



# Teure Erfolgsgeschichte

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Dr. David Scheller-Kreinsen

Die DRG-Einführung war aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung der größte Modernisierungsschub in der deutschen Krankenhausversorgung seit Jahrzehnten. Die Vergütung von Krankenhausleistungen wurde von einer ungerechten und intransparenten Selbstkostenbasis auf eine empirisch ermittelte, gerechte und transparente Finanzierung umgestellt. Es wurden dadurch entscheidende Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit gesetzt und die Grundlage für eine sinnvolle Qualitätsmessung gelegt. Jedoch ist es weder zur erhofften Ausgabenbegrenzung noch zur Reduktion der Krankenhausstandorte gekommen. Hier – und beim Thema Qualität! – muss die nächste Krankenhausreform ansetzen.

**D**er Blick zurück zeigt: Die DRG-Einführung verdient Lob und Anerkennung, denn das diagnose- und prozedurenbezogene Fallpauschalsystem ist im Kern eine Erfolgsgeschichte. Wesentliche Ziele der DRG-Einführung sind erreicht worden.

Im Hinblick auf die Transparenz- und Wirtschaftlichkeitsziele weist das DRG-System eine hervorragende Bilanz aus. Statt hotelähnlicher Tages-

pauschalen als Abschlag auf ein selbstkostendeckendes Budget ist ein hoch differenziertes, leistungsorientiertes Vergütungssystem geschaffen worden, das auf Grundlage von empirisch ermittelten Kosten- und Leistungsstrukturen Krankenhausleistungen klassifiziert und vergütet. Es wurden so die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass „Geld tatsächlich der Leistung folgt“.

Wesentlicher und oftmals zu wenig beachteter Vorteil dabei ist, dass ein „lernendes System“ etabliert wurde, anhand dessen einerseits die Güte der Klassifikation stetig verbessert wird und das andererseits Mittel und Wege bietet, neue Leistungen oder Leistungsstrukturveränderungen regelbasiert und vergleichsweise konfliktarm in das Vergütungssystem zu integrieren. Das DRG-Institut (InEK) leistet

hier sehr gute Arbeit und erhält dafür zu Recht national und international viel Anerkennung.

Bemerkenswert ist der Transparenzgewinn im Gefolge der differenzierten Vergütung. Man weiß heute, wo welche Leistungen erbracht werden und was diese kosten. Ferner schuf die detaillierte Erfassung von Diagnosen und Prozeduren die Grundvoraussetzung für eine aussagefähige Qualitätsmessung. Die Qualitätsberichte und die Krankenhausnavigatoren wären ohne das DRG-System nicht denkbar.

Zudem ist die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser deutlich gestiegen. Einen Eindruck von der Entwicklung der Fallkosten geben die vom InEK erhobenen Daten. Die Krankenhäuser haben es verstanden, ihre Kosten zu senken, beziehungsweise haben parallel mehr Casemix erlöst. Ökonomisch gesprochen: Die Krankenhäuser haben ihre Produktivität gesteigert. In diesem Kontext sanken auch die im internationalen Vergleich hohen Verweildauern.

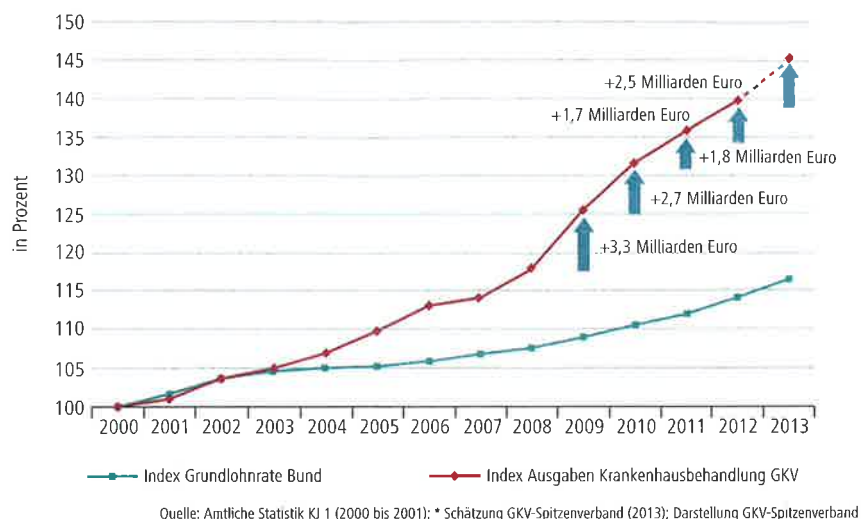
Als zwangsläufige Folge freier Krankenhauswahl stehen die Krankenhäuser untereinander im Wettbewerb. Das DRG-System hat dabei durch Transparenz die Voraussetzung verbessert; allerdings verhinderten der Kontrahierungszwang und die mangelnde Qualitätsorientierung bisher das volle Ausschöpfen des Potenzials.

Aufgrund der Erfolgsbilanz des DRG-Systems wird die Systementwicklung inzwischen auf andere Bereiche übertragen. Das geschieht derzeit bei den Investitionsbewertungsrelationen und bei der Vergütungsreform in der Psychiatrie, die allerdings vornehmlich auf Tagespauschalen und nicht auf Fallpauschalen basiert. Sinnvoll sind zudem Weiterentwicklungen im Grenzbereich zur ambulanten Versorgung und bei der Einführung einer stärker qualitätsorientierten Vergütung.

## Reformbedürftige Rahmenbedingungen

Das DRG-System hat das getan, was es sollte: Leistungsanreize und eine weitestgehend leistungsgerechte Finanzierung schaffen. Dennoch mehrten

Abb. 1: Ausgabendynamik im Bereich Krankenhäuser



sich in der letzten Zeit die Kritiken am DRG-System – oft gepaart mit pauschaler Ökonomisierungskritik.

Richtig ist: Die Endphase der DRG-Einführung ist auch durch eine ungebremste Ausgabenentwicklung, überhöhte Preise und eine zunehmend medizinisch zweifelhafte Mengenentwicklung gekennzeichnet. Ursächlich liegen diese Fehlentwicklungen jedoch nicht im DRG-System begründet, sondern in mangelnden Reformen der Rahmenbedingungen. Im Jahr 2014 wird das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 40 Jahre alt. Es zeigen sich Schieflagen in drei Feldern.

### Problem Nr. 1: Überhöhte Preissetzung im Politikbetrieb

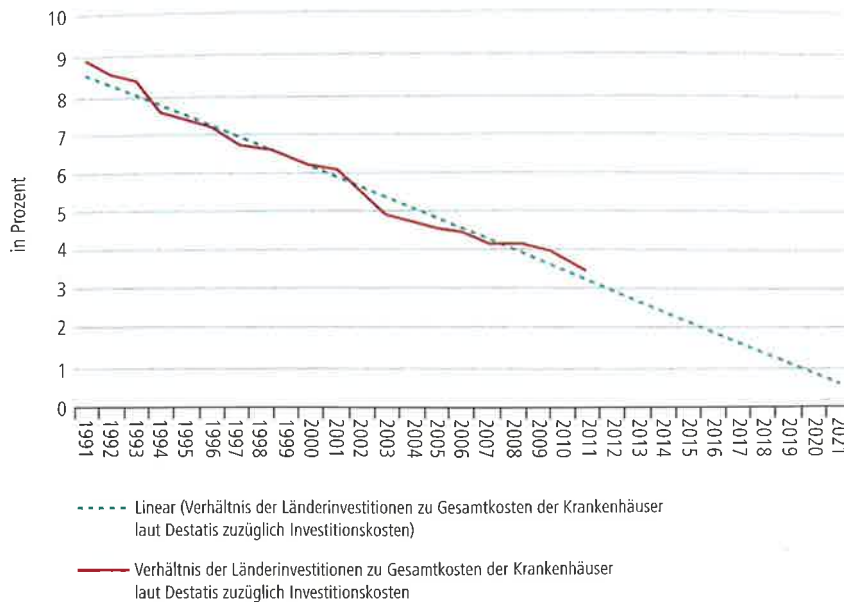
Die Preisentwicklung für Krankenhausleistungen ist im deutschen Gesundheitswesen weitestgehend staatlich vorgegeben – mit leichten Variationsmöglichkeiten für die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern. Problematisch ist, dass die Preissetzung nicht regelgebunden erfolgt, sondern der Logik des Politikbetriebs unterworfen ist. Als Folge gibt es kaum ein Jahr ohne neue Preisregulierung. Insbesondere Bundestagswahlen waren Taktgeber diskretionärer Mittelzuflüsse für Krankenhäuser. Daran hat auch die Einfüh-

rung des vom Statistischen Bundesamt ermittelten Kostenorientierungswerts nichts geändert. Auch die im Vorfeld der letzten Bundestagswahl mit dem Beitragsschuldengesetz beschlossenen Maßnahmen haben sich wieder in einem sprunghaften Preisanstieg Ende des Jahres 2013 ausgedrückt. Ein Blick auf die Kostenentwicklung zeigt, dass von Einspargesetzen kaum die Rede sein kann. Es dominiert der Ausgabenanstieg (Abb. 1). Wenn das DRG-System eine Erfolgsgeschichte ist, dann ist es eine teure Erfolgsgeschichte.

Verschärfend kommt hinzu, dass eine „faire“ Krankenhausfinanzierung oft mit einer Parallelentwicklung von Tarifierhöhung und Preiserhöhung gleichgesetzt wird. Hierbei bleibt jedoch die Produktivitätsentwicklung der Krankenhäuser (Kostendegression durch die Mengenentwicklung, Verweildauerrückgang, technischer Fortschritt) komplett unberücksichtigt. Damit ein Krankenhaus auch im Folgejahr das gleiche Leistungsvolumen erbringen kann, ohne in finanzielle Schieflage zu geraten, müssen sich die Preise je Erlöseinheit im Einklang mit den Kosten je Erlöseinheit bewegen. Faire Krankenhausfinanzierung bedeutet also eine Preisfortschreibung nach Maßgabe der Kosten je Fall oder je



Abb. 2: Rückläufige Investitionen der Bundesländer



schweregradadjustierten Fall („Casemixpunkt“). Statistisch gesprochen sind nicht die „Lohnkosten“ relevant, sondern die „Lohnstückkosten“. Gegenwärtig werden Kostensteigerungen komplett durchgereicht, was einer Art Wiedereinführung der Selbstkostendeckung durch die Hintertür entspricht.

**Problem Nr. 2:**

**Unzureichende Mengensteuerung**

Die stationären Fallzahlen stiegen seit Beginn der 1990er-Jahre unablässig und sind mit nunmehr rund 18 Millionen stationären Krankenhausaufnahmen auf einem neuen Höchststand. Noch stärker als die Fallzahl steigt das schweregradadjustierte Fallvolumen, das sogenannte Casemixvolumen. Die prozentuale Casemixsteigerung lag in den Jahren 2004 bis 2010 bei durchschnittlich knapp drei Prozent. Die DRG-Begleitforschung (IGES) und andere Studien (RWI 2012) haben gezeigt, dass lediglich ein Drittel dieser Casemixsteigerung auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist. Zwei Drittel der Mengensteigerung bedürfen noch einer Erklärung. Die Leistungsmengenentwicklung scheint sich von der

Morbidität der Bevölkerung abgekoppelt zu haben.

Mengen- und Ausgabenentwicklung liegen nicht im DRG-System begründet. Wenn man aber bei Überkapazitäten und erhöhten Preisen ein leistungsorientiertes Vergütungssystem etabliert, dann darf man sich nicht wundern, wenn die Kosten aus dem Ruder laufen. Das deutsche DRG-System verzichtet nahezu komplett auf eine Mengensteuerung. Vor der Freigabe der Leistungsmengen (2004 bis 2008) zahlte die GKV jährlich rund 1,2 Milliarden Euro zusätzlich. Nach Freigabe der Leistungsmengen erhöhte sich dieser Betrag auf rund 2,1 Milliarden Euro jährlich (2009 bis 2013). Folglich blieb die Strukturereinigung trotz gesteigerter Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser aus und das Ausgabenbegrenzungsziel wurde deutlich verfehlt.

**Problem Nr. 3:**

**Versagen von Finanzierung und Planung**

Die langjährige Diskussion über die Vor- und Nachteile von dualer und monistischer Finanzierung hat sich

weitestgehend erledigt. Bei Fortschreibung des derzeitigen Trends wird es zum Ende dieses Jahrzehntes keine nennenswerte Investitionsfinanzierung der Länder mehr geben (Abb. 2).

Erstaunlich ist, dass sich der Wechsel von der dualen zur monistischen Finanzierung ganz ohne Gesetzesänderung vollzieht: Die Länder zahlen einfach weniger und die Häuser finanzieren ihren Investitionsbedarf aus den Überschüssen der DRG-Leistungsvergütung. Dennoch entscheiden die Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung weiter über wichtige Parameter der stationären Versorgung. Problematisch ist, dass sie keinerlei Anlass haben, die Folgekosten ins Kalkül zu nehmen. In der Finanzwissenschaft wird diese Konstellation als Verletzung der fiskalischen Äquivalenz bezeichnet, da der Kreis der Entscheidungsträger, der Nutznießer sowie der Steuer- oder Beitragszahler nicht mehr zusammenfällt. Die zwangsläufige Folge sind Überkapazitäten. Empirisch zeigen sie sich in Spitzenplätzen Deutschlands bei Krankenhausbetten und Krankenhausstandorten in internationalen



Vergleichen, beispielsweise im jüngsten OECD-Bericht. Aber auch der direkte Nachbarvergleich zwischen den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen gibt Anlass zum Nachdenken. Beide Regionen sind nach Fläche und Einwohnern ziemlich ähnlich. Die Niederlande (16,7 Millionen Einwohner, Fläche: 41 500 Quadratkilometer) jedoch kommen mit 132 Krankenhäusern aus, Nordrhein-Westfalen (17,9 Millionen Einwohner, Fläche: 34 000 Quadratkilometer) benötigt derzeit 401 Krankenhäuser.

Dabei ist die große Zahl der Krankenhäuser in Deutschland keine Antwort auf Flächendeckung und Erreichbarkeit. Anders als die Diskussion über das „kleine arme Krankenhaus auf dem Lande“ suggeriert, liegen 75 Prozent der kleinen Krankenhäuser in Ballungsgebieten. Es sind gerade dicht besiedelte Gebiete wie das Ruhrgebiet, wo ein evangelisches, ein katholisches,

ein kommunales und ein privates Krankenhaus in Fußgängerentfernung beieinander liegen. Da die Länder auch künftig keine konstruktive Rolle bei der Krankenhausplanung spielen werden (im Wesentlichen perpetuieren sie die bestehenden Abrechnungslizenzen), kommt den Krankenhausträgern eine wesentliche Rolle zu. Nur sie haben die Kraft, Krankenhäuser zu schließen und gegebenenfalls in andere Einrichtungen wie Pflegeheime, Operationszentren, Hospize und Ähnliches umzuwandeln. Marktaustrittshilfen für jene Krankenhausträger, die nicht bedarfsnotwendige Krankenhäuser umwandeln, sollten ein Kernelement der überfälligen Krankenhausreform sein.

### Fazit: Gute DRG, schlechte Rahmenbedingungen

Durch das DRG-System ist es gelungen, von einer archaischen Tagessatzvergütung zu einer differenzierten Vergütung medizinischer Leistungen zu kommen. So wurde die Effizienz in den Kliniken erhöht und für die Versicherten Leistungstransparenz geschaffen. Aber die Rahmenbedingungen sind nicht reformiert worden, sodass es eine der zentralen Aufgaben einer Weiterentwicklung der DRG-basierten Vergütungssystematik ist, die Kapazitäten und das Leistungsniveau

wieder an den Bedarf heranzuführen. Voraussetzung ist, dass Finanzierungsverantwortung und Entscheidungskompetenz zusammengeführt werden und die Krankenkassen im Sinne der Versicherten mehr Einfluss auf die strukturelle Entwicklung der stationären Versorgung erhalten. Ausschreibungsmodelle sind im Sinne des Versicherten ein vernünftiges Konzept, um die Versorgung auf qualitativ bessere Anbieter zu konzentrieren.

### Nutzenbewertung und Qualität

Entscheidend für die Kapazitäts-, Niveau- und Mengenfrage wird langfristig sein, ob es gelingt, notwendige von nicht notwendigen Leistungen und notwendige von nicht notwendigen Standorten oder Abteilungen zu unterscheiden. Das gilt insbesondere für neue, innovative Leistungen ohne nachgewiesenen Nutzen. Reformziel im Sinne eines besseren Patientenschutzes sollte es deshalb sein, alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch unklar ist, künftig zunächst in Innovations- oder Studienzentren einzusetzen und dort zu evaluieren. Erst nach erfolgreichem Abschluss der Studien würde die flächendeckende Vergütung erfolgen.

Schlussendlich führt die Entwicklung eines leistungsorientierten Vergütungssystems gerade zwangsläufig zur Berücksichtigung von qualitativen Aspekten bei der Vergütung. Qualitativ gute Leistung sollten höher vergütet werden als qualitativ minderwertige Leistung. Das ist alles andere als trivial und potenziert die Anforderungen an die Systementwicklung. Da neue Qualitätsindikatoren eine lange Entwicklungszeit haben (Anhaltswert im Gemeinsamen Bundesausschuss: fünf Jahre), gilt es zunächst, die über 300 existierenden Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung zu nutzen. Bislang ist diese Qualitätsmessung weitestgehend folgenlos. Die Integration von DRG-Vergütung und Qualitätsbewertung dürfte das zentrale Thema der zweiten DRG-Dekade werden.

Literaturhinweise bei den Verfassern.

#### Anschrift der Verfasser:

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Dr. David Scheller-Kreinsen  
Abteilung Krankenhäuser  
GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 30  
10117 Berlin



Wenn Patienten Leistung abholen aber die Kosten da lassen: Erfolgreiches Klinikinkasso auch im Ausland mit SFG Forderungsmanagement.

### Erfolgreiches Klinikinkasso mit Auslandsinkasso weltweit

Erfolgreicher Einzug offener Patientenrechnungen. Egal ob Einzelfall oder Mengeninkasso. Transparent und immer Online-Zugriff auf alle Vorgänge, Kosten und Statistiken.

#### Ausland

Behandlungen ausländischer Patienten ohne EHIC oder PEB? Außenstände? Die Kommunikation und Recherche nach Patienten im Ausland übernehmen unsere Vertragsanwälte und unsere Auslandsnetzwerke. SFG zeigt Patienten schnell auf, dass die eigene Landesgrenze nicht vor Forderungen schützt.

Die enge Kooperation der SFG Forderungsmanagement GmbH mit der Kanzlei Bayh & Fingerle garantiert mittels Anwaltsinkasso\* absolute Einhaltung der Schweigepflicht. Egal ob 5,00 € oder 1.000,00 € und höher.

#### Titelüberwachung

Wenn sich Ihr Aufwand nicht mehr rechnet, sollten Sie Ihre Forderungen nicht in der Schublade vergessen. Setzen Sie stattdessen auf die professionelle Titelverfolgung der SFG.

**S/F/G**  
Forderungsmanagement

**WIR HOLEN IHR GELD HEIM**  
Deutschland – Europa – Welt

\*Ein Produkt der BAYH FM, einem Geschäftsbereich der RAe BAYH & FINGERLE. Im Auftrag der SFG Forderungsmanagement GMBH

Bolzstraße 4, 70173 Stuttgart  
Tel.: +49 (0)711 22863-0, Fax: +49 (0)711 22863-99  
E-Mail: info@sfg-inkasso.de  
www.sfg-forderungsmanagement.de