

**Entschließung des Bundesrates - Für eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft  
Weiterentwicklung des DRG-Systems**

Der Bundesrat möge folgende Entschließung fassen:

1. Der Bundesrat erkennt in Ansehung der Entwicklungen im Krankenhausbereich erhebliche Weiterentwicklungsnotwendigkeiten des DRG-Systems.
2. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung insbesondere auf, durch Gesetzesinitiativen das geltende DRG-System weiter zu entwickeln, um die unterschiedlichen Kostenstrukturen abzubilden, denen die einzelnen Krankenhäuser z. B. als Grund-, Regel- oder Maximalversorger unterliegen. Nur so können die unterschiedlichen Vorhaltekosten in den einzelnen Einrichtungen gerecht refinanziert werden.
3. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung weiter auf, durch die Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Fehlentwicklung entgegen zu wirken, dass durch das weitgehend pauschalierte DRG-System Anreize zur Leistungsausweitung bestehen. Ziel muss eine Vergütungsstruktur sein, die die Leistungserbringer aus diesem Kreislauf löst und eine einrichtungsorientierte und behandlungsnotwendige Kostenerstattung ermöglicht.
4. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, dem Umstand entgegen zu treten, dass Leistungen der Grundversorgung, zum Beispiel die Gynäkologie/Geburtshilfe und Pädiatrie im DRG-System unzureichend mit der Konsequenz abgebildet sind, dass diese Leistungsangebote aus wirtschaftlichen Gründen bei den Leistungserbringern abnehmen und dadurch eine gut erreichbare Versorgung gefährdet ist.

5. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung zudem auf, dass DRG-System von einem komplexen System mit 1.292 Fallpauschalen, welches sowohl auf Krankenhausseite als auch auf Seiten der GKV erhebliche Bürokratiekosten verursacht („Abrechnungsprüfung“), hin zu einem effektiven Abrechnungssystem zu entwickeln, das mehr Ressourcen für die Betreuung von Patientinnen und Patienten schafft.

**Begründung:**

Zu 1. Seit dem Jahr 2004 werden akutstationäre somatische Behandlungen im Krankenhaus über einen bundesweit einheitlichen Fallpauschalenkatalog (Diagnosis-Related-Groups, kurz DRGs) vergütet. Der DRG-Katalog umfasst aktuell insgesamt 1.292 DRGs. Das Relativgewicht der einzelnen DRGs bildet den durchschnittlichen Ressourcenaufwand für die Erbringung der einzelnen Leistungen ab.

Neben dem Landesbasisfallwert ist dieses Relativgewicht maßgeblich für die Höhe der Vergütung der Leistung verantwortlich. Es wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf Basis der Daten einer repräsentativen Menge an Krankenhäusern berechnet. Die jeweilige DRG wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert, daraus ergibt sich der Gesamterlös für den einzelnen Behandlungsfall.

Für die Höhe der Vergütung der erbachten Leistung ist es somit irrelevant, ob die Behandlung in einer Spezialklinik, einem Krankenhaus der Regelversorgung oder durch einen Maximalversorger inklusive der Universitätskliniken erfolgt. Die Vergütung variiert je nach Bundesland, da der jeweilige Landesbasisfallwert zwischen der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen verhandelt wird.

Zu 2. Im geltenden DRG-System werden die unterschiedlichen Kostenstrukturen bei der Ermittlung der Vergütung nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus sollte für bedarfsnotwendige kleine ländliche Kliniken, die in der Regel Grundversorger sind, sowie für hochspezialisierte Leistungsbereiche und

Leistungsbereiche mit nur wenigen Fällen eine vom DRG-System unabhängige Finanzierung der Vorhaltekosten umgesetzt werden. Dadurch wird das Problem einer unzureichenden Finanzierung der Vorhaltekosten zum Beispiel bei Hochschulkliniken bzw. Maximalversorgern oder bei ländlichen Krankenhäusern der Grundversorgung behoben.

Die Problematik der aktuell nicht vorhandenen Differenzierung nach Versorgungsstufen bei der Betriebskostenfinanzierung wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) im Gutachten aus dem Jahr 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ ausführlich dargestellt. Dabei wird festgestellt, dass Unterschiede hinsichtlich Komplexität, Menge und Vorhaltekosten zwischen Krankenhäusern je nach Versorgungsstufe existieren. Ursache dafür ist, dass je nach Versorgungsstufe unterschiedlich komplexe Fälle versorgt und unterschiedlich komplexe Behandlungsmethoden angewendet werden. Im Ergebnis führt dies dazu, dass sich zum Beispiel die Kostenstrukturen von Universitätskliniken und Maximalversorgern aufgrund der spezifischen Vorhaltekosten von denen eines Krankenhauses der Grundversorgung unterscheiden. Dies spiegelt sich auch durch ein unterschiedliches Kostenniveau bei der Erbringung von Leistungen wieder. Im Ergebnis kommt der SVR zum Vorschlag, dass eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System durch zum Beispiel Multiplikation auf das Relativgewicht vorgenommen werden sollte. Dieser Empfehlung wird sich angeschlossen und eine kurzfristige Umsetzung dringend empfohlen.

Die Definition der Versorgungsstufen muss dabei bundeseinheitlich erfolgen, damit eine Anpassung bei der Betriebskostenfinanzierung erfolgen kann. Neben der Betrachtung der Größe des Krankenhauses anhand der Anzahl der Betten, sollte auch eine Berücksichtigung der Anzahl der Fachabteilungen erfolgen. Hintergrund ist, dass davon ausgegangen werden kann, dass das Kostenniveau maßgeblich von der Anzahl der Fachabteilungen beeinflusst wird.

Zu 3. Zusätzliche Einnahmen können im aktuellen DRG-System nur durch die Ausweitung von Fallzahlen oder die Erbringung höher vergüteter Leistungen generiert werden. Beide Alternativen begründen Fehlanreize für die

Leistungserbringer, die zu unnötigen Behandlungen oder zur Durchführung vermeidbarer, komplexerer und damit besser vergüteter Behandlungen führen können. Ziel muss eine Vergütungsstruktur sein, die die Leistungserbringer aus diesem Kreislauf löst und eine einrichtungsorientierte und behandlungsnotwendige Kostenerstattung ermöglicht, die die Ausgaben der Leistungserbringer deckt.

Zu 4. Leistungen, deren Vergütung vom bestehenden DRG-System nur unzureichend und damit nicht kostendeckend vergütet werden, bieten den Leistungserbringern nur wenig Anreize zur Leistungserbringung. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass diese Leistungen nicht mehr ausreichend angeboten werden und deshalb Versorgungslücken entstehen. Diesem Umstand kann durch eine entsprechende, leistungsgerechte Anpassung des Vergütungssystems entgegengewirkt werden. Um das Abrechnungssystem im Krankenhaus nicht noch weiter zu verkomplizieren ist dabei eine Anpassung im DRG-System anzustreben, z. B. durch einen Zuschlag für diese Leistungsbereiche.

Zu 5. Das Krankenhausabrechnungswesen ist von einer Vielzahl an Vorgaben und Vorschriften geprägt, welche zu einem hohen Dokumentationsaufwand führen. Schätzungen zufolge liegt dieser Dokumentationsaufwand bei 40 % der Arbeitszeit. Ein wesentlicher Grund für die zunehmenden Schwierigkeiten der Krankenhäuser, ärztliches oder pflegerisches Personal zu rekrutieren, ist auch der immer weiter zunehmende Dokumentationsaufwand im Zusammenhang mit der Abrechnung der DRGs. Grundsätzlich geht es darum, bestehende Vorgaben einer Kosten-Nutzen-Analyse zu unterziehen. Ein Beitrag zur Reduzierung könnte hierbei z. B. die Reduktion der Anzahl der DRGs sein. Ebenfalls ist zu hinterfragen, ob die Dokumentation auf Grund von Abrechnungsstreitigkeiten zu detailliert ist und ob/wie diese vereinfacht werden kann.

Die hypertrophe Komplexität macht das DRG-System zunehmend unkontrollierbar und für Nicht-Experten intransparent. Dies gilt nicht nur für die

allgemeine interessierte Öffentlichkeit, sondern auch für Akteure der Gesundheitspolitik. Für Außenstehende ist es kaum oder gar nicht möglich, die zahlreichen Problembereiche, Konstruktionsmängel und kritikwürdigen Funktionsmechanismen zu erkennen und fundiert zu kritisieren. Insofern läuft das System Gefahr, sich dem Verdacht auszusetzen, dass Kompliziertheit und Intransparenz auch den Zweck haben können, durch diese Konstruktion das System vor fundierter Kritik zu schützen.