Auswirkungen der DRG-Finanzierung/Unterfinanzierung der Krankenhäuser

Online-Pressekonferenz 27. Oktober 2026

Pauschalabrechnungssystem (DRG-System) seit 2003 (GKV-Gesundheitsreformgesetz)

- Patientenklassifikationssystem
  - Diagnose, Operationen, Schweregrad der Erkrankung, Alter (ICD, OPS)
  - Behandlungsrelevante Nebendiagnosen
- Deutsche Kodierrichtlinien, InEK (Institut für Entgeltsysteme), Bewertungsrelationen, Verschlüsselung, DRG-Grouper (Algorithmus in EDV-Programmen)
- Basisfallwert
- Case mix (Summe der Bewertungsrelationen), Case mix Index
- Obere und untere Grenzverweildauer

Verwaltung und Kontrolle im DRG-System

Überprüfung der Rechnungen durch den Medizinischen Dienst (MD, früher MDK)

12.428 Mitarbeiter (Stand Dez. 2024),
2.506 Ärzt:innen, 4.895 Fachpflegekräfte

Medizinischer Dienst

Gegengewicht: Tausende von Ärzten und Controller in der Verwaltung der Kliniken

Re-tax-Quote, Morbi-RS

„Abrechnungsbetrug“

10-20 % der Rechnungen werden erneut verhandelt bis hin zu Sozialgerichtsprozessen

Medizinische Kodierfachkraft

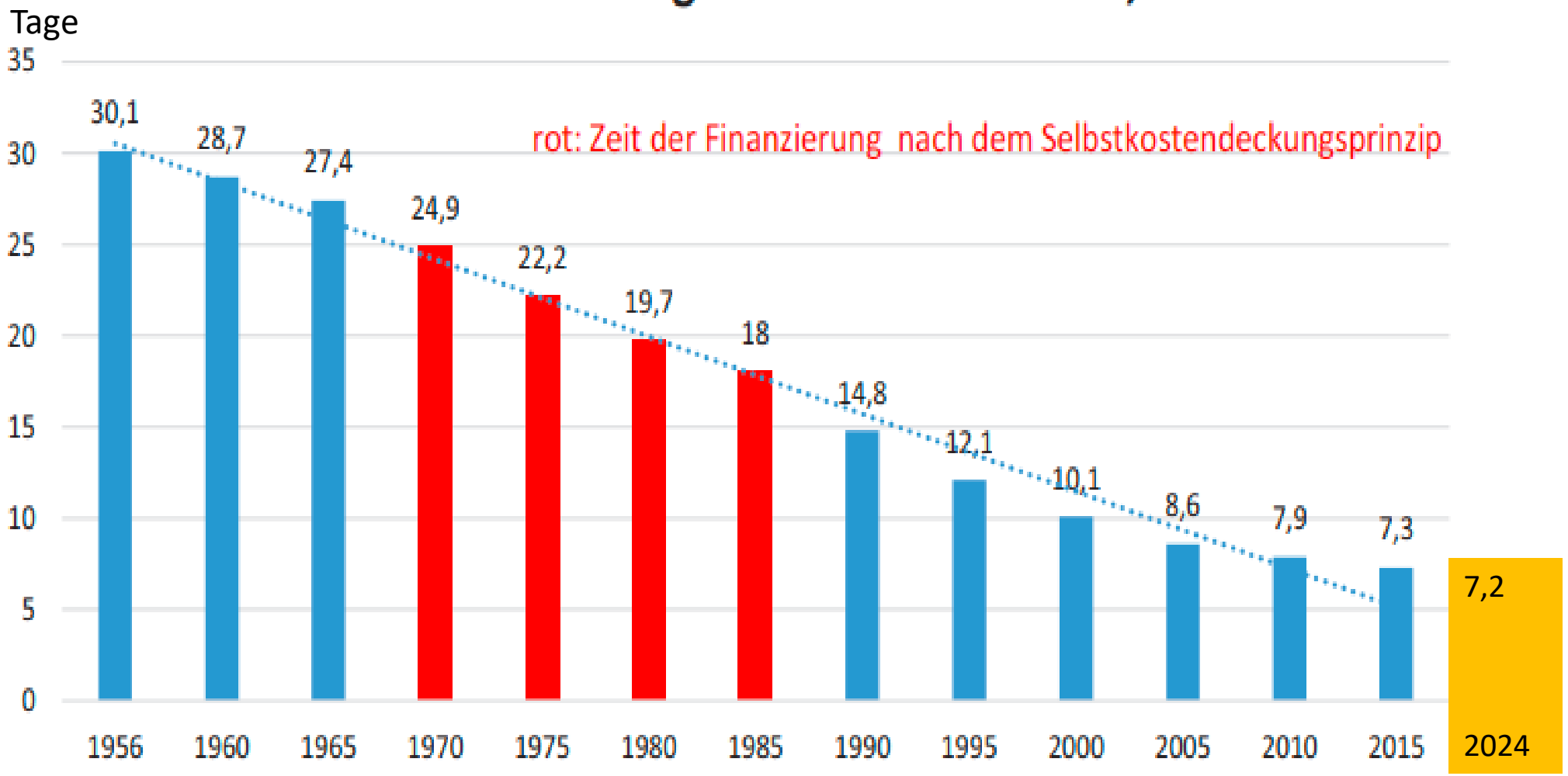
Seminar: „Wie wird aus einem Patienten eine DRG ?“

Versprechungen und Ziele bei der DRG-Einführung

- Die Liegezeiten in Krankenhäusern verkürzen
- Die Zahl stationärer Behandlungen reduzieren
- Kostensteigerungen begrenzen
- Überkapazitäten abbauen
- Bürokratie abbauen
- Bezahlung vereinheitlichen
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen erhöhen

- **Instrument der Leistungsverrechnung nicht der medizinischen Leistungserbringung**

Verweildauer-Entwicklung in 5-Jahres-Schritten, alle KHs



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA und BMG.

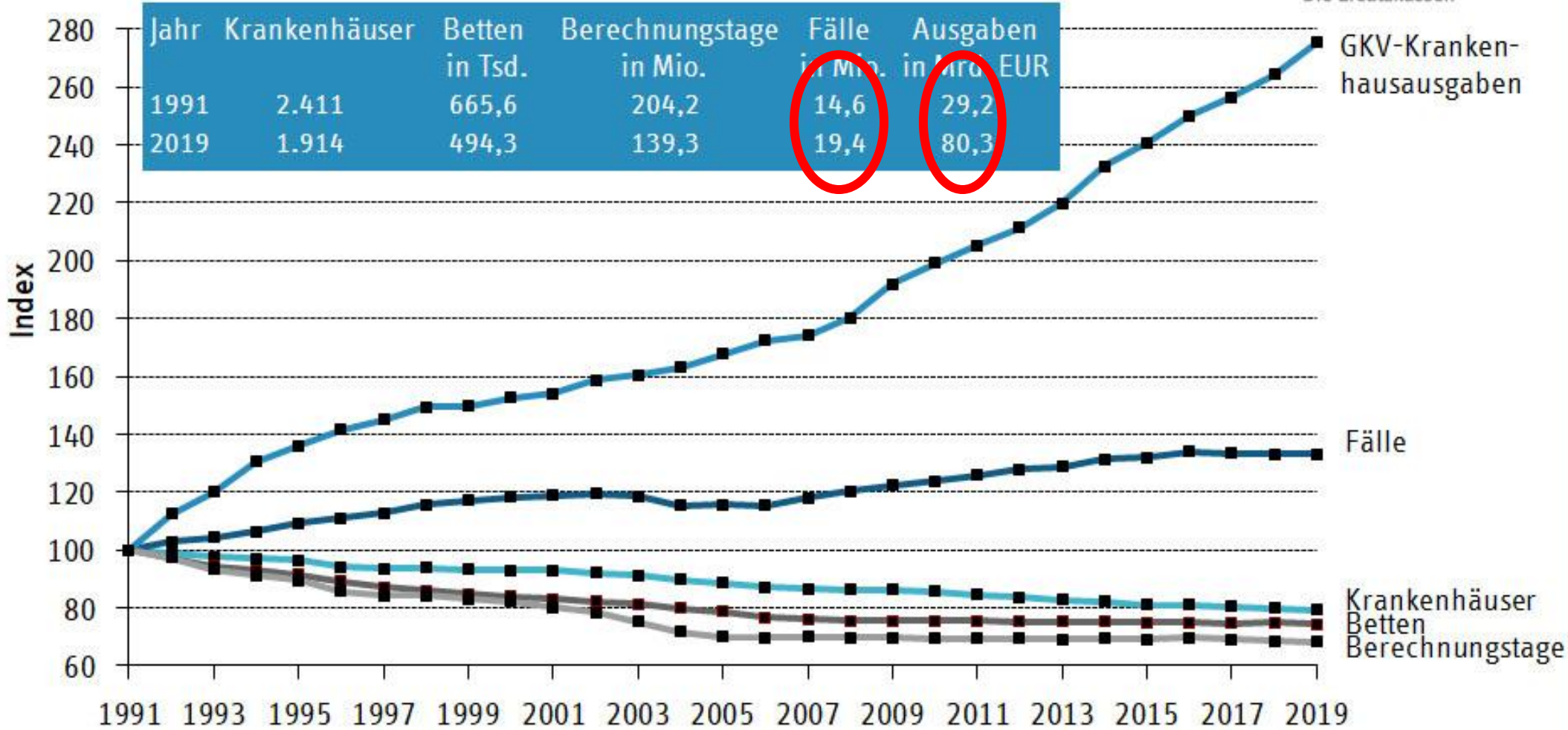
Krankenhausindikatoren: Krankenhäuser, Betten, Berechnungstage, Fälle und Ausgaben

Index (1991 = 100)

1991 - 2019

vdek Die Ersatzkassen

Jahr	Krankenhäuser	Betten in Tsd.	Berechnungstage in Mio.	Fälle in Mio.	Ausgaben in Mrd. EUR
1991	2.411	665,6	204,2	14,6	29,2
2019	1.914	494,3	139,3	19,4	80,3



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: StBA und BMG.

Folgen des Pauschalabrechnungssystems

- Massiver Kostendruck auf Krankenhäuser
- Schließung von Krankenhäusern, Standorten, Abteilungen nach ökonomischen Kriterien
- Medizinisch unbegründete Fallzahlvermehrung
  - „Drehtürmedizin“
  - Mengenausweitung lukrativer Eingriffe
- Kostensteigerungen
- Qualitätseinschränkungen
- Patientenselektion
- Über-, Fehl- und Unterversorgung
- Bürokratiemonster

Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG)

- Viele kleine und mittlere Kliniken werden bundesweit schließen oder in die Insolvenz getrieben
- Die flächendeckende wohnortnahe klinische Grund-, Regel- und die zeitkritische Notfallversorgung werden sich verschlechtern
- Klinisches Fachpersonal (vor allem aus der Pflege) wird dem Markt verloren gehen
- Großkliniken werden mit der Patientenflut überlastete, es kommt zu einem Qualitätsverlust
- Die wohnortnahe Versorgung palliativer, alter, behinderter Patienten wird dem sozialen und familiären Umfeld entrissen
- Die Ausbildungskapazitäten (Pflege, Facharztausbildung) werden sich verschlechtern
- Der Bevölkerung wird mit falschen Versprechungen (angebliche Gleichwertigkeit der lokalen Versorgungsangebote als Krankenhausersatz) abgespeist
- Private Klinikkonzerne werden den “Markt” mehr und mehr übernehmen

Hans-Böckler-Stiftung
https://www.boeckler.de › pressemitteilungen-2675-pers...

Studie empfiehlt Abschaffung der DRG-Fallpauschalen

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 196, November 2020

Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser

Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems

Michael Simon