

Was macht das DRG-Fallpauschalensystem so teuer?

Fakten und Argumente 3

► Grundaussage

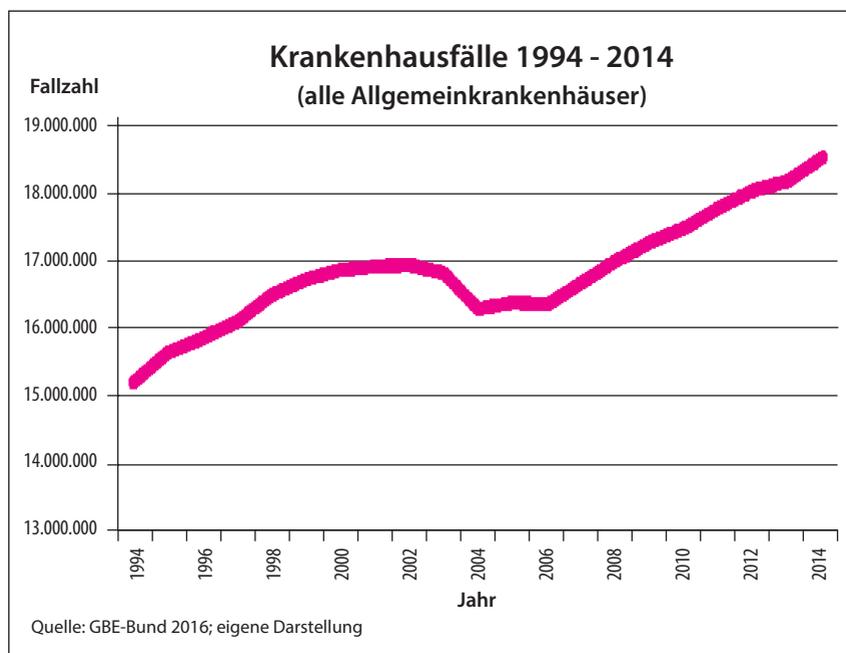
Das DRG-Fallpauschalensystem drängt Krankenhäuser zu vornehmlich betriebswirtschaftlich begründetem Verhalten. Das Abrechnungssystem ermöglicht es, Erlöse durch Selektion und mehr oder minder erlaubte »Tricks« zu erhöhen. Um im Preis- und Kostenwettbewerb wirtschaftlich überleben zu können bzw. die Gewinne zu steigern, greifen alle Krankenhausträger auf diese strategischen Instrumente zurück. Das DRG-System ist ein volkswirtschaftlicher und medizinisch-ethischer Sprengsatz für ein soziales Gesundheitswesen.

► Fallzahlentwicklung

Die Einführung der DRGs führte bei der Fallzahlentwicklung zu einer Trendwende. Seit Ende der 1990er Jahre hatte sich die Zunahme der Krankenhausbehandlungsfälle verlangsamt. Zwischen 2000 und 2005, dem Jahr des Einstiegs in die DRGs, nahm die Zahl der Krankenhausfälle sogar ab. Seit 2006 zeigt die Fallzahlentwicklung steil nach oben. Der banalste Grund dafür ist: jeder zusätzliche Behandlungsfall ist eine weitere Fallpauschale, bringt also mehr Geld ins Haus. Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, dass im Vor-DRG-Zeitalter die Abrechnung unterschiedlicher Behandlungen während eines Krankenhausaufenthalts aufgrund

des Systems tagesgleicher Pflegesätze kein Problem darstellte, während heute pro Aufenthalt nur eine DRG abrechenbar ist. Zusätzliche Nebendiagnosen steigern die Fallpauschale weniger als ein neuer Fall. Es besteht also der Anreiz, PatientInnen zunächst zu entlassen und mit zeitlichem Abstand erneut aufzunehmen, damit eine Behandlung in einer anderen Abteilung optimal abgerechnet werden kann. Dies scheint die Erfahrung von ÄrztInnen wie PatientInnen zu bestätigen, ist aber noch nicht wissenschaftlich in einer empirischen Studie belegt. → siehe Abb. 3

Abb. 3: Krankenhausfälle 1994 – 2014



► Upcoding

Bei der Einführung des Systems der DRGs wurde mit einem mittleren Fallschwergrad aller Krankenhäuser von um die 1 gestartet. Zwischenzeitlich liegt die durch-

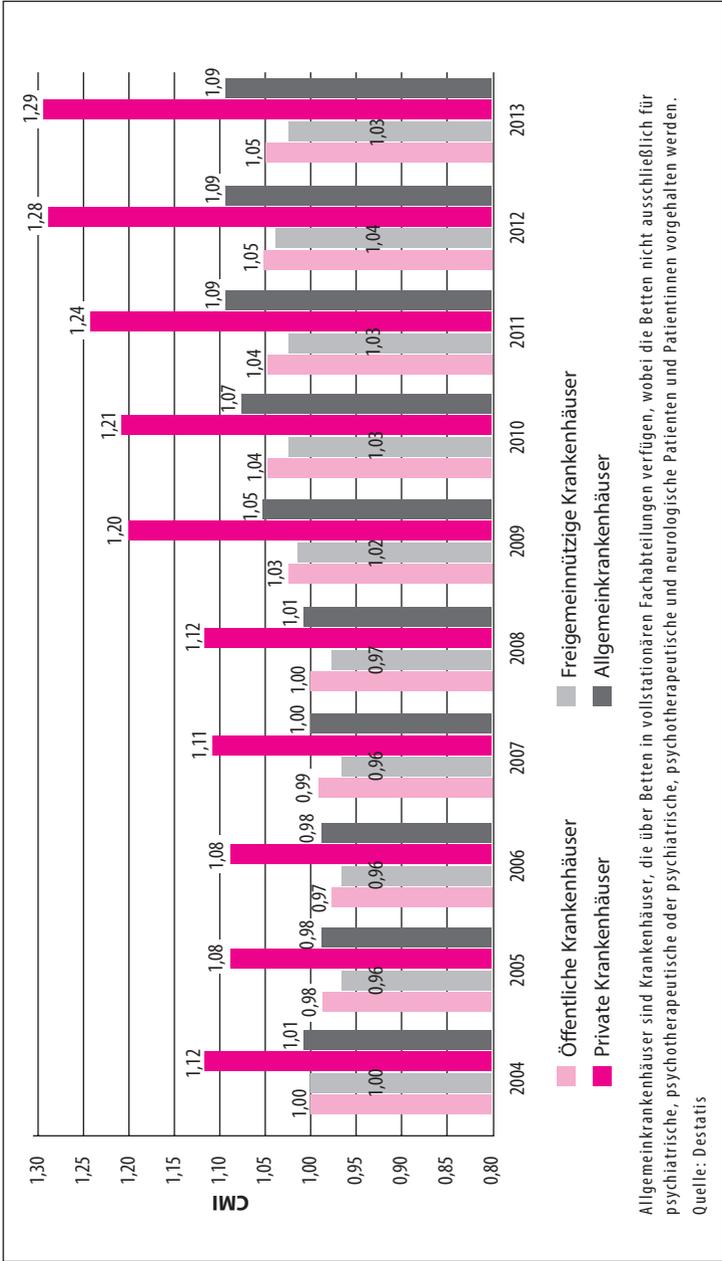
schnittliche Fallschwere – gemessen am Ausgangsniveau – um 7 Prozent höher. Insbesondere private Krankenhäuser haben hier die Fallschwere überproportional erhöht. Bis 2013 stieg deren Fallschwere (mit CMI abgekürzt; CMI steht für *Case Mix Index*) und damit der durchschnittliche Erlös pro Krankenhausfall, um 15 Prozent (öffentliche Krankenhäuser 5 Prozent, freigemeinnützige Krankenhäuser 3 Prozent). Auch wenn ein Teil der Fallschwereerhöhung demografisch bedingt ist und leichte Fälle weggefallen sind, weil sie überhaupt nicht mehr stationär aufgenommen werden, bleibt ein Rest, der nur durch eine veränderte (höhere) Eingruppierung zu erklären ist. → siehe Abb. 4, Seite 32

Gründe sind in der deutlichen Zunahme von die Fallschwere beeinflussenden Prozeduren zu finden. Während von 2005 bis 2014 die Zahl der Krankenhausfälle um 15 Prozent stieg, stiegen die operativen Eingriffe um 33 Prozent, die der nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen sogar um 44 Prozent (Destatis 2016). Noch deutlicher ist die Entwicklung bei den sogenannten Nebendiagnosen, die ebenfalls die Fallschwere erhöhen. Die Zahl der kodierten Nebendiagnosen verdreifachte sich zwischen 2005 und 2014 von 33 Mio. 2005 auf über 100 Mio. in 2013 (Destatis (a)).

► Vorzeitige Entlassung

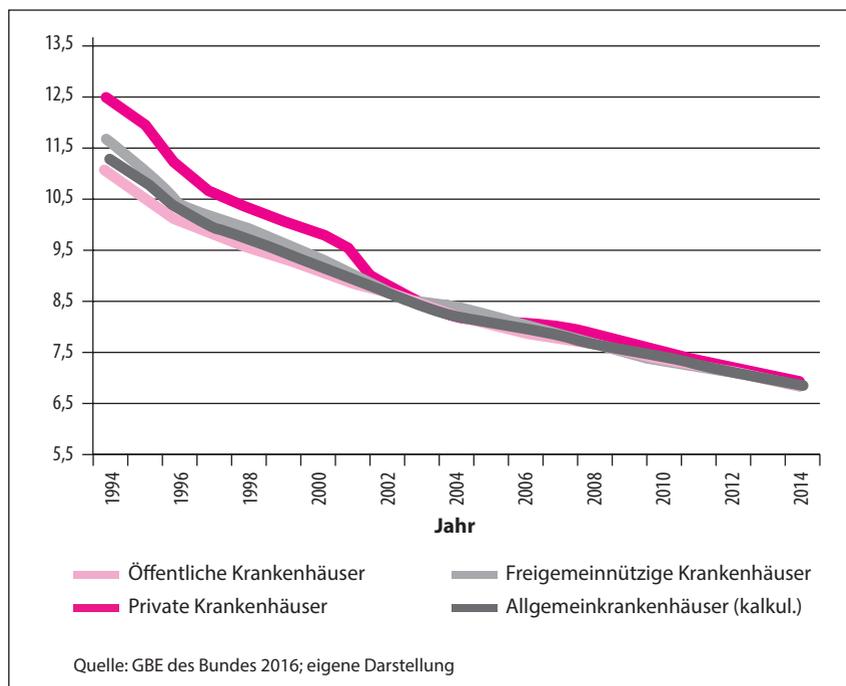
Während das Selbstkostendeckungsprinzip durch die Vergütungsregelung der tageseichen Pflegesätze fälschlicherweise im Verdacht stand, zu überlangen Verweildauern im Krankenhaus zu führen (siehe dazu Fakten und Argumente »Selbstkostendeckung«), wird für das DRG-Fallpauschalensystem vermutet, dass dieses zu vorzeitigen Entlassungen führt. Die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauern ging auch schon vor der DRG-Einführung nach unten. Dieser Trend hat sich nicht abgeschwächt, obwohl dies bei der Kürze der Verweildauern, die zwischenzeitlich erreicht ist, eigentlich zu erwarten war. Andererseits verdeutlicht die Grafik auf S. 33 auch die betriebswirtschaftlich orientierte Erlösstrategie profitorientierter Krankenhäuser, die rechtzeitig vor der Einführung der DRG-Fallpauschalen ihre überdurchschnittlich hohen Verweiltage pro Krankenhausfall dem Durchschnittswert der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser angeglichen haben. → siehe Abb. 5, Seite 33

Abb. 4: Entwicklung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) in Krankenhäusern verschiedener Trägerschaft



Allgemeinkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden.
Quelle: Destatis

Abb. 5: Verweiltage im Krankenhaus nach Trägerschaft (Durchschnitt)



Eine Studie des Zentrums für Krankenhausmanagement der Uni Münster (v. Eiff 2011) macht deutlich, dass PatientInnen in der Anschlussheilbehandlung zunehmend akut behandlungsbedürftig sind. Die nachstationäre Rehabilitation wird dadurch faktisch kürzer, gleichzeitig tragen die Reha-Einrichtungen Kosten der medizinischen Behandlung, die ihnen nicht erstattet werden.

► **DRG-Systemaufwand:
mehr Wettbewerb braucht mehr Bürokratie**

Das DRG-Fallpauschalensystem hat neue Berufe kreiert, die nichts mit Medizin oder Pflege zu tun haben. Kodieroptimierung und medizinisches Controlling sind neu hinzugekommene Aufgaben. Bei jedem fünften Fall diskutieren Krankenhäu-

ser und Krankenkassen bzw. deren Medizinischer Dienst miteinander, vor allem über die Richtigkeit der Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen, wegen zu langer Verweildauer bei PatientInnen oberhalb der oberen Grenzverweildauer bzw. bei Verweiltagen in der Nähe der unteren Grenzverweildauer (medinfoweb 2014). Den systembedingten Mehraufwand auf Seiten der Krankenhäuser kalkulieren wir auf eins bis 1,5 Mrd. Euro jährlich. Nicht eingerechnet ist der Aufwand für Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.⁵

► Zielvereinbarungen und leistungsbezogene Vergütung von ÄrztInnen

Inbesondere private Krankenhäuser schließen mit ChefärztInnen und anderen leitenden ÄrztInnen Zielvereinbarungen über Leistungen und Kosten ab, auf deren Grundlage sich die Höhe eines Teils ihres Gehalts bestimmt (variable Vergütung). Schon geringe Zielverfehlungen führen in vielen Fällen zu spürbaren Einkommenseinbußen. Das Ergebnis ist häufig die »innere Umpolung der Ärzte« (Maio 2015), vereinfacht gesagt »Monetik vor Ethik«. Diese Problematik hat inzwischen zu einer offiziellen Stellungnahme der BÄK geführt, in der solche »Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen«, ausdrücklich als unethisch qualifiziert werden.⁶ Aber selbst wenn es keine erfolgsabhängige Vergütung für einzelne ÄrztInnen gibt, gibt es Zielvereinbarungen mit Konsequenzen für die Abteilung (Stellen- und Bettenabbau, weniger Mittel), die für die Chef- und OberärztInnen mindestens genauso relevant sind.

► Fazit

Offiziell waren die DRGs auch eingeführt worden, um den Anstieg der Ausgaben für Krankenhäuser zu drosseln, um also Kosten zu sparen. Es zeigt sich aber, dass

5 Eigene Berechnungen nach Daten des MDK

6 Gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer vom 10.05.2013: Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen.

das Gegenteil der Fall ist und dass das DRG-System – angewandt als Finanzierungslogik unter marktwirtschaftlichen Wettbewerbsbedingungen – zu noch größeren Kostensteigerungen führt. Nebenbei bemerkt: Eine solche Entwicklung dürfte zumindest Kenner der Materie nie überrascht haben. Das Beispiel der USA mit ihrem durchökonomisierten Gesundheitswesen, das das teuerste der Welt ist, hätte als Warnung dienen können.

■ Literatur:

Destatis (a): Statistisches Bundesamt; Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik); Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Destatis (b): Statistisches Bundesamt; Kostennachweis der Krankenhäuser; Fachserie 12 Reihe 6.3, Wiesbaden, unterschiedliche Jahrgänge

Gemeinsame Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer vom 10.05.2013: Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen, in: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/empfehlungen-zu-leistungsbezogenen-zielvereinbarungen-in-chefarztvertraegen-vorgelegt/>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2016, unterschiedliche Abfragen

Maio, G. 2015: Die Indikation als Kernstück der ärztlichen Identität. Interview mit Giovanni Maio, Dtsch. Ärzteblatt, 17. August 2015

Medinfoweb 2014: Thieme, M.; Schikowski, J.; Frühjahrsumfrage 2014 MDK-Prüfung in deutschen Krankenhäusern – Bestandsaufnahme 2013 – Trend 2014

v. Eiff, W. 2011: Medizinische Rehabilitation: Kürzere Akut-Verweildauern erhöhen Aufwand in der Reha; in: Dtsch. Ärzteblatt 2011; 108