

# DRG - nicht abschaffen, aber runderneuern!

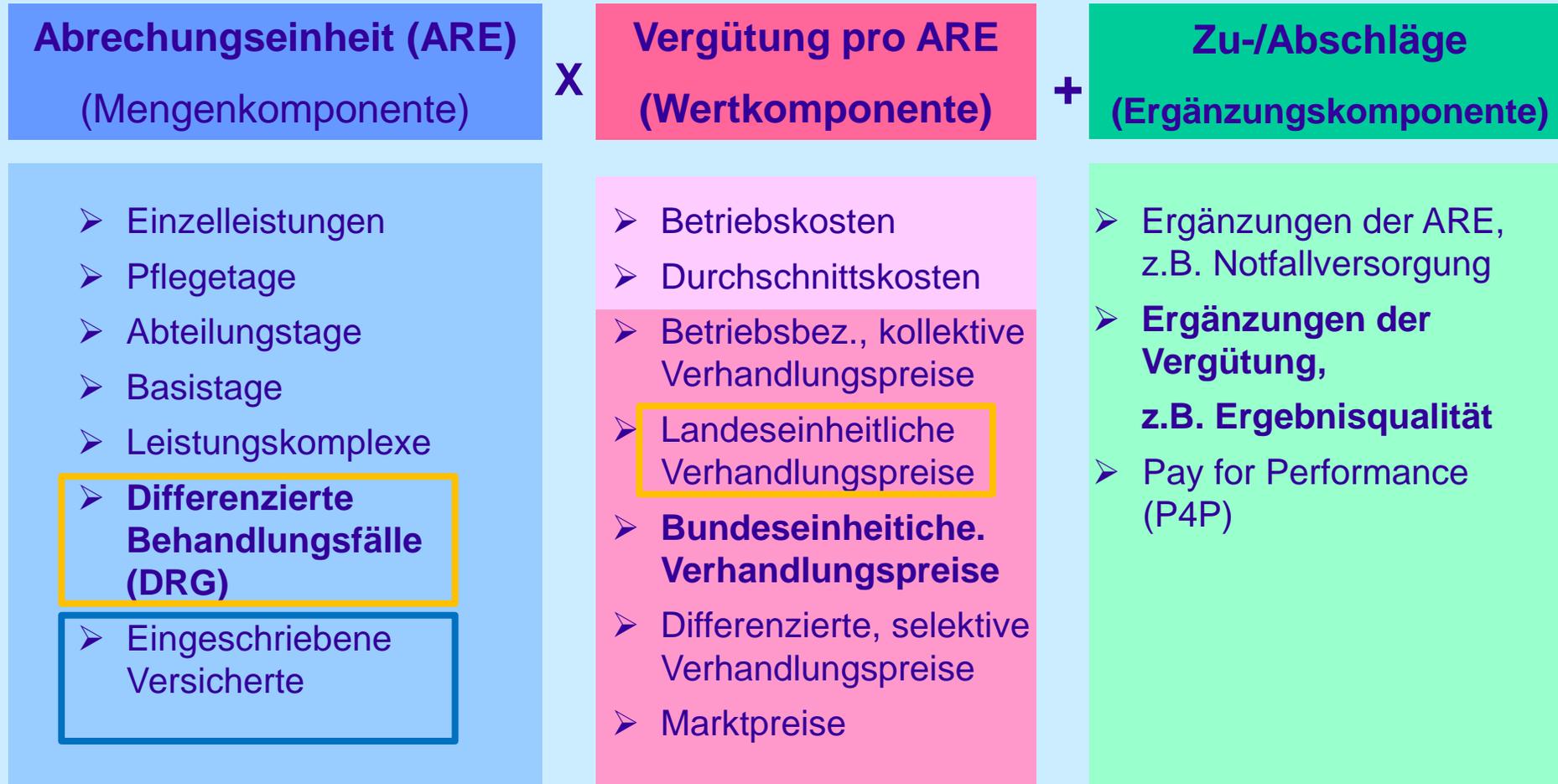
29. Deutscher Krankenhaustag  
am 7. und 8. Juli 2022  
Köln im Maternushaus

Prof. Dr. Günter Neubauer

# Inhaltsverzeichnis

1. Bausteine und Anreize von Vergütungssystemen
2. Fehlanreize der G-DRG
3. Lösungsansätze
4. Das chronische Problem: Investitionsfinanzierung
5. Ausblick: Aktuelle Diskussion zur Privatisierung und Re-Kommunalisierung

# 1.1 Bausteine eines Vergütungssystems

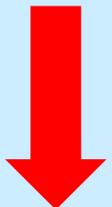


## 1.2 Anreize des DRG

$$\text{Überschuß/Kostendeckung} = \text{Erlöse} - \text{Kosten}$$



$$\begin{aligned} \text{Erlöse} &= \text{Abrechnungseinheiten (AE)} \times \text{Vergütung pro AE} \\ &+ \text{Ergänzende AE} \times \text{Vergütung pro ergänzender AE} \end{aligned}$$



$$\text{Kosten} = (\text{Variable} + \text{fixe Kosten pro AE}) \times \text{AE}$$

## 1.3 Anreize des DRG- Vergütungssystems

**Case-Mix-Index x Base-Rate x Fallzahl = Erlösbudget**

**1,2 x 3.650 € x 10.000 = 43,8 Mio. €**

# Inhaltsverzeichnis

1. Bausteine und Anreize von Vergütungssystemen
2. Fehlanreize der G-DRG
3. Lösungsansätze
4. Das chronische Problem: Investitionsfinanzierung
5. Ausblick: Aktuelle Diskussion zur Privatisierung und Re-Kommunalisierung

## 2.1 Erwartete Wirkungen eines Fallpauschalensystems

Instrument	Wirkungen auf				
	Leistungs- menge	Fallkosten	Fall-Mix	Behandlungs- qualität	Ausgaben der Versicherung
Pauschale Vergütung pro Patientengruppe (DRG)	Fallzahl <b>steigt</b> ökonomisch getrieben	<b>Sinken</b> , vor allem weil Verweildauer und <b>Pflegezeit</b> sinkt	<b>Selektion</b> von kostengünstigen bzw. hochwertigen Fallgruppen	<b>Steigt</b> , wenn fallbezogene Qualitätssicherun- g und Benchmarking erfolgt	<b>Steigen</b> mäßig

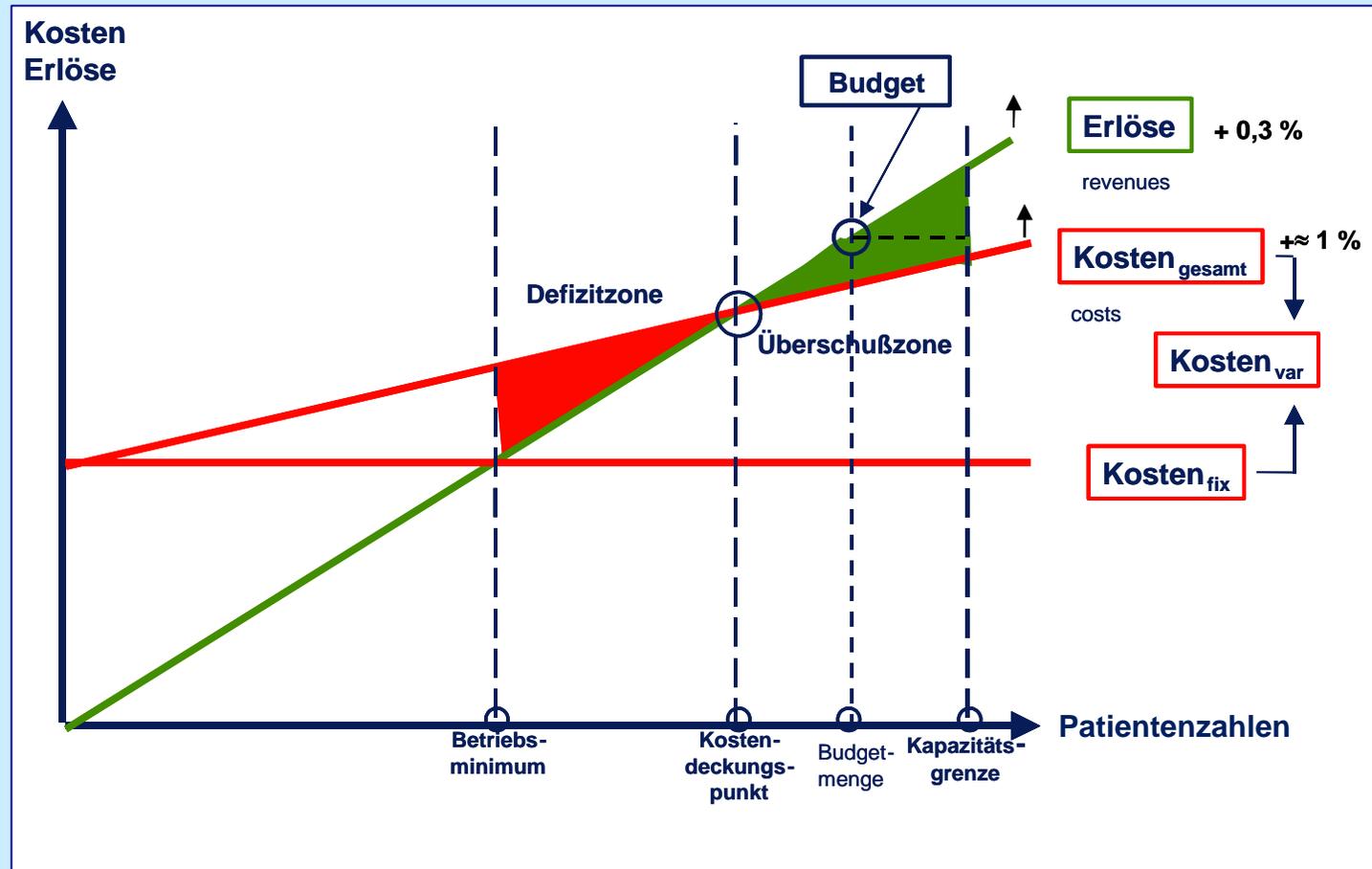
Ziel des Leistungserbringers:

Erlös-Kostendifferenz maximieren

Ziel des Systems:

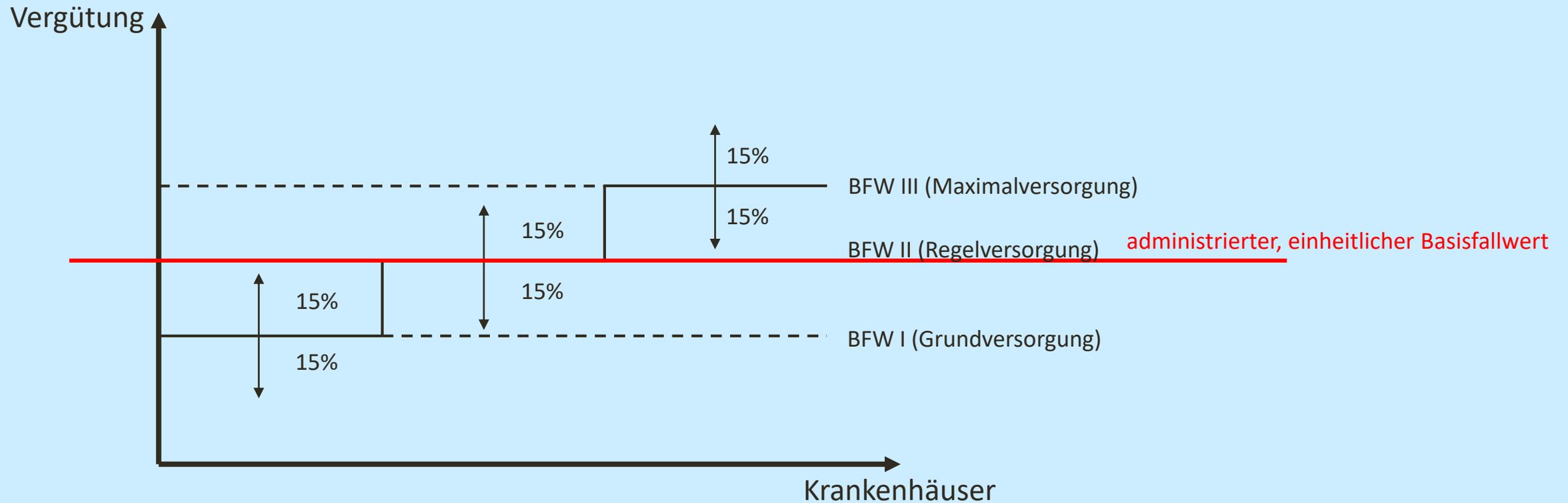
Kosten-Effektivität steigern

## 2.2 Fallzahlsteigerung als Überlebensstrategie



Quelle: IfG - Kompaktwissen Gesundheit, S. 15

## 2.3 Administrative Einheitspreise steuern nicht



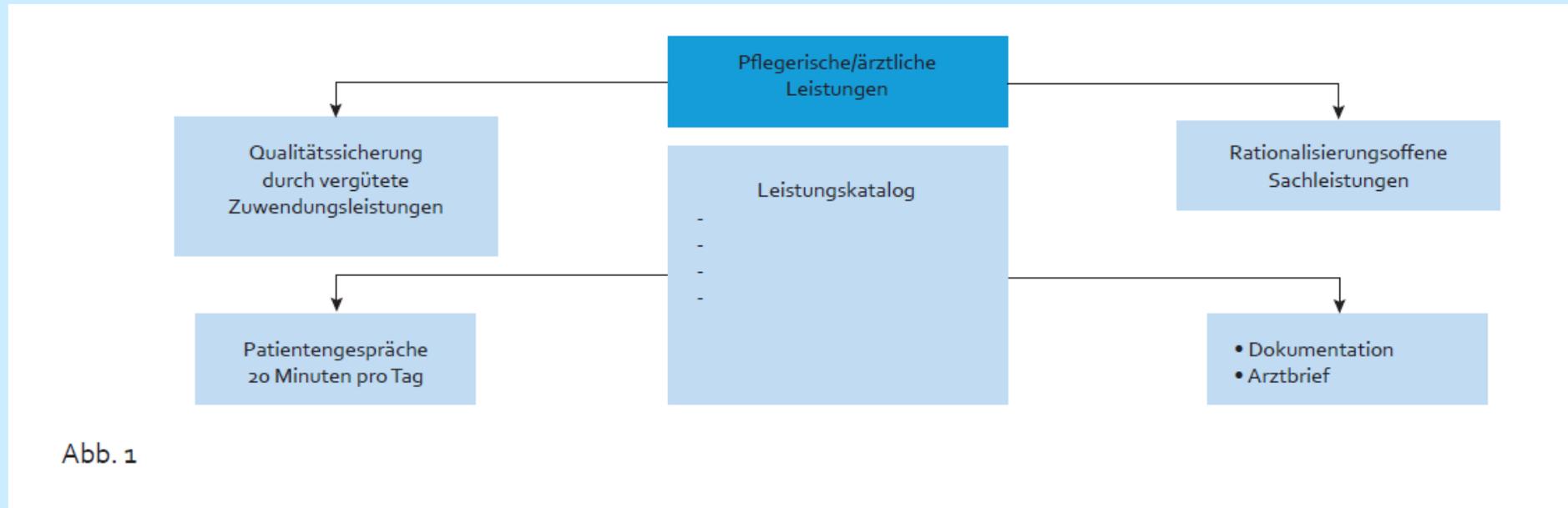
# Inhaltsverzeichnis

1. Bausteine und Anreize von Vergütungssystemen
2. Fehlanreize der G-DRG
3. Lösungsansätze
4. Das chronische Problem: Investitionsfinanzierung
5. Ausblick: Aktuelle Diskussion zur Privatisierung und Re-Kommunalisierung

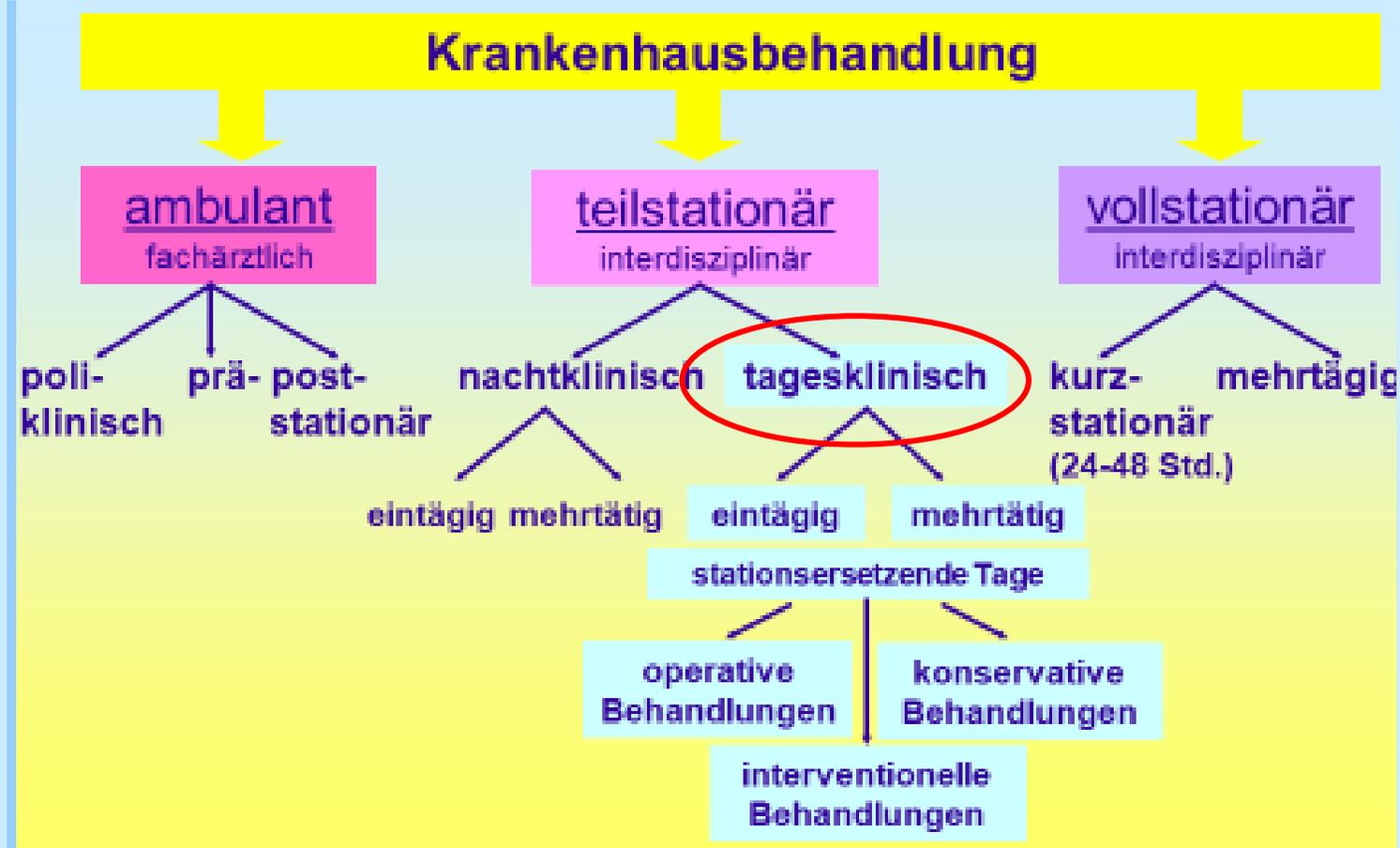
# 3.1.1 Lösungsvorschlag: Zuwendungsleistungen als DRG-Leistung vergüten



## 3.1.2 Zuwendungsleistungen ins DRG integrieren

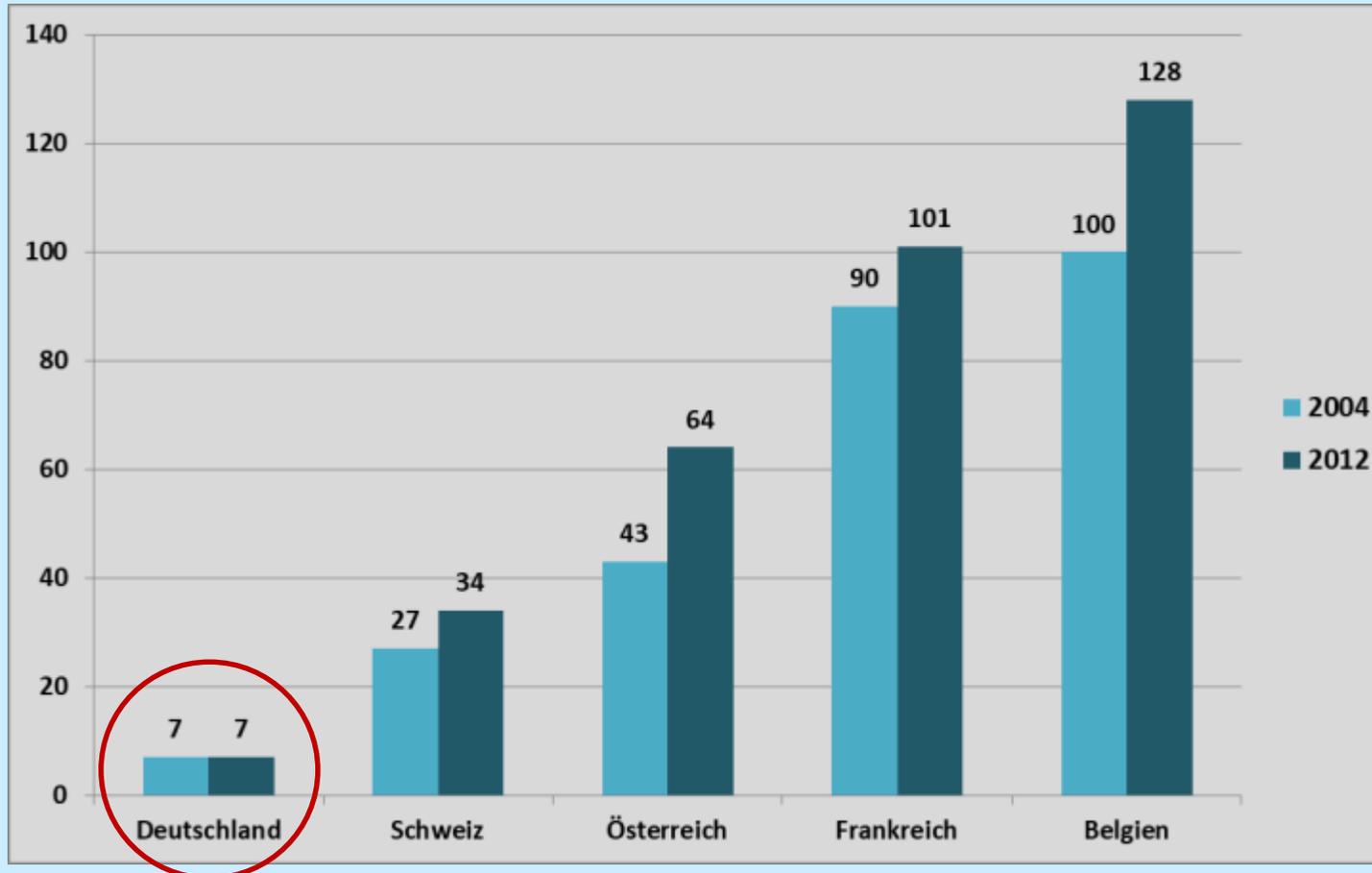


## 3.2 Ambulantisierung: Vertragsärztliche oder tagesklinische Versorgung?



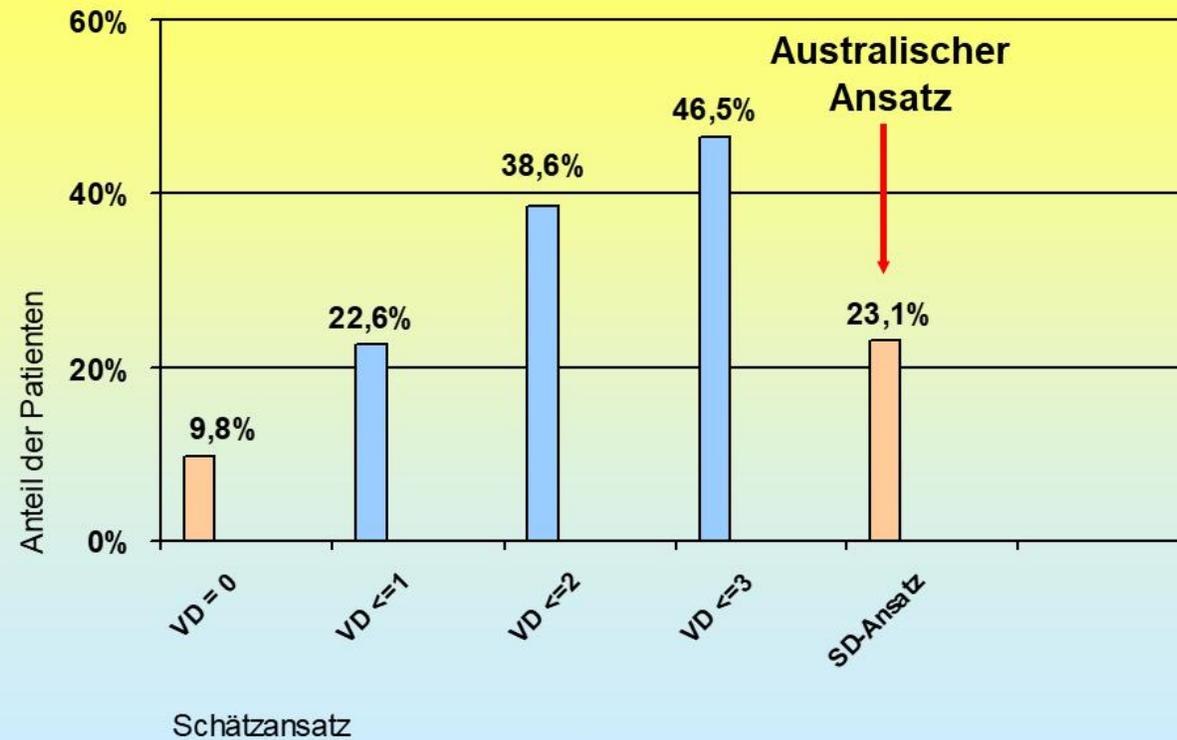
## 3.2.1 Deutschland unterversorgt mit tagesklinischen Leistungen

Tagesklinische Fälle pro 1.000 Einwohner im internationalen Vergleich

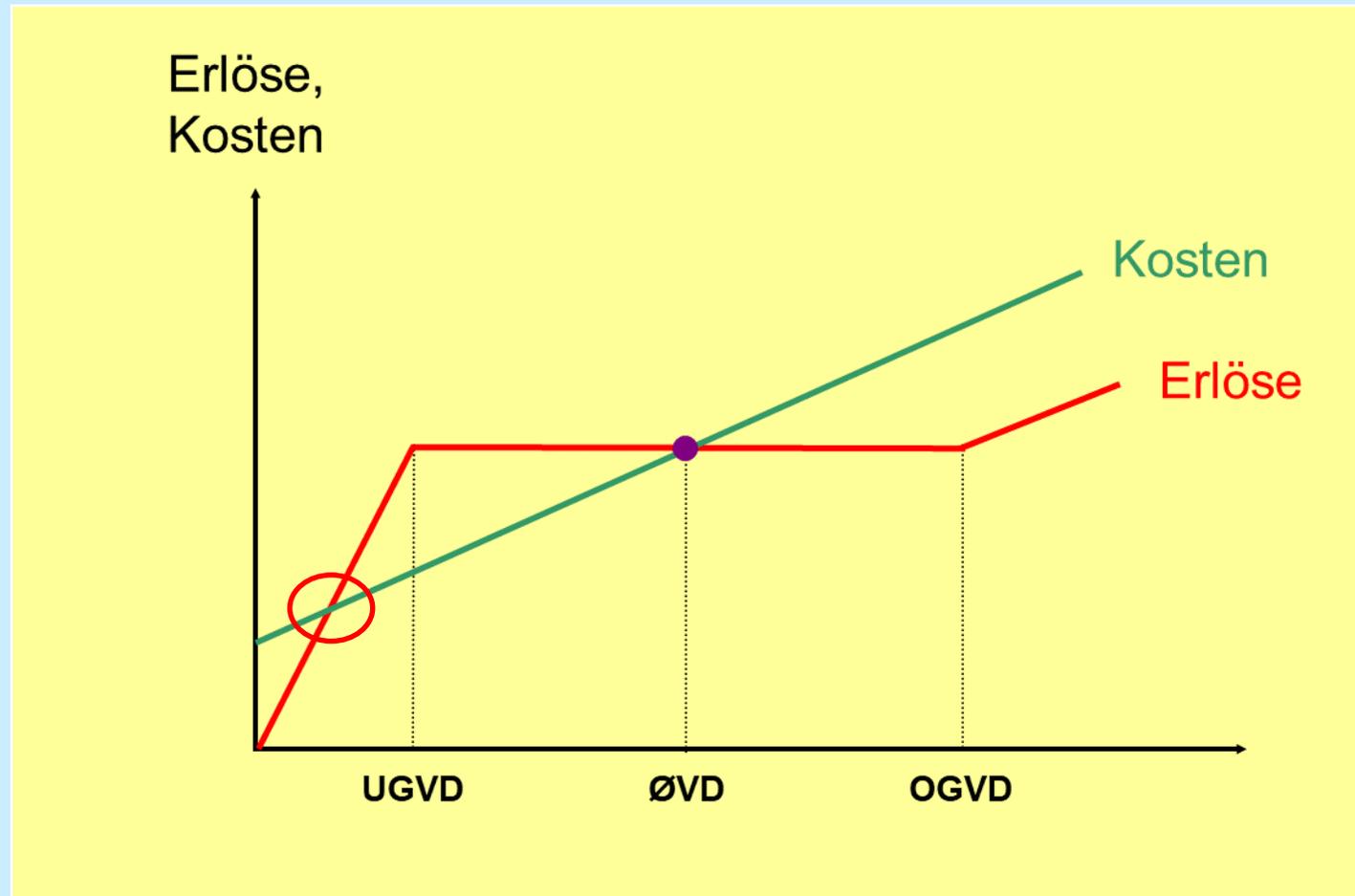


Quelle: Eigene Darstellung nach Geissler in:  
Krankenhausreport 2016, S. 34

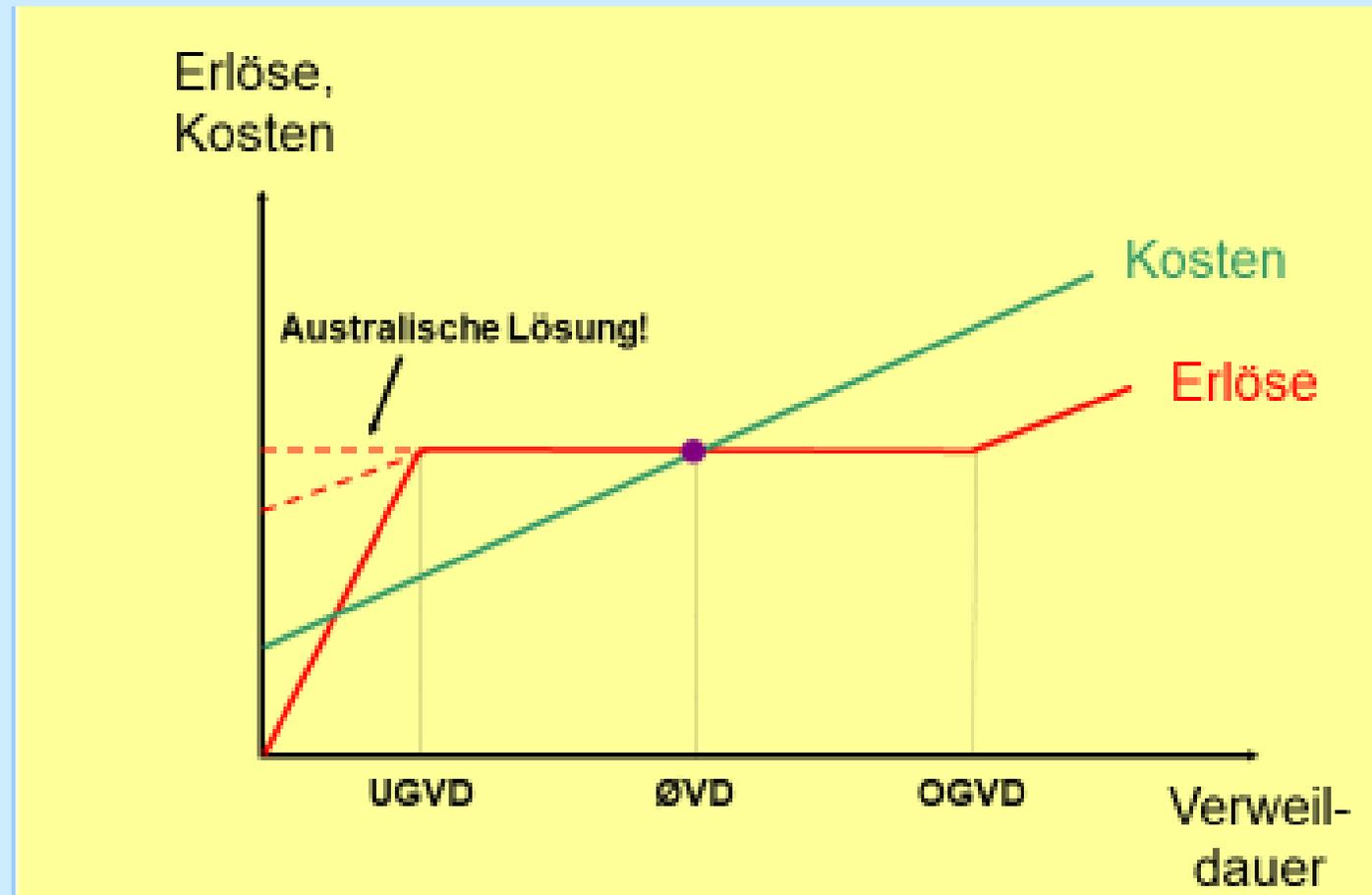
## 3.2.2 Tagesklinische Potenzialschätzung für deutsche Krankenhäuser



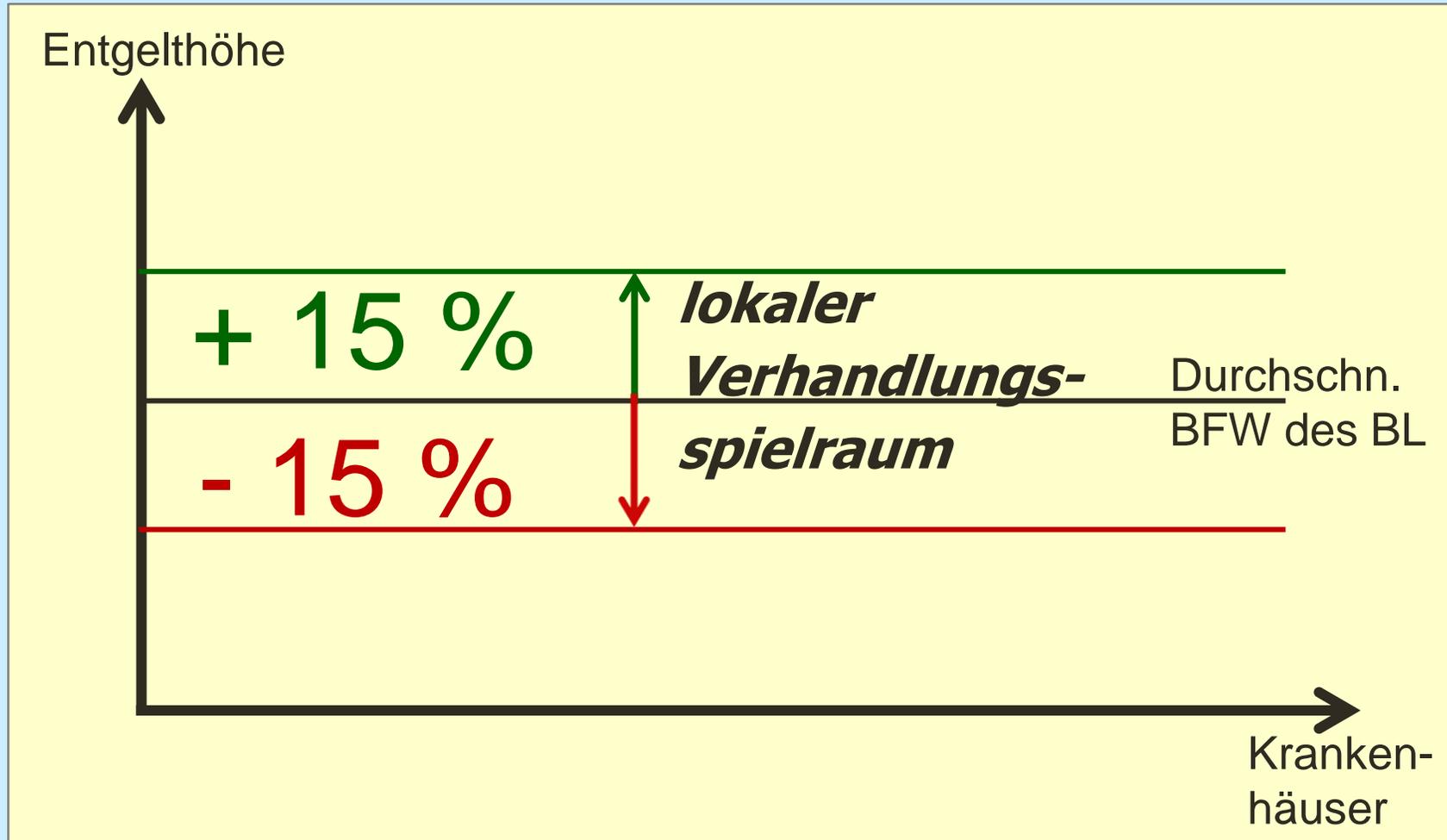
### 3.2.3 Entgeltunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Vergütung: Derzeitige Rechtslage



### 3.3 Lösungsansatz: Australische Lösung bei eintägiger tagesklinischer Behandlung

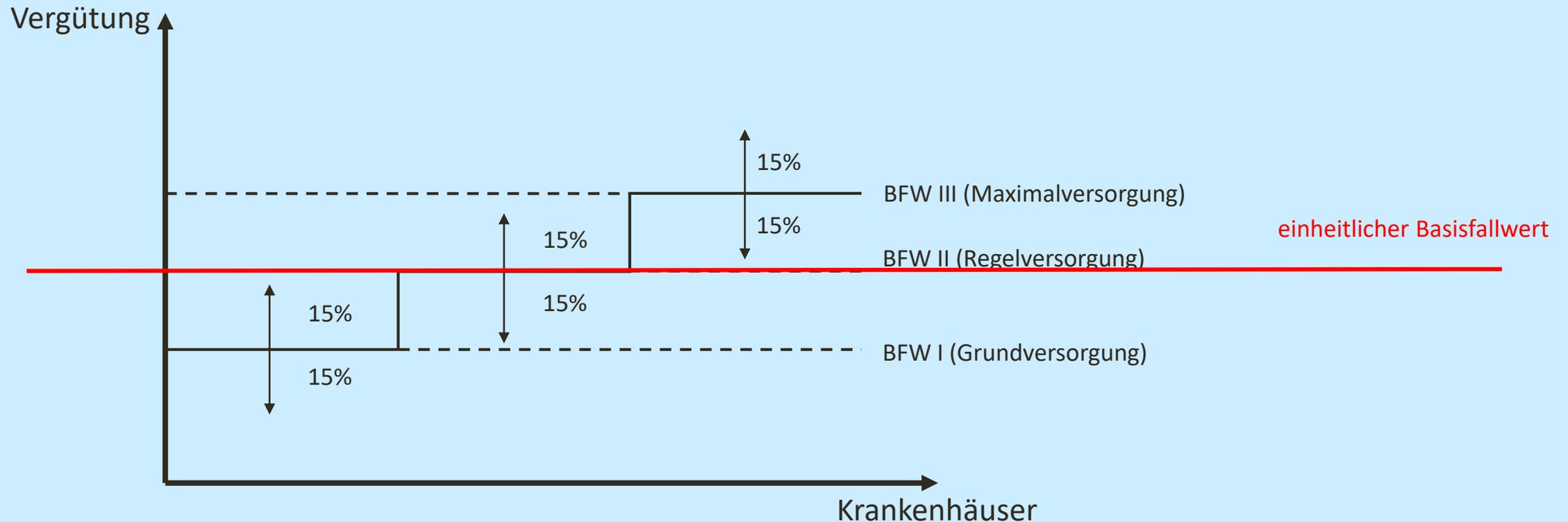


## 3.4.1 Flexibilisierung der Entgeltfindung



## 3.4.2 Differenzierte BFW **und** Flexibilisierung der Entgeltfindung

### Flexibilisiertes Vergütungssystem



### 3.4.3 Auswirkung der Flexibilisierung auf wichtige Akteure

- (1) **Defizitkrankenhaus** verhandelt dezentral Aufschlag bzw. Abschlag auf BFW
- (2) **Krankenhaus** erhöht BFW alleine – bei Weigerung der Krankenkasse
- (3) **Patienten** müssen erhöhte Zuzahlungen leisten
- (4) **Patienten** entscheiden direkt über ihr Krankenhaus
- (5) Einzelne **Kassen** können Erhöhung für ihre Versicherten übernehmen!
- (6) Wandern Patienten ab, kann **kommunalpolitisch** Schließung oder Umstrukturierung durchgesetzt werden

# Inhaltsverzeichnis

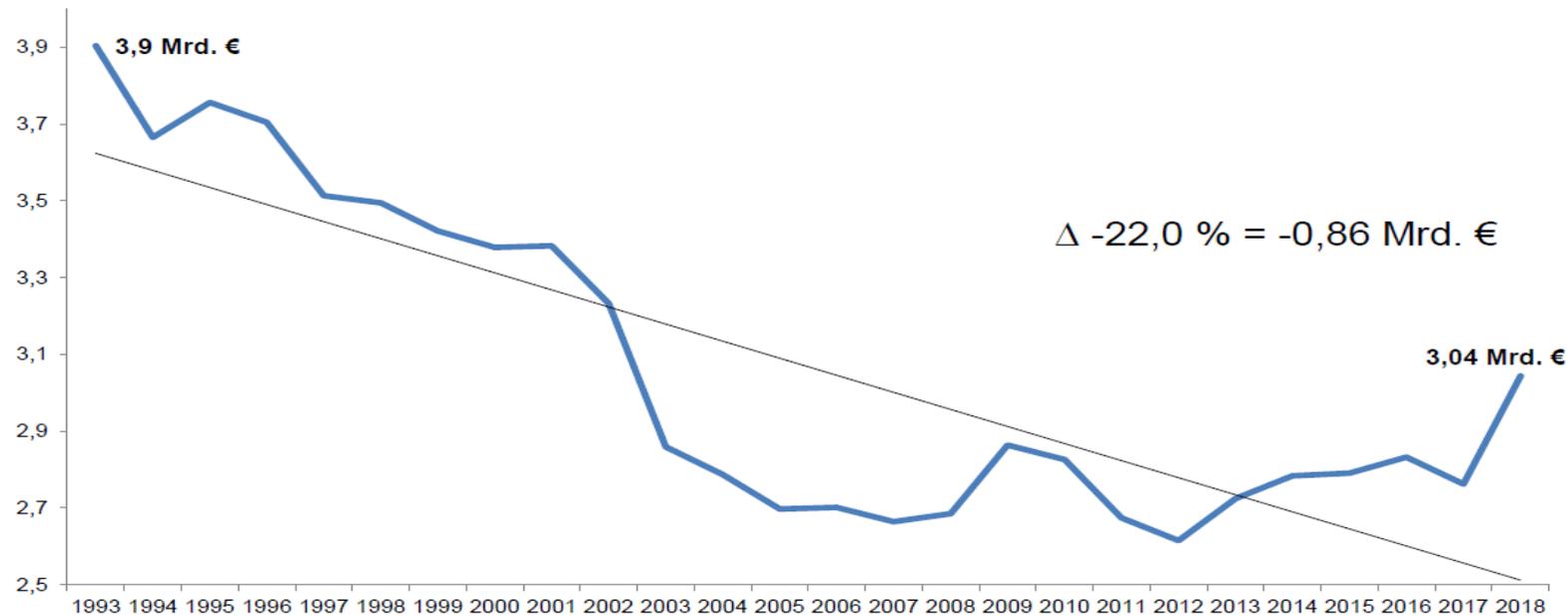
1. Bausteine und Anreize von Vergütungssystemen
2. Fehlanreize der G-DRG
3. Lösungsansätze
4. Das chronische Problem: Investitionsfinanzierung
5. Ausblick: Aktuelle Diskussion zur Privatisierung und Re-Kommunalisierung

# 4.1 Das chronische Problem: Investitionsfinanzierung

## Investitionsfinanzierung



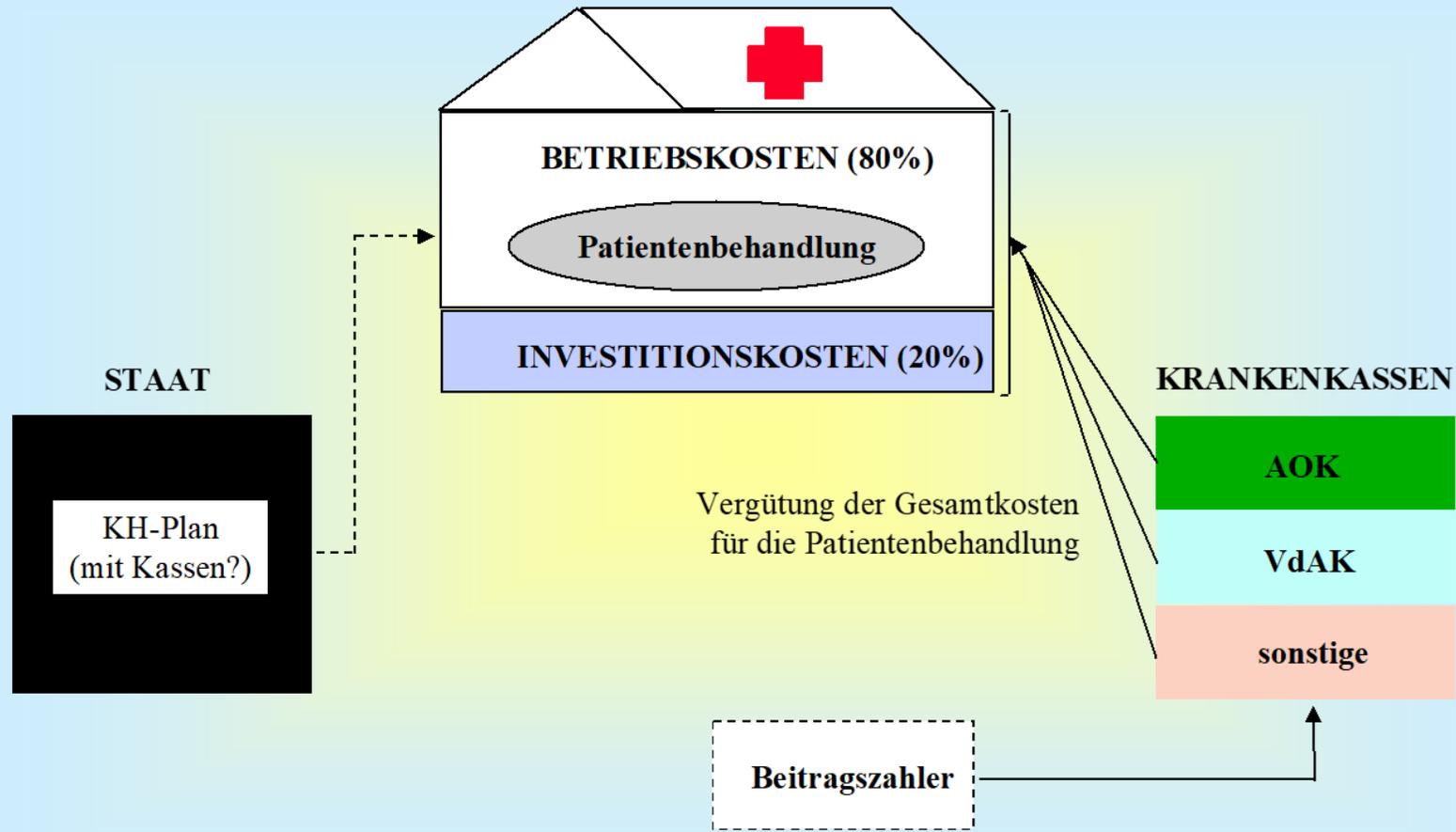
KHG-Fördermittel 1993-2018, in Mrd. €



Quelle: AOLG

Quelle: DKG, Krankenhausstatistik – Eckdaten der Krankenhausversorgung

## 4.2 Die Monistische Krankenhausfinanzierung: Eine Lösung?



# Inhaltsverzeichnis

1. Bausteine und Anreize von Vergütungssystemen
2. Fehlanreize der G-DRG
3. Lösungsansätze
4. Das chronische Problem: Investitionsfinanzierung
5. Ausblick: Aktuelle Diskussion zur Privatisierung und Re-Kommunalisierung

## 5.1 Zahl der Übernahmen durch Finanzinvestoren 2013 bis 2018

Demographische- und medizinische Perspektiven machen die Gesundheitsbranche attraktiv für PEGen

Rund 50 PEGen investieren in das deutsche Gesundheitswesen

Sie kommen vorwiegend aus Deutschland, Großbritannien, den USA und der Schweiz

Zwischen 2013 und 2018 **130 Übernahmen**, darunter 27 KH und 31 MVZ

Besonders attraktiv ist die Übernahme von Pflegeheimen und Pflegediensten

Von den Facharztpraxen waren Zahnmedizin, Radiologie, Augenheilkunde und Nephrologie beliebt

## 5.2 Aktuelle Diskussion zu Investoren

**Gegen Renditejagd, Spekulationen, Geldverschwendung:  
Ärztekammer und Virchowbund fordern Regelungen für private  
Investoren-MVZ**

**Wie die Spekulation mit MVZ stoppen?**

**Ärztekammer sieht private Investoren auch als Kostentreiber**

## 5.3 Die Investoren sind schon da: In der Krankenhausversorgung!

Rang	Krankenhauskonzern	Umsatzerlöse in Mio. Euro	Eigentümer
1	Helios Kliniken	6.340	Privat
2	Asklepios Kliniken	4.343	Privat
3	Sana Kliniken	2.927	Privat
4	Agaplesion	1.602	Freigemeinnützig
5	Vivantes	1.506	Öffentlich-rechtlich
6	BG Kliniken	1.463	Öffentlich-rechtlich
7	Alexianer	1.315	Freigemeinnützig
8	Knappschaft Kliniken	1.200	Öffentlich-rechtlich
9	SRH Kliniken	1.156	Privat
10	Barmherzige Brüder Trier (BBT-Gruppe)	1.152	Freigemeinnützig

*Abb. 1: Die 10 größten Krankenhauskonzerne Deutschlands (2020)*

Quelle: <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/45072-deutschlands-groesste-krankenhauskonzerne-2020>

Quelle: <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/45072-deutschlands-groesste-krankenhauskonzerne-2020>

# Take-home-message

Wer glaubt, dass sich durch die Abschaffung der DRGs die Knappheit der Mittel auflöst, irrt gewaltig!

Man tauscht die pauschale Leistungskontrolle via DRG ein gegen eine detaillierte Kostenkontrolle via Personalanhaltzahlen.

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Frau-Holle-Straße 43, 81739 München

Tel. 089 / 60 51 98

Fax: 089 / 606 11 87

E-Mail: [ifg@ifg-muenchen.com](mailto:ifg@ifg-muenchen.com)

[www.ifg-muenchen.com](http://www.ifg-muenchen.com)