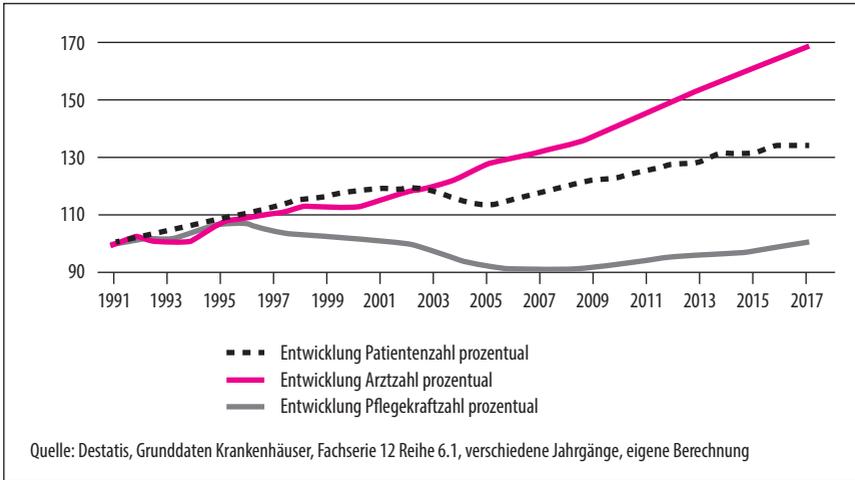


Auswirkungen der Finanzierung durch Fallpauschalen auf Patient*innen

Obwohl aus heutiger Sicht die meisten der politisch versprochenen Ziele mit der Umstellung der Finanzierung von der Selbstkostendeckung (abgewickelt über tagegleiche Pflegesätze) auf diagnosebezogene Fallpauschalen nicht erreicht wurden, hat das DRG-System auf andere Weise zu einem Paradigmenwechsel im medizinischen und pflegerischen Alltag geführt, der nachhaltige Auswirkungen auf die gesamte stationäre Krankenbehandlung hatte und bis heute hat. Getrieben von der Möglichkeit, durch den Betrieb eines Krankenhauses Gewinne zu machen, aber auch durch das Risiko, bei negativen Bilanzen den Bestand der Abteilung oder des gesamten Krankenhauses zu gefährden, sind die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen zu einer der wichtigsten, wenn nicht gar zur alles dominierenden Zielsetzung jeder Krankenhausleitung avanciert. Um dieses Denken bis in den letzten Winkel jeder Abteilung durchzusetzen, hat man flächendeckend sogar die Definition der Patient*innen verändert: Im Neusprech sind sie zu Kund*innen geworden, deren Wohl zwar in jeder Klinikinformationsbroschüre besonders hervorgehoben wird, denen aber letztlich Leistungen verkauft werden sollen, und zwar wenn möglich solche, mit denen der Verkäufer, das Krankenhaus also, Gewinne erwirtschaften kann.

Dieser Paradigmenwechsel hin zur Vorherrschaft betriebswirtschaftlicher Nutzererwägungen auf Kosten medizinischer Vernunft zum Wohle der einzelnen Patient*innen beschädigt seit Jahren das für die Behandlung so wichtige Vertrauensverhältnis zwischen den Kranken und den für ihre Behandlung verantwortlichen Ärzt*innen und Pflegekräften. Es gibt viele konkrete Indizien, die das Misstrauen der Patient*innen gegen die Therapieentscheidungen während ihrer stationären Behandlung rechtfertigen:

Abb. 13: Patienten, Ärzte, Pflegekräfte (in %)



► Steigende Patientenzahlen

Neben Kostensenkungen sind Fallzahlsteigerungen das probate Mittel, bei feststehenden Preisen einen möglichst großen Gewinn oder – wegen der allgemeinen Unterfinanzierung – ein möglichst geringes Defizit zu erzielen. Dementsprechend ist die Zahl der Patient*innen seit Einführung der DRG (2004) um 2,6 Mio. angestiegen. Die Zahl der Pflegekräfte (ein wichtiger »Kostenfaktor«) konnte hier bei weitem nicht mithalten. (Kapitel I.9) → siehe Abb. 13

Steigende Patientenzahlen durch ökonomische Anreize bedeuten aber auch, dass unnötige Behandlungen durchgeführt werden, dass leichte in schwere Fälle umdefiniert werden und dass Menschen z.T. ihr Leben lang mit dem Stigma einer Erkrankung fertig werden müssen. Überversorgung in Reinform.

► Kniegelenksoperationen

Innerhalb der letzten zwölf Jahre ist die Anzahl der Kniegelenksersatzoperationen von 128.932 im Jahr 2005 auf 190.427 im Jahr 2018 um 48% angestiegen. Diese Zunahme ist zum überwiegenden Anteil nicht auf die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft in diesem Zeitraum zurückzuführen, denn die von Gelenkabnutzung besonders betroffene Bevölkerungsgruppe der Menschen über 65 Jahre ist im selben Zeitraum nur um 8% gewachsen. Auch der medizinische Fortschritt hat in diesem

Zeitraum keine derart epochalen Sprünge gemacht; dies lässt sich durch eine nicht wesentlich geänderte wissenschaftlich-medizinische Leitlinienempfehlung der zuständigen Fachgesellschaften belegen. Da bleibt als treibender Anreiz für diese Mengenentwicklung nur die vergleichsweise günstige Relation zwischen Kosten und Erlös der entsprechenden Fallpauschale übrig.

► Hüftgelenksoperationen

Auch bei den Hüftgelenksendoprothesen ist ein vergleichbarer Trend feststellbar: Wurden im Jahr 2005 194.453 Operationen zum Hüftgelenksersatz durchgeführt, erfolgten dieselben Operationen 2018 in 239.204 Fällen, das ist eine Steigerung um 23%. Auch für diese Entwicklung können Änderungen der Altersstruktur und medizinischer Fortschritt allenfalls einen kleinen Teil des Unterschieds erklären, ökonomische Anreize im DRG-System sind für einen großen Teil dieser Therapieentscheidungen wesentlich mit verantwortlich. → siehe Abb. 14

► Kaiserschnitte

Während die Gesamtzahl aller Geburten in Deutschland seit 2000 über viele Jahre gesunken ist und erst seit wenigen Jahren wieder etwas ansteigt, hat der Anteil der

Abb. 14: Entwicklung Zahlen Gelenkersatz 2005–2018

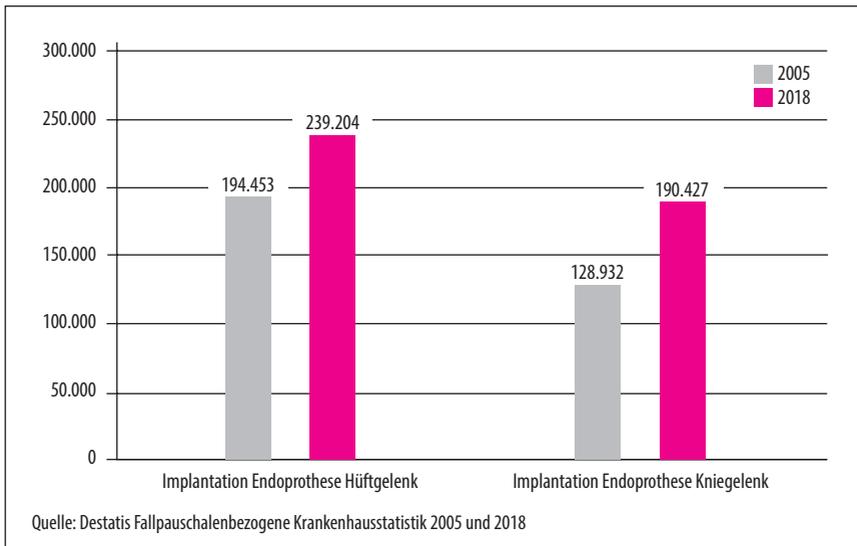
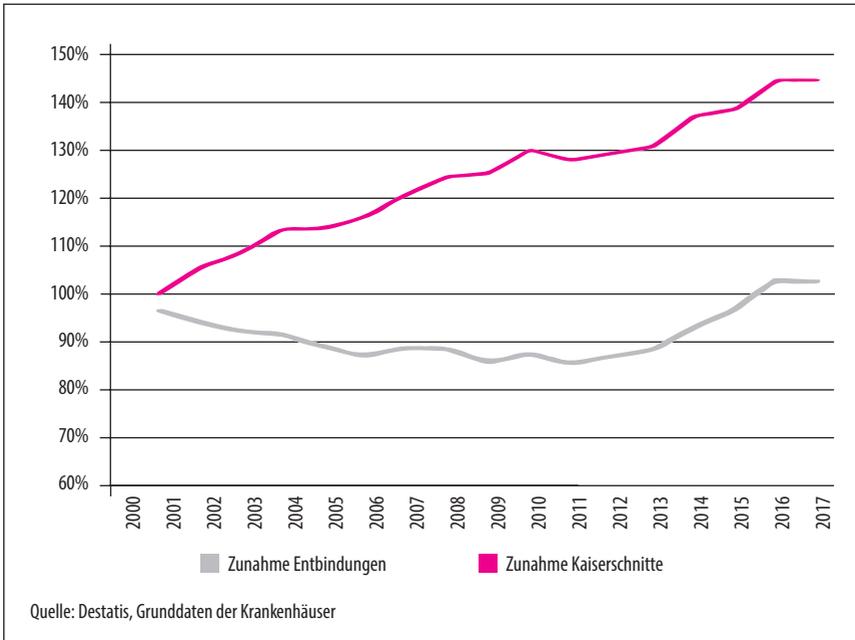


Abb. 15: Entwicklung Entbindungen und Kaiserschnitte im Krankenhaus (2000 = 100 %)



Kaiserschnitte im selben Zeitraum bis 2017 um über 40% zugenommen. Bedenkt man, dass der Erlös einer Kaiserschnitt-Operation ca. 1/3 höher liegt als der einer natürlichen Geburt, dass Kaiserschnitte außer in Notfallsituationen zeitlich gut planbar sind und nicht während der Nachtschichten durchgeführt werden und dass gleichzeitig mit weniger vaginalen Entbindungen auch Hebammenstellen eingespart werden können, liegt der Schluss nahe, dass nicht nur Sicherheitserwägungen für die Schwangeren die Indikationsstellung zur operativen Entbindung leiten, sondern ein komplexes Bündel an betriebswirtschaftlichen Erwägungen, das Erlössteigerung und Personaleinsparung in idealer Weise miteinander verknüpft. Dass die Risiken bei Folgeschwangerschaften dadurch steigen, bleibt außen vor. → siehe Abb. 15

► **Diabetes**

Die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms (DFS) als einer der häufigsten Langzeitfolgen einer Zuckerkrankheit ist eine komplizierte und langwierige Behandlung, die aus Sicht der Patient*innen den Erhalt des Fußes als vorrangiges

Therapieziel definieren sollte. Das Spektrum der Behandlungsmaßnahmen ist vielfältig, der Erhalt des Fußes ist in vielen Fällen möglich durch eine konservative Behandlung mit Ruhigstellung, regelmäßige Wundbehandlung, Bekämpfung einer eventuell vorhandenen Wundinfektion und konsequente Einstellung der diabetischen Stoffwechsellage. In geeigneten Fällen bedarf es dann noch einer Verbesserung der arteriellen Durchblutung durch Aufdehnung und Einsetzen einer Gefäßstütze (Stent) in eingeengte oder verschlossene Gefäßabschnitte. Nur als letzte Möglichkeit kommt dann eine Amputation eines Fußteils oder gar des ganzen Unterschenkels in Betracht, wenn alle Maßnahmen der konservativen Behandlung über einen längeren Zeitraum erfolglos bleiben. Das Finanzierungssystem durch Fallpauschalen im Krankenhaus setzt hier aber fatale ökonomische Anreize für die Entscheidung zur Amputation und gegen die beinerhaltende konservative Behandlung, denn die chirurgische DRG (F27A) mit Amputation führt zu Erlösen in Höhe von 10.678 Euro, während die DRG für die ausschließlich konservative Therapievariante (K60F) nur mit einem Erlös von 2.576 Euro bewertet ist und eine obere Verweildauer von 13 Tagen vorgibt, einen Zeitrahmen, der zur Zielerreichung nicht annähernd ausreicht. Selbst wenn man unterstellt, dass Krankenhäuser, die ohne Operation behandeln, die DRG F27C oder F27D (Behandlung ohne Amputation, aber mit »mäßig komplexen« oder mit »aufwendigem Eingriff«²⁸) abrechnen, um höhere Einnahmen zu erzielen, bleibt immer noch ein erheblicher »Einnahmeverlust« von 5.517 Euro bzw. 4.619 Euro – ganz zu schweigen von dem erheblichen pflegerischen Mehraufwand für die nicht operative Behandlung der Wunden (alle Angaben aus DRG-Katalog 2019 bewertet mit dem Landesbasisfallwert Baden-Württemberg 2019). Es steht also die finanziell gut bewertete chirurgische Behandlung mit zeitnaher Entlassung der schlecht bewerteten konservativen Behandlung gegenüber, die deutlich länger braucht als die in der Fallpauschale abgebildete stationäre Behandlungsdauer. Wie kann ein Patient in diesem Entscheidungskonflikt darauf vertrauen, dass die Ärzt*innen im Krankenhaus sich für den im Sinne des Patientenwohls richtigen Weg entschließen? So ist es kein Wunder, dass das Deutsche Ärzteblatt eine Überschrift wie in Abbildung 16 formuliert. → siehe Abb. 16

Diese Beispiele machen deutlich: In jedes Aufklärungsgespräch zwischen Ärztin und Patient schleichen sich neben den medizinischen Fragen der Behandlung unausge-

28 Gemeint sind z.B. die Entfernung von Gewebsnekrosen oder aufwendige Verbandstechniken.

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Amputationsrate ist ein Desaster

Kritische Gefäßischämien könnten besser versorgt werden. Der Erhalt der Extremität sollte dabei im Vordergrund stehen. Die Dynamik des Fallpauschalensystems wirkt jedoch kontroproduktiv.

sprochen Interessenskonflikte ein, die das eigentlich unersetzliche Vertrauensverhältnis zwischen beiden Gesprächspartner*innen untergraben. Dieses Problem ist auch Gesundheitspolitik und Krankenkassen bewusst, und daher wurde 2019 im § 27b SGB V als Korrektiv das so genannte Zweitmeinungsverfahren eingeführt: Patient*innen haben die Möglichkeit, bei planbaren Eingriffen die ärztliche Behandlungsempfehlung durch die Vorstellung bei einem anderen Facharzt überprüfen zu lassen. Natürlich ist die Frage, ob »eine Krähe der anderen ein Auge aushackt«. In jedem Fall ist dieses neue Verfahren nichts anderes als ein Eingeständnis, dass ärztliche Therapieentscheidungen durch andere als nur patientenwohlorientierte Faktoren beeinflusst werden, kann aber das für die Heilung so wichtige Vertrauensverhältnis zum eigentlich behandelnden Arzt nicht wiederherstellen.

► **Beatmungsdauer**

Bei Intensivpatient*innen, die beatmet werden müssen, richtet sich die Vergütung neben der Diagnose auch nach der Dauer der Beatmung. Wird zum Beispiel ein Patient mit einer Lebertransplantation unter 59 Std. beatmet, erhält das Krankenhaus je nach Bundesland ca. 39.300 Euro. Wenn nur eine Stunde länger beatmet wird, steigt die Vergütung auf ca. 56.700 Euro, wird er über 179 Std. beatmet, sogar auf ca. 103.080 Euro. Damit entsteht ein finanzieller Anreiz, die Beatmung über die jeweiligen Grenzen hinaus fortzusetzen, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist. In der Presse sind solche Fälle mehrfach berichtet worden. → siehe Abb. 17

► **Das »Durchschleusen« der Patient*innen**

Die Auswirkungen des DRG-Systems bekommt die Patient*in noch in anderen Bereichen des stationären Behandlungsverlaufes zu spüren. Das beginnt schon mit der Planung des Aufnahmezeitpunktes: Weil das Krankenhaus für jeden Tag der

stationären Behandlung den Krankenkassen die Notwendigkeit dieses Aufenthaltes nachweisen muss, werden immer häufiger Patient*innen erst am Tag der Operation aufgenommen, denn der stationäre Eintritt vor dem Eingriff wird oft von den Krankenkassen abgelehnt. Für Patient*innen hat das zur Folge, dass sie gestresst und verängstigt zu ihrer Operation kommen, was dem guten Verlauf sicherlich nicht dienlich ist. Außerdem müssen sie dadurch für das ärztliche Aufklärungsgespräch (dieses muss 24 Stunden vor dem Eingriff stattfinden) und für sonstige OP-Vorbereitungen zuvor ambulant erscheinen (doppelte Fahrtzeiten und -kosten). Und wegen des Termindrucks werden sie dann möglichst rasch abgefertigt.

Das DRG-System ist nach der Aufnahme auch wesentlich verantwortlich für den Stress, dem die Patient*innen tagtäglich ausgesetzt sind. Zeit ist Geld, dieses Prinzip ist die Leitschnur für die straffe Organisation aller Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen. Je schneller die erforderlichen Untersuchungen und therapeutischen Prozeduren einschließlich großer Operationen abgearbeitet sind, umso rascher kann auch die Entlassung im Rahmen der vorgeschriebenen Verweildauern geplant und ein neuer Patient mit neuer DRG und neuen Erlösen in das selbe Bett gelegt werden. Das hat zur Folge, dass Ärzt*innen und Pflegekräfte sich besonders um diese eng getakteten Abläufe kümmern müssen und dass dadurch kaum noch Zeit bleibt für klärende, tröstende oder aufmunternde Gespräche, für die im Rahmen der finanziellen Fallpauschalenkalkulation nur knappe Minutenbudgets vorgesehen sind. In der Sprache der Krankenhausverwaltung und des Medizin-Controlling sind diese Tätigkeiten »im System schlecht abgebildet« und sollten daher, wo immer möglich, eingespart oder abgekürzt werden.

► Fallsplitting

Zur Logik des betriebswirtschaftlichen Blicks auf den Behandlungsprozess gehört auch, sich während eines stationären Aufenthaltes nur um die Erkrankung zu kümmern, die als sogenannte Hauptdiagnose als Grund für die Aufnahme dokumentiert ist. Untersuchungen und Behandlungsprozeduren, die nicht zu dieser Diagnose passen, triggern die DRG nicht hin zu höheren Erlösen und werden deswegen nicht veranlasst. Diese eventuell dennoch notwendige Behandlung wird bewusst für einen weiteren stationären Aufenthalt aufgeschoben, der dann mit einer neuen Hauptdiagnose dem Krankenhaus auch wieder Erlöse verschafft. Fallsplitting heißt dieser Trick, der sich für den Klinikbetrieb als Fallzahlsteigerung sehr vorteilhaft auswirkt, den Patient*innen aber immer wieder in die Mühle der Krankenhausbehandlung treibt,

die so stets Stückwerk bleibt und gar nicht mehr den Anspruch hat, einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen zu entwickeln.

► **Vorzeitige Entlassung**

Innerhalb des DRG-Systems besteht ein erheblicher Anreiz zu Verweildauersenkungen. Dass in einem solchen ökonomisch geprägten Umfeld der täglichen Mängelverwaltung im Stationsalltag und der immer kürzeren Behandlungsdauer auch der Behandlungserfolg nachlässt, ist eigentlich nicht verwunderlich und aus der internationalen wissenschaftlichen Literatur der DRG-Begleitforschung schon lange bekannt. Allerdings – das zeigen die Studienergebnisse – darf man zur Ergebniskontrolle nicht nur die immer kürzere Behandlungsdauer im Krankenhaus betrachten, sondern muss auch die Folgezeit nach Entlassung der Patient*innen in die Untersuchung einbeziehen, was aus Sicht der Patient*innen eine naheliegende Forderung ist. Bei Einhaltung dieser Studienkriterien zeigte sich schon vor 30 Jahren nach der Einführung des DRG-Systems in den USA die in den Abb. 18 und 19 dargestellte Entwicklung. → siehe Abb. 18, 19

Die Qualitätseinbußen der Behandlung, die durch das Fallpauschalensystem verursacht werden, reichen aus Patientensicht sogar über die Entlassung aus der akutstationären Versorgung hinaus und betreffen die anschließenden Behandlungsschritte. Insbesondere Anschluss-Rehabilitationen, die selbst gar nicht durch Fallpauschalen finanziert werden, haben einen geringeren Effekt, weil die Krankenhäuser ihre Patient*innen früher in die Rehakliniken überweisen, die zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns oft noch gar nicht in der Lage sind, an aktivierenden Therapieanwendungen teilzunehmen.

Abb. 18: Patienten mit Pneumonie in USA vor/nach DRG-Einführung

- Verweildauer: – 35%
- stationäre Kosten: – 25%
- Sterblichkeit im KH: – 15%

Aber:

- Sterblichkeit erste 30 Tage nach Entlassung: + 35%
- Wiederaufnahme wg. Rückfall: + 23%
- Verlegung in Pflegeheim: + 42%

Quelle: Mark L. Metersky et al., »Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia.« Arch Intern Med. 2000; 160, S. 3385-3391

Abb. 19: Patienten mit Schenkelhalsfraktur in USA vor/nach DRG-Einführung

- VWD von 21,9 T auf 12,6 T
- Krankengymnastik von 7,6 auf 6,3 Anwendungen,
- Gehstrecke von 27 auf 11 Meter,
- Entlassung in Pflegeheim von 38% auf 60%,
- nach einem Jahr noch im Pflegeheim von 9% auf 33%

Quelle: New England Journal of Medicine: »Effects of PPS on the care of elderly patients with hip fracture.« 30. März 1989, Nr. 320 (13), S. 871f.

► **Komplikationen durch immer weniger Personal**

Die beste Chance auf Gewinne besteht, wenn ein Krankenhaus die Leistungen pro Fall mit geringerem Kostenaufwand erbringt als dieser in der Kalkulation zugrunde liegt. Und so liegt das Augenmerk jeder Geschäftsführung besonders auf den Personalkosten, weil diese für über 60% der gesamten Kosten eines Krankenhauses verantwortlich sind. Da Ärzt*innen für die erlösrelevanten Prozeduren im Behandlungsprozess zuständig sind wird in dieser Berufsgruppe vergleichsweise wenig gespart. Hauptbetroffene der Personaleinsparungen sind stattdessen die Pflegekräfte. Dies wiederum hat erhebliche Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und die Behandlungsergebnisse.

Welches Risiko speziell die Personaleinsparung im Pflegebereich für das Schicksal der im Krankenhaus behandelten Patient*innen beinhaltet, zeigt eine vergleichende Untersuchung von über 400.000 chirurgischen Patient*innen in 300 Krankenhäusern in neun verschiedenen europäischen Ländern: Einen Patienten pro Pflegekraft mehr zu versorgen (von sechs auf sieben Patienten) erhöhte in dieser Studie die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.²⁹

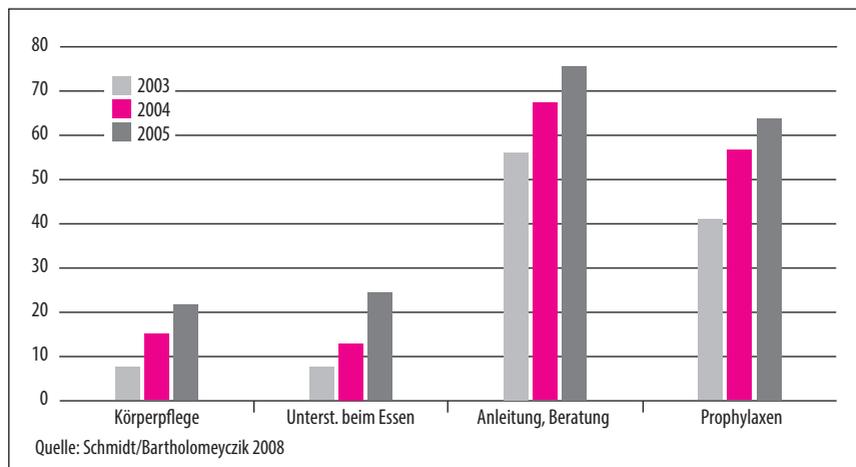
Eine Studie aus den USA³⁰ in 799 Krankenhäusern mit 6,2 Mio. Patient*innen erbrachte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der sinkenden Zahl von Belegungsstunden durch Pflegekräfte und

- mehr Harnwegsinfektionen
- mehr Lungenentzündungen
- mehr Magen-Darm-Blutungen
- mehr Kreislaufkomplikationen (Herzstillstand, Schock).

29 Linda H Aiken e.A., »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. a retrospective observational study«, in: Lancet, 24. Mai 2014; Nr. 383 (9931), S. 1824-1830

30 Jack Needleman, Peter Buerhaus, Soeren Mattke, Maureen Stewart, Katya Zelevinsky, »Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals«, in: New England Journal of Medicine, Nr. 346/22, 30. Mai 2002, S. 1715-1722

Abb. 20: Weggelassene Aufgaben



Bereits 2010 gaben in einer repräsentativen Befragung 88% aller Pflegekräfte an, dass auf ihrer Station aus Kostengründen Pflegeleistungen rationiert werden:

→ siehe Abb. 20

► Fazit

Patient*innen gehören in jeder Hinsicht zu den Leidtragenden der Ökonomisierung in der stationären medizinischen Versorgung; ihre individuellen Anliegen stehen allzu oft im Widerspruch zu der betriebswirtschaftlichen Zielsetzung des Krankenhauses und kommen dann immer zu kurz. Sie erleben tagtäglich die Hektik des überlasteten Personals und trauen sich oft gar aus Mitgefühl mit den Pflegekräften nicht, diese um einfache menschliche Gefälligkeiten zu bitten. Je älter, kränker und damit bedürftiger die Menschen sind, umso weniger sind sie in der Lage, selbstständig und klar ihre Bedürfnisse einzufordern, und umso unerträglicher ist folglich diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit der stationären Versorgung für die Betroffenen. Patient*innen sind und waren nie Kund*innen. Solidarisch an ihrer Seite zu stehen und ihrem Wunsch nach Heilung, Zuspruch, Trost und Linderung ihrer Beschwerden nachzukommen, gehört zur Daseinsvorsorge und damit zu den Grundaufgaben unserer Gesellschaft. Ein den Gesetzen des Marktes unterworfenen Klinikbetrieb ist zur Bewältigung dieser Herausforderungen nicht geeignet.