

DRGs zu PRGs

Krankenhausfinanzierung vor Neuordnung

Heinz Lohmann

1. Die Gunst der Stunde

Die Ökonomisierung der Medizin wird seit langem immer wieder beklagt. In den letzten Jahren ist die Kritik lauter und eindringlicher geworden. Ganz im Zentrum steht dabei durchgängig die Krankenhausfinanzierung auf Basis des DRG-Systems. Gefordert wird inzwischen ganz unverhohlen mehr Geld und weniger Einfluss der Ökonomen. „Rettet die Medizin“ ist die eingängige Parole der Protagonisten. Mitten in der Corona-Krise wird der Druck auf die Politik noch einmal verstärkt. Nur wegen der vielen Krankenhausbetten sei Deutschland bisher glimpflich davongekommen. Diese gelte es jetzt, dauerhaft mit ausreichend Geld auszustatten. Da sei eine leitungsbezogene Finanzierung nicht weiter akzeptabel. Das im Jahr 2002 eingeführte DRG-System müsse deshalb der Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips weichen. Die Ausgliederung der Pflege sei ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Richtig ist, dass die Krankenhausstruktur einer Korrektur bedarf, weil künftig immer mehr Anbieter von Gesundheitsleistungen in eine wirtschaftliche Schieflage geraten werden. Da spielt das Finanzierungssystem eine zentrale Rolle, weil es für die Zukunft die entscheidenden Anreize setzt. Dies gilt auch für die Verknüpfung von ambulanter und stationärer Leistungserbringung. An einem Zusammenrücken der bisher getrennten Entgeltsysteme geht kein Weg vorbei. Da die Ambulantisierung mit großen Schritten voranschreitet, ist durchaus Eile geboten.

2. DRG-System in der Kritik

Ja, es gibt berechtigte Kritik am DRG-System. Es treibt unbestreitbar die Mengenausweitung. Das war aber bereits vor der Einführung klar, weshalb in der damaligen Debatte auch immer begleitende Elemente, wie Zweit-Meinungsverfahren und überhaupt Transparenz, eingefordert wurden. Die DRG-Finanzierung alimentiert schließlich nicht mehr die Institution Krankenhaus, sondern das Geld hängt an der Diagnose des Patienten. Und ja, Fallpauschalen senken die Verweildauer. Das war auch gewollt, vor allem im Interesse der Patienten. Die Kritiker sprachen gerne von „blutiger Entlassung“ und beklagten den Leistungsdruck auf die Ärzte und die Krankenpflegekräfte.

In der Corona-Krise kam hinzu, dass massiv auf die Nichtfinanzierung von Vorhaltekosten verwiesen wurde. Personal und Sachmittel für den Fall der Fälle parat zu halten, erfordere eine leistungsunabhängige Mittelausstattung. Nicht wenige Kritiker gehen inzwischen soweit, die private Leistungserbringung überhaupt in Frage zu stellen und fordern deshalb ein ausschließlich öffentliches Gesundheitssystem.

3. Zurück zur Selbstkostendeckung?

Die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung steht unter lobbyistischem Dauerbeschuss. Alles Übel dieser Welt kommt, glaubt man den Argumenten der Kritiker, vom DRG-System. Viele Akteure verlangen deshalb lautstark eine Wiedereinführung des vor rund 20 Jahren abgeschafften Selbstkostendeckungsprinzips. Ganz vorn auf der Liste der mit dieser Forderung verbundenen Erwartungen steht ein Zurückdrängen des allgemein konstatierten ökonomischen Einflusses. Ja, es wird die Hoffnung in den Raum gestellt, damit das Ende der Knappheit erreichen zu können. Verschwiegen wird in dieser erhitzten Debatte, dass schon in den 1980er und -90er Jahren, zu Zeiten der Selbstkostendeckung, ein Kostendämpfungsgesetz das nächste jagte. Gemessen daran geht es seit Einführung der DRGs insgesamt gemächlich zu.

Allerdings kann es ein „weiter so“ nicht geben. Die Reaktion der Politik auf die massive Kritik an den Zuständen in der Pflege macht deutlich, dass den Krankenhausmanagern kein Kredit mehr eingeräumt wird. Den Klinikverantwortlichen wird nicht mehr zugetraut, die Herausforderungen eigenständig in den Griff zu bekommen. Deshalb hat die Politik unmittelbar massiv regulierend eingegriffen und die Spielräume der Manager mit der Wiedereinführung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Pflege rigoros begrenzt. Weitere Interessengruppen in den Kliniken, allen voran die Ärzte, sind dabei, sich ebenfalls unter das Dach der staatlichen Obhut zu flüchten. Am Ende stünde ein strikt administratives System ohne eigene Gestaltungskraft bei den Krankenhausleitungen. Manager wären dann überflüssig und können, wie noch in den 1980er Jahren üblich, durch Administratoren ersetzt werden. Mut zum Wandel ist deshalb unerlässlich.

Der Patient muss vorbehaltlos zum Maß des Handelns in Gesundheitsunternehmen werden. Es geht darum, die Behandlungsprozesse ohne wenn und aber auf die Patienteninteressen auszurichten. Die Strukturierung und Digitalisierung der Arbeitsabläufe stehen dabei ganz im Vordergrund. Das leider immer noch allzu häufig anzutreffende „Improvisationstheater“ mit überforderten Akteuren, ausgestattet mit Bleistift, Papier und Radiergummi, darf es im Interesse der Patienten, aber auch der Mitarbeiter, nicht länger geben. Unendlich viel Zeit gibt es nicht mehr. Es gilt, das Ruder herumzureißen. Das Management ist aufgefordert, gemeinsam mit den Ärzten und Pflegekräften die betrieblichen Gestaltungsräume voll auszuschöpfen und dabei das Patientenerlebnis in den Mittelpunkt zu stellen.

Das Selbstkostendeckungsprinzip ist zuallererst ein intransparentes System, da es den Leistungsbezug ausklammert und der Patient somit als Marktteilnehmer keine wesentliche Rolle spielt. Seine Präferenzen wirken sich auf Erfolg oder Nichterfolg der Kliniken nicht aus. Zudem ist die Selbstkostendeckung zutiefst ungerecht, da die Entgelte für gleiche Leistungen in starker Weise differenzieren. Das hat in der Vergangenheit einen über viele Jahre erbittert geführten Streit zwischen den Krankenhäusern und den Krankenversicherungen ausgelöst. Eine große Zahl von Wirtschaftlichkeitsgutachten und Streitverfahren waren die Folge. Auch untereinander haben die Kliniken öffentlichkeitswirksame Auseinandersetzungen um die

Berechtigung von Budgetunterschieden geführt. Ganz zu schweigen von den Folgen der Abrechnungssystematik auf Grundlage der tagesgleichen Pflegesätze für die Verweildauern in den deutschen Krankenhäusern. Bis heute ist das internationale Niveau immer noch nicht vollständig erreicht.

4. Weiterentwicklung der DRGs zu PRGs

Die mühsam in den 1980er und 1990er Jahren vorangetriebene Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip in der Krankenhausfinanzierung durch Pflexit und Äxit rückgängig zu machen, wäre ein Schlag ins Gesicht der Patienten. Ihr Einfluss würde ausgerechnet in einer Zeit verstärkter Patientensouveränität blockiert. Richtig ist allerdings, dass der ausschließliche Bezug auf die Diagnose nicht mehr zeitgemäß ist. Zudem haben die Akteure durch ständige Forderungen nach immer kleinteiligerer Differenzierung der Leistungen für ein völlig überzogenes bürokratisches Monster gesorgt. Deshalb muss die künftige Entwicklung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen zwei Grundlinien folgen. Zum einen gilt es, wieder zu einem mehr pauschalisierten System zu kommen und zum anderen, insbesondere den Patientenbezug zu stärken. Letzteres kann geschehen, indem das Patientenwohl zu einem weiteren entscheidenden Maßstab der Klassifizierung wird. Dabei geht es auch um gezielte Anreize für die Qualität. Nicht die Komplexität von Prozeduren darf künftig bei der Finanzierung maßgeblich sein, sondern Value-Based Medicine, die sich an der Lebensqualität des Patienten und am Ergebnis orientiert, muss sich entscheidend auswirken. DRGs werden dann zu PRGs, Patient Related Groups. Zudem kann die Arbeitnehmerzufriedenheit, insbesondere bei den Pflegekräften, berücksichtigt werden. Auch müssen patientennahe Investitionen Teil der neuen Krankenhausfinanzierung werden. Und weil die Menschen die wachsenden Möglichkeiten, sie ambulant zu versorgen, überaus schätzen, müssen die Entgeltsysteme der Sektoren harmonisiert werden, auch um die bestehenden Fehlanreize endlich zu überwinden.

Die politische Sofortmaßnahme, die Pflege auf das längst gescheiterte Selbstkostendeckungsprinzip zurückzuwerfen, muss zudem schnell überwunden werden. Die Pflegenden gehören ins Behandlungsteam! Deshalb müssen sie baldmöglichst in ein erneuertes qualitäts- und leistungsbezogenes Entgeltsystem mit direktem Bezug zum Patientenwohl integriert werden. Die Einführung von institutionenbezogenen Strukturförderungen in ein weiterzuentwickelndes Krankenhausfinanzierungssystem muss hingegen eingehend geprüft werden. Solche Komponenten führen auf längere Sicht schnell zu einem leichtfertigen Defizitenausgleich und damit zur Zementierung der überkommenen Krankenhausstrukturen. Probates Mittel für die Finanzierung medizinischer Grundleistungen sind Gesundheitspauschalen pro Versicherten, also Capitationlösungen. Sie können auch die bisherige Trennung der Sektoren überwinden helfen. Ambulante und stationäre Medizin wird dann aus einem Topf finanziert und der Patient steht tatsächlich im Mittelpunkt, weil ihm das Geld folgt. Der berechtigten Kritik, dass der bisher ausschließliche Leistungsbezug Defizite bei den Vorhaltungen für Notfälle,

insbesondere auch in der Krise, bedingt, muss mit gestuften Zuschlägen begegnet werden.

5. Vorfahrt für die Patienten

Die Gesundheitswirtschaft ist nach wie vor ein Bereich unserer Gesellschaft mit starker Expertendominanz. Die Nachfrageseite ist auf Grund der bisherigen Intransparenz immer noch äußerst schwach. Expertensysteme weisen ganz grundsätzlich eine weitgehende Institutionenorientierung auf. Das prägt die Praxis, aber spiegelt sich auch im Rechts- und Finanzierungssystem wider. In vielen anderen Branchen haben sich inzwischen die Konsumenten durchgesetzt. Ihre Interessen sind immer primär auf das Produkt oder im Dienstleistungssektor auf den Prozess ausgerichtet. Die Gesundheitswirtschaft zieht in diesem Punkt jetzt Schritt für Schritt nach. Der Patient wird auch Konsument. Nicht zuletzt das Internet sorgt für mehr Transparenz und damit für eine Stärkung der Patientensouveränität. Diese Entwicklung steht noch ganz am Anfang, nimmt aber immer mehr Fahrt auf. Deshalb richtet sich der Blick auch hier zunehmend von der Institution auf den Prozess. Es wäre fatal, wenn ausgerechnet in einer solchen Situation das Finanzierungssystem zur Alimentierung von Krankenhäusern zurückkehren würde. Vielmehr ist ein mutiger Schritt nach vorn erforderlich, der die Rolle des Patienten uneingeschränkt stärkt.

Literaturhinweise

Gigerenzer, G./Muir Gray, J.A. (2013). Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Lehmann, G./Manthey, J. (2020) Hybrid-DRG – neue Wege im Gesundheitswesen. In: Hahn, U./Kurscheid, C. (2020). Intersektorale Versorgung. Best practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotential. Springer Gabler, Wiesbaden, S.263-276

Lohmann, H. (2004). Mut zum Wandel. Texte zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft. Bibliomed, Melsungen, S.73-82

Lohmann, H. (2006). Neupositionierung der Gesundheitsanbieter. In: Rebscher, H. (2006) Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung. Economica, Heidelberg, S.761-768

Lohmann, H./Kehrein, I./Rippman, K. (2016). Markenmedizin für informierte Patienten: Strukturierte Behandlungsabläufe auf digitalem Workflow. medhochzwei, Heidelberg