



Editorial

## Es sollte immer um die Patienten gehen!

Kommentar von Prof. Dr. Jörg F. Debatin, MBA, Vorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e.V., Berlin

Egal, auf welchem Podium, sind sich Diskussionsteilnehmer beim Thema Gesundheit in einer Feststellung immer einig: Es geht um die Patienten. Inhaltlich spielen die tatsächlichen Interessen der Patienten dann aber leider meist keine Rolle mehr. Worum geht es den Patienten wirklich? In der Diagnostik geht es um die Beantwortung von zwei zentralen Fragen:

1. Was habe ich?
2. Und wie werde ich es wieder los beziehungsweise mit welcher Therapie habe ich die besten Chancen, schnell wieder gesund zu werden?

Auf die Diagnostik folgt die Therapie. Im Vordergrund steht dabei die Frage: *Wo soll ich mich therapieren lassen, wer kann es am besten?*

Es geht den Menschen also primär um medizinische Kompetenz. Im zur Ernsthaftigkeit der Situation umgekehrten Verhältnis spielen „Wohlfühlfaktoren“ wie räumliche Nähe, Wartezeiten, Ausstattung oder Verpflegung eine zunehmend bedeutende Rolle. Bei schweren Erkrankungen rückt dann vor allem die Qualität der Pflege in den Vordergrund. Dabei wünschen sich Patienten empathische Pflegekräfte, die ausreichend Zeit haben, sich um ihre Patienten zu kümmern. Daran mangelt es in vielen, aber eben nicht in allen deutschen Krankenhäusern.

Ganz grob betrachtet wird die Zeit, die Pflegekräfte mit ihren Patienten verbringen können, durch zwei Faktoren beeinflusst:

1. Anzahl der Pflegekräfte bezogen auf die Patientenzahl

2. Aufwand patientenferner Aufgaben wie beispielsweise Dokumentation, Organisation von Transporten, Medikationsvorbereitung oder Verpflegung

Nun hat sich die Politik dem Thema zugewendet. Leider fokussiert sich die Lösung nur auf einen der beiden Faktoren: *So sollen Krankenhäuser relativ zur Kopfzahl in der Pflege bezahlt werden.*

Als IGW halten wir dieses Vorgehen in doppelter Hinsicht für falsch.

1. Die Herauslösung der Pflege aus den DRGs ist der Anfang der Rolle rückwärts hin zum Selbstkostendeckungsprinzip mit sicherlich negativen Folgen für Innovationen in den Bereichen Technologie und Prozesse.
2. Der Patient spielt bei der Bewertung leider wieder keine Rolle. Die Meinung beziehungsweise Erfahrung der Patienten wird erst gar nicht abgefragt.

Eine differenzierte Bezahlung von Krankenhausleistungen in Abhängigkeit von der Qualität in Medizin und Pflege ist durchaus sinnvoll. Bei der Beurteilung der Qualität muss aber vor allem die Patientensicht berücksichtigt werden. Dies sollte der Gesetzgeber durch die Einführung geeigneter Instrumente sicherstellen. So fordert die IGW schon lange die Einrichtung einer „Stiftung Gesundheitstest“, die die Qualität von Medizin und Pflege systematisch bewertet. Eine solche staatlich regulierte und finanzierte Institution würde viele Patienten bei der richtigen Wahl eines Krankenhauses unterstützen und gleichzeitig die Grundlage für eine differenzierte Bezahlung von Krankenhausleistungen legen können.

## 15 Jahre DRG – Erfolge und Handlungsbedarf

Das 2003 eingeführte DRG-System hat das Krankenhauswesen in Deutschland stark verändert. Auch zum Besseren?

Die Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2003 war von Anfang an mit hitzigen Debatten verbunden, die bis heute nicht abgeebbt sind und es kürzlich sogar zur Filmreife gebracht haben. Im November 2018 kam der Dokumentarfilm „Der marktgerechte Patient“ in einige Großstadtkinos. Dessen Regisseure wollten das DRG-System als „wesentliche Ursache der skandalösen Zustände und radikalen Schritt zur kompromisslosen Kommerzialisierung in den deutschen Krankenhäusern“ entlarven. Das DRG-System als „Ursünde“ im Krankenhauswesen, wie es in einer Filmkritik zustimmend hieß?

Nüchtern betrachtet ist das DRG-System zunächst ein Mittel, um die von den Versicherten zur Verfügung gestellten, nicht unerheblichen, aber dennoch begrenzten Mittel für die stationäre Versorgung zu verteilen – und zwar möglichst zielgerichtet und wirtschaftlich. Das alte Verteilungssystem – die Vergütung nach Belegungstagen – hatte zu langen Verweildauern und immer weiter steigenden Kosten geführt. Das sollte durch das DRG-System geändert werden und darüber hinaus so die stationäre Versorgung stärker leistungsbezogen vergüten, mehr Transparenz schaffen, den Wettbewerb erhöhen und den Strukturwandel fördern. Was ist daraus geworden?

Tatsächlich liegen die Patienten jetzt kürzer in den Krankenhäusern als noch vor 15 Jahren: im Durchschnitt 7,3 statt 8,9 Tage. Allerdings geht die Verweildauer bereits seit Anfang der 1990er Jahre zurück. Die Ursache dürfte daher eher der medizinische Fortschritt als das DRG-System sein. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Krankenhausbehandlungen nahmen dagegen weiter zu. Gründe hierfür sind gestiegene Personalkosten, der demografische Wandel sowie der medizinische und technische Fortschritt. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt, das im selben Zeitraum genauso zulegen, blieben die Krankenhausaussgaben der GKV aber nahezu gleich. Insofern hat das DRG-System zumindest kostendämpfend gewirkt.

Zugleich stiegen die Fallzahlen in einigen Bereichen wie Wirbelsäulen- und Hüft-OPs deutlich an; auch im internationalen Vergleich sind diese recht hoch. Tatsächlich verleitet die leistungsbezogene Vergütung des DRG-Systems Krankenhäuser dazu, bestimmte Leistungen auszuweiten, Fälle zu splitten und nicht indizierte Prozeduren durchzuführen. Hingegen fehlen Anreize, Behandlungen verstärkt ambulant durchzuführen.

Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern nahm insbesondere in den Ballungsräumen zu; auch ein Trend zur Spezialisierung und zur Optimierung des Leistungsangebots lässt sich erkennen. Zu einem grundlegenden Strukturwandel führte diese Entwicklung aber nicht: Deutschland hat nach wie vor die höchste Bettenzahl pro 100.000 Einwohner und das bei einer seit vielen Jahren stagnierenden Auslastung von nur 77 Prozent.

Zahlreiche Maßnahmen gegen Fehlanreize und -entwicklungen des DRG-Systems in den vergangenen 15 Jahren brachten jedoch nicht die gewünschte Wirkung. Ab 2020 werden nun die Pflegepersonalkosten komplett aus dem DRG-System herausgenommen. Tatsächlich sind die Fallpauschalen stark auf medizinische Leistungen ausgerichtet, sodass seit 2003 deutlich mehr Ärzte eingestellt wurden, während die Zahl der Pflegekräfte bei steigenden Fallzahlen zunächst sogar sank. Allerdings erhalten die Krankenhäuser aktuell aus den DRGs mehr Mittel für die Pflege, als sie ausgeben. Der Überschuss wird häufig für die Finanzierung von Investitionen verwendet, da die Fördermittel der Bundesländer hierfür nicht ausreichen.

Statt das DRG-System durch immer mehr Sonderregelungen noch weiter zu verkomplizieren, sollte die Politik eine grundlegende Reform des Systems angehen und dabei insbesondere folgende Punkte berücksichtigen:

- Integration der Investitionskosten in die DRGs
- Ausweitung der DRGs auf den ambulanten Sektor
- Einführung von Vorhaltepauschalen für Notfälle und Versorgungsstrukturen in der Fläche
- Vereinheitlichung der Landesbasisfallwerte auf einen Bundesbasisfallwert
- Zuschläge für Kliniken mit hoher dokumentierter Behandlungs- und Pflegequalität

Ebenso dringend wie eine Reform des DRG-Systems sind Lösungen für den nötigen Strukturwandel und den Investitionsstau. Zu viele kleine und wenig spezialisierte Krankenhäuser konkurrieren um knappe Ressourcen – nicht nur um Geld, sondern insbesondere auch um Fachkräfte. Hier liegt die eigentliche Ursache der in dem Dokumentarfilm geschilderten Probleme und nicht im DRG-System.

*Frank-Michael Frede, Geschäftsführer von VAMED Deutschland, Berlin*

## Unter dem Pflaster liegt der Strand: Öffnen die Brüche im DRG-System Wege zu regional besser integrierten Versorgungsstrukturen?

Das Fallpauschalensystem ist eines der Themen, das – außer ein paar Fachleuten – so recht niemanden in Wallung bringt. Auch die Gesundheitsregionen haben in der Vergangenheit andere Prioritäten gesetzt, beispielsweise die sektorenintegrierende Versorgung. Jetzt aber wird die aktuelle Gesetzgebung die regionalen Akteure zu leidenschaftlichen Debatten um die Zukunft der Krankenhausfinanzierung anregen. Denn die Politik hat begonnen, das System der Fallpauschalen zu zerlegen. Und das wird Konsequenzen für die Versorgung vor Ort haben.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) beabsichtigt der Gesetzgeber die Schaffung neuer Pflegestellen in Krankenhäusern. Die Idee: Die Kliniken sollen mit der Pflege künftig weder Gewinne noch Verluste machen. Jede Stelle, ob vorhanden oder neu, wird bezahlt. Die Personalkosten werden aus den Fallpauschalen herausgerechnet. Die Finanzierung erfolgt über ein separates, krankenhausindividuelles Pflegebudget.

Mit diesem Gleiswechsel versucht der Gesetzgeber, einen „Geburtsfehler“ des DRG-Systems zu heilen: die prioritäre Steuerung von Gesundheitsleistungen über ihre Wirtschaftlichkeit. Im Sinne der Patienten ist zu hoffen, dass die Wende zur Steuerung über den Aspekt der Qualität mit dem PpSG glückt; in Fachkreisen wird dies allerdings stark bezweifelt, dort werden vor allem neue Fehlanreize befürchtet.

Dass die zusätzlichen Mitarbeiter auf den Stationen ankommen, ist so ebenfalls noch lange nicht ausgemacht. Zu hoch ist der Druck auf den Arbeitsmarkt. Die Kliniken betreiben aktuell Personalakquise unter Hochdruck. Es gilt das Windhundprinzip: Wem es jetzt gelingt, zusätzliches qualifiziertes Personal zu gewinnen, der erarbeitet sich langfristige Wettbewerbsvorteile. Die anderen, und das werden vor allem die kleineren Häuser jenseits der Ballungsräume sein, bleiben auf der Strecke. Das ist ein Thema, mit dem sich die Gesundheitsregionen beschäftigen müssen!

Nicht zu vergessen: Es handelt sich beim PpSG um ein Gesetz zur Stärkung der stationären Pflege. Mittelfristig droht ein Kannibalisierungseffekt: Krankenhäuser könnten den regionalen Arbeitsmarkt „leerkaufen“ und mit besseren Arbeitsbedingungen locken. Die Situation in der Altenpflege wird sich vor allem in alternden Regionen weiter zuspitzen. Der Bedarf an innovativen, sektorenintegrierenden Versorgungsformen wird steigen. Dafür sind Gesundheitsregionen die Experten. Und eine Idee, wie sich diese Innovationen langfristig finanzieren lassen, haben sie auch schon: durch sektorenübergreifende Finanzierungsformen, ähnlich der integrierten Versorgung, nennen wir sie „Outcome-basierte Qualitätsverträge“.

Sicher, bis hierfür gut durchkalkulierte und verlässliche Organisations- und Finanzierungsstrukturen stehen, wird noch viel Arbeit nötig sein. Aber erste Schritte ließen sich

bei der Verhandlung über die Weiterführung, Verbreiterung und Vertiefung erfolgreicher (regionaler) Pilotprojekte zur integrierten Versorgung (innerhalb oder außerhalb des Innovationsfonds) gehen. Weitere konkrete Vorschläge werden dann nicht lange auf sich warten lassen.

Abschließend soll ein Beispiel für eine solche konkrete Utopie zu „Outcome-basierten Qualitätsverträgen“ als Anregung für weitere Debatten umrissen werden: Wenn sich heute die lokalen Gesundheitsakteure besonders engagiert um die Gesundheit der regionalen Bevölkerung kümmern und alles dafür tun, dass durch frühzeitige Vermeidung von Krankheitskarrieren möglichst geringe Gesundheitsausgaben bei den Krankenkassen anfallen, dann investieren sie ihre Zeit und ihr Geld in einen Nutzen, den dann allerdings Dritte, nämlich die Patienten, vor allem aber die Krankenkassen und ein wenig auch der Staat insgesamt für sich gewinnen. Wenn jetzt zumindest die Krankenkassen diesen besonders aktiven Gesundheitsakteuren den entstehenden Nutzen (= relativ verringerte Gesundheitsausgaben) wiederum zurückerstatten würden, dann würde damit ein Belohnungsanreiz, bestmöglich in die Gesundheit, die Bewegung, die Ernährung, die Gesundheitsbildung und die klügste Versorgung zu investieren, entstehen, der wiederum die Intelligenz und das Engagement der lokalen Akteure quer durch alle Sektoren und Berufsgruppen herausfordern und anreizen würde.

Sie denken, das geht nicht? Im ländlichen, aber baden-württembergisch typisch auch durch mittelständische Unternehmen geprägten Kinzigtal funktioniert dies jetzt schon im vierzehnten Jahr, seit zwei Jahren auch im großstädtischen Brennpunkt Billstedt-Horn in Hamburg und ganz frisch im nordhessischen Werra-Meißner-Kreis. Umfangreiche Evaluationsergebnisse belegen die nachhaltig verbesserten Outcomes im Kinzigtal. Und auch vielfältige Erfahrungen von Gesundheitsregionen mit indikationsspezifisch integrierten Versorgungsstrukturen (etwa bei der Adipositasmedizin in Schleswig-Holstein) zeigen: Es geht besser und wirtschaftlich. Ergo: Es gibt keine überzeugenden Gründe dafür, weshalb integrierte und auf Prävention achtende Wege der Versorgung nicht überall in Deutschland regional adaptiert werden können und ähnliche oder vielleicht sogar noch bessere Ergebnisse liefern könnten.

Von der Preissenkungsschraube der DRGs hin zu einem Innovationswettbewerb um die bestmöglichen Gesundheits-Outcomes – damit gewinnen wir die Herzen und die Köpfe engagierter junger Leute im Gesundheitswesen. Arbeiten wir daran, irgendwann werden wir deren Motivation und Engagement vielleicht auch selbst einmal brauchen.

*Dr. Maren Grautmann, Geschäftsstelle NDGR e. V., Berlin,  
Prof. Dr. Josef Hilbert, Vorstandsvorsitzender des NDGR e. V., Berlin,  
Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der Optimedix AG, Hamburg;  
Mitglied des Forums Gesundheitsstandort Baden-Württemberg*

## DRGs – wo ist die Strategie?

### Die Weiterentwicklung des stationären Sektors ist noch nicht vollendet

Dass das Bundesgesundheitsministerium das Gesundheitssystem weiterentwickeln möchte, ist lobenswert und offensichtlich. Mit Blick auf das aktuelle Reformvorhaben, das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), wird die Pflege als erste Berufsgruppe aus den DRGs herausgelöst, und es besteht zumindest die Hoffnung, dass die Not der Krankenhäuser gelindert wird. Wenn es jetzt noch gelänge, die im Gesetz verorteten Einzelmaßnahmen in ein klares politisches Zielbild zu überführen, wäre viel gewonnen.

Es ist richtig, darüber zu sprechen, ob das PpSG nicht besser die Finanzierung an den Pflegebedarf der Patienten koppeln sollte – ein weiterentwickelter Pflegekostentaxi könnte das lösen. Auch die pflegeentlastenden interprofessionellen Organisationsmodelle oder digitale Innovationen wie Unit Dose bleiben noch unter dem DRG-Radar des Gesetzgebers. Besser sollte das Management des Klinikums entscheiden, wie es die Pflege und pflegenahen Tätigkeiten in der Arbeitsteilung mit oder ohne technologische Unterstützung organisiert.

Wichtig sind allerdings notwendige Umbauten des Systems in Richtung einer stärkeren Vernetzung und Zentrenbildung. Wie die Krankenhauslandschaft in zehn Jahren aussehen soll, bleibt unklar: Der angepassten Förderung der Zentren fehlen Strukturkriterien, und diese

bedürfen der sektorenübergreifenden Finanzierung. Die Weiterführung des Krankenhausstrukturfonds sollte künftig so gestaltet sein, dass die Universitätskliniken als Leuchttürme der Krankenversorgung, Wissenschaft und Ausbildung zumindest genauso wie andere Krankenhäuser behandelt werden.

Schließlich ist die Abbildung der Vorhaltekosten über das Notfallstufenkonzept zu begrüßen – die Umsetzung allerdings aufgrund fehlender Kalkulationsgrundlagen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und der Mühen der Selbstverwaltung enttäuschend. Zuschläge müssen zeitnah auf Ist-Kosten-Basis kalkuliert werden. Auch in der Ausgestaltung sind positive Ansätze wie der gemeinsame Tresen zu erkennen. Eine Auslagerung der Notaufnahmen aus dem Krankenhaus und der Triage ist allerdings kein gangbarer Weg für stationäre Patienten.

Geboten wäre ein Umbau des DRG-Systems mit ehrlichem Blick auf die den Patienten zur Verfügung stehenden Ressourcen.

*Prof. Dr. Jens Scholz, MBA, Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Kiel und Lübeck*

## Selbstkostendeckung löst keine Probleme!

Ein Widerspruch von Prof. Heinz Lohmann, Ehrenvorsitzender der Initiative Gesundheitswirtschaft e.V., Berlin

Wer jetzt lautstark die Wiedereinführung der Selbstkostendeckung für die Finanzierung der Pflege fordert, hat nichts aus den negativen Erfahrungen der Vergangenheit gelernt und tritt die berechtigten Patienteninteressen mit Füßen. 1992 ist die Kostenerstattung in der Krankenhausfinanzierung zu Recht abgeschafft worden, weil immer wieder festgestellt wurde, dass es keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen eingesetzten Ressourcen und qualitativem Ergebnis der Behandlung gibt. Es kommt vielmehr auf eine hervorragende Organisation der Abläufe an, um die Ärzte und Pflegekräfte direkt am Patienten einzusetzen und sie nicht im alltäglichen „Improvisationstheater“ zu verschleißen.

Kliniken, die es schaffen, den Anteil der berufsfremden Tätigkeiten insbesondere bei der Pflege deutlich zu senken, bieten ihren Patienten eine nachhaltig bessere Leistung. Aktive Krankenhäuser, die in die Verbesserung der Prozesse im Interesse der Patienten und der Mitarbeiter investieren, müssen deshalb durch das Finanzierungs-

system belohnt werden. Bei leistungsbezogenen Entgelten gewinnen die Patientenpräferenzen unverkennbar an Bedeutung, weil das Geld am Patienten hängt. Einfach nur Kosten zu erstatten, bringt hingegen gar nichts. Die mühsam aufgebauten Anreize, um patientenorientiert zu agieren, werden wieder zunichte gemacht. Die derzeit vorgesehenen staatlichen Investitionen in der Pflege atmen den Geist der Vergangenheit. Das kann nicht funktionieren. Personalquotierungen zementieren die überkommenen Strukturen und müssen zudem daran scheitern, dass heute bereits Pflegekräfte in großer Zahl fehlen. Deshalb haben etliche Kliniken in den vergangenen Monaten bereits Stationen schließen müssen.

Die Situation auf dem Arbeitsmarkt wird sich in Zukunft weiter verschärfen, übrigens nicht nur in Deutschland! Wir sind derzeit deshalb in der falschen Richtung unterwegs, und am Ende werden alle Beteiligten frustriert sein, die Pflegekräfte, die Patienten und, das steht zu befürchten, wohl auch die Politik.