

Allgemeine Auswirkungen der DRG auf die deutschen Krankenhäuser

Im Jahr 1999 war die Begründung für Bettenabbau noch nicht die »Qualität« (»Ich als Patient hätte aber schon gern Gewissheit, dass ich richtig behandelt werde und überlebe«, sagt Jan Böcker, Koordinator der Bertelsmann-Studie zum »radikalen Umbau der Krankenhauslandschaft« am 3. Juli 2019 im *Kölner Stadt-Anzeiger* zur Begründung für die angestrebte Schließung von kleinen Krankenhäusern). Im Jahr 1999 ging es noch um die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), also um Lohnkosten der Unternehmen, sprich: die Höhe der Unternehmensgewinne. Die Einführung »des neuen pauschalierenden Entgeltsystems«, der DRG, war wesentlicher Inhalt des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (GKV-GRG 2000). Die Gesetzesbegründung verweist auf Strukturen, Bettenzahlen und die Beitragssätze der GKV: *»Mit diesem Gesetz werden weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen angestrebt. Sie sind Voraussetzung dafür, dass die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können.«* (BT-Drs. 14/1245, S. 113)

► DRG-Folgen: Krankenhausschließungen, Bettenabbau, Leistungsausdehnung

Die Hoffnung, über eine »Reduzierung der Bettenzahlen«, also die Schließung zahlreicher Krankenhäuser, zu einer Verringerung der Zahl der Krankenhausfälle und so zu einer »Stabilisierung« der Kosten zu kommen, beruhte auf der Annahme, dass das DRG-System »Gewinner- und Verlierer-Krankenhäuser« hervorbringen würde. »Gewinner« sollten diejenigen werden, die die Durchschnittskosten unterschreiten, die in die Berechnung der Bewertungsrelationen einfließen, »Verlierer« diejenigen, die diese Kosten überschreiten. Die »weitreichenden Strukturveränderungen« sollten da-

rin bestehen, dass die »Verlierer-Krankenhäuser« ganz oder teilweise vom Krankenhausmarkt verschwinden. Zentralisierung und Privatisierung sollten vorangetrieben werden.

Das gelang in erheblichem Umfang: Die Zahl der Krankenhäuser, die bereits im Zeitraum von 1991-2003 von 2.411 auf 2.197 reduziert wurde, sank um weitere 255 auf 1.942 im Jahr 2017. Die Zahl der Betten sank in den 15 DRG-Jahren von 2003 bis 2017 um 50.102 auf 497.182. Die Fallzahlen fielen jedoch nur in den Jahren 2004 und 2005 (von 17,3 Millionen im Jahr 2003 auf 16,5 Millionen im Jahr 2005) und stiegen danach wieder stark an (auf 19,4 Millionen im Jahr 2017).

Der Grund für die Fallzahlsteigerung ist, dass die Krankenhäuser sich systemkonform im DRG-System bewegten: Sie versuchten, ihre Kosten stark zu senken bei den DRG, die sich lohnen, und ihre Fallzahlen und die »Fallschwere«, die die Höhe der Vergütung bestimmt, zu steigern. Das vor allem durch Personalabbau im nichtärztlichen Bereich und Outsourcing eingesparte Geld investierten sie – soweit es nicht für Dividenden u.ä. verwendet wurde – in Baumaßnahmen, medizinische Geräte und die übertariflichen Gehälter von ärztlichen Leitungskräften. So erweiterten kleine und mittlere Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum um Maßnahmen, die bis dahin Maximalversorgern vorbehalten waren, und versuchten so, ihre Existenz im politisch erzeugten Konkurrenzkampf zu sichern.

Die Entwicklung der Fallzahlen und der Fallschwere ist eine vom Gesetzgeber unbeabsichtigte, in der betriebswirtschaftlichen Logik der Geschäftsführungen aber zwangsläufige Folge der DRG-Einführung. Sie steht dem Erreichen des proklamierten Ziels, »dass die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können«, entgegen. Ein weiteres Problem kommt hinzu: Krankenhäuser, die in heftiger Konkurrenz miteinander stehen, werden nicht freiwillig Betten oder Abteilungen schließen. Das hat auch schon einer der neoliberalen Vordenker des Umbaus der Krankenhauslandschaft, Boris Augurzky, Leiter des Kompetenzbereichs »Gesundheit« am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch, erkannt: »Tatsächlich läuft der Prozess der Zentralisierung bereits. Krankenhauskapazitäten werden durchaus gebündelt, wenn auch langsam. (...) Um in Deutschland »dänische Verhältnisse« zu erreichen, wären mindestens 80 Milliarden Euro nötig. Kapital allein reicht aber nicht. Für eine Schwerpunktbildung braucht es im Vorfeld eine Verbundbildung.«²¹ Die Koopera-

21 Boris Augurzky, »Kapital allein reicht nicht. Zur Strukturreform der Krankenhauslandschaft«, f&w, 11/2019, S. 978

tion von Krankenhäusern und die Verbundbildung (eigentlich eine sinnvolle Sache) als Katalysator für Standortschließungen und Bettenabbau! → siehe Tab. 1

Tab. 1: Krankenhaus- und Bettenabbau, Fallzahlenanstieg und Verweildauerrückgang seit 1991

Jahr	Krankenhäuser	Betten	Fallzahl	Verweildauer in Tagen
1991	2 411	665 565	14 576 613	14,0
1992	2 381	646 995	14 974 845	13,3
1993	2 354	628 658	15 191 174	12,6
1994	2 337	618 176	15 497 702	12,0
1995	2 325	609 123	15 931 168	11,5
1996	2 269	593 743	16 165 019	10,8
1997	2 258	580 425	16 429 031	10,5
1998	2 263	571 629	16 847 477	10,2
1999	2 252	565 268	17 092 707	9,9
2000	2 242	559 651	17 262 929	9,7
2001	2 240	552 680	17 325 083	9,4
2002	2 221	547 284	17 432 272	9,2
2003	2 197	541 901	17 295 910	8,9
2004	2 166	531 333	16 801 649	8,7
2005	2 139	523 824	16 539 398	8,7
2006	2 104	510 767	16 832 883	8,5
2007	2 087	506 954	17 178 573	8,3
2008	2 083	503 360	17 519 579	8,1
2009	2 084	503 341	17 817 180	8,0
2010	2 064	502 749	18 032 903	7,9
2011	2 045	502 029	18 344 156	7,7
2012	2 017	501 475	18 620 442	7,6

Jahr	Krankenhäuser	Betten	Fallzahl	Verweildauer in Tagen
2013	1 996	500 671	18 787 168	7,5
2014	1 980	500 680	19 148 626	7,4
2015	1 956	499 351	19 239 574	7,3
2016	1 951	498 718	19 532 779	7,3
2017	1 942	497 182	19 442 810	7,3

Quelle: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser, 2017

► »Dynamik in Bezug auf die Strukturbereinigung« durch staatlichen Eingriff plus ökonomischen Druck

Aus diesem Grund entschieden sich die politisch Verantwortlichen im Jahr 2015 für einen weiteren staatlichen Eingriff. Auf Grundlage des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) errichteten sie den »Strukturfonds«. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschrieb dessen Wirkungsweise im »Gutachten 2018« so: *»Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) neu errichtete Strukturfonds stellt zunächst in den Jahren 2016 bis 2018 insgesamt bis zu einer Milliarde Euro zur Förderung strukturverbessernder Vorhaben bereit. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 wurde festgehalten, dass der Strukturfonds für weitere vier Jahre in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich fortgesetzt werden soll. (...) Insbesondere sollen der Abbau von akutstationären Überkapazitäten, die Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. (...) Die Länder, die eine Förderung aus dem Strukturfonds beantragen, müssen einen Beitrag in gleicher Höhe zuschießen. Außerdem wird den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, durch eine finanzielle Beteiligung des Trägers an der zu fördernden Einrichtung ihren 50-prozentigen Förderanteil zu reduzieren. (...) Die hohe Inanspruchnahme des Strukturfonds im Krankenhausmarkt spricht für den Erfolg der erstmaligen Initiative auf der Bundesebene insofern, als eine gewünschte Dynamik in Bezug auf die Strukturbereinigung ausgelöst wurde.«*

Die Gesamtdynamik soll nun beschleunigt werden. Zum Kostendruck sollen gezielte finanzielle Förderung von Schließungen, Druck durch immer mehr Qualitätsvorgaben und Mindestmengenregelungen (eigentlich ebenfalls sinnvolle Vorgaben)

und am Ende planerische Konsequenzen durch die Bundesländer kommen. Die Zahl der diesbezüglichen Gutachten von Beratungsfirmen steigt steil an. Sie dienen der argumentativen (ideologischen) Unterfütterung der Vorhaben. (Kapitel II.3)

► DRG-Folgen: Veränderungen im Inneren der Krankenhäuser

► »Es muss sich rechnen« als oberstes Prinzip

Für jeden, der im Krankenhaus schon vor der DRG-Einführung gearbeitet hat, ist die am meisten beeindruckende und vermutlich auch am meisten verstörende Änderung der neue Geist, der allenthalben zu spüren ist. Alles steht unter dem Zwang, sich rechnen zu müssen. Mitgefühl hat da immer weniger Platz. Das fängt im Kleinen an, wenn in den elektronischen Patientenakten kleine grüne, gelbe oder rote Ampeln anzeigen, ob ein Patient schon zu lange liegt, und endet nicht damit, dass insbesondere die Ärzt*innen den Druck verspüren, dass ihre Entscheidungen über Aufnahme, Behandlungsart, Dokumentation und Entlassung in letzter Konsequenz über die Fortexistenz des Krankenhauses entscheiden. Dieses ökonomische Kalkül ist den meisten, die sich einmal für einen Beruf im Krankenhaus entschieden, zutiefst fremd und belastet mindestens genauso stark wie die ständig steigende Arbeitshetze.

► Schaffung von neuen, lukrativen Abteilungen und Luxusangeboten

Kein Krankenhausmanager, der nicht versucht, das »Portfolio« (auch die Verwendung dieses Begriffs aus der Welt der kapitalistischen Großunternehmen ist bezeichnend für den Geist, der durch die DRG aus der Flasche gelassen wurde) seines Hauses aufzupeppen. Systematisch werden Verdienstmöglichkeiten gescannt und neue Abteilungen oder Schwerpunkte (Pneumologie, Handchirurgie, Endoprothetik, Rheumatologie usw.) eingerichtet, bei denen ein Profit winkt. Die Konkurrenzsituation unter den Krankenhäusern (»Alleinstellungsmerkmal«) ist dabei viel interessanter als die Sorge um die Versorgungslage der Bevölkerung.

In diese Rubrik gehört auch der Ausbau der Angebote für Privatpatient*innen – angefangen bei der abgesonderten Luxusstation in besonders guter Lage, über Minibars, Hausschuhe, Bademantel, Zeitung bis hin zu speziellen Servicekräften, die den betuchten Privatpatient*innen »jeden Wunsch von den Augen ablesen«. In diese Rubrik gehört auch der Run auf wohlhabende ausländische – privat zahlende – Patient*innen, weil diese ohne Anrechnung auf die Budgets und Patientenzahlen behandelt werden dürfen.

► Immer mehr Großgeräte

Seit in die DRG immer mehr Elemente der Einzelleistungsvergütung eingebaut wurden (das Relativgewicht einer DRG – und damit die Vergütung – lässt sich durch bestimmte am jeweiligen Patienten ausgeführte Prozeduren deutlich steigern), wird es natürlich auch immer lukrativer, bestimmte Großgeräte vorzuhalten, die zu einer solchen Einnahmensteigerung beitragen. Dementsprechend ist die Zahl dieser Großgeräte seit 2004 deutlich angestiegen: siehe Abb. 9, 10²². Die Privaten sind wie immer Vorreiter, aber natürlich kann und wird sich kein Krankenhaus – egal welcher Träger – dieser ökonomischen Logik entziehen. Klar ist auch, dass mit einem solchen finanziellen Anreizsystem die individuelle Betreuung, Zuwendung und Anteilnahme nicht mehr gefragt sind. → siehe Abb. 9, 10

► Qualitätsmanagement und Zertifizierungen als Marketing-Instrumente

In Zeiten, in denen die Qualität durch Sparwut und Leistungsausdehnung am meisten gefährdet ist, darf die Beweihräucherung der hohen Qualität der Versorgung natürlich nicht fehlen. Kein Begriff wird von Gesundheitspolitiker*innen und Manager*innen derzeit mehr bemüht als »die Qualität«. Im Koalitionsvertrag der großen Koalition zur Bundestagswahl 2013 kam das Wort Qualität im Kapitel zur Krankenhauspolitik auf zweieinhalb Din A4-Seiten insgesamt 25 Mal vor! Das einzige Problem dabei ist, dass etwas ganz anderes gemeint ist als wirkliche Qualität. Es ging im Wesentlichen um Qualitätsverträge und Qualitätszu- und -abschlüsse, also um weitere Wettbewerbsinstrumente (Kapitel 1.6). Dennoch ist natürlich auch den Gesundheitspolitikern und Managern klar, dass die wirkliche Qualität leidet, wenn mit immer weniger Personal immer mehr Leistungen erbracht werden müssen. So werden zunehmend Qualitätsnachweise gefordert und Qualitätsberichte müssen ausgefüllt werden, die schon aufgrund ihres Umfangs mehr verhüllen als erhellen. Alles riesiger Arbeitsaufwand und riesige Kosten. Dabei sollte doch eigentlich klar sein, dass die beste Garantie für mehr Qualität mehr Personal ist.

Eine quasi freiwillige Qualitätskontrolle der Krankenhäuser sind die Zertifizierungen, die jede Abteilung, die etwas auf sich hält, vorweisen muss. Für teures Geld

22 Die Darstellung der Entwicklung erfolgt bezogen auf jeweils 10.000 Betten, weil damit die Veränderung der Bettenzahlen – insbesondere auch zwischen den Trägern – sich nicht verfälschend auf das Ergebnis auswirkt.

Abb. 9: Prozentuale Zunahme Großgeräte (pro tausend Betten) 2004–2017

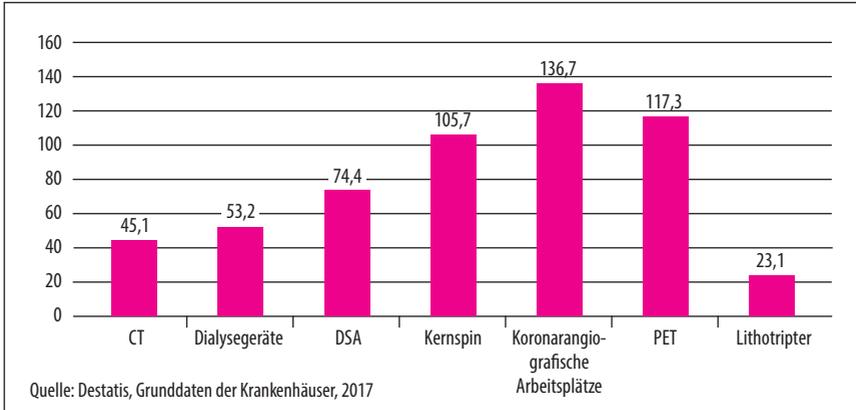
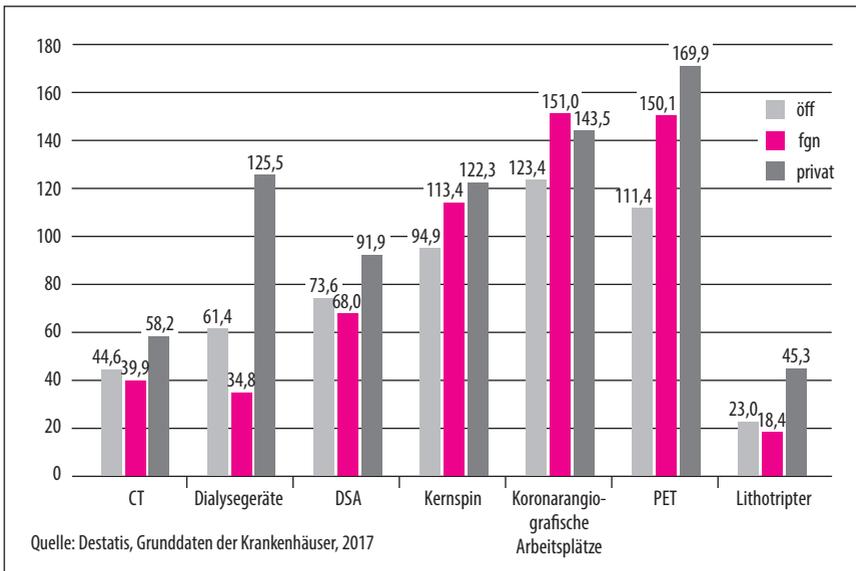


Abb. 10: Prozentuale Zunahme Großgeräte (pro tausend Betten) nach Trägern 2004–2017



werden sie von spezialisierten Beraterfirmen durchgeführt. Wer solche Zertifizierungen einmal live miterlebt hat, weiß, dass es hierbei nur um Marketing geht und wirkliche Effekte auf die tatsächliche Behandlungsqualität nicht zu erwarten sind.

Hochformalisiert werden Strukturen, Abläufe und Arbeitsbeschreibungen abgefragt. Ob sich die Beschäftigten tatsächlich daran halten (und halten können), ist in der Regel nicht Gegenstand des Zertifikats.

► **Ausbau Controlling**

Früher bestand die Verwaltung eines Krankenhauses aus einer Wirtschaftsabteilung (Einkauf), aus der Personalabteilung und der Finanzabteilung. Das hat sich gründlich geändert. Es gibt immer stärker anwachsende Controllingabteilungen, untergliedert nach Finanz- und Medizin-Controlling. Es gibt ein Case-Management, ein Entlassmanagement, eine Abteilung für Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und vieles mehr, was dazu dient den gläsernen Patienten, die gläserne Abteilung und die gläserne Mitarbeiterin zu schaffen. Auch hier gilt, dass der Aufwand ins Grenzenlose wächst, um zu verhindern, dass das jeweilige Krankenhaus zum Opfer der Ökonomisierung wird und es zum »Marktaustritt« kommt.

► **DRG-Folgen: Die »Kollateralschäden«**

► **Unterfinanzierung der Hochleistungsmedizin und von Extremkostenfällen**

Da sich die DRG-Preise an den durchschnittlichen Kosten festmachen, müssen »Kostenausreißer« durch »Mischfinanzierung« (einfache Fälle) ausgeglichen werden. Das allein ist schon hochproblematisch, weil dadurch ein Anreiz gesetzt wird, einfache, kostengünstige Fälle (junge, »gesunde« Patient*innen ohne Nebenerkrankungen) zu selektieren und schwere (sowie gleichzeitig kostenintensive) möglichst nicht zu behandeln. Gänzlich unerträglich wird das aber bei Kliniken, die aufgrund ihres Versorgungsauftrags verpflichtet sind, auch die schwersten Fälle zu behandeln. Dass solche »Extremkostenfälle« und damit die Hochleistungsmedizin im Fallpauschalensystem unterfinanziert sind, erkennt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem »Gutachten 2018« (Ziff. 399 ff.) an: *»Der Extremkostenbericht des InEK zeigt auf Basis der zusätzlich erhobenen Informationen bei den Kalkulationskrankenhäusern für das Datenjahr 2016, dass die Hochschulkliniken und andere Maximalversorger bei Extremkostenfällen oder Kostenausreißern deutlich unterfinanziert waren. (...) Im intertemporalen Vergleich wiesen 12 Krankenhäuser in der Gruppe von Hochschulkliniken und Maximalversorgern eine Kostenunterdeckung der Extremkostenfälle von 51,1 Millionen Euro auf, somit war eine Zunahme der Kostenunterdeckung um 3,6 Millionen*

Euro gegenüber dem Jahr 2015 zu verzeichnen (InEK 2018). (...) Die Medizinische Hochschule Hannover, die sich seit dem Jahr 2002 an der Kostenkalkulation des InEK beteiligt, hat Extremkostenfälle als solche definiert, die mehr als 20.000 Euro kosten und deren Erlöse weniger als die Hälfte der angefallenen Kosten decken. Für das Jahr 2011 fielen 320 Fälle unter diese Definition und verursachten insgesamt ein Defizit von 8 Millionen Euro. Die Unterdeckung pro Fall betrug rund 25.000 Euro. Bei den von der MHH erfassten Extremkostenfällen zeigte sich eine Streuung über das gesamte DRG-System mit einer Häufung bei Brandverletzten und bei großen rekonstruktiven chirurgischen Eingriffen. Außerdem fiel in früheren Erfassungsjahren bei den Extremkostenfällen auf, dass überdurchschnittlich viele dieser Patienten von anderen Krankenhäusern zugewiesen wurden.»

Die Zuweisung von anderen Krankenhäusern erfolgt vielfach, um die »Extremkosten« dort zu vermeiden. Auch das zeigt den Widersinn des auf Konkurrenzkampf und Gewinnerzielung ausgerichteten Finanzierungssystems. → siehe Abb. 11

► **Unterfinanzierung der ambulanten Krankenhausversorgung**

»Die Versorgung von Patienten in der Notaufnahme verursacht für die Krankenhäuser in Deutschland jedes Jahr einen Fehlbetrag von rund einer Milliarde Euro«, schreibt das »Ärzteblatt« unter Berufung auf den »Leipziger Krankenhausökonom Wilfried von Eiff.«

»Die durchschnittlichen Kosten, die ein ambulanter Notfallpatient bei der Behandlung in einer Krankenhaus-Notaufnahme verursacht, lägen bei 126 Euro, so der Krankenhausökonom. Demgegenüber stünden im Schnitt Erlöse pro Fall in Höhe von nur 32 Euro.«²³

»Die Vergütung von Hochschulambulanzen weist nach Angaben der Universitätskliniken ebenfalls kein kostendeckendes Niveau auf. Insbesondere die hochspezialisierte tertiäre Ambulanzversorgung an den Universitätskliniken erfordert eine aufwendige Diagnostik und Therapie, die durch Quartalspauschalen nicht ausfinanziert ist« (Gutachten 2018, Ziff. 403).

Eine annähernd kostendeckende Finanzierung der Notaufnahmen und Ambulanzen ist nur dann möglich, wenn viele ambulante Patient*innen stationär aufgenommen und einer Abrechnung im Fallpauschalensystem zugeführt werden. Das ist aber eigentlich nicht der Sinn der Sache und es beinhaltet die Gefahr der Über- und Fehlversorgung. Eigentlich ist es sinnvoll, dass die Krankenhausambulanzen die zen-

23 www.aerzteblatt.de, 22.08.2016

Abb. 11: Plakataktion kommunaler Großkrankenhäuser

Ihr zu helfen ist unwirtschaftlich...

... für uns aber selbstverständlich.

Sandra M. (34), lebensgefährlich verletzt.

15 große Operationen folgen,
5 Wochen Intensivstation,
3 Monate Krankenhaus.

Behandlungskosten	194.000 €
Vergütung	106.000 €
nicht erstattet	88.000 €

So will es da Goetz zur Krankenhausfinanzierung.

Wir fordern deshalb, dass eine leistungsgerechte Finanzierung ebenfalls selbstverständlich ist

Wir unterstützen das Aktionsbündnis www.rettung-der-krankenhaeuser.de



Klinikum Augsburg
 Klinikum Bayreuth Hohe Warte
 Vivantes Klinika Berlin
 Klinikum Bielefeld
 Klinikum Braunschweig
 GesundheitNord Klinikverbund Bremen
 Klinikum Dortmund
 Städtisches Klinikum München
 Klinikum Nürnberg
 Klinikum Stuttgart

trale Anlaufstelle für ambulante Notfallbehandlung sind, weil so bei schwereren Fällen das notwendige notärztliche Fachwissen und der direkte Zugang zur stationären Aufnahme unmittelbar vorhanden sind. Das geht aber nur, wenn die Krankenhaussambulanzen so ausgestattet sind, dass sie der Inanspruchnahme gewachsen und wenn sie auskömmlich finanziert sind.

► **»Ökonomischer Druck bedroht Versorgung in Kinderkliniken«**

»In Kinderkliniken droht ein akuter Versorgungsnotstand, der dem zunehmenden ökonomischen Druck durch das DRG-System geschuldet sei, heißt es in der Cope-Studie des Forschungszentrums Ceres der Universität Köln.«

»Nach den Ergebnissen werden die Bedürfnisse von Kindern und der fachbedingte Mehraufwand der Pädiatrie im derzeitigen Entgeltsystem und auf individueller Krankensebene nicht ausreichend berücksichtigt. Die Unterfinanzierung der Pädiatrie habe dazu geführt, dass die Versorgung kranker Kinder nicht mehr umfassend gewährleistet sei. Die Folge seien ein Abbau pädiatrischer Versorgungseinrichtungen und -kapazitäten.«

»Die erheblichen Erlösunterschiede führten zu einem Wettbewerb um ertrags-

starke Subdisziplinen wie Neonatologie und Onkologie auf Kosten von Bereichen wie der Allgemeinpädiatrie. Nach Berichten in der ›FAZ‹ sieht das Bundesgesundheitsministerium aber keinen Handlungsbedarf bei DRG in der Pädiatrie.«²⁴

Diesen Handlungsbedarf formulieren stattdessen die Expert*innen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) in ihrer »Petition zur Beendigung der Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Versorgung«: *»Die DAKJ als Dachverband der konservativen und operativen kinder- und jugendmedizinischen Verbände und Gesellschaften fordert die Politik deshalb mit Nachdruck auf, die Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen zu beenden. (...) Wenn das hohe Versorgungsniveau in der Kinder- und Jugendmedizin erhalten werden soll, bedarf es dringend einer Neuregelung der Finanzierungssystematik sowie wirksamer Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärzte- und Pflegekräftemangels in der Kinder- und Jugendmedizin.«²⁵*

Oft ist es so, dass die Kinderkrankenhäuser/-abteilungen die größten Defizite von allen Abteilungen haben. Deshalb wurde versucht, diese Defizite durch noch stärkeren Personalabbau zu kompensieren – zu Lasten der kleinen Patient*innen und der Beschäftigten. Es wird Zeit, dass sich die Fachverbände endlich klar und deutlich gegen die DRG-Finanzierung aussprechen.

► **Ruin kleiner Krankenhäuser und Gefährdung der flächendeckenden Versorgung**

»Eine Leistungserbringung zu wettbewerbsfähigen Kosten ist an eine gewisse Krankenhausgröße gebunden. (...) Die flächendeckende wohnortnahe Versorgung für einen Teil der Leistungen ist gesellschaftlich und politisch gewollt. (...) Eine Lösung dieser strukturbedingten Finanzierungsprobleme ist im G-DRG-System nicht möglich.«²⁶

Wie überall in der kapitalistischen Wirtschaft können sich die Kleinen im Regelfall nicht behaupten und verschwinden vom Markt. Dies wurde schon früh (2008 – siehe Zitat) erkannt, aber es wurde nichts dagegen unternommen – eine »Marktberreinigung« war ja erwünscht. Dementsprechend haben sich auch die Defizitzahlen entwickelt.

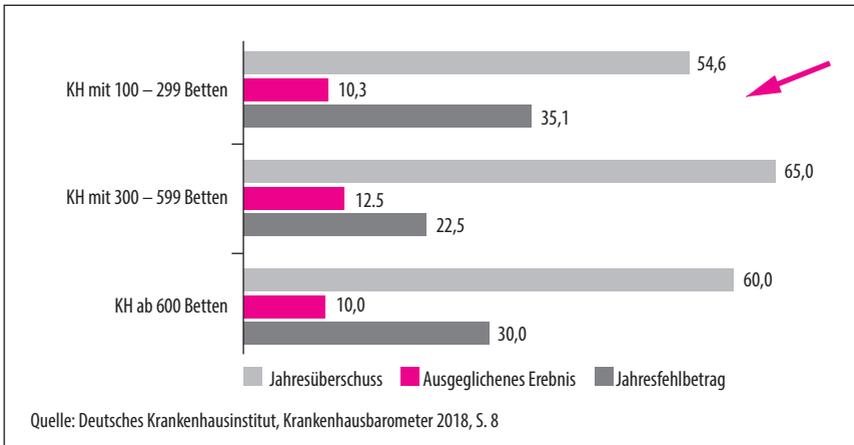
→ siehe Abb. 12

24 Zitate aus: Ärzte Zeitung online, 16.09.2019

25 Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin: »Petition für bessere Rahmenbedingungen in der medizinischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen«, www.dakj.de

26 Norbert Roeder, Holger Bunzemeier, Wolfgang Fiori, »Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008«. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, G-Research-Group, Münster, Juni 2007, www.dkgev.de, S. 19

Abb. 12: Jahresergebnis der Krankenhäuser 2017 nach Bettengrößenklassen (Krankenhäuser in %)



Die Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung wird zwar überall betont, tatsächlich wird sie aber gerade demontiert. (Kapitel II.3)

► DRG-Folgen: Nicht eingelöste Versprechungen

Wie steht es um die Verwirklichung der von Regierung und Ministerialbürokratie bei Einführung der DRG selbst benannten Ziele? In der Begründung zum Fallpauschalengesetz 2002 wird ausgeführt: »Das neue Entgeltsystem soll das Leistungs-geschehen im Krankenhausbereich transparenter machen, die Wirtschaftlichkeit fördern und die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen. Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausesintern wie auch krankenhausesübergreifend bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden. Das neue Entgeltsystem soll vor allem auch dazu beitragen, dass die in der bisherigen Budgetsystematik angelegten Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel abgebaut werden. Das Geld soll den Leistungen folgen können. (...) Einen besonderen Stellenwert in einem Fallpauschalensystem hat die Qualitätssicherung. Die dazu vorgesehenen Instrumente zusammen mit der Transparenz der Leistungen werden zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung führen« (BT-Drs. 14/6893, S. 26).

Ob und inwieweit die postulierten Ziele erreicht wurden, bewertet Michael Simon im Sammelband »Geld im Krankenhaus«²⁷. Hier eine Zusammenfassung seiner wichtigsten Überlegungen und Aussagen:

Es trifft nicht zu, dass die Entwicklung der Krankenhausausgaben vor der DRG-Einführung die **Beitragsatzstabilität in der GKV** gefährdete. Nachdem die Krankenhausausgaben nach 1990 infolge der notwendigen Modernisierung ostdeutscher Krankenhäuser kurzzeitig angestiegen waren, blieben sie ab 1994 konstant bei ca. 2,7% des Bruttoinlandsproduktes (BIP). (Näheres siehe Kapitel I.4)

Hinsichtlich der **Leistungen** der Krankenhäuser gibt es mittlerweile mehr und differenziertere Daten als noch vor Einführung des DRG-Systems. Dies steht jedoch in keinem kausalen Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen. Die deutlich verbesserte Datenlage zu Diagnosen und Leistungen basiert nicht auf den DRG-Kodes, sondern auf Diagnosedaten, die auf Grundlage der internationalen Klassifikation der Diagnosen (ICD) erhoben werden, und auf Leistungsdaten, die in Form von Kodes und sprachlichen Definitionen des deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) erhoben und veröffentlicht werden. Hauptdiagnosen sind von den Krankenhäusern schon seit 1985 zu dokumentieren. Die Verbesserung der Datenlage resultiert aus entsprechenden Änderungen der Krankenhaus-Statistikverordnung (KHStatV).

Eine Erhöhung der **Kostentransparenz** bewirkt das DRG-System nicht. Vor seiner Einführung waren die Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen vor Budgetverhandlungen eine Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vorzulegen, die Auskunft über ihre Kostenstrukturen gab (Anlage 3 BpflV 1995). Diese Verpflichtung entfiel mit Einführung der DRG.

Auch bei der **Entwicklung der Verweildauern** hat das DRG-System das gesteckte Ziel nicht erreicht. Der Rückgang der Verweildauer in deutschen Krankenhäusern hat nicht erst mit Einführung der DRG begonnen, sondern lässt sich seit der Gründung der Bundesrepublik beobachten. Seit Einführung der DRG hat sich dieser Trend nicht verstärkt, sondern eher abgeschwächt. Während im Zeitraum von 1991 bis 2004 die durchschnittliche Verweildauer vollstationärer Fälle in Allgemeinkrankenhäusern jährlich um durchschnittlich 3,7% zurückging, waren es im Zeitraum 2005 bis 2016 jährlich nur noch durchschnittlich 1,7%.

Einige Gründe für die Abschwächung der Verweildauerverkürzung sind:

27 »Geld im Krankenhaus: Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems«, hg. von Anja Dieterich, Bernard Braun, Thomas Gerlinger, Michael Simon, Wiesbaden 2019

- Bei schon vorher niedrigen Verweildauern und gleichzeitig der Behandlung immer schwererer Fälle (die leichten werden zunehmend ambulant behandelt) lässt sich eine weitere Senkung nur schwer erreichen.
- Bei Unterschreitung der »unteren Grenzverweildauer« müssen die Krankenhäuser erhebliche Vergütungsabschläge hinnehmen.

Die Höhe der Fallpauschalen richtet sich nicht nach den **Kosten einer wirtschaftlichen Betriebsführung**. Mit Wirtschaftlichkeit ist gemeint:

- das Prinzip der Angemessenheit der Leistungen (§ 12 SGB V)
- Wirksamkeit geht vor Sparsamkeit
- sparsame Mittelverwendung ohne Verschwendung

In den Kalkulationskrankenhäusern werden lediglich die tatsächlich angefallenen »Ist-Kosten« erhoben. Ob diese Ergebnis einer wirtschaftlichen Arbeitsweise im oben genannten Sinn sind, ist unbekannt und bedeutungslos. Auf Grundlage des Durchschnitts der so ermittelten Ist-Kosten werden die Bewertungsrelationen berechnet, die nach Multiplikation mit einem »politisch« gedeckelten und auf Landesebene verhandelten Landesbasisfallwert die für den Einzelfall zu zahlende Fallpauschale ergeben. Wirtschaftlichkeit wird also an einem Durchschnittswert festgemacht. Wer darunter liegt ist wirtschaftlich, wer darüber liegt nicht. Was für den Patienten und die Beschäftigten notwendig ist spielt dabei keine Rolle. Da jeder versucht wirtschaftlich (also unter dem Schnitt) zu sein, entsteht eine Spirale nach unten, die sich nur negativ auf die Versorgungsqualität und die Arbeitsbedingungen auswirken kann.

Der Anspruch, das deutsche DRG-System sei leistungsorientiert oder leistungsgerecht, weil es nach dem Grundsatz »das Geld folgt der Leistung« verfähre, entspricht nicht der Wirklichkeit. Tatsächlich ist es umgekehrt: Die Leistung folgt dem Geld. Anders ausgedrückt: Es werden immer mehr Leistungen ausgeführt und abgerechnet, um an mehr Geld zu kommen.

► Fazit

Die DRG haben die Krankenhäuser weder besser noch billiger gemacht. Sie haben Zentralisierungen, Krankenhaussterben und Bettenschließungen vorangetrieben, und sie haben den Zweck dieser Einrichtungen der Daseinsvorsorge pervertiert: Profitmacherei statt guter Versorgung. Es wird Zeit, dass sich das ändert.