

Das aG-DRG System

Komplex,

logisch...

und fair?

Copyright

Dieses Werk ist einschließlich aller darin enthaltenen Abbildungen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar. Die gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Gender-Hinweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Kapiteln weitestgehend auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Hinweise zur Bezeichnung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Kapiteln, bis auf wenige Ausnahmen in der Themenhinleitung, einheitlich die Bezeichnung „G-DRG System“ eingesetzt. Auf das zusätzliche „a“ wird gezielt verzichtet.

Begleitwerk/Kompodium

Alle Begrifflichkeiten und vertiefende Grundlagen rund um das Themengebiet, können im Begleitbuch „Das aG-DRG Kompodium“ des Reimbursement Institute eingesehen werden.

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön geht an die Kolleginnen und Kollegen des Reimbursement Institute, die während der Recherche und Niederschrift dieses Buches als Ansprechpartner, Zuarbeiter und Rückenfreihalter einen bemerkenswert guten Job gemacht haben.

Auch den sehr motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der zur Befragung eingeladenen Krankenhäuser, sei herzlich gedankt. Durch die zahlreichen Antworten konnte ein gutes Stimmungsbild eingefangen und niedergeschrieben werden.

Ein besonderer Dank geht an meine Familie, die mit viel Verständnis und Ausdauer den Fortschritt unterstützt und somit die Fertigstellung dieses Buches vorangetrieben haben.

1. Auflage 2021

ISBN 978-3-00-069312-0

© 2021 Nicole Eisenmenger
www.reimbursement.institute

Autor: Nicole Eisenmenger

Fotografie des Autors: Birgitta Weizenegger

Satz: Marco Weinrich, Kerpen – divisionlabs.de

Umschlaggestaltung: Jan Beyer, Köln

Druck: Print Simply GmbH, Berner Straße 38, 60437 Frankfurt am Main

INHALT

	Vorwort	7
1	Grundlagen	9
1.1	Innersektorale Herausforderungen	12
1.1.1	Duale Finanzierung	15
1.1.1.1	Investitionsförderung	15
1.1.1.2	Pflegesätze (Betriebskosten)	18
1.1.2	Kalkulationsstichprobe und Repräsentativität	20
1.1.3	Kondensation und Kostenhomogenität	25
1.1.3.1	Handhabbare Komplexität durch Kostenhomogenität	25
1.1.3.2	TOP und FLOP DRGs	35
1.2	Budgetverhandlung	37
1.2.1	Fixkostendegressionsabschlag und Erlösausgleich	38
1.2.2	Pflegebudget	40
1.3	Institutionen	44
1.3.1	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	44
1.3.2	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)	45
1.3.3	Gemeinsame Selbstverwaltung	45
1.3.4	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	46
1.3.5	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	46
1.3.6	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	47
1.3.7	Medizinischer Dienst (MD)	47
1.4	Regelwerke des G-DRG Systems	48
1.4.1	International Classification of Diseases – 10th Revision, German Modification (ICD-10-GM)	48
1.4.1.1	Grundlegende Informationen zu ICD-10-GM	49
1.4.1.2	Änderungen in der ICD-10-GM Klassifikation	50
1.4.2	Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	51
1.4.2.1	Grundlagen zu OPS	51
1.4.2.2	Änderungen in der OPS Klassifikation	53
1.4.3	Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)	53
1.4.3.1	Grundlagen zu DKR	54
1.4.3.2	Kodierempfehlungen (KDE) und Kodierregeln	55
1.4.4	Definitionshandbuch	56
1.4.5	Fallpauschalen- und Pflegeentgeltkatalog	58
1.4.6	Kalkulationshandbuch	60
1.4.6.1	Nicht kalkulationsrelevante Aufwendungen	60
1.4.6.2	Kalkulationsrelevante Aufwendungen	61
1.4.6.3	Kostenstellen / Kostenarten	61
1.4.6.4	Umgang mit Boni / Skonti und Naturalrabatten	62

1.5	Datengrundlage	63
1.5.1	Leistungsdaten	63
1.5.2	Kostendaten	64
1.5.3	Ergänzende Datenbereitstellung und Kalkulationslücke	66
2	Kalkulation und Weiterentwicklung	68
2.1	Datenprüfung und Aufbereitung	70
2.1.1	Plausibilität- und Konformitätsprüfung	72
2.1.2	Bereinigung und Korrektur	73
2.2	Berechnung der Verweildauer	75
2.2.1	Homogenität der Verweildauer	77
2.2.2	TOP und FLOP DRGs	80
2.3	Berechnung der Bezugsgröße	81
2.3.1	Beispielberechnung 2017 für 2019	82
2.3.2	Auswirkung der Pflegeausgliederung auf die Bezugsgröße	84
2.4	Berechnung der Bewertungsrelation	85
2.4.1	Sachkostenkorrektur	85
2.4.1.1	Berechnung „Korrekturwert“	86
2.4.1.2	Berechnung „Berech60“	86
2.4.1.3	Berechnungsbeispiel der Bewertungsrelation	87
2.4.2	Gezielte Absenkung	89
2.4.3	Technologischer Wandel vs. Bewertungsrelation	91
2.5	Berechnung des Basisfallwertes	93
2.6	CCL Matrix	94
2.7	Kalkulation der Zusatzentgelte	95
2.8	Überarbeitung der Klassifikation	98
2.8.1	Variations- und Homogenitätskoeffizient	99
2.8.2	Zuteilungsrelevante Prozeduren und Diagnosen	102
2.9	Veröffentlichung der erhobenen Leistungs- und Kostendaten	103
2.10	Finanzierung der Pflege und Weiterentwicklung	106
2.10.1	Grundlagen zur Finanzierung	106
2.10.2	Vergütung für Datenübermittlung	107
2.11	Bewertung der Klassifikationsänderungen (System-Güte)	108
3	Externer Sachverstand	109
3.1	DRG Vorschlagsverfahren	112
3.1.1	Berechnung und Umsetzung der Vorschläge	114
3.1.1.1	Komplexitätsverändernde Vorschläge	114
3.1.1.2	Nicht komplexitätsverändernde Vorschläge	115

3.2	NUB Anfrageverfahren	115
3.2.1	Grundlagen zum NUB Anfrageverfahren	115
3.2.1.1	Abfragepunkte einer NUB Anfrage	115
3.2.1.2	Frühe Nutzenbewertung § 137h SGB V	119
3.2.2	NUB Kriterien vs. Status	119
3.2.3	Aufnahme eines Operationen- und Prozedurenschlüssel	122
Schlusswort		124
Anhang – Klinikbefragung zur Kalkulationsgrundlage		125
Abkürzungsverzeichnis		140
Rechtsquellenverzeichnis		142
Literaturverzeichnis		142

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Grundsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	12
Abbildung 2:	Drei grundsätzliche Herausforderungen des G-DRG Systems	13
Abbildung 3:	Duale Finanzierung	16
Abbildung 4:	Pflegesatzerstattung ab 2020	19
Abbildung 5:	Gesetzliche Grundlage zur Erhöhung der Repräsentativität, gemäß § 17b Abs. 3 KHG	21
Abbildung 6:	Kalkulationsteilnehmer 2019	22
Abbildung 7:	Trägerschaften der deutschen Krankenhäuser im Trend in Prozent 1991 – 2019	23
Abbildung 8:	Kalkulationsteilnehmer nach Trägerschaften in Prozent 2010 – 2019	24
Abbildung 9:	Anteil der Kalkulationsteilnehmer an DRG Krankenhäusern 2010 – 2019	25
Abbildung 10:	Zehn-Jahresverlauf der Fallpauschalen und Zusatzentgelte 2012 – 2021	26
Abbildung 11:	Kostenhomogenität des Gesamtsystems 2006 - 2019	28
Abbildung 12:	Homogenitäts- und Variationskoeffizient Bewertung nach Schulnoten	30
Abbildung 13:	Homogenität einer DRG mit mäßiger bis extremer Kostenstreuung	34
Abbildung 14:	Bereiche der Budgetverhandlung	37
Abbildung 15:	Fixkostendegressionsabschlag und Erlösausgleich	39
Abbildung 16:	Berechnung des Pflegeentgeltwertes	40
Abbildung 17:	Berechnung der Summe der Pflegeerlös-Bewertungsrelation	41
Abbildung 18:	Berechnung des Pflegekostenerlös pro Tag	41
Abbildung 19:	Szenarien - Kalkulationsabweichung auf Pflegeentgeltwertermittlung	42
Abbildung 20:	Zusammenspiel der (Haupt-)Institutionen und Verbände	44
Abbildung 21:	Jährlich erscheinende Regelwerke des G-DRG Systems	48
Abbildung 22:	Textuelle und strukturelle Änderungen des ICD-10-GM Codes K57.8 für das Jahr 2021	50

Abbildung 23:	Anzahl OPS Gesamt und nach Kapiteln seit dem Jahr 2010	52
Abbildung 24:	Kostenmatrix je Kostenträger	62
Abbildung 25:	Struktur- und Leistungsdaten nach § 21 KHEntG	64
Abbildung 26:	Kalkulatorische Lücke für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	67
Abbildung 27:	Nutzung der erhobenen Leistungsdaten	68
Abbildung 28:	Weiterentwicklung - von der Datenerhebung zur Kalkulation	69
Abbildung 29:	Erhobene und geprüfte Datensätze 2019 für 2021	71
Abbildung 30:	Ablauf der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfung	72
Abbildung 31:	Bereinigung und Korrektur der Kalkulationsdaten	74
Abbildung 32:	Berechnung der unteren und oberen Grenzverweildauer am Beispiel der L13B	76
Abbildung 33:	Verweildauer Ø Hauptabteilung Normalliegender DRG- und Kalk.-KH 2006 – 2019	77
Abbildung 34:	Repräsentativität der L13B und der Basis-DRG L13 von 2006 - 2019	78
Abbildung 35:	Repräsentativität in der MDC 11 und des Gesamtsystems von 2006 – 2019	79
Abbildung 36:	Bezugsgrößen der Jahre 2014 - 2021 und zugrundeliegende Kostenbereinigung	81
Abbildung 37:	Ermittlung der Parameter und Berechnung der Bezugsgröße 2019	82
Abbildung 38:	Berechnung der Bezugsgröße 2019	83
Abbildung 39:	Berechnung der Bewertungsrelation der L13B 2020 MIT und OHNE Sachkostenkorrektur	87
Abbildung 40:	Berechnung der Bewertungsrelation der I10D 2020 unter Sachkostenkorrektur vs. gezielter Absenkung	90
Abbildung 41:	Kostengrundlage zur Berechnung der Bewertungsrelation am Beispiel der M01B	91
Abbildung 42:	Steigung der Bewertungsrelation auf Basis der Gesamtkosten in der M01B	92
Abbildung 43:	Berechnung des Bundesbasisfallwerts ab 2021	93
Abbildung 44:	Zusatzentgelt Aufwertung am Beispiel ZE93.11 info)	95
Abbildung 45:	Zusatzentgelt Abwertung am Beispiel ZE01 info)	96
Abbildung 46:	Bewertung des Homogenitäts- und Variationskoeffizienten	100
Abbildung 47:	Berechnung des Homogenitäts- und Variationskoeffizient am Beispiel der L13B	100
Abbildung 48:	Textuelle & strukturelle Überarbeitung der L13B im Jahr 2021	101
Abbildung 49:	Wanderungen von Prozeduren und Diagnosen je DRG im Jahresvergleich	103
Abbildung 50:	Auszug aus dem aG-DRG Reportbrowser 2020, Hauptabteilung - DRG L13B	104
Abbildung 51:	DRG Vorschlags-Einsendungen 2006 - 2021	109
Abbildung 52:	DRG Vorschläge 2006 – 2021 - insgesamt vs. rechenbare	111
Abbildung 53:	DRG Vorschläge 2021 - einreichende Institutionen	112
Abbildung 54:	DRG Vorschläge 2021 - Art der Vorschläge	113
Abbildung 55:	Klinikbefragung - Übersicht der Trägerschaften	126
Abbildung 56:	Klinikbefragung - Erteilte Antworten	127
Abbildung 57:	Gesamtübersicht aus Klinikbefragung	138

VORWORT

Um die Finanzierung der deutschen Krankenhauslandschaft werden seit je her viele gesundheitsökonomische und politische Diskussionen geführt. Diese werden seit einigen Jahren lauter und die Rufe nach einer grundlegenden Reform konkreter. Einige größere und etliche kleinere Reformierungen wurden in den vergangenen Jahren beschlossen und umgesetzt. So konnten bereits viele systembedingte Fehlanreize sowie erkannte Doppel- oder Fehlvergütungen eliminiert werden. Das deutsche Pauschalsystem wurde so zu einem oder gar dem präzisesten der Welt.

Trotz aller Maßnahmen, das heutige aG-DRG System an die Bedürfnisse der Systemteilnehmer anzupassen, bestehen weiterhin Probleme, die jedoch weniger aus der pauschalen Vergütung an sich resultieren. Sie ergeben sich vielmehr aus den gegebenen Rahmenbedingungen sowie aus der fehlenden Flexibilität der Krankenhausfinanzierung, die nahezu ausschließlich auf der pauschalen Vergütung auf Mischkostenbasis beruht. Die gewünschte Kostendämpfung, eines der wesentlichen Ziele des durchgängig leistungsorientierten Vergütungsmodells für stationäre Versorgung, konnte nicht in ausreichendem Maße realisiert werden. Die Gesundheitsausgaben steigen seit Jahren kontinuierlich an. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Finanzierung der Ausgaben sind begrenzt und schwinden zunehmend. Ein Blick auf die demographische Entwicklung und die Anzahl erwerbstätigen Bürgerinnen und Bürger zeigt deutlich, dass ein rasches Handeln erforderlich ist. Bereits 2019, dem Jahr vor der Corona-Pandemie, überschritten die Gesamtkosten die 400 Mrd. Euro Marke. Es bedarf also dringend einer ausgereiften Reformation.

Hierfür arbeiten viele hochrangige Gesundheitsökonominnen und -ökonom seit geraumer Zeit zusammen. Sie tragen gute Ansätze und Erkenntnisse aus In-, Um- und Ausland zusammen und analysieren und prüfen diese auf eine mögliche Adaption und Inklusion in den deutschen Gesundheitsmarkt. So kommt Prof. Dr. Jürgen Wasem im Krankenhaus Report 2020 - Finanzierung und Vergütung am Scheideweg zu dem Schluss: *„Ein „optimales“ System der Krankenhausfinanzierung existiert nicht, das Spannungsverhältnis, das sich im Geflecht von Zielen und gesetzten Anreizen ergebe, müsse austariert werden. Entsprechend präferiere die Gesundheitsökonomie seit vielen Jahren „gemischte Systeme“, um die Stärken und Schwächen unterschiedlicher Vergütungsmodelle auszubalancieren“* (Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J., Beivers A. 2020).

Bei allen Möglichkeiten und Finanzierungsformen ist ein Konsens deutlich erkennbar. Um das wirtschaftlich eigenverantwortliche Handeln der Leistungserbringer nicht zu verlieren, bedarf es einem fortwährenden Wettbewerb, der durch die pauschale Vergütung über das G-DRG System Einzug in die Krankenhauslandschaft erhielt und beibehalten werden soll. Wichtig ist, dass die als notwendig identifizierten Krankenhäuser ihre Dienste kostendeckend in einer sehr guten Qualität anbieten können und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter attraktive Arbeitsplätze vorfinden. Diese zu identifizieren und den Mut aufzubringen eine Kondensation zu Gunsten dieser verbleibenden Krankenhäuser zu vollziehen, obliegt der Politik. Die gewollte, jedoch ungesteuerte Reduktion der Krankenhäuser in Deutschland birgt die Gefahr einer Schieflage in den Trägerschaften, die sich vermehrt zu jenen mit einer Gewinnorientierung entwickelt.

Welchen Herausforderungen sich das G-DRG System innersektoral stellt und wie es sich fort- und weiterentwickelt, wird in insgesamt drei Kapiteln anschaulich und anhand vieler Graphiken und Tabellen beschrieben.

Das erste Kapitel beschreibt die Interaktion der einzelnen Institutionen, deren Aufgaben sowie hervorgebrachte und systemrelevante Regelwerke. Es sensibilisiert den Leser über grundlegende Rechte

und Pflichten, Versäumnisse, Enthaltungen und Auswirkungen. Es erlaubt tiefe Einblicke in die Datenerhebung, die Vorgehensweise und die Struktur der Kalkulationsteilnehmer. Ein besonderes Augenmerk liegt neben diesen Grundlagen auf den Herausforderungen des G-DRG Systems zur pauschalen (Betriebskosten-)Finanzierung. Eine tiefgründige und mehrjährig rückblickende Analyse veranschaulicht den Ist-Zustand und lenkt den Blick auf die Potentiale des Systems. Das erste Kapitel ermöglicht im Zusammenspiel mit den Inhalten des zweiten Kapitels ein sehr gutes Grundverständnis.

Im zweiten Kapitel wird der Kalkulationsprozess und die Weiterentwicklung ausführlich und anhand von Echtdateien beschrieben. Es gibt Aufschluss über Prüfmechanismen die zur Plausibilisierung und Bereinigung der erhobenen Datenmenge eingesetzt werden, um eine repräsentative Datenmenge zu extrahieren. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Darstellung der Berechnungsschritte zur Ermittlung des der Verweildauer, der Bezugsgröße, der Bewertungsrelation und des Basisfallwertes. Weitergehend wird die Kalkulation der Zusatzentgelte und die Überarbeitung der Klassifikation unter Beschreibung der auslösenden Parameter beschrieben. Abschließend wird die Finanzierung des Kalkulationsprozesses und die Darstellung der hierfür eingesetzten Datenmengen erläutert.

Das letzte Kapitel beschäftigt sich ausführlich mit der Einbringung von externem Sachverstand zu Zwecken der Systementwicklung. Neben grundlegenden Informationen zu Vorschlagstellung werden hier insbesondere die Anzahl der Vorschlagseinsendungen sowie die Teilnehmerstruktur und die Art der Vorschläge betrachtet. Ein besonderes Augenmerk liegt hier auf der Beurteilung bzw. der Berechnung der DRG Änderungsvorschläge und der Erfüllung der Kriterien einer NUB Anfrage. Die eingehende Betrachtung der Anfrageinhalte und dessen Kriterien zur Bewertung dieses Innovationsfinanzierungsmodells, runden die aus Kapitel 1 und 2 erlangten Erkenntnisse ab und schließen den Kreislauf der jährlichen Neubewertung des G-DRG Systems.

Das vermittelte Wissen verhilft die Komplexität und die Logik des aG-DRG System nachvollziehen zu können. Es befähigt die Leserinnen und Leser zu einer differenzierten Meinungsbildung bezüglich der Fairness desgleichen.

1 GRUNDLAGEN

Die deutsche Krankenhausfinanzierung hat in den vergangenen Jahrzehnten verschiedene Modelle und Reformen hervorgebracht. Sie alle zeigten nach kurzer oder langer Phase der Anwendung Fehlanreize, die es zu beseitigen galt. Diese Fehlanreize entstanden zu Gunsten oder zu Ungunsten der Teilnehmer dieses Systems, je nachdem aus welcher Richtung man schaut. Viele sind an der Institution „Krankenhaus“ beteiligt: angefangen beim Patienten, über Fachgesellschaften und Verbände, öffentliche Institutionen, Ärzteschaft und Pflegepersonal, bis hin zu Kostenträgern, die letztlich auch nur Verteiler der Mittel sind, die die Bevölkerung durch Krankenkassenbeiträge und Steuergelder bereitstellt.

Es ist ein hehres, wenn nicht gar ein unmögliches Ziel, es all diesen Teilnehmern gleichermaßen recht machen zu wollen. Egal ob an großen oder kleinen Stellschrauben gedreht wird, es wird immer unmittelbar Auswirkung auf alle haben. Eine völlige Ausgewogenheit, der Zustand der Zufriedenheit aller, ist illusorisch und kann auch nicht das Ziel sein.

Es sollte aber unbedingt das Ziel sein, allen Beteiligten eine reelle Chance zu bieten, über die zur Verfügung gestellten Finanzierungsmittel das eigene Bestehen oder Scheitern selbst steuern zu können. Der durch das G-DRG System entfachte Wettbewerb bringt (gewollt) Gewinner und Verlierer hervor. Nur dürfen diese in einem fairen Spiel nicht von vorneherein feststehen.

Die Balance und Fairness zu wahren, wurde und wird regierungsseitig stets angestrebt, wie der nachfolgend skizzierte Exkurs in die Vergütungsmodelle der vergangenen Jahre bis zum heutigen aG-DRG System zeigt.

Mit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 waren es zunächst die Krankenhäuser, die in ihrer Position gestärkt wurden (BGBl. 1972). Das Prinzip der tagesgleichen Pflegesätze und die Selbstkostendeckung wurde eingeführt. So wurden auch retrospektiv ermittelte, etwaige über die Pflegesätze nicht gedeckten Kosten nachträglich ausgeglichen. Es gab keine Kostenbegrenzung und es war unmöglich, Verluste zu generieren. Schließungen aus ökonomischen Schief lagen heraus waren demnach ausgeschlossen. Relativ schnell wurde klar, dass dieses Modell zwar die im Grundsatz des KHG verankerte wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfüllt, jedoch dem ebenfalls beschriebenen sozial tragbaren Pflegesatz entgegenstand.

So gab es bereits 1981 und 1984 neue Gesetze, die zunächst eine Kostendämpfung (BGBl. 1981) und später eine Neuordnung (BGBl. 1984) vorsahen. Zu diesem Zeitpunkt zog sich auch der Bund aus der Finanzierung der Investitionskosten zurück und übertrug sie vollständig auf die Bundesländer. Der retrospektive Kostenausgleich wurde abgeschafft.

Die Neuverfassung der Bundespflegesatzverordnung (BGBl. 1985) sah ab 1986 erstmals prospektiv zu verhandelnde Budgets vor. Die tagesgleichen Pflegesätze blieben weiterhin bestehen. Grundsätzlich war es nun wieder möglich, Gewinne oder Verluste zu erzielen. Trotz dieser Maßnahmen blieb ein Ungleichgewicht zu Lasten der Kostenträger bestehen. Gelder aus Beitragssätzen der Krankenkassen und der Steuergelder flossen weiterhin überproportional in die Krankenhäuser. Anreize für wirtschaftliches Handeln waren faktisch nicht vorhanden.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (BGBl. 1992) wurden ab 1993 weitere Maßnahmen zur Kosteneinsparung vorgenommen. Budgets wurden gedeckelt und an die Einnahmeentwicklung der Krankenkassen gekoppelt. Die Selbstkostendeckung wurde aufgehoben und erste Fallpauschalen sowie Sonderentgelte erhielten Einzug in die Leistungsvergütung. Der Hauptteil wurde jedoch weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze vergütet. Alle Bemühungen, die Fallpauschalen auszuweiten und so-

mit eine Umkehr zur leistungsbezogenen Vergütung zu bewirken, blieben erfolglos. Für lediglich ~ 25 % der Krankenhausleistungen (GKV-Spitzenverband 2021) konnte ein Wechsel zur „Vergütung nach Leistung“ realisiert werden.

Sieben Jahre später wurde in Folge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes (BGBL. 1999) von 2000 die Einführung eines möglichst vollständigen „pauschalierenden Entgeltsystems“ beschlossen. Oberstes Ziel war die Stabilisierung der Ausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und somit eine Beitragsstabilität für die erwerbstätigen Bürger bei zeitgleicher Wahrung der Interessen der Patienten und Weiterentwicklung der Qualität. Folglich waren es die Krankenkassen und die Beitragszahler, die gestärkt wurden.

Um dies zu erreichen sollten insbesondere die Verweildauern der Patienten im Krankenhaus reduziert, ein Wettbewerbsdenken in die Krankenhäuser projiziert und die Qualität sowie Transparenz der Leistungen gesteigert werden.

Als geeignetes Instrument zur Umsetzung dieses übergeordneten Zieles befand man das in den USA entwickelte und in bereits in Australien angewandte System der diagnosebezogenen Fallgruppierung. Von dieser ausgehend sollten stationäre Behandlungsfälle mit ähnlichen Kosten über Fallpauschalen (DRG) vergütet werden. Seit 2003 regelt das G-DRG System, welches ein Relativsystem mit normierten Durchschnittspreisen darstellt, nun durchgängig leistungsorientiert die Vergütung der Betriebskosten stationärer Behandlungsfälle in Deutschland.

Der durch die Einführung des G-DRG Systems entstandene Wettbewerb war ein erklärtes Ziel der GKV Gesundheitsreform 2000, welcher die Anzahl deutscher Krankenhäuser zwischen 2004 bis 2018 um 11,1 % sinken ließ. Im Vergleichszeitraum 1991 – 2003 lag der Rückgang bei 8,9 % (Statistisches Bundesamt 2020). Es sei darauf hingewiesen, dass die Erhebung des Statistischen Bundesamtes auch Krankenhäuser zählt, die ihre Leistungen nicht über das G-DRG System abrechnen. Betrachtet man isoliert nur jene Krankenhäuser, die dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), insbesondere dem § 17b unterliegen (DRG Krankenhäuser), liegt der Rückgang zwischen 2004 bis 2019 bei 18,66 % (InEK 2006; InEK 2021). Eine Gegenüberstellung zum Vergleichszeitraum 1991 – 2003 ist aufgrund fehlender Differenzierbarkeit nicht möglich.

Das Geld folgt seit der Einführung des G-DRG Systems nun ausschließlich auf Leistung. Während vormals ~ 75 % der Einnahmen durch belegte Betten und unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung des darin liegenden Patienten generiert wurden, kehrte sich dies nun radikal um. Obgleich die Fallpauschale zumindest in Teilen bereits seit 1992 vorhanden war, verlangte die Einführung des G-DRG System eine rasche Abkehr jahrzehntelang manifestierter Abläufe. Eigenverantwortliches, wirtschaftliches Handeln, obwohl seit Jahrzehnten im Grundsatz beschrieben, erhielt eine neue, deutlich verschärfte Bedeutung.

Wirtschaftlich im Sinne des Systems ist, wer mit den zur Verfügung stehenden Mitteln ausreichend gut die laufenden betrieblichen Kosten abdecken kann. Wer hier besteht, trägt somit dem übergeordneten Ziel „Stabilisierung der Ausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung und somit einer Beitragsstabilität für die erwerbstätigen Bürger“ bei.

Konnte dieses Ziel erreicht werden?

Ein Fazit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Thema Krankenhausfinanzierung: Eine Verbesserung der Transparenz und der Wirtschaftlichkeit, insbesondere durch die Prozessorganisation, konnte seit Einführung des G-DRG Systems bei weiterhin sehr guter medizinischer Versorgungsqualität realisiert werden (BMG 2020).

Aus Sicht der Bundesregierung scheint das Prinzip der pauschalen Erstattung also gut zu funktionieren – oder nicht?

Betrachtet man das G-DRG System im Kontext der sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung, so will dieses mit seiner ganz eigenen Vergütungsart nicht so recht an die vor- und nachstationäre Versorgung passen. Operationen, die ambulant durchführbar wären, werden weiterhin in zu großem Umfang stationär erbracht. Patienten, die sich poststationär einer nachgelagerten Reha-Maßnahme unterziehen müssen, werden dieser teils unfähig aus dem Krankenhaus entlassen (von Eiff, W. 2011). Das G-DRG System steht der sektorenübergreifenden Versorgung im Weg, die gleichzeitig das größte Potential der Kostenregulierung birgt.

Immer wieder diskutiert werden schwerwiegende monetäre als auch qualitative Fehlanreize. Schlagwörter wie „blutige Entlassung“ und „übermäßige Mengenentwicklung“, einhergehend mit einer signifikanten Ausgabensteigerung, werden mit der pauschalen Vergütung über das G-DRG System assoziiert.

Mit der Thematik der monetären Fehlanreize hat sich Prof. Dr. Michael Simon beschäftigt. In seiner Ausarbeitung zum Thema „übermäßige Mengenentwicklung und Ausgabensteuerung“ beleuchtet er, ob diese unter dem Einsatz des G-DRG Systems tatsächlich in signifikanter Weise stattgefunden hat. Er kommt zu dem Entschluss, dass dem nicht so sei (Simon, M. 2021).

Hinsichtlich der Qualität der Leistungen ermöglicht das G-DRG System über die Codierung der Indikationen und Maßnahmen erstmalig eine Messbarkeit. Laut BMG wird die medizinische Versorgungsqualität als sehr gut eingestuft. Dies geht aus der DRG-Begleitforschung hervor, die ein besonderes Augenmerk auf die Auswirkungen der Versorgungsqualität nach DRG-Einführung untersucht. Betrachtet wurde hier der Zeitraum 2004 bis 2010 (BMG 2020).

Ungeachtet der „monetären und qualitativen Auswirkungen“ die aus einer pauschalen Vergütung entstehen, gibt es Probleme die sich innerhalb des G-DRG Systems finden und die Thesen „blutige Entlassung“ sowie „Mengenausweitung“ nähren und ihnen Gewicht geben.

Das wiederum liegt weniger in der Umsetzung als vielmehr in den Herausforderungen, denen sich das derzeit geltende Modell zur Krankenhausfinanzierung stellen muss.

Ebendiese werden in diesem Kapitel in den Fokus der Betrachtung gestellt. Kapitel 1 erlaubt tiefergehende Einblicke in die duale Finanzierung der Krankenhäuser, in die Kalkulationsstichprobe zur Gewährleistung einer Fall-Repräsentativität, in die Kostenhomogenität des stationären Vergütungssystems über Fallpauschalen und spannt den Bogen hinsichtlich der entsprechenden Herausforderungen. Grundlagen zu den Budgetverhandlungen, den relevanten Institutionen und Regelwerken sowie eine detaillierte Übersicht über die Datenerhebung vermitteln das nötige Wissen, um die Komplexität und Logik des G-DRG Systems nachvollziehen zu können.