

## Die untere Grenzverweildauer – Notwendigkeit oder Geißel des DRG-Systems?



Dr. Steffen  
Gramminger

Seit Einführung des DRG-Systems werden die Erlöse der einzelnen Krankenhauserfälle über die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen und Prozeduren ermittelt. Der Anreiz für eine lange Liegedauer sollte der Vergangenheit angehören und MDK-Prüfungen zu Verweildauern die Ausnahme sein.

Die im System definierten Grenzverweildauern erfüllen dabei alle ihren besonderen Zweck. Die untere Grenzverweildauer (uGVD) soll den Patienten vor einer „blutigen Entlassung“ schützen und die obere Grenzverweildauer (oGVD) das Krankenhaus vor allzu großen finanziellen Einbußen bei komplizierten Verläufen mit überdurchschnittlich langer Liegedauer. Schließlich reguliert die mittlere Verweildauer (mVD) die Verteilung der Erlöse bei Verlegungen.

Während die oGVD und die mVD ihren Zweck mehr oder minder gut erfüllen, mutiert die uGVD immer mehr zur „Bremsverweildauer“ des DRG-Systems und „Geldvernichtungsmaschinerie“ innerhalb des Gesundheitssystems. Die untere Grenzverweildauer setzt für alle Seiten die falschen Anreize. Nach acht Jahren DRG-System in Deutschland ist es höchste Zeit, an eine Überarbeitung der unteren Grenzverweildauer zu denken.

### Die untere Grenzverweildauer als Bremsverweildauer

Aufgrund der Erlösverluste im Rahmen der unteren Grenzverweildauer richten die Krankenhäuser ihre Strategie darauf aus, die Unterschreitung dieser Werte zu verhindern.

„Eine „Umstrukturierung“ oder „Modifikation“ der unteren Grenzverweildauer birgt ein erhebliches finanzielles Sparpotenzial für das deutsche Gesundheitswesen.“

Es gibt DRG, für die dies weniger relevant ist, weil die uGVD kaum unterschritten werden kann. Es gibt aber auch moderne Behandlungsverfahren, vor allem in der minimal-invasiven Chirurgie, die zusammen mit schonenden Anästhesieverfahren und einer guten Schmerztherapie eine äußerst kurze Verweildauer bei gleichzeitig für den Patienten wenig belastenden OP-Techniken er-

möglichen. Der Einsatz solcher Techniken wird behindert, wenn die Krankenhäuser dafür erhebliche Abschläge in Kauf nehmen müssen, weil diese in vielen Fällen wegen des erhöhten Material- und Geräteeinsatzes nicht kostengünstiger sind als bisherige Verfahren. Dabei sind sie für den Patienten durchaus vorteilhaft. Diese Situation wird dadurch verschärft, dass die Kassen verständlicherweise das vorhandene Kürzungspotenzial gezielt auszuschöpfen versuchen, um noch mehr Kosten einzusparen. Wie lange geht das noch gut? Ist es für Kliniken überhaupt attraktiv, mit guter Technologie und Prozessoptimierung zügige Behandlungen zu ermöglichen? Bremsen somit die Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer moderne und schonende Behandlungsmethoden aus?

### Die untere Grenzverweildauer als Geldvernichtungsmaschinerie

Es gibt einige Untersuchungen, welche die Rückforderungen der Krankenkassen den Kosten von MDK-Prüfungen gegenüberstellen. Je nach Blickwinkel wird von Ersparnis für die Krankenkassen in Millionenhöhe oder von finanziellen Belastungen für das gesamte Gesundheitswesen in gleicher Höhe berichtet. Eines steht aber fest: Eine Kontrollfunktion von Krankenhausabrechnungen ist nicht nur unerlässlich, sondern auch kostenintensiv. Insofern sollte ein sorgsamer Umgang mit diesen wertvollen Ressourcen für alle im Gesundheitswesen tätigen Personen oberstes Gebot sein.

Analysiert man die Prüfgründe der MDK-Prüfungen der vergangenen Jahre, so lässt sich eine ständige Zunahme von Verweildauerprüfungen, insbesondere der unteren Grenzverweildauer, feststellen. Dies ist auch leicht nachvollziehbar, da die Prüfungen der uGVD der einzelnen Krankenkasse den höchsten „wirtschaftlichen Nutzen“ bringen. Aufgrund dieser Konstellation sind die Krankenkassen quasi gezwungen, diese Prüfungen weiter zu forcieren. Nach neuesten Erhebungen bestehen bis zu 50 Prozent aller Prüfaufträge aus Prüfungen der uGVD. Somit ergeben sich rund 800 000 Prüfungen pro Jahr. Diese verursachen für die Solidargemeinschaft Kosten im dreistelligen Millionen-



bereich. Die ursprüngliche Intention, eine „blutige Entlassung“ zu verhindern, wird dabei in ihr Gegenteil verkehrt. Die uGVD wird gleichsam zu einem Werkzeug der Krankenkassen, das den Patienten in die „blutige Entlassung“ treibt.

Würde zum Beispiel für die typischen und unkomplizierten Kurzlieger-Fälle ein zusätzlicher Verweildauersplitt (VWD < drei Tage) mit gleichzeitigem Wegfall der unteren Grenzverweildauer eingeführt, wäre ein Großteil der MDK-Prüfungen hinfällig. Für diese Kurzlieger-Fälle würden nur dann noch MDK-Prüfungen ausgelöst, wenn ein stationärer Aufenthalt länger als drei Tage dauerte, und blieben somit Fällen mit tatsächlich schwerem oder komplikationsbehaftetem Verlauf vorbehalten. Die Anzahl der MDK-Prüfungen würde drastisch sinken und das Relativgewicht die tatsächlichen Kosten dieser Kurzlieger-Fälle abbilden. Aufgrund der zu erwartenden Verteilung von Fällen über und unter drei Tagen Verweildauer sollte eine kostenneutrale Umsetzung möglich sein. Es ergäbe sich nur eine Umverteilung der Erlöse, aber keine zusätzliche Erlösgenerierung. Unter dem Strich wären aufgrund der Reduzierung von MDK-Prüfungen tatsächlich Einsparungen in Millionenhöhe für das Gesundheitswesen zu erwarten.

### **Gemeinsame Lösungen finden und Fehlentwicklungen verhindern**

Statt die Gazetten mit fragwürdig interpretierten Statistiken zu füttern und billige Meinungsmache zu betreiben, wären alle Beteiligten gut beraten, gemeinsam Lösungen zu finden und offensichtliche Fehlentwicklungen zu verhindern. Eine „Umstrukturierung“ oder „Modifikation“ der unteren Grenzverweildauer birgt ein erhebliches finanzielles Sparpotenzial für das deutsche Gesundheitswesen. Vielerorts diskutierte Lösungsansätze dürfen nicht weiterhin unter den Tisch gekehrt werden und mit „Totschlagargumenten“ auf das Abstellgleis geschoben werden. Die Selbstverwaltungspartner sind hier genauso in der Verantwortung wie das InEK für die Berechnung und Umsetzung. Denn nur das InEK ist in der Lage, die Möglichkeiten auszuloten und die Auswirkungen auf das Gesamtsystem zu beurteilen.

---

Dr. Steffen Gramminger  
Vorstandsvorsitzender, Deutsche Gesellschaft  
für Medizincontrolling e.V.  
Rohrbacher Straße 92/1  
69115 Heidelberg