Anja Dieterich · Bernard Braun
Thomas Gerlinger · Michael Simon *Hrsg.*

Geld im Krankenhaus

Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems

Springer VS

Geld im Krankenhaus

Anja Dieterich · Bernard Braun ·
Thomas Gerlinger · Michael Simon
(Hrsg.)

Geld im Krankenhaus

Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems

Springer VS

Hrsg.
Anja Dieterich
Berlin, Deutschland

Bernard Braun
Bremen, Deutschland

Thomas Gerlinger
Bielefeld, Deutschland

Michael Simon
Hannover, Deutschland

ISBN 978-3-658-24806-2 ISBN 978-3-658-24807-9 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-24807-9

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer VS
© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Vor mittlerweile fast fünfzehn Jahren wurde in Deutschland die Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem umgestellt, das auf sogenannten ‚Diagnosis Related Groups' DRG) basiert. Die Grundsatzentscheidung für ein international bereits eingeführtes DRG-System fiel im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2000. Die konkrete Ausgestaltung eines an deutsche Verhältnisse angepassten DRG-Systems erfolgte durch das Fallpauschalengesetz 2002. Die Einführung des DRG-Systems fand in mehreren Schritten statt. Zunächst war die Entscheidung über die Anwendung der DRG-Fallpauschalen bei der Abrechnung im Rahmen eines sogenannten ‚Optionsmodells' den Krankenhäusern überlassen. Die Phase der freiwilligen Anwendung endete 2003, seit 2004 sind die in einem bundesweit geltenden DRG-Katalog vorgegebenen Fallpauschalen verpflichtend anzuwenden. Die Abrechnung der Fallpauschalen erfolgte zu Beginn ‚budgetneutral' und ohne dass daraus Gewinne oder Defizite entstehen konnten. Zum 1.01.2005 wurde das System ‚scharfgeschaltet'. Seitdem resultieren aus der Anwendung von Fallpauschalen und pauschalierten Zusatzentgelten je nach Kosten des einzelnen Krankenhauses Überschüsse oder Verluste.

Die Auswirkungen des DRG-Systems werden in Wissenschaft, Politik und Praxis sehr unterschiedlich beurteilt. In der gesundheitspolitischen Debatte dominiert eine positive Einschätzung, die aber auch nicht unwidersprochen bleibt. In weiten Teilen der Politik, aufseiten des Bundesministeriums für Gesundheit und der Spitzenverbände der gemeinsamen Selbstverwaltung gilt das DRG-System als ‚Erfolgsgeschichte'. Jahrelang schien es so, dass viele Verbände sich mit dem Vergütungssystem arrangiert hatten, zumindest wurden die DRGs öffentlich nicht infrage gestellt. Zum Zeitpunkt der Konzeption des vorliegenden Bandes überwog in Politik und Selbstverwaltung eine systemimmanente, eher fachlich-technische Diskussion über die Weiterentwicklung des DRG-Systems als ‚lernendes System',

unter der Vorstellung, dass Mängel des Systems durch fortwährende Anpassungen behoben werden könnten.

Das neue Vergütungssystem war, wie jedes prospektive Vergütungsinstrument, von Anfang an mit einer Reihe von Risiken verbunden, insbesondere dem, dass Krankenhäuser Kosten zulasten der Versorgungsqualität senken oder aufgrund des Kostendruckes die Arbeitsbedingungen verschlechtern. Zum Zeitpunkt der DRG-Einführung waren kritische bzw. warnende Stimmen allerdings eher schwach und wenig einflussreich. Insbesondere gab es vonseiten der medizinisch und pflegerisch Tätigen keine geschlossene Positionsbildung, nicht zuletzt auch, weil sich ein Teil der Akteure Vorteile von der Umstellung versprach. Denn das DRG-System war als Vergütungssystem angekündigt worden, in dem es unter den Krankenhäusern nicht nur Verlierer, sondern auch Gewinner geben werde.

In den letzten Jahren sind die kritischen öffentlichen Äußerungen allerdings häufiger und stärker geworden. Innerhalb der Krankenhäuser gibt es erhebliche Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Gewerkschaften, Berufsverbände, Arbeitnehmer*innen- und Patient*innenvertretungen, Wissenschaft und medizinische Fachgesellschaften haben sich inzwischen vielfach ablehnend zu den DRGs positioniert. Dennoch fehlt es bisher weitgehend an einer öffentlich wahrnehmbaren und organisierten Opposition gegen das DRG-System und für eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung.

Ein wesentlicher Grund dafür dürfte sein, dass das System der Krankenhausfinanzierung, mit dem DRG-System im Mittelpunkt, in den letzten 10–15 Jahren zunehmend komplizierter und damit für Nicht-Expert*innen zunehmend schwerer durchschaubar geworden ist. Die immer weiter steigende Komplexität hat zu einer weitgehenden Intransparenz des DRG-Systems geführt, die – als eine Art ‚Nebenwirkung' – auch eine grundlegende und umfassende Kritik erschwert. Für eine wirkungsvolle Kritik ist zudem nicht nur ein gewisses Maß an Sachkenntnis über die Funktionsweise des Systems erforderlich, sondern auch die Einbeziehung und Zusammenführung verschiedener Wissensbestände wie bspw. aus dem Bereich des Krankenhausrechts, der Medizin, Ethik, Soziologie, Krankenhauspolitik, Gesundheitsökonomie etc. Zudem sind diese Wissensbestände mit den Erfahrungen der beruflichen Praxis im Krankenhaus, insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Dienst, im Medizincontrolling oder in der Krankenhausleitung in Verbindung zu bringen. Befunde, die empirisch und analytisch darlegen, mit welchen Risiken, Fehlanreizen und Verwerfungen das neue Vergütungssystem einhergeht, liegen gegenwärtig nur versprengt und unverbunden vor.

Anliegen des vorliegenden Bandes ist es deshalb, kritische wissenschaftliche, politische und praktische Sichtweisen auf das DRG-Fallpauschalensystem zusammenzufassen und damit Wissensbestände bereitzustellen, die einer systematischer als bisher zu führenden kritischen Debatte nützlich sein können. Der Band wendet sich sowohl an Expert*innen aus Politik, Wissenschaft und Verbänden als auch allgemein an Personen, die sich mit der Gestaltung des Gesundheitswesens und der Krankenhausversorgung befassen.

Der Band beansprucht keineswegs, eine abschließende und geschlossene kritische Position anzubieten. Es sind stattdessen verschiedene, teils auch widersprüchliche Positionen und Perspektiven versammelt. Und es verbleiben Lücken durch zusätzlich relevante Themen, die aus verschiedenen Gründen nicht erörtert werden, nicht zuletzt auch weil der Band einen gewissen Umfang nicht überschreiten sollte.

Bei der eindeutig kritischen Grundausrichtung des Buches ist es eine naheliegende Frage, ob – und wenn, welche – Alternativmodelle zum DRG-System entwickelt werden können. Diese Frage wird zwar in einzelnen Beiträgen andiskutiert, jedoch keineswegs umfassend und vor allem nicht einheitlich beantwortet. Sofern in den Beiträgen des Buches Vorschläge unterbreitet werden, reichen sie von einer prinzipiellen Abwendung vom Anreizparadigma bis zur pragmatischen Beibehaltung der DRG-Fallpauschalen als Bedarfsplanungsinstrument. Damit spiegelt auch das Buch die Heterogenität der gegenwärtigen kritischen Diskussion wider. Noch zeichnet sich kein mehrheitsfähiges, in sich stimmiges und aus fachlicher Sicht funktionsfähiges Alternativmodell zum DRG-System ab. Das bedeutet jedoch keineswegs, das DRG-System sei ‚alternativlos'. Die Suche nach einer Alternative hat bereits begonnen, wie beispielsweise an der Reform des Psychiatrieentgeltsystems sehr deutlich wurde.

Vor dem Hintergrund der bislang noch recht heterogenen kritischen Diskussion über das DRG-System hoffen die Herausgeber*innen, dass dieser Band einen Impuls für eine zukünftig erstarkende, wissenschaftlich, politisch und in der Praxis geführte Debatte gibt, die sich mit der Frage befasst, wie eine Finanzierung von Krankenhäusern aussehen kann, die eine bedarfsgerechte Behandlung und gute Arbeitsbedingungen ermöglicht.

Auch die Herausgeber*innen vertreten nicht in allen Fragen eine einheitliche Position. Basis des Buchprojekts ist gleichwohl die Übereinstimmung in dem Ziel einer am Gemeinwohl und nicht an Gewinnmaximierung orientierten Organisation der Krankenhäuser. Krankenhäuser sind als Orte der Patient*innenversorgung aber auch der Beschäftigung zu verstehen, deren Planung und Finanzierung in eine populationsbezogene und demokratisch legitimierte, an Patient*inneninteressen ausgerichtete Bedarfsplanung des Gesundheitssystems eingebettet sein sollte.

Zusätzlich sind sich die Herausgeber*innen darin einig, dass eine auf das DRG-System fokussierte Kritik notwendig und berechtigt ist, auch wenn weitere Einflussfaktoren, wie die dauerhaft unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder ebenfalls Einfluss auf die Entwicklung und wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser haben. Der historische Blick zeigt, dass Prozesse, die oftmals als ‚Ökonomisierung' bezeichnet werden, bereits vor Einführung des DRG-Systems einsetzten. Die DRGs taugen, das eint die Autor*innen dieses Bandes, dennoch als Kristallisationspunkt für eine Debatte um die Effekte von Vergütungsformen im Krankenhaus. Es wird darauf ankommen, eine Kritik zu entwickeln, die die spezifisch vom DRG-System versursachten Probleme herausarbeitet.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden Vorkenntnisse und Grundlagen für die nachfolgenden Beiträge zur Verfügung gestellt und das Anliegen des Sammelbandes erläutert, die Entwicklungen des Krankenhausbereichs primär aus einer sozialwissenschaftlichen zu beleuchten. *Michael Simon* leitet diesen Teil mit Basisinformationen über die Vorgeschichte, Einführung und Entwicklung des DRG-Systems ein. *Thomas Gerlinger* analysiert die Implikationen der Wahl verschiedener Steuerungsmodi in der Gesundheitspolitik und ordnet das DRG-System in einen größeren gesundheitspolitischen Rahmen ein. Für ihn ist es ein Beispiel für die in den letzten Jahrzehnten zunehmend dominanter gewordene Vorstellung in der Gesundheitspolitik, man könne die Entwicklung des Gesundheitssystems insgesamt und insbesondere des Krankenhausbereichs durch Recht und Geld ‚steuern'. *Ingo Bode* ergänzt diesen politikwissenschaftlichen Blick um die soziologische Perspektive und setzt sich mit dem Verhältnis von Ökonomisierung und Wettbewerb auf der einen und fachlichem Handeln auf der anderen Seite auseinander. Er weist auf die auf Auswirkungen von Vermarktlichungsdynamiken und ‚wettbewerbspolitischer' Steuerung auf die Beschäftigten im Krankenhaus hin.

Der zweite Teil befasst sich mit den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst und Pflegedienst sowie auf die Qualität der Patientenversorgung. Die Beiträge beschränken sich auf die beiden wichtigsten, unmittelbar in der Patient*innenversorgung tätigen Berufsgruppen. Von den Auswirkungen des DRG-Systems betroffen sind allerdings alle Berufsgruppen im Krankenhaus. Es war aufgrund der Beschränkungen dieses Sammelbandes jedoch nicht möglich, das gesamte Spektrum mit eigenen Beiträgen zu berücksichtigen.

Da das Krankenhaus eine primär von der ärztlichen Profession geprägte Organisation ist, eröffnen den zweiten Teil mehrere Beiträge zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Ärzteschaft. *Bernard Braun* setzt sich kritisch mit verbreiteten eindimensionalen Analysen des komplexen Innenlebens von Krankenhäusern und daraus abgeleiteten Strategien es zu verbessern auseinander und stellt

exemplarisch eine Reihe von für ein wirklichkeitsnahes Verständnis des Innenlebens zusätzlich notwendigen Aspekte dar. *Johann Böhmann* wirft vor dem Hintergrund seiner vierzigjährigen Berufserfahrung als leitender Arzt einen subjektiven und kritischen Blick auf den Alltag einer Kinderklinik unter DRG-Bedingungen und macht zahlreiche Fehlentwicklungen deutlich. *Arved Weimann* und Hans-Joachim Meyer weisen auf den vom DRG-System ausgehenden Anreiz zur Leistungserbringung hin, der mit dem Anspruch einer ‚humanen' Medizin kollidieren kann, insbesondere wenn die Indikationsstellung für Operationen durch ökonomische Motive ‚überformt' wird. *Maximiliane Wilkesmann* und *Jonathan Falkenberg* analysieren die alltagspraktischen Handlungsweisen und Umgangsstrategien von Krankenhausärzt*innen unter DRG-Bedingungen bzw. die Auswirkungen auf deren Professionsverständnis. *Margrit Fässler* und *Nikola Biller-Andorno* erörtern die Diskussion um Bonusregelungen in Chefarztverträgen im Ländervergleich Deutschland – Schweiz. Es folgen zwei medizinethisch orientierte Beiträge mit unterschiedlichen Positionen zu beobachtbaren Verschärfungen ethischer Konflikte durch das DRG-System, die insbesondere im ärztlichen Dienst erkennbar sind und dort auch am Weitestgehenden bereits diskutiert werden. *Giovanni Maio* stellt die Diagnose, dass das DRG-System die Medizin im Krankenhaus in Richtung einer ‚Kapitalisierung der ärztlichen Tätigkeit' drängt. Der durch die ökonomische Vorteilslogik beeinflusste Blick der ärztlichen Profession auf die eigene Tätigkeit führe zu einer Entfremdung vom sozialen Gehalt der Medizin. *Georg Marckmann* plädiert dafür, Ökonomie und Ethik nicht als Antipoden gegeneinander zu stellen, sondern ethische Vorgaben zum integralen Bestandteil des Krankenhausmanagements zu machen.

Michael Simon befasst sich in seinem Beitrag mit den Auswirkungen des DRG-Systems auf den Pflegedienst und analysiert den Zusammenhang zwischen DRG-System und Unterbesetzung in der Pflege.

Geleitet von der Vorstellung, dass die Versorgungsqualität vor allem Ergebnis der Tätigkeit des Fachpersonals ist, bilden zwei Beiträge zu den Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung den Abschluss dieses Teils. *Max Geraedts* analysiert die Entwicklung der Qualitätssicherung unter DRG-Bedingungen, die eine starke Fokussierung auf medizinische Prozesse und Kurzzeitergebnisse erkennen lässt, während Hinweise auf strategische Indikationsausweitungen oder auch Langzeitergebnisse, Schnittstellenprobleme und von Patient*innen selber berichtete Ergebnisse von der Qualitätssicherung bisher nicht erfasst werden. *Christoph Kranich* stellt praktische Erfahrungen aus Patient*innensicht und gegenwärtige zivilgesellschaftliche Initiativen und Modellprojekte für eine alternative Krankenhausversorgung vor.

Der dritte und letzte Teil des Bandes lenkt den Blick auf neue Impulse für grundsätzlichere Überlegungen zur Vergütung im Krankenhaus. *Michael Simon* befasst sich mit zentralen Argumentationen, die zur Legitimation und Verteidigung des DRG-Systems dienen. Dass das DRG-System trotz der in diesem Sammelband vorgestellten und diskutierten Fehlentwicklungen und Probleme nach mittlerweile ca. 15 Jahren immer noch nicht grundsätzlich infrage gestellt wird, resultiert sehr wesentlich daraus, dass eine Reihe von ‚Mythen' über die Erfolge des DRG-Systems seit mehr als anderthalb Jahrzehnten die gesundheitspolitische Diskussion beherrschen. *Anja Dieterich* vergleicht die DRG-Einführung mit der zeitlich nachfolgenden Einführung des pauschalierten Vergütungssystems in der stationären Psychiatrie, die im Unterschied zum DRG-Bereich von einer beispiellosen Allianz von Akteuren und einer breiten Fachöffentlichkeit kritisch begleitet wird. Die Autorin diskutiert die ermöglichenden Faktoren für diese Allianz in der Psychiatrie sowie Möglichkeiten und Grenzen des Transfers zum DRG-Bereich.

Abschließend bleibt anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Buches durch die Vorlage des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) möglicherweise eine neue Dynamik in die Diskussion über das DRG-System kommt. Bereits Anfang Februar 2018 war im Koalitionsvertrag der neuen Großen Koalition angekündigt worden, dass die Personalkosten des Pflegedienstes aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und über eine gesonderte „Pflegepersonalkostenvergütung" finanziert werden sollen. In einem Ende Mai veröffentlichten Eckpunktepapier für ein „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege" wurde dieses Vorhaben dahin gehend konkretisiert, dass die Vergütung der Pflegepersonalkosten auf Grundlage des krankenhausindividuellen Personalbedarfs und der krankenhausindividuellen Selbstkosten erfolgen soll. Dem im August vorgelegten Gesetzentwurf für ein PpSG zufolge sollen ab 2020 die Pflegepersonalkosten tatsächlich auf Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips krankenhausindividuell kalkuliert und vereinbart werden. Im Herbst 2018 war allerdings noch nicht absehbar, ob dieses Vorhaben tatsächlich auch Gesetz wird. Wenn dies so geschehen würde, wäre es nicht nur die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen, es wäre zumindest für diesen Teil der Krankenhauskosten ein grundlegender Wandel: Von pauschalierten bundesweit einheitlichen Entgelten hin zu krankenhausindividuell kalkulierten und vereinbarten Vergütungen. Sollte dies so beschlossen werden, könnte es möglicherweise ein erster Schritt in Richtung eines Ausstiegs aus dem DRG-System werden.

Ein solcher Ausstieg sieht sich jedoch einem erheblichem Widerstand insbesondere der Krankenkassen gegenüber. Und da bisher keine politischen Mehrheiten für einen Abschied vom DRG-System absehbar sind, bleibt abzuwarten, was am Ende des Gesetzgebungsprozesses als Gesetzesbeschluss stehen wird. Eines haben die Ankündigung im Koalitionsvertrag, das Eckpunktepapier und der Gesetzentwurf allerdings bereits bewirkt: In der gesundheitspolitischen Arena wird erstmals seit Einführung des DRG-Systems auch über andere Vergütungsmodelle als das DRG-System diskutiert.

Berlin
Oktober 2018

Anja Dieterich
Bernard Braun
Thomas Gerlinger
Michael Simon

Inhaltsverzeichnis

Teil I Einführende Beiträge

Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung 3
Michael Simon

Steuerungsmedien und -instrumente in der Versorgung mit Krankenhausleistungen 29
Thomas Gerlinger

DRG oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen 47
Ingo Bode

Teil II Auswirkungen des DRG-Systems auf den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und die Qualität der Patientenversorgung

Das Innenleben des Krankenhauses – zwischen Bedarfsorientierung, Überversorgung, Personalmangel, professionellen Logiken und Strukturdefiziten 69
Bernard Braun

Veränderungen im Alltag einer Versorgungsklinik in 15 Jahren DRG – 40 Jahre Erfahrungen in der Kinderheilkunde 107
Johann Böhmann

Ethische Aspekte im DRG-System aus chirurgischer Sicht 127
Arved Weimann und Hans-Joachim Meyer

Vom Blindflug zur Punktlandung – Zur Arbeit von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten unter DRG-Bedingungen 139
Maximiliane Wilkesmann und Jonathan Falkenberg

Die Diskussion um Chefarzt-Boni in Deutschland und der Schweiz 161
Margrit Fäßler und Nikola Biller-Andorno

Von der Umwertung der Werte durch die Ökonomisierung der Medizin 187
Giovanni Maio

Ethik als Führungsaufgabe: Perspektiven für einen ethisch vertretbaren Umgang mit dem zunehmenden Kostendruck in den deutschen Krankenhäusern 201
Georg Marckmann

Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser 219
Michael Simon

Qualität trotz oder wegen der DRG? 253
Max Geraedts

Das Elend der Fallpauschalen und Modelle zu ihrer Überwindung 273
Christoph Kranich

Teil III Die Beharrungskraft des DRG-Systems und mögliche Auswege

Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht 295
Michael Simon

Die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik – Impulse für den DRG-Bereich 325
Anja Dieterich

Glossar DRG-System 355

Herausgeber- und Autorenverzeichnis

Über die Herausgeber

Dr. med. Anja Dieterich, MPH, Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin. Referentin für Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung im sozialpolitischen Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege der Diakonie Deutschland. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystementwicklung und Gesundheitspolitik, Sektorenübergreifende Versorgung, Versorgung alter Menschen, Migration und Gesundheit.

Dr. rer. pol. Bernard Braun, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler. Assoziiertes Mitglied des SOCIUM (früher Zentrum für Sozialpolitik) der Universität Bremen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystemregulierung, Gesundheitspolitikvergleich USA und Deutschland, Auswirkungen der Einführung von DRG, patientenorientierte Versorgungsforschung z. B. über Kieferorthopädie.

Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Diplom-Politologe, Politik- und Gesundheitswissenschaftler. Professur und Leiter der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik, Gesundheitssystem, und Gesundheitssoziologie“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspolitik und Gesundheitssystementwicklung in Deutschland und im internationalen Vergleich.

Prof. Dr. phil. Michael Simon, Hochschullehrer im Ruhestand, bis Anfang 2016 tätig an der Hochschule Hannover, Fakultät V Diakonie, Gesundheit und Soziales. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Medizinethikerin. Professorin und Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich. Arbeitsschwerpunkte: Ethische Fragen an der Schnittstelle von Versorgung, Management und Gesundheitsökonomie, Patientennarrative.

Prof. Dr. Ingo Bode, Soziologe. Professur für Sozialpolitik, Organisation und Gesellschaft am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel (Fachbereich Humanwissenschaften). Arbeitsschwerpunkte: Struktur und Wandel von Organisationen insbesondere des Sozial- und Gesundheitswesens; politische Soziologie des Wohlfahrtsstaats, auch im internationalen Vergleich.

Dr. med. Johann Böhmann, Arzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, ehem. Chefarzt Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Klinikum Delmenhorst, Direktor und Gründer Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG), Moderator Gesundheitsregion Delmenhorst, Beauftragter des Vorstandes des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ). Vorstandsmitglied European Safe Community Network (ESCON). Arbeitsschwerpunkte: Netzwerke kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention, Frühe Hilfen, Unfall- und Gewaltprävention.

Dr. med. Margrit Fäßler, Medizinethikerin am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich, Schweiz. Arbeitsschwerpunkte: Ärztliche Ethik, Forschungsethik, Placebointerventionen.

Jonathan Falkenberg, M.Sc., Arbeitssoziologe. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Sozialforschungsstelle der TU Dortmund, Forschungsgebiet Industrie- und Arbeitsforschung. Arbeitsschwerpunkte: Kontrolle und Steuerung von Arbeit, Digitalisierung industrieller Einfacharbeit.

Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. San., Arzt und Gesundheitswissenschaftler. Professor und Leiter des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie am Fachbereich Medizin der Universität Marburg. Arbeitsschwerpunkte: Qualitäts-bezogene Gesundheitsversorgungsforschung, Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Christoph Kranich, Dipl. Päd., Gesundheitsmanager, Krankenpfleger. Leiter der Abteilung Gesundheit und Patientenschutz der Verbraucherzentrale Hamburg e. V., Sprecher des Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus, bis 2018 Koordinator des Forum Patientenvertretung in Hamburg (nach § 140f SGB V), Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen zu Patientenorientierung und Beschwerdemanagement.

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil., Philosoph und Internist. Inhaber des Lehrstuhls für Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin. Arbeitsschwerpunkte: Grundfragen der Medizin.

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Arzt, Philosoph und Gesundheitswissenschaftler, Universitätsprofessor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin und Vorstand des gleichnamigen Instituts an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Arbeitsschwerpunkte: u. a. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen, Public Health Ethik, Klinische Ethikberatung, ethische Entscheidungen am Lebensende.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH) und Präsident des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e. V. (BDC).

Prof. Dr. med. Arved Weimann, M.A. Medizinethik, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Onkologische Chirurgie des Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig.

apl. Prof. Dr. rer. soc. Maximiliane Wilkesmann, Sozialwissenschaftlerin. Außerplanmäßige Professorin an der Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie der Technischen Universität Dortmund. Arbeitsschwerpunkte: Organisationen und Akteure des Gesundheitswesens, Industrielle Beziehungen.

Teil I
Einführende Beiträge

Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung

Michael Simon

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt die Vorgeschichte und die Entwicklung des DRG-Systems. Ausgehend von den 1950er Jahren wird die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in der alten Bundesrepublik und im vereinten Deutschland in groben Zügen nachgezeichnet. Der Schwerpunkt des Beitrages liegt auf der Darstellung der Einführung des DRG-Systems, beginnend ab dem Jahr 2000, und dem sogenannten ‚Regelbetrieb' ab dem Jahr 2010.

1 Einleitung

Der nachfolgende Beitrag bietet einen Überblick über die Vorgeschichte des deutschen DRG-Systems und dessen Entwicklung seit seiner Einführung. Zunächst wird die historische Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik kurz vorgestellt, auch um aufzuzeigen, dass die Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem einen langen Vorlauf hatte und in mehreren Schritten erfolgte. Erste Schritte wurden bereits Mitte der 1980er Jahre unternommen, und spätestens ab Ende der 1980er Jahre verfolgte das zuständige Bundesministerium dabei eine langfristige Strategie, die über mehrere Zwischenschritte schließlich zum Grundsatzbeschluss für die Einführung eines international bereits eingesetzten

M. Simon (✉)
Hannover, Deutschland
E-Mail: michael.simon@hs-hannover.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

A. Dieterich et al. (Hrsg.), *Geld im Krankenhaus,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-24807-9_1

DRG-Systems im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 führte. Nach der Darstellung der Vorgeschichte folgt ein Überblick über die Phase der Vorbereitung des DRG-Systems in den Jahren 2000 bis 2003, die Einführung und schrittweise Umstellung in den Jahren 2004 bis 2009 und den Regelbetrieb seit 2010.

2 Die Vorgeschichte des deutschen DRG-Systems

2.1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972

Die Grundlegung des Systems staatlicher Regulierung der Krankenhausversorgung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgte durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972. Es wurde in den vergangenen Jahrzehnten zwar mehrfach geändert, ist jedoch weiterhin in Kraft und von zentraler Bedeutung für die staatliche Krankenhauspolitik.

Mit dem KHG 1972 wurden die Ziele staatlicher Krankenhauspolitik und die Grundstrukturen sowohl für die staatliche Krankenhausplanung als auch die Krankenhausfinanzierung festgelegt. Insofern kann es als das zentrale Bundesgesetz für die Krankenhausversorgung gelten, auch wenn ein Großteil der Regelungen zur Krankenhausfinanzierung mittlerweile aus dem KHG herausgenommen und in andere Gesetze verlagert wurden, wie das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder das PsychVVG.[1]

Dem KHG 1972 vorausgegangen waren mehr als Jahrzehnte, in denen es keine gesetzliche Regulierung der Krankenhausfinanzierung gab und die Krankenhäuser chronisch unterfinanziert waren. Eine bundesgesetzliche Regulierung war jedoch nicht möglich, da der Bund nicht über die dafür erforderliche Gesetzgebungskompetenz zur Regelung Krankenhausfinanzierung verfügte. In Ermangelung einer solchen Gesetzgebungskompetenz regelte der Bund die Krankenhausfinanzierung 1952 auf dem Umweg über das in seinen Kompetenzbereich fallende allgemeine Wirtschaftsrecht und eine spezifisch für Krankenhäuser geltende Preisrechtsverordnung (zur Entwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts seit 1945 vgl. Simon 2000). Mit dieser Verordnung verfolgte die Bundesregierung vor allem das Ziel, die Krankenkassen vor starken Pflegesatzerhöhungen zu schützen. Die Folge war eine chronische Unterfinanzierung, die zur Überalterung der baulichen Strukturen und

[1]Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016 (BGBl. I, S. 2986).

apparativen Ausstattung führte, sowie ein chronischer Personalmangel. Zwar bestand in den 1950er und 1960er Jahren weitgehend Übereinstimmung darüber, dass die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser dringend verbesserungsbedürftig war, Dissens bestand jedoch bei der Frage, wer für die Kosten einer ausreichenden Krankenhausfinanzierung aufkommen soll. Die Länder forderten eine Beteiligung des Bundes, die alle Bundesregierungen unter Führung der CDU/CSU bis 1966 jedoch ablehnten. Ohne eine Beteiligung des Bundes waren die Länder nicht zu einer grundlegenden Reform bereit.

Erst nach einer Grundgesetzänderung durch die erste, 1966 gebildete Große Koalition im Jahr 1969 konnte sich die kurz darauf gebildete sozialliberale SPD/FDP-Bundesregierung auf eine Beteiligung des Bundes verständigen und den Entwurf eines KHG vorlegen. Das KHG wurde 1971 von Bundestag und Bundesrat beschlossen und war Grundlage für eine erste Bundespflegesatzverordnung (BPflV), in der die Einzelheiten der Pflegesatzberechnung und Budgetverhandlungen geregelt wurden.

Mit dem KHG 1972 wurde ein System geschaffen, dessen zentrale Bestandteile weitgehend noch heute gelten. Die Länder wurden verpflichtet, eine staatliche Krankenhausplanung durchzuführen und regelmäßig zu aktualisieren, in die alle Krankenhäuser aufzunehmen sind, die für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen erforderlich sind. Den Krankenhäusern wurde ein Anspruch auf Deckung ihrer Selbstkosten gewährt, allerdings nur in dem Maße, wie sie den Kosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses entsprachen (das sogenannte ‚Selbstkostendeckungsprinzip'). Es wurde eine „duale Finanzierung" eingeführt, bei der die Investitionskosten durch eine staatliche Investitionsförderung und die laufenden Betriebskosten durch die Entgelte der Benutzer beziehungsweise ihre Kostenträger (Krankenkassen, PKV) finanziert werden. Dem lag die Auffassung zugrunde, dass die Vorhaltung von Krankenhäusern eine staatliche Aufgabe und insofern aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Die Krankenkassen sollten nur mit den Kosten der unmittelbaren Patientenversorgung belastet werden. Die Finanzierung der laufenden Betriebskosten erfolgte durch tagesgleiche Pflegesätze, die lediglich als Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget dienten und für alle Patienten und anfänglich auch für alle Abteilungen in gleicher Höhe festzusetzen waren.

Das System des KHG 1972 war getragen von einer Reihe essenzieller Grundüberzeugungen, über die bereits seit Anfang der 1950er Jahre in der krankenhauspolitischen Diskussion ein hohes Maß an Übereinstimmung herrschte. Die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung wurde als originäre Aufgabe des Staates angesehen, und die Krankenhäuser sollten ausreichend wirtschaftlich gesichert werden, damit sie ihre Aufgabe einer bedarfsgerechten Versorgung

erfüllen können. In dieser Vorstellungswelt war kein Platz für gewinnorientierte Krankenhäuser, und dementsprechend bot das KHG 1972 denn auch keine Möglichkeit der Entstehung von Überschüssen. Krankenhäuser mussten den Krankenkassen für die Budgetverhandlungen einen Kosten- und Leistungsnachweis vorlegen, der detailliert Auskunft über ihre wirtschaftliche Situation gab. War ein Überschuss entstanden, so sah das KHG vor, dass er über die Absenkung der Pflegesätze eines zukünftigen Zeitraums ausgeglichen wird. Das Selbstkostendeckungsprinzip sah also nicht nur Kostendeckung vor, sondern auch die Verhinderung von Gewinnen.

Im Gefolge des KHG 1972 stiegen die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung zwar zunächst stark an, der Anstieg endete jedoch 1975, als der aufgestaute Modernisierungsbedarf gedeckt und die seit Jahren notwendige Aufstockung des Personalbestandes erfolgt war. Ab 1975 verblieben die Gesamtausgaben für Krankenhäuser gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bis zum Ende der alten BRD auf einem konstanten Niveau von ca. 3 % des BIP. Dennoch entwickelte sich Ende der 1970er Jahre eine zunehmend schärfer geführte Kritik an einer „Kostenexplosion“ im Krankenhausbereich, die zur Legitimation für die Einleitung einer grundlegenden Reform der Krankenhausfinanzierung genutzt wurde.[2]

2.2 Erste Schritte zu einer grundlegenden Reform in den 1980er Jahren

Nach dem 1982 erfolgten Wechsel der Regierungskoalition von der SPD/FDP-Koalition zu einer Koalition aus CDU/CSU und FDP wurde eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung in Angriff genommen. Ziel der Reform war ein marktwirtschaftlich orientierter Umbau des Krankenhausbereichs. Die konzeptionellen Grundlagen hierzu lieferte insbesondere eine Anfang der 1980er Jahre von der Robert Bosch Stiftung einberufene ‚Kommission Krankenhausfinanzierung‘, die in starkem Maße von den Vorstellungen marktliberaler Gesundheitsökonomen beeinflusst war. Die Kommission plädierte für die Abschaffung der staatlichen Krankenhausplanung, die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips, damit Gewinne und Verluste entstehen können, und die Umstellung auf ein Fallpauschalensystem (Kommission Krankenhausfinanzierung 1987, S. 175–190).

[2]So wurde der erste Schritt in Richtung auf eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1984 mit der Behauptung begründet, es gebe eine „Kostenexplosion im Krankenhausbereich“ (BT-Drs. 10/2095: 13), der mit dem Gesetz entgegengetreten werde.

Die Kommission hatte bereits 1983 einen Zwischenbericht vorgelegt. Die darin enthaltenen Vorschläge wurden von den Beamten des damals für die Gesundheitspolitik zuständigen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) direkt aufgegriffen und bildeten die Grundlage für einen ersten Schritt in Richtung einer grundlegenden Krankenhausreform. Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG) 1984 sah eine Einschränkung des Selbstkostendeckungsprinzips und den Einstieg in pauschalierte Entgelte vor. Eine neu gefasste BPflV gab ab 1986 insgesamt 16 sogenannte ‚Sonderentgelte' vor, die von Krankenhäusern abgerechnet werden konnten (nicht mussten). Sie waren als verweildauerunabhängige Pauschalen auf Grundlage der jeweiligen krankenhausspezifischen Kosten zu vereinbaren und sollten – anders als Fallpauschalen – nur einen Teil der Kosten decken, in der Regel die OP-Kosten. Fallpauschalen wurden im KHNG 1984 noch nicht verpflichtend eingeführt, sie konnten auf freiwilliger Basis zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen vereinbart werden. Von der Möglichkeit pauschalierter Entgelte wurde in der Folgezeit jedoch so gut wie nicht Gebrauch gemacht. In seinem Erfahrungsbericht zur Umsetzung des KHNG stellte das zuständige BMA fest, dass bis 1987 nur 1,2 % der gesamten Krankenhausausgaben über Sonderentgelte abgerechnet wurden (BMA 1989, S. 17). Die Abrechnung in Form von Fallpauschalen wird im Erfahrungsbericht überhaupt nicht erwähnt.

Nach Vorlage des Abschlussberichts der Kommission Krankenhausfinanzierung legte das BMA im Rahmen seines Erfahrungsberichtes zur Umsetzung des KHNG 1984 seine langfristigen Pläne für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor (BMA 1989). Der ‚Erfahrungsbericht' kann als das zentrale programmatische Dokument für die Krankenhauspolitik des Bundes der folgenden Jahrzehnte gelten. Ziel der langfristigen Planung war ein marktwirtschaftlicher Umbau der Krankenhausversorgung.

> Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stimmt in der Grundtendenz mit der in zahlreichen Stellungnahmen erhobenen Forderung nach an marktwirtschaftlichen Abläufen orientierten Steuerungsanreizen im Krankenhaus überein (BMA 1989, S. 37).

Ziel des BMA sei eine „Weiterentwicklung des geltenden Pflegesatzrechts in Richtung auf ein differenziertes Preissystem" (BMA 1989, II). Die staatliche Krankenhausplanung solle durch eine „Steuerung des Leistungsgeschehens über den Preis" (BMA 1989, III) ersetzt werden, bei der Fallpauschalen die Funktion von Marktpreisen erfüllen. Das Selbstkostendeckungsprinzip solle „zugunsten von freien Preisverhandlungen" beseitigt (BMA 1989, S. 43) und die Entstehung

von Gewinnen und Verlusten ermöglicht werden. Allerdings wurde ebenfalls klargestellt, dass auch im neuen Finanzierungssystem der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gelten müsse, um eine „gesamtwirtschaftlich notwendige Stabilisierung der Lohnnebenkosten“ (BMA 1989, S. 35) zu erreichen.

Nach Einschätzung der für den Bereich Krankenhausfinanzierung zuständigen Beamten war eine so grundlegende Reform nicht mit einem Schritt und einem einzigen Gesetz durchsetzbar. Der geplante Umbau könne nur im Rahmen einer langfristig angelegten Strategie und über ein schrittweises Vorgehen erreicht werden (Luithlen und Tuschen 1989).

2.3 Die 1990er Jahre: Budgetdeckelung und Neues Entgeltsystem

Der erste Schritt zur Umsetzung der Pläne von 1989 erfolgte mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992. Es enthielt für den Krankenhausbereich vor allem zwei Maßnahmen. Zum einen wurde eine Begrenzung der jährlichen Budgeterhöhungen (Budgetdeckelung) eingeführt, die das Selbstkostendeckungsprinzip weitgehend aushebelte. Ab dem 1. Januar 1993 hatten die Krankenhäuser keinen Anspruch mehr auf kostendeckende Pflegesätze. Die ‚Budgetdeckelung‘ begrenzte die jährlichen Budgeterhöhungen auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder. Diese Rate lag deutlich unter den bisherigen Budgetsteigerungen und reichte absehbar nicht aus, die zu erwartenden Kostensteigerungen insbesondere aufgrund der Tariferhöhungen zu decken. Die Budgetdeckelung war in den Plänen von 1989 nicht vorgesehen, sie ging auf Vorschläge aus den Reihen der Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition zurück.

Die zweite, für den Krankenhausbereich wichtige Entscheidung war der Grundsatzbeschluss für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein Fallpauschalensystem. Dieser Beschluss ging auf Vorschläge des BMG zurück und folgte eindeutig dem Plan von 1989.[3] Als erster Schritt sollte 1996 ein neues Entgeltsystem eingeführt werden, das schrittweise zu einem vollständigen Fallpauschalensystem auszubauen war. Das GSG legte lediglich die Eckpunkte dieses Systems fest, die konkrete Ausgestaltung sollte in einer neu gefassten Bundespflegesatzverordnung (BPflV) erfolgen.

[3]Mit der Einrichtung eines Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Jahr 1991 war die Zuständigkeit für Fragen der Krankenhausfinanzierung vom BMA auf das BMG übergegangen. Die dafür zuständigen Beamten wechselten vom BMA zum BMG.

Die neu gefasste Bundespflegesatzverordnung trat zum 1. Januar 1996 in Kraft und brachte eine vollständige Neustrukturierung des Vergütungssystems (zur ausführlichen Beschreibung vgl. Tuschen und Quaas 1998). Das neue Entgeltsystem sah einen für das gesamte Krankenhaus geltenden Basispflegesatz für die Leistungen der Unterkunft und Verpflegung vor, unterschiedliche Abteilungspflegesätze für die medizinisch-pflegerischen Leistungen jeder einzelnen Fachabteilung sowie pauschale Sonderentgelte und Fallpauschalen. Während die Pflegesätze weiterhin auf Grundlage der krankenhausindividuellen Kosten vereinbart wurden, war für Fallpauschalen und Sonderentgelte ein bundesweit geltender Katalog mit Bewertungsrelationen vorgegeben, die für die Abrechnung anzuwenden waren. Die Bewertungsrelationen gaben keinen Geldbetrag an, sondern nur das Verhältnis, in dem die betreffende Fallpauschale oder das Sonderentgelt niedriger oder höher als eine mit der Bewertungsrelation 1,0 bewertete Leistung zu vergüten war. Der Zahlbetrag ergab sich durch die Multiplikation der jeweiligen Bewertungsrelation mit einem auf Landesebene zwischen der Landeskrankenhausgesellschaft und den Krankenkassen zu vereinbarenden ‚Punktwert'.

Das neue Entgeltsystem startete zunächst nur mit 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelten, wobei es zahlreiche Leistungen gab, für die sowohl eine Fallpauschale als auch ein Sonderentgelt festgelegt war (Tuschen 2009, S. 2). Insofern war die tatsächliche Zahl der Leistungen, für die ein pauschaliertes Entgelt vorgegeben war, deutlich niedriger. Der Anteil der pauschalierten Entgelte sollte innerhalb weniger Jahre auf 100 % ausgebaut werden. Die Krankenkassen gingen 1994 davon aus, dass dies bis spätestens 1999 zu erreichen sei (GKV 1994).

Das neue Entgeltsystem bewirkte aufgrund seiner Komplexität gegenüber dem bisherigen System einen erheblich höheren Aufwand für das betriebliche Rechnungswesen und die Budgetverhandlungen. Da die Budgets weiterhin der Deckelung unterlagen und zudem ein zunehmend größer werdender Teil des Budgets über pauschalierte, von den krankenhausindividuellen Kosten unabhängige Entgelte vergütet wurde, stieg die Notwendigkeit einer Kontrolle und Steuerung nicht nur der Kosten, sondern vor allem auch der Leistungsentwicklung. Die Entwicklung der medizinischen, vor allem der ärztlichen Leistungen war insofern von erheblich höherer Bedeutung als zuvor, als nicht nur die Kosten durch ärztliche Entscheidungen und ärztliches Handeln beeinflusst wurden, sondern vor allem auch die zu erzielenden Einnahmen. Einer der zentralen Begriffe der damaligen Managementliteratur war dementsprechend der Begriff der ‚medizinischen Leistungssteuerung' (Simon 1997). Damit war insbesondere auch gemeint, dass die kaufmännische Leitung über verschiedene Maßnahmen versuchte, die Chefärzte in die ökonomische Verantwortung einzubinden und zur Einhaltung von Abteilungsbudgets und zur Erbringung gut vergüteter Fallpauschalen oder Sonderentgelte zu motivieren.

In qualitativen Interviews, die in den Jahren 1997 bis 1999 mit Krankenhausleitungen und Chefärzten geführt wurden, zeigten sich bereits kurze Zeit nach Einführung der ersten Fallpauschalen deutliche Veränderungen im Denken und Handeln der Führungskräfte und vor allem auch die Bereitschaft, Entscheidungen über die Aufnahme, Behandlung und Entlassung oder Verlegung von Patienten an ökonomischen Zielen auszurichten (Simon 2001; Kühn und Simon 2001). So wurde unter dem Schutz der Anonymität sowohl über die Unterlassung medizinisch angezeigter Leistungen aus Kostengründen als auch über die ökonomisch motivierte Durchführung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen berichtet.

Auf Verlangen der Bundesländer war in die BPflV 1995 die Verpflichtung zur Durchführung einer Begleitforschung aufgenommen worden, insbesondere auch weil die zuständigen Länderressorts negative Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen auf die Qualität der Patientenversorgung befürchteten. Es wurde daraufhin zwar ein entsprechender Forschungsauftrag vergeben, das BMG verhinderte in dem dafür gebildeten Beirat jedoch, dass der Auftrag auch die Auswirkungen auf die Patientenversorgung einschloss (DKI 1999, S. 15). Die Begleitforschung wurde auf Verlangen des BMG weitgehend auf betriebswirtschaftliche Fragen reduziert, und zudem beendete das BMG das Forschungsprojekt vorzeitig.

Die schrittweise Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem im Rahmen des neuen Entgeltsystems erwies sich als schwierig und langwierig, insbesondere weil der Ausbau des Fallpauschalenkataloges nur sehr langsam vorankam. Die Einstiegsversion des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloges war noch unter Leitung des BMG von beauftragten Wirtschaftsberatungsunternehmen entwickelt worden. Danach hatte die Bundesregierung dem GKV-Spitzenverbänden und der DKG diese Aufgabe übertragen, die jedoch aufgrund der zwischen ihnen herrschenden Interessengegensätze und inhaltlicher Differenzen kaum vorankamen.

Daraufhin wechselte das BMG 1999 seine Strategie. Ende Juni 1999 wurde der Entwurf eines GKV-Gesundheitsreformgesetzes (GKV-GRG) 2000 vorgelegt, der unter anderem die Beauftragung der GKV-Spitzenverbände und der DKG enthielt, die Krankenhausfinanzierung zum 01.01.2002 auf ein vollständiges Fallpauschalensystem umzustellen. Im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses wurde dieser Auftrag noch dahin gehend modifiziert, dass das neue Fallpauschalensystem auf Grundlage eines international bereits eingesetzten DRG-Systems eingeführt werden sollte. Damit war der entscheidende Schritt vollzogen und es konnten die unmittelbaren Vorarbeiten für die Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem beginnen.

3 Einführung und Entwicklung des DRG-Systems

Im Folgenden wird die Entwicklung des DRG-Systems von seiner Einführung bis in die Gegenwart in groben Zügen nachgezeichnet. Der Zeitraum wird in drei Phasen unterteilt:

- *Vorbereitung der Einführung:* Die Phase erstreckte sich über den Zeitraum 2000 bis 2003.
- *Einführung:* Die Phase erstreckte sich über die Jahre 2004 bis 2009.
- *Regelbetrieb:* Seit 2010 befindet sich das deutsche DRG-System in einem Modus, der als ‚Regelbetrieb' bezeichnet werden kann. Womit allerdings nicht gemeint ist, dass 2010 so etwas wie ‚regulatorische Ruhe' einkehrte. Ganz im Gegenteil, wie die nachfolgende Rekonstruktion zeigen wird.

3.1 Vorbereitung und Einführung des DRG-Systems

Die beiden ersten Phasen waren zunächst erheblich kürzer geplant und mussten mehrfach verlängert werden. Die Phase der Vorbereitung der Einführung sollte laut erstem Entwurf des GKV-GRG 2000 nur zwei Jahre dauern, 2000 und 2001. Ab dem 1. Januar 2002 sollten alle Krankenhäuser mit Fallpauschalen abrechnen. Im ersten Jahr sollte die Abrechnung parallel zu den bisherigen Pflegesätzen erfolgen, zum 1. Januar 2003 sollte das neue Fallpauschalensystem die bisherigen Pflegesätze vollständig ablösen.

Dieser Zeitplan war jedoch unrealistisch kurz, und es war von vornherein absehbar, dass er nicht einzuhalten sein würde. Es musste nicht nur ein international bereits eingesetztes DRG-System ausgewählt, sondern dessen Fallgruppenkatalog auch weitgehend überarbeitet und an die deutschen Verhältnisse angepasst werden. Zudem mussten die Bewertungsrelationen auf Grundlage der Kosten deutscher Krankenhäuser vollkommen neu berechnet werden. Darüber hinaus waren zahlreiche sonstige Regelungen zu entwickeln, zu vereinbaren oder durch Gesetz festzulegen.

Den Krankenhäusern ließ der ursprüngliche Zeitplan nur ein Jahr Zeit, um sich auf das vollkommen neue Vergütungssystem vorzubereiten, und die Umstellung sollte von einem Tag auf den nächsten erfolgen. Dies war insofern von erheblicher Bedeutung für Krankenhäuser, als die Bewertungsrelationen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser kalkuliert und festgesetzt werden sollten (GKV et al. 2000). Somit war absehbar, dass die Anwendung des

neuen Fallpauschalensystems bei Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen Kosten zu einer Budgetabsenkung führen würde, und Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Kosten eine Budgetanhebung zu erwarten hatten.

Eine deutliche Verlängerung des Zeitplans war unumgänglich. Im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zum GKV-GRG 2000 wurde er allerdings nur um ein Jahr verlängert, was sich relativ schnell als zu kurz herausstellte. Innerhalb der vorgegebenen Frist war es nicht möglich, den Fallgruppenkatalog des ausgewählten australischen DRG-Systems an deutsche Verhältnisse anzupassen und Bewertungsrelationen auf Grundlage der Ist-Kosten deutscher Krankenhäuser zu berechnen. Der für den 01.01.2003 vorgesehene Start musste darum mit dem australischen Fallgruppenkatalog und australischen Bewertungsrelationen erfolgen. Damit konnte das System aber nicht ‚scharfgeschaltet' werden, sodass aus der Abrechnung von Fallpauschalen Überschüsse und Verluste entstehen. Es war offensichtlich, dass der Übergang eine längere Vorbereitung und auch eine längere Übergangsphase brauchte.

Die notwendige Anpassung der Zeitplanung erfolgte im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (FPG) 2002. Die Vorlage des FPG war bereits bei der Verabschiedung des GKV-GRG 2000 absehbar gewesen, weil das GKV-GRG nur die Grundsatzentscheidung für die Umstellung auf ein DRG-System und wenige zentrale Eckpunkte für das zu schaffende deutsche DRG-System enthielt. Es musste folglich relativ zeitnah ein weiteres Gesetz folgen, mit dem die Struktur und Funktionsweise eines an deutsche Verhältnisse angepassten DRG-Systems festgelegt werden. Dies geschah mit dem FPG. Das Fallpauschalengesetz war ein sogenanntes ‚Artikelgesetz' und bestand zu einem wesentlichen Teil aus Änderungen bestehender Rechtsvorschriften, wie beispielsweise des KHG oder der BPflV. Der zentrale und wichtigste Bestandteil war jedoch ein vollkommen neues Gesetz, das „Krankenhausentgeltgesetz" (KHEntgG). Es regelt seitdem das DRG-System in seiner Gesamtheit und ist damit so etwas wie das ‚DRG-Gesetz'. Die 2003 mit dem KHEntgG geschaffene Grundkonstruktion gilt im Wesentlichen noch heute und gibt die nachfolgend vorgestellten Grundelemente des Vergütungssystems vor.[4]

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV, PKV, DKG) vereinbaren jedes Jahr einen aktualisierten *Fallpauschalenkatalog,*[5] in dem festgelegt ist, für welche

[4]Die Darstellung beschränkt sich auf die zentralen Grundsätze und lässt die zahlreichen Abweichungen, Sonderfälle, Zu- und Abschläge etc. zum Zweck einer stark vereinfachten Beschreibung unberücksichtigt. Für genauere Informationen sei hier auf Beschreibungen des DRG-Systems in der einschlägigen Fachliteratur verwiesen (InEK 2005, S. 33).

[5]Der aktuell geltende Fallpauschalenkatalog sowie zahlreiche weitere Dokumente und Informationen sind auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht (https://www.g-drg.de).

Fallgruppe (DRG)[6] welche Fallpauschale abzurechnen ist. Der Katalog enthält zusätzlich zur Definition der Fallgruppen für jede Fallgruppe eine eigene *Bewertungsrelation,* die die ökonomische Bewertung der betreffenden Fallgruppe im Verhältnis zu einer Bezugsgröße angibt, die mit dem Wert 1,0 gesetzt ist.[7] Der Fallpauschalenkatalog enthält insofern keine Euro-Beträge, sondern nur Punktzahlen, die das relative ‚Kostengewicht' angeben. Die Bewertungsrelationen werden auf Grundlage der Ist-Kosten einer Stichprobe von ca. 250 Krankenhäusern (Kalkulationskrankenhäuser) jährlich neu ermittelt und von den Vertragsparteien auf Bundesebene festgelegt. Zusätzlich zu den Bewertungsrelationen enthält der Fallpauschalenkatalog Angaben zu der bei der Kalkulation festgestellten durchschnittlichen Verweildauer sowie die Festlegung einer unteren und oberen Grenzverweildauer (GVD) für jede DRG. Werden die definierten Verweildauergrenzen bei der Versorgung eines Patienten unter- oder überschritten, ist für jeden Tag der Abweichung ein im Katalog ausgewiesener tagesbezogener Abschlag oder Zuschlag auf die Fallpauschale vorzunehmen. Darüber hinaus enthält der Katalog auch Angaben zur Vergütung bei externen Verlegungen und Wiederaufnahme von Patienten.

Die Höhe der zu zahlenden Fallpauschale ergibt sich in der Regel aus der Multiplikation der im Katalog für die betreffende DRG ausgewiesenen Bewertungsrelation mit dem jeweils geltenden Basisfallwert. Der *Basisfallwert* ist die monetäre Bewertung der Bewertungsrelation 1,0. In den ersten Jahren nach Einführung des DRG-Systems wurde ein krankenhausindividuell errechneter Basisfallwert zugrunde gelegt, der schrittweise an einen Landesbasisfallwert angeglichen und somit abgesenkt oder angehoben wurde. Seit 2010 ist der auf Landesebene zwischen der Landeskrankenhausgesellschaft und der GKV und PKV vereinbarte Landesbasisfallwert zu verwenden. Die Landesbasisfallwerte sollen jedoch nur eine Übergangslösung sein und vollständig durch einen Bundesbasisfallwert abgelöst werden. Die Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen Bundesbasisfallwert erfolgt in Jahresschritten. Sie hat 2010 begonnen und wurde zwischenzeitlich mehrfach verlängert. Nach jetzigem Gesetzesstand soll sie 2020 abgeschlossen sein. Ab dem 1. Januar 2021 soll für alle Krankenhäuser in Deutschland ein einheitlicher Bundesbasisfallwert gelten.

Neben den Fallpauschalen enthält das DRG-System zahlreiche *sonstige Entgelte.* Dazu zählen insbesondere auf Bundesebene vereinbarte pauschalierte Zusatzentgelte,

[6]DRG: Diagnosis Related Group.

[7]In die Berechnung werden nur sogenannte ‚Inlier' oder ‚Normallieger' der Hauptabteilungen einbezogen. Damit sind Patienten gemeint, deren Verweildauer innerhalb der definierten unteren und oberen Grenzverweildauer liegt.

ergänzende tagesbezogene Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, Entgelte für noch nicht im Fallpauschalenkatalog erfasste neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, gesonderte Vergütungen für sogenannte ‚Besondere Einrichtungen' (z. B. für Schwerbrandverletzte), Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der externen Qualitätssicherung, krankenhausindividuell vereinbarte Entgelte für nicht über eine Fallpauschale vergütete Leistungen, Vergütungen für und nachstationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlungen etc. Für das Jahr 2018 listete der AOK-Bundesverband insgesamt 32 Zu- und Abschläge auf (AOK-Bundesverband 2018). Die finanzielle Bedeutung der Zu- und Abschläge ist allerdings relativ gering. Der weit überwiegende Teil der Krankenhausbudgets wird über Fallpauschalen finanziert, in der Regel machen sie einen Anteil von ca. 90 % des jeweiligen Krankenhausbudgets aus (Heimig 2014, S. 169). Wie an den sonstigen Entgelten und den zahlreichen Zu- und Abschlägen zu erkennen, ist das deutsche DRG-System kein reines Fallpauschalensystem, sondern letztlich immer noch ein Mischsystem, das auch krankenhausindividuelle Vergütungen vorsieht.

Mit dem Fallpauschalengesetz 2002 wurde zugleich auch eine Verlängerung der Einführungsphase beschlossen. Da – wie bereits erwähnt – zum 1. Januar 2003 weder ein deutscher Fallgruppenkatalog noch deutsche Bewertungsrelationen verfügbar waren, konnte die geplante verpflichtende Anwendung eines deutschen DRG-Systems zum 1. Januar 2003 nicht beibehalten werden. Als eine Art Kompromiss wurde zwar der Termin 1. Januar 2003 aufrechterhalten, aber keine verpflichtende Anwendung von Fallpauschalen vorgeschrieben. Das Jahr 2003 wurde vielmehr zu einem ‚Übungsjahr' für Krankenhäuser, die freiwillig bereits mit Fallpauschalen abrechnen wollten, allerdings auf Grundlage australischer Fallgruppen und Bewertungsrelationen.

Die verpflichtende Anwendung von Fallpauschalen wurde ab dem 1. Januar 2004 vorgegeben, allerdings – wie zuvor bereits für 2003 eingeplant – unter budgetneutralen Bedingungen. Die sogenannte ‚Scharfschaltung' wurde für den 1. Januar 2005 festgesetzt. In der Fachdiskussion wurde dieser Termin als ‚Scharfschaltung' des Systems bezeichnet, weil seit diesem Datum dem einzelnen Krankenhaus aus der Anwendung von DRG-Fallpauschalen Überschüsse oder Verluste entstehen.

Überschüsse oder Verluste sollten jedoch nicht, wie noch im GKV-GRG 2000 vorgesehen, in voller Höhe von einem Tag auf den nächsten anfallen. Der Entwurf des Fallpauschalengesetzes sah vielmehr vor, dass die Absenkung oder Anhebung der Vergütungen und Budgets schrittweise im Rahmen einer Übergangsphase erfolgen sollte, die in der Fachdiskussion als ‚Konvergenzphase' bezeichnet wurde. Ausgehend vom Budget des Jahres 2004 sollte der kranken-

hausindividuelle Basisfallwert in Jahren 2005, 2006 und 2007 schrittweise an den Landesdurchschnitt angeglichen werden. Dazu wurden bereits für die Jahre ab 2005 parallel auch Landesbasisfallwerte vereinbart, die die ‚Zielgröße' für die Absenkung oder Anhebung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte anzeigten. Die Landesbasisfallwerte orientierten sich am Durchschnitt der krankenhausindividuellen Basisfallwerte. Mit der erstmaligen Vereinbarung des Landesbasisfallwertes war somit für jedes Krankenhaus erkennbar, ob des zu den ‚Verlierern' oder ‚Gewinnern' der Umstellung gehören wird.

Nachfolgend wird die Einführungsphase chronologisch und auch entsprechend der zum jeweiligen Zeitpunkt geltenden Vorschriften dargestellt. Dadurch soll verdeutlicht werden, dass der ursprüngliche Zeitplan der DRG-Einführung für viele Kliniken in kurzer Zeit zu einer massiven Bedrohung ihrer wirtschaftlichen Situation geführt hätte. Es bedurfte mehrerer politischer Interventionen, insbesondere auch vonseiten der Bundesländer, um diesen ökonomischen Druck durch Verlängerung der Übergangsphase und insbesondere auch die Einführung einer Obergrenze (Kappungsgrenze) für Budgetkürzungen etwas abzumildern. Auf diese Entwicklungen einzugehen ist auch insbesondere für das Verständnis der unmittelbar vor Einführung und in den ersten Jahren nach Einführung des DRG-Systems hilfreich. So setzte beispielsweise bereits in den Jahren 2003 und 2004 ein erheblicher Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ein, denn das KHEntgG sah zum damaligen Zeitpunkt nur eine sehr kurze Einführungsphase und unbegrenzte Budgetabsenkungen ab 2005 vor. Diese Bedrohung vor Augen ergriffen Krankenhausleitungen, deren Kliniken mit ihren Kosten über den zu erwartenden Fallpauschalen lagen, bereits vor der ‚Scharfschaltung' zum 1. Januar 2005 Maßnahmen zur Kostensenkung.

Laut Fallpauschalengesetz 2002 sollten alle Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2008 nur noch auf Grundlage des jeweiligen Landesbasisfallwertes abrechnen dürfen. Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Kosten mussten somit ab dem 1. Januar 2005 mit einer Budgetabsenkung rechnen, wenn auch nicht – wie noch im GKV-GRG vorgesehen – von einem Tag auf den nächsten in voller Höhe, sondern nur in Höhe eines Drittels der Differenz zwischen ihren Kosten und dem Landesdurchschnitt.

Zwar bedeutete die Einführung einer Konvergenzphase eine gewisse ‚Entschärfung' für Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Kosten, die Bedrohung ihrer wirtschaftlichen Existenz blieb aber dennoch bestehen. Da die DRG-Fallpauschalen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten aller Krankenhäuser kalkuliert werden sollten, musste ca. die Hälfte der Kliniken mit einer Budgetabsenkung rechnen. Ein erheblicher Teil musste sogar mit Budgetkürzungen von bis

zu 20–30 % rechnen.[8] Kostensenkungen in einer solchen Höhe sind für eine Organisation, deren Kosten zu ca. zwei Dritteln aus Personalkosten für festangestelltes Personal bestehen, nicht oder nur unter Vornahme massiver Einschnitte innerhalb weniger Jahre zu erreichen.

Entsprechend groß war die Verunsicherung im Krankenhausmanagement und letztlich auch unter den Krankenhausbeschäftigten, die spätestens dann von der Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz ihrer Klinik erfuhren, wenn die Leitung die Kürzung außertariflicher Leistungen, Stellenabbau, den Ausstieg aus dem geltenden Tarifvertragssystem und Abschluss eines Notlagentarifs, die Ausgründung und Privatisierung ganzer Krankenhausbereiche etc. bekannt gab. Und da eine verantwortungsvoll agierende Krankenhausleitung nicht warten durfte, bis die Budgetkürzung wirksam wurde, setzten die entsprechenden Kostensenkungsmaßnahmen bereits vor dem 01.01.2005 ein, überwiegend in den Jahren 2003 und 2004.

Um existenzgefährdende Defizite des Krankenhauses zu verhindern, mussten vor allem Personalkosten gesenkt werden. Davon wiederum waren in erster Linie zwei Bereiche betroffen, das Personal der hauswirtschaftlichen und technischen Dienste und der Pflegedienst. Der erstgenannte Bereich war vor allem Gegenstand der ‚Ausgründung' ganzer Abteilungen in neu gegründete Unternehmen, die nicht mehr dem jeweiligen im Krankenhausbereich geltenden Tarifvertrag unterlagen, sondern den niedrigeren der Gebäudereinigung etc. Im Pflegedienst wurden die Personalkosten vor allem durch Stellenabbau und Flexibilisierung des Personaleinsatzes, durch Befristung bei Neueinstellungen sowie Umwandlung von Vollzeitstellen in Teilzeitstellen gesenkt.

Wie stark die Verunsicherung und empfundene Gefährdung in den Jahren der Umstellung auf das DRG-System war, lässt sich insbesondere am Stellenabbau im Pflegedienst erkennen. Eine erste Welle des Stellenabbaus hatte es ab 1997 gegeben, als eine durch das GSG eingeführte Regelung zur Personalbedarfsermittlung[9] aufgehoben wurde und eine pauschale Budgetkürzung um 1 % in Kraft trat. Danach begann sich die Personalzahl wieder zu stabilisieren. Als der Zeitplan für die DRG-Einführung bekannt wurde, setzte 2003 ein Stellenabbau ein, der weit über das Ausmaß der Jahre 1997 bis 1999 hinausging. In den vier

[8]Dies war in dieser Höhe auch politisch gewollt. So stellten die für den Krankenhausbereich zuständigen Beamten des BMG in einem Zeitschriftenbeitrag bereits im Jahr 2000 fest: Das DRG-System werde zu „Budgetkorrekturen führen, die im Einzelfall Größenordnungen von 10, 20 oder mehr Prozent erreichen können" (vgl. u. a. Günster et al. 2004; Tuschen und Trefz 2004; Simon 2017, S. 242–255).

[9]Die sogenannte „Pflege-Personalregelung" (PPR).

Jahren von 2002 bis 2005 wurden insgesamt mehr als 28.000 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Pflegedienst (ohne Psychiatrie) abgebaut, davon allein mehr als 10.000 im Jahr 2004, dem letzten Jahr vor Scharfschaltung des DRG-Systems (Simon 2008, 2009).

Vor diesem Hintergrund intervenierten die Bundesländer und verlangten eine deutliche ‚Entschärfung' der Einführungsphase. Sie verweigerten 2004 einem vom Bund vorgelegten zustimmungsbedürftigen Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) ihre Zustimmung und setzten über die Anrufung des Vermittlungsausschusses eine Reihe von Entschärfungen durch. So wurde die Konvergenzphase um ein Jahr bis Ende 2008 verlängert und es wurde eine relativ niedrige Obergrenze für die maximal zulässigen jährlichen Budgetkürzungen gesetzt, die sogenannte ‚Kappungsgrenze'. Vor allem die relativ niedrige Kappungsgrenze bewirkte eine deutliche ‚Entspannung' für Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten. Am Ziel einer Angleichung der krankenhausindividuellen Vergütungen an landesweit einheitliche Fallpauschalen wurde jedoch festgehalten.

Da absehbar war, dass auch noch Ende 2008 ein Kostenüberhang in einem relevanten Teil der Krankenhäuser bestand und diese Kliniken nach dem Auslaufen der Konvergenzphase mit einer deutlichen Budgetabsenkung zu rechnen hatten, wurde die Konvergenzphase im Rahmen des KHRG 2009 noch einmal um ein Jahr bis Ende 2009 verlängert. Dies war dann allerdings die letzte Verlängerung der Konvergenzphase.

3.2 Das deutsche DRG-System im Regelbetrieb

Ab dem 01.01.2010 ging das DRG-System in den „Regelbetrieb" über (Tuschen 2011, S. 12). Der Begriff des Regelbetriebes wird hier zwar aus der Fachdiskussion übernommen, damit soll jedoch nicht den Eindruck vermittelt werden, seit 2010 sei Ruhe in den Krankenhausbereich eingekehrt und die Krankenhäuser könnten unter verlässlichen und gleichbleibenden rechtlichen Rahmenbedingungen ihrem eigentlichen Auftrag nachgehen und sich auf eine möglichst gute Patientenversorgung konzentrieren. Weit gefehlt. Vielmehr gehört die ständige Veränderung der ökonomischen Rahmenbedingungen zu den Wesensmerkmalen des deutschen DRG-Systems und somit auch zu seinem ‚Regelbetrieb'.

Diese ständigen Veränderungen können in zwei große Gruppen eingeteilt werden: 1) in ‚reguläre' jährliche Veränderungen, die immanenter Bestandteil des DRG-Systems sind und überwiegend von der sogenannten ‚gemeinsamen Selbstverwaltung' aus GKV, PKV und DKG beschlossen werden, und 2) von Außen durch politische Interventionen vorgenommene Veränderungen. Die politischen Interventionen können wiederum unterteilt werden in solche, mit denen längerfristig

geplante Änderungen vollzogen werden und solche, mit denen auf Entwicklungen reagiert wird, bei denen es sich nach Auffassung der jeweiligen Regierungskoalition um Fehlentwicklungen handelt, die verhindert oder korrigiert werden sollen. Im Folgenden werden zunächst die wichtigsten regulären jährlichen Veränderungen vorgestellt, daran anschließend die nicht zum regulären DRG-System gehörenden politischen Interventionen.

Die Konstruktion des DRG-Systems sieht eine Vielzahl *regulärer jährlicher Veränderungen* vor. So werden jedes Jahr erneut die Ist-Kosten in einer Krankenhausstichprobe erhoben und die Bewertungsrelationen auf dieser Grundlage neu berechnet und festgesetzt. Auch der DRG-Fallpauschalenkatalog wird jedes Jahr verändert. Es werden neue Fallgruppen oder Subgruppen gebildet, bestehende aufgespalten, einzelne Behandlungen anderen DRGs zugeordnet, einzelne DRGs anderen Haupt-DRGs zugeordnet usw. usf. Einen Überblick über die jährlichen Änderungen und Neuerungen gibt das DRG-Institut in einem jedes Jahr erscheinenden gesonderten Bericht (für das Jahr 2018 vgl. InEK 2017).

Sobald die neue DRG-Version für das kommende Jahr veröffentlicht wurde, ist es eine der vorrangigen Aufgaben der Mitarbeiter des Medizin-Controlling und der Krankenhausleitung, sich mit dem neuen DRG-Katalog zu befassen und die Bedeutung der Änderungen für das eigene Haus zu identifizieren und gegebenenfalls notwendige Anpassungen einzuleiten. Die jährlichen Änderungen des DRG-Systems beschränken sich keineswegs auf den Fallpauschalenkatalog und die Bewertungsrelationen. Das DRG-System besteht aus einer Vielzahl weiterer Bestimmungen, die vor allem in vertraglichen Vereinbarungen festgelegt sind. Insofern sind jedes Jahr routinemäßig mehrere vertragliche Vereinbarungen zwischen GKV, PKV und DKG zu aktualisieren und neu zu abzuschließen. Da diese Änderungen Auswirkungen auf die Erlössituation des einzelnen Krankenhauses haben, sind auch sie von der Krankenhausleitung oder den zuständigen Verwaltungsmitarbeitern genau zu analysieren, um herauszufinden, wo welche krankenhausinternen Veränderungen vorzunehmen sind und welche Bedeutung die Änderungen für die nächsten Verhandlungen mit den Krankenkassen haben könnten.[10]

[10]Für 2018 wurden mindestens fünf Vereinbarungen auf Bundesebene neu abgeschlossen, darunter eine neue Fallpauschalenvereinbarung, deren wichtigste Bestandteile der neue DRG-Katalog und ggf. geänderte Abrechnungsbestimmungen sind, die Vereinbarung des sogenannten ‚Veränderungswertes' als Obergrenze für die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte, des Bundesbasisfallwertes als Orientierungsgröße für die jährliche Anpassung der Landesbasisfallwerte, des neuen DRG-Systemzuschlags. Für das Jahr 2017 waren zusätzlich zu den routinemäßigen jährlichen Vereinbarungen noch eine durch Gesetz geforderte Vereinbarung für einen neuen sogenannten ‚Fixkostendegressionsabschlag' sowie eine Vereinbarung über die Finanzierung von Mehrkosten durch Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu schließen.

Die Auswirkungen der jährlichen Veränderungen des Fallpauschalenkataloges, des Zusatzentgeltekataloges etc. auf die Einnahmesituation der Krankenhäuser haben auch einen eigenen Namen und werden als sogenannte ‚Katalogeffekte' bezeichnet (eine gute Beschreibung dieser Effekte bieten Roeder et al. 2010). Katalogeffekte führen dazu, dass vollkommen identische Fälle in zwei unterschiedlichen DRG-Versionen durch Änderungen der Fallgruppensystematik unterschiedlichen DRGs zugeordnet werden. Da damit zugleich auch Änderungen der Bewertungsrelationen verbunden sind, führt dies dazu, dass eine vollkommen identische Behandlung nur aufgrund der Katalogänderungen unterschiedlich vergütet wird. Auch wenn die Katalogeffekte im Saldo nur wenige Prozente des gesamten Vergütungsvolumens ausmachen, so sind sie für die Krankenhäuser doch von erheblicher Bedeutung. Bei einem DRG-Erlösbudget von 100 Mio. EUR entspricht jeder Prozentpunkt Katalogeffekt 1 Mio. EUR Mehr- oder Mindereinnahmen.

Die zweite Gruppe der Änderungen ökonomischer Rahmenbedingungen resultieren aus den seit Einführung des DRG-Systems immer wieder vorgenommenen politischen Interventionen. Sie können in a) längerfristig geplante Gesetze und b) kurzfristig auf die Agenda gesetzte ad-hoc-Interventionen unterteilt werden.

a) Zu den *langfristig geplanten Gesetzen* gehörte vor allem das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 2009. Bereits bei Einführung des DRG-Systems war angekündigt worden, dass vor Ablauf der Konvergenzphase ein Gesetz vorgelegt werden soll, mit dem der ‚ordnungspolitische Rahmen' für den Regelbetrieb nach Abschluss der Einführungsphase festgelegt wird. Zu den geplanten Gesetzen ist auch das 2011 vorgelegte und 2012 beschlossene Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) und die darin enthaltene Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für die stationäre Psychiatrie zu zählen. Auch wenn diese Gesetze längerfristig geplant waren, so änderte dies nichts daran, dass jedes von ihnen erneute Veränderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser bewirkte und eine intensive Beschäftigung mit Neuregelungen erforderte, um deren Bedeutung für die jeweilige eigene Klinik herauszufinden und möglicherweise notwendige Anpassungen oder strategische Umorientierungen vorzunehmen. Jede dieser Reformen sorgte erneut für Verunsicherungen im Krankenhausbereich.
b) Neben diesen geplanten gesetzgeberischen Interventionen gab es eine mittlerweile kaum noch zu überschauende Vielzahl weiterer, kurzfristig auf die Agenda gesetzter politischer *ad-hoc-Interventionen.* Sie folgten keiner langfristigen und gleichbleibenden Strategie. Mit ihnen wurden vielmehr sehr unterschiedliche und teilweise auch widersprüchliche Ziele verfolgt. So diente ein Teil der Interventionen dazu, eine kurzfristige Entlastung der GKV bei den

Krankenhausausgaben zu erreichen, ein anderer Teil sollte die Krankenhäuser entlasten, indem ihnen zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt wurden, um als notwendig anerkannte Mehrkosten zu finanzieren oder insgesamt den auf dem Krankenhausbereich lastenden wirtschaftlichen Druck etwas zu reduzieren. Nachfolgend werden nur einige der wichtigsten ad-hoc-Interventionen kurz vorgestellt.

Als im Rahmen einer Reform der Ärzteausbildung 2004 die Phase des Arztes im Praktikum (AiP) abgeschafft wurde und die Krankenhäuser die bisherigen mit relativ geringen Personalkosten verbundenen AiP-Stellen in deutlich höher zu vergütende Assistenzarztstellen umwandeln mussten, ließ die DRG-Systematik keine Berücksichtigung der daraus resultierenden Mehrkosten zu. Im Fall der Abschaffung des AiP erkannte die Politik den finanziellen Mehrbedarf auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser an und gewährte im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) 2003 den an der Arztausbildung beteiligten Kliniken einen Anspruch auf Berechnung eines Zuschlags zu allen Fallpauschalen und Zusatzentgelten für die Refinanzierung der zusätzlichen Assistenzarztstellen.

Ein weiteres Beispiel war die Änderung des deutschen Arbeitszeitrechts. Nachdem mit mehrjähriger Verzögerung endlich das Arbeitszeitrecht der EU in deutsches Recht übernommen und der bisherige Bereitschaftsdienst der Ärzte zur Arbeitszeit wurde und entsprechend höher zu vergüten war, bot das DRG-System auch hierfür keine Möglichkeit der Berücksichtigung in den Vergütungen. Im Rahmen des GMG wurde 2003 darum auch für die Finanzierung dieser Mehrkosten ein entsprechender Zuschlag auf Fallpauschalen und Zusatzentgelte beschlossen.

Die Unfähigkeit des DRG-Systems, diese kurzfristig eintretenden und für die Krankenhäuser unabwendbaren Mehrkosten in den Fallpauschalen zu berücksichtigen, resultiert vor allem aus zwei Konstruktionsmerkmalen. Zum einen können auftretende Mehrkosten erst frühestens zwei Jahre nachdem sie in den Kalkulationskrankenhäusern gemessen wurden, in die Bewertungsrelationen einkalkuliert werden. Dementsprechend wurden und werden sie bei neu auftretenden Mehrkosten in der Regel zunächst und begrenzt für einen kurzen Zeitraum über krankenhausindividuelle Zuschläge auf die Fallpauschalen finanziert. Zum anderen ist das DRG-System darauf ausgelegt, gemessene Mehrkosten – auch wenn sie nur in einem Teil der Kliniken entstanden sind – so einzukalkulieren, dass sie in einen Durchschnittswert für alle Krankenhäuser umgerechnet und dann auch an alle Krankenhäuser pauschal gezahlt werden. Das wiederum führt dazu, dass die zuvor über Zuschläge nur einzelnen Krankenhäusern gezahlten Kostenerstattungen ab der Einbeziehung in die Fallpauschalen an alle Krankenhäuser

gezahlt werden und folglich auch an solche, denen die betreffenden Mehrkosten überhaupt nicht entstanden sind. Derselbe Mechanismus bewirkte beispielsweise auch, dass der größte Teil der Mittel für das erste Pflegestellen-Förderprogramm (ca. 660 Mio. EUR pro Jahr) nach Auslaufen der Zuschlagsphase durch eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte an alle DRG-Krankenhäuser verteilt wurde, folglich auch solche, die nicht nur keine zusätzlichen Pflegestellen geschaffen hatten, sondern auch an solche, die weiter Pflegestellen abgebaut hatten. Solche Absurditäten sind unvermeidbar, wenn man an einem System festhalten will, in dem allen Krankenhäusern pauschalierte, an den Durchschnittskosten orientierte Vergütungen gezahlt werden.

Nachdem den Krankenhäusern zuvor mehr Geld zur Verfügung gestellt worden war, erfolgte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 eine Kehrwende. Um die GKV-Finanzen zu entlasten, wurde beschlossen, dass ab 2007 als sogenannter ‚Sanierungsbeitrag' der Krankenhäuser für die ‚Sanierung' der GKV von allen Krankenhausrechnungen ein Abschlag in Höhe von 0,5 % vorzunehmen ist.

Zwei Jahre später erfolgte, nicht zuletzt auch aufgrund einer verstärkten Berichterstattung über die schlechte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser, eine erneute Kehrtwende. Mit dem KHRG 2009 wurden mehrere Maßnahmen beschlossen, die zu einer Verbesserung der ökonomischen Situation der Krankenhäuser beitragen sollten. So erhielten die Krankenhäuser einen Anspruch auf hälftige Refinanzierung der Tariferhöhungen, wurde ein Sonderprogramm zur Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst im Umfang von bis zu 660 Mio. EUR pro Jahr beschlossen und erfolgte die Ankündigung einer teilweisen Ablösung der Anbindung der Landesbasisfallwerte an die niedrige Entwicklungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder.[11] Zukünftig sollte sich die zulässige Veränderungsrate der Landesbasisfallwerte auch nach einem sogenannten ‚Orientierungswert' richten, der die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich abbildet. Da die im Gesetz gesetzte Frist für die erforderlichen Vorarbeiten des Statistischen Bundesamtes zu kurz bemessen war, musste sie verlängert werden und stand der erste Orientierungswert erst für 2013 zur Verfügung.

Zwei Jahre nach dem KHRG 2009 wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2011 wieder eine Kehrtwende vollzogen. Um die GKV zu entlasten, wurde

[11]Die durch das GSG zum 01.01.1993 eingeführte ‚Deckelung' durch die Begrenzung der jährlichen Budgetsteigerungen auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder galt auch für das DRG-System weiter, allerdings nicht mehr für das einzelne Krankenhausbudgets, sondern als Obergrenze für Vereinbarung der Landesbasisfallwerte.