. Vereinfacht gesagt gilt: Je komplizierter eine Geburt desto höher die Vergütung. Eine komplikationslose natürliche Entbindung ist wirtschaftlich nicht unbedingt das beste Los einer Klinik. Unweigerlich drängt sich der Verdacht auf, dass der Anstieg von operativen Eingriffen in der Geburtshilfe kein Zufall ist. Jede dritte Frau in Deutschland bringt ihr Kind mittlerweile per Kaiserschnitt zur Welt.

### Zeit für ein neues System?

Jüngst eröffnete der Leiter des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (INEK) Frank Heimig seine Ausführungen zur *G-DRG Weiterentwicklung 2019* mit den Worten: »Kritisieren Sie das DRG-System, solange Sie es noch haben.« Schließlich hat die Große Koalition mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen jüngst erheblich ins System eingegriffen. Ausreichend sei das nicht, so der Marburger Bund. Die gewerkschaftliche, gesundheits- und berufspolitische Interessenvertretung aller angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland fordert aktuell eine grundlegende Reform der Fallpauschalenvergütung, denn der betriebswirtschaftliche Druck fördere schlechte Arbeitsbedingungen und den Abbau von Personal zulasten der Patientenversorgung. Eine gänzliche Abwendung von Fallpauschalen lehnt ein Großteil der Akteure im Gesundheitswesen allerdings ab. Der GKV-Spitzenverband beispielsweise sieht eher die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung kritisch. Klar scheint bei aller Diskussion lediglich eines: Frei von Fehlanreizen ist kein Vergütungssystem. Bleibt also die Frage nach einer Alternative, die vor allem jenen zugutekommt, die es zu schützen gilt: den Patienten.

## Drei Fragen an ...

**Prof. Dr. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin**

### Woran krankt die stationäre Versorgung in Deutschland?

Zuallererst krankt sie an der hohen Krankenhaus- und Betten-dichte, die mit vielen kleinsten und kleinen Krankenhäusern und häufig unzureichender medizintechnischer und personeller Ausstattung zu steigenden Fallzahlen und drei zusammenhängenden Problemen führt: zu viele Patienten, die oft in personell und technisch nicht adäquat ausgestatteten Krankenhäusern behandelt werden, wobei das Betreuungsverhältnis Personal pro Patient sehr niedrig ist. Zwar ist inzwischen bekannt, dass Deutschland besonders viele akute Krankenhausbetten hat, weniger bekannt ist allerdings, dass der Bettenabbau in der Vergangenheit bei uns weniger stark war als anderswo. Dadurch hat sich der Abstand zum EU15-Mittelwert von +45% auf +65% vergrößert. 2017 verfügten von den 1329 akuten Plan-Krankenhäusern 61% über keine Koronarangiographie, 31% über keinen Computer-Tomographen und 19% hatten kein einziges Intensivbett. Wie Patienten in diesen Häusern diagnostiziert und therapiert werden, bleibt ein Rätsel. Diskutiert werden sollte auch, warum steigende Fallzahlen (+30% in 20 Jahren) aufgrund von Demografie, neuen Behandlungsmethoden und Patientenerwartungen für gerechtfertigt gehalten werden, obwohl sie im gleichen Zeitraum im EU15-Schnitt konstant geblieben sind (in Dänemark sind sie sogar um 30% gesunken). Die hierzulande niedrige Personalausstattung pro Patient, insbesondere beim Pflegepersonal, wird vor allem durch die hohen Fallzahlen erklärt, während wir pro Kopf der Bevölkerung mehr Pflegekräfte im Krankenhaus haben als zum Beispiel die Niederlande.

### Wo müsste eine Reform ansetzen?

Wir sollten unsere Krankenhausversorgung komplett neu ausrichten. Orientierungspunkte sind für mich: Bettenabbau um 40%, aber alle Betten in vernünftig ausgestatteten Krankenhäusern, Reduktion der Fallzahlen um 30%, Verbesserung der Personal-Patienten-Relation um 50% und damit eine spürbare Qualitätsverbesserung (de facto ein Beibehalten des heutigen klinischen Personals, aber für weniger Patienten bzw. Patiententage). Wenn das zu radikal klingt: Wir würden uns gerade mal in Richtung heutiger EU15-Schnitt bewegen. Schweden, Norwegen, Spanien oder Dänemark hätten immer noch weniger Fälle und eine bessere Pflegekraft-Patienten-Relation. Auch das Gegenargument, dass dies die Versorgung auf dem Land gefährden würde, zieht nicht: Viele der zu schließenden Krankenhäuser sind in Ballungszentren.

### Brauchen wir (dafür) ein neues Finanzierungssystem?

Jedes Vergütungssystem hat Vor- und Nachteile, insofern erscheint eine komplette Umstellung nicht zielführend. Aber es gibt viele änderungsbedürftige Punkte. Zum Beispiel ist es für Krankenhäuser finanziell zu attraktiv, Patienten aus den Notaufnahmen stationär aufzunehmen – die Notaufnahmen sollten also über Budgets finanziert werden. Und für Kurzlieger bräuchten wir 24- oder 48-Stunden-Beobachtungs-DRGs mit Relativgewichten von zum Beispiel 0,1 und 0,2. Eine weitergehende stationäre Behandlung müsste dann der MDK regelhaft überprüfen.

