

Zehn Jahre diagnosebezogene Fallpauschalen in Kliniken

Die problematischen Folgen des neuen Entgeltsystems für Versicherte, Patienten und Beschäftigte

Von Herbert Weisbrod-Frey

2001 hatte der Gesetzgeber beschlossen, die Krankenhausvergütung von tagesgleichen Pflegesätzen¹ auf diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs)² umzustellen. Sie wurden zunächst optional ab 2003 und verpflichtend ab 2004 schrittweise für alle stationären und teilstationären Leistungen mit Ausnahme der Psychiatrie³ eingeführt. Der Einführungsprozess sollte bis 2007 abgeschlossen sein. Tatsächlich erfolgte der letzte Anpassungsschritt erst im Jahr 2010. Die Umstellung war ein Kraftakt. Doch was haben die DRGs für die Entwicklung der Krankenhäuser in den letzten zehn Jahren gebracht? Hat ihre vollständige Einführung die stationäre Versorgung verbessert? Ausgehend von den Interessen der Versicherten (Preis-/Leistungsverhältnis), der Patienten (Sicherheit und Qualität) und der Beschäftigten (Arbeits- und Einkommensbedingungen) fällt die Bilanz ernüchternd aus, wie im Folgenden gezeigt wird.

1. Die Einführung der Fallpauschalen

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems sollte der Weg weg vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer an den Leistungen orientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgeführt werden.⁴ Die DRGs sollten jedoch nicht allein neue Finanzierungsinstrumente sein, sondern auch ordnungspolitische Wirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem entfalten. Als Ziele des neuen Entgeltsystems hatte der Gesetzgeber vorgegeben:

- Mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich,
- Förderung der Wirtschaftlichkeit,
- Beseitigung der Fehlanreize im System tagesgleicher Pflegesätze, insbesondere zur Verlängerung der Krankenhaus-Verweildauer,
- Bedarfsgerechter und effizienter Ressourceneinsatz – krankenhausintern und krankenhausübergreifend,
- Geld soll den Leistungen folgen und die in der bisherigen Budgetsystematik angelegten Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel sollen abgebaut werden,
- stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten durch mehr Wettbewerb,
- Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung.⁵

Die DRGs wurden als lernendes – also auch bewusst veränderbares – System eingeführt. Die zweijährige budgetneutrale Einführungsphase endete mit dem Jahr 2004. Ab 2005 begann eine so genannte Konvergenzphase. Hier wurden – mit dem Ziel, gleiche Leistungen auch gleich zu vergüten – die bisherigen krankenhausindividuellen Vergütungen (Basisfallwerte) in mehreren Schritten an landesweite DRG-Einheitsvergütungen (Landesbasisfallwerte) angepasst. Der Landesbasisfallwert ist der Wert, den

das Krankenhaus für einen durchschnittlichen Fall im jeweiligen Bundesland erhält (s. auch unten 2.1). Eigentlich sollte diese Konvergenzphase Anfang 2007 enden. Doch der Prozess dauerte erheblich länger – bis 2010 (s. unten 2.7). Die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte sollen bis 2014 in gleichen Konvergenzschritten an einen Korridor um einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert (Bundesbasisfallwert) angeglichen werden.

Eine Begleitforschung zur Einführung der DRGs war vorgesehen. 2005 sollte ein erster Bericht vorliegen. Doch der Auftrag dazu wurde von den Vereinbarungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung sowie Deutsche Krankenhausgesellschaft) – entgegen der gesetzlichen Vorgabe – erst Ende 2008 an das IGES Institut erteilt. Die IGES-Forscher mussten deshalb in ihrem 2010 erschienenen Endbericht zum ersten Forschungszyklus für die Jahre 2004 bis 2006 konstatieren: Die Funktion eines »Frühwarnsystems« könne von der Begleitforschung sechs Jahre nach Einführung nicht mehr wahrgenommen werden. Auch konnten bislang »nicht alle vom Gesetzgeber intendierten Fragestellungen beantwortet

¹ Bis dahin wurden die Kosten der krankenhausärztlichen Versorgung in der Regel über den Pflegesatz – also klinikbezogene Tagessätze – abgerechnet. Die Ausgabenentwicklung wurde an die Grundlohnzuwächse gekoppelt (Budgetierung).

² DRG steht für »Diagnosis Related Groups«. DRGs wurden in den 1980er Jahren erstmals in den USA eingeführt. Das in Deutschland eingeführte Modell orientiert sich an dem australischen System. Bei dem in Deutschland angewandten Verfahren wird auch die Bezeichnung G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) verwendet.

³ Nach dem am 1. August 2012 in Kraft getretenen Psych-Entgeltgesetz wird aber ab 2013 auch in den voll- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein pauschalierendes Entgeltsystem – ähnlich wie bei dem DRG-System – eingeführt (vgl. *Sozialplus* 7/2012, S. 2).

⁴ vgl. dazu auch Kajetan von Eckardstein/Jürgen C. Kiwit: Reformbedarf aus Sicht des Krankenhauses. Kosten senken, Qualität steigern, in: *SozSich* 8–9/2001, S. 261–266

⁵ vgl. Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG) der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, in: *BT-Drs.* 14/6893 vom 11. 9. 2001

tet werden«. ⁶ Den Endbericht für den zweiten Forschungszyklus legten die IGES-Wissenschaftler schließlich im Juni 2011 vor. ⁷

Die Befürworter des neuen Entgeltsystems gingen – wie der Gesetzgeber – bei der Einführung davon aus, dass die Behandlung von Schwerkranken tendenziell besser vergütet wird als bisher. Das Geld sollte der Leistung folgen. DRGs sollten aber auch einen Anreiz zu schnellerer Entlassung der Patientinnen und Patienten bieten. Es wurde deshalb erwartet, dass die Verweildauer im Krankenhaus noch deutlicher sinkt, als sie in den letzten Jahren nach dem alten Abrechnungssystem und der Budgetierung schon gesunken war (s. unten 2.3 und Abbildung 5), da die Kliniken – anders als beim Entgeltsystem nach tagesgleichen Pflegesätzen – keinen Anreiz mehr hätten, Patienten länger im Krankenhaus zu behalten.

Besonders auf Krankenhausseite erhoffte man mit der Einführung der DRGs auch ein Ende der Budgetierung. Denn bislang durften die Krankenhausaufgaben nur in dem Maße steigen wie es die Beitragseinnahmen zuließen. ⁸

2. Was von den Erwartungen übrig blieb

Doch die Erwartungen wurden weitgehend nicht erfüllt. Mehrmals musste umgesteuert werden. Denn unser Gesundheitssystem war weder auf die Folgen in den Krankenhäusern noch in der ambulanten Versorgung eingestellt.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäusern konnte sich sowohl im Optionsjahr 2003 als auch im Jahr 2004 nicht verständigen und musste das Scheitern der Verhandlungen erklären. Das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) ⁹ war in beiden Fällen zu einer kurzfristigen Ersatzvornahme verpflichtet und hat diese Aufgabe auch erfüllt. Ebenso war das Bundesgesundheitsministerium Ende 2011 gefordert, die fehlende Einigung zu ersetzen. Daneben mussten mehrfach die gesetzlichen Anforderungen verändert werden, weil die Vertragsparteien wesentliche Fehlentwicklungen nicht aus eigener Kraft beseitigen konnten.

Auch aufgrund dieser Eingriffe durchblicken nur noch wenige das Gewirr, das inzwischen die Krankenhausgesetzgebung durchzieht. Es gibt mittlerweile knapp 1.200 abrechenbare Fallpauschalen. Dazu kommen noch 150 ergänzende Zusatzentgelte für bestimmte Behandlungen,

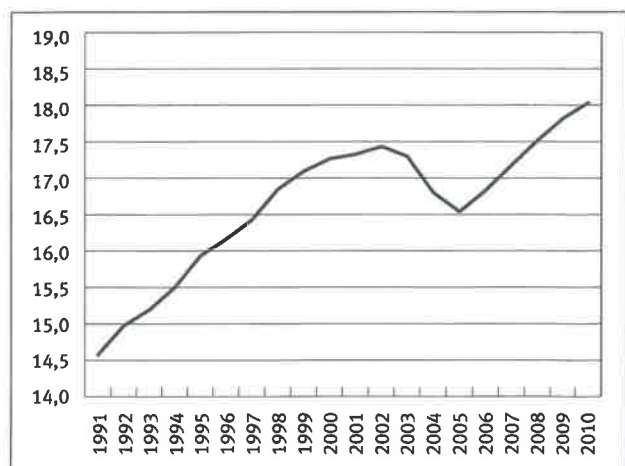
insbesondere Operationen. ¹⁰ Außerdem gibt es immer noch Ausnahmen, die nicht in Fallpauschalen abgebildet werden können. ¹¹ Kaum jemand weiß, wie viel Geld aufgrund der Zu- und Abschläge tatsächlich für welche Leistung bezahlt wird. Die vorgegebene Veränderungsrate ist am Ende bloße Makulatur. Die DRGs haben nicht zu mehr Klarheit geführt. Was wirklich für die Behandlung an Personal und Sachmitteln eingesetzt wird, bleibt für die Kassen eine Black Box. Für Krankenhäuser ist es überlebenswichtig, sich am betriebswirtschaftlichen Erfolg auszurichten. Der Bedarf der Patientinnen und Patienten ist nachrangig.

2.1 Das Prinzip »Geld folgt der Leistung«

Erwartet wurde mit der Einführung von diagnose-orientierten Fallpauschalen eine bedarfsgerechte Vergütung der Leistungen. Dies wurde mit dem Schlagwort »Geld folgt Leistung« ausgedrückt. Die Überlegung bestand darin, dass für eine vergleichbare Leistung auch eine vergleichbare Vergütung gezahlt wird. In der Tat wurde mit dem bislang bestehenden System der tagesgleichen Pflegesätze die tatsächliche Leistung nur unzureichend abgebildet. In der Tendenz bestanden zuvor Anreize zur Verlängerung der Klinikaufenthalte. Denn jeder zusätzliche Pfl egetag brachte zusätzliches Geld. Allerdings konnten die Krankenhäuser die Pfl egetage nicht willkürlich ausweiten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hatte weitgehende Eingriffsrechte bei Fehlbelegungen.

Mit der Einführung der DRGs änderte sich jedoch der Anreiz, mehr Fälle zu behandeln. Dies lief in mehreren Phasen ab, wie aus der Entwicklung der Fallzahlen zu erkennen ist (s. Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Fallzahlen im Krankenhaus 1991–2010 (in Mio. Euro)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

Mit dem Umstieg auf das DRG-System ab 2003 und während der budgetneutralen Phase bis Ende 2004 sanken zunächst die Fallzahlen in den Krankenhäusern. Das mag mit den Anreizen zum ambulanten Operieren zu tun zu haben. Auffällig ist jedoch, dass diese Absenkung mit der budgetneutralen Phase zusammenfiel und der Fallzahlenanstieg

6 Torsten Fürstenberg/Karsten Zich/Hans-Dieter Nolting/Mareike Laschat/Silvia Klein/Bertram Häussler: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b KHG, Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004 bis 2006), IGES Institut, Berlin 2010, Vorwort S. III

7 vgl. Torsten Fürstenberg/Mareike Laschat/Karsten Zich/Silvia Klein/Patrick Gierling/Hans-Dieter Nolting/Torsten Schmidt: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 Abs. 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008), IGES Institut, Berlin, Juni 2011

8 vgl. Veränderungsrate gem. § 71 SGB V

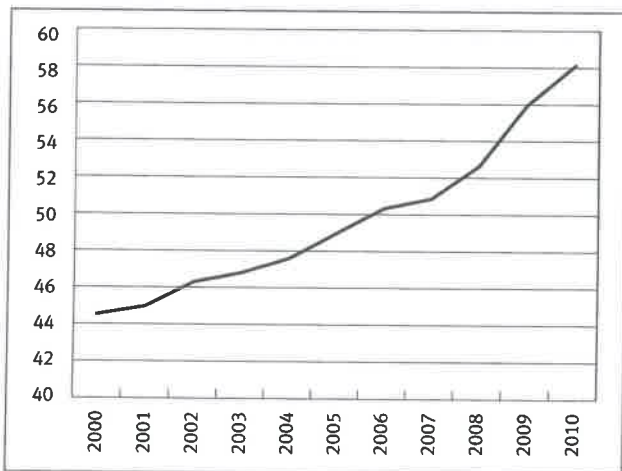
9 heute: Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

10 vgl. DRG Fallpauschalenkatalog 2012; einsehbar unter: www.g-drg.de → G-DRG-System 2012 → Fallpauschalen-Katalog → Fallpauschalen-Katalog 2012

11 vgl. auch Herbert Weisbrod-Frey: Krankenhausfinanzierung unter Druck. (Irr-)Wege bei der Finanzierung der stationären Gesundheitsversorgung, in: SozSich 5/2008, S. 165–170 (166 f.)

sich ab dem Scharfstellen der DRGs im Jahr 2005 erheblich beschleunigte. Das könnte auf eine ökonomische Ursache hindeuten. Mit der sinkenden Fallzahl war in der budgetneutralen Phase kein finanzieller Verlust verbunden. Vielmehr konnten die Krankenhäuser dadurch ihre Verhandlungsposition gegenüber den Kassen stärken. Schließlich wurden während der budgetneutralen Phase die landesweiten Basisfallwerte (LBFW) kalkuliert. Der LBFW ist der Wert, den das Krankenhaus für einen durchschnittlichen Fall im Bundesland erhält. Schwerere Fälle werden mit einem Faktor größer als 1, leichtere mit einem Faktor kleiner als 1 multipliziert.¹² Ein höherer LBFW war bei geringerer Fallzahl leichter durchsetzbar. Dies hatte im Ergebnis nur eine leichte Abflachung der Vergütungssteigerung in der budgetneutralen Phase zur Folge. Danach stiegen die Fallzahlen und Krankenhausausgaben deutlicher als zuvor (s. Abbildung 2). Davon profitierten jedoch nicht alle Häuser.

Abbildung 2: GKV-Ausgaben für Krankenhäuser (in Mrd. Euro)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

2.2 Leistung folgt dem Geld

Da die Budgetierung doch nicht abgelöst wurde¹³, waren die kalkulierten Entgelte auch nach der Scharfstellung der DRGs im Jahr 2005 an die Veränderung der Krankenkasseneinnahmen gebunden. Eine Verbesserung der Erlössituation konnte im Wesentlichen nur mit einem Anstieg der Fälle oder der Fallschwere erreicht werden. Davon wurde in den Krankenhäusern in hohem Maße Gebrauch gemacht und die Leistungen dem neuen Anreizsystem angepasst. Gut vergütete Fälle stiegen stark an, so dass sich die durchschnittliche Fallschwere (Case Mix Index = CMI) in den wirtschaftlich erfolgreichen Krankenhäusern deutlich erhöhte. Bundesweit stieg der CMI zwischen 2009 und 2010 um 1,7 % an. Die Fallzahlen stiegen in diesem Zeitraum um 1,6 %. Der Casemix, das Produkt aus Fallzahl und Fallschwere, entwickelte sich in den Kliniken der einzelnen Bundesländern allerdings sehr unterschiedlich (s. Abbildung 3).

An zwei Beispielen¹⁴ lässt sich die Entwicklung hin zu besser vergüteten Fällen besonders eindrucksvoll verdeutlichen. So erhält ein Krankenhaus eine höhere Vergütung für beatmete Patienten. Betrachtet man die Entwicklung der rechnerischen Beatmungsstunden pro Krankenhausfall im Zeitraum von 2002 bis 2004 in deutschen Kliniken, so ergibt sich folgendes Bild:

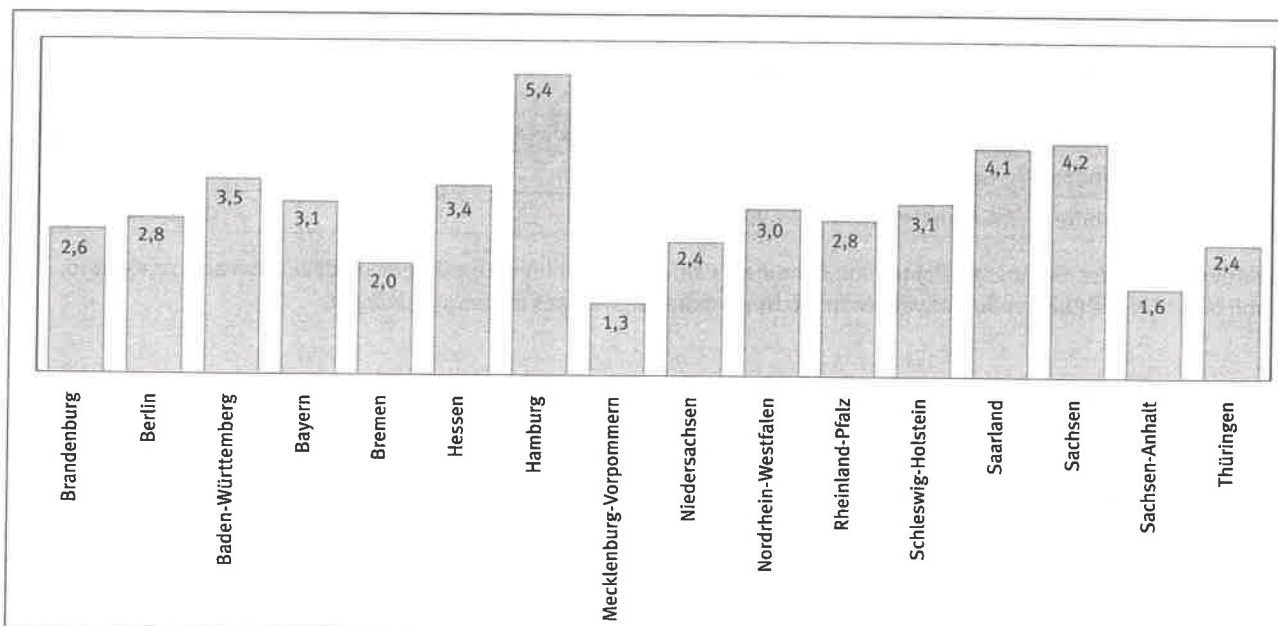
- 2002: 1,6 Beatmungsstunden pro Fall
- 2003: 2,7 Beatmungsstunden pro Fall
- 2004: 3,2 Beatmungsstunden pro Fall

¹² Dieser Faktor wird als »Relativgewicht« für jede einzelne Fallpauschale festgelegt. Das Relativgewicht wird auf der Datengrundlage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt. Die Summe der Relativgewichte eines Krankenhauses dividiert durch die Fallzahl ergibt die durchschnittliche Fallschwere, den so genannten Case Mix Index.

¹³ vgl. auch Herbert Weisbrod-Frey, a. a. O., S. 166 f.

¹⁴ Die im Folgenden aufgeführten Beispiele zu den beatmeten Patienten und aus der Geburtshilfe wurden von Frank Kühn (Krankenhaus Beratung Kühn – KBK; www.krankenhausberatung-kuehn.de) für diesen Beitrag zur Verfügung gestellt. Die Daten entstammen unterschiedlichen Ausgaben der Zeitschrift »f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus«.

Abbildung 3: DRG-Casemix-Veränderung 2009/2010 nach Bundesländern (in Prozent)



Quelle: Jürgen Klauber/Max Geraedts/Jürgen Friedrich/Jürgen Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012, Stuttgart 2012

Die Veränderung entspricht einer Zunahme von 102,7%. Die Beatmungsstunden haben sich also innerhalb von nur zwei Jahren – mit der Einführung der DRGs – mehr als verdoppelt. Auch wenn ein Anstieg in dieser Dimension nicht allein auf die Fallpauschalen zurückzuführen ist, bleibt festzuhalten, dass mit einer möglichst hohen Anzahl von Beatmungsstunden die jeweilige Schweregradausprägung – und damit das Relativgewicht und schlussendlich auch das Entgelt – ansteigt.

Ähnliche Entwicklungen sind im Bereich der Geburtshilfe zu verzeichnen. Im gleichen Zeitraum entwickelte sich der Anteil der Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 g kontinuierlich nach oben. So betrug der Anteil der Fälle:

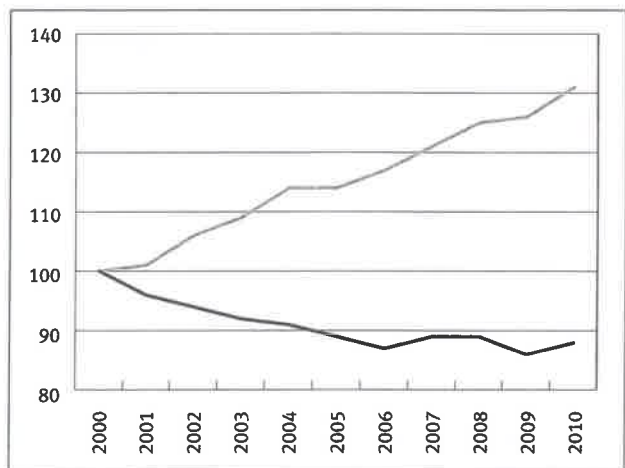
- 2002: 1,9 %
- 2003: 2,1 %
- 2004: 3,5 %

Die Veränderung dieser Anteile von 2002 bis 2004 entspricht einer Zunahme von 89,7%, ohne dass sich die Geburtenzahl insgesamt erhöht hätte oder eine schlüssige medizinische Begründung gegeben wurde. Allerdings gibt es starke ökonomische Anreize für diese Entwicklung. Das zeigt ein Blick auf die einschlägigen Fallpauschalen in den Tabellen 1 und 2¹⁵:

Auch die Zahl der Schnittentbindungen (Sectio) stieg stark an. Während die »normalen« Entbindungen zurückgingen, erhöhte sich gleichzeitig die Zahl der für die Kliniken lukrativeren »Kaiserschnitt-Entbindungen« (s. Abbildung 4). Für Letztere konnte eine bis zu 1,8-fache (ab 2012 = 1,58-fache) höhere Vergütung erzielt werden. Zudem wurde die Leistung gegenüber der normalen Geburt für das

Krankenhaus planbarer. »Sicher lässt sich die Zunahme teilweise durch medizinischen Fortschritt begründen, eine Verdopplung jedoch nicht. Hier ist die Kombination aus »Kundenwünschen« und Akquisition mindestens gleichrangig einzuschätzen«, stellt der Krankenhausberater Frank Kühn zur drastischen Zunahme der Kaiserschnitt-Geburten fest. Immerhin beträgt der Unterschiedsbetrag zu normalen Geburten rund 885 Euro. Rein rechnerisch würden 100 einfache komplikationslose Schnittentbindungen 158 komplikationslose vaginale Entbindungen ersetzen. Kühn weiß, dass solche Überlegungen jetzt in den Krankenhäusern eine Rolle spielen. Besonders bedenklich seien sie vor dem Hintergrund, dass Deutschland im europäischen Vergleich im Hinblick auf die Säuglingssterblichkeit nur den 14. Platz¹⁷ belegt. Auch seien in Deutschland in den letzten 30 Jahren die Strukturen in der Geburtshilfe zu wenig angepasst worden. Es existierten immer noch Kliniken mit weniger als 200 Geburten im Jahr und es gebe einzelne Häuser, deren Sectorate bei über 50 % liegt.

Abbildung 4: Geburten insgesamt und Kaiserschnittentbindungen (Index 100 im Jahr 2000)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

15 vgl. DRG Fallpauschalenkatalog 2012, a. a. O.

16 Dieser Wert entspricht dem Bundesbasisfallwert (BBFW) 2012. Er ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechnet. Die Landesbasisfallwerte können davon aber in einem Korridor nach oben und unten abweichen. Bis 2014 sollen diese Abweichungen auf + 2,5 % und – 1,25 % zum BBFW begrenzt werden.

17 Auf Platz 1 mit der geringsten Säuglingssterblichkeit liegt Schweden.

Tabelle 1: Fallpauschalen für Neugeborene ohne Probleme

DRG	KURZBESCHREIBUNG	RELATIVGEWICHT	LANDESBASISFALLWERT	BETRAG
P 67 D	Neugeborene/r, Geburtsgewicht > 2.499 g	0,250	2.991,53 Euro ¹⁶	747,88 Euro
P 66 D	Neugeborene/r, Geburtsgewicht < 2.499 g	0,341		1.020,11 Euro

Die Abweichung des Geburtsgewichtes von nur einem Gramm ergibt hier einen Unterschiedsbetrag von 272,23 Euro. Somit ist es für die Kliniken lukrativer, wenn die Neugeborenen weniger als 2.499 g wiegen.

Tabelle 2: Fallpauschalen für Neugeborene mit mehreren schweren Problemen

DRG	KURZBESCHREIBUNG	RELATIVGEWICHT	LANDESBASISFALLWERT	BETRAG
P 67 A	Neugeborene/r, Geburtsgewicht > 2.499 g	2,022	2.991,53 Euro	6.048,87 Euro
P 66 A	Neugeborene/r, Geburtsgewicht < 2.499 g	3,450		10.320,78 Euro

Die Abweichung des Geburtsgewichtes von nur einem Gramm ergibt hier sogar einen Unterschiedsbetrag von 4.271,91 Euro.

Die Einführung der DRGs hat auch dazu geführt, dass (Chef-)Ärzte in Krankenhäusern heute verstärkt neben ihrem regulären Gehalt Boni erhalten, wenn sie besonders viele Fälle behandeln (operieren) und gute betriebswirtschaftliche Ergebnisse vorweisen. So berichtete kürzlich im Zeitmagazin ein namentlich nicht genannter Unfallchirurg über das Angebot seines Krankenhaus-Geschäftsführers: »Am Jahresende würde ich 5.000 Euro bekommen, wenn ich dafür sorgte, dass die Zahl der ›Case-Mix-Punkte‹ in meinem Bereich – Wirbelsäulenchirurgie – jährlich um zwei Prozent steigt. [...] Ich sagte, dass ich keinen Sinn darin sähe, einen solchen Vertrag zu unterschreiben, weil ich weder die Zahl der Patienten noch ihre Krankheiten oder ihre Therapien beeinflussen könne, lehnte dankend ab und ging. Allerdings haben schätzungsweise 80 Prozent der Chef- und Oberärzte in meinem Krankenhaus eine derartige Zielleistungsvereinbarung unterschrieben.«¹⁸

»Bei Chefärzten, die einen Bonus kassieren, macht dieser variable Anteil inzwischen 30 Prozent des Gehalts aus – vor zehn Jahren waren es noch sechs Prozent«¹⁹, stellte die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (FAS) kürzlich fest. Das gegenwärtige Vergütungssystem enthalte »zweifelhafte Anreize zur Massenproduktion«. So würden in keinem anderen OECD-Land im Schnitt so viele Hüft- und Kniegelenke ersetzt wie in Deutschland. Planbare Routineoperationen wie der Einsatz von neuen Kniegelenken und Hüftprothesen gehören nach dem DRG-System zu den wirtschaftlich besonders einträglichen Leistungen.²⁰

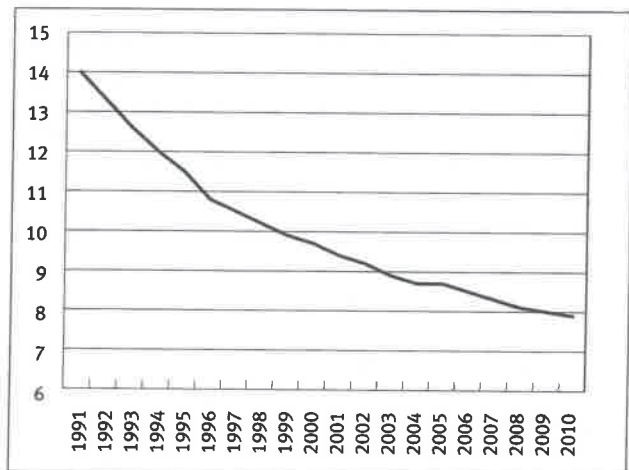
2.3 Verweildauer verringerte sich so wie zuvor

Ganz unbeeindruckt vom neuen Vergütungssystem entwickelte sich die Verweildauer im Krankenhaus. Dem alten System mit tagesgleichen Pflegesätzen wurde nachgesagt, dass Patienten zu lange im Krankenhaus verblieben. Erwartet wurde von den Fallpauschalen die Vermeidung unnötig langer Krankenhausaufenthalte und somit eine deutliche Reduktion der Behandlungstage. Dagegen befürchteten Skeptiker gar »blutige« – also zu frühe – Entlassungen von Patienten aus dem Krankenhaus. Im Ergebnis hat die Einführung der DRGs jedoch nicht zu einer dramatischen Verkürzung der Krankenhausaufenthalte geführt. Vielmehr verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer etwa in dem Maß, wie bereits in den Jahren vor der Einführung der DRGs (s. Abbildung 5). Die Patienten lagen 2010 im Schnitt 7,9 Tage im Krankenhaus; 2004 – bei der flächendeckenden Einführung der DRGs – waren es 8,7 Tage. Die Reduzierung der Verweildauer flachte nach Einführung der DRGs sogar noch etwas ab. Ein Indiz dafür, dass die alten Instrumente ausgereicht hätten.

2.4 Keine höhere Transparenz

Die Erwartung nach mehr Transparenz wurde bitter enttäuscht. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind wenig aussagekräftig. Harte Daten werden verweigert. Weder die Bürgerinnen und Bürger noch die Krankenkassen haben Einblick ins Leistungsgeschehen. Vieles, was im Krankenhaus abläuft, ist inzwischen in einer »Black Box« ver-

Abbildung 5: Verweildauer im Krankenhaus (in Tagen)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

schwunden. Ob die Qualität geliefert wird, für die die Kasse zahlt, bleibt undurchsichtig. Darunter leiden auch Krankenhausträger, die eine hochwertige Versorgung bieten wollen. Die Kassen sind misstrauisch und geben sich eher als Kasenwarte, denn als innovativer Förderer guter Versorgung.

2.5 Personalabbau wurde verstärkt

Massiven Einfluss hatten die Fallpauschalen auf die Personalentwicklung im Krankenhaus. In der DRG-Begleitforschung wird dazu angemerkt: »Die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Ärzten, Pflegenden und anderen Dienstarten werden durch die befragten Krankenhäuser und die befragten Akteure gleichermaßen als deutlich negativ eingeschätzt; hauptsächlich hinsichtlich der Arbeitsmenge, aber auch hinsichtlich qualitativer Aspekte (z.B. Übereinstimmung von Aufgaben und Qualifikation, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Entscheidungsspielräumen).«²¹

Der Personalabbau im Krankenhaus wurde nochmals verstärkt: »Der Rückgang der Vollkräftezahlen im Pflegedienst fiel mit 2,2 % p. a. zwischen 2003 und 2006 stärker aus als im Durchschnitt der Jahre 1995 bis 2006 (1,3 % p. a.)«, führen die IGES-Forscher weiter aus.²² Damit steigt auch die Arbeitsmenge insbesondere für das Pflegepersonal, wie die Autoren der so genannten WAMP-Studie²³ feststellen: »Die tägliche Arbeitszeit pro Pflegekraft hat sich erhöht. Der Anstieg zeigt sich bei fast allen Arbeitsinhalten. Die Zeiten für patientennahe Tätigkeiten sind im Vergleich der Befragungsjahre 2003 und 2006 von 3,5 Stunden auf 3,97 Stunden gestiegen. In ähnlicher Weise sind administrative Tätigkeiten von 1,94 Stunden auf 2,21 Stunden gestiegen. Auch die Zeiten für hauswirtschaftli-

18 Heike Faller: Das Ende der Schweigepflicht, in: Zeitmagazin 21/2012, S. 16

19 Johannes Pennekamp: In der OP-Fabrik, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung v. 12. 8. 2012, S. 29

20 vgl. auch Harro Albrecht: Gute Besserung? in: Zeitmagazin 21/2012, S. 24

21 Torsten Fürstenberg/ Karsten Zich/Hans-Dieter Nolting/Mareike Laschat/ Silvia Klein/Bertram Häußler (2010), a. a. O., S. XVIII

22 ebenda, S. 658

23 Projekt »Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System«

che Tätigkeiten, Patiententransporte und Botengänge sind je Pflegekraft und Tag mehr geworden.«²⁴

Die Arbeitsbelastung schlägt sich auch in der Frage an die Beschäftigten im Pflegedienst der Krankenhäuser nieder, ob sie unter den derzeitigen Anforderungen ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben könnten. Mehr als zwei Drittel (67 %) der befragten Pflegekräfte antworteten darauf mit einem klaren »Nein«. Zum Vergleich: bei den Verwaltungskräften im Krankenhaus antworteten auf dieselbe Frage »nur« 29 % mit »Nein«.²⁵ Das ist eine dramatische Entwicklung angesichts des demografiebedingten Mangels an Pflegepersonal und weiteren Kräften für die Gesundheitsberufe, der sich verstärkt in den vor uns liegenden Jahren abzeichnet. Zwar wurden in den Krankenhäusern Investitionen in Personalressourcen erhöht. Aber: »Zentral ausschlaggebend waren die speziellen Anforderungen des Systems an Abrechnungs- und Dokumentationsvorgänge.«²⁶ Qualifizierung und Bereitstellung von Personal zur Verbesserung der Patientenversorgung, die das zentrale Anliegen der Krankenhäuser sein sollten, rückten aus dem Blickfeld.

2.6 Wer Pflege braucht, ist im Krankenhaus arm dran

An Diagnosen orientierte Pauschalvergütungen eignen sich gut für Fälle, die medizinisch klar einzuordnen sind. Multimorbide oder Pflegebedürftige erhalten jedoch unter DRG-Bedingungen oft nicht die Behandlung und Pflege, die sie brauchen. Das Problem: Die DRGs honorieren vor allem ärztliche Leistungen. Gute Pflege führt in den meisten Fällen nicht zu einer höheren Vergütung.²⁷

In einer eindrucksvollen breit angelegten Studie kam das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) zum Ergebnis, dass der massive Stellenabbau der vergangenen Jahre Spuren in der Patientenversorgung hinterlassen hat. Es herrsche ein chronischer Pflegemangel im Krankenhaus.²⁸ Das dip befragte mehr als 10.000 in Krankenhäusern beschäftigte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen. Die Ergebnisse wiesen unter einer steigenden Belastung der Beschäftigten auf zunehmende Probleme in der Patientenversorgung hin. Laut der Studie ließen sich insbesondere Mängel bei Pflegeleistungen wie einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, der

Mobilisierung und der fachgerechten Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten erkennen. Gespräche mit Patienten hätten deutlich abgenommen. Schlecht stünde es auch um die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Selbst bei Medikamentengaben, Verbandswechseln und Hygienemaßnahmen gaben jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, dass sie Fehler aufgrund von hoher Arbeitsbelastung nicht ausschließen könnten. In der Studie wurde auch ein direkter Zusammenhang zwischen abnehmender Pflegekapazität und vermehrten Risiken für die Patienten sichtbar.

Zwar seien die Pflegenden bemüht, die professionelle und fachliche Pflege ungeachtet der Schwierigkeiten zu stabilisieren. Dabei gehe jedoch nur noch jede dritte Pflegekraft davon aus, dass Maßnahmen, die pflegerisch geplant werden, auch vollumfänglich realisiert werden können. Der sich abzeichnende Kollaps könne nur von allen verantwortlichen Kräften der Gesundheitspolitik gemeinsam in einer konzertierten Aktion vermieden werden.

2.7 Eingriffe des Gesetzgebers

Um das pauschale Vergütungssystem zum Laufen zu bringen und am Laufen zu halten, musste der Gesetzgeber mehrfach eingreifen. Und jedes Mal wurde es für die Versicherten teurer. Doch es bleibt die Frage, ob die zusätzlichen Gelder auch der Versorgung der Patientinnen und Patienten zugute gekommen sind. Neben den ersten Ersatzvornahmen legte das Ministerium 2003 eine Nullrunde bei den Gesundheitsausgaben ein. Lediglich Kliniken, die bereits im Jahr 2003 (Optionsjahr) ihren Umstieg auf das neue Vergütungssystem wagten, nahmen an der Budgeterhöhung teil. Später musste der Gesetzgeber eine Verlängerung der so genannten Konvergenzphase um zwei Jahre (bis Ende 2008) beschließen. Eine Verlängerung um ein weiteres Jahr kam mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)²⁹ 2009, weil die Krankenkassen plötzlich mit einem milliardenschweren Konvergenzsaldo konfrontiert waren. Der GKV-Spitzenverband diagnostizierte am Ende der DRG-Konvergenzphase ein Divergenzproblem:

Die Basisfallwerte der Krankenhäuser sollten eigentlich auf den jeweiligen Landes-Basisfallwert konvergieren. Es zeigte sich jedoch mit Blick auf die Verhandlungsergebnisse, dass die Landes-Basisfallwerte in fast allen Bundesländern deutlich über den durchschnittlichen Basisfallwerten der Häuser lagen. »Würden die Krankenhäuser spontan nach Landes-Basisfallwert vergütet – was prinzipiell für 2009 vorgesehen ist –, käme es zu einem Erlössprung von rund 900 Mio. Euro – und zwar ganz unabhängig von den anderen Erlössteigerungen, die im Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vorgesehen sind«³⁰, beklagte der GKV-Spitzenverband. Deshalb bedürfe es gesetzgeberischer Maßnahmen, um das Ausgabenwachstum in 2009 zu begrenzen. Die Ursache für die Divergenzproblematik beruhe im Kern darauf, dass Mengensteigerungen auf der Ebene der Haus-Basisfallwerte absenkend verhandelt worden seien, während dies auf Landesebene nicht oder nicht ausreichend geschehen sei.

24 Bernard Braun/Petra Buhr/Rolf Müller: Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten, Schwäbisch Gmünd 2008, S. 77

25 vgl. Ines Roth: Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten – Ein Branchenbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit, Hrsg.: verdi, Berlin, Dezember 2011, S. 53

26 Torsten Fürstenberg/ Karsten Zich/Hans-Dieter Nolting/Mareike Laschat/Silvia Klein/Bertram Häussler (2010), a. a. O., S. 680

27 vgl. Herbert Weisbrod-Frey: Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, in: SozSich 10/2008, S. 332

28 Michael Isfort/Frank Weidner et. al.: Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Hrsg.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Köln 2010

29 vgl. dazu Herbert Weisbrod-Frey: Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, a. a. O., S. 330–334

30 vgl. Wulf-Dietrich Leber/Frank Reinermann/Johannes Wolff: Divergente Basisfallwerte, Hrsg: GKV-Spitzenverband, Berlin 6. 11. 2008, S. 2

2.7.1 Tarifraten und Pflegeförderprogramm – wenig erfolgreiche Reparaturen

Das KHRG war aber auch Ventil für den aufgestauten Druck auf die Personalkosten und die damit zusammenhängenden Defizite bei der Qualität und Sicherheit in der stationären Versorgung.³¹ Und weil die Akteure der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes – wieder einmal – nicht handeln konnten oder wollten, beschloss der Deutsche Bundestag Regelungen durch ein Gesetz. Mehr als drei Mrd. Euro flossen 2009 in die Krankenhäuser. Davon resultierten

- rund eine Mrd. Euro aufgrund der Budgetsteigerung,
- 200 Mio. Euro aus höheren Einnahmen bei der Behandlung von Beamtinnen, Beamten und Privatpatienten,
- 230 Mio. Euro durch den Wegfall des so genannten Sanierungsbeitrags für die Krankenkassen,
- 1,35 Mrd. Euro aus der anteiligen Übernahme der Tariflohnerhöhung der Jahre 2008 und 2009,
- 220 Mio. Euro aus dem Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals³²,
- 60 Mio. Euro für die psychiatrischen Krankenhäuser zur Verbesserung der Personalbemessung
- und 150 Mio. Euro für Praxisanleitung in der Ausbildung.

Ein ebenfalls geplanter Orientierungswert, der langfristig die Ausgaben der Krankenhäuser besser berücksichtigen sollte, war für 2010 vorgesehen, wurde jedoch nach der Bundestagswahl zunächst nicht umgesetzt. Das Pflegeförderprogramm erwies sich als Hort der Intransparenz. Versprochen wurde die Schaffung von 17.000 zusätzlichen Stellen. Die Krankenkassen haben nach ihren Angaben bisher 14.400 Stellen finanziert. Die dazu erforderlichen Testate der Wirtschaftsprüfer wurden aber erst für 8.400 geschaffene Stellen vorgelegt. Werden diese nicht nachgereicht, wollen die Kassen die Gelder wieder zurückfordern.³³

2.7.2 Unberechenbare Politik: mal weniger, mal mehr

Der Geldsegen mit dem KHRG währte nicht lange. Im Zuge des GKV-Finanzierungsgesetzes wurde im Herbst 2010 erneut von der Bundesregierung in die Krankenhausvergütung eingegriffen. Um die umstrittene »Kopfpauschale« als zusätzliches Finanzierungselement in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen, sollte der erwartete starke Anstieg der zusätzlichen, allein von den Versicherten zu finanzierenden Beiträge durch erhebliche Einschnitte vor allem bei Krankenhäusern und Krankenkassen gedämpft werden. Bei den Krankenhäusern wurde dies 2011 mit einer verschärften Deckelung durch Absenkung der Veränderungsrate um 0,25 % und 2012 um 0,5 % sowie durch eine Zwangsabsenkung bei vereinbarten Mehrleistungen erreicht.³⁴ Die vorherigen – nach massiven Protesten von Gewerkschaften und Krankenhausträgern – durchgeführten Erhöhungen wurden dadurch im Ergebnis zu zwei Dritteln wieder rückgängig gemacht. Zudem wurde die im KHRG

vorgesehene Ablösung der Budgetierung (Grundlohnbindung der Krankenhauspreise) durch einen vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnden Orientierungswert³⁵ auch 2011 und 2012 nicht umgesetzt. Mit einem Minus von rund 2,5 Mrd. Euro mussten die Kliniken die Hauptlast der geplanten Einnahmebeschränkungen tragen.

Solche gesetzgeberischen Eingriffe führen jedoch selten zu sinnvollen Ausgabenbegrenzungen. Der unter den DRGs bestehende ökonomische Anreiz für Krankenhäuser zur Fallzahlsteigerung wurde dadurch sogar noch verstärkt. Möglichst ohne zusätzliches Personal wurden noch mehr Fälle behandelt. Qualität in der Versorgung wurde weiterhin nicht honoriert.

Der vorerst letzte Akt spielt im Frühsommer 2012. Im Rahmen des Psych-Entgeltgesetzes legten CDU/CSU und FDP überstürzt im Laufe der Beratungen Änderungsanträge zur Krankenhausfinanzierung vor. Die Inhalte waren weder in der ersten Lesung im Bundestag noch in der öffentlichen Anhörung der Sachverständigen Gegenstand des Verfahrens. Jedenfalls sollen nun die Tarifierhöhungen für die Krankenhäuser im Jahr 2012 wieder teilweise ausgeglichen werden. Der neue Orientierungswert für die Preiserhöhungen der somatischen Krankenhäuser soll teilweise ab 2013 zum Tragen kommen. Ein Mehrleistungsabschlag wird gesetzlich verordnet.³⁶

Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates empfahl zu dem Gesetz den Vermittlungsausschuss anzurufen. Unter anderem sollten eine vollständige Tariffinanzierung für das Jahr 2012 und die Einführung des vollen Orientierungswerts ab 2013 sowie ein abgesenkter und gestaffelter Mehrleistungsabschlag für vereinbarte Mehrleistungen erfolgen. Der Bundesgesundheitsminister drohte daraufhin die gesamten Änderungen zurückzuziehen. Das zeigte offensichtlich Wirkung. Der Bundesrat ließ das Gesetz Anfang Juli 2012 passieren. Dabei gibt es durchaus einige Ungereimtheiten: Die halbe Tarifraten 2012 erhalten – anders als im Jahr 2009 – auch Krankenhäuser, die gar keine Tarifverträge abgeschlossen oder keine Erhöhungen vereinbart haben.

2.8 Privatisierung – mehr als nur ein Ausweg

Unter dem anhaltend ökonomischen Druck hat sich auch die Krankenhauslandschaft verändert. Neu ist aber nicht das Nebeneinander von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Häusern. Dieser »Dreiklang« hat in Deutschland eine lange Tradition. Problematisch ist vielmehr, dass Kommunen in den letzten Jahren eilig ihre Häuser oft unter Wert an private Bieter verkauft haben.³⁷ Sie bemerken heu-

31 vgl. ver.di-Krankenhauskampagne »Der Druck muss raus« und größte Demonstration im Gesundheitswesen am 25. September 2008 in Berlin

32 Beträge in gleicher Höhe für 2010 und 2011

33 vgl. »14.000 zusätzliche Pflegestellen in den Krankenhäusern«, Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes v. 4. 7. 2012

34 vgl. Hans Nakielski: Was sich 2011 ändert(e), in: SozSich 1/2011, S. 33

35 vgl. Herbert Weisbrod-Frey: Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, a. a. O., S. 332 f.

36 vgl. »Psych-Entgeltgesetz beschlossen«, in: SozSich 7/2012, S. 2

37 vgl. auch Bernard Braun: Privatisierung von Krankenhäusern. Die Auswirkungen eines »Erfolgsmodells«, in SozSich 12/2010, S. 405–410