

Überblick Fallpauschale

Was ist die Fallpauschale?

Für jede genau definierte Erkrankung und ihre Behandlung im Rahmen stationärer Klinik-aufenthalte, sind bestimmte pauschale Beträge festgelegt, die die Klinik pro Behandlungsfall für den Patienten von den Kostenträgern erstattet bekommt. Diese sogenannten Fallpauschalen werden unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer in der Klinik gezahlt.

Kalkuliert werden diese Fallpauschalen, indem die Bandbreite an Verweildauern bei der Entsprechenden Erkrankung in verschiedenen Krankenhäusern ermittelt wird. Zur Kostenerstattung wird dann die mittlere Verweildauer aus dieser Bandbreite herangezogen.



Wie wird Sie angewendet?

Wo liegt der Unterschied zum Privatpatienten?

Der Idealpatient ist jung, benötigt wenig Aufmerksamkeit und verlässt die Klinik innerhalb des vorgesehenen Zeitfensters wieder ohne Komplikationen. Ist dies nicht der Fall, weil der Patient z.B. Behandlungsrückschläge erleidet und sich dadurch die Verweildauer erhöht, trägt die Klinik die Kosten selber. Dies ist auch bei Menschen der Fall, die mehr Aufmerksamkeit und Betreuung benötigen, z.B. Kinder, chronisch Kranke und älteren Menschen.



Dementsprechend werden Patienten häufig früher (durchschnittliche Verweildauer über alle Krankheitsbilder 1991: 14,0 Tage; 2014: 7,4 Tage) entlassen als medizinisch vertretbar wäre, um die zusätzlichen Aufwendungen für das Krankenhaus zu minimieren. Weiterhin ist das Krankenhaus gezwungen, alle Kosten, die während eines stationären Aufenthaltes entstehen, im Rahmen der Fallpauschale streng begrenzen und personelle Einsparungen vorzunehmen.

Für privat Zusatz- oder Vollversicherte findet die Grundvergütung für das Krankenhaus zwar auch im Rahmen der Fallpauschalen statt, das Krankenhaus hat aber die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen im Rahmen der privatärztlichen Gebührenordnung abzurechnen. Die Vergütung ist demnach leistungsgerechter.

Was bedeutet das für mich als Versicherter in der gesetzlichen Krankenkasse? Bin ich schlechter versichert?

Das deutsche Krankenversicherungs- und Sozialsystem gehört zu einem der besten und leistungsfähigsten. Dennoch gibt es teilweise neuere, beispielsweise weniger invasive Behandlungen, die im Leistungskatalog der Fallpauschalen aufgrund höherer Kosten nicht vorgesehen sind und dem gesetzlich Versicherten somit nicht zur Verfügung stehen.

Überblick Fallpauschale

Der gesetzlich versicherte Patient wird nach derjenigen Methode behandelt, für die das Krankenhaus auch eine Vergütung im Rahmen der Fallpauschalen erhält. Innovativere, fortschrittliche Medizin wird dem Patienten unter Umständen vorenthalten. Dasselbe gilt für neuartige und daher teurere Medikamente (z.B. verträglichere Narkoseformen und Schmerzmedikation) und die im Rahmen der Behandlung eingesetzten Materialien. Um beispielsweise Blutgefäße oder Herzkranzgefäße offenzuhalten, werden medizinische Implantate zum Offenhalten der Gefäße verwendet, sogenannte Stentröhrchen. Die Stentröhrchen, welche im Rahmen der Fallpauschale häufig zum Einsatz kommen, sind 10-15 Jahre haltbar und werden aus Kostenerwägungen eingesetzt, obwohl beschichtete Stentröhrchen erhältlich sind, die 25 Jahre halten. Diese werden jedoch eher bei Privatversicherten eingesetzt.

Ein weiterer Fehlanreiz des Fallpauschalensystems zeigt sich im deutlichen Anstieg von Operationen. So stieg die Zahl der Hüft-Operationen innerhalb von 10 Jahren von 100.000 auf 250.000 pro Jahr. Dies lässt sich sicherlich nicht allein durch ein gestiegenes Durchschnittsalter erklären. Ähnliches lässt sich in der Wirbelsäulen-Chirurgie bei Bandscheibenvorfällen beobachten. Hier waren die konservativen Therapieansätze stark rückläufig. Das System der Fallpauschalen gibt anscheinend den Anreiz, häufiger die orthopädische Operation als Behandlungsmethode zu wählen, denn diese werden besonders lukrativ vergütet, während internistische Operationen nicht auskömmlich vergütet werden.

Wie bereits oben erwähnt, haben sich mit der Einführung der Fallpauschale auch die Tage des Krankenhausaufenthalts verringert. So kommt es nach Schilderung des Pflegepersonals beispielsweise dazu, dass ein Patient zu früh entlassen wird und mit einer Entzündung nachhause geht. Da der Patient zuhause nicht unter Aufsicht ist, vergisst er genug zu trinken und dehydriert.

Auf Ärzte wird durch die Fallpauschale ein enormer Druck ausgeübt. Dies macht sich dann natürlich auch beim Patienten bemerkbar. Unter diesen Bedingungen hat sich der Trend zur Fragmentierung von Behandlungen verstärkt. Um mehrere Fälle abrechnen zu können, besteht ein finanzieller Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze zu machen. Für ein Krankenhaus ist es weniger wirtschaftlich, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines stationären Aufenthalts zu behandeln. Denn dann kann jeweils nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden. Verteilt er jedoch die Operationen auf drei Aufenthalte, können alle Operationen einzeln abgerechnet werden.

Zitat eines Oberarztes:

„Wenn ich alle drei Befunde auf einmal operiere, dann kriege ich nur für einen Geld. Das kann dann dazu führen, dass man sagt: ‚Ich mache erst einmal die Galle, und in fünf Wochen kommst Du wieder mit den Leisten.‘ Da ist doch der Patient das Objekt, mit dem Profit gemacht wird.“

Mit der Fallpauschale wurde ein klassisches Marktinstrument auf einen Nicht-Markt wie das Krankenhaus übertragen. Denn Patienten besitzen eine eingeschränkte Entscheidungs-souveränität. Für den Patienten mit Schmerzen und Todesangst stellt sich die Frage „will ich eine neue Herzklappe oder nicht?“ in der Regel nicht. Er möchte wieder gesund werden. Um die bestmögliche medizinische Versorgung sicherzustellen, ist eine Absicherung der Wahlleistungen im Krankenhaus erforderlich.

Verabschieden Sie sich aus dem System der Fallpauschalen und sichern Sie die stationären Wahlleistungen mit einer Krankenzusatzversicherung ab.