

## Antrag

**der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Jörg Schneider, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, Uwe Witt, Ulrich Oehme, Udo Theodor Hemmelgarn, Jürgen Braun, Dr. Heiko Wildberg, Dr. Christian Wirth, Dr. Axel Gehrke, Matthias Büttner, Joana Cotar, Siegbert Droese, Franziska Gminder, Mariana Iris Harder-Kühnel, Dr. Heiko Heßenkemper, Karsten Hilse, Martin Hohmann, Jens Kestner, Stefan Keuter, Jörn König, Andreas Mrosek, Frank Pasemann, Tobias Matthias Peterka, Jürgen Pohl, Uwe Schulz, Thomas Seitz, Dr. Dirk Spaniel, Dr. Harald Weyel und der Fraktion der AfD**

### **Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems – PRP-System**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Einführung des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems (DRG-System) wurde mit der Aussicht auf wirtschaftlichere Krankenhausarbeit eingeführt. Statistiken und Rückmeldungen von Praktikern zeigen jedoch, dass die Einführung des DRG-Systems dramatische Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und die Personallage in Krankenhäusern hat.<sup>1</sup> Personalnotstand, kürzere Liegezeiten und damit verbundene Komplikationen bei Patienten und die Zunahme der Privatisierung von Krankenhäusern sind nur einige dieser Fehlentwicklungen. Zudem hat die Einführung, entgegen der ursprünglichen Intention der Kostensenkung, sogar zu einer Kostensteigerung geführt.<sup>2</sup>

Unterschiedliche Gewinnmargen der Fallpauschalen erhöhen den Druck möglichst rentable DRGs abzurechnen und bei den Fixkosten zu sparen. Die Praxis zeigt, dass kurative Maßnahmen sich nicht primär am Patienten und der Behandlungsnotwendigkeit orientieren, sondern an den abzurechnenden Fallpauschalen. Dies führt dazu, dass die Abrechnung besonders kostenintensiver Verfahren, wie zum Beispiel das Durchführen bestimmter Operationen, die Richtung der Leistungserbringung im Krankenhaus vorgibt.

Auch die für 2020 geplante Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen (Umstellung auf das aG-DRG<sup>3</sup>), hin zu einer Finanzierung über ein

---

<sup>1</sup> [www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/DRG-System-ist-nicht-mehr-zeitgemaess-252068.html](http://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/DRG-System-ist-nicht-mehr-zeitgemaess-252068.html)

<sup>2</sup> [www.krankenhaus-statt-fabrik.de/125](http://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/125)

<sup>3</sup> [www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/g\\_drg\\_2020/drg\\_system\\_1.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/g_drg_2020/drg_system_1.jsp)

krankenhausindividuelles Pflegebudget, stellt keine ganzheitliche Lösung dar.

Die Lösung hierfür bietet das Prospektiv-Regionale-Pauschalensystem. Hierbei handelt es sich um ein Vergütungssystem, bei dem eine ex ante Pauschale an den Leistungserbringer (Krankenhaus) entrichtet wird und von diesem auch verwaltet wird. Diese jährlich von den Krankenkassen erbrachte Pauschale, richtet sich nach regionalen Unterschieden, wie z. B. der Morbidität und der Bevölkerungsdichte einer bestimmten Region und stellt somit ein realistisches Abbild der regionalen Versorgungssituation dar. Die krankenhausinterne Verwaltung dieses Budgets führt dazu, dass die Über- und Fehlversorgung, die im DRG-System eklatant ist, behoben wird, da der Leistungserbringer nun budgetorientiert und selbstverantwortlich handeln muss.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das DRG-System falsche Systemanreize setzt. Die Folgen sind die Vernachlässigung und Schädigung der Patienten sowie die Überlastung von Krankenhauspersonal und Verschwendung von Ressourcen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. das in Deutschland angewandte DRG-Abrechnungssystem abzuschaffen und die Betriebskostenfinanzierung im Krankenhaus neuzuordnen;
2. anstatt dessen das Prospektiv-Regionale-Pauschalensystem einzuführen, welches mindestens folgende Kriterien aufweist:
  - a. Leistungserbringern wird im Voraus eine jährliche Pro-Kopf-Pauschale bezahlt (prospektiv pauschalierte Finanzierung), welche sie selbst verwalten müssen.
  - b. Die Kalkulation der prospektiven Pauschalen soll auf morbiditätsorientierten Regionalbudgets basieren, die die Unterschiede der regionalen Lebensbedingungen abbilden. Die entsprechenden regionalen Morbiditätsdaten sollen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.
  - c. Die Entwicklung valider Indikatoren eines zuverlässigen Qualitätssicherungskonzepts und der Stärkung von Patientenrechten, um einer potentiellen Unterversorgung entgegenzuwirken.
  - d. Die Einrichtung eines Verwaltungssystems im Krankenhaus, welches das ihm zugewiesene Budget eigenverantwortlich verwaltet und die Qualität der stationären Behandlung überwacht sowie innovative medizinische Technologien, Verfahren und Produkte in die Krankenhausbehandlung einbindet.
  - e. Die in Deutschland herrschende Wahlfreiheit des Krankenhauses grundsätzlich zu schützen und die Verrechnung der Pauschale (pro Kopf), bei Bedarf mit einem beliebigen Wahlkrankenhaus verrechnen zu können. Krankenhäuser sollen jedoch bestrebt sein, eine hohe regionale Patientenbindung zu etablieren, sodass außerregionale Abrechnungen die Ausnahme darstellen.
  - f. Die Senkung des bürokratischen, Kodier- und Dokumentationsaufwandes, durch die Abschaffung von Fallgruppen (DRGs).

Berlin, den 9. Januar 2020

**Dr. Alice Weidel, Dr. Alexander Gauland und Fraktion**

## Begründung

Ab 2004 wurde das leistungsorientierte und pauschalierende Vergütungssystem (DRG-System) für deutsche Krankenhäuser verbindlich eingeführt, welches im Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz (2000)) vorgesehen war. Damit wurde die Vergütung aller voll- und teilstationären Krankenhausleistungen (mit Ausnahme psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen), über diagnosebezogene Fallpauschalen eingeleitet. Hauptziele dieser Reform waren der effiziente Ressourceneinsatz und die Senkung von Behandlungszeiten. Jährlich wird ein Katalog mit den aktuellen DRGs und ihren Vergütungshöhen veröffentlicht. Seit Einführung des Systems steigt die Anzahl der DRGs (Fallgruppen) jährlich.

Die DRG-Einführung führte jedoch zu einer drastischen Kostensteigerung, bei gleichzeitig sinkender Behandlungsqualität, um Krankenhausumsätze zu steigern. Es hat marktwirtschaftliche Mechanismen im Krankenhaussektor etabliert, was letztlich dazu führte, dass Gewinne primär durch Kostensenkungen beim Personal und der Fixkosten angestrebt werden. Durch das heutige DRG-System werden die Krankenhäuser nicht mehr nach ihrem konkreten Bedarf finanziert, sondern unterliegen einem Festpreissystem. Die sich daraus ergebenden Folgen sind vielfältig: Psychische und physische Überlastung der Mitarbeiter, das externe Verlagern der Krankenhausverpflegung oder der Reinigungsdienste, fehlende Zeiten für Versorgung und menschliche Zuwendung am Patienten, sowie die Zunahme bestimmter, lukrativer Operationen, bei kontinuierlicher Abnahme der Verweildauer und Zunahme von sogenannten „blutigen Verlegungen“.

Die Lösung ist die Entwicklung eines neuen Systems, welches auf einer prospektiv-regionalen und pauschalierten Finanzierung basiert. Mit diesem wird das klassische Geschäftsmodell des Krankenhauses und die bisherige Rollenverteilung neugeordnet, in dem die ökonomische Hauptverantwortung auf die Leistungserbringer umdelegiert wird. Es handelt sich hierbei um ein System, in dem Leistungserbringer im Voraus auf die Region zugeschnittene pauschalierte Budgets erhalten, die unter anderem auf regionalen Morbiditätsdaten basieren. Somit wird Leistungserbringern im Voraus für einen bestimmten Zeitraum (z. B. ein Jahr) eine Pro-Kopf-Pauschale je Versichertem bezahlt. Diese im Voraus bezahlte Pauschale an Krankenhäuser, hat mehrere Vorteile: Es besteht kein Anreiz für Mehrleistungen mehr und die Übertragung eines selbstverwalteten Budgets, führt automatisch zur Verbesserung der ökonomischen Effizienz im Krankenhaus, mit dem Ziel der Gesunderhaltung der Patienten. Je weniger Erkrankungen auftreten und je zielführender die Behandlung ist, desto mehr bleibt von dem Budget übrig, welches von dem Krankenhaus selbst verwaltet werden kann, um z. B. Innovation intern voranzutreiben. Grundsätzlich entsteht nun ein großer Anreiz zu Investitionen in die Gesunderhaltung der Patienten, was auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive zu begrüßen ist. Um einer möglichen Unterversorgung vorzugreifen ist es äußerst wichtig ein strenges Qualitätsmanagement einzuhalten, um die Patientensicherheit und -zufriedenheit zu gewährleisten. Zudem entfällt die ausufernde Bürokratie der DRG-Kodierung- und Abrechnung.

Das DRG-System ist langfristig nicht tragbar und auch nicht durch bürokratische Maßnahmen und sporadische Interventionen zu retten. Es muss ein neues Vergütungs- und Abrechnungssystem entworfen werden, welches die Schwächen des Selbstkostendeckungsprinzips und die Fehlanreize des aktuellen DRG-Systems berücksichtigt und die sich stark ändernde demographische Lage Deutschlands mitberücksichtigt.

Deshalb fordern wir die systematische Umstellung auf ein Vergütungsmodell im Gesundheitssektor, welches auf dem Prinzip der prospektiv-regionalen Pauschalen basiert.

