



## Entgeltsystem DRG auf dem Prüfstand

Das DRG-System ist seit Jahren etabliert und der Standard für das komplexe Leistungsgeschehen in Krankenhäusern. Doch es offenbart auch Schwächen. Eine Abschaffung ist jedoch der falsche Ansatz – Zeit für eine Rundumerneuerung.

Von Prof. Dr. Günter Neubauer

Die Diskussion über das Pro und Kontra der DRG ist im vollen Gange. Mit der Ausgliederung der Pflegekosten ist ein erster großer Schritt in Richtung Auflösung gemacht, zumindest ist das System Fallpauschale ausgehöhlt! Die Diskussion mutet so an, als ob mit der Abschaffung der DRG die Mittelknappheit in der Krankenhausversorgung verschwinden würde. Dass dies nicht der Fall ist, ja nicht sein kann, ist zumindest allen Fachleuten völlig klar. Schon die Ausgliederung der Pflegekosten in ein Pflegebudget macht deutlich, dass damit die Mittelknappheit nicht verschwunden ist, sie tritt lediglich in

einem anderen Gewand auf. So verlagert sich bei einem Rückfall in die Kostenerstattung – was von vielen Gegnern der DRG gefordert wird – das Problem in die umstrittene Anerkennung der notwendigen und wirtschaftlichen Kosten.

### Leistungen vergüten, nicht Kosten erstatten

Ein Vergütungssystem, ganz gleich in welchem Leistungsbereich es wirkt, muss stets die erbrachten Leistungen vergüten und nicht die nachgewiesenen Kosten erstatten, wenn die knappen Ressourcen optimal eingesetzt werden sollen. Generell gilt nämlich, dass alle

Akteure im Wirtschafts- und Sozialbereich, aber auch in der Politik – man denke nur an die Parteienfinanzierung – ihre Mittelausstattung möglichst komfortabel gestalten wollen. Werden Kosten erstattet, dann ist es Ziel der Akteure, möglichst hohe Kosten auszuweisen. Werden Leistungen vergütet, dann werden Zahl und Struktur der definierten Leistungen zum Gegenstand des Bemühens. Die Herausforderung einer leistungsbezogenen Vergütung ist es, die gewünschten Leistungen so zu definieren, dass deren Erbringung auch tatsächlich zielführend ist. In der Patientenversorgung ist das eine bedarfsge-

Foto: Getty Images/gergryzhov

## Qualitätssicherung durch Zuwendungsleistungen

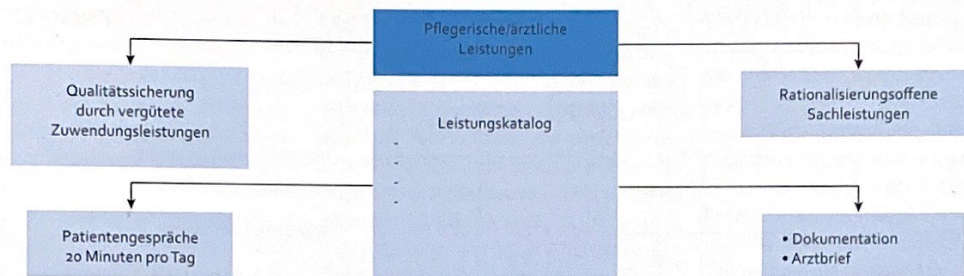


Abb. 1

rechte und wirtschaftliche Behandlung. Die Strukturen der Leistungen werden über die Struktur der Entgelte bestimmt, die wiederum die Bedarfsstruktur abbilden muss.

Will man also die Ergebnisse des DRG-Entgeltsystems neu justieren, so ist zum Ersten zu fragen, ob die gegebene Leistungsdefinition zielführend ist, und zum Zweiten, ob die Vergütungsstruktur in die richtige Richtung lenkt. Auf beiden Feldern gibt es erheblichen Reformbedarf, der sich seit der Einführung des DRG-Systems angestaut hat. Die lineare Fortentwicklung des Systems, vor allem durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), hat nichtlineare Entwicklungen sowohl bei der Leistungsdefinition wie auch bei der Kostenkalkulation außer Acht gelassen. Hinzu kommt das generelle deutsche Streben nach Perfektion, das heißt, das Entgeltsystem soll alle Möglichkeiten der Leistungserbringung abdecken, was für 80 Prozent möglich sein mag, aber eben auch für 20 Prozent nicht. Und genau diese 20 Prozent stellen dann das ganze System infrage. Es gilt also, Mut zur Lücke zu haben und das System so offen und flexibel zu gestalten, dass auch für die 20 Prozent adäquate Lösungen gefunden werden können.

### Zuwendungsleistungen ergänzen

Die DRG-Leistungsdefinition, die auf dem Diagnoseschlüssel und dem Prozedurenkatalog basiert, ist das weltweit beste System zur Standardisierung des

komplexen Leistungsgeschehens in den Krankenhäusern. Dennoch bleiben mindestens zwei Felder unbefriedigend gelöst und das von Beginn an: Das sind zum einen die Pflegeleistungen, die lediglich als Kosten in die Kalkulation eingehen, und zum anderen die Leistungsqualität – beides heute zentrale Kritikpunkte des deutschen DRG-Entgeltsystems.

Pflegeleistungen sind zum einen Sachleistungen, bei denen Rationalisierung erwünscht ist, weil dadurch Arbeitsleistungen eingespart werden können, ohne die Patientenversorgung zu beeinträchtigen. Zuwendungen zu den Patienten hingegen, bei denen ein empathisches Gespräch über Ängste und Hoffnungen geführt wird, sind Teile der Patientenversorgung, die nicht rationalisiert werden dürfen. Dies wird dann erreicht, wenn diese als eigenständige Leistungen in das Entgeltsystem integriert werden und, bei Nachweis, vergütet werden. Technisch lässt sich dies leicht dadurch umsetzen, dass pro Patiententag 20 Minuten Zuwendungsleistung in das jeweilige DRG einkalkuliert werden. Solche Zuwendungsgespräche müssen durch speziell weitergebildete Pflegekräfte oder durch eigene psychologisch ausgebildete Fachkräfte erbracht werden. Diese ersetzen jedoch keinesfalls die Funktionspflege, ergänzen sie jedoch in einem Bereich, der von vielen Patienten, insbesondere von Be-tagten, als derzeit mangelnde Behandlungsqualität empfunden wird. Zugleich ergibt sich damit für Pflegekräfte eine attraktive neue Berufschance, was den

Pflegeberuf aufwertet, das aber nicht als Selbstzweck, sondern am Patienten orientiert, was man nicht bei den Pflegebudgets erkennen kann.

Auch für die ärztlichen Leistungen lassen sich Zuwendungsleistungen in der Form definieren, dass jeder Patient Anspruch auf ein ärztliches Aufnahme- und Entlassungsgespräch von je 20 Minuten hat. Auch das sollte expliziter Teil der DRG-Kostenkalkulation sein und den Patienten bekannt gemacht werden bei einer stationären Aufnahme. Dadurch wird quasi eine systemimmanente Qualitätskontrolle eingebaut, die keiner MD-Nachprüfung bedarf, außer bei Beschwerden durch Patienten oder deren Angehörigen, dass die vorgesehenen Zuwendungsleistungen nicht erbracht wurden.

### DRG-System um Qualitätsindikatoren erweitern

Eine einfache, aber wirkungsvolle Möglichkeit, das DRG-Fallpauschalensystem um Qualitätsindikatoren zu erweitern, besteht darin, eigene qualitätssensible DRG einzuführen. So haben die in den USA entwickelten „Patient Management Categories“ einige Patientengruppen definiert, wie urogenitale Infektionen, Wundinfektionen, Wiederaufnahme wegen Nachblutungen, Patienten ab- und -zuverlegungen sowie weitere ähnlich qualitätssensible Patientengruppen. Die Fallzahlen für diese Gruppen lassen sich in einem Qualitätsindex zusammenfassen, ähnlich dem Schweregradindex, und geben damit schnell, kontinuierlich und unbürokratisch

## Flexibilisiertes Entgeltsystem

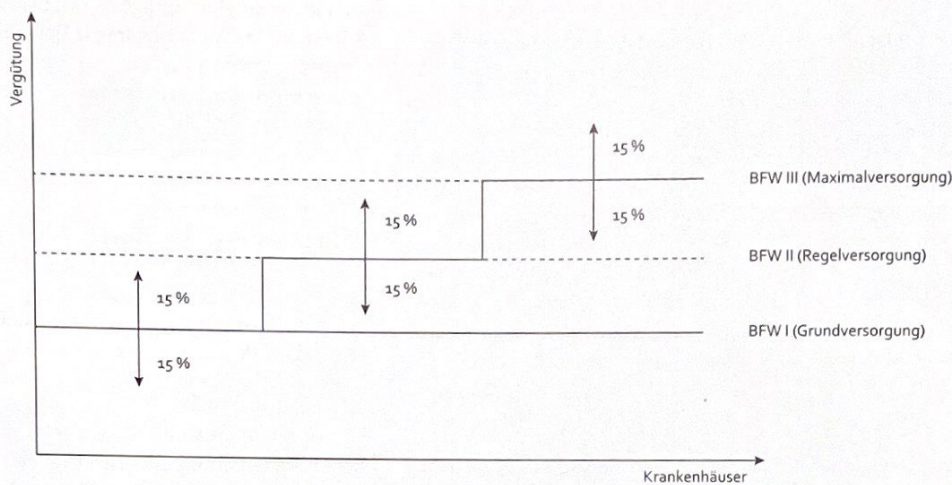


Abb. 2

tisch Auskunft über die Behandlungsqualität, auch für Patienten. Dies schließt tiefgehende Qualitätsbewertungen nicht aus, welche Informationen für die Vertragspartner liefern und dann auch in die Vergütung einfließen sollten. Wichtig ist, die unmittelbar Betroffenen, nämlich die Patienten und deren Angehörige, direkt in die Bewertung der Behandlungsqualität einzubeziehen.

#### Flexibles Preissystem statt kollektive Festpreise

Das derzeitige Entgeltsystem entspricht weitgehend einem kollektiven Festpreissystem, das nicht unähnlich den Preissystemen in sozialistischen Staaten ist. Das InEK kalkuliert die Relativpreise in Form von Kostengewichten auf Basis einer unbefriedigenden Stichprobe von Krankenhäusern, die dann für alle Plankrankenhäuser verbindlich sind.

Der Basisfallwert wiederum wird pro Bundesland einheitlich ausgehandelt und von der Landesbehörde für alle Plankrankenhäuser festgesetzt. Einheitspreise wären aber nur gerechtfertigt, wenn der Bedarf und die Leistungserstellung überall einheitlich, sprich gleich sind. Das ist jedoch weder in der Wirtschaft noch in der Krankenhausversorgung der Fall und wird es auch nie sein! Ein flexibles Preissystem reagiert auf die jeweilige Versorgungslage und steuert auf ein Gleichgewicht hin, ohne es jedoch jeweils zu

erreichen. Bundeseinheitliche Preise in Form eines einheitlichen Basisfallwertes – was immer wieder in die Diskussion eingebracht wird – würden die Leistungssteuerung noch weiter verschlechtern! Wie könnte vor diesem Hintergrund eine zielführende Lösung aussehen?

#### Abgestufte Basisfallwerte und Kostengewichte als Richtgrößen

Ein erster Schritt zur Flexibilisierung der Entgelte wäre es, die Basisfallwerte nach Versorgungsstufen zu differenzieren. Damit könnte auch gleich eine abgestufte Notfallrettung verbunden werden. Die Bestimmung der Versorgungsstufe sollte einerseits nach der Aufgabenzuordnung nach Krankenhausplan und andererseits nach dem durchschnittlichen Schweregrad der Behandlungsfälle erfolgen. Die abgestuften Basisfallwerte werden wie bisher zwischen Krankenhausgesellschaften und Kassenverbänden auf Landesebene ausgehandelt. Doch haben diese lediglich den Charakter von Richtwerten, ähnlich wie das heute für die Verhandlungsergebnisse für die Vertragsärzte auf Bundesebene gilt. Die Richtwerte gelten für alle Plankrankenhäuser, die keine eigenen individuellen Verträge mit den Krankenkassen abschließen. Auch einzelne Krankenkassen oder Gruppen von Krankenkassen können Einzelverträge mit Krankenhäusern ab-

schließen. Bei Nichteinigung gelten die landesweiten Basisfallwerte, sodass auf dieser Ebene keine Schiedsstellen erforderlich sind.

Aber auch bei den Kostengewichten können Krankenhäuser und Krankenkassen Abweichungen vereinbaren. Dies kann zum Beispiel bei der Vergütung für Geburtshilfe oder bei bestimmten Kinder-DRG geboten sein.

#### Ambulantisierung über die Verweildauer

Dies gilt auch für die heute intensiv diskutierte Ambulantisierung von Krankenausleistungen. Statt einen langen Katalog von ambulanten Leistungen verbindlich vorzugeben, der dann wieder vom Medizinischen Dienst vollstreckt werden muss, sollte es den Vertragspartnern offenstehen, für sie geeignete Vereinbarungen zu treffen. Wie in anderen Ländern könnten sämtliche Behandlungen, die weniger als drei Tage durchschnittliche Verweildauer aufweisen, zur Ambulantisierung freigegeben werden. Wird die Vergütung nicht nach den niedrigeren Kosten, sondern an der gleichwertigen Behandlung ausgerichtet, entwickeln die Kliniken schnell ambulante, für sie attraktive, Behandlungsstrategien. Dabei werden rasch auch geeignete Facharztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren eingebunden, sofern so höhere Überschüsse erzielt werden können.

### Preissetzungsrecht für Krankenhäuser

Auch Plankrankenhäusern muss als Leistungserbringer ein, wenn auch beschränktes, Recht zur autonomen Preissetzung gegeben werden. Immer dann, wenn einzelne Krankenhäuser durch den gegebenen Basisfallwert ihre Kosten nicht abdecken können und die Krankenkassen auch nicht bereit sind, diesen zu erhöhen oder einzelne, wichtige Kostengewichte anzuheben, dürfen Krankenkassen für ihre Patienten den Basisfallwert so weit anheben, dass sie Kostendeckung erreichen. Letztlich führt dies zu einer Kostenbeteiligung der Patienten, wenn die Krankenkassen nur einen niedrigeren, nicht kostendeckenden Basisfallwert akzeptieren. Es ist dann an den Patienten, zu bewerten, ob sie eine Zuzahlung für „ihr Krankenhaus“ akzeptieren oder lieber auf ein anderes zuzahlungsfreies Krankenhaus ausweichen. Gleichzeitig wird damit auch die Debatte um die Schließung von kleinen, bürgernahen Krankenhäusern versachlicht. Die Bürger müssten ihre Präferenzen für ein unwirtschaftliches Haus mit ihrer Zahlungsbereitschaft als Patienten absichern. Tun sie das nicht, so kann der Träger, insbesondere wählerabhängige kommunale Träger, auch eine Umwandlung und – als letztes Mittel – eine Schließung ins Auge fassen. Grund kann hierfür auch eine mangelhafte Investitionsfinanzierung sein.

### Investitionsfinanzierung durch Staat, Kassen oder Patienten

Das Thema Investitionsfinanzierung ist ein Dauerbrenner seit 25 Jahren. Genau so lang beklagen die Krankenhäuser die mangelhafte staatliche Förderung, ohne ernsthaft über Alternativen nachzudenken. Vor allem die monistische Finanzierung, also eine Finanzierung über die Entgelte der Krankenkassen, schreckt die Krankenhäuser von dieser Alternative ab. Dabei wird fälschlicherweise Investitionsfinanzierung immer mit Angebotsplanung verbunden, was ein verhängnisvoller Fehler ist. Warum sollen die Krankenkassen einen Anspruch auf Angebotsplanung erhalten, wenn diese ein Entgelt für die erbrachte Leistung für ihre Versicherten errichten. Freilich kann dann auch das Land nicht mehr imperativ, sondern nur noch indikativ planen, was nicht ausschließt, dass das Land oder die Kommune gezielt einen Krankenhausstandort finanziell unterstützt. Ähnlich wird derzeit auch in der Versorgung mit Pflegeheimplätzen verfahren.

Für die Pflegeheime werden ebenso wie für die Rehabilitationskliniken die Investitionen über die Entgelte finanziert. Dabei werden die Investitionen in den Pflegeheimen direkt den Bewohnern über eine Zuzahlung für die Unterkunft und Verpflegung in Rechnung gestellt. Das sind im Durchschnitt etwa 150 Euro pro Monat. Geht man davon aus, dass die

durchschnittliche Verweildauer eines Bewohners drei Jahre beträgt, so macht das 4.500 Euro Investitionsbeitrag je Bewohner aus. Auf die Krankenhäuser übertragen bedeutet das, dass einzelne Krankenhäuser, die ihre Investitionen nicht anderweitig finanzieren können, das Recht erhalten, einen zweckgebundenen Investitionsaufschlag pro Patient erheben dürfen. Zuzahlungsfrei bleiben wie schon heute Patienten, die gemessen an ihrem Einkommen als überfordert gelten.

Ob Patienten den Investitionsaufschlag akzeptieren oder lieber weitere Wege zu zuzahlungsfreien Kliniken auf sich nehmen, muss der Markt entscheiden. Aufgabe der Krankenkassen ist es hierbei, bei den Entgeltverhandlungen dafür zu sorgen, dass ihren Patienten mindestens eine zuzahlungsfreie Klinik in zumutbarer Entfernung zur Verfügung steht.

Fazit: Das ganze Entgeltsystem für Krankenhausleistungen muss auf den Prüfstand. Wer nur in der Abschaffung des DRG-Systems die Lösung sieht, springt zu kurz. Die Lösung liegt in einem ordnungspolitisch neu ausgerichteten, runderneuten DRG-Fallpauschalensystem!

Prof. Dr. Günter Neubauer  
Direktor  
Institut für Gesundheitsökonomik  
E-Mail: guenter.neubauer@ifg-muenchen.com