



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2019

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Wolfgang Greiner, Christian Jaeger, Wulf-Dietrich Leber, Thomas Mansky
Experten beantworten Leitfragen zum Thema „15 Jahre DRG“

Auszug aus:

BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019 (Seite 14–39)

doi: 10.30433/GWA2019-14

BARMER

Wolfgang Greiner, Christian Jaeger, Wulf-Dietrich Leber, Thomas Mansky

Experten beantworten

Leitfragen zum Thema „15 Jahre DRG“



Inwiefern haben sich Ihre Erwartungen an das G-DRG-System erfüllt? Unter den Gesichtspunkten

- der Kostenentwicklung (gegebenenfalls allgemein und im Hinblick auf bestimmte Krankenhausgruppen)
- der stationären und ambulanten Kapazitäten im Sinne von Strukturveränderung
- der Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus

Wolfgang Greiner



Als im Jahr 2004 das deutsche DRG-System eingeführt wurde, waren daran hohe Erwartungen in Bezug auf eine Liegezeitverkürzung, eine Vereinheitlichung der Honorierung und Erhöhung von Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen, einen Abbau von Überkapazitäten im Krankenhausbereich und eine Begrenzung von Kostensteigerungen im stationären Bereich gebunden. Teilweise sind diese Erwartungen durchaus erfüllt worden. Das DRG-System hat insbesondere geholfen, die durchschnittliche Verweildauer der Patienten in deutschen Krankenhäusern erheblich zu senken und damit an den internationalen Trend zur Ambulantisierung und kürzeren stationären Beobachtungszeiten anzuknüpfen. Der Anreiz zu späten Entlassungen, der sich im vorigen System tagesgleicher Pflegesätze ergab, ist durch den Fallbezug weitgehend abgebaut. Auch die Transparenz der Leistungsstrukturen und der Honorierung ist in den letzten 15 Jahren sehr viel größer geworden. Das DRG-System hat sich also im Kern bewährt, und es besteht kein Grund, es grundsätzlich in Frage zu stellen. Allerdings muss es wie die meisten Regulierungssysteme immer wieder neuen Rahmenbedingungen und Erkenntnissen angepasst werden.

Lesehinweis

In diesem Kapitel äußern sich Experten zum Thema „15 Jahre DRG“ in Deutschland. Vier Interviewpartner diskutieren die Themenkomplexe Entwicklung von Kosten, Kapazitäten und Qualität sowie Einflüsse, Entwicklungslinien und Reformoptionen des DRG-Systems.

Es äußern sich hierzu *(in alphabetischer Reihenfolge):*

Wolfgang Greiner *(Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)*

Christian Jaeger *(Dezernat Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung, Deutsche Krankenhausgesellschaft)*

Wulf-Dietrich Leber *(Leiter der Abteilung „Krankenhäuser“, GKV Spitzenverband)*

Thomas Mansky *(Technische Universität Berlin, emeritierter Leiter des Fachgebiets Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen)*

So kann der deutliche Anstieg der stationären Fallzahlen in Deutschland seit Einführung des DRG-Systems nicht allein durch die demografische Entwicklung und den technischen Fortschritt erklärt werden, sondern zumindest zum Teil auch mit einer veränderten Anreizstruktur. Planbare stationäre Leistungen weisen im Vergleich zu eher akuten Leistungen wie der Behandlung des Herzinfarktes besonders große Fallzahlsteigerungen und damit Ausgabensteigerungen auf, wie das Gutachten zur Mengenentwicklung von Schreyögg und Busse aus dem Jahr 2014 (gemäß Forschungsauftrag nach § 17b Absatz 9 KHG) treffend nachweisen konnte. Das weist darauf hin, dass Krankenhäuser durchaus auf die neuen Gegebenheiten in der Honorierung reagiert haben, und dies nicht immer im Sinne der Ziele, die mit der DRG-Einführung verbunden waren.

Auch nach DRG-Einführung ist die deutsche Krankenhauslandschaft durch einen relativ hohen Anteil von kleinen und mittleren Krankenhäusern charakterisiert, während in anderen Ländern (beispielsweise in Skandinavien) ein Trend zur Konzentration der Leistungserbringung an wenigen Krankenhausstandorten stattfindet. Dies ist aber weniger als ein Versagen des DRG-Systems zu interpretieren, sondern als Folge mangelnden politischen Willens zur Konzentration von Krankenhäusern. Mittlerweile ist bereits in mehreren Koalitionsverträgen auf Landesebene die Schließung von Krankenhausstandorten vollends ausgeschlossen, was mittelfristig zu einer völligen Erstarrung von Strukturen ohne jede notwendige Dynamik führen könnte.

Diese Entwicklung kann auch Auswirkungen auf die weitere Qualitätsentwicklung im Krankenhausbereich haben: Eine verstärkte Konzentration und eine damit einhergehende höhere Spezialisierung der Leistungserbringung sollten die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und zu einem effizienteren Ressourceneinsatz führen. Auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen außergewöhnlich schwieriger und gefährlicher Operationen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V festlegt, begünstigen die Spezialisierung von Krankenhäusern, was sich allerdings in den letzten Jahren noch nicht im vollen Umfang vollzogen hat. Die DRG-Einführung selbst hat bislang nicht (messbar) zu einer vorab zunächst befürchteten Verschlechterung der Leistungsqualität geführt. Allerdings ist die Arbeitsverdichtung im pflegerischen Bereich gestiegen, was die Arbeitszufriedenheit dort insgesamt gesenkt hat.

Christian Jaeger



Die einzelnen Akteure im Bereich der stationären Versorgung verbanden mit der Einführung des G-DRG-Systems unterschiedliche Erwartungen. Der Gesetzgeber formulierte nach der Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 seine damit verbundene Agenda mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG 2001), das den ordnungspolitischen Rahmen für die Systemeinführung vorgab.

Danach sollte durch das neue Entgeltsystem das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter gemacht und die Wirtschaftlichkeit gefördert werden; in den Worten des Gesetzgebers: „Das Geld soll den Leistungen folgen können. Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser wird zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen“ (FPG 2001). Auch eine Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung wurde als Auswirkung des G-DRG-Systems erwartet (Begründung des Regierungsentwurfs des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser – Fallpauschalengesetz – FPG: Seite 2).

Aus Sicht der Krankenhäuser stellte die Umstellung auf das neue Vergütungssystem eine große Herausforderung dar, mit der Risiken und Chancen verbunden wurden. Mit dem Vorhaben, die Vergütung der Krankenhäuser allein von Erlösen aus fallbezogenen Pauschalen abhängig zu machen, wurde auch international Neuland betreten. Nur wenn es gelingen würde, die stationäre Versorgungswirklichkeit in ihrer Differenziertheit so adäquat abzubilden, dass eine aufwandsgerechte Vergütung von krankenhausspezifischen Leistungsspektren gewährleistet wird, konnten Verwerfungen vermieden werden. Diese hätten spezialisierte Versorgungsformen mit einem besonderen Patientenspektrum oder hohem Ressourcenaufwand durch Unterfinanzierung in ihrem Bestand gefährdet. Allgemein wurde befürchtet, dass mit der Pauschalierung das Prinzip der Wirtschaftlichkeit die stationäre Leistungserbringung dominiert und dies auf Kosten der Versorgungsqualität gehen könnte.

Andererseits wurde das G-DRG-System als geeignete Alternative gegenüber dem bestehenden System gedeckelter Fortschreibung historischer Budgets gesehen. Diesem mangelte es an Leistungstransparenz, und es benachteiligte Krankenhäuser, deren Budgets bereits durch hohe Anstrengungen für eine wirtschaftliche Betriebsführung gekennzeichnet waren. Mit der Einführung des G-DRG-Systems wurde die Erwartung einer medizinisch leistungsgerechten Vergütung verbunden, bei der Vorteile aus einem wirtschaftlichen Ressourceneinsatz dem einzelnen Krankenhaus zugutekommen und es über erwirtschaftete Gewinne frei verfügen kann.

Wenn das G-DRG-System unter der Perspektive seines Einflusses auf die Kostenentwicklung der Krankenhäuser bewertet wird, so ist zunächst darauf hinzuweisen, dass wesentliche Faktoren, die für die Kostensteigerungen verantwortlich sind, den Krankenhäusern extern vorgegeben werden. Dazu gehören primär die Entwicklung der Tariflöhne als Einflussgröße auf die Personalkosten, dem für den Krankenhausbetrieb größten Ausgabenblock, sowie die Entwicklung der krankenhausspezifischen Sachkosten. Ein Einfluss des G-DRG-Systems auf die Kostenentwicklung könnte darin bestehen, dass die Krankenhäuser anhand der DRG-Erlöse eine Nachkalkulation ihrer Fallkosten durchführen und daraus versuchen, ihre Kostenstrukturen zu optimieren. In welchem Ausmaß dabei seit Einführung des DRG-Systems Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden konnten, die sich dämpfend auf die Kostenentwicklung ausgewirkt haben, lässt sich anhand der verfügbaren Daten nicht belegen. Die von den Selbstverwaltungspartnern beauftragte Begleitforschung zum G-DRG-System (Fürstenberg et al. [2013]: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Absatz 8 KHG. Endbericht des dritten Forschungszyklus [2008 bis 2010], Sieburg und Düsseldorf 2013) kam zu dem Ergebnis, dass die bereinigten Kosten je vollstationären Krankenhausfall in Allgemeinen Krankenhäusern zwischen 2003 und 2010 um jahresdurchschnittlich 2,5 Prozent gestiegen sind. Vor der DRG-Einführung ist der Anstieg mit jahresdurchschnittlich 2,0 Prozent zwischen 1991 und 2003 leicht niedriger ausgefallen. Auf Grundlage der in der Begleitforschung verwendeten Quelle (Statistisches Bundesamt [2010 bis 2017]: Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser, Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser, eigene Berechnungen) ergibt sich im Zeitraum von 2010 bis 2017 eine jahresdurchschnittliche Steigerungsrate der Fallkosten in Höhe von 2,8 Prozent.

Die allgemeinen Kostensteigerungen werden nicht über die Entwicklung des DRG-Systems abgebildet, sondern sind Gegenstand der Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten. Die Aufgabe der DRG-Systementwicklung besteht in der leistungsgerechten Abbildung von Aufwandsunterschieden zwischen verschiedenen Versorgungsformen. Seitens der Universitätskliniken wurde nach Einführung des DRG-Systems vorgebracht, dass sie stärker als andere Krankenhäuser durch sogenannte Extremkostenfälle belastet sind, deren Fallkosten die in den zugehörigen DRGs einkalkulierten Durchschnittskosten bei Weitem übersteigen. Im Verlauf der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden

vom InEK im Rahmen einer separaten Datenabfrage spezifisch hochteure Fallkonstellationen analysiert und einer sachgerechten Abbildung im Fallpauschalenkatalog zugeführt. Seit dem Jahr 2015 wird vom InEK jährlich ein Extremkostenbericht veröffentlicht. Er zeigt eine überdurchschnittliche Belastung der Universitätskliniken durch Kostenausreißer, die sich aber nicht anhand spezifisch medizinischer Kriterien festmachen lässt.

Umgekehrt wurde von verschiedenen Seiten gemutmaßt, dass private Klinikketten mit ihren Fallkosten unter den jeweils in den DRGs kalkulierten Durchschnittskosten liegen und sie deshalb nicht an dem Kalkulationsverfahren beim InEK teilnehmen. Es gibt für diese Vermutung aber keinen empirischen Beleg. So liegen die durchschnittlichen bereinigten Fallkosten der Allgemeinen Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit 4.256 Euro zwar unter dem Durchschnitt aller Allgemeinen Krankenhäuser in Höhe von 4.578 Euro (Statistisches Bundesamt 2017, siehe oben). Da diese Daten nicht nach dem Schweregrad der behandelten Fälle adjustiert sind, lassen sich daraus keine Schlüsse über die DRG-bezogenen Fallkosten ziehen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) von 2015 wurde eine verpflichtende Kalkulationsteilnahme auf Basis eines Auswahlverfahrens eingeführt, das zu einer erhöhten Teilnahme von Krankenhäusern in privater Trägerschaft mit entsprechender Auswirkung auf die in den DRGs abgebildeten Durchschnittskosten führen soll.

Die Einführung des G-DRG-Systems sollte nach der Vorstellung des Gesetzgebers auch eine Steuerungsfunktion mit dem Ziel einer Ausrichtung der Leistungsstrukturen und -kapazitäten am tatsächlichen Bedarf auslösen. Insbesondere bei den Krankenkassen verband sich mit dem neuen Vergütungssystem die Hoffnung auf eine Marktbereinigung von Überkapazitäten. Das DRG-System als Verteilungsmechanismus von Fallrößen kann aber gegenüber der Krankenhausplanung der Länder mit ihrem Sicherstellungsauftrag kein eigenständiges Instrument zur Anpassung stationärer Versorgungskapazitäten sein, denn es enthält keine Steuerungselemente, um Versorgung an einem bevölkerungsbezogenen Bedarf auszurichten. In welchem Ausmaß das DRG-System durch seinen Druck zur Kostenoptimierung den Strukturwandel beeinflusst hat oder auch zu negativen Auswirkungen durch mit ihm verbundene Fehlanreize geführt hat, ist nur schwer abzuschätzen.

Mit der Einführung des DRG-Systems wurden auch negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung befürchtet. Dies betrifft insbesondere verfrühte Entlassungen und Fallsplitting, Patientenselektion und medizinisch nicht gerechtfertigte Fallzahlsteigerungen. Durch die von den Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen wird dem DRG-System ein Rahmen gesetzt, um Fehlanreize nach Möglichkeit zu vermeiden. Die im Auftrag der Selbstverwaltung durchgeführte Begleitforschung zum G-DRG-System (siehe oben) konnte keine mit seiner Einführung verbundenen negativen Effekte in dieser Hinsicht feststellen. Dagegen konnten anhand von Auswertungen von GKV-Routinedaten und von Indikatoren beziehungsweise Kennzahlen der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser durchgehend positive Entwicklungen der Versorgungsqualität im beobachteten Zeitraum (2004 bis 2010) festgestellt werden. Inwieweit das DRG-System ursächlich dafür ist oder dies nicht primär den parallel laufenden umfangreichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zuzuschreiben ist, muss offenbleiben. Mit den im Rahmen der DRG-Einführung geschaffenen umfangreichen und differenzierten Datengrundlagen sind aber wichtige Voraussetzungen für die Anknüpfung von Qualitätsmessungen geschaffen worden.

Wulf-Dietrich Leber



Die DRG-Einführung war unzweifelhaft der größte Modernisierungsschub in der deutschen Krankenhausversorgung seit Jahrzehnten. Zuvor wurden Krankenhausbudgets nach dem Selbstkostendeckungsprinzip verhandelt: Jene Häuser, die am meisten Kosten plausibel nachweisen und diese in der Verhandlung durchsetzen konnten, bekamen das meiste Geld – egal, welche medizinische Leistung sie in welcher Qualität erbrachten. Dieses alte Selbstkostendeckungsprinzip durch ein System abgelöst zu haben, das medizinische Leistungen honoriert und nicht die Produktion von Kosten, war ein großer historischer Schritt.

DRG-Fallpauschalen reduzieren die Abermillionen möglichen Diagnose- und Prozedurenkombinationen mittels eines Groupers auf eine überschaubare Anzahl unterschiedlicher Fallgruppen – rund tausend an der Zahl. Der hochkomplexe Gruppierungsprozess hat ein

archaisches Vergütungssystem abgelöst, bei dem Krankenhäuser wie Hotels vergütet wurden – also mit einem tagesgleichen Pflegesatz, der nicht das Geringste über das medizinische Leistungsgeschehen aussagte. Erst die Leistungsorientierung vermittelt einheitlicher Prozeduren und Diagnosen hat die Transparenz geschaffen, die uns heute selbstverständlich erscheint. Vor der DRG-Einführung wusste man nicht einmal, wie viele Schlaganfälle in deutschen Krankenhäusern behandelt wurden.

Die Leistungsorientierung in der Vergütungssystematik hat übrigens auch Qualitätssicherung und Patienten-Navigationssysteme ermöglicht. In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ist inzwischen nicht nur das Leistungsprofil eines Hauses ersichtlich, über 300 Qualitätsindikatoren geben Auskunft über das Qualitätsniveau des Hauses. Wer nicht glaubt, dass dies etwas mit der DRG-Einführung zu tun hat, der werfe einen Blick auf die Psychiatrie, wo es mangels einer differenzierten Prozeduren Erfassung nur ein ziemlich primitives Vergütungssystem gibt. Als Folge dieses Mangels gibt es keinerlei Transparenz, wo welche Behandlung durchgeführt wird. Es gibt kein einziges Qualitätssicherungssystem. Nach wie vor gilt: Psychiatrie scheut das Licht.


Nicht zu unterschätzen ist die Tatsache, dass von Anfang an ein „lernendes System“ geschaffen worden ist. Jedes Jahr wird das DRG-System auf der Basis empirischer Daten aus über 200 Kalkulationshäusern weiterentwickelt und neu vereinbart. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erledigt diese Arbeit hoch professionell im Auftrag der Spitzenverbände von Krankenkassen und Krankenhäusern.

Also alles gut? Mitnichten! Zunächst ist die Einführung der DRGs aus Sicht der Krankenkassen eine teure Erfolgsgeschichte. Im Zeitraum von 2004 bis 2019 sind die Krankenhausaussgaben um 30 Milliarden Euro auf nun fast 80 Milliarden Euro gestiegen. Die durchschnittliche jährliche Steigerung um mehr als vier Prozent ist durch die demografische Entwicklung allein nicht zu erklären. Deutschland hat im internationalen Vergleich weiterhin zu viele Krankenhäuser und zu viele Betten. Wenn man in einer Situation der Überversorgung ein System mit Anreiz zur Leistungsausweitung etabliert, dann sind medizinisch bedenkliche Leistungsausweitungen und ein unkontrollierter Ausgabenanstieg unvermeidlich. Das Schlechteste am DRG-System in Deutschland ist die Tatsache, dass es in einem schlecht regulierten Markt angewendet wird.

Alle Versuche, das medizinisch bedenkliche Mengenwachstum zu begrenzen, waren halbherzig. Die eigentlich notwendige Absenkung der Landesbasisfallwerte unterblieb, sodass die Vergütung der Krankenhäuser heute mehr als zehn Prozent über deren tatsächlichen Kosten liegt (sogenannter „Hebel“). Mit der Überzahlungsdifferenz finanzieren die Krankenhäuser Investitionen oder führen sie als Gewinn an die Träger ab. Die Begrenzung durch die sogenannten Fixkostendeckungsabschläge war löchrig und hat zudem ein strukturkonservierendes Element, das der ursprünglichen Grundphilosophie „Das Geld folgt der Leistung“ widerspricht. Der Fakt, dass wegen überhöhter Vergütung alle Krankenhäuser gut mit der neuen Finanzierung zurechtkamen, hat auch dazu geführt, dass die von allen prognostizierte Spezialisierung und Konzentration nicht eingetreten ist.

Ein Ammenmärchen besagt, die Steuerung stationärer Leistungen erfolge durch die Krankenhausplanung der Länder. De facto sind diese weder willens noch in der Lage, den notwendigen Konzentrationsprozess, insbesondere in Ballungsgebieten, zu bewerkstelligen. Letztlich entscheiden die Krankenhausträger autonom: Häuser mit belegten Betten kann das Land nicht schließen; selbst wenn es wollte (was natürlich nie der Fall ist, weil die positiven Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte dem Land zugutekommen, die Kosten aber bundesweit umgelegt werden). Deutschland bedarf dringend einer funktionierenden Marktregulierung, die den medizinisch und ökonomisch sinnvollen Konzentrationsprozess vorantreibt. Ein gutes Vergütungssystem kann keine schlechten Rahmenbedingungen ersetzen.

Thomas Mansky



Kostenentwicklung: Die Krankenhäuser haben nach Einführung des DRG-Systems ihre Bemühungen zur Kostensenkung intensiviert. Dies betrifft beispielsweise Standardisierungen und Realisierung von Skaleneffekten (unter anderem durch Intensivierung von Kooperationen) im Einkauf und in nicht medizinischen Dienstleistungsbereichen. Gleichzeitig mussten aufgrund der Rechtsprechung zur Arztarbeitszeit (EuGH), aber auch zum Halten beziehungsweise zur Gewinnung von Patienten im zunehmend kompetitiven Umfeld vor allem Ärzte vermehrt eingestellt werden, was die Kosten erhöht hat.

Zu beachten ist, dass der Kostensenkungsdruck nicht nur vom DRG-System ausgeht, sondern ganz erheblich durch die Notwendigkeit zur Gewinnerzielung aufgrund der mangelhaften Finanzierung der Investitionskosten seitens der Länder beeinflusst wird. Die in den Kliniken erzielten (Effizienz-)Gewinne sind somit zum Teil (politisch beabsichtigt) in Investitionen der Krankenhäuser geflossen. Wegen der gleichzeitigen Fallzahlenstiege zeigen sie sich allenfalls begrenzt in den Gesamtkosten der Krankenhäuser.

Stationäre Kapazitäten: Das DRG-System hätte aufgrund der zwischenzeitlich möglichen, inzwischen aber durch gesetzliche Änderungen bei Mehrleistungen gestoppten kompetitiven Umverteilung von Krankenhausfällen zwischen den Kliniken (Geld folgte zeitweise der Leistung) durch Verdrängungswettbewerb zu Konkursen beziehungsweise Marktvereinigungen führen können. Diese fanden nur in sehr geringem Maße statt. Die Berichte über einen erheblichen Anteil defizitärer Kliniken stehen im Widerspruch zu der relativ geringen Zahl an Konkursen. Mögliche Schlussfolgerung: a) Die Angaben zu den Defiziten treffen zum Teil nicht zu; b) Konkurse werden unter anderem durch staatliche Defizitfinanzierung verhindert (siehe beispielsweise pressebekannte Deckung der erheblichen Defizite in München – aussagekräftige bundesweite Statistiken zu solchen Defizitfinanzierungen fehlen); c) Über Fusionen und Privatisierungen mit nachfolgender Rationalisierung werden aufgelaufene Verluste durch spätere Gewinne ausgeglichen. Insgesamt hält die Politik den nötigen Strukturwandel nicht aus und lässt ihn nur unzureichend geschehen. Dies liegt nicht am DRG-System.

Qualität: Die Krankenhäuser selbst haben auf den zunehmenden Wettbewerbsdruck mit diversen, teils sehr umfangreichen Qualitätsinitiativen reagiert. Die Politik und die Selbstverwaltung haben diese positiven Entwicklungen aber nicht hinreichend aufgegriffen. Die gesetzliche Qualitätssicherung, welche die Basis der „offiziellen“ Qualitätsberichte und der darauf basierenden Vergleichsplattformen (zum Beispiel Weiße Liste) ist, hat sich in ihrem inhaltlichen Umfang seit Jahren nur wenig verändert und behandelt wichtige Bereiche gar nicht (Beispiele: Herzinfarkt, Kolonchirurgie). Für den Verbraucher fehlt es daher überwiegend an entscheidungsleitender Transparenz.



Welche Reform des G-DRG-Systems halten Sie für notwendig, um die Versorgung zu optimieren?

Wolfgang Greiner



Im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2018 sind eine Reihe von Reformansätzen beschrieben worden, die auch das DRG-System betreffen, um zu einer verbesserten patientenorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung beizutragen. Um die Fehlanreize zur Mengenausweitung abzubauen, sollte demnach der Anteil nicht fallbezogener Vergütungselemente erhöht werden. So sollten sowohl die Vorhaltungskosten der kleinen ländlichen Kliniken für bedarfsnotwendige Leistungen als auch die Vorhaltungskosten der Maximalversorger für hoch spezialisierte Medizin pauschal und nicht mehr nach Fällen vergütet werden. Das betrifft grundsätzlich all jene Kosten, deren Höhe nicht mit der Fallzahl variiert, beispielsweise die Vorhaltungskosten für die Notfallversorgung, für Quarantäneeinheiten sowie Verbrennungs- und Traumazentren.

Derzeit unterscheidet das DRG-System zudem nicht zwischen kleinen Regelversorgern und Maximalversorgern, obwohl diese sich sehr wohl hinsichtlich Komplexität, Menge und Vorhaltungskosten voneinander unterscheiden. In den verschiedenen Versorgungsstufen werden unterschiedlich komplexe Fälle mit ebenso unterschiedlich komplexen Behandlungsmethoden versorgt. Eine Differenzierung nach Versorgungsstufen im DRG-System würde sowohl für versorgungsrelevante Kliniken der Grund- und Regelversorgung als auch für hoch spezialisierte Maximalversorger eine angemessenere Betriebskostenfinanzierung ermöglichen und zu einer Rückkehr von einer prozedurenbezogenen zu einer diagnosebezogenen Ausgestaltung der DRGs beitragen.

Eine andere lang diskutierte Schwäche des deutschen Gesundheitssystems besteht darin, dass das heute medizinisch mögliche Ambulantisierungspotenzial nur unzureichend genutzt wird. Behandlungen, soweit das medizinisch sinnvoll ist, ambulant zu erbringen,

entspricht in der Regel den Wünschen der Patienten, würde die Zahl der Fälle in den Krankenhäusern senken und letztlich auch knappe Beitragsmittel sparen. Zur Förderung ambulanter Behandlungen hat der Sachverständigenrat daher vorgeschlagen, für einen Katalog an ambulanten Leistungen eine einheitliche Vergütung zu kalkulieren, die in der gleichen Höhe abgerechnet wird, unabhängig davon, ob sie von einem Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurde. Die Vergütungssätze sollten ausgehend vom DRG-System ermittelt und zwischen den derzeitigen Abrechnungsmöglichkeiten nach EBM und DRG (oberhalb der derzeitigen EBM-Sätze) angesiedelt werden. Im DRG-System würden dann nur noch Fälle abgerechnet, wenn die Art und Schwere der Erkrankung eine rein ambulante Behandlung nicht zulässt, zum Beispiel aufgrund von Begleiterkrankungen oder des Risikos postoperativer Komplikationen.

Christian Jaeger

Eine der wichtigsten Maßnahmen zur Optimierung der stationären Versorgung würde eine ausreichende Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer darstellen. Damit könnte auch im Rahmen der Krankenhausplanung die von Politik und Kostenträgern geforderte Optimierung der stationären Kapazitäten besser erreicht werden. Die Finanzierung der Betriebskosten ist so weiterzuentwickeln, dass ein bedarfsnotwendiges und wirtschaftlich geführtes Krankenhaus seinen medizinischen Versorgungsauftrag erfüllen und dabei extern vorgegebene Kostenentwicklungen wie Tariflohnsteigerungen finanzieren kann, ohne dass es dazu auf Fallzahlsteigerungen angewiesen ist. Dadurch entfielen Anreize zu Fallzahlausweitungen. Individuelle strukturelle Besonderheiten von Krankenhäusern sollten durch eine Kombination der Vergütung von Behandlungs- und Vorhaltekosten besser abgebildet werden. Dies gilt insbesondere für die Aufrechterhaltung einer bedarfsnotwendigen Versorgung in strukturschwachen Regionen.

Wulf-Dietrich Leber

Abbildung der Pflege: Das DRG-System ist ärztlich geprägt. Diagnosen und Prozeduren, die vor allem die ärztliche Tätigkeit abbilden, bestimmen fast ausnahmslos die

Vergütung. Auf der Strecke geblieben ist unter anderem die Pflegefähigkeit, die einen wesentlichen Teil der Krankenhausleistung ausmacht. In den diversen Pflegegipfeln wurde versucht, den Pflegebedarf der Patienten (via Pflegegrade) und auch besonders aufwendige Pflege (via Pflegekomplexmaßnahmenscore – PKMS) in das DRG-System zu integrieren. Hier bedarf es weiterer Aktivitäten.


Ambulanter Grenzbereich: An der Grenze zur ambulanten Vergütung ist das DRG-System noch unscharf. So wird beispielsweise nicht zwischen Fällen mit und ohne Übernachtung unterschieden. Im Zuge der Neuordnung werden hier Veränderungen des DRG-Systems oder aber neue Vergütungssysteme komplementär zum DRG-System zu entwickeln sein.

Investitionen: Das jetzige DRG-System geht von der inzwischen falschen Annahme aus, dass Investitionskosten jenseits des DRG-Systems via Landesfördermittel finanziert werden. De facto wird heute mehr als die Hälfte der Investitionen aus DRG-Mitteln bestritten, sodass über kurz oder lang die Integration der Investitionskosten in das DRG-System ansteht.

Vorhaltung: Vorhaltekosten werden im DRG-System nicht abgebildet. So entstehen Probleme für Krankenhäuser, die beispielsweise Vorhaltekosten für Notfälle, aber wenige Notfälle haben. Krankenhäuser mit vielen Notfällen haben hingegen kein Problem.

Qualität: Es ist ein politisches Ziel, gute Qualität besser zu vergüten und Abschläge bei vergleichsweise schlechter Qualität vorzunehmen. Die Integration entsprechender Qualitätsindikatoren in das DRG-System fehlt bislang.

Thomas Mansky



Eine Reform des DRG-Systems hilft nicht weiter. Überfällig ist eine große Strukturreform im Krankenhausbereich. Wir betreiben die Medizin des 21. Jahrhunderts in Strukturen des späten 20. Jahrhunderts, die historisch oft auf Standortentscheidungen des 19. Jahrhunderts zurückgehen. Krankenhausplanung besteht im Wesentlichen aus

deren Fortschreibungen mit den bekannten Modifikationen. Die bestehenden Überkapazitäten haben Folgen: Die Zahl der stationären Behandlungsfälle steht auf Rekordhoch (Fälle / 1.000 Einwohner in Deutschland 1991: 182, 2017: 237; zum Vergleich in der Schweiz 2017: 173). Aus betriebswirtschaftlichen Gründen müssen viele Krankenhäuser Fälle gewinnen. Die Möglichkeiten zur sinnvollen Spezialisierung sind begrenzt und mittlerweile weitgehend ausgeschöpft („Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben“). Daher gibt es zu vermutende Indikationsausweitungen in indikationselastischen Bereichen (unter anderem Wirbelsäulenchirurgie, Tonsillektomien, Herzschrittmacher). Ferner versuchen vor allem kleinere Krankenhäuser, ihr Spektrum in vermeintlich „höherwertigen“ Leistungsbereichen auszubauen, oft in Unkenntnis des tatsächlichen Bedarfs und unter Missachtung ihrer strukturellen medizinischen Möglichkeiten. Beispiele sind die weitere Verbreitung von Linksherzkatheterplätzen auch in bereits gut versorgten Ballungsgebieten oder der schon fast als absurd zu bezeichnende Wettbewerb von deutschlandweit 602 Krankenhäusern um 11.397 komplexe Eingriffe am Pankreas, hier sogar unter bisher weitgehender Umgehung der Mindestmengenregelungen (37,7 Prozent dieser Kliniken liegen unter der Mindestmenge von zehn; Auswertung der DRG-Daten 2016). Dies geht zulasten der medizinischen Qualität, aber oft auch der Wirtschaftlichkeit, da sowohl Vorhaltekosten als auch höhere Komplikationsraten bei niedrigeren Fallzahlen zu höheren Kosten und sogar Verlusten führen können. Damit können sich möglicherweise von Krankenhausleitungen erhoffte wirtschaftliche Vorteile leicht ins Gegenteil verkehren.

Eine straffere Planung von Leistungsbereichen wie in der Schweiz, die sowohl die Patienten schützen könnte als auch die Krankenhäuser von einem nicht sinnvollen Ausbau von Leistungsbereichen abhalten würde, ist in Deutschland derzeit kaum durchsetzbar. Sie wäre aber auch wegen möglicherweise politisch willkürlicher Planentscheidungen problematisch.

Weder das DRG-System noch eventuelle Leistungsplanungen können aber unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen das Grundproblem der Überkapazitäten lösen. Ein Strukturwandel muss politisch gewollt sein und ausgehalten werden und sollte sinnvoll geplant sein. Ansonsten sind indirekte Wege zum Strukturwandel weitgehend wirkungslos.



Was ist aus Ihrer Sicht der prägendste Einfluss, dem das System seit der Einführung ausgesetzt war?

Wolfgang Greiner

Der Versuch, das komplette Spektrum der Fallkomplexität in einer vergütungsgerechten Art und Weise abzubilden, führte zu einer starken Ausdifferenzierung der Fallpauschalen. So ist die Anzahl der DRGs und der abrechenbaren Sondertatbestände in den letzten Jahren stetig gewachsen, von 664 DRGs im Jahr 2003 auf zuletzt 1.318 DRGs im Jahr 2019. Hinzu kommen rund 200 Zusatzentgelte, Zuschläge und Abschläge, beispielsweise Zentren- und Sicherstellungszuschläge. Die große Zahl abrechenbarer DRGs führt nicht nur zu einem unübersichtlichen und komplexen Vergütungssystem, sondern weist aufgrund der starken Prozedurenorientierung Merkmale eines Einzelleistungsvergütungssystems auf. Die Anreize zur Fallzahlausweitung, die mit einem Einzelleistungsvergütungssystem einhergehen, sind auch in einem DRG-System anzunehmen, das eine wie beschrieben zu starke Prozedurenorientierung aufweist.

Christian Jaeger

Das G-DRG-System als solches wurde seit seiner Einführung vom InEK kontinuierlich weiterentwickelt, sodass auch komplexe und aufwendige Behandlungsformen sachgerecht abgebildet wurden. Ein einzelner Entwicklungsschritt lässt sich in diesem Prozess nicht hervorheben. Wichtige Einflüsse auf das Vergütungssystem kamen von den politischen Entscheidungsträgern, die durch Gesetzgebungsverfahren die Rahmenbedingungen der Finanzierung veränderten. Dazu gehörten verschiedene Formen von Mehrleistungsabschlägen, um einen unterstellten Anreiz der fallpauschalierten Vergütung zur Leistungsausweitung einzudämmen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aus dem Jahr 2015 hat der Gesetzgeber zum ersten Mal die Kalkulation der DRGs

betreffenden Vorgaben geregelt. So wurden eine verpflichtende Kalkulationsteilnahme von durch das InEK auszuwählenden Krankenhäusern zur Erhöhung der Repräsentativität der Fallkostendaten, eine Anpassung der Sachkostenvergütung innerhalb der DRGs und eine die Vertragsparteien verpflichtende Umsetzung von Absenkungen beziehungsweise Abstufungen sogenannter mengenanfälliger Leistungen in das Gesetz aufgenommen. Andererseits wurden die Entwicklungen der Landesbasisfallwerte von einer finanziellen Berücksichtigung von Leistungssteigerungen befreit und diese über den Fixkostendegressionsabschlag auf die einzelnen Krankenhäuser mit Leistungszuwächsen verlagert, was nach Auffassung der DKG sachgerecht ist.

Wulf-Dietrich Leber



Zunächst ein Unterschied zu früher: Anders als bei der Bundespflegesatzverordnung, die mit Zustimmung der Länder erlassen wurde, ist das DRG-System zustimmungsfrei. Auch der Krankenkasseneinfluss kann als relativ gering eingestuft werden, da die DRGs als Relativkostensystem kein nachhaltiges Interesse der Krankenkassen zur Modellierung enthielten. Prägend waren die Partialinteressen bestimmter Ärztegruppen und bestimmter Krankenhausanbieter. Sie dominieren das Vorschlagswesen zur Weiterentwicklung des Systems. Spätestens seit der wachsenden Bedeutung von Arzneimitteln bei Zusatzentgelten gibt es auch einen starken Einfluss der Pharmaindustrie.

Thomas Mansky



Unter den prägendsten Einflüssen ist insbesondere das sehr erfolgreiche Wirken des InEK zu nennen, dem es gelungen ist, das „lernende System“ in hervorragender Weise Wirklichkeit werden zu lassen. Dies ist aber auch ein Verdienst insbesondere der Universitätskliniken, die nach anfänglichem Unbehagen in sehr konstruktiver Weise an der Weiterentwicklung und Differenzierung des Systems insbesondere im Bereich der hochkomplexen Leistungen mitgearbeitet haben. In einem konstruktiven Zusammenspiel von Krankenhäusern, medizinischen Fachgesellschaften und InEK ist in Deutschland eines

der am besten differenzierten DRG-Systeme der Welt entstanden. Dabei ist es dem InEK zwar überwiegend gelungen, die von den Leistungserbringern bevorzugten Einzelleistungsvergütungen, die in Zusatzentgelten und manchen stark prozedurenorientierten DRG-Definitionen ihren Ausdruck finden, unter Kontrolle zu halten beziehungsweise möglichst auf Bereiche zu beschränken, die, wie zum Beispiel komplexe Chemotherapien, nicht angebotssensitiv sind. Ein erheblicher potenziell systemverändernder Druck in Richtung Einzelleistungsvergütung mit negativen Folgen hinsichtlich der Anreizwirkungen ist aber unverkennbar.

Hinsichtlich der Leistungsausweitung in manchen Bereichen erfolgten die Reaktionen zu spät. Obwohl bereits bei Einführung des DRG-Systems vorausschauend in § 17b Absatz 1 KHG die Möglichkeit zur Absenkung der Bewertungsrelationen bei „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“ vorgesehen war, wurde diese Möglichkeit von der Selbstverwaltung nicht genutzt. Erst im Jahr 2016 wurde diese Option mit dem KHSG seitens des BMG konkretisiert und die Selbstverwaltung damit zur Umsetzung veranlasst. Damit erhielt das InEK erstmals die Möglichkeit, etwa bei der Wirbelsäulenchirurgie entsprechende Lösungen zu erarbeiten. Aufgrund der späten Reaktion erfolgte die Absenkung der Bewertungen allerdings erst, nachdem der Anstieg in der Wirbelsäulenchirurgie, der sich vor allem zwischen den Jahren 2005 und 2011 abspielte, bereits wieder abgeflacht war. Außerdem sind derartige Bewertungsabsenkungen zwar marktwirtschaftlich gesehen systemkonform, aber dennoch problematisch, da die Preise auch für Leistungserbringer reduziert werden, die sich an der Leistungsausweitung nicht beteiligen. Ferner können Preisabsenkungen konträre Wirkungen haben, sofern Krankenhäuser nicht aus dem Markt ausscheiden, sondern versuchen, durch weitere Fallzahlsteigerungen unter Nutzung von Skaleneffekten am Markt präsent zu bleiben.

Letztendlich ist festzuhalten, dass Bewertungsabsenkungen und andere Maßnahmen zur Kontrolle von Mehrleistungen Versuche darstellen, die Symptome zu kurieren, aber nicht das oben diskutierte zugrunde liegende Problem der Überkapazitäten lösen.



Wie stehen Sie zu der These, dass die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem der Einstieg in den Ausstieg aus dem G-DRG-System ist?

Wolfgang Greiner



Mit der Entscheidung, DRGs zukünftig um die Pflegekosten (etwa 15 Milliarden Euro) zu bereinigen und ein Pflegebudget einzurichten, aus dem der krankenhausindividuelle Pflegepersonalbedarf finanziert wird, hat der Gesetzgeber teilweise wieder eine Selbstkostendeckung in der Krankenhausfinanzierung eingeführt. Der Grund für diese Neuregelung war offenbar die Annahme, dass ein Teil der deutschen Krankenhäuser zu wenig Pflegenden beschäftigt, weil das DRG-System Anreize zur Kostenminimierung und somit zur Minderung der Pflegekosten beinhaltet. Allerdings liegt historisch der Abbau von Pflegekräften schon einige Jahre zurück. Die derzeitige Situation ist eher davon geprägt, dass der Arbeitsmarkt weniger Pflegekräfte bereithält, als die weit überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser beschäftigen möchte. Pflegekraftmangel ist also derzeit nicht so sehr eine Folge kurzfristiger betriebswirtschaftlicher Entscheidungen, sondern der Knappheit am Arbeitsmarkt geschuldet. Zudem könnten Veränderungen der Anreizstruktur auch innerhalb des DRG-Systems ohne Elemente eines Selbstkostendeckungsprinzips erfolgen, zum Beispiel durch eine normative Festschreibung des vom Krankenhaus auszubehenden Pflegeanteils (mit entsprechender Steigerungsmöglichkeit).

Stattdessen nimmt der Gesetzgeber eine ganze Reihe von möglichen Nebenwirkungen der neuen Regulierung in Kauf. So werden die Anreize zu Prozessinnovationen (zum Beispiel einem neuen Professionenmix im Krankenhaus oder einer stärkeren Digitalisierung von Überwachungsaufgaben) reduziert. Es ergeben sich auch Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenhäusern und anderen Nachfragern der knappen Ressource Pflegepersonal wie ambulanten Pflegediensten, Rehabilitationseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen, denn für die gilt diese faktische Ist-Kostenübernahme des Pflegeaufwands durch die Sozialkassen nicht. Es ist zu befürchten, dass andere Berufsgruppen,

wie beispielsweise das ärztliche Personal, auf eine ähnliche Regelung drängen werden, was die Idee der DRGs immer mehr auszuhöhlen droht. Schließlich ist die Maßnahme nicht zielgerichtet, denn es ist unklar, ob tatsächlich gerade in solchen Krankenhäusern Pflege aufgebaut wird, in denen bisher zu wenige Pflegende vorgehalten werden.

Christian Jaeger



Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung aus den DRGs ist eine teilweise Abkehr von der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers erfolgt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zu schaffen. Das Pflegepersonal wird wieder nach dem Prinzip der den Krankenhäusern tatsächlich entstehenden Kosten vergütet, was eigentlich durch die Einführung des DRG-Systems endgültig überwunden werden sollte. Ob der Gesetzgeber in Zukunft weitere Anpassungen an dem Pauschalierungsgrad des Vergütungssystems vornehmen oder zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Rücküberführung der Pflegepersonalvergütung in die pauschalierte Vergütung vornehmen wird, kann nicht vorausgesehen werden.

Die DKG sieht mit der jetzt zu vollziehenden Ausgliederung die Möglichkeit, die Pflegepersonalkosten vollumfänglich und tarifgerecht zu finanzieren. Die Finanzierungsgrundlagen des Pflegebudgets sollen aber weiterentwickelt werden: von einer reinen Deckung der dem Krankenhaus entstandenen Selbstkosten hin zu einer Finanzierung des notwendigen Pflegebedarfs für die Patientenversorgung eines Krankenhauses, der mithilfe eines zu entwickelnden Personalbemessungsinstrumentes zu bestimmen ist. Anhand der damit festgestellten angemessenen Pflegepersonalausstattung könnte davon ausgehend die Höhe eines Pflegebudgets begründet werden.

Wulf-Dietrich Leber



Die Ausgliederung der Pflege ist ein politischer Fehler. In puncto politischer Klugheit ist dieser sogenannte „Pflexit“ in der Nähe des Brexits einzusortieren. Aber so wie der Brexit nicht das Ende des europäischen Gedankens ist, so wird der Pflexit nicht das Ende der Bemühungen um eine leistungsorientierte Vergütung sein. Im Gegenteil: Die fatale Selbstkostendeckung ist eine Schönwetterregelung, die schon beim ersten Anzeichen einer gesamtwirtschaftlichen Rezession keinen Bestand mehr haben wird. Dann kommt es darauf an, Pflege ordentlich abzubilden. Größtenteils ist das ein Digitalisierungsproblem: Da pflegerische Leistung derzeit noch gesondert auf Papier erfasst werden muss, erscheint sie als bürokratische Last. Würde die Pflegedokumentation zeitgemäß Bestandteil einer digitalen Patientenakte sein, dann könnte sie auch aufwandsarm zum selbstverständlichen Teil des DRG-Systems werden. Nicht die Abschaffung des Pflegekomplexmaßnahmen-scores (PKMS), wie sie die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Pflegeverbände fordern, sondern die digitale Erfassung pflegerischer Leistungen ist das Zukunftsmodell.

Politisch klüger wäre es gewesen, zunächst die Wirkung der Pflegepersonaluntergrenzen abzuwarten. Sie sind nachhaltiger Patientenschutz: Überall dort, wo Patientengefährdung durch unverantwortlichen Abbau der Pflege droht, werden Grenzen gezogen. Wenn das ausreichende Pflegepersonal fehlt, muss die Fallzahl reduziert werden. Bereits jetzt im ersten Jahr der Inkraftsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen ist ein Bewusstseinswandel im Krankenhausmanagement eingetreten, und erstmals werden Belegungsstatistiken und Dienstpläne digital zusammengeführt werden – ein überfälliger Schritt. Die Gefahr, dass Personalverschiebungen in die geregelten Bereiche auf Kosten anderer Bereiche erfolgen, kann nur durch eine Regulierung aller Bereiche gebannt werden – schicht- und stationsgenau. Der Vorgang zeigt im Übrigen, dass die Sicherung ärztlicher und pflegerischer Qualität nicht nur durch das DRG-System im engeren Sinne erfolgen kann, es bedarf auch flankierender Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Thomas Mansky



Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, eine durchaus populistische Maßnahme der Regierungsparteien, vermittelt einer der großen Lobbygruppen die Illusion einer „bedarfsgerechten“ Kostenerstattung. Wir wissen aus der Zeit vor 1992, dass sich ein „objektiver Bedarf“ nicht ermitteln lässt und dass Kostenerstattungssysteme regelmäßig aus dem Ruder laufen und in Budgetierungen enden. Die Ermittlung von Pflegebewertungsrelationen nach § 17b (4) KHG kann als Vorbereitung für eine künftig mögliche Budgetierung gesehen werden. Vorerst sollen allerdings Pflegekosten in erheblichem Maße erstattet werden, wobei aber, je nach Konstellation, auch finanzielle Risiken für die Krankenhäuser bis hin zu Budgetabsenkungen bestehen.

Einige der mit der Neuregelung verbundenen Probleme sind:

1. Der Mangel an Pflegekräften begrenzt die Möglichkeiten zur Neueinstellung. Der Wettbewerb um die Pflegekräfte verschärft ferner die Situation in konkurrierenden Bereichen (Altenpflege, Reha). Angesichts der Personalknappheit könnte sich die Kostenerstattungsregelung für die Pflege als Blankoscheck erweisen, der überwiegend nicht eingelöst werden kann.
2. Es besteht die Gefahr, dass Pflegekräfte, soweit verfügbar, wieder vermehrt in nicht unmittelbar pflegerischen Bereichen eingesetzt werden (interne Transporte, administrative Aufgaben). Sinnvolle Differenzierungen der Tätigkeitsfelder (zum Beispiel Stationsassistenten) werden damit rückgängig gemacht.
3. Die Zweckbindung der Mittel im Pflegebereich beeinträchtigt die Möglichkeiten der Kliniken, Gewinne zu erzielen (KHEntgG § 6a [1]). Dies mag politisch beabsichtigt sein. Das Problem der erheblichen Unterfinanzierung der Investitionskosten, für deren Deckung Gewinne benötigt werden, bleibt aber weiter bestehen. Aufgrund der Neuregelung stehen daher entweder weniger Mittel für Investitionen zur Verfügung oder es muss an anderer Stelle zusätzlich gespart werden, was beispielsweise bei den Arztkosten wegen der Sicherung der Leistungserbringung und der Personalsituation auf Schwierigkeiten stoßen dürfte.

4. Der absehbare bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit der Kontrolle der Pflegepersonaluntergrenzen kann nur überzeugte Planwirtschaftler begeistern (volldigitales NÖSPL).

Es ist natürlich denkbar, dass auch andere Berufsgruppen die Kostenerstattung einfordern und damit das Ende des DRG-Systems besiegeln. Die Strukturprobleme im Krankenhausbereich werden durch eine letztlich strukturkonservierende Maßnahme wie die Pflegekostenerstattung übrigens verschärft.



Wie sieht das Vergütungssystem der Krankenhäuser im Jahr 2030 aus?

Wolfgang Greiner

Wir befinden uns derzeit am Scheideweg, ob wir das DRG-System, wie es in den letzten 15 Jahren entstanden ist, weiterentwickeln wollen oder ob es hier in den nächsten Jahren zu einem Erosionsprozess kommt, der in einer immer stärkeren Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip mündet. Ökonomisch ist die zweite Variante im Hinblick auf die Finanzierbarkeit der Krankenhauskosten und einen sinnvollen Umgang mit den knappen personellen Ressourcen im pflegerischen und ärztlichen Bereich nicht zu empfehlen, sie hat aber derzeit in der Gesundheitspolitik offenbar immer mehr Befürworter. Ein weiterentwickeltes DRG-System würde dagegen die Potenziale der Ambulantisierung endlich heben helfen, die Zahl der DRGs und damit die Komplexität des Honorierungssystems durch gezielte Zuschläge je nach Versorgungsstufe senken und eine einfachere, aber zielgerichtetere Form der weiterhin notwendigen Preis-Regionalisierung aufweisen. Dazu müsste lediglich regelmäßig ein regionaler Preisindex aus einem Warenkorb von Produkten und Dienstleistungen berechnet werden, die für Krankenhäuser in ihrem Prozess der Leistungserstellung typisch sind. Das würde dann die derzeitigen regionalen Verhandlungen, die wenig Spielraum haben, durch eine preisliche Differenzierung ersetzen, die an den tatsächlichen regionalen Gegebenheiten orientiert ist.

Zudem wird sich bis 2030 die Krankenhausplanung, die letztlich nicht völlig unabhängig vom Honorierungssystem betrachtet werden kann, in Richtung einer sektorenübergreifenden und leistungsorientierten Planung weiterentwickelt haben. Dabei wird nicht mehr die Zahl der Betten im Mittelpunkt der Betrachtung stehen, sondern der zu erwartende Leistungsbedarf unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, der Mortalität und Morbidität, der Entwicklung der Präferenzen der Patientinnen und Patienten sowie des absehbaren medizinisch-technischen Fortschritts.

Christian Jaeger



Eine Vorhersage über das Vergütungssystem der Krankenhäuser im Jahr 2030 ist kaum möglich. Anknüpfend an die vorherige Frage ist ungewiss, wie lange es eine vollständige Finanzierung der Pflegepersonalkosten ohne Beschränkung geben wird. Entscheidende auf die Zukunft der stationären Versorgung wirkende Trends sind auf der einen Seite die Verkürzung der Verweildauer und die zunehmenden Möglichkeiten der Ersetzung stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen, auf der anderen Seite die demografische Entwicklung mit einem steigenden medizinischen Bedarf. Wie stark diese Trends jeweils auf Reformen des Finanzierungssystems wirken, lässt sich nur schwer abschätzen.

Wulf-Dietrich Leber



Keine Ahnung. Die Irrationalitäten dieser Legislaturperiode lassen vorsichtig werden. Dem Zug der Menschheitsgeschichte entsprechend wird die Komplexität des Systems weiter zunehmen. Wichtiger aber ist die Frage, wie sich die Rahmenbedingungen zur Gestaltung der Krankenhauslandschaft bis dahin ändern. Ein besser regulierter Markt wäre zu wünschen.

Thomas Mansky



Das Vergütungssystem ist sekundär. Kostenerstattung/Selbstkostendeckung funktioniert auf Dauer nicht, die hausindividuelle Budgetierung lähmt das System, und stärker pauschalierende Systeme („capitation“) sind problematisch. Fallpauschalierende Systeme wie die DRGs sind daher der bestmögliche Kompromiss und deshalb international im Fokus, allerdings unter recht unterschiedlichen Rahmenbedingungen (vergleiche die Schweiz). Wer eine prinzipiell bessere Lösung kennt, möge vortreten. Das Vergütungssystem allein kann aber nicht alle Probleme im Gesundheitswesen lösen.

Die Frage ist nicht, wie das Vergütungssystem im Jahr 2030 aussieht, sondern ob die Politik in der Lage ist, die erkennbaren Strukturprobleme im Krankenhausbereich rechtzeitig zu lösen. Der demografisch bedingte absolute Anstieg der Krankenhausleistungen ist bis 2025 weitgehend erfolgt, wobei sich weitere Verschiebungen im Bereich der Krankheitsbilder ergeben, die höhere Altersgruppen betreffen. Auf der anderen Seite steht dem allerdings ein Schwund der Beitragszahler und vor allem ein Rückgang bei den verfügbaren jungen Arbeitskräften in fast allen medizinischen Leistungsbereichen gegenüber. Deutschland geht unvorbereitet in diese Phase: Trotz aller politischen Beteuerungen (ambulant vor stationär) steigen die stationären Behandlungszahlen, wie zuvor erläutert, faktisch auf Rekordwerte. Gleichzeitig halten wir im stationären Bereich Überkapazitäten vor. Etwas plakativ gefasst bedeutet dies: Wir suchen Personal, das wir nicht haben, um Krankenhäuser zu besetzen, die wir zum Teil nicht brauchen. Vordenker wie Kurt Biedenkopf haben das vorherberechenbare, damals noch ferne Demografieproblem bereits in den 1980er-Jahren erfolglos thematisiert. Jetzt steht der Wandel vor der Tür, und die Gesundheitspolitik ist nicht in der Lage, die begrenzten Mittel fokussiert einzusetzen, um die Strukturen zukunftsfest zu gestalten.

Wir bräuchten:

1. Eine Fokussierung beziehungsweise Zentralisierung im stationären Bereich. Es gibt einen erheblichen Investitionsstau. Es müssen aber in Deutschland nicht knapp 2.000 Krankenhäuser renoviert werden, sondern es müssen deutlich weniger als

- 1.000 modernisiert und baulich, apparativ und personell zukunftsweisend ausgestattet werden. Dies bedeutet auch, dass bei Schließungen freiwerdende Mittel genau hierfür zu verwenden sind. Viele kleine, nicht spezialisierte Grundversorger insbesondere in den Ballungsräumen werden nicht benötigt. Die flächendeckende Versorgung wäre durch Schließungen in den Ballungsgebieten nicht gefährdet. Aber auch in ländlichen Bereichen wären bei sorgfältiger Planung Strukturänderungen möglich. Die Reformen beispielsweise in Dänemark und Finnland, die nicht der Kostensenkung dienen, sondern der Schaffung zukunfts-fester Strukturen (verbunden mit erheblichen Investitionen), zeigen die Richtung. Sie wurden allerdings vor über einem Jahrzehnt konzipiert, was den zeitlichen Rückstand in Deutschland verdeutlicht.
2. Die Restrukturierung muss mit einer Erhöhung der Investitionsquote einhergehen. Die derzeitige Quote der KHG-Mittel von 3,2 Prozent (Bestandsaufnahme der DKG 2018, Wert für das Jahr 2016 ohne Unikliniken) reicht nicht einmal entfernt für den Erhalt der Substanz. Insofern sind Äußerungen von Gesundheitspolitikern, dass man alle Kliniken erhalten wolle, finanziell nicht gedeckt. Nur die – oft zu Unrecht verteuften – Gewinne der Kliniken können derzeit den Substanzerhalt sichern, was in diesen Fällen einer Investitionsfinanzierung weitgehend über Krankenkassenmittel gleichkommt.
3. Die Vergütung im ambulanten Bereich müsste gezielt verbessert werden, damit eine ausreichende ambulante Behandlung zur Vermeidung stationärer Einweisungen auch mit entsprechenden finanziellen Anreizen unterstützt werden kann.

Eine solche Strukturreform mit Stärkung, besserer Ausstattung und besserer Finanzierung der benötigten Leistungen und der Zentren bedeutet keinen Sozialabbau. Im Gegenteil kann sie bei richtiger Umsetzung die Qualität der Versorgung verbessern, eine Modernisierung der verbleibenden Krankenhäuser ermöglichen und das System zukunftsfest gestalten.

