

„Fälle, Fälle, Fälle!“ kann nicht für alle Krankenhäuser gelten!

Interview mit Prof. Dr. Günter Neubauer

Das IfG wurde 1991 von Prof. Dr. Günter Neubauer gegründet und hat sich zur Aufgabe gestellt, ökonomische Fragestellungen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zu bearbeiten. Um diesem Ziel gerecht zu werden, wird ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt. Entsprechend setzt sich das Team aus

genauer betrachtet Licht und Schatten. Dabei müssen grundsätzlich zwei verschiedene Elemente unterschieden werden, aus denen unser Klassifikationssystem für das pauschalierte Abrechnungsverfahren besteht. Da ist zum Einen die Beschreibung der Leistung entsprechend dem Operationen- und Prozedurenschlüssel, OPS genannt. Sie kann im weltweiten Vergleich durchaus als eine der besten angesehen werden. Das Prinzip ist gut und es schafft auch für das Management im Krankenhaus eine gewisse Transparenz.

Aber dann ist da das andere Element, das sich rein auf die Kosten kapriziert, die vom IneK kalkuliert werden und mit ihren Landesbasisfallwerten überregionale, unangemessen einheitliche Preise für die Behandlung der Patienten festlegen will. Diesen zweiten Baustein des Systems halte ich für suboptimal, schlicht für verbesserungsbedürftig. Der grundlegende Nachteil liegt in der Bewertung der Leistung und den daraus folgenden Einheitspreisen ohne jede Flexibilität. Eine definierte Leistung, zum Beispiel eine Blinddarmoperation, soll wohl allem Anschein nach überall den gleichen Preis haben. Das widerspricht doch den regionalen Gegebenheiten in Deutschland! Eine derartige Einheitspreisbindung weist ökonomisch in die völlig falsche Richtung, sie berücksichtigt nicht die Versorgungsverhältnisse vor Ort.

en Behandlungsmethoden und Erkenntnissen angeglichen werden. Auf der ökonomischen Seite, bei Preisfindung für die Leistungen sehe ich kein lernendes System. Es ist zu sehr von Vorgaben bestimmt.

Aber immerhin sehen wir im neuen Krankenhausstrukturgesetz, dass nun Sondertatbestände zu einer gewissen Differenzierung führen sollen. So wird zukünftig wohl die Versorgungsnotwendigkeit Berücksichtigung finden. Auch die Notfallversorgung soll differenzierter bei der Preisgestaltung berücksichtigt werden, ebenso wie die speziellen Zentren mit ihren herausragenden Aufgaben, wie etwa Krebszentren.

Zwar soll im Rahmen der geplanten qualitätsbezogenen Zu- und Abschläge auf die Vergütung Krankenkassen und Krankenhäusern vor Ort die Möglichkeit eingeräumt werden, in eng begrenztem Maße gesonderte Übereinkünfte zu treffen und so die Vergütung in Teilen miteinander zu regeln, sodass zumindest dadurch ein gewisser Preisunterschied für die gleiche Leistung vorstellbar wird.

Doch führt das noch lange nicht zu einem lernenden System! Das Krankenhausstrukturgesetz setzt einfach zu viele bürokratische Vorgaben um angeblich eine Flexibilisierung im Preisgefüge zu erwirken. Man hat zwar offenbar gemerkt, dass eine solche Flexibilisierung notwendig ist, also schloss man daraus, man könne eine solche einfach verordnen. Das ist doch auch nur wieder eine regulatorische Lösung; und sie wird wieder für Streit sorgen. Eine Freigabe der Verhandlungen über Leistungen und Preise wäre dabei viel sinnvoller.

Das DRG-System sollte nach dem Willen seiner Initiatoren kein starres System sein, sondern immer wieder an Veränderungen angepasst werden können. Es wird von Befürwortern oft als „lernendes System“ bezeichnet. Doch es besitzt durchaus Mängel und das Potenzial für Veränderungen, wie Prof. Dr. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomie in München im Fachgespräch mit der KU erläuterte.

qualifizierten Mitarbeitern aus den Bereichen Volkswirtschaft, Betriebswirtschaft und der Medizin zusammen.

Prof. Neubauer ist Mitglied in mehreren Beiräten und Aufsichtsräten, unter anderem im Städtischen Klinikum München, und Vorstand von Health Care Bayern e. V.. Er vertritt die Positionen der sozialen Marktwirtschaft in der Gesundheitspolitik, insbesondere eine wettbewerbliche Mengen-, Qualitäts- und Preissteuerung in der Gesundheitsversorgung innerhalb eines staatlich gesetzten Ordnungsrahmens.

KU

Das DRG-System hat sich durchgesetzt und ist seit Jahren Alltag für Krankenhäuser und Krankenkassen. Welche Nachteile hat das bestehende DRG-System Ihrer Meinung nach?

Wie alle Vergütungssysteme hat auch das deutsche DRG-System

Das DRG-System wird manchmal als „lernendes System“ bezeichnet. Würden auch Sie diese Sichtweise vertreten?

Was die Beschreibung der Leistungen angeht, gilt ein eindeutiges Ja. Das System wird immer wieder modifiziert und kann neu-

Pflegeminuten und Qualität – wie könnte im Rahmen des be-

stehenden Systems nachhaltig eine Verbesserung für den Patienten erzielt werden?

Die Frage ist doch generell: Wie weit will man die Leistungen im Krankenhaus vergüten? Es ist leider unserem System immanent, dass wir schon wieder den Weg einschlagen, Kosten zu bezahlen, die irgendwo anfallen, anstatt Leistungen, die erbracht werden. Und da ist die Pflege ein gutes Beispiel.

Es ist doch nicht von vornherein gesagt, dass das Einstellen von mehr Pflegepersonal gleichzusetzen ist mit einer besseren Qualität der Pflege. Eine spürbare Verbesserung allerdings würde eine Erhöhung der Pflegezeit am Patienten bringen. Das käme einem Qualitätsmerkmal gleich, dass der Patient auch spüren und bewerten kann.

Nehmen wir einmal an, jeder Patient erhielte jeden Tag 20 Minuten persönliche Zuwendung durch eine Pflegekraft. Ich meine das als Fixzeit, als einen Minutensatz, der ebenso als Fixkostenpunkt in der jeweiligen DRG einbezogen sein muss. Wenn jeder Patient darauf ein Anrecht hat, ist es Sache des Krankenhausmanagements, wie sie dem gerecht werden wollen und sie dementsprechend ihr Personal einsetzen. Nur einfach vorzugeben, mehr Personal einzustellen, ist nicht sehr hilfreich – da kann getrickst werden. Aber 20 Minuten am Patienten, das kann dieser selbst oder dessen Angehörige nachvollziehen. Das kann man auch einfach dokumentieren unter der Angabe, wer diese Pflegeminuten beim Patienten verbrachte und wann.

Das kann man zum Beispiel jeden zehnten Patienten auch direkt abzeichnen lassen, so dass eine gewisse Kontrollfunktion entsteht. Dafür bräuchte man dann keinen MDK, der hier Nachweise anfordert – die Nachweise wären sofort im Rahmen der Pflege und Dokumentation erbracht. Patienten erwarten eine persönliche Zuwendung und auf diese Weise würde sie sozusagen garantiert. Die Qualität in der Pflege insgesamt würde damit steigen und von Patientenseite mehr wahrgenommen.



Prof. Dr. Günter Neubauer

Direktor und Gründer des Instituts für Gesundheitsökonomie (IfG) in München.

Was motiviert Sie bei Ihrer Arbeit am meisten?

Ich will in einem sensiblen, wichtigen und interdisziplinären Feld

Wie könnten unter Beibehaltung des DRG-Systems mit Reformen Verbesserungen für den Patienten erzielt werden?

Es müssen endlich auch einmal einfache Qualitätsmerkmale aus der Sicht des Patienten definiert werden. Dazu zählen gewisse Ansprüche, die der Patient haben dürfen muss. Ich plädiere für mindestens zwei verpflichtende Gespräche mit einem Arzt während eines stationären Krankenhausaufenthalts. Es muss jedem Neuzugang eine Erstansprache zugebilligt werden und im Nachhinein auch ein Entlassungsgespräch von je 20 Minuten.

Das aktuelle DRG-System drängt stattdessen auf eine Verkürzung nicht nur der Liegezeit, sondern auch der Kontaktzeit der Ärzte mit dem Patienten hin. Es ist doch so: das DRG-System dünnt die Zeit aus, die Pflegekräfte und Ärzte dem Patienten widmen können. Eine Verpflichtung auf diese beiden Gespräche könnte sich daher auch als Bremse und Korrektur für manchmal ungehemmte Fallzah-

Zur Person

mit Ökonomen, Medizinern, Politikern und Verwaltungsfachleuten arbeiten.

Wenn Sie etwas mit Ihrer Arbeit verändern könnten, was wäre das?

Ich wünsche mir eine Abkehr von allzu viel regulatorischen Ansätzen und dass wir die Versicherten fördern statt sie zu überfordern.

Haben Sie ein persönliches Leitthema in Ihrem Beruf?

Höre nie auf anzufangen und fange nie an aufzuhören. (Marcus Tullius Cicero)

Wie entspannen Sie außerhalb der Arbeit?

Beim täglichen Sport und dem möglichst täglichen Umgang mit meinen Enkelkindern.

lausweitungen erweisen. Damit ist eine indirekte Fallzahlbegrenzung über eine Steigerung der Qualität erzielbar.

Erbrachte Leistungen im Krankenhaus sollten idealer Weise auch qualitätssichernd sein – wie kann das dauerhaft bewerkstelligt werden?

Jedes Vergütungssystem braucht eine Qualitätssicherung. Es besteht immer die Gefahr, dass sonst die Qualität zugunsten der ökonomischen Vorteile hintangestellt wird. Beim DRG-System kann sich das schnelle Rein ins Krankenhaus und wieder Raus aus dem Krankenhaus für manche Patienten zu einem Drehtüreffekt entwickeln, bis ihm schwindelig wird. Es gilt, über das Einfordern von Qualität die Fallzahlgeschwindigkeit zu reduzieren. Die Devise „Fälle, Fälle, Fälle!“ kann nicht für alle Krankenhäuser gelten!

Dauerhaft müssen die Patienten – soweit möglich – mit in die Quali- ►

tätssicherung im Krankenhaus aktiv eingebunden werden.

Sie haben vor Kurzem auf dem Gesundheitsforum in Leipzig eine intelligente Nutzung des von der Großen Koalition auf den Weg gebrachten Innovationsfonds und mehr Patientensouveränität angeregt. Wie sieht dieser neue Denkansatz aus?

Der innovative Weg, der dort beschrieben wurde, sieht vor, den Patienten in seiner Mitwirkung im Krankenhaus zu stärken. Dabei soll nicht, wie zuvor schon vergeblich, auf das Instrument der Kostenbeteiligung gesetzt werden. Das Konzept sieht vor, Patienten, die eine planbare, nicht dringliche Operation vor sich haben, - oft als bestellte Fälle bezeichnet - in die Entscheidung über die Durchführung dieser Maßnahme mit einzubeziehen. Dafür soll ein persönliches Budget etwa in Höhe der Kosten der geplanten Leistung auf ein Sonderkonto eingezahlt werden. Im Anschluss soll der Patient im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens von einem weiteren Arzt aufgeklärt werden und ihm die Entscheidung überlassen werden, ob er lieber erstens die Operation in einem anderen, günstigeren Krankenhaus durchführen lassen oder zweitens sich einer anderen Therapie unterziehen lassen will, oder drittens ob er eventuell durch Umstellung seines Lebenswandels einen Eingriff vermeiden will.

Diese neue Art der Patienteneinbindung soll über den Innovationsfonds gefördert werden.

Der Patient würde bei eventuell entstehenden Einsparungen durch seine Entscheidung zu 50% beteiligt. Das Geld auf dem Sonderkonto kann er zweckgebunden für ansonsten nicht von seiner Krankenkasse bezahlte Leistungen, etwa einen Kururlaub, verwenden. Der Patient würde sich damit auch solidarisch gegenüber den anderen Beitragszahlern zeigen.

Können Sie das an einem Beispiel konkretisieren?

Nehmen wir einmal an, eine Hüftoperation kostet 12.000 Euro. Dem Patienten kann aber durch Umstellung seines Lebenswandels, etwa durch Gewichtsreduzierung, oder durch alternative Behandlungsformen, wie etwa Physiotherapie, geholfen werden. Diese Ersatzmaßnahmen würden vielleicht nur 4.000 Euro kosten. Das würde bedeuten, dass er ihm von den gesparten 8.000 Euro auf dem Sonderkonto 50% zustehen würden. Er kann also für 4.000 Euro weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen genießen.

Was entgegnen Sie Einwüfen, dass sich nicht alle Patienten an so einem System der Belohnung für eigene Entscheidungen beteiligen werden können oder wollen?

Ich glaube, dass damit bei vielen Patienten ein neues Bewußtsein für die eigene Gesundheit angestoßen werden kann. Ich gehe nicht davon aus, dass alle 70 Millionen gesetzlich Versicherten sofort mitmachen werden. Es würde ja reichen, wenn das Konzept mit 10 bis 15 % der Patienten umzusetzen wäre. Dabei geht es schließlich nicht nur um das Sparen von Geld. Der Patient würde stärker am Gesundheits- und Krankenhausystem mitwirken, zahlreiche chronische Krankheiten können gemindert werden.

Mein Vorschlag ist auf großes Interesse gestoßen, aber auch auf Skepsis bei einigen Vertretern der gesetzlichen Kassen und der Ärzteschaft.

Was halten Sie für die größte Schwäche des aktuellen Vergütungssystems auf Basis der DRGs?

Die reine Kostenorientiertheit und die Form der Preisfindung halte ich für grundsätzlich fehlerhaft. Schon der einheitliche Basisfallwert für jedes Bundesland ist völlig ungeeignet, regionale Unterschiede abzubilden.

Mir scheint, der Fehler wird noch größer, wenn es sich in Zukunft politisch durchsetzen lässt, bundesweit einheitliche Preise für die

Krankenhausversorgung einzuführen.

Die aktuelle Gesundheitspolitik der Großen Koalition hat Rückwirkungen auf das Belegarztsystem. Sie pochen hierbei auf ordnungspolitische Korrekturen, die insbesondere das Vergütungssystem betreffen. Könnten Sie das kurz skizzieren?

Das Belegarztsystem, wie es beispielsweise in den USA weit verbreitet ist, bietet eine sehr gute Möglichkeit, ambulante und stationäre Versorgung miteinander zu verzahnen. In Deutschland machen wir allerdings den Fehler, die Leistung des Belegarztes schlechter zu vergüten, als die gleiche Leistung eines fest angestellten Arztes im Krankenhaus. Das führt zu einer Diskriminierung der Leistungen der Belegärzte. Diese werden teilweise um 20% niedriger vergütet.

Das Ergebnis ist, dass Krankenhäuser immer weniger Belegärzte haben wollen und stattdessen eine Reihe von pfiffig konstruierten Arbeitsverhältnissen und Honorarverträgen mit Medizinern abschließen, um die höheren DRG-Raten zu bekommen. Und auch die Belegärzte wollen lieber - wenigsten stundenweise - im Krankenhaus angestellt sein, da es so mehr Geld für die gleiche Leistung gibt.

Hier zeigt sich, wie die Kostenorientierung im DRG-System Fehler verursacht. Es muss dringend korrigierend eingegriffen werden. Denn Belegärzte sind gerade an Krankenhäusern mit niedrigen Fallzahlen die günstigere Alternative zum festangestellten Kollegen. Die Schweiz bietet in diesem speziellen Fall ein gutes Vorbild. Die Leistung des Belegarztes wird dort nach derselben DRG vergütet, wie die der angestellten Kollegen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte KU-Redakteur Holger Peilnsteiner.