

Simon, Michael

Working Paper

Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser: Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems

Working Paper Forschungsförderung, No. 196

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Simon, Michael (2020) : Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser: Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, Working Paper Forschungsförderung, No. 196, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/226509>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 196, November 2020

Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser

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

Michael Simon

Prof. Dr. Michael Simon, Hochschullehrer im Ruhestand, lehrte bis Anfang 2016 an der Hochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik.

© 2020 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“ von Michael Simon ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	6
Einleitung	19
Teil 1: Konstruktion und Funktionsweise des deutschen DRG- Systems	23
Das Grundprinzip der Vergütung mit Fallpauschalen	28
Das Vergütungssystem.....	30
Die verschiedenen Entgeltarten	30
Das Fallgruppensystem.....	34
Die Bewertungsrelationen	42
Das Regulierungssystem	73
Das Problem der Komplexität und Intransparenz.....	80
Zwischenfazit.....	82
Teil 2: Die Konstruktion unter der Oberfläche – Gedeckelte landesweite Gesamtvergütungen und Fallpauschalen als Instrument der Umverteilung	85
Die Vorgeschichte.....	86
Das DRG-System als System landesweiter Gesamtvergütungen	94
Die Konstruktion verdeckter landesweiter Gesamtvergütungen.....	95
Ausgabendeckelung und Anspruch auf eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung	98
Mechanismen zur Durchsetzung einer starren Budgetierung der Gesamtausgaben.....	101
Zentrale Kennzahlen zur Entwicklung der Leistungen und Ausgaben.....	109
Fallpauschalen als Umverteilungsinstrument	126
Umverteilung als Folge der Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten	127
Weitere Umverteilungsmechanismen	139
Umverteilung zwischen den Kostenträgern	154

Zwischenfazit.....	160
Teil 3: Auswirkungen und Folgen des DRG-Systems	162
Auswirkungen auf die Makrostrukturen der Krankenhausversorgung.....	163
Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten	164
Privatisierungen	166
Diskussion.....	170
Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten	172
Geschäftsführer und Chefarzte: Gewinner des DRG- Systems	173
Die Servicebereiche	176
Der Pflegedienst.....	178
Der ärztliche Dienst.....	184
Weitere Dienstarten und Beschäftigtengruppen	187
Diskussion.....	187
Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung.....	190
Anmerkungen zur Datenlage.....	191
Bedeutung der Personalbesetzung im Pflegedienst für die Patientengesundheit	193
Die Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen durch ökonomische Ziele des Krankenhauses	204
Zwischenfazit.....	218
Teil 4: DRG-System ein „Erfolgsmodell“? Kritische Anmerkungen zu Argumenten der Befürworter.....	223
Die Ziele des DRG-Systems	225
Grad der Zielerreichung	226
Beitragssatzstabilität	226
Strukturveränderungen.....	228
Transparenz der Leistungen und Kosten.....	230
Verkürzung der Verweildauer	238

Erhöhung der Wirtschaftlichkeit.....	239
Mehr Wettbewerb.....	243
Das deutsche DRG-System: Ein leistungsgerechtes Vergütungssystem?	245
Gleiche Vergütung für ungleiche Leistungen	246
Ungleiche Vergütung für gleiche DRGs.....	250
Fazit.....	252
Exkurs: Was ist „die Leistung“ des Krankenhauses?	253
Teil 5: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	258
Teil 6: Eckpunkte für eine gemeinwohlorientierte Reform der Krankenhausfinanzierung.....	265
Normative Grundlagen.....	268
Krankenhausplanung und Zulassung von Krankenhäusern	268
Krankenhausfinanzierung	272
Literatur.....	280

Zusammenfassung

Die Finanzierung der allgemeinen Krankenhäuser wurde vor mehr als 15 Jahren auf DRG-Fallpauschalen umgestellt (DRG: Diagnosis Related Groups). Ab dem Jahr 2003 konnten Krankenhäuser die neuen Fallpauschalen zunächst freiwillig anwenden, ab 2004 war die Abrechnung mit Fallpauschalen verpflichtend, und seit dem 1. Januar 2005 entstehen aus der Abrechnung mit Fallpauschalen Gewinne oder Verluste.

Das DRG-System wird seit Anfang an kontrovers diskutiert. Es gibt Befürworter und Kritiker, und mittlerweile eine Vielzahl von Medienberichten über Fehlentwicklungen im Krankenausbereich, die mit dem DRG-System in Verbindung gebracht werden. Die Politik hat darauf bereits mit mehreren Reformen des DRG-Systems reagiert, allerdings ohne dass die Kritik nachließ und die Berichte über Fehlentwicklungen ausblieben.

In den letzten Monaten ist die Kritik am DRG-System zunehmend stärker geworden, und erstmals seit Einführung des DRG-Systems wird auch von Politikern der Regierungskoalition und einigen Landesregierungen eine grundlegende Reform des DRG-Systems gefordert. Es wurden bereits mehrere Vorschläge für eine solche grundlegende Reform vorgelegt, so beispielsweise der Vorschlag, die Vorhaltekosten der Krankenhäuser aus den Fallpauschalen auszugliedern und zukünftig fallzahlunabhängig über Pauschalen außerhalb des DRG-Systems zu finanzieren. Unklar ist allerdings, was genau zu den Vorhaltekosten gezahlt werden soll. Bei weiter Auslegung könnten dies fast alle Krankenhauskosten sein.

Die Diskussion über das DRG-System und die Reformvorschläge wird dadurch erschwert, dass es sich um ein außerordentlich komplexes und kompliziertes System handelt, das für Außenstehende und Nicht-Experten nur sehr schwer zu durchschauen ist. In den mehr als 15 Jahren seit Einführung des Fallpauschalensystems gab bislang noch keine umfassende und tiefer gehende Analyse der Konstruktion und Funktionsweise des DRG-Systems. Angesichts dieser Probleme ist es folglich auch unklar, ob die vorgeschlagenen Reformen überhaupt geeignet sein können, die zahlreichen durch das DRG-System verursachten Probleme zu lösen und die vorhandenen Fehlentwicklungen zu beseitigen.

Die vorliegende Studie soll den Wissensstand über die Konstruktion und Funktionsweise des DRG-Systems verbessern und eine kritische Bestandsaufnahme der Auswirkungen des Fallpauschalensystems vornehmen. Die Studie bleibt dabei nicht bei der Analyse und Kritik des DRG-Systems stehen, sondern stellt in einem abschließenden Teil auch

Eckpunkte für eine gemeinwohlorientierte Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems vor.

Das DRG-System als System verdeckter landesweiter Gesamtvergütungen

Die Analyse des DRG-Systems kommt zu dem Ergebnis, dass es sich dabei nicht – wie vielfach angenommen – um ein marktanalogenes „Preissystem“ mit Fallpauschalen als „Preisen“ handelt. Das DRG-System ist vielmehr ein System zur Begrenzung und Kontrolle der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung, das in seiner Konstruktion dem Vergütungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung folgt.

Wie eine Rekonstruktion der Vorgeschichte des DRG-Systems im Rahmen der vorliegenden Studie zeigt, begannen die Vorbereitungen für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen Ende der 1980er Jahre. Dabei wurde bereits 1989 geplant, dass die Fallpauschalen analog zur Gebührenordnung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausgestaltet werden sollten.

Der Fallpauschalenkatalog sollte analog zum Gebührenkatalog für die kassenärztliche Versorgung, dem sogenannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), keine Geldbeträge ausweisen, sondern nur Verhältniszahlen, die angeben, um wie viel die Kosten der einzelnen Leistung über oder unter den Durchschnittskosten aller Leistungen liegen. Im ambulanten Bereich werden diese Verhältniszahlen „Punktzahlen“ genannt. Diese Punktzahlen werden mit einem monetären „Punktwert“ multipliziert und ergeben den Geldbetrag, der als Vergütung gezahlt wird.

Das 2003 eingeführte DRG-Fallpauschalensystem folgt diesem Konstruktionsprinzip, allerdings werden andere Bezeichnungen verwendet. Aus den „Punktzahlen“ wurden „Bewertungsrelationen“ und der „Punktwert“ wird im DRG-System „Basisfallwert“ genannt.

Analog zur Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ergibt sich der Zahlbetrag einer Fallpauschale im Krankenausbereich aus der Multiplikation der für die betreffende DRG im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit dem jeweils geltenden Basisfallwert. Von 2005 bis 2009 gab es krankenhausesindividuelle Basisfallwerte, seit 2010 gibt es einen für jedes Bundesland zwischen der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft und den Krankenkassen jährlich neu vereinbarten sogenannten „Landesbasisfallwert“.

Die Landesbasisfallwerte liegen gegenwärtig im Bundesdurchschnitt bei ca. 3.650 Euro. Weist der Fallpauschalenkatalog für eine DRG eine

Bewertungsrelation von 2,0 aus, so ergibt dies bei einem Landesbasisfallwert von 3.650 Euro einen Zahlbetrag für die betreffende Fallpauschale in Höhe von 7.300 Euro.

Das Vergütungssystem der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung besteht allerdings nicht nur aus einem Gebührenkatalog. Im Zentrum steht eine sogenannte „Gesamtvergütung“. Dabei handelt es sich um einen pauschalen Betrag, der von den Krankenkassen an die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung gezahlt wird und mit dem alle Leistungen der ambulanten ärztlichen Versorgung eines Jahres, die für alle Versicherten der Krankenkassen erbracht werden, abgegolten sind.

Es ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), diese Gesamtvergütung auf Grundlage des Gebührenkataloges und der vom einzelnen Arzt erbrachten Leistungen an die Ärzte der KV zu verteilen. Diese Aufgabe können die KVn jedoch nur deshalb erfüllen, weil es sich bei ihnen um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt, und Ärzte nur dann für die Versorgung von GKV-Versicherten zugelassen werden, wenn sie Mitglied der jeweils zuständigen KV sind.

Mitte der 1990er Jahre entschied sich die Führung des damaligen Gesundheitsministeriums dazu, auch im Krankenausbereich Gesamtvergütungen einzuführen. Ausgangspunkt dafür war die Überlegung, dass die Entwicklung der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung in einem System landesweiter Gesamtvergütungen weitaus besser kontrolliert und begrenzt werden kann, als in dem damals geltenden System einzelner Krankenhausbudgets.

Für ein System landesweiter Gesamtvergütung im Krankenausbereich fehlte es jedoch an einer zentralen Voraussetzungen. Es gab keine den Kassenärztlichen Vereinigungen vergleichbaren Organisationen. Die Landeskrankenhausgesellschaften waren private Vereine mit freiwilliger Mitgliedschaft der Krankenhausträger. Folglich sollten die Landeskrankenhausgesellschaften in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt werden. Dazu war allerdings die Zustimmung der Krankenhausgesellschaften erforderlich. Die lehnten eine solche Umwandlung jedoch ab.

Ein 1995 trotzdem eingebrachter Gesetzentwurf der Bundesregierung, der die Einführung landesweiter Gesamtvergütung vorsah, scheiterte am Veto des Bundesrates.

Das Gesundheitsministerium (BMG) gab sein Vorhaben der Einführung landesweiter Gesamtvergütungen jedoch nicht auf. Wenige Jahre später unternahm das Gesundheitsministerium einen erneuten Versuch. Eine entsprechende Passage im Entwurf des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 musste allerdings auf Verlangen des Bundesrates aus

dem Gesetzentwurf gestrichen werden. Auch dieser zweite Versuch war somit gescheitert.

Aber dennoch hielt das Ministerium an seinem Vorhaben fest, allerdings wurde der Begriff „Gesamtvergütung“ danach nicht weiter verwendet. 2002 wurde das Fallpauschalengesetz vorgelegt und beschlossen, das die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems regelte. Darin findet sich zwar an keiner Stelle der Begriff „Gesamtvergütung“, faktisch sah das Gesetz aber die Einführung landesweiter Gesamtvergütungen vor. Diese sind jedoch durch ein Geflecht unterschiedlicher Regelungen verdeckt, weshalb dieses Regulierungssystem in der vorliegenden Studie als „verdeckte Gesamtvergütungen“ bezeichnet wird.

Das neue Fallpauschalensystem stand ausdrücklich unter der Vorgabe, dass die Beitragssatzstabilität in der GKV durch die Umstellung auf Fallpauschalen nicht gefährdet werden durfte. Zu diesem Zweck wurde ein System konstruiert, das eine möglichst effektive Kontrolle und Begrenzung der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung ermöglichen sollte.

Im Mittelpunkt dieses auch heute noch geltenden Systems stehen Vorgaben für die Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene, die in ihrer Gesamtheit dazu führen, dass es „verdeckte landesweite Gesamtvergütungen“ im Krankenausbereich gibt.

- Auf Bundesebene haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband und der PKV-Verband jährlich eine Obergrenze für die Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu vereinbaren. Damit wird der finanzielle Rahmen für die Vereinbarungen auf Landesebene gesetzt.
- Auf Landesebene vereinbaren die jeweilige Landeskrankenhausgesellschaft und die Verbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung die Erhöhung des Landesbasisfallwertes für das folgende Jahre und zusätzlich auch das Gesamtvolumen der abrechenbaren Bewertungsrelationen aller Krankenhäuser des Bundeslandes für das kommende Jahr, den sogenannten landesweiten „Casemix“. Die Multiplikation der Bewertungsrelationen mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert ergibt das Gesamtvolumen aller DRG-Erlöse, was faktisch der Gesamtvergütung entspricht, wie sie im ambulanten Bereich üblich ist.
- Übersteigt die Summe der tatsächlich abgerechneten Bewertungsrelationen auf Landesebene die vereinbarte Summe, gibt das Gesetz vor, dass der Landesbasisfallwert des folgenden Jahres entsprechend abzusenken ist. Eine solche Regelung ist insofern erforderlich, als die Vereinbarung des landesweiten Casemix keine Verbindlichkeit für die Budgetverhandlungen der einzelnen Krankenhäuser hat. Mit

der Regelung soll somit sichergestellt werden soll, dass die vereinbarte Entwicklung der landesweiten Gesamtausgaben auch tatsächlich eingehalten wird.

Dieses System zur Deckelung und Kontrolle der Krankenhausausgaben findet seine Fortsetzung auf der Ebene der einzelnen Krankenhausbudgets. Krankenhäuser können nicht allein entscheiden, wie viele Fälle und welche Fälle sie im nächsten Jahr versorgen. Das Finanzierungsrecht gibt vor, dass jedes Jahr im Rahmen der Budgetverhandlungen detailliert zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart wird, wie viele Fälle in jeder einzelnen DRG das Krankenhaus im folgenden Jahr abrechnen darf.

Überschreitet das Krankenhaus die vereinbarten Fallzahlen und Erlössummen, muss es zwei Drittel der Mehreinnahmen an die Kassen zurückzahlen (der sogenannte „Mehrerlösausgleich“). Dadurch sollen nicht vereinbarte Mengenausweitungen finanziell unattraktiv gemacht und unterbunden werden.

Dieses Regulierungssystem dient dem Ziel, die Entwicklung der Gesamtausgaben zu kontrollieren und zu begrenzen. Es orientiert sich deutlich erkennbar am Vergütungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung, das nicht nur landesweite Gesamtvergütungen vorsieht, sondern auch Regelungen zur Absenkung von Vergütungen im Fall von Mehrleistungen. Wie in der Studie anhand von Aussagen der für die Konstruktion des DRG-Systems zuständigen Beamten des BMG gezeigt wird, war dies von Anfang an so geplant.

Die Studie weist auf Grundlage verfügbarer Daten nach, dass die mit den genannten Regelungen angestrebte Kontrolle und Begrenzung der Ausgabenentwicklung bisher auch tatsächlich funktioniert hat:

- Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung sind gemessen in Prozent des Bruttoinlandsproduktes seit Einführung des DRG-Systems weitgehend konstant geblieben.
- Das nationale Casemix-Volumen, als zentraler Indikator für die Leistungsentwicklung, weist zwischen 2005 und 2017 nur einen leichten Anstieg auf.
- Entgegen der weit verbreiteten Annahme, es habe eine signifikante Fallzahlsteigerung gegeben, ist die Gesamtzahl der vollstationären Fälle seit Einführung des DRG-Systems nur wenig angestiegen. Der durchschnittliche jährliche Fallzahlenanstieg lag in den 1990er Jahren bei 1,7 Prozent. Zwischen 2005 und 2017 betrug er nur noch 1,1 Prozent. Somit hat sich der Fallzahlenanstieg nach Einführung des Fallpauschalensystems sogar verlangsamt.

- Auch für einen vielfach angenommenen übermäßigen Anstieg der Operationszahlen insgesamt gibt es keine verlässlichen Belege. Wie die Studie aufzeigt, basiert die bisherige Diskussion auf falsch gedeuteten Daten. Die amtliche Krankenhausstatistik weist zwar eine mit dem Begriff „Operationen“ versehene Zahl aus und für die auch einen deutlichen Anstieg, dabei handelt es sich aber nicht um tatsächlich durchgeführte Operationen, sondern um die Zahl der sogenannten OPS-Kodes (OPS: der amtliche Operationen- und Prozedurenschlüssel). OPS-Kodes werden für operative Prozeduren und nicht für ganze Operationen vergeben. Es gibt darum auch zahlreiche Operationen, bei denen mehr als ein OPS-Code dokumentiert werden muss. Ein Teil der OPS-Kodes bietet zudem nur Zusatzinformationen zu Operationen. Insofern darf von der Zahl der OPS-Kodes nicht auf die Zahl der Operationen geschlossen werden, wie dies in der gesundheitspolitischen Diskussion vielfach der Fall ist. Da die Fallzahl insgesamt nur wenig gestiegen ist und davon ausgegangen werden kann, dass in der Regel pro Fall nur eine Operation durchgeführt wird, dürfte auch die Zahl der Operationen insgesamt nicht übermäßig gestiegen sein. Ob und inwieweit dies auch für die einzelnen medizinischen Fachgebiete gilt, ist anhand der amtlichen Krankenhausstatistik aufgrund der oben angesprochenen Zusammenhänge nicht feststellbar.

Das DRG-System als Umverteilungssystem

Da das DRG-System als System verdeckter landesweiter Gesamtvergütungen konstruiert ist, können die Fallpauschalen lediglich zur Umverteilung eines durch gesetzliche Vorgaben definierten Ausgabenvolumens dienen. Wie im Rahmen der vorliegenden Studie anhand von Zitaten aus maßgeblichen Dokumenten und Veröffentlichungen gezeigt wird, war dies auch von Anfang an auch so geplant. In der Öffentlichkeit und auch der Fachöffentlichkeit des Krankenausbereichs sowie der Gesundheitspolitik ist dies jedoch bislang weitgehend unbekannt geblieben.

Der Fallpauschalenkatalog ist eine staatliche Gebührenordnung für Krankenhausleistungen. Der staatliche Charakter des DRG-Kataloges wird beispielsweise daran erkennbar, dass die erste Version des Kataloges 2002 vom Gesundheitsministerium (BMG) durch eine Rechtsverordnung in Kraft gesetzt wurde. Seitdem haben zwar die Spitzenverbände des Krankenausbereichs die Aufgabe, jedes Jahr einen neuen Katalog zu vereinbaren. Wenn sie sich jedoch nicht auf einen neuen Katalog einigen können, setzt das BMG den neuen Katalog per Verordnung in Kraft. Bei den Verhandlungen der Spitzenverbände über den neuen Ka-

talog ist das BMG zudem anwesend und hat laut Aussagen eines hochrangigen Insiders bereits mehrfach eindeutig zu verstehen gegeben, dass es im Fall des Scheiterns der Verhandlungen den Entwurf des Kataloges, so wie er vom DRG-Institut vorgelegt wurde, durch Verordnung in Kraft setzen wird.

Dass die Fallpauschalen lediglich der Umverteilung eines letztlich gesetzlich definierten Ausgabenvolumens dienen, ist in der gesundheitspolitischen Diskussion bislang kaum oder gar nicht bekannt und dürfte für viele Akteure nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch des Krankenausbereichs neu und überraschend sein.

Die Wahrnehmung des DRG-Systems ist in der Regel von der Vorstellung geprägt, es handele sich dabei um ein marktanalogenes „Preissystem“, in dem Fallpauschalen die Funktion von Marktpreisen erfüllen. Dies kann jedoch allein deshalb nicht der Fall sein, weil die Fallpauschalen-„Preise“ nicht – wie auf Märkten üblich – durch das freie Spiel von Angebot und Nachfrage gebildet werden, sondern in einer bundesweit einheitlich geltenden Gebührenordnung und durch landesweit einheitlich geltende Basisfallwerte vorgegeben sind. Wie gezeigt, können die Fallpauschalen auch nicht wie „Preise“ ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage herbeiführen, da die Zahl der Fälle in den jährlichen Budgetverhandlungen detailliert festgelegt und eine Abweichung davon durch Vergütungsabschlüsse „bestraft“ wird.

Die vorliegende Studie arbeitet detailliert heraus, in welcher Art das Fallpauschalensystem als Umverteilungssystem funktioniert. Zudem wird auch auf Probleme und Konstruktionsmängel des Fallpauschalensystems eingegangen, die Auswirkungen auf die Art und Richtung jährlichen Umverteilungen haben.

Eines der grundlegenden Probleme des DRG-Systems ist die Inhomogenität des Fallgruppensystems. Das Fallgruppensystem unterteilt die Gesamtheit der Patienten nach bestimmten Kriterien in Fallgruppen, für die unterschiedlich hohe Fallpauschalen gezahlt werden. Das Fallgruppensystem des deutschen DRG-Systems ist in hohem Maße medizinisch inhomogen. Es fasst Patienten mit teilweise sehr unterschiedlichen Diagnosen und Behandlungsarten zu gleichen Fallgruppen zusammen. Daraus resultieren Kostenunterschiede, die es für Krankenhäuser lukrativ machen, selektiv nur wenig kostenaufwändige Patientengruppen zu behandeln und die anderen entweder abzuweisen oder an andere Krankenhäuser weiterzuleiten.

Ein weiteres schwerwiegendes Problem war bis vor kurzem, dass das DRG-System weder Pflegebedarf noch Pflegeaufwand bei der Fallgruppenbildung und somit auch bei der Höhe der Fallpauschalen berücksichtigt. Dadurch wurden sehr pflegeaufwändige Patienten mit derselben

Fallpauschale vergütet wie wenig pflegeaufwändige Patienten. Somit war die Versorgung überdurchschnittlich pflegeaufwändiger Patienten mit einem Verlustrisiko verbunden und führte die Versorgung weniger pflegeaufwändiger Patienten einer DRG zu Kostenüberdeckungen, die als Gewinn dem Krankenhaus verbleiben.

Dieses Problem trug auch wesentlich zum Stellenabbau im Pflegedienst bei und machte eine Verbesserung der chronischen Unterbesetzung innerhalb des Fallpauschalensystems unmöglich. Die Politik sah sich 2018 deshalb gezwungen, die Pflegepersonalkosten vollkommen aus den Fallpauschalen auszugliedern und ab 2020 über ein gesonderetes Pflegebudget zu finanzieren.

Ein weiteres Problem ist die Methode zur Kalkulation der Fallpauschalen. Die Bewertungsrelationen werden jedes Jahr neu auf Grundlage der Ist-Kosten einer nicht repräsentativen Stichprobe von 250 bis 300 Krankenhäusern kalkuliert. Da die Stichprobe nicht repräsentativ ist, weist sie systematische Verzerrungen auf und liefert insofern ein falsches Bild der tatsächlichen Ist-Kosten. Ein Teil der systematischen Verzerrungen ist bereits auf einer sehr oberflächlichen Ebene feststellbar. So sind Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten und private Kliniken in der Stichprobe seit Anfang an unterrepräsentiert.

Das Problem der nicht gegebenen Repräsentativität ist den führenden Akteuren des DRG-Systems seit Anfang an bekannt, ohne dass die notwendigen Konsequenzen daraus gezogen wurden. Die Politik erhielt offenbar erst vor wenigen Jahren Kenntnis davon und beauftragte die Spitzenverbände im Rahmen des Krankenhaus-Strukturgesetzes 2016, für eine repräsentative Stichprobe zu sorgen. Diesen Auftrag haben die Verbände jedoch bis heute nicht erfüllt.

Diese und weitere in der Studie aufgezeigte Konstruktionsprobleme haben insofern erhebliche finanzielle Bedeutung für die Krankenhäuser, als sie die Art und Weise beeinflussen, wie die Umverteilungen im DRG-System erfolgen. Die wichtigsten dieser Umverteilungen werden nachfolgend kurz vorgestellt.

Konstanthaltung des nationalen Casemix-Volumens

Die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen werden jedes Jahr neu auf Grundlage der Ist-Kosten einer Stichprobe von ca. 250 bis 300 Krankenhäusern kalkuliert. Seit dem Jahr 2006 ist die Höhe der Bewertungsrelationen jedoch von den ermittelten Ist-Kosten abgekoppelt. Zwar werden die Bewertungsrelationen zunächst auf Grundlage der Ist-Kosten berechnet, dann werden sie jedoch soweit abgesenkt oder angehoben, wie es erforderlich ist, damit die bundesweite Gesamtsumme aller Bewertungsrelationen des neuen DRG-

Kataloges beim Wechsel zur nächsten DRG-Jahresversion konstant bleibt.

Wenn das Gesamtvolumen der Bewertungsrelationen konstant gehalten wird, führen alle Veränderungen unterhalb des Gesamtvolumens zu Umverteilungsprozessen. Wird die Bewertungsrelation einer DRG angehoben, ist dies bei einem konstant zu haltenden Gesamtvolumen nur möglich, wenn alle anderen DRGs abgesenkt werden. Umgekehrt führt die Absenkung einer DRG zur automatischen Anhebung aller anderen DRGs.

Das Gleiche gilt auch für einzelne Kostenbestandteile in den DRGs. Wird eine Kostenart abgesenkt, müssen alle anderen Kostenarten angehoben werden, damit das Gesamtvolumen konstant bleibt. Dieser Mechanismus hatte beispielsweise vor Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zur Folge, dass ein Stellenabbau im Pflegedienst und die dadurch verursachte Absenkung der Pflegepersonalkosten zur Anhebung aller anderen Kostenarten führte.

Wird hingegen ein Leistungsbereich und die damit verbundenen DRGs in den Kliniken mit mehr Ressourcen ausgestattet, beispielsweise weil die entsprechenden Leistungen besonders lukrativ sind, dann wird diese Anhebung durch Absenkungen in den anderen Bereichen finanziert. Denn Anhebungen einzelner DRGs führen in einem solchen System unvermeidbar zu Absenkungen anderer DRGs.

Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten

Von zentraler Bedeutung für die Umverteilungswirkungen des Fallpauschalensystems ist die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten. Zwar sind die Bewertungsrelationen seit 2006 in ihrer absoluten Höhe von den Ist-Kosten abgekoppelt, sie bilden jedoch weiterhin die Kalkulationsgrundlage und beeinflussen die relative Höhe der Bewertungsrelationen und insofern auch die Höhe der Fallpauschalen.

Die Kalkulation auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten führt dazu, dass Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten zwar mit diesen überdurchschnittlichen Kosten in die Kalkulation eingehen, die betreffenden DRGs jedoch nur in Höhe der durchschnittlichen Kosten kalkuliert werden. Diese Kliniken erleiden somit Kostenunterdeckungen, die – wenn sie nicht durch Kostensenkungen ausgeglichen werden – zu Verlusten führen. Andere Kliniken hingegen, deren Kosten unter dem Kostendurchschnitt liegen, erhalten Fallpauschalen, die über ihren Kosten liegen und ihnen somit Überschüsse verschaffen.

Die Krankenhauskosten bestehen zu fast zwei Drittel aus Personalkosten, insofern ist davon auszugehen, dass vor allem die Personalbesetzung darüber entscheidet, ob eine Klinik mit ihren Kosten über oder unter den Durchschnittskosten liegt. Da Personalkosten vor allem von der Anzahl und der Qualifikation des Personals abhängig sind, bestraft das DRG-Fallpauschalensystem eine überdurchschnittlich gute Personalbesetzung mit Verlusten und belohnt Unterbesetzung mit Gewinnen.

Fehlende Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe

Da die Kalkulationsstichprobe nicht repräsentativ ist, muss davon ausgegangen werden, dass sie ein systematisch verzerrtes Bild der tatsächlichen Kostenverhältnisse liefert. Aufgrund dessen werden DRGs im Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten überbewertet und andere unterbewertet. Durch die Überbewertung werden Kostenanteile anderer DRGs zu den überbewerteten DRGs und den Kliniken umverteilt, die diese überbewerteten DRGs erbringen. Durch die Unterbewertung werden Kostenanteile von den betreffenden DRGs weg und hin zu anderen DRGs umverteilt.

Welche DRGs über- oder unterbewertet sind, welche Krankenhäuser davon profitieren und welche dadurch Verluste erleiden, ist jedoch nicht feststellbar, da die tatsächlichen Kostenverhältnisse unbekannt sind. Es erscheint jedoch plausibel davon auszugehen, dass insbesondere die privaten Kliniken davon profitieren. Da ihre Gewinne auf unterdurchschnittliche Fallkosten zurückgehen – wie sonst sollen sie sonst regelmäßig Gewinne erzielen – erreichen sie durch ihre Nichtbeteiligung an der Kalkulationsstichprobe Extragewinne in dem Umfang, wie die bei der jährlichen Kalkulationsrunde ermittelten Durchschnittskosten über dem Niveau liegen, das erreicht würde, wenn sich die privaten Krankenhäuser in vollem Umfang an der Kalkulationsstichprobe beteiligen würden.

Vorschlagsverfahren

Die jährliche Überarbeitung und Weiterentwicklung des Fallpauschalenkataloges und der Bewertungsrelationen stützt sich außer auf die ermittelten Ist-Kosten auch auf ein sogenanntes „Vorschlagsverfahren“. Dabei können Krankenhäuser, medizinische Fachgesellschaften und andere Akteure wie beispielsweise der Verband der Medizingerätehersteller Vorschläge für Änderungen am Katalog einreichen. Wie eine Untersuchung der Beteiligung an diesem Verfahren in den Jahren 2005 bis 2010 zeigte, ist die Beteiligung sehr unterschiedlich verteilt und nimmt nur ein kleiner Teil der Krankenhäuser daran teil. In dem untersuchten Zeitraum entfiel ein Großteil der Vorschläge auf sehr wenige Kliniken, vor allem

private Krankenhäuser und den Verband der privaten Krankenhausträger als verbandlichem Akteur.

Mit Vorschlägen kann, wenn sie berücksichtigt werden, die Ausgestaltung des Fallpauschalensystems zum jeweils eigenen Nutzen beeinflusst werden. Zwar liegt die Entscheidung über die Berücksichtigung von Vorschlägen bei der Überarbeitung des Fallpauschalenkataloges beim InEK, die Wahrscheinlichkeit der Durchsetzung eigener Umgestaltungsvorschläge dürfte jedoch umso höher sein, je mehr Vorschläge ein Krankenhaus oder Verband einreicht. Werden Vorschläge berücksichtigt, führt dies bei einem gedeckelten Gesamtvolumen zur Umverteilung von Casemix-Anteilen und somit zur Umverteilung von Geld.

Diese Liste der Umverteilungen ist nur ein kleiner Ausschnitt, in der Studie werden weitere aufgezeigt. Im DRG-Fallpauschalensystem erfolgen jedes Jahr Umverteilungen in erheblichem Umfang. Für diese Umverteilungen gibt es jedoch keinen Gesamtplan und sie folgen auch keinen transparenten rationalen, gut begründbaren Kriterien. Die aufgezeigten Umverteilungsmechanismen lassen sich auch nicht rational und vernünftig begründen.

Aus Sicht der Krankenhäuser betrachtet, lässt sich das Gesamtsystem am ehesten als eine Art Glücksspiel begreifen, bei dem nicht absehbar ist, ob man im nächsten Jahr, nach dem nächsten DRG-Versionswechsel, zu den Gewinnern oder den Verlierern gehört.

Allerdings gibt es offenbar einige Akteure die die Regeln besser durchschaut haben als andere, beispielsweise daran erkennbar, dass sie ihre Kosten rigoros niedrig halten, auch auf Kosten einer personellen Unterbesetzung, und sich sehr intensiv am Vorschlagsverfahren beteiligen, um das System in ihren ökonomischen Interesse zu beeinflussen.

Eines lässt sich auf jeden Fall feststellen: Angesichts dieses komplexen nicht rational begründbaren Umverteilungssystems verbietet es sich, Verluste als Beleg für Unwirtschaftlichkeit und Überschüsse als Beweis für Wirtschaftlichkeit zu deuten.

Auswirkungen des DRG-Systems

Die Studie geht im Anschluss an die Analyse der Konstruktion des DRG-Systems auf dessen Auswirkungen ein.

Kaum Krankenhausschließungen und Bettenabbau: Anders als vor Einführung des Fallpauschalensystems erwartet, ist es nicht zu häufigeren Krankenhausschließungen oder einem signifikanten Bettenabbau gekommen. Zwar ist die Zahl der in der Krankenhausstatistik ausgewie-

senen Krankenhäuser gesunken, dies war jedoch weit überwiegend Folge von Krankenhauszusammenschlüssen, nach denen die betreffenden Kliniken zwar nicht mehr als eigenständige Einrichtungen in der Statistik erscheinen, jedoch weiter als Teil eines Verbundes bestehen. Dass es keinen verstärkten Bettenabbau gegeben hat, dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass ein Teil der Investitionsförderung der Länder (die Pauschalförderung) pro Planbett gezahlt wird. Insofern führt ein Bettenabbau zu signifikanten Mindereinnahmen.

Privatisierung: Eine erhebliche Veränderung der Makrostrukturen hat das DRG-System allerdings bewirkt. Unmittelbar vor und während der DRG-Einführung hat es eine Welle von Privatisierungen insbesondere kommunaler Krankenhäuser gegeben, die auch noch bis 2010 anhielt. Die Privatisierungen haben dazu geführt, dass es seit 2010 in Deutschland erstmals mehr private gewinnorientierte als öffentliche Allgemeinkrankenhäuser gibt. Seit 2010 hat es kaum noch Privatisierungen gegeben. Dies könnte sich jedoch ändern, wenn die Einnahmeausfälle durch die Corona-Pandemie und ihre Nachwirkungen nicht ausreichend ausgeglichen werden, und die Kommunen aufgrund von Steuerausfällen nicht in der Lage sind, entstehende Verluste ihrer Kliniken zu tragen.

Verschlechterung der Arbeitsbedingungen: Die Einführung des Fallpauschalensystems hat zu erheblichen Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen von Krankenhausbeschäftigten geführt. Besonders betroffen waren und sind die Beschäftigten der Servicebereiche. Die Zahl der Beschäftigten im hauswirtschaftlichen Bereich, im Wirtschafts- und Versorgungsdienste sowie in den Technikbereichen wurde seit 2005 um bis zu 40 bis 50 Prozent verringert. Dies erfolgte zumeist dadurch, dass sie in Tochterunternehmen ausgegliedert wurden, die deutlich niedrigere Vergütungen und schlechtere Arbeitsbedingungen bieten. Der zweite, besonders betroffene Bereich ist der Pflegedienst. Dort herrscht seit langem in weiten Teilen chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung.

Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung: Vor allem die chronische Unterbesetzung im Pflegedienst und eine zunehmende Beeinflussung ärztlicher Tätigkeit und Entscheidungen durch ökonomische Kalküle und Ziele des Krankenhauses haben zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität geführt. Zwar gibt es keine bundesweiten methodisch hochwertigen wissenschaftlichen Studien zur Entwicklung der Versorgungsqualität, wohl aber mehrere Befragungen von Krankenhausbeschäftigten, die deutliche Hinweise auf negative Auswirkungen des DRG-Systems auf die Patientenversorgung erbracht haben.

Fazit

Die vorliegende Studie kommt zu dem Ergebnis, dass für das DRG-System in keiner Weise der Anspruch erhoben werden, es sei ein vernünftig konstruiertes Vergütungssystem, das in der Lage ist, eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen. Die Analyse der Konstruktion des Systems als Gesamtvergütungssystem mit Fallpauschalen als Umverteilungsinstrument und die Aufbereitung vorliegender Erkenntnisse über die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und die Patientenversorgung in Krankenhäusern zeigt vielmehr, dass es für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung nicht nur ungeeignet ist, sondern sogar zu Verschlechterungen geführt hat.

Das DRG-System sollte deshalb abgeschafft und durch ein Vergütungssystem ersetzt werden, das die wirtschaftliche Sicherung der als bedarfsgerecht in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommenen Krankenhäuser gewährleistet.

Eckpunkte für eine gemeinwohlorientierte Reform der Krankenhausfinanzierung

In einem abschließenden Teil der vorliegenden Studie werden Eckpunkte für ein am Gemeinwohl und nicht an der Gewinnerzielung orientierten Systems der Krankenhausfinanzierung vorgestellt. Ziel einer solchen Reform ist nicht ein radikaler Umbau, sondern vielmehr eine Rückbesinnung auf die tragenden Grundprinzipien des Krankenhausfinanzierungsrechts, wie sie dem 1972 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zugrunde liegen, das auch heute noch Fundament staatlicher Krankenhauspolitik ist.

An die Stelle von Fallpauschalen sollten Budgets treten, die auf Grundlage der Selbstkosten der Krankenhäuser und unter Beachtung von Vorgaben zur Strukturqualität gezahlt werden. Die Studie wirbt für eine Rückkehr zum sogenannten „Selbstkostendeckungsprinzip“, das durch das DRG-System abgeschafft wurde. Ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer Rückkehr zu diesem Prinzip wurde bereits mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen vollzogen. Die seit 2020 zu vereinbarenden Pflegebudgets sind auf Grundlage der Selbstkosten des jeweiligen Krankenhauses zu kalkulieren und zu vereinbaren. Dieser Weg sollte fortgesetzt und die Finanzierung der gesamten Betriebskosten auf diesen Grundsatz umgestellt werden.

Einleitung

Vor fast 20 Jahren wurde die Krankenhausfinanzierung auf DRG-Fallpauschalen umgestellt.¹ Das DRG-System war von Anfang an umstritten. Kritik und Ablehnung kam vor allem von den Beschäftigten des Krankenausbereichs und ihren Interessenvertretungen, insbesondere aus der Pflege und dem ärztlichen Dienst, aber auch aus dem Wissenschaftsbereich und von medizinischen Fachgesellschaften bis hin zum Deutschen Ärztetag, der sich in den letzten Jahren mehrfach gegen das DRG-System ausgesprochen hat.

Den Kritikern stehen Befürworter des DRG-Systems gegenüber, vor allem auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung und führender Gesundheitsökonomien, aber auch in den Reihen des Krankenhausmanagements und der Krankenhausträgerverbände.

Seit Einführung des DRG-Systems gab es eine Vielzahl von Berichten über Fehlentwicklungen in deutschen Krankenhäusern. Darauf wurde von der Regierungspolitik mit zahlreichen gesetzlichen Änderungen am DRG-System reagiert. Das System insgesamt wurde jedoch noch von keiner Regierungskoalition seit 2002 infrage gestellt. Eine Abschaffung stand innerhalb der bisherigen Regierungskoalitionen zu keinem Zeitpunkt zur Diskussion, und auch die gegenwärtige große Koalition hält am DRG-System fest.

Allerdings gibt es seit einiger Zeit offensichtlich auch in den Reihen der Koalitionsparteien eine zunehmende Unzufriedenheit mit dem DRG-System, die sich in öffentlichen Statements Ausdruck verschafft.

Es hat den Anschein, dass die Zahl der bedingungslosen Befürworter und Unterstützer des DRG-Systems zunehmend kleiner wird. Das deutlichste Zeichen für eine beginnende Abkehr vom DRG-System war sicherlich die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen. Sie wurde Anfang 2018 im Koalitionsvertrag vereinbart, mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz Ende 2018 beschlossen und zum 1. Januar 2020 in Kraft gesetzt.

Damit wurden ca. 20 Prozent der Betriebskosten der Krankenhäuser aus den Fallpauschalen herausgenommen, und nicht nur das, sie werden seit Jahresbeginn über gesonderte Pflegebudgets auf Grundlage der tatsächlich entstandenen Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses finanziert. Dieser Grundsatz wird in der Fachdiskussion „Selbstkostendeckungsprinzip“ genannt und wurde 1972 mit dem Krankenhausfi-

1 Die drei Buchstaben DRG stehen für „Diagnosis Related Groups“ und zeigen an, dass das deutsche Fallpauschalensystem auf einem international bereits eingesetzten DRG-Fallgruppensystem aufbaut, das an deutsche Verhältnisse angepasst wurde.

finanzierungsgesetz eingeführt (§ 4 Abs. 1 KHG 1972).² Er galt bis zur Einführung des DRG-Systems. Die Umstellung auf Fallpauschalen erfolgte ausdrücklich mit dem Ziel, dieses Prinzip abzuschaffen, damit Krankenhäuser Gewinne erzielen oder Verluste erleiden können.

Von der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ging offenbar eine Art Signalwirkung aus. Nachdem es 2018 noch relativ ruhig geblieben war, entwickelte sich 2019 eine zunehmend intensivere Diskussion über eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung. Einer der Höhepunkte war sicherlich ein gegen das DRG-System gerichteter Appell von ca. 200 Ärzten, den auch führende Vertreter der Ärzteschaft insgesamt unterzeichneten (stern.de 2019). Nachdem er in der Zeitschrift STERN Anfang September 2019 veröffentlicht worden war, stieg die Zahl der Unterzeichner bis Anfang 2020 auf ca. 2.800 Einzelpersonen sowie ca. 70 ärztliche Fachgesellschaften, Berufsverbände und verschiedene Landesärztekammern, die zusammen mehr als 130.000 Ärztinnen und Ärzte repräsentieren (stern.de 2020).

Anfang 2020 legte der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP) ein Diskussionspapier vor, das mit der Feststellung eingeleitet wird, das DRG-System sei nicht mehr in der Lage, die Krankenhausversorgung zu gewährleisten und bedürfe einer grundlegenden Reform (MSGJFS 2020). Im Mittelpunkt des Papiers steht der Vorschlag, die Vorhaltekosten einschließlich der Personalkosten aus den Fallpauschalen auszugliedern und über eine fallzahlunabhängige Pauschale zu finanzieren. Eine solche Pauschale wäre nichts anderes als ein unabhängig von Fallpauschalen gezahltes Krankenhausbudget. Je nachdem wie „Vorhaltekosten“ definiert werden, könnte dieses Budget den weitüberwiegenden Teil aller Krankenhauskosten abdecken. Die Fallpauschalen wären danach nur noch eine Restgröße. Der Vorschlag findet mittlerweile zunehmend mehr Unterstützer.

Infolge der Corona-Epidemie brach diese Diskussion für mehrere Monate ab. Im Sommer 2020 wurde der Diskussionsfaden wieder aufgegriffen und seitdem nimmt die Diskussion über eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung an Fahrt auf.

Dazu trugen insbesondere zwei im Juli 2020 bundesweit ausgestrahlte Fernsehreportagen bei, in denen über die Schließung der letzten Kinderstation in Parchim, einer Kleinstadt in Mecklenburg-Vorpommern, und die Proteste der dortigen Bevölkerung gegen die Schließung berichtet wurde. Die Schließung wurde vor allem auf eine unzureichende Finanzierung der pädiatrischen Stationen und Kinderkliniken durch das DRG-System zurückgeführt. Die Ministerpräsidentin des Landes Meck-

² Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009).

lenburg-Vorpommern, Manuela Schwesig (SPD), kritisierte das DRG-System scharf und forderte laut Osnabrücker Zeitung: „Die Fallpauschalen müssen abgeschafft werden“ (Manuela Schwesig, zit. n. Neue Osnabrücker Zeitung vom 22.07.2020: 4). Wenige Tage später sprach sich das Präsidium der SPD für eine weitgehende Herausnahme der Kinder- und Jugendmedizin aus den Fallpauschalen aus (SPD-Präsidium 2020).

Die bisherigen Reformvorschläge sind zwar mit deutlicher Kritik am DRG-System verbunden, sie stellen das DRG-System allerdings nicht insgesamt infrage, sondern fordern nur mehr oder weniger weitgehende Änderungen wie beispielsweise eine teilweise Ausgliederung der Kinder- und Jugendmedizin oder eine gesonderte Finanzierung der Vorhaltekosten. Fallpauschalen soll es weitergeben.

Angesichts der Vielzahl an Medienberichten der letzten Jahre, in denen über schwerwiegende Fehlentwicklungen in den verschiedensten Bereichen der Krankenhausversorgung berichtet wurde, ist es allerdings durchaus erstaunlich, dass sowohl die Regierungskoalition als auch führende Vertreter der Bundesländer weiter am DRG-System festhalten. Es zeichnet sich gegenwärtig keine politische Mehrheit in Bundestag oder Bundesrat für eine Abschaffung des Fallpauschalensystems ab.

Dies dürfte vor allem auf zwei Gründe zurückzuführen sein. Zum einen hält sich weiten Teilen der Politik immer noch die Einschätzung, das DRG-System habe zwar Mängel, es sei aber insgesamt trotzdem ein „Erfolgsmodell“. Zum anderen mangelt es bislang an einem Gegenmodell zum DRG-System, das an dessen Stelle treten könnte.

Die vorliegende Studie soll vor diesem Hintergrund einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Diskussion leisten, indem sie zum einen Sachinformationen zum DRG-System bereitstellt, die Konstruktion des Systems einer gründlichen Analyse und Kritik unterzieht sowie eine Bestandaufnahme seiner Auswirkungen vornimmt. Darüber hinaus werden Perspektiven einer Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems vorgestellt.

Die Analyse der Konstruktion und Funktionsweise des DRG-Systems basiert auf den Ergebnissen einer vertieften Quellen- und Dokumentenanalyse, in die einschlägige Rechtsvorschriften der Krankenhausfinanzierung wie das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das Fallpauschalengesetz und das Krankenhausentgeltgesetz sowie vertragliche Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung einbezogen wurden. Darüber hinaus wurden regierungsamtliche Dokumente und Publikationen der für die Krankenhausfinanzierung zuständigen Beamten des BMG sowie führender Vertreter der Spitzenverbände im Krankenausbe- reich ausgewertet.

Die Bestandsaufnahme der Auswirkungen des DRG-Systems baut auf der Analyse ausgewählter Daten der Krankenhausstatistik und den Ergebnissen sozialwissenschaftlicher Krankenhausforschung auf und bezieht Medienberichte sowie Erfahrungsberichte von Krankenhausbeschäftigten mit ein.

Die Studie ist wie folgt gegliedert. Im *ersten Teil* wird zunächst eine Einführung in die Konstruktion und Funktionsweise des DRG-Systems gegeben. Im *zweiten Teil* folgt eine vertiefte Analyse der Konstruktion des Systems. Der *dritte Teil* enthält eine Bestandsaufnahme der Auswirkungen des DRG-Systems auf die Makrostrukturen der Krankenhausversorgung, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten sowie die Qualität der Krankenhausbehandlung. Im *vierten Teil* werden die Argumente der Befürworter des DRG-Systems einer kritischen Prüfung unterzogen. Im *fünften Teil* erfolgt die Zusammenfassung der Ergebnisse und es werden Schlussfolgerungen aus den Analysen gezogen. Der abschließende *sechste Teil* stellt Eckpunkte für ein Finanzierungssystem vor, das an die Stelle des DRG-Systems treten könnte.

Teil 1: Konstruktion und Funktionsweise des deutschen DRG-Systems

Der Begriff „DRG-System“ steht für ein Gesamtsystem der Regulierung und Finanzierung von Krankenhäusern, das nur für somatische Fachrichtungen in Allgemeinkrankenhäusern gilt. Auf die sonstigen Krankenhäuser und psychiatrischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern findet es keine Anwendung.³ Insgesamt gibt es in Deutschland gegenwärtig ca. 1.940 Krankenhäuser, darunter ca. 1.600 Allgemeinkrankenhäuser.

Die offizielle Bezeichnung des deutschen DRG-Systems lautet „G-DRG-System“ und steht für „German Diagnosis Related Groups“. Eine offizielle oder amtliche rein deutsche Begrifflichkeit findet sich weder in den einschlägigen Gesetzen oder Gesetzesbegründungen, noch in der maßgeblichen Fachliteratur. Von Anfang an wurde die englische Abkürzung „DRG“ verwendet, ausgehend vom GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, das die Grundsatzentscheidung enthielt, ein Fallpauschalensystem einzuführen, das sich an einem international bereits eingesetzten DRG-System orientiert (§ 17b KHG i. d. F. d. GKV-GRG 2000).

Da sich die Verwendung der englischen Abkürzung „DRG“ nicht nur in der Fachdiskussion, sondern auch in der gesundheitspolitischen Diskussion und öffentlichen Berichterstattung etabliert hat, wird sie auch in der vorliegenden Studie verwendet. Auf den Zusatz „G“ vor dem DRG wird hier verzichtet und das System stattdessen als „deutsches DRG-System“ bezeichnet, zum einen weil die Abkürzung „G-DRG“ fast nur in der Fachdiskussion verwendet wird und außerhalb der Expertendiskussion weitgehend unbekannt ist, vor allem aber weil es sich um einen vollkommen unnötigen Anglizismus handelt, der das Verständnis der Konstruktion und Funktionsweise des damit bezeichneten Systems für Nicht-Experten eher erschwert als erleichtert.

Zur neuen Abkürzung „aG-DRG“

Seit 2020 wird teilweise auch eine andere Abkürzung verwendet und zwar „aG-DRG-System“. Dies hat den Hintergrund, dass zum 1. Januar 2020 die Personalkosten des Pflegedienstes auf bettenführenden Stationen aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert

³ Zu den sonstigen Krankenhäusern werden in der amtlichen Krankenhausstatistik Kliniken mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrisch, psychotherapeutisch und/oder neurologischen und/oder geriatrischen Betten gezählt.

wurden und seitdem über ein gesondertes, auf Grundlage der krankenhausindividuellen Selbstkosten zu vereinbarendes Pflegebudget finanziert werden. Um diesen Unterschied zwischen den DRG-Versionen ab 2020 gegenüber den vorhergehenden DRG-Versionen zu verdeutlichen, wird das DRG-System ab 2020 auch als „aG-DRG-System“ bezeichnet. Dabei steht das „a“ für „ausgegliedert“.

Diese Begriffskonstruktion ist jedoch unlogisch, da nicht das DRG-System „ausgegliedert“ wurde, sondern die Pflegepersonalkosten. Es handelt sich somit nicht um ein ausgegliedertes DRG-System, sondern um ein DRG-System ohne Pflegepersonalkosten. Aber auch das ist sachlich nicht ganz richtig. Zwar wurden die Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert, nicht jedoch aus dem DRG-System.

Die Pflegepersonalkosten werden weiterhin im Rahmen der jährlichen Kostenerhebung für die Kalkulation der Fallpauschalen erfasst, in den Kalkulationsdaten weiterhin veröffentlicht und in Spalte 14 des Fallpauschalenkataloges (!) mit einer tagesbezogenen Bewertungsrelation ausgewiesen. Diese tagesbezogene Bewertungsrelation dient zur Berechnung tagesbezogener „Pflegepersonalkostenvergütungen“, mit denen das Pflegebudget von den Krankenkassen abbezahlt wird.⁴

Aus den angeführten Gründen wird Abkürzung „aDRG“ hier nicht verwendet.

Die Einführung des DRG-Systems war zwar ein tief greifender Einschnitt in die Krankenhausfinanzierung, jedoch kein vollkommener Umbau. Auch nach Einführung des DRG-Systems gilt weiterhin der Grundsatz einer dualen Finanzierung. Für die Finanzierung der Investitionskosten zugelassener Krankenhäuser ist eine steuerfinanzierte öffentliche Investitionsförderung vorgesehen. Das DRG-System regelt insofern lediglich die Finanzierung der laufenden Betriebskosten. Im Mittelpunkt des DRG-Systems stehen Fallpauschalen, die im Durchschnitt aller in den Anwendungsbereich des DRG-Systems fallenden Krankenhäuser ca. 70 bis 90 Prozent eines Krankenhausbudgets ausmachen (Heimig 2014: 169; SVR-G 2018: 248). Die restlichen ca. 10 bis 30 Prozent entfallen auf „sonstige Entgelte“ und Zuschläge zu Fallpauschalen. Die Höhe des

4 Diese Konstruktion erweckt den Eindruck, dass die politisch vorgegebene Ausgliederung in einer Form umgesetzt wurde, die es erleichtert, sie auch wieder rückgängig zu machen. Vor allem der GKV-Spitzenverband und offenbar auch der Leiter des DRG-Instituts (InEK) waren entschieden gegen die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Insofern liegt die Vermutung nahe, dass einflussreiche Akteure des DRG-Systems das Ziel verfolgen, die Ausgliederung möglichst bald wieder rückgängig zu machen.

Anteils der Fallpauschalen am Gesamtbudget ist vor allem vom jeweiligen Leistungsspektrum des Krankenhauses abhängig.

Auf Kliniken und Fachabteilungen mit ausschließlich psychiatrischen, psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Betten findet das DRG-System keine Anwendung. Für diese Kliniken und Abteilungen gilt seit 2013 ein eigenes Vergütungssystem mit pauschalieren tagesbezogenen Entgelten.⁵ Auf dieses Vergütungssystem wird in der vorliegenden Studie nicht eingegangen, da es eine eigene Geschichte, eine eigenständige Systematik und besondere Problematiken aufweist, deren Darstellung und Diskussion eine eigene Studie erfordern würde.

Die nachfolgende Darstellung soll eine Einführung in Grundstrukturen sowie Grundsätze der Funktionsweise des DRG-Systems bieten. Sie soll dazu beitragen, dass Leserinnen und Leser dieser Studie, die sich nicht bereits intensiver mit dem DRG-System beschäftigt haben oder aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit täglich damit befasst sind, die gesundheitspolitische Diskussion über das DRG-System besser verfolgen und verstehen können und die in den nachfolgenden Kapiteln der vorliegenden Studie enthaltenen Analysen und Kritiken besser nachvollziehen und beurteilen können.

Auf ein Problem sei hier allerdings bereits hingewiesen. Will man das DRG-System erläutern, sei es auch nur in seinen Grundzügen, kommt man nicht umhin, sich auch der Fachsprache und ihrer Fachbegriffe zu bedienen. Mit dem DRG-System hat sich ein eigenes System an Fachbegriffen herausgebildet, deren Bedeutung sich nicht aus der Alltagssprache heraus erschließt. Erschwerend kommt zu, dass es sich bei einigen zentralen Fachbegriffen um Begriffe handelt, die aus dem Englischen übernommen wurden und deren Bedeutung sich auch nicht durch eine wortwörtliche Übersetzung erschließt, da es keinen sinnhaften Zusammenhang zwischen Begriff und benanntem „Gegenstand“ gibt.

Als Beispiel sei hier der Begriff „Casemix“ genannt: Wörtlich könnte man ihn mit „Fallmischung“ übersetzen, dies träfe jedoch nicht die Bedeutung, mit der er in der Fachdiskussion verwendet wird. In der Fachdiskussion bezeichnet dieser Begriff die Gesamtsumme aller addierten Bewertungsrelationen der abgerechneten Fallpauschalen einer Fachabteilung, eines Krankenhauses, eines Bundeslandes oder deutschlandweit in einem bestimmten Zeitraum (in der Regel: ein Jahr).

Auch die Abkürzung DRG, die für Diagnosis Related Groups steht und als Bezeichnung für die Fallgruppen im deutschen DRG-System verwendet wird, erweist sich bei genauer Betrachtung als unsachgemäß. Die Fallgruppen des deutschen Fallpauschalensystems sind keine rei-

⁵ Grundlage dieses Vergütungssystems ist das 2012 beschlossene Psychiatrie-Entgeltgesetz (PsychEntgG) vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613).

nen diagnosebezogenen Fallgruppen, sondern Fallgruppen, die vor allem auf Grundlage von Diagnosen und tatsächlich durchgeführten Behandlungen (Prozeduren) gebildet werden. Bei einem erheblichen Teil der Fallgruppen werden zudem auch weitere Merkmale verwendet wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Geburtsgewicht etc.

Da die zentralen Fachbegriffe in der Fachdiskussion und auch in der gesundheitspolitischen Diskussion verwendet werden, und man für das Verständnis dieser Diskussionen und auch der entsprechenden Fachliteratur auf die Kenntnis der Bedeutung dieser Begriffe angewiesen ist, werden diese Begriffe auch in der vorliegenden Studie verwendet. Allerdings erfolgt dies nur in dem Maße, wie es unvermeidlich oder für das Verständnis der Diskussion hilfreich erscheint. In der Regel werden die Begriffe und Abkürzungen bei der ersten Verwendung mit einer Erklärung der Bedeutung verbunden.

Die Schaffung von DRG-Fachbegriffen und die Herausbildung einer DRG-Fachsprache erleichtert zwar die Verständigung unter denen, die sich beruflich und aus politischen Gründen intensiver mit dem DRG-System befassen, sie haben jedoch den „Nebeneffekt“, dass dadurch Nicht-Experten der Zugang zum Verständnis des DRG-Systems erschwert wird. Dabei ist zudem zu differenzieren zwischen zentralen Begriffen und Abkürzungen wie DRG, CMI etc. und solchen Begriffen und Abkürzungen, die sich auf Aspekte und Konstruktionselemente des DRG-Systems beziehen, die sich erst bei einer vertieften Beschäftigung mit dem System erschließen.

So wird ein Teil der zentralen Themen und Probleme des DRG-Systems weitgehend nur in Fachdiskursen erörtert, beispielsweise innerhalb der Fachorganisationen der Medizincontroller und in speziellen Internetforen oder auf thematisch sehr speziell ausgerichteten Tagungen. Zugang zu diesen Diskussionen und dem damit verbundenen Fachwissen haben dadurch in der Regel nur die Mitglieder der betreffenden Berufsgruppe und ihrer Verbände. Auch wenn es nicht Zweck dieser Strukturen ist, faktisch ist dadurch die allgemeine, an der Entwicklung des Krankenausbereichs interessierte Öffentlichkeit von der in diesen Diskursen erörterten Kenntnisse und Probleme ausgeschlossen. Darüber hinaus schließt diese Fachsprache auch weite Teile der Fachöffentlichkeit des Krankenausbereichs und vor allem auch der Gesundheitspolitik aus. Selbst viele kaufmännische Geschäftsführer von Krankenhäusern kennen nicht alle von ihren Medizincontrollern verwendeten Begriffe.

Für gesellschaftlich wenig relevante Randthemen mag dies unproblematisch sein, im Fall des DRG-Systems geht es jedoch um die Finanzierung der Krankenhäuser und somit um Einrichtungen von hoher ge-

sellschaftlicher Relevanz. Da die Finanzierung der Krankenhäuser erhebliche Bedeutung und Auswirkung auf die Krankenhausversorgung der Bevölkerung hat, wäre es dringend geboten, ein hohes Maß an Transparenz über die Struktur und Funktionsweise des DRG-Systems herzustellen, damit sich alle daran interessierten Menschen selbst ein Bild von diesem System machen und ein Urteil darüber bilden können. Dieses Ziel ist allerdings nur zu erreichen, wenn der Gebrauch von Fachbegriffen auf ein Mindestmaß begrenzt wird.

Die nachfolgende Einführung stellt zunächst das Grundprinzip der Vergütung mit Fallpauschalen vor, damit der funktionale Zusammenhang der nachfolgend vorgestellten Systembestandteile besser nachvollziehbar wird. Daran schließt sich eine ausführlichere Darstellung des Vergütungssystems an.

Wie bereits erwähnt, steht der Begriff „DRG-System“ für deutlich mehr als nur die Vergütung mit Fallpauschalen. Mit dem DRG-System wurden nicht nur neue Entgeltformen wie Fallpauschalen eingeführt, sondern es wurde auch ein neues Regulierungssystem unterhalb der staatlichen Ebene geschaffen. Die nachfolgende Darstellung geht deshalb im Anschluss an die Vorstellung des Grundprinzips und des Entgeltsystems auch auf das neue Regulierungssystem ein.

Zum besseren Verständnis der nächsten Abschnitte sei hier aber bereits auf die wesentlichen Elemente des untergesetzlichen Regulierungssystems kurz eingegangen. An oberster Stelle der Regulierung stehen die maßgeblichen Gesetze, im Fall des DRG-Systems sind es das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als allgemeine Grundlage und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), das alle spezifischen Regelungen für das DRG-System enthält und als „DRG-Gesetz“ bezeichnet werden könnte.

Das KHEntgG enthält überwiegend jedoch auch nur allgemeine Festlegungen und beauftragt die drei Spitzenverbände des Krankenausbaus mit deren Umsetzung. Dies sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband). Sie vereinbaren auf Grundlage entsprechender gesetzlicher Aufträge in verschiedensten Verträgen alle erforderlichen Vorgaben für die Ausgestaltung und Umsetzung des DRG-Systems, z. B. den Fallpauschalenkatalog und die Bewertungsrelationen.

Die drei Verbände haben zur Durchführung der anfallenden Aufgaben wie beispielsweise der Kostenermittlung, Fallpauschalenkalkulation, Erstellung des Fallpauschalenkataloges etc. das gemeinsam getragene Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet und mit der Erfüllung dieser Aufgaben betraut.

Auf der Ebene der einzelnen Bundesländer verhandeln die jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaften mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und PKV und vereinbaren, als wichtigstes, unter anderem den für das einzelne Bundesland geltenden Landesbasisfallwert, der zusammen mit den bundesweit geltenden Bewertungsrelationen über die Höhe der Fallpauschalen entscheidet.

Das Grundprinzip der Vergütung mit Fallpauschalen

Die Vergütung mit Fallpauschalen erfolgt auf Grundlage eines bundesweit geltenden Fallpauschalen-Kataloges. Der *Fallpauschalenkatalog* weist keine festen Eurobeträge aus, sondern definierte *Fallgruppen* (DRG) und dafür vorgegebene bundesweit geltende Bewertungsrelationen sowie eine Reihe weiterer Vorgaben, auf die an späterer Stelle noch eingegangen wird. Die Abgrenzung der Fallgruppen erfolgt vor allem auf Grundlage der medizinischen Hauptdiagnose und der erbrachten Leistungen. Da die Behandlungskosten nicht nur von der Hauptdiagnose und Hauptleistung abhängig sind, sondern u. U. in starkem Maße auch von weiteren Merkmalen eines Falles beeinflusst werden, sieht der Fallpauschalenkatalog bei einer Vielzahl von Fallgruppen eine Differenzierung nach Nebenerkrankungen und verkomplizierenden Faktoren vor wie beispielsweise Alter, Beatmungstunden etc. Auch bei den Leistungen werden Variationen der Hauptleistung und zusätzliche Leistungen berücksichtigt. Für das Jahr 2020 weist der Fallpauschalenkatalog insgesamt ca. 1.300 unterschiedliche Fallgruppen aus.

Für jede Fallgruppe enthält der Fallpauschalenkatalog eine Bewertungsrelation. Bei den *Bewertungsrelationen* handelt es sich um Zahlenwerte, die angeben, um wie viel die bundesweit durchschnittlichen Kosten der betreffenden DRG über oder unter der Bewertungsrelation 1,0 liegen.⁶ Die durchschnittlichen Kosten der DRGs werden jedes Jahr

⁶ An dieser Aussage kann beispielhaft das Problem einer stark vereinfachenden Darstellung des DRG-Systems veranschaulicht werden. Im Grundsatz gilt die Aussage, allerdings gibt es Ausnahmen und Einschränkungen. So wurde beispielsweise vor einigen Jahren von der Politik beschlossen, dass die Bewertungsrelationen bestimmter DRGs, die einen besonders hohen Anteil an Sachkosten aufweisen, gezielt abgesenkt werden. Zudem besteht seit 2006 kein Zusammenhang mehr zwischen den ermittelten Fallkosten und den Bewertungsrelationen. Darauf wird an späterer Stelle noch ausführlicher eingegangen. Das DRG-System hat mittlerweile eine so außerordentliche Komplexität und Kompliziertheit erreicht, dass eine vereinfachende Darstellung ohne Abstriche bei der Exaktheit nicht möglich ist. Die nachfolgende Darstellung ist insofern ein Kompromiss, bei dem im Interesse der Nachvollziehbarkeit der Erläuterungen auf die Berücksichtigung von Besonderheiten verzichtet wird, wenn dies eher verwirren als aufklären würde.

im Rahmen einer sogenannten Kalkulationsrunde in ca. 250 Krankenhäusern ermittelt.

Die Höhe einer in Rechnung zu stellenden Fallpauschale ergibt sich aus der Multiplikation der jeweiligen im Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit einem *Basisfallwert*, der die monetäre Bewertung der Bewertungsrelation 1,0 angibt. Der Basisfallwert wird jedes Jahr neu auf Landesebene zwischen der jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaft und den Verbänden der GKV und PKV vereinbart. Insofern handelt es sich bei den gegenwärtig geltenden Basisfallwerten um *Landesbasisfallwerte*.⁷

Um das Prinzip der Abrechnung von Fallpauschalen an einem stark vereinfachten Beispiel zu erläutern: Weist der Fallpauschalenkatalog eine Bewertungsrelation von 2,0 aus und liegt der aktuelle Landesbasisfallwert bei 3.650 Euro, ergibt sich daraus eine abrechenbare Fallpauschale in Höhe von 7.300 Euro.⁸

Sowie ein Patient die für eine DRG festgelegten Merkmale aufweist, ist er vom Krankenhaus der betreffenden DRG zuzuweisen, und das Krankenhaus kann die betreffende Fallpauschale in Rechnung stellen. Da das DRG-Vergütungssystem auch für die privaten Krankenversicherungen gilt, zahlen die Unternehmen der PKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen denselben Betrag wie die gesetzliche Krankenversicherung. Allerdings haben Privatpatienten über diese Vergütung hinaus in der Regel zusätzliche Vergütungen für Chefarztbehandlung und besondere Leistungen bei der Unterbringung und Verpflegung zu zahlen.

Die Zuweisung der Patienten zu einer DRG erfolgt mit Hilfe spezieller EDV-Programme, sogenannter Grouper-Software. Eingesetzt werden dürfen nur Programme, die zertifiziert und dafür zugelassen sind. Der Vorgang der Zuweisung eines Patienten zu einer DRG wird *Kodieren* genannt. Der Begriff ergibt sich daraus, dass jede DRG im Fallpauschalenkatalog mit einem vierstelligen Kode versehen ist, der aus einer Kombination von Buchstaben und Zahlen besteht (z. B. B01A). Für die Zuweisung von Patienten zu DRGs gibt es ein umfangreiches Regelwerk, in dessen Mittelpunkt jährlich neu gefasste Kodierrichtlinien (DKR) und ein mehrbändiges Handbuch zur Definition der DRG-Fallpauschalen stehen (DKG et al. 2020) (InEK 2019b).

7 Die Landesbasisfallwerte werden seit einigen Jahren schrittweise immer weiter an einander angeglichen. Dieser Prozess soll 2021 abgeschlossen sein, so dass es dann faktisch einen bundesweit einheitlich geltenden *Bundesbasisfallwert* geben wird.

8 Die Landesbasisfallwerte des Jahres 2020 variieren zwischen 3.652,00 Euro (Brandenburg) und 3.786,00 Euro (Rheinland-Pfalz), der größte Teil liegt bei ca. 3.650 Euro.

Das Vergütungssystem

Die verschiedenen Entgeltarten

Wie bereits erwähnt, ist das DRG-System kein reines Fallpauschalensystem. Es besteht nicht nur aus Fallpauschalen, sondern umfasst mehrere unterschiedliche Entgeltformen. Diese unterteilen sich wiederum in bundesweit einheitlich geltende und krankenhausspezifisch zu vereinbarenden Entgeltarten.

Bundesweit einheitlich gelten:

- *Fallpauschalen* gemäß bundesweit geltendem Fallpauschalenkatalog (§ 9 KHEntgG): Bei Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 gab es insgesamt ca. 660 Fallpauschalen. Als Ziel war ursprünglich eine Zahl von ca. 800 Fallpauschalen vorgesehen. Diese Zahl erwies sich jedoch als nicht ausreichend, um hinreichend kostenhomogene Fallgruppen zu erhalten.⁹ Bereits 2004 wurde die Grenze von 800 überschritten und 2007 gab es bereits mehr als 1.000 Fallgruppen. Mittlerweile ist das System bei 1.292 DRGs angelangt, von denen 44 nicht mit bundesweit geltenden Bewertungsrelationen versehen sind (InEK 2019a: 5).
- *Zusatzentgelte* gemäß bundesweit geltendem Zusatzentgelt-Katalog (§ 9 KHEntgG): Zusätzlich zu Fallpauschalen dürfen für bestimmte Leistungen wie teure Medikamente, Implantate etc. sogenannte Zusatzentgelte abgerechnet werden, die in einem bundesweit geltenden Katalog aufgelistet sind. Für das Jahr 2020 weist der Katalog insgesamt knapp 220 abrechenbare Zusatzentgelte aus. Es gibt Zusatzentgelte, für die ein Eurobetrag ausgewiesen ist, und es gibt Zusatzentgelte, deren Höhe auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses vereinbart werden muss.

Auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu vereinbaren sind:

- *Fallpauschalen*: Für Fallgruppen, die im bundesweit geltenden Fallpauschalenkatalog ausgewiesen sind, für die jedoch noch keine bundesweit geltenden Bewertungsrelationen festgelegt wurden, sind krankenhausespezifische Fallpauschalen zu vereinbaren (§ 6 Abs. 1 KHEntgG). Der Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2020 weist 44 DRGs aus, für die keine Bewertungsrelationen festgelegt wurden.

⁹ Kostenhomogenität ist eine der zentralen Anforderungen an Fallpauschalensysteme. Damit ist gemeint, dass die Kosten innerhalb der Fallgruppen nicht zu sehr variieren dürfen. Je größer die Kostenvarianzen sind, desto höher ist der von Fallpauschalen ausgehende Anreiz zu Risikoselektion (Beschränkung auf rentable Fälle, Ablehnung überdurchschnittlich kostenaufwändiger Patienten).

- *Zusatzentgelte*: Für Zusatzentgelte, die im bundesweit geltenden Fallpauschalenkatalog ausgewiesen sind, für die jedoch noch keine bundesweit geltenden Bewertungsrelationen festgelegt wurden, sind krankenhausindividuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren.
- *Tagesbezogene Pflegeentgelte*: Ab dem Jahr 2020 sind zur Abzahlung des krankenhausindividuell vereinbarten Pflegebudgets tagesbezogene Pflegeentgelte zu vereinbaren (§ 6a KHEntgG).
- *Entgelte für sogenannte „Besondere Einrichtungen“*: Krankenhäuser oder Fachabteilungen, deren Leistungen noch nicht über Fallpauschalen vergütet werden, können als „Besondere Einrichtungen“ von der Abrechnung mit Fallpauschalen ausgenommen werden. Für sie sind zeitlich begrenzt krankenhausindividuelle Vergütungen zu vereinbaren (§ 6 Abs. 1 KHEntgG). Zu Besonderen Einrichtungen gehören beispielsweise Einrichtungen für Schwerbrandverletzte, Isolierstationen, Fachabteilungen für die Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose oder Morbus Parkinson etc. Die Kriterien für die Zuweisung des Status als Besondere Einrichtungen werden jedes Jahr zwischen den Spitzenverbänden vereinbart (für 2020 vgl. GKV-SV et al. 2019).
- *Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*: Da medizinische Innovationen nur mit einer zeitlichen Verzögerung von ca. drei Jahren in den Fallpauschalen erfasst werden können, wird für diesen Zeitraum eine krankenhausindividuelle Vergütung zugelassen, über die auf Grundlage bundesweiter Vorgaben auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses verhandelt wird (§ 6 Abs. 2 KHEntgG).

Zusätzlich zu den genannten Entgeltarten gibt es mittlerweile ca. 35 unterschiedliche *Zu- und Abschläge* auf Fallpauschalen, die teilweise bundesweit einheitlich gelten, teilweise krankenhauspezifisch zu vereinbaren sind (AOK-Bundesverband 2020b). Die Art und Anzahl wechselt jährlich, es kommen neue hinzu, alte fallen weg oder werden durch neue ersetzt. Es dürfte selbst für Verbandsexperten schwierig sein, auf dem Laufenden zu bleiben und einen vollständigen Überblick zu haben. Die nachfolgende Auflistung ist nicht vollständig und gilt nur für die letzten Jahre. Sie soll lediglich einen Eindruck vermitteln, wofür Zu- und Abschläge gezahlt wurden bzw. werden.

- Zuschlag für *Ausbildungskosten* und Mehrkosten durch *Ausbildungsvergütungen* (§ 17b Abs. 1a Nr. 8 KHG)
- Zuschlag für *Zentren und Schwerpunkte* (§ 17b Abs. 1a Nr. 2 KHG)
- *Sicherstellungszuschlag* zur finanziellen Unterstützung einzelner Leistungsangebote in Krankenhäusern, die nicht kostendeckend mit Fallpauschalen arbeiten können aber für eine bedarfsgerechte Ver-

sorgung für unverzichtbar gehalten werden (§ 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG)

- Zuschlag für einzelne *ländliche Krankenhäuser* (§ 5 Abs. 2 KHEntgG)
- Zuschlag für die *Aufnahme von Begleitpersonen* (§ 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG)
- Abschlag für die *Nichtteilnahme an der Notfallversorgung* (§ 17b Abs. 1a KHG, galt bis Ende 2018)
- Zuschlag für die *Teilnahme an der externen Qualitätssicherung* (§ 17b Abs. 5 KHG)
- Zuschlag zur Finanzierung *zusätzlicher Stellen im Pflegedienst* im Rahmen eines laufenden *Pflegestellenförderprogramms* (galt nur für die Jahre 2009 bis 2011, 2017 bis 2019)
- ein für alle Krankenhäuser einheitlicher sogenannter *Pflegezuschlag*, der für jeden vollstationär aufgenommenen Patienten abgerechnet werden kann (§ 8 Abs. 10 KHEntgG)
- Zuschlag für *klinische Obduktionen* (§ 5 Abs. 3b KHEntgG)

Auch wenn das Entgeltsystem eine Vielzahl unterschiedlicher Entgeltarten und Zu- und Abschläge vorsieht, so bleibt es dennoch vor allem ein Fallpauschalensystem, da der Anteil der bundesweit einheitlichen Fallpauschalen an den Einnahmen der Allgemeinkrankenhäuser bei ca. 70 bis 90 Prozent liegt. Der genaue Anteil ist abhängig vom Leistungsspektrum. So dürfte er in Kliniken, die als Besondere Einrichtung gelten oder entsprechende Fachabteilungen haben, niedriger sein, als in hoch spezialisierten Fachkliniken, die ausschließlich mit Fallpauschalen vergütete Leistungen erbringen.

Der grobe Überblick über die verschiedenen Entgeltarten im DRG-System dürfte ausreichen, um einen ersten Eindruck von der immensen Komplexität und Kompliziertheit des DRG-Systems zu vermitteln. Wohl-gemerkt: Dies ist nur ein sehr grober und unvollständiger kursorischer Überblick. Und es ist nur ein Überblick über die Entgeltarten und somit nur einen Bereich des DRG-Systems.

An diesem Überblick wird vor allem auch eines deutlich: Die Unfähigkeit eines reinen Fallpauschalensystems, die Komplexität des Diagnosespektrums und Leistungsgeschehens in Krankenhäusern in seiner gesamten Breite zu erfassen und adäquat abzubilden. Wollte man alle in den vielen unterschiedlichen Entgeltarten und den Zu- und Abschlägen sichtbar werdenden Besonderheiten in einem reinen Fallpauschalensystem abbilden, müssten dies mehrere Tausend, wahrscheinlich sogar mehrere Zehntausend Fallgruppen und Fallpauschalen aufweisen. Eine

solch hohe Zahl an unterschiedlichen Fallgruppen wäre jedoch in der Praxis nicht handhabbar.¹⁰

Aber dennoch scheinen einige der zentralen Akteure des DRG-Systems immer noch der Vorstellung anzuhängen, es müsse eigentlich ein reines Fallpauschalensystem mit in ganz Deutschland gleichen „Preisen“ geben. So beklagte beispielsweise der spätere Leiter der Abteilung Krankenhäuser im GKV-Spitzenverband, Wulf-Dietrich Leber, im Jahr 2007, dass der ursprünglich angestrebte Grundsatz „eine DRG = ein Preis“ immer noch nicht verwirklicht sei.

„Der Kern einer Vergütung nach DRG-Fallpauschalen ist die Klassifikation, also die Eingruppierung von unendlich vielen Diagnosen und Prozeduren in eine überschaubare Zahl von Fallgruppen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Behandlung einer Krankheit, z. B. einer Blinddarmentzündung, seit Einführung der DRGs in Deutschland in allen deutschen Krankenhäusern mit dem gleichen Eurobetrag vergütet wird. Es gibt ein umfangreiches System von Abrechnungsregeln, differenzierenden Basisfallwerten, Zu- und Abschlägen und Ausnahmen, die dazu führen, dass die letztendliche Vergütung vom einfachen Prinzip „eine DRG = ein Preis“ abweicht“ (Leber/Wolff 2007: 62).

Der letzte Satz der zitierten Passage ist keineswegs als neutrale Tatsachenfeststellung gemeint, sondern Ausdruck einer Unzufriedenheit mit der Vielzahl an Entgeltarten, Sonderregelungen, Ausnahmen, Zu- und Abschlägen etc. Dass die maßgeblichen Akteure des DRG-Systems trotz der immer weiter zunehmenden Komplexität des DRG-Entgeltsystems an der Vorstellung bundesweit einheitlicher „Preise“ festhalten ist auch daran abzulesen, dass die Landesbasisfallwerte seit 2010 schrittweise aneinander angeglichen werden, um letztlich nur noch einen einzigen bundesweit geltenden Basisfallwert zu haben.¹¹ Einen „rechnerischen Bundesbasisfallwert“ gibt es bereits seit langem, er wird vom InEK errechnet und dient seit 2010 als Zielgröße für die schrittweise Anpassung der Landesbasisfallwerte.

Die Schwierigkeit und außerordentliche Komplexität des Vorhabens, ein umfassendes Fallpauschalensystem einzuführen, wurde bei der Einführung offensichtlich unterschätzt. Dies zeigt sich nicht nur daran, dass die ursprüngliche Zielzahl von maximal 800 Fallgruppen bereits im Jahr 2004 überschritten wurde. Es zeigt sich insbesondere auch an der Ent-

10 In dieser Unmöglichkeit dürfte auch eine der wesentlichen Ursachen dafür liegen, dass Deutschland das erste und einzige Land war, in dem beschlossen wurde, einen sogenannten 100-Prozent-Ansatz umzusetzen und ein umfassendes Fallpauschalensystem einzuführen. Andere Länder, die ebenfalls DRG-Fallpauschalen in ihrer Krankenhausfinanzierung einsetzen, beschränken den Anteil von Fallpauschalen auf 40-50 Prozent der Krankenhausbudgets und/oder verwenden DRGs nur für die Budgetfindung, nicht aber als „Preissystem“ mit einer fixen landesweit vorgegebenen Vergütungshöhe (SVR-G 2018: 248).

11 Der entsprechende Beschluss wurde im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2009 gefasst (§ 10 Abs. 8 KHEntG i.d.F.d. KHRG 2009).

wicklung der Zahl der Zu- und Abschlüsse. Begonnen wurde mit wenigen Zu- und Abschlüssen, im Jahr 2010 waren es bereits 19, und die mittlerweile erreichte Zahl von ca. 35 Zu- und Abschlüssen markiert mit Sicherheit nicht das Ende der Entwicklung. Es tauchen jedes Jahr neue Probleme auf, die durch die Einführung eines neuen Zu- oder Abschlusses versucht wird zu lösen. So wurde beispielsweise auf die Mitte 2020 zunehmend stärker werdende Kritik an einer unzureichenden Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Geburtshilfe mit dem Vorschlag reagiert, das Problem durch Zuschüsse für einzelne Krankenhäuser und Fachabteilungen zu lösen.

Nachfolgend werden diese vier Kernelemente des deutschen DRG-Systems vorgestellt, um die Funktionsweise des DRG-Systems besser nachvollziehbar zu machen. Zugleich werden auch Probleme aufgezeigt, die sich aus der spezifischen Konstruktion des Fallpauschalensystems ergeben und an diesen Elementen sichtbar werden.

Das Fallgruppensystem

Das Fallgruppensystem ist in drei Ebenen gegliedert (Abb. 1).¹² Auf der obersten Ebene gibt es 24 medizinisch definierte Hauptdiagnosegruppen, die sich an Organsystemen, einzelnen Diagnosen oder einzelnen Leistungssegmenten orientieren. Zusätzlich gibt es eine Hauptgruppe für gesondert ausgewiesene, zumeist sehr behandlungsaufwändige Fälle (Prä-MDC)¹³, eine Hauptgruppe für „Sonstige DRGs“ und eine Gruppe „Fehler-DRGs“, in die nicht korrekt dokumentierte oder erfasste Fälle gruppiert werden.

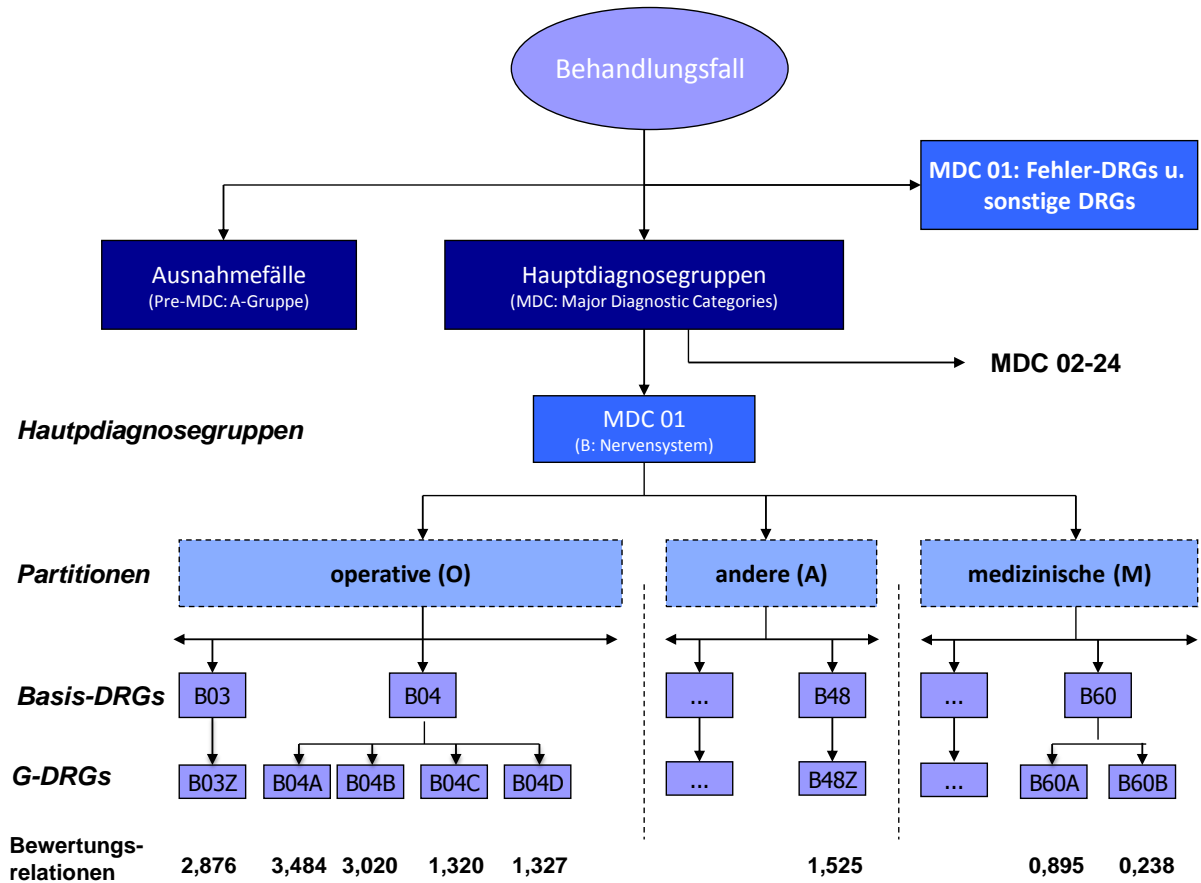
Auf der zweiten Gliederungsebene folgen die eigentlichen DRGs, die als „Basis-DRGs“ bezeichnet werden und primär anhand von Hauptdiagnosen und Hauptleistungen sowie anderer Merkmale wie Alter oder Geschlecht definiert sind. Die Diagnosen werden auf Grundlage der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) erfasst und die Prozeduren auf Grundlage des deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS).

Auf der dritten Gliederungsebene erfolgt eine Differenzierung des größten Teils der Basis-DRGs nach Schweregrad, der primär anhand von Nebendiagnosen und verkomplizierenden Prozeduren erfasst wird.

12 Der jeweils geltende Fallpauschalenkatalog kann von der Internetseite des DRG-Instituts (InEK) als PDF heruntergeladen werden (<https://www.g-drg.de>). Weitergehende Erläuterungen zur Konstruktionslogik des Fallgruppensystems finden sich in Band 1 des Definitionshandbuchs zum DRG-System (InEK 2019b: Band 1, 3-9).

13 Auch diese Abkürzung ist ein Beispiel für die Inkonsistenz und Unangemessenheit der Sprache im DRG-Jargon.

Abbildung 1: Grundsystematik des DRG-Fallgruppensystems: DRG-Version 2020 mit exemplarischen DRGs und Bewertungsrelationen



Fallpauschalen werden für die Fallgruppen der dritten Gliederungsebene berechnet und festgelegt, die Abkürzung DRG bezieht sich auf diese Gliederungsebene.

Wie bereits angesprochen, wird die Zuweisung der Fälle zu einzelnen Fallgruppen „Kodieren“ genannt. Der Begriff bezieht sich darauf, dass jede Fallgruppe mit einem vierstelligen Code versehen ist, der aus einer Kombination von Buchstaben und Zahlen besteht. An erster Stelle gibt ein Buchstabe die Hauptdiagnosegruppe an. So steht beispielsweise B für Erkrankungen des Nervensystems oder F für Erkrankungen des Kreislaufsystems. Dem Buchstaben folgt eine zweistellige Ziffernfolge, die die jeweilige Basis-DRG anzeigt. Ein Buchstabe am Ende des Codes zeigt die Schweregradstufe der betreffenden DRG an. Dabei kennzeichnet ein Z alle Basis-DRGs, die nicht in verschiedene Schweregradstufen unterteilt sind. Die Buchstaben A, B, C etc. zeigen die verschiedenen

Schweregradstufen an. A steht für die höchste Schweregradstufe, die nachfolgenden Buchstaben für jeweils niedrigere.¹⁴ Seit 2014 sieht das Fallgruppensystem eine Differenzierung in bis zu sechs Stufen vor.

Die Basis-DRGs werden zudem in drei sogenannte „Partitionen“ unterschieden, eine Partition „O“ für operative Behandlungen, eine Partition „M“ für konservative (medizinische) Behandlungen und eine Partition „A“ für andere Arten von Behandlungen. Die Zuordnung einer DRG zu einer dieser drei Partitionen ist an den beiden Zahlen der zweiten und dritten Stelle des DRG-Kodes erkennbar. Für die Partition „O“ sind die Zahlen 01 bis 39 vorgesehen, für die Partition „A“ die Zahlen 40 bis 59 und für die Partition „M“ die Zahlen 60 bis 99. Die Zuweisung der einzelnen DRG zu einer Partition wird zudem in einer gesonderten Spalte des Fallpauschalenkataloges ausgewiesen. Reichen diese Zahlenbereiche für die DRGs einer Partition nicht aus, wird davon in Einzelfällen auch abgewichen (bei der DRG-Version 2020 z. B. in den MDC 05 und 08).

Ein Kode wie beispielsweise B03Z zeigt somit an, dass es sich um eine Erkrankung des Nervensystems handelt (B), die operativ behandelt wurde (03), und dass die betreffende Fallgruppe nicht nach Schweregraden unterteilt ist (Z).

Der Fallgruppenkatalog wird jedes Jahr überarbeitet und geändert. Die Änderungen erfolgen vor allem auf Grundlage der Ergebnisse einer Analyse der Kostendaten einer Krankenhausstichprobe sowie unter Berücksichtigung von Hinweisen, die im Rahmen eines sogenannten „Vorschlagsverfahrens“ eingegangen sind (für die DRG-Version 2020 vgl. InEK 2019a). Am Vorschlagsverfahren beteiligen sich vor allem einzelne Krankenhäuser und Krankenhausträger, Verbände des Krankenausbereichs und medizinische Fachgesellschaften. Die Zuständigkeit für die Durchführung des Vorschlagsverfahrens und Entscheidung über die Berücksichtigung von Hinweisen liegt beim InEK.

Die jährliche Überarbeitung des Fallpauschalenkataloges dient vor allem dem Ziel, die Kostenhomogenität der Fallgruppen zu erhöhen und neue Entwicklungen in der Medizin abzubilden. Die Erhöhung der Kostenhomogenität wird versucht vor allem dadurch zu erreichen, dass bestehende Fallgruppen neu strukturiert werden. Eine Erhöhung der Kostenhomogenität kann beispielsweise dadurch erreicht werden, dass einzelne Fallgruppen in zwei oder mehrere neue DRGs aufgeteilt (DRG-Splitting) oder bestimmte Fallkonstellationen einer anderen DRG zugeordnet oder neue Faktoren bei der Definition einer bestimmten Fallgrup-

14 Durch die jährliche Neuberechnung der Bewertungsrelationen auf Grundlage neuer Ist-Kostendaten ergeben sich in der Regel Veränderungen der Bewertungsrelationen, durch die die Reihenfolge der Höhe der Bewertungsrelationen von der Buchstabenreihenfolge für die Schweregradbezeichnung abweichen kann.

pe verwendet werden. Maßgeblich für die Entscheidung über entsprechende Änderungen am Fallgruppensystem ist das Ergebnis einer Analyse der vorliegenden Kostendaten und die Frage, ob durch eine Änderung ein höheres Maß an Kostenhomogenität erreicht werden kann.¹⁵

Das Problem der unzureichenden medizinisch-pflegerischen Komplexität

Die Zahl von ca. 1.300 DRGs mag hoch erscheinen, verglichen mit der Vielzahl an Diagnosen, die in der deutschen ICD-Version (ICD-10-GM) erfasst und mit einem Kode versehen ist und der Vielzahl an Prozeduren, die der OPS ausweist, ist sie jedoch gering. Die ICD-Systematik ist hierarchisch-mehrstufig aufgebaut und weist auf der Ebene der sogenannten Dreisteller mehr als 13.000 eigenständige Codes aus und auf der Ebene der Fünfsteller mehr als 80.000 (DIMDI 2020a). Nicht alle Codes benennen Diagnosen, die für das DRG-System relevant sind, die Zahl der für die DRG-Fallgruppenbildung relevanten ICD-Kodes bewegt sich aber sicher im fünfstelligen Bereich.

Zudem ist zu beachten, dass Menschen, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, häufig mehrfach erkrankt sind und ihre Multimorbidität nicht nur mit einer Diagnose abgebildet werden kann. Darüber hinaus sind die verschiedensten Kombinationen von Diagnosen möglich, bei denen jeweils eine Diagnose im Vordergrund steht, im Sinne einer Hauptdiagnose. Die anderen Diagnosen können als chronische oder akute Nebenerkrankungen den Krankheitsverlauf beeinflussen und ggf. erschweren. Da dies auch erhebliche Bedeutung für die Höhe der Behandlungskosten hat, wurde das deutsche DRG-System so konstruiert, dass verkomplizierende Nebenerkrankungen bei der Fallgruppenbildung durch eine Schweregraddifferenzierung berücksichtigt werden, sofern sie bei der Analyse der Fallkosten als kostenrelevant identifiziert wurden (s. o.).

Ähnlich verhält es sich mit der Erfassung der erbrachten Leistungen anhand des OPS. Der OPS ist ebenfalls hierarchisch-systematisch gegliedert, die Systematik für das Jahr 2020 weist insgesamt ca. 32.000 unterschiedliche Codes auf. Ebenso wie beim ICD sind jedoch nicht alle OPS-Kodes relevant oder verwendbar für die Fallgruppenbildung im DRG-System. Aber auch bei der Verschlüsselung der erbrachten Leistungen mittels OPS kann wohl davon ausgegangen werden, dass die Zahl der potenziell möglichen Leistungen im fünfstelligen Bereich liegt.

¹⁵ Die jährlichen Änderungen am Fallgruppensystem, den Bewertungsrelationen etc. werden in einem jedes Jahr erscheinenden „Abschlussbericht“ veröffentlicht, der auf der Internetseite des InEK verfügbar ist (<https://www.g-drg.de>).

Anhang dieser Zahlen wird deutlich, dass die ca. 1.300 DRG-Fallgruppen die Komplexität der vorhandenen Vielfalt an Diagnosen und medizinischen Prozeduren massiv reduzieren. Dementsprechend weisen die Definitionshandbücher für die DRG-Fallpauschalen für die einzelnen Fallpauschalen in der Regel denn auch mehrere und teilweise sehr unterschiedliche Diagnosen (ICD-Kodes) und medizinische Prozeduren (OPS-Kodes) aus.

Der Hinweis auf die erhebliche Reduzierung der Komplexität des vorhandenen Diagnose- und Prozedurenspektrums ist insofern von besonderer Bedeutung, als daran deutlich wird, dass die DRG-Fallgruppen vielfach ein hohes Maß an medizinischer Inhomogenität der Diagnosen und Prozeduren aufweisen. Damit ist gemeint, dass in einer DRG eine ganze Reihe, teilweise sogar sehr unterschiedlicher Diagnosen und Prozeduren in einer DRG zusammengefasst werden.

Diese Inhomogenität wird auch bereits an den im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen kurzgefassten sprachlichen Definitionen der Fallgruppen erkennbar. Bei einer Vielzahl von DRGs erscheint die Konjunktion „oder“, und dies sehr häufig nicht nur einmal, sondern mehrfach, teilweise enthält die sprachliche Definition bis zu fünf „oder“ (InEK 2020b). Jedes „oder“ zeigt an, dass nicht nur eine, sondern auch noch eine andere oder noch eine andere oder noch eine andere Behandlung mit ein und derselben Fallpauschale vergütet wird (Abb. 2). Zudem gibt es sogenannte „Reste“-DRGs“ (InEK 2019a: 94), in denen Fallkonstellationen zusammengefasst wird, die in anderen DRGs nicht untergebracht werden konnten.

Tabelle 1: Ausgewählte DRG-Definitionen im Fallpauschalenkatalog 2020

DRG-Kode	Definition
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit bestimmten komplexen Eingriffen, Alter < 16 J. oder mit mäßig komplexen Eingriffen, Alter < 19 J. oder mit äußerst schweren oder schweren CC

B20B	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufwändige/hochaufwändige Behandlung

Anmerkung: Hervorhebungen durch den Autor

Diese Zusammenstellung ist Ergebnis einer nur auf zwei Haupt-DRG-Gruppen (Nervensystem, Atmungsorgane) beschränkten willkürlichen Auswahl. Die Liste ließe sich um hunderte weiterer DRGs erweitern. Um die Lesbarkeit zu verbessern, wurden Abkürzungen in vollständige Formulierungen umgewandelt. Die Abkürzung CC steht für Nebenerkrankungen und/oder Komplexitäten.

Das Fallgruppensystem des deutschen DRG-Systems ist jedoch nicht nur medizinisch inhomogen. Die Klassifikationssysteme des ICD und OPS dienen dazu, medizinische Diagnosen und ärztliche Prozeduren abzubilden. Krankenhauspatienten weisen jedoch nicht nur medizinische Diagnosen auf, sondern auch pflegerische Probleme und einen daraus resultierenden Pflegebedarf. Krankenhausbehandlung besteht folglich nicht nur aus ärztlichen Maßnahmen, sondern auch aus Maßnahmen anderer Berufsgruppen wie der Pflege. Diese spielen jedoch für die Struktur der Fallgruppensystematik keine Rolle. Pflegeprobleme und die aus den Pflegeproblemen resultierenden erforderlichen pflegerischen Maßnahmen werden bei der Fallgruppenbildung wenn überhaupt, nur am Rande berücksichtigt.¹⁶

¹⁶ Seit einigen Jahren wird der Pflegeaufwand bei besonders pflegeaufwändigen Patienten unter bestimmten Bedingungen durch mehrere Zusatzentgelte vergütet (ZE 130, 131). Diese Berücksichtigung erfolgt jedoch nur für einen sehr kleinen Teil der Patienten, bei denen mittels eines sogenannten Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) ein besonders hoher Pflegeaufwand festgestellt wurde. Zusatzentgelte werden neben den Fallpauschalen zusätzlich gezahlt. Insofern können diese wenigen Zusatzentgelte kein Ersatz für eine durchgängige Erfassung und Berücksichtigung des Pflegebedarfs und Pflegeaufwands für alle Patienten innerhalb des Fallpauschalensystems sein. Zudem wurde vor einigen Jahren die Berücksichtigung der neu in die Pflegeversicherung eingeführten „Pflegegrade“ in das DRG-System eingebaut. Die Pflegegrade der Pflegeversicherung bilden jedoch nicht den Pflegebedarf ab, sondern orientieren sich an anderen Kriterien. Zudem fallen bei der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus in weiten Bereichen deutlich andere Pflegeprobleme an, die deutlich andere Pflegemaßnahmen erfordern, als sie in der häuslichen Pflege oder in Pflegeheimen erforderlich sind.

Wollte man deren Berücksichtigung erreichen, müssten sowohl die Pflegeprobleme als auch die abzuleitenden Pflegemaßnahmen in einer eigenständigen Klassifikation erfasst werden, und die daraus resultierenden Unterschiede im Ressourcenbedarf müssten zur Bildung gesonderter Fallgruppen führen. Dementsprechend dürften nicht nur ICD- und OPS-Kodes bei der Kodierung abgefragt werden, es müssten auch Codes für Pflegeprobleme und Pflegemaßnahmen in die Definition der Fallgruppen aufgenommen und bei der Kodierung eingegeben werden. Entsprechende international etablierte Klassifikationssysteme gibt es seit vielen Jahren. Sie folgen allerdings einer grundlegend anderen Logik als ICD und OPS und orientieren sich nicht an Organsystemen. Folglich sind sie nicht mit ICD, OPS und DRG-Systematik kompatibel (Fischer 2002). Es bedürfte somit eine gesonderten, nach pflegerischen Kriterien gebildeten Fallgruppenkataloges.

Der Hinweis auf die fehlende Berücksichtigung anderer als rein medizinischer Patientenprobleme, insbesondere des Pflegebedarfes und pflegerischer Leistungen, ist insofern von besonderer Bedeutung für das hier diskutierte Thema, als es zeigt, dass die DRG-Fallgruppen nicht nur medizinisch inhomogen sind, sondern auch in anderer Hinsicht, insbesondere hinsichtlich des Pflegebedarfes und der notwendigen Pflegeleistungen.

Dies wiederum ist von hoher Relevanz für die Kalkulation der Bewertungsrelationen und Festlegung der Fallpauschalen. Wenn die Bewertungsrelationen und die Fallpauschalen keinen Pflegebedarf und Pflegeaufwand berücksichtigen, hat dies zur Folge, dass für Patienten mit u. U. sehr unterschiedlichem Pflegebedarf ein und dieselbe Fallpauschale gezahlt wird. Dadurch werden besonders pflegeaufwändige Patienten unterfinanziert und zu einem wirtschaftlichen Risiko für Krankenhäuser, und Kliniken, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil besonders pflegeaufwändiger Patienten versorgen, erhalten die daraus resultierenden überdurchschnittlichen Kosten nicht vergütet und erleiden deshalb Verluste. Auf der anderen Seite erhalten Krankenhäuser mit einem hohen Anteil unterdurchschnittlich pflegeaufwändiger Patienten mehr Geld als sie für die pflegerische Versorgung ihrer Patienten erhalten und können dadurch Gewinne erzielen.

Fazit

Wie gezeigt, ist das Fallgruppensystem des deutschen DRG-Systems nicht in der Lage, die Komplexität der Krankenhausversorgung adäquat abzubilden. Dies gilt sowohl für das Diagnosespektrum und das Spektrum medizinischer Prozeduren als auch für die Berücksichtigung des Pflegebedarfes und des erforderlichen Pflegeaufwandes. Die Folge sind Fallpauschalen, die eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Diagnosen,

Prozeduren, Pflegebedarfe, Pflegemaßnahmen etc. mit einer einzigen Fallpauschale vergüten. Aufgrund dieser Inhomogenität gibt es in den einzelnen DRGs Kostenunterschiede. Zwar betont das InEK seit langem, die erreichte Kostenhomogenität sei hoch. Das impliziert jedoch, dass auch ca. 15 Jahre nach Einführung des DRG-Systems weiterhin Kostenvarianzen in den DRGs bestehen. Aufgrund der aufgezeigten massiven Reduktion der medizinisch-pflegerischen Komplexität auf lediglich ca. 1.300 Fallgruppen sind Kostenunterschiede auch nicht zu vermeiden. Sie wären erst dann zu vermeiden, wenn die individuelle Kombination von Diagnosen, medizinischen Prozeduren, Pflegebedarf, Pflegemaßnahmen etc. bei der Vergütung berücksichtigt würden. Das aber hätte mehrere Millionen unterschiedlicher Vergütungen zur Folge.

Gegen die Kritik an einer unzureichenden medizinisch-pflegerischen Homogenität kann eingewendet werden, dass es sich um ein Fallgruppensystem zur Kalkulation von Fallpauschalen handelt und es deshalb nicht notwendig sei, medizinisch-pflegerisch homogene Fallgruppen zu bilden, sondern kostenhomogene Gruppen. Entscheidendes Kriterium ist deshalb das Maß an Reduktion von Kostenvarianz innerhalb einer DRG, das durch die Verwendung bestimmter Kriterien erreicht werden kann. Die Erreichung einer möglichst hohen Kostenhomogenität und möglichst geringer Kostenvarianzen innerhalb der DRGs ist insofern von zentraler Bedeutung, als Kostenvarianzen den Krankenhäusern Anreize zur Selektion von Patienten nach Kostengesichtspunkten setzen. Wenn es bei einer DRG Kostenunterschiede in Abhängigkeit von bestimmten Patientenmerkmalen, Diagnosen oder unterschiedlichen in die DRG eingeschlossenen Prozeduren gibt, geht davon ein Anreiz aus, sich auf die Versorgung „lukrativer“ Fälle (Rosinenpickerei) zu beschränken und Patienten, deren Behandlungskosten absehbar nicht durch die DRG gedeckt werden abzuweisen oder schnell weiter zu verlegen (Risikoselektion).

Die hier angesprochenen Probleme entstehen jedoch nicht erst ab einer bestimmten Höhe der Kostenvarianzen, auch relativ kleine Kostenvarianzen haben durchaus erhebliche Auswirkungen. Krankenhäuser rechnen pro Jahr nicht nur eine oder einige wenige Fälle ab, sondern je nach Größe des Krankenhauses oder der Fachabteilung mehrere Tausende. Und sie rechnen auch nicht nur eine DRG, sondern mehrere unterschiedliche DRGs ab. Entscheidend für das wirtschaftliche Ergebnis ist die Gesamtzahl der Fälle und DRGs und die Gesamtsumme der abgerechneten Casemix-Punkte (effektiver Casemix). Folglich haben auch relativ kleine Kostenvarianzen eine erhebliche ökonomische Relevanz, weil sie in einer großen Zahl von DRGs auftreten.

Die finanzielle Relevanz selbst kleiner Kostenvarianzen soll die nachfolgende Beispielrechnung veranschaulichen. Der gegenwärtige Basisfallwert liegt bei ca. 3.600 Euro. Eine Abweichung um drei Prozent entspricht einem Betrag von 108 Euro. Wenn ein Krankenhaus mit 500 Betten jährlich 25.000 DRG-Fälle behandelt, entspricht dies einer jährlichen Mehr- oder Mindereinnahme in Höhe von 2,7 Mio. Euro. Dies ist auch für ein relativ großes Krankenhaus im Fall eines Verlustes eine tendenziell bedrohliche Größenordnung und erfordert erhebliche Anstrengungen zur Kostenreduktion. Umgerechnet in Pflegestellen entspricht dies ca. 50 Vollzeitstellen im Pflegedienst.

Liegt die Abweichung bei fünf Prozent, entspricht dies 4,5 Mio. Euro, und bei einer Abweichung um 10 Prozent nach oben oder unten, bedeutet dies für das oben angeführte fiktive Beispielkrankenhaus einen Überschuss oder Verlust in Höhe von 9 Mio. Euro.

Es erscheint wichtig darauf hinzuweisen, dass nicht um die „Wirtschaftlichkeit“ oder „Unwirtschaftlichkeit“ einzelner Krankenhäuser geht. Diese Beispielrechnungen sollen aufzeigen, welche Konsequenzen eine nicht hundertprozentige Kostenhomogenität der Fallpauschalen hat. Die genannten Beträge zeigen an, wie viel Gewinn oder Verlust allein aus einem ungleich verteilten Patientenspektrum resultiert und wie viel Gewinn durch gezielte Rosinenpickerei oder Risikoselektion erzielt werden kann, selbst bei relativ kleinen Kostenvarianzen.

Angesichts dieser Zusammenhänge ist festzuhalten, dass die unzureichende Komplexität des Fallgruppensystems erhebliche Relevanz für die ökonomischen Wirkungen des Fallpauschalensystems hat. Sie führt nicht nur zu medizinisch-pflegerisch inhomogenen Gruppen, sie hat auch Kostenvarianzen innerhalb der DRGs zur Folge, die zu Verlusten oder Gewinnen führen können, die nicht durch unterschiedliche Wirtschaftlichkeit entstehen, sondern allein aufgrund der mangelhaften Konstruktion des DRG-Systems.

Die Bewertungsrelationen

Die Bewertungsrelationen sind sozusagen der ökonomische Kern des Fallpauschalensystems. Wie bereits erwähnt, geben sie keine Auskunft für die absolute Höhe der Kosten einer DRG, sondern zeigen nur die relative Höhe der durchschnittlichen Kosten für die Behandlung eines Falles der jeweiligen Fallgruppe im Verhältnis zu den anderen DRGs an. Zentraler Referenzwert ist die sogenannte „Bezugsgröße“, die den Geldbetrag anzeigt, der einer Bewertungsrelation von 1,0 entspricht.

Die Spannweite zwischen der niedrigsten und der höchsten Bewertungsrelation ist erheblich. Die untere Grenze liegt gegenwärtig bei einer Bewertungsrelation von ca. 0,2 und die obere Grenze bei ca. 71. Multipliziert man diese Werte mit dem gegenwärtig geltenden bundesweit durchschnittlichen Basisfallwert von ca. 3.600 Euro, so reicht die Spanne der Fallpauschalen von ca. 720 Euro bis ca. 250.000 Euro.

Grundlage für die Ermittlung der Bewertungsrelationen sind die jedes Jahr neu erhobenen Ist-Kostendaten einer bundesweiten Stichprobe von bislang ca. 250 Krankenhäusern, der sogenannten Kalkulationsstichprobe. Die an der Kalkulationsstichprobe teilnehmenden Kliniken erheben ihre fallbezogenen Ist-Kosten nach einer von den Spitzenverbänden festgelegten Methodik, die in einem Kalkulationshandbuch beschrieben ist (InEK 2016). Das InEK prüft die Plausibilität der gelieferten Daten und berechnet auf Grundlage der Kostendaten die durchschnittlichen Fallkosten je DRG.

Die Umrechnung der durchschnittlichen Fallkosten je DRG in eine Bewertungsrelation erfolgt, indem die Fallkosten durch die Bezugsgröße dividiert werden. Angenommen die ermittelten durchschnittlichen Fallkosten betragen 6.000 Euro und die Bezugsgröße liegt bei 3.000 Euro, dann ergibt sich daraus für die betreffende DRG eine Bewertungsrelation von 2,0.

Bei der Bezugsgröße handelt es sich nicht um die durchschnittlichen Fallkosten aller DRGs. Bei Einführung des DRG-Systems kam sie diesen noch relativ nahe, seit der DRG-Version für das Jahr 2006 ist sie von den Ist-Kosten abgekoppelt. Wegen der besonderen Bedeutung für die Funktionsweise des DRG-Systems soll näher auf diese Änderung eingegangen werden.

Probleme durch die Konstanthaltung des nationalen Casemix

Bis zur DRG-Version des Jahres 2005 war die Bezugsgröße definiert als „gewichteter arithmetischer Mittelwert der Kosten aller „Inlier“ in Hauptabteilungen“ (InEK 2004: 51). Als „Inlier“ werden im DRG-Jargon Fälle bezeichnet, deren Verweildauer zwischen der unteren und der oberen Grenzverweildauer liegt. Die Bezugsgröße der DRG-Version 2005 wurde somit nicht auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten aller Fälle berechnet, sie basierte nur auf den Fallkosten der Inlier der Hauptabteilungen und erfasste somit auch keine Zusatzentgelte, sonstigen Zu- und Abschläge etc. Zudem wurde der Mittelwert der Fallkosten je DRG als „gewichteter arithmetischer Mittelwert“ berechnet, womit gemeint war, dass die Mittelwerte der einzelnen DRGs mit der Zahl der voraussichtlich bundesweit abgerechneten Fälle je DRG multipliziert in die Berechnung eingehen. Der Mittelwert einer DRG mit hoher Fallzahl erhält damit ein höheres „Gewicht“ als der einer DRG mit nur wenigen Fällen.

Diese Art der Berechnung der Bezugsgröße und der Bewertungsrelationen wirft schwerwiegende Probleme für das DRG-System auf. Durch die Berechnungsmethode folgt die Bezugsgröße – trotz der genannten Einschränkungen – den tatsächlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser. Steigen die Kosten, steigt auch die Bezugsgröße. Sinken die Kosten, sinkt auch die Bezugsgröße. Das wiederum hat zu Folge, dass bei gleich bleibender Fallzahl und gleich bleibendem durchschnittlichen Fallschweregrad (CMI) beim Wechsel von einer DRG-Jahresversion auf die nächste Version die Gesamtsumme der Bewertungsrelationen (nationaler Casemix) in Abhängigkeit von der Kostenentwicklung steigt oder sinkt.

Dieser Anstieg oder Abfall ist unabhängig vom politischen Willen oder den Verhandlungsergebnissen der Verbände auf Landes- und Bundesebene und von den Akteuren des Regulierungssystems nicht steuerbar. Da sich das Gesamterlösvolumen auf Landesebene – und in der Addition aller Länder auch auf Bundesebene – aus der Multiplikation des abgerechneten Casemix-Volumens mit den jeweiligen Landesbasisfallwerten ergibt, folgt die Entwicklung der Gesamtausgaben zu einem wesentlichen Teil auch der Entwicklung der Ist-Kosten. Das Selbstkostendeckungsprinzip, das mit dem DRG-System abgeschafft werden sollte, würde entgegen des erklärten politischen Ziels auf der Landesebene zumindest zu einem relevanten Teil weitergeführt. Die Weiterführung erfolgt insofern nur z. T., als sie auch von den vereinbarten Landesbasisfallwerten abhängig ist.

Werden in einem solchen System die Landesbasisfallwerte entsprechend der politischen Vorgaben erhöht, führt beides bei einer Kostensteigerung zu einer Kumulation. Das Casemix-Volumen wird aufgrund der Anbindung an die Kostenentwicklung erhöht und dieses erhöhte Volumen wird um die auf Landesebene vereinbarte prozentuale Erhöhung des Landesbasisfallwertes erhöht. Das wäre nicht nur eine Fortführung des Selbstkostendeckungsprinzips auf Landesebene, es hätte auch die gesetzliche Vorgabe ausgehebelt, dass die Ausgaben insgesamt nicht stärker steigen sollen als die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder.

Aber auch in der anderen Richtung wirft dieses System der Berechnung der Bezugsgröße erhebliche Probleme auf. Denn: Sinken die Fallkosten im Durchschnitt aller DRGs, so führt dies in diesem System bei gleich bleibender Fallzahl und CMI zu einem Absinken des Casemix-Volumens. Die Krankenhäuser würden zwar genauso viele Leistungen wie im Vorjahr erbringen, dafür aber weniger Geld erhalten. Wird die Absenkung des Casemix-Volumens nicht durch die Erhöhung des Lan-

desbasisfallwertes ausgeglichen, sinkt auch die Summe der Erlöse – wohlge­merkt: trotz gleich bleibender Leistungen.

Wäre ein solches System beibehalten worden, hätte dies mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Kellertreppeneffekt zur Folge gehabt, denn durch die Begrenzung der Fallpauschalen auf die bundesweit durchschnittlichen Fallkosten wurde ein Großteil der Kliniken zu Kostensenkungen gezwungen, Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten erzielten hingegen Gewinne, die sie jedoch nicht oder nicht in vollem Umfang zur Erhöhung ihrer Kosten, beispielsweise durch Anhebung der Personalbesetzung, verwendeten. Insofern wäre das Gesamtkostenvolumen immer weiter gesunken.

Die dadurch bewirkte Absenkung des Casemix-Volumens hätte in der bis 2005 angewendeten Methodik die Krankenhäuser zu weiteren Kostensenkungen gezwungen, die wiederum zu einer weiteren Absenkung der Durchschnittskosten geführt hätte, die in die Berechnung der Bezugsgröße eingeht und in der folgenden DRG-Version zu einer weiteren Absenkung des Casemix-Volumens führt, die wieder den Druck in Richtung weiterer Kostensenkungen geschaffen hätte etc. Die Folge wäre eine sich immer weiter drehende Abwärtsspirale gewesen, die in jährlichen Schritten erfolgt und deshalb als Kellertreppeneffekt bezeichnet werden kann.

Innerhalb eines solchen Systems gäbe es keinen Ausweg, der Weg würde zwangsläufig immer weiter nach unten führen. Der immer weiter fortschreitenden Absenkung könnten die Krankenhäuser nur entgehen, wenn sie zusätzliche Einnahmen erzielen. Die können in einem Fallpauschalensystem jedoch nur durch zusätzliche Fälle oder eine Erhöhung des durchschnittlichen Fallschweregrades erreicht werden. Dadurch würden allerdings die durchschnittlichen Fallkosten je DRG weiter gesenkt, denn die zusätzlichen Fälle müssten ohne zusätzliche Kosten – und d. h. vor allem: mit dem gegebenen Personal – erbracht werden. Mehr oder schwerere Fälle bei gleichen Kosten zu versorgen, führt zu einer Absenkung der durchschnittlichen Fallkosten und letztlich zur Absenkung der Bezugsgröße.

Das bei Einführung des DRG-Systems praktizierte Verfahren der Berechnung der Bewertungsrelationen hätte somit den aus der ambulanten ärztlichen Versorgung bekannten „Hamsterradeffekt“ zur Folge, der unbedingt vermieden werden sollte.

Dass es sich bei der hier skizzierten Auswirkung nicht um eine lediglich hypothetische Angelegenheit handelte, zeigte sich bereits 2005. Beim Übergang von der DRG-Version 2004 auf die Version 2005 sank das bundesweite Casemix-Volumen um ca. fünf Prozent (Steiner/Jaeger 2007). Die Erklärung dafür ist darin zu finden, dass bereits vor der

„Scharfschaltung“ des DRG-Systems zum 1. Januar 2005 in einer Vielzahl von Krankenhäusern teilweise massive Kosteneinsparungen vorgenommen worden waren.¹⁷

Spätestens ab 2003 war den Krankenhäusern bekannt, wo der jeweilige Landesbasisfallwert und damit der landesweite Fallkostendurchschnitt bei der „Scharfschaltung“ 2005 liegen wird und wo ihr Fallkostendurchschnitt im Vergleich dazu lag. Lag ein Krankenhaus über dem Landesdurchschnitt, gehörte es zu den „Verlierern“ und hatte z. T. drastische Budgetabsenkungen zu erwarten, die u. U. so groß sein konnten, dass die Insolvenz drohte.¹⁸ Verlierer-Krankenhäuser konnten und durften nicht bis 2005 warten, sie mussten umgehend reagieren und ihre Kosten bereits vor der „Scharfschaltung“ senken (zur damaligen Situation vgl. Simon 2008).

Angesichts dieser Entwicklung forderte die DKG umgehende Änderungen an der Kalkulationsmethodik, damit die negativen Effekte für die Krankenhäuser vermieden werden (Steiner/Jaeger 2007).

Die Lösung des Problems wurde in der „Konstanzhaltung“ des nationalen Casemix gefunden. Mit dem Wechsel von der DRG-Version 2005 zu 2006 wurde die Berechnung der Bezugsgröße grundlegend geändert. Seitdem bilden die gewichteten durchschnittlichen Fallkosten je DRG die Ausgangsbasis, die Bezugsgröße wird jedoch so berechnet, dass die Summe des nationalen Casemix über die Versionswechsel hinweg konstant bleibt.

„Erstmals für die G-DRG-Version 2006 wird die Bezugsgröße in der Weise berechnet, dass die für den plausibilisierten Datenbestand gem. § 21 KHEntgG ermittelte Summe effektiver Bewertungsrelationen („Casemix für Deutschland“) bei Verwendung des neuen Fallpauschalen-Katalogs konstant bleibt“ (InEK 2005: 9).

Laut Beschreibung des InEK wird dabei so verfahren, dass die vorliegenden Abrechnungsdaten der vorherigen DRG-Version genutzt werden, um anhand der neuen Kostendaten in einer Simulationsrechnung zu ermitteln, wie hoch das Casemix-Volumen des neuen Kataloges ist, wenn Fallzahl und CMI genauso ausfallen wie in der vorherigen Katalogversion (InEK 2005: 32–34). Bei der erstmaligen Anwendung dieses Rechenverfahrens wurde erreicht, dass das nationale Casemix-Volumen

17 Mit dem in der damaligen Fachdiskussion verwendeten Begriff der „Scharfschaltung“ des DRG-Systems war gemeint, dass ab dem 1. Januar 2005 aus der Abrechnung mit Fallpauschalen Überschüsse und Verluste resultierten. In den Jahren 2003 und 2004 wurden Fallpauschalen nur „nachrichtlich“ ausgewiesen, die Vergütung erfolgte auf Grundlage der krankenhausindividuellen Budgetvereinbarung und Entgelte.

18 Die zuständigen Beamten des BMG gingen davon aus, die Einführung des DRG-Systems werde zu „Budgetkorrekturen führen, die im Einzelfall Größenordnungen von 10, 20 oder mehr Prozent erreichen können“ (Baum/Tuschen 2000: 451).

der DRG-Version für das Jahr 2006 fast exakt auf dem Niveau des Jahres 2004 lag. Im Jahr 2004 waren 15.476.804 Casemixpunkte abgerechnet worden, die Simulationsrechnung für den Katalog 2006 ergab für den Fall einer identischen Fallzahl und eines identischen CMI die Summe von 15.443.851 Casemixpunkten (InEK 2005: 33). Die Abweichung betrug nur 0,2 Prozent.

Dieses Verfahren wurde seitdem bei jedem Versionswechsel und folglich jeder jährlichen Neuberechnung des Fallpauschalenkataloges angewendet. Durch die neue Berechnungsmethode und die Konstanzhaltung des nationalen Casemix-Volumens sind die Bewertungsrelationen seit der Version 2006 vollständig von der Kostenentwicklung abgekoppelt.

„Die Bezugsgröße wird damit ausschließlich zur Rechengröße zwecks Adjustierung des DRG-Systems. Insbesondere besteht zwischen adjustierten Bezugsgröße und den mittleren Kosten der Kalkulation kein kausaler Zusammenhang mehr“ (Leber/Wolff 2007: 60).

Das Casemix-Volumen wird konstant gehalten, unabhängig davon, wie sich die Kosten entwickeln. Die Entwicklung der Gesamtausgaben ist somit weitgehend nur noch von der Entwicklung der Landesbasisfallwerte abhängig.¹⁹ Damit wurde eine zentrale Voraussetzung erfüllt, um im Krankenausbereich landesweite Gesamtvergütungen einzuführen, wie sie in der ambulanten ärztlichen Versorgung seit Jahrzehnten existieren. Darauf wird an späterer Stelle noch näher eingegangen.

Die Konstanzhaltung des nationalen Casemix-Volumens hat allerdings eine noch weit über die Konstruktion landesweiter Gesamtvergütungen hinausgehende Bedeutung, auf die ebenfalls noch an späterer Stelle näher eingegangen wird. Hier soll aber bereits kurz angedeutet werden, um welche es sich dabei handelt.

Wenn das nationale Casemix-Volumen konstant gehalten wird, hat dies zur Konsequenz, dass die Erhöhung der Bewertungsrelation einer DRGs zwangsläufig zur Absenkung aller anderen Bewertungsrelationen führt. Wenn das Gesamtvolumen strikt gedeckelt ist, können Zuwächse an einer Stelle nur gewährt werden, wenn an anderen Stellen entsprechend gekürzt wird. Werden beispielsweise neue DRGs mit neuen kostenaufwändigen Behandlungsarten und entsprechend hohen Bewer-

¹⁹ Die Entwicklung der Gesamtausgaben ist von mehr Einflussfaktoren abhängig als nur dem nationalen Casemix-Volumen, das sich auf Grundlage des jeweils neuen Fallpauschalenkataloges ergibt. Ein wesentlicher und in der Regel erhöhender Einflussfaktor waren in der Vergangenheit zahlreiche politische Ad-hoc Interventionen, durch die mehr Geld in das DRG-System eingespeist wurde. Dazu gehörten unter anderem zwei Pflegestellenförderprogramme, ein sogenannter „Versorgungszuschlag“ etc. Darauf wird an späterer Stelle noch näher eingegangen. Diese anderen Einflussfaktoren ändern jedoch nichts an der grundsätzlichen Geltung der hier aufgezeigten Zusammenhänge.

tungsrelationen eingeführt, müssen dafür alle anderen Bewertungsrelationen gesenkt werden.

Dieses System wirkt selbstverständlich auch in die andere Richtung. Werden in einer DRG oder einer bestimmten Kostenart die Kosten signifikant gesenkt, führt dies zur Anhebung der Bewertungsrelationen aller anderen DRGs oder Teil-Bewertungsrelationen der anderen Kostenarten. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: Mit Einführung des DRG-Systems wurden bundesweit mehrere Tausend Stellen im Pflegedienst abgebaut. Dies hat im DRG-System die Absenkung vor allem solcher DRG-Bewertungsrelationen zur Folge, die einen überdurchschnittlichen Pflegepersonalkostenanteil beinhalten.

Die dadurch erzielten Einsparungen kamen aufgrund der Konstanthaltung des Casemix allerdings nicht den Krankenkassen zugute. Das System ist so konstruiert, dass entsprechende Einsparungen auf alle anderen DRGs und Kostenarten umverteilt werden. Werden die Kosten des Pflegedienstes gesenkt, hat dies folglich eine Anhebung der anderen Kostenarten und sowie der weniger pflegeaufwändigen DRGs zur Folge. Somit wurden Kliniken mit unterdurchschnittlichem Pflegekostenanteil sowie alle anderen Kostenarten zu „Gewinnern“ eines Stellenabbaus im Pflegedienst.

Das DRG-System ist folglich ein Umverteilungssystem. Die Fallpauschalen dienen letztlich nur der Umverteilung zwischen Krankenhäusern, Fachabteilungen oder Kostenarten. Daraus wiederum resultieren Überschüsse und Verluste, die in keiner Weise etwas mit überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher Wirtschaftlichkeit zu tun haben. Allein aus diesem Grund ist es vollkommen unsachgemäß zu behaupten, das DRG-System sei ein „leistungsgerechtes“ Vergütungssystem und habe die Wirtschaftlichkeit im Krankenausbereich verbessert, wie dies von den Befürwortern und Verteidigern des DRG-Systems vielfach behauptet wird.

Probleme der Kalkulationsmethode

Das Verfahren zur Berechnung der Bewertungsrelationen weist noch weitere sehr schwerwiegende Probleme auf. Auf die wichtigsten wird nachfolgend eingegangen: die fehlende Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe, die sogenannte „Ein-Haus-Methode“ und die vorgegebene Methodik zur Ermittlung der Fallkosten in den Stichprobenkrankenhäusern.

Die Fehlende Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe

Ein schwerwiegendes Problem der Kalkulationsmethodik ist die fehlende Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe. Da bei Einführung des DRG-Systems keine Vollerhebung der Ist-Kosten in allen zugelassenen

Allgemeinkrankenhäusern möglich war und auch heute noch nicht möglich ist, werden die Kostendaten seitdem jährlich in ca. 250 Krankenhäusern einer sogenannten „Kalkulationsstichprobe“ erhoben.²⁰ Um zuverlässige Daten über die tatsächlichen durchschnittlichen Ist-Kosten zu erhalten, müsste diese Stichprobe den Anforderungen der statistischen Repräsentativität genügen. Zentrale Anforderung an eine Stichprobe, damit sie als repräsentativ gelten kann, ist neben der Stichprobengröße die Art der Auswahl der Einheiten der Grundgesamtheit, die in die Stichprobe aufgenommen werden.

Um der tatsächlichen Verteilung der relevanten Merkmale der Grundgesamtheit möglichst nahe zu kommen und systematische Verzerrungen der Stichprobe zu vermeiden, sollte die Auswahl nach dem Zufallsprinzip erfolgen. Dabei müssen alle Einheiten der Grundgesamtheit dieselbe Chance haben, in die Stichprobe zu gelangen.²¹ Wird diese Voraussetzung nicht erfüllt und ist eine Stichprobe nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit, besteht das Risiko systematischer Verzerrungen. Bestimmte Gruppen der Grundgesamtheit können überproportional in der Stichprobe vertreten sein und dadurch kann das Ergebnis u. U. erheblich von der Verteilung in der Grundgesamtheit abweichen.

Übertragen auf die Kalkulationsstichprobe bedeutet dies, dass durch eine nicht repräsentative Stichprobe der Mittelwert der Fallkosten erheblich von dem abweichen kann, der sich ergeben würde, wenn man eine Vollerhebung aller Krankenhäuser durchführen würde.

Diese Voraussetzung der Repräsentativität hat die Kalkulationsstichprobe zu keinem Zeitpunkt erfüllt. Die Teilnahme an der Kalkulationsstichprobe erfolgte bis vor kurzem nicht aufgrund einer Zufallsauswahl, sondern aufgrund freiwilliger Meldung. Interessierte Kliniken melden sich beim InEK und das InEK entscheidet über die Aufnahme in die Stichprobe. Entscheidendes Kriterium ist dabei, ob das betreffende Krankenhaus über ein betriebliches Rechnungswesen verfügt, das in der Lage ist, die Kostendaten in der vom InEK verlangten Zuverlässigkeit und Qualität zu liefern.

20 Eine Vollerhebung war bei Einführung des DRG-Systems, abgesehen von dem immensen Ressourcenaufwand, vor allem deshalb nicht möglich, weil das Rechnungswesen der meisten Krankenhäuser nicht in der Lage war, die Gesamtkosten auf die einzelnen Fälle umzurechnen. Dazu bedarf es einer sogenannten Kostenträgerrechnung, über die damals nur wenige Kliniken verfügten. Und auch die Kliniken, die darüber verfügten, kamen nicht alle in Frage, da die Kalkulationsmethodik an die Kostenträgerrechnung relativ hohe Anforderungen stellt, die nur ein Teil der Krankenhäuser erfüllen konnte.

21 Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Mitglieder der Grundgesamtheit die gleiche Chance hatten, in die Stichprobe zu gelangen (vgl. u.a. Leonhart 2004: 109). Zentrale Voraussetzung für die Repräsentativität einer Stichprobe ist die Zufallsauswahl aus der Grundgesamtheit (vgl. u.a. Schnell et al. 2005: 305).

Da die Stichprobe nicht den Anforderungen der Repräsentativität genügt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die im Rahmen der Kalkulationsrunden gewonnenen Kostendaten die Kostensituation der Grundgesamtheit aller Krankenhäuser richtig abbildet. Wie hoch die durchschnittlichen Fallkosten der einzelnen DRGs in der Grundgesamtheit aller in den Anwendungsbereich des DRG-Systems fallenden Krankenhäuser tatsächlich sind, ist folglich unbekannt.

Dass die Stichprobe aufgrund der fehlenden Repräsentativität gravierende systematische Verzerrungen aufweist, ist auch bereits an leicht erkennbaren Merkmalen der teilnehmenden Krankenhäuser abzulesen. So sind Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten seit Anfang an unterrepräsentiert und die privaten Kliniken beteiligten sich bis auf wenige Ausnahmen nicht an der Kalkulationsstichprobe (vgl. u. a. InEK 2005: 15–18; 2013: 12–14).

Das Problem der fehlenden Repräsentativität ist seit Anfang an den führenden Akteuren des DRG-Systems bekannt (Steiner/Jaeger 2007: 26). Eine repräsentative Stichprobe war jedoch nicht realisierbar, da damals nur ein kleiner Teil der Krankenhäuser über ein ausreichend entwickeltes Rechnungswesen verfügte. Hätte man unter diesen Bedingungen eine Zufallsauswahl vorgenommen und die ausgewählten Kliniken zur Teilnahme an der Kalkulationsstichprobe verpflichtet, wäre ein Großteil der ausgewählten Krankenhäuser nicht in der Lage gewesen, die erforderlichen Kostendaten in der erforderlichen Qualität zu liefern. Für das DRG-System zuständige Mitarbeiter der DKG bezeichneten dieses schwerwiegende Problem 2009 verharmlosend als „Zielkonflikt zwischen der Repräsentativität und der Datenqualität“ (Steiner/Jaeger 2009: 21).

Auf Grundlage der Kostendaten einer Zufallsstichprobe hätten bei Einführung des DRG-Systems mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit keine Bewertungsrelationen berechnet werden können. Die Einführung eines deutschen DRG-Systems wäre wahrscheinlich allein an diesem Problem gescheitert. Folglich einigten sich GKV-Spitzenverband, DKG und PKV darauf, den „Zielkonflikt“ so zu lösen, dass die Bewertungsrelationen auf Grundlage einer nicht repräsentativen Stichprobe berechnet und festgesetzt werden.

Bewegung kam in dieses Thema erst, nachdem im Herbst 2013 in einem Zeitschriftenbeitrag des Deutschen Ärzteblattes auf die fehlende Repräsentativität der Stichprobe und die damit verbundenen weitreichenden Konsequenzen hingewiesen worden war (Simon 2013). Einige Monate später antwortete der Leiter des InEK in einem Interview auf die Frage, was die größten Schwächen des DRG-Systems seien:

„Unsere Unfähigkeit, zu den tatsächlichen Kostenverhältnissen in Deutschland mithilfe der Stichprobe eine Aussage zu treffen“ (Heimig 2014: 168).

„Es ist zwar wunderbar, dass wir weltweit vielleicht die besten und vollständigsten Daten haben. Aber sind es die richtigen? Zumindest sind es die aktuell bestmöglichen“ (Heimig 2014: 168).

Das System gebe auf viele Dinge eine Antwort,

„und es sollte auch eine Antwort darauf finden, ob wir noch mit den richtigen Krankenhäusern kalkulieren und für viele Leistungen den richtigen Preis ermitteln“ (ebd.).

Nachdem auch die Politik von dem Problem Kenntnis erhalten hatte, reagierte die Regierungskoalition im Rahmen des 2015 beschlossenen Krankenhausstrukturgesetzes und fügte in § 17b KHG die Verpflichtung der Spitzenverbände ein, für eine repräsentative Kalkulationsstichprobe zu sorgen.

„Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert. Auf der Grundlage eines vom DRG-Institut zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3 und deren Weiterentwicklung. Als Bestandteil des Konzepts haben die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen zu seiner Umsetzung zu vereinbaren; dabei können sie insbesondere bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichten und Maßnahmen ergreifen, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und um die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können“ (§ 17b Abs. 3 Satz 3 KHG).

Die Formulierung in § 17b KHG ist sehr eindeutig und der Auftrag sehr klar: Die Bewertungsrelationen sind verpflichtend auf Grundlage einer „repräsentativen Auswahl“ von Krankenhäusern zu kalkulieren und die Verbände haben ein Konzept für eine „repräsentative Kalkulation“ vertraglich zu vereinbaren.

Die Spitzenverbände ignorierten diesen sehr eindeutigen Gesetzauftrag jedoch. Zwar trafen GKV-SV, PKV und DKG 2016 eine Vereinbarung, allerdings nicht zur Verwirklichung einer repräsentativen Kalkulationsstichprobe, sondern nur zur „Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation“ (GKV-SV/DKG 2016).

Das aber bedeutet nichts anderes, als dass die Stichprobe weiterhin nicht den Anforderungen der Repräsentativität genügt. Um dies zu erreichen, hätte es einer vollkommen neuen Stichprobe bedurft, die insgesamt und vollständig auf einer Zufallsauswahl beruht. Stattdessen bleibt es bei der freiwilligen Teilnahme, die nur durch eine „Auswahl einzelner, bislang entweder aufgrund ihrer Trägerschaft oder ihrer Leistungsstruktur unterrepräsentierter Krankenhäuser ergänzt“ wird (GKV-SV/DKG

2016: Präambel). Es wird ausdrücklich festgestellt: „Die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation bleibt hiervon unberührt“ (GKV-SV/DKG 2016: 2).

Um die Teilnahme ausgewählter Krankenhäuser zu erreichen, wurden Strafzahlungen für Kliniken vereinbart, die ausgewählt wurden, sich aber weigern, ihre Kostendaten zu liefern. Im ersten Jahr ist ein pauschaler Abschlag in Höhe von 14.000 Euro vorgesehen und im zweiten Jahr ein Abschlag von 15 Euro je Fall (ebd.: 3). Bei den Erlössummen, die im DRG-System bewegt werden, sind dies lächerlich geringe Beträge. Der Basisfallwert liegt gegenwärtig im Bundesdurchschnitt bei ca. 3.600 Euro. 15 Euro entsprechen somit lediglich 0,4 Prozent des gegenwärtig geltenden Basisfallwertes.

Die gesetzliche Vorgabe und auch die Vereinbarung der Spitzenverbände zielen deutlich erkennbar auf die privaten Kliniken, die sich davon allerdings nicht beeindrucken ließen. Zwar stieg der Anteil der privaten Kliniken in den letzten Jahren etwas an, er ist jedoch weiter deutlich unterdurchschnittlich (InEK 2019a: 10).

In seinem Vortrag auf dem Nationalen DRG-Forum 2017 zitierte der Geschäftsführer des InEK aus dem Brief eines Krankenhauses an das InEK, in dem die Krankenhausleitung mitteilte:

„Uns ist bewusst, dass die ausbleibende Kalkulationsteilnahme in 2017 sanktionsbehaftet ist und sehen daher einer entsprechenden Sanktionierung gem. Anlage 1 Nr. 11 Buchstabe a) ihres Schreibens entgegen“ (Frank Heimig, zit. n. Balling 2017).

Die Gründe für diese Weigerung sind leicht nachvollziehbar. Wenn private Kliniken, insbesondere hoch spezialisierte Fachkliniken, ihre Leistungen unter dem allgemeinen Kostendurchschnitt erbringen können, erhöht dies den Überschuss, der aus der Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Fallkosten resultiert. Wenn sie ihre Kostendaten in die Kalkulationsstichprobe einbringen, senkt dies die durchschnittlichen Fallkosten der DRGs, die sie erbringen. In der Folge sinken ihre Erlöse. Verweigern sie die Datenlieferung, entstehen ihnen sozusagen „Extraprofite“ in Höhe der Differenz zwischen der bisherigen Bewertungsrelation und der Bewertungsrelation, die sich ergeben würde, wenn sie ihre Daten liefern.

Es bedarf keiner höheren Mathematik, um eine simple Rechnung anzustellen und die angedrohte Geldstrafe bei Nichtteilnahme gegen diese Extraprofite gegenzurechnen. Im Fall der oben zitierten Klinik war das Ergebnis offenbar, dass man der zu erwartenden Geldstrafe mit Gelassenheit entgegensehen konnte, da sie weit unter dem zu erwartenden Extraprofit lag.

Dem Leiter des InEK und auch den zuständigen Akteuren der drei Spitzenverbände ist dieses Kalkül selbstverständlich bekannt. Heimig formulierte es in dem oben bereits erwähnten Interview wie folgt:

„Es wird mehr und mehr kolportiert, dass eine Vielzahl der Krankenhäuser absichtlich nicht an der Kalkulation teilnimmt. Es ist natürlich problematisch, wenn ein Haus eine Leistung schwerpunktmäßig und besonders kostengünstig anbieten kann, an der Kalkulation teilnimmt und ihm aufgrund der dann ermittelten Ergebnisse aus der Stichprobe u. U. die eigenen Leistungen geringer vergütet werden“ (Heimig 2014: 168).

Will ein Krankenhaus seine Kosten dem InEK nicht offenlegen, kann es dazu letztlich nicht gezwungen werden. Selbst wenn die Sanktionen erheblich erhöht würden, gibt es Wege, eine Offenlegung der tatsächlichen Kosten zu vermeiden. So kann die Kostenerhebung so gestaltet werden, dass sie den Anforderungen des InEK nicht entspricht. Damit sind die gelieferten Daten für die Kalkulation nicht verwendbar. Das Krankenhaus hat zwar seine gesetzliche Verpflichtung erfüllt und Daten geliefert, durch die Art der Datenlieferung aber erreicht, dass seine unterdurchschnittlichen Kosten weiterhin nicht in die Kalkulation einfließen.

Die „Ein-Haus-Methode“

Mit dem Begriff „Ein-Haus-Methode“ ist gemeint, dass die Ist-Kostendaten aller Kalkulationskrankenhäuser in einer Datei zusammengeführt werden und auf dieser Grundlage die Berechnung der Bewertungsrelationen erfolgt.

„Für jede DRG des bestehenden G-DRG-Systems Version 2004 wurden die Fälle aller Kalkulationskrankenhäuser – so als stammten sie aus einem Krankenhaus – in einer Datei zusammengefasst (so genannte „Ein-Haus-Methode“) (InEK 2005: 45).

Somit werden strukturelle Unterschiede zwischen den Krankenhäusern bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen nicht berücksichtigt. Es werden weder Unterschiede der Versorgungsstufe noch des Versorgungsauftrages oder des Leistungsspektrums, der Trägerschaft oder des Standortes beachtet. Alle Kostendaten werden sozusagen in „einen großen Topf“ geworfen und daraus wird der arithmetische Mittelwert errechnet, der dann Grundlage für die Berechnung der Bewertungsrelationen ist.

Dies ist in hohem Maße unsachgemäß und hoch problematisch, da diese Unterschiede kostenrelevant sind. Die aus ihnen resultierenden Kostenunterschiede können nicht als „Unwirtschaftlichkeiten“ abgetan werden, um damit die „Ein-Haus-Methode“ zu legitimieren. So hängt das Patienten- und Leistungsspektrum in starkem Maße von dem im Landeskrankenhausplan definierten Versorgungsauftrag ab, und vom Pati-

enten- und Leistungsspektrum wiederum hängen die Kostenstrukturen ab.

Nun könnte argumentiert werden, die Unterschiede infolge unterschiedlicher Versorgungsaufträge würden insofern durch das Fallgruppensystem abgebildet, als Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung andere Leistungen erbringen als kleine Landkrankenhäuser und folglich auch andere und höher bewertete Fallpauschalen abrechnen. Dabei wird jedoch ausgeblendet, dass der Fallpauschalenkatalog keine Zuweisung von DRGs zu Versorgungsstufen vorsieht. Abgesehen von einigen Ausnahmen (z. B. Versorgung Frühgeborener/ Neonatologie) kann jedes Krankenhaus jede DRG erbringen und abrechnen. Folglich wird ein Großteil der DRGs von Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufe erbracht.

Da die Zuteilung zu einer Versorgungsstufe in der Regel mit Anforderungen an die Vorhaltung einer bestimmten Infrastruktur verbunden ist, muss davon ausgegangen werden, dass die fallbezogenen Kosten bei identischen DRGs umso höher sind, je höher die Versorgungsstufe ist. Dies resultiert insbesondere aus höheren Gemeinkosten infolge der Vorhaltung entsprechender baulicher und apparativer Infrastruktur, vor allem aber aus der Vorhaltung einer sowohl qualitativ als auch quantitativ aufwändigeren Personalbesetzung.

So unterscheidet sich beispielsweise die Ausstattung der Notaufnahme eines Landkrankenhauses deutlich von der Notaufnahme einer Universitätsklinik. Auch die Ausstattung einer kleinen interdisziplinären Intensivstation ist deutlich anders als die der Intensivstationen von Universitätskliniken oder anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung.

Die Versorgungsstufe und der Versorgungsauftrag haben aufgrund unterschiedlicher Anforderungen auch Auswirkungen auf die durchschnittlichen Personalkosten sowohl des ärztlichen Dienstes als auch anderer für die direkte Patientenversorgung relevanter Berufsgruppen (Pflegepersonal, qualifiziertes medizinisch-technisches Fachpersonal etc.).

Sehr deutlich wird diese Problematik am Beispiel der hoch spezialisierten Fachkrankenhäuser. Sie bieten teilweise sehr komplexe und im DRG-System hoch bewertete Leistungen an wie beispielsweise Herztransplantationen, aufwändige orthopädische Operationen etc. Dabei handelt es sich vielfach um Leistungen, die ansonsten nur von Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufen und insbesondere von Universitätskliniken erbracht werden. Im Unterschied zu diesen müssen die hoch spezialisierten Fachkliniken jedoch keine hoch aufwändige Infrastruktur vorhalten, um auch sehr schwere und komplexe Fälle angemess-

sen versorgen zu können. Dazu sind aber Universitätskliniken verpflichtet, wenn sie ihren Versorgungsauftrag erfüllen wollen.

Wenn eine Spezialklinik zudem nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, braucht sie auch die dafür erforderlichen Kosten nicht aufzubringen. Zwar fällt bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ein Abschlag auf die Fallpauschalen an, der dürfte aber bei weitem nicht an die Folgekosten einer Teilnahme an der Notfallversorgung heranreichen. Denn wer an der Notfallversorgung teilnimmt, muss auch schwere Notfälle aufnehmen und versorgen, die sehr kostenaufwändig sein können.

Hoch spezialisierte Fachkliniken können zudem bei der planbaren Aufnahme von Patienten sehr selektiv vorgehen und dadurch erreichen, dass sie tendenziell nur die relativ leichten Fälle zu versorgen haben. Medizinische Gründe für die Ablehnung einer planbaren Aufnahme schwerstkranker, komplizierter, alter Patienten und Weiterleitung an das nächstgelegene kommunale Großkrankenhaus oder die nächste Universitätsklinik lassen sich im Fall von hoch spezialisierten Kliniken leicht finden. Und wenn die Fachklinik nicht über die oben erwähnte erforderliche Infrastruktur für die Versorgung sehr schwerer Fälle verfügt, dürfte die Weiterleitung an ein Krankenhaus der Maximalversorgung auch im Interesse der betroffenen Patienten sein.

Auch die Trägerschaft und der Standort haben Einfluss auf die Kosten eines Krankenhauses und müssten folglich bei der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Trägerschaft hat insbesondere auf die Höhe der Personalkosten Einfluss, da die Höhe und Struktur der Gehälter durch die jeweils geltenden Tarifverträge beeinflusst werden, die wiederum von der Trägerschaft abhängig sind. Wobei nicht nur öffentliche, freigemeinnützige und private Träger zu unterscheiden sind, denn auch innerhalb dieser drei Trägergruppen gelten unterschiedliche Tarifverträge. So gelten bei den öffentlichen Krankenhäusern für kommunale Kliniken andere Tarifverträge als für Universitätskliniken, unterscheiden sich die arbeitsrechtlichen Bestimmungen freigemeinnütziger Krankenhäuser in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur Caritas oder Diakonie oder einer anderen Konfession oder Trägergruppe und gibt es für jeden privaten Krankenhauskonzern jeweils eigene Tarifverträge.

Auch der Standort und die regionale Verteilung der Krankenhäuser ist relevant für die Kostenstrukturen, da sowohl Personalkosten als auch Teile der Sachkosten durch regionale Preis- oder Gehaltsniveaus beeinflusst werden.

Wenn – wie bei der „Ein-Haus-Methode“ – alle Ist-Kostendaten in einer Datei zusammengeführt und daraus die Bewertungsrelationen errechnet werden, führt dies dazu, dass die Bewertungsrelationen unter den Kosten solcher Kliniken liegen, die aufgrund der oben aufgezeigten

Unterschiede im Versorgungsvertrag, der Trägerschaft oder regionaler Rahmenbedingungen relativ höhere Kosten haben. Für Krankenhäuser, die diese Mehrkosten nicht haben, werden die Bewertungsrelationen hingegen in einer Höhe festgesetzt, die über ihren Kosten liegt.

Es wäre vollkommen unangemessen, die daraus resultierenden Kostenunterdeckungen oder Überschüsse als Beweis für Unwirtschaftlichkeit oder Wirtschaftlichkeit der betreffenden Krankenhäuser zu werten. Diese Gewinne und Verluste sind einzig das Ergebnis der Konstruktion des DRG-Systems, insofern, als die Fallgruppensystematik diese strukturellen Unterschiede ausblendet und ihre Berücksichtigung verweigert. Auch dieser Aspekt zeigt, dass die Behauptung, das DRG-System sei leistungsgerecht, nicht der Realität entspricht.

Wollte man die angesprochenen strukturellen Unterschiede der Krankenhäuser im Fallpauschalensystem berücksichtigen, müsste zum einen die Stichprobenkonstruktion geändert und zum anderen der Fallpauschalenkatalog entsprechend der strukturellen Unterschiede ausdifferenziert werden.

Es müsste eine sogenannte „geschichtete Zufallsstichprobe“ erhoben werden.²² Die Grundgesamtheit aller in den Anwendungsbereich des DRG-Systems fallenden Krankenhäuser müsste in Gruppen unterteilt werden, die nach Merkmalen gebildet sind, von denen anzunehmen ist, dass sie systematischen Einfluss auf die Höhe der Fallkosten haben. Aus diesen Gruppen („Schichten“) müssten Stichproben gezogen werden, in einer Größe, die dem Anteil der jeweiligen Gruppe an der Grundgesamtheit aller Krankenhäuser entspricht. Dadurch wäre sichergestellt, dass alle Einheiten der Grundgesamtheit die gleiche Chance haben, in die Stichprobe zu gelangen, und alle relevanten Krankenhausgruppen entsprechend ihres Anteils in der Gesamtstichprobe vertreten sind. Merkmale zur Bildung dieser Gruppen wären entsprechend der oben dargelegten Argumentationen insbesondere Trägerschaft, Krankenhausgröße und/oder Versorgungsstufe, Anzahl der Fachabteilungen (breites Spektrum oder Spezialisierung) und Standort (Region).

Würde man nur drei Trägergruppen, drei Versorgungsstufen (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Zentralversorgung) und die 16 Bundesländer berücksichtigen, ergäbe dies bereits eine Vielzahl von „Schichten“ oder Untergruppen, wenn man bedenkt, dass es Kliniken verschiedener Trägerschaft in allen Versorgungsstufen und allen Bundesländern gibt. Somit müsste für jedes Bundesland eine Untergliederung jeder Versorgungsstufe in drei Trägergruppen erfolgen ($16 \times 3 \times 3$

²² Beschreibungen der Konstruktion geschichteter Zufallsstichproben finden sich beispielsweise in gängigen Lehrbüchern der empirischen Sozialforschung (Atteslander 2010: 275; Häder 2006: 150; Kromrey 2006: 303; Schnell et al. 2005: 279f.).

= 144). Wie dargelegt wäre eine solche Schichtung sogar noch unterkomplex, da sie die Unterschiede innerhalb einzelnen Trägergruppen nicht berücksichtigt und auch keine Differenzierung nach Anzahl der Fachabteilungen vorsieht. Aber auch eine Unterteilung in 144 Subgruppen wäre bereits so komplex, dass sie bei insgesamt ca. 1.600 Allgemeinkrankenhäusern letztlich auf eine Vollerhebung hinausliefe.

Auf Grundlage der geschichteten Stichprobe müsste in einem zweiten Schritt eine entsprechende Ausdifferenzierung des Fallpauschalenkataloges erfolgen. Die Bewertungsrelationen müssten entlang der in der geschichteten Stichprobe gebildeten Gruppen in Subgruppen unterteilt werden, die für medizinisch identische DRGs jeweils unterschiedlich hohe Bewertungsrelationen ausweisen. Das würde allerdings zu einer explosionsartigen Ausweitung der Zahl abrechenbarer DRGs führen und das Klassifikationssystem wäre mit Sicherheit nicht mehr handhabbar, da es wahrscheinlich aus weit mehr als Zehntausend Fallgruppen bestehen würde ($1.300 \times 144 = 187.200$).

Mit diesen Ausführungen soll nicht für die Umstellung auf eine mehrdimensional geschichtete Zufallsstichprobe und eine daran ausgerichtete Ausdifferenzierung des Fallpauschalenkatalogs plädiert werden. Es soll nur darauf hingewiesen werden, dass eine seriöse Kalkulation von Bewertungsrelationen sehr anspruchsvoll ist und hoch aufwändig – und letztlich nicht praktikabel. Auch eine darauf aufbauende Differenzierung des Fallgruppensystems wäre nicht mehr praktikabel. Die Alternative kann allerdings nicht sein, es bei der gegenwärtigen systematisch verzerrten nicht repräsentativen Stichprobe zu belassen. Die einzig sinnvolle Alternative kann nur lauten: Unterlassung jeglichen Versuches, bundesweit einheitliche Fallpauschalen zu kalkulieren und verbindlich vorzugeben. Das deutsche DRG-System müsste folglich umgehend beendet und abgeschafft werden.

Es sei an dieser Stelle noch auf einen Aspekt der „Ein-Haus-Methode“ hingewiesen, der in den letzten Jahren zunehmend für Kritik gesorgt hat. So wird kritisiert, dass immer häufiger Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufen hoch anspruchsvolle Leistungen erbringen und abrechnen, für die sie weder einen Versorgungsauftrag haben noch über die notwendige Infrastruktur verfügen. Wenn es tatsächlich eine solche Entwicklung geben sollte – empirische Belege wurden bislang noch nicht beigebracht – dann wäre dies eine Entwicklung, die durch die „Ein-Haus-Methode“ verursacht oder zumindest befördert wird. Da DRGs für alle Krankenhäuser einheitlich kalkuliert und festgesetzt sind und unabhängig von der jeweiligen Versorgungsstufe abgerechnet werden können, wirkt dies als starker Anreiz auf Kliniken niedrigerer Versorgungsstufen, hoch bewertete DRGs zu erbringen. Bei ihnen fallen die in die

Kalkulation eingeflossenen Infrastrukturkosten der Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen nicht an und so wird die Erbringung solcher Leistungen finanziell sehr attraktiv.

Methodik zur Ermittlung der Fallkosten

Die Kalkulationskrankenhäuser sind verpflichtet, ihre Ist-Kosten entsprechend der Vorgaben eines Kalkulationshandbuches zu ermitteln und an das InEK zu melden (zur aktuell geltenden Version des Handbuches vgl. InEK 2016). Auch die vorgegebene Methodik zur Fallkostenermittlung weist schwerwiegende Mängel auf, die hier allerdings nur exemplarisch am Beispiel der Personalkosten des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes, der beiden wichtigsten Kostenarten, aufgezeigt werden sollen.

Will man die tatsächlichen Personalkosten für die ärztliche und pflegerische Versorgung einer Patientengruppe (DRG) im Krankenhaus ermitteln, wären eigentlich umfangreiche arbeitsanalytische Untersuchungen erforderlich (zu Methoden arbeitszeitanalytischer Untersuchungen im Krankenhaus vgl. BMA 1985). Die tatsächlich pro Patient erbrachte Arbeitszeit müsste jeden Tag für jede Personalgruppe erfasst werden, nach Entlassung oder Verlegung des Patienten addiert und mit den jeweiligen durchschnittlichen Personalkosten der entsprechenden Dienstart multipliziert werden. Soll die Arbeitszeitmessung genau sein, müssten externe Zeitnehmer eingesetzt werden, die die aufgewendete Arbeitszeit je Patient messen und dokumentieren. Alternativ könnte auch das sogenannte Selbstaufschreibeverfahren angewendet werden, bei dem ein Erfassungsbogen bei jedem Patienten liegt, in dem die verschiedenen Personalgruppen jeweils ihre für diesen Patienten aufgewendete Arbeitszeit dokumentieren (für den Pflegedienst vgl. exemplarisch Borzutzki 1980, 1983).

Auf eine weitergehende Beschreibung der Methodik arbeitsanalytischer Arbeitszeitmessungen soll hier verzichtet werden, denn es dürfte bereits hinreichend deutlich geworden sein, dass eine realitätsnahe Erfassung der Personalkosten je DRG immens aufwändig ist und im Fall des Einsatzes externer Zeitnehmer auch sehr kostenaufwändig. Einen solchen Aufwand wäre kein Krankenhaus bereit und in der Lage für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen zu leisten. Dies gilt nicht nur für externe Zeitnehmer, sondern auch für das Selbstaufschreibeverfahren, da die Dokumentation vom Personal parallel zu den regulären Aufgaben der Patientenversorgung durchgeführt werden müsste. Da dafür kein zusätzliches Personal eingestellt würde, ginge dies zulasten der Patientenversorgung. Ein Problem, das angesichts der Unterbesetzung im Pflegedienst umso schwerer wiegt.

Dieser Weg wurde wegen des erheblichen Ressourcenbedarfes von Anfang an nicht beschränkt. Stattdessen werden die Personalkosten anhand einer äußerst groben Methodik nur geschätzt. Dabei werden die Gesamt-Personalkosten einer Dienststation durch einen Verteilungsschlüssel dividiert und das Ergebnis als Kostenanteil in die DRGs eingerechnet.

Im Fall des Pflegedienstes werden die Gesamt-Personalkosten einer Station durch eine Minutenzahl dividiert, die sich aus der Addition von Werten einer aus den 1990er Jahren stammenden Pflege-Personalregelung (PPR) ergibt (InEK 2016: 135–137). Die Patienten werden jeden Tag auf Grundlage der PPR einer von neun unterschiedlichen Pflegestufen zugewiesen, die mit bestimmten Minutenwerten hinterlegt sind. Die Addition der dokumentierten Minutenwerte ergibt eine Summe von PPR-Minuten je Fall und die Addition der PPR-Minuten aller Fälle ergibt die Gesamtsumme aller PPR-Minuten einer Station. Die Division der Gesamtpersonalkosten der Station durch die Summe der PPR-Minuten ergibt einen Geldbetrag je PPR-Minute, der mit der durchschnittlichen Zahl der PPR-Minuten je DRG multipliziert wird und so die Personalkosten des Pflegedienstes der Normalstationen je DRG ergibt. Auf dieser Grundlage wird der Anteil der Pflegepersonalkosten der Normalstationen an den Bewertungsrelationen errechnet.

Der so ermittelte Wert in der Bewertungsrelation hat jedoch keinen Zusammenhang zum tatsächlichen Arbeitszeitaufwand und den tatsächlichen bundesweiten durchschnittlichen Personalkosten des Pflegedienstes. Bei den erfassten PPR-Minuten handelt es sich nicht um die tatsächlich an dem betreffenden Patienten erbrachte Arbeitszeit, sondern um Normwerte, die einem EDV-Programm hinterlegt sind, das für die Zuordnung der Patienten verwendet wird. Diese Normwerte stammen aus arbeitszeitanalytischen Erhebungen, die Anfang der 1990er Jahre für die Entwicklung der PPR durchgeführt wurden. Sie sind somit vollkommen veraltet.

Die Methodik zur Ermittlung der durchschnittlichen Personalkosten des Pflegedienstes auf Normalstation je DRG ist somit vollkommen unsachgemäß und in keiner Weise geeignet, den tatsächlich erbrachten Pflegeaufwand und die tatsächlich anfallenden Pflegepersonalkosten zu ermitteln. Der in die Berechnung der Bewertungsrelationen eingehende Wert ist lediglich ein statistisches Artefakt, ein Kunstprodukt ohne jegliche Aussagekraft über die tatsächlichen durchschnittlichen Kosten der pflegerischen Versorgung einer DRG.

Ähnlich verhält es sich mit der Ermittlung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes (InEK 2016: 132–135). Der Anteil der Personalkosten des ärztlichen Dienstes auf Normalstation wird ermittelt, indem die

Summe der Gesamtpersonalkosten des ärztlichen Personals einer Normalstation durch die Gesamtzahl der in dem betreffenden Jahr erbrachten Pflage tage dividiert wird (als Pflage tag gilt jeder Aufenthaltstag eines Patienten). Der daraus resultierende Geldbetrag je Pflage tag wird bei jedem DRG-Fall mit der Zahl der Verweildauertage multipliziert. Die sich daraus ergebende Summe wird als Anteil der Personalkosten des ärztlichen Dienstes in die Bewertungsrelation der betreffenden DRG eingerechnet.

Dieses Vorgehen impliziert die Annahme, dass die Kosten der ärztlichen Versorgung eines Patienten auf einer Normalstation allein durch die Länge der Verweildauer beeinflusst wird. Diese Annahme ist vollkommen unsachgemäß. Die Höhe der Kosten der ärztlichen Versorgung ist vor allem von der Erkrankungsschwere, dem erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Aufwand, aber auch dem Alter, den vorhandenen Nebenerkrankungen, vom Auftreten von Komplikationen und deren Schwere etc. abhängig. Der ärztliche Arbeitsaufwand variiert folglich unabhängig von der Länge des Krankenhausaufenthaltes und kann bei einem Patienten mit kurzer Verweildauer erheblich höher sein, als bei einem Patienten mit langer Aufenthaltsdauer. Insofern ist die angewendete Methodik ungeeignet, um die tatsächlichen Personalkosten des ärztlichen Dienstes je DRG realitätsgerecht abzubilden. Die in die Bewertungsrelationen einkalkulierten Personalkosten des ärztlichen Dienstes haben keinen Zusammenhang zu den tatsächlich entstandenen Personalkosten.

Dies gilt auch für die Personalkosten in den Funktionsbereichen wie Röntgen, Notaufnahme etc., denn auch sie werden unter Verwendung des Verteilungsschlüssels „Pflage tage“ auf die einzelnen DRGs verteilt. Da die Zahl der erbrachten Pflage tage hauptsächlich Verteilungsschlüssel für weite Bereiche der Kostenarten und Kostenstellen ist, kann festgehalten werden, dass die Kalkulationsmethodik insgesamt nicht geeignet ist, die tatsächlichen fallbezogenen Personalkosten zu ermitteln.

Wollte man die tatsächlichen fallbezogenen Personalkosten beispielsweise des ärztlichen Dienstes ermitteln, müsste auch dies durch Arbeitszeitmessungen erfolgen, wie sie oben für den Pflegedienst bereits skizziert wurden. Auch dies wäre sehr zeitaufwändig und müsste entweder unter hohem Kostenaufwand durch externe Zeitnehmer oder von den Ärztinnen und Ärzten zusätzlich zur Versorgung der Patienten sozusagen „nebenbei“ mit geleistet werden. Diesen Aufwand wäre sicher kein Krankenhaus bereit und in der Lage für die Erhebung von Ist-Kostendaten zur Kalkulation von Fallpauschalen zu erbringen.

Der hier formulierten Kritik könnte entgegengehalten werden, es ginge bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen gar nicht um die abso-

lute Höhe der Kosten, sondern nur darum herauszufinden, in welchem Verhältnis sich die Fallkosten der verschiedenen DRGs voneinander unterscheiden. Denn die Bewertungsrelation bilden schließlich nicht die absolute Höhe der Kosten ab, sondern nur relative Kosten im Verhältnis zu einer Bezugsgröße.

Eine solche Argumentation verkennt jedoch die erhebliche Bedeutung der ermittelten Fallkosten. Sie werden zwar nicht 1:1 in die Fallkosten eingerechnet, aber sie entscheiden über die relative Höhe der jeweiligen Fallpauschalen und sind somit für die Verteilung der Mittel von zentraler Bedeutung. Werden die Kosten einer Kostenart (z. B. Personalkosten des ärztlichen Dienstes oder Pflegedienstes) aufgrund der Art der Datenerhebung zu niedrig geschätzt, sinkt der Anteil dieser Kostenart an den betreffenden DRGs. Darüber hinaus sinkt auch der Anteil der Fachabteilungen und Krankenhäuser, die diese DRGs erbringen und abrechnen. Das wiederum hat zur Folge, dass diese Dienstleistungen, Fachabteilungen oder Krankenhäuser anteilig weniger Geld erhalten, als ihnen bei einer sachgerechten und wirklichkeitsnahen Kostenermittlung eigentlich zustünde.

Eine der Folgen sorgte vor einigen Jahren für politische Diskussionen und auch entsprechende Interventionen. Anders als bei den Personalkosten, ist die Erfassung sehr teurer einzelner Sachkosten beispielsweise für teure Implantate, relativ einfach zu handhaben und somit auch tendenziell leichter bei der Kostenermittlung exakt zu erfassen und einzukalkulieren. Das trug mit dazu bei, dass sachkostenintensive DRGs mit der Zeit immer besser vergütet wurden und personalkostenintensive DRGs relativ dazu an Gewicht verloren. Die Politik reagierte im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes 2016 darauf und beauftragte die Spitzenverbände, die Bewertungsrelationen besonders sachkostenintensiver DRGs gezielt abzusenken (§ 17b Abs. 1 KHG).

Die relative Zunahme des Sachkostenanteils und somit einer zunehmenden Höherbewertung der sachkostenintensiven DRGs dürfte jedoch noch durch einen anderen Faktor verursacht sein. Wie oben dargelegt, wird die Summe des nationalen Casemix seit 2006 bei einem Versionswechsel konstant gehalten. Das musste zwangsläufig dazu führen, dass die Absenkung des Personalkostenanteils insbesondere durch den Stellenabbau im Pflegedienst eine Anhebung des Sachkostenanteils bewirkt. Wenn eine Kostenart sinkt und das Gesamtvolumen der Bewertungsrelationen konstant gehalten werden soll, ist dies nur zu erreichen wenn die „eingesparten“ Gelder auf alle anderen Kostenarten umverteilt werden.

Vor diesem Hintergrund erweist sich die politische Intervention zur Absenkung sachkostenintensiver DRGs als Ausdruck von Hilflosigkeit,

vor allem aber wohl als Anzeichen mangelnder Kenntnis der Funktionsweise des DRG-Systems. Ausdruck von Hilflosigkeit ist diese Intervention, weil sie nicht an den Ursachen ansetzt, sondern nur die Symptome bekämpft. Sowie weiter Personalkosten gesenkt werden, wird sich der Anteil der Sachkosten auch weiter erhöhen.

Ausdruck von mangelnder Sachkenntnis war die Intervention, weil der Politik die hinter der Zunahme der Sachkosten stehende Mechanik offensichtlich nicht bekannt war. Nun kann man einwenden, dann hätten die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung die Politik darauf hinweisen sollen. Das wiederum setzt voraus, dass den führenden Vertretern der gemeinsamen Selbstverwaltung diese Mechanik bekannt ist. Da drängen sich angesichts der Äußerungen zum DRG-System allerdings ernsthafte Zweifel auf. Und selbst wenn den führenden Vertretern der Spitzenverbände diese Mechanik bewusst war, wie hätten sie diese absurde Konstruktion der Politik erklären sollen, ohne damit irritierte Nachfragen zu provozieren?

Die Intervention war allerdings nicht nur Ausdruck von Hilflosigkeit und offenbar auch von mangelnder Sachkenntnis, sie war auch in eklatanter Weise systemwidrig. Die Politik hat per Gesetz bestimmt, dass einzelne Bewertungsrelationen nicht systemgerecht weiterentwickelt, sondern einfach abgesenkt werden.

Anders war das Problem jedoch nicht zu lösen, was die Unfähigkeit des DRG-Systems zeigt, mit systemkonformen Maßnahmen Probleme zu lösen, von denen bereits eine Vielzahl zutage getreten ist, die nur durch systemwidrige politische Interventionen zu lösen waren. Die in der Öffentlichkeit wohl bekanntesten Beispiele waren die beiden Pflegestellenförderprogramme (der Jahre 2009 bis 2011 und 2016 bis 2018 sowie die 2020 in Kraft getretene vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen.

Neuestes Beispiel ist die Mitte 2020 getroffene Entscheidung, Kinderkliniken einen jährlichen Zuschlag von bis zu 400.000 Euro zu gewähren, um damit die schwerwiegenden Probleme einer systematischen Unterfinanzierung im DRG-System zumindest partiell zu beheben. Auf die übrigen politischen Interventionen, mit denen die DRG-Systematik außer Kraft gesetzt und zusätzliches Geld in das System gegeben wurde, wird an späterer Stelle noch näher eingegangen.

Doch zunächst zurück zur Ermittlung der Ist-Kosten. Zur Ermittlung des Anteils der Personalkosten des ärztlichen Dienstes ist noch darauf hinzuweisen, dass die Verwendung der Verweildauertage für die Kalkulation der Fallpauschalen in eigentümlichem Widerspruch zu den Zielen der Umstellung auf Fallpauschalen steht. Die Einführung von Fallpauschalen wurde in der gesundheitspolitischen Diskussion vor allem auch

damit begründet, dass die für jeden Pflagegetag gezahlten tagesgleichen Pflagesätze in keinem Zusammenhang zu den tatsächlichen Kosten stünden und von daher nicht „leistungsgerecht“ seien. Wie der Blick in das Handbuch zur Kalkulation der Fallpauschalen zeigt, werden die deutschen Fallpauschalen weit überwiegend auf Grundlage der Verweildauertage und somit nicht anders als die so viel kritisierten tagesgleichen Pflagesätze kalkuliert.

Stark vereinfacht könnte man konstatieren, dass es sich bei den Fallpauschalen weitgehend um tagesbezogene Vergütungen handelt, die im Unterschied zu den früheren Pflagesätzen nicht mehr für jeden einzelnen Pflagegetag gezahlt werden, sondern als Gesamtbetrag für eine bestimmte, bei der Kalkulation zugrunde gelegte Anzahl von Verweildauertagen. Dies wird an einigen Stellen sogar sichtbar und tritt an die Oberfläche, beispielsweise im Fallpauschalenkatalog, der die Geltung der Fallpauschalen auf eine bestimmte Verweildauer begrenzt und bei Unterschreitung einer festgelegten „Unteren Grenzverweildauer“ Abschläge und bei Überschreitung einer „Oberen Grenzverweildauer“ Zuschläge vorsieht.

Exkurs: Probleme des DRG-Systems am Beispiel der Kinder- und Jugendmedizin

Im Laufe des Jahres 2020 entwickelte sich, ausgelöst durch die Medienberichterstattung, eine gesundheitspolitische Diskussion über die Unterfinanzierung von Kinderkliniken und Kinderstationen im DRG-System. Einer der zentralen Problempunkte, auf den insbesondere von Kinderärzten seit Jahren immer wieder hingewiesen wurde, ist die unzureichende Berücksichtigung der Besonderheiten der pädiatrischen Krankenhausversorgung. Kinder und insbesondere Kleinkinder erfordern einen deutlich höheren Personalaufwand als Erwachsene (vgl. dazu u. a. Böhmann 2019).

Um dies nachvollziehen zu können, bedarf es keines medizinischen Spezialwissens, es erschließt sich allein aus der Alltagserfahrung heraus. Da die ungewohnte Umgebung, Untersuchungen und therapeutische Maßnahmen für Kinder bedrohlich erscheinen und nicht selten mit Schmerzen verbunden sind, erfordert es einen erheblich höheren Aufwand, ihre Kooperation bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu erreichen. Auch nach therapeutischen Eingriffen, insbesondere nach Operationen, bedürfen insbesondere Kleinkinder eines deutlich höheren Betreuungsaufwandes. Zudem sind häufig auch die Eltern während des Krankenaufenthaltes anwesend, um ihre Kinder zu betreuen und zu unterstützen. Dabei brauchen auch die Eltern professionelle Unterstützung und Betreuung, die insbesondere durch das Pflage-

personal geleistet wird. Die dazu erforderlichen Gespräche und praktischen Anleitungen können einen hohen zeitlichen Aufwand erfordern, der auf Kinderstationen einen im Vergleich zu Erwachsenenstationen deutlich höheren Personalbedarf zur Folge hat (vgl. dazu u. a. BVKJ 2020; Deutscher Ethikrat 2016: 94–98; DGKJ 2015).

Die Kritik aus den Reihen der Kinderärzte sowie der Kinderkrankenpflege richtet sich dagegen, dass dieser Mehraufwand im DRG-System nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wird. Werden die Fallgruppen nur entlang von Diagnosen und Prozeduren gebildet, bleibt der Mehraufwand bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen systematisch unberücksichtigt. Wollte man ihn in die Systematik einarbeiten, müssten bei allen Diagnosen und Prozeduren, die sowohl bei der Versorgung von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen anfallen, sogenannte „Alterssplits“ eingefügt werden. Medizinisch gleiche Gruppen müssten entlang von Altersgrenzen in verschiedene DRGs aufgeteilt werden. Dabei könnte es sich durchaus als notwendig herausstellen, dass nicht nur ein Alterssplit ausreicht, der in Erwachsene auf der einen und Kinder und Jugendliche auf der anderen Seite unterscheidet, sondern dass auch noch einmal zwischen Kindern und Jugendlichen differenziert wird und bei einem Teil der DRGs möglicherweise auch die Gruppe der Kinder unterteilt wird, um den Mehraufwand für Kleinkinder gesondert berücksichtigen zu können.

In den letzten Jahren wurde bereits auf die Kritik an einer unzureichenden Berücksichtigung der Kinder- und Jugendmedizin reagiert und es wurden eine Reihe von „Kinder-Splits“ (InEK 2019a: 21) und „Kinder-DRGs“ eingeführt, um die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin bei der Höhe der Fallpauschalen zu berücksichtigen. Dennoch hält die Kritik aus den Reihen der Kinder- und Jugendärzte weiter an und gibt es weiter Berichte aus Kinderkliniken über eine unzureichende Finanzierung durch das DRG-System.

Das wirft die Frage nach den Gründen der anhaltenden Unzufriedenheit und Kritik auf. Sie können hier nicht abschließend geklärt werden, aufgrund der oben dargelegten Probleme kann allerdings festgestellt werden:

1) Wie dargelegt, weisen die Daten der Kalkulationsstichprobe erhebliche Mängel auf und bieten von daher keine aussagekräftige und verlässliche Grundlage, um Kinder-Splits und Kinder-DRGs sachgerecht kalkulieren zu können. Insofern kann nicht davon ausgegangen werden, dass die bisherigen Kindersplits und Kinder-DRGs eine sachgerechte Abbildung der Kinderkliniken und Kinderstationen bewirkt haben.

2) Aufgrund der „Ein-Haus-Methode“ stammen die Kostendaten sowohl von Kinderkliniken und Kinderstationen als auch von Abteilungen,

die Erwachsene und Kinder versorgen. Es dürfte davon auszugehen sein, dass die Kosten gemischter Erwachsenen-Kinder-Stationen nicht mit denen reiner Kinderkliniken und Kinderstationen vergleichbar sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit darunter liegen. Das führt bei der Ist-Kostenermittlung dazu, dass die geringeren Personalkosten auf gemischten Stationen den Gesamtdurchschnitt senken und dieser Durchschnitt niedriger ist als er wäre, wenn die Kalkulation ausschließlich auf Grundlage der Kostendaten reiner Kinderstationen erfolgen würde. Folglich reichen aus Gründen der Kalkulationsmethodik die so kalkulierten Bewertungsrelationen selbst für „Kinder-DRGs“ mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zur Deckung der durchschnittlichen Ist-Kosten (selbst wenn die Kalkulation repräsentativ wäre, was sie nicht ist).

3) Wenn Kinder grundsätzlich an denselben Erkrankungen leiden können wie Erwachsene, reicht es nicht, nur für 200–300 DRGs Kindersplits vorzunehmen, es müssten Differenzierungen in wahrscheinlich fast allen DRGs erfolgen. Und diese Differenzierungen müssten vermutlich für einen relevanten Teil der DRGs mehr als nur einen Alterssplit beinhalten. Eine adäquate Ausdifferenzierung des Fallgruppensystems zur Abbildung der Kinder- und Jugendmedizin würde somit die Gesamtzahl der DRGs deutlich über die Grenze von 2.000 erhöhen. Damit aber würde die Fallgruppenzahl in einen Bereich vordringen, der das System nicht mehr handhabbar macht. Allerdings würde eine solche Ausdifferenzierung voraussetzen, dass verlässliche Kostendaten vorliegen, die eine sachgerechte Ableitung von Splits erlauben. Wie oben dargelegt, ist diese Voraussetzung jedoch nicht gegeben.

Aufgrund der schwerwiegenden Konstruktionsmängel des Fallpauschalenkataloges und der Fallpauschalenkalkulation ist davon auszugehen, dass eine sachgerechte Abbildung der Kinder- und Jugendmedizin im deutschen DRG-System grundsätzlich nicht möglich ist.

Insofern wäre eine Ausgliederung der Kinder- und Jugendmedizin aus dem DRG-System angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen die wohl sinnvollste kurzfristige Lösung, solange das DRG-System nicht insgesamt aufgehoben und durch ein anderes Vergütungssystem ersetzt ist.

Jede Ausgliederung eines Bereiches, sei es eine Berufsgruppe (Pflegerdienst) oder ein ganzes medizinisches Fachgebiet (Kinder- und Jugendmedizin) führt jedoch zu einer erheblichen Verkomplizierung des DRG-Systems und hat einen höheren Aufwand in verschiedenen Bereichen zur Folge, insbesondere bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen und der Konstruktion des Fallgruppensystems. Zudem erfordern solche Ausgliederungen zusätzliche krankenhausespezifische Verhandlungen. Es muss nicht nur über das DRG-Budget verhandelt werden,

sondern auch über das Pflegebudget, das gesonderte Budget für eine Kinderklinik etc.

Notwendig wäre eine grundlegende und langfristige Lösung, die keine weitere Verkomplizierung des Finanzierungssystems zur Folge hat. Diese kann letztlich nur in der Beseitigung der Ursache der Ausgangsprobleme liegen: der Abschaffung des DRG-Systems.

Der Fallpauschalenkatalog

Zentrales Dokument des deutschen DRG-Systems ist der Fallpauschalenkatalog (für die Version 2020 vgl. InEK 2020b).²³ Er enthält in insgesamt 14 Spalten vor allem Angaben zur Definition der Fallpauschalen und ihrer Vergütung (vgl. Abb. 3). Im Folgenden werden die wichtigsten Angaben kurz vorgestellt. Dabei wird bei einigen auch auf die Relevanz für die Krankenhauspraxis eingegangen.

- *DRG-Kode*: Die erste Spalte enthält den DRG-Kode in Form der bereits erwähnten vierstelligen Buchstaben-Ziffern-Kombination.
- *Partition*: In einer zweiten Spalte wird mit einem Buchstaben angegeben, ob es sich eine operative, konservative oder andere Leistung handelt (die sogenannte „Partition“). „O“ steht für operative, „M“ für medizinisch-konservative und „A“ andere Arten von Leistung.
- *Sprachliche Definition der Fallgruppe*: Die dritte Spalte enthält eine kurzgefasste sprachliche Definition der betreffenden Fallpauschale. Die ausführliche Definition findet sich in einem gesonderten fünfbändigen Definitionshandbuch.
- *Bewertungsrelation*: In der vierten Spalte des Kataloges wird die Bewertungsrelation ausgewiesen.
- *Mittlere Verweildauer*: Der in dieser Spalte ausgewiesene Wert gibt an, wie hoch die durchschnittliche Verweildauer aller in der Kalkulationsstichprobe erfassten Fälle (Inlier) dieser DRG war. Bei dem Wert handelt es sich um eine statistische Angabe, ohne direkte Erlösrelevanz. Der Wert wird in Krankenhäusern jedoch vielfach als Richtgröße für die Entscheidung über die Entlassung der Patienten genutzt.

²³ Der Katalog ist unterteilt in einen Katalog für sogenannte „Hauptabteilungen“ und einen Katalog für „Belegabteilungen“. Im Unterschied zu Hauptabteilungen erfolgt die Patientenversorgung in Belegabteilungen nicht durch hauptamtlich im jeweiligen Krankenhaus beschäftigte Ärzte, sondern durch sogenannte „Belegärzte“. Das sind in der Regel niedergelassene Ärzte, die ein Belegrecht für eine bestimmte Anzahl Betten haben und die Kapazitäten des Krankenhauses wie den OP, die Labore etc. für die Versorgung ihrer Patienten nutzen können. Die Fallpauschalen für Belegabteilungen sind ohne die Kosten der behandelnden Ärzte kalkuliert und umfassen die übrigen verbleibenden Kosten. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt über das Vergütungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung. In der hier vorliegenden Studie wird auf die Besonderheiten der Belegabteilungen nicht eingegangen. Die belegärztliche Versorgung in Krankenhäusern ist insgesamt von untergeordneter Bedeutung.

Dabei wird offenbar davon ausgegangen, die mittlere Verweildauer würde die Grenze angeben, ab der die Behandlung eines Patienten defizitär wird. Tatsächlich gibt es jedoch keinen generellen Zusammenhang zwischen mittlerer Verweildauer und Kostendeckung. Bei schwerem Verlauf kann die Versorgung eines Patienten bereits nach wenigen Tagen die abrechenbare DRG übersteigen und bei leichtem Verlauf, kann ein Krankenhaus auch bei deutlicher Überschreitung der mittleren Verweildauer noch einen Überschuss erzielen.

- *Untere Grenzverweildauer:* In zwei Spalten wird ausgewiesen, ab welchem Verweildauertag die betreffende Fallpauschale um einen Abschlag gekürzt wird und wie hoch dieser Abschlag ist (Angabe als Bewertungsrelation pro Verweildauertag). Der in dieser Spalte ausgewiesene Wert ist offenbar in vielen Kliniken von erheblicher Bedeutung für die Entscheidung über die Entlassung eines Patienten. Es ist naheliegend, dass Patienten möglichst erst nach Überschreitung der unteren Grenzverweildauer (UGV) entlassen werden, um Abschläge zu vermeiden. Da die Krankenkassen um diese Strategie wissen, ist es ratsam, nicht gleich am folgenden Tag zu entlassen, um eine ansonsten möglicherweise zu erwartende Einschaltung des Medizinischen Dienstes zu vermeiden.
- *Obere Grenzverweildauer:* In zwei weiteren Spalten wird ausgewiesen, ab welchem Verweildauertag die betreffende Fallpauschale um einen tagesbezogenen Zuschlag erhöht wird und wie hoch dieser Zuschlag ist (Angabe als Bewertungsrelation je Tag). Da Krankenkassen auf eine Überschreitung der OGV nicht selten mit der Einschaltung des Medizinischen Dienstes reagieren, um die Möglichkeit einer Vergütungskürzung abzuklären, wird die OGV in vielen Kliniken offenbar als relativ harte Grenze gehandhabt. Bei der Überschreitung der OGV dürfte für Krankenhäuser zudem eine wesentliche Rolle spielen, ob der abrechenbare Zuschlag je Verweildauertag die Mehrkosten durch eine längere Verweildauer deckt oder nicht. Dabei ist zu beachten, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der Zuschläge und den in der Kalkulationsstichprobe ermittelten Kosten gibt. Die Bewertungsrelationen sind aus der Grundsatzentscheidung abgeleitet, dass ein bestimmter Prozentsatz der Gesamtkosten für diese Zuschläge bereitgestellt wird, vollkommen unabhängig davon, ob das Volumen zur Deckung der Mehrkosten ausreicht.

Der Fallpauschalenkatalog wird entsprechend der jährlichen Überarbeitung und Änderung des Fallgruppensystems, der Änderungen von Bewertungsrelationen etc. jährlich neu gefasst und auf der Internetseite des InEK veröffentlicht. Über die Inkraftsetzung eines neuen Fallpau-

schalenkataloges entscheiden die drei Spitzenverbände. Können sie sich nicht auf einen neuen Katalog einigen, setzt das Gesundheitsministerium ihn mittels Rechtsverordnung in Kraft.

Abbildung 2: Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog 2020

aG-DRG-Version 2020 und Pflegeerlöskatalog 2020

Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabnahme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾	Untere Grenzerweildauer		Obere Grenzerweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme ⁴⁾	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
						Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Bewertungs- relation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	Bewertungs- relation/Tag				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
B03Z	O	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	2,876		10,9	3	0,304	23	0,130	0,102			1,0408
B04A	O	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	3,484		13,8	4	0,574	28	0,146		x		1,6798
B04B	O	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC	3,020		14,7	4	0,399	29	0,095		x		1,2738
B04C	O	Bestimmte interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	1,320		4,2	1	0,385	10	0,134		x		0,9908
B04D	O	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe	1,327		5,5	1	0,286	10	0,073		x		0,9620
B05Z	O	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven	0,493		2,4	1	0,126	5	0,066	0,066			0,9066
B07Z	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose	3,272		16,6	5	0,354	35	0,090	0,121			1,2776
B09Z	O	Andere Eingriffe am Schädel	1,188		5,7	1	0,562	13	0,069	0,084			0,8569
B12Z	O	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2,348		13,4	3	0,386	27	0,081	0,108			1,1246
B15Z	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	2,521		19,5	6	0,353	35	0,127		x	x	0,8795
B16A	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	1,277		9,1	2	0,414	20	0,137	0,123		x	0,9280
B16B	O	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	0,826		5,1			14	0,109	0,131		x	0,9266
B17A	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders	2,058		8,8	2	0,407	17	0,097	0,124			1,0523
B17B	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Ingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Ingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC	1,816		9,8	2	0,387	23	0,119	0,108			1,0162
B17C	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff	1,340		4,0	1	0,582	9	0,061	0,070			0,7909
B17D	O	Ingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensyst. oder Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., Alt. < 19 J. od. mit schw. CC, Alt. > 15 J., ohne mäßig kompl. Ingr. od. oh. schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Ingr.	0,997		4,5	1	0,368	11	0,068	0,079			0,7643
B17E	O	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Ingr., ohne auß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.	0,706		2,9	1	0,198	7	0,063	0,067			0,8189
B18A	O	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	4,117		18,3	5	0,359	36	0,082	0,112			1,1606

Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Der Basisfallwert

Der für die Abrechnung anzuwendende Basisfallwert wird auf der Ebene der Bundesländer zwischen der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft, den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und dem PKV-Verband vereinbart. Die Landesbasisfallwerte werden seit 2010 schrittweise an einander angenähert (§ 10 Abs. 8 KHEntgG i. d. F. d. KHRG 2009). Dieser Prozess soll Ende 2020 abgeschlossen sein, so dass ab 2021 in allen Bundesländern gleich hohe Basisfallwerte gelten. Für das Jahr 2020 liegen die Landesbasisfallwerte aller Bundesländer bis auf eine Ausnahme sehr nahe an dem Wert von 3.650 Euro (Abb. 4). Lediglich der Basisfallwert für Rheinland-Pfalz weicht mit 3.786 Euro deutlich davon ab.

Abbildung 3: Landesbasisfallwerte 2020

Übersicht über die für 2020 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern

14.04.2020	Landesbasisfallwerte 2020										Landesbasisfallwerte 2019				
Bundesland	LBFW 2019 ohne Ausgleiche	Veränderung des LBFW 2020 zu 2019 ¹⁾	vereinbartes Casemix-Volumen	Veränderung des CM 2020 zu 2019	Erlösvolumen auf Landesebene	Veränderung des Erlösvolumens 2020 zu 2019	Angleichung an BBFW § 10 Abs. 6 KHEntgG	LBFW 2020 mit Ausgleichen	Art LBFW ²⁾	genehmigt mit Bescheid zum	LBFW 2019 ohne Ausgleiche	vereinbartes Casemix-Volumen	Erlösvolumen auf Landesebene	LBFW 2019 mit Ausgleichen	Angleichung an BBFW
Baden-Württemberg	3.662,15 €	3,48%	1.905.900	-20,59%	6.979.691.685 €	-17,83%	k.A.	3.672,40 €	VB	01.02.2020	3.539,12 €	2.400.000	8.493.888.000 €	3.539,12 €	k.A.
Bayern	3.654,45 €	3,33%	2.519.394	-20,65%	9.207.000.280 €	-18,01%	k.A.	3.660,92 €	VB	01.01.2020	3.536,70 €	3.175.040	11.229.163.968 €	3.533,70 €	k.A.
Berlin	3.659,00 €	3,58%	813.459	-22,23%	2.976.446.481 €	-19,45%	k.A.	3.670,45 €	VB	01.01.2020	3.532,50 €	1.046.000	3.694.995.000 €	3.532,50 €	k.A.
Brandenburg	3.652,00 €	3,46%	465.310	-21,64%	1.699.312.120 €	-18,93%	k.A.	3.662,36 €	VB	01.01.2020	3.530,00 €	593.800	2.096.114.000 €	3.530,00 €	k.A.
Bremen	3.664,35 €	3,31%	186.369	-20,65%	682.922.509 €	-18,02%	k.A.	3.674,63 €	VB	01.04.2020	3.547,00 €	234.870	833.083.890 €	3.547,00 €	k.A.
Hamburg	3.657,00 €	3,45%	499.905	-20,65%	1.828.152.585 €	-17,91%	k.A.	3.667,25 €	VB	01.02.2020	3.534,91 €	630.000	2.226.993.300 €	3.534,91 €	k.A.
Hessen	3.654,15 €	3,44%	1.170.335	-21,98%	4.276.579.640 €	-19,29%	k.A.	3.664,56 €	VB	01.02.2020	3.532,67 €	1.500.000	5.299.005.000 €	3.532,67 €	k.A.
Mecklenburg-Vorp.	3.656,00 €	3,57%	344.131	-20,93%	1.258.143.667 €	-18,10%	k.A.	3.666,23 €	VB	01.03.2020	3.529,85 €	435.200	1.536.190.720 €	3.529,85 €	k.A.
Niedersachsen	3.652,68 €	3,52%	1.439.828	-21,09%	5.259.230.939 €	-18,32%	k.A.	3.662,97 €	VB	01.01.2020	3.528,55 €	1.824.758	6.438.749.841 €	3.528,55 €	k.A.
Nordrhein-Westfalen	3.654,19 €	3,31%	4.056.417	-20,65%	14.822.916.844 €	-18,02%	k.A.	3.664,45 €	VB	01.02.2020	3.537,00 €	5.112.056	18.081.342.641 €	3.537,00 €	k.A.
Rheinland-Pfalz	3.786,00 €	2,77%	762.048	-20,62%	2.885.113.728 €	-18,42%	k.A.	3.786,00 €	VB	01.01.2020	3.683,97 €	960.000	3.536.611.200 €	3.683,97 €	k.A.
Saarland	3.685,50 €	3,29%	242.277	-21,00%	892.912.621 €	-18,40%	k.A.	3.695,80 €	VB	01.03.2020	3.568,00 €	306.680	1.094.234.240 €	3.568,50 €	k.A.
Sachsen	3.652,90 €	3,52%	881.654	-20,36%	3.220.593.897 €	-17,55%	k.A.	3.663,09 €	VB	01.03.2020	3.528,85 €	1.107.000	3.906.215.550 €	3.528,85 €	k.A.
Sachsen-Anhalt	3.652,90 €	3,52%	490.000	-21,10%	1.789.921.000 €	-18,32%	k.A.	3.663,13 €	VB	01.03.2020	3.528,85 €	621.000	2.191.291.650 €	3.528,85 €	k.A.
Schleswig-Holstein	3.652,50 €	3,51%	501.548	-20,65%	1.831.904.070 €	-17,86%	k.A.	3.662,73 €	VB	01.01.2020	3.528,50 €	632.070	2.230.258.995 €	3.528,50 €	k.A.
Thüringen	3.652,90 €	3,52%	504.000	-21,00%	1.841.061.600 €	-18,22%	k.A.	3.663,17 €	VB	01.02.2020	3.528,85 €	638.000	2.251.278.700 €	3.528,85 €	k.A.
Bund (CM-gew.)³⁾	3.661,65 €	3,39%	16.782.576	-20,90%	61.451.903.666 €	-18,22%					3.541,56 €	21.216.474	75.139.416.895 €		

¹⁾ SSt = Schiedsstufe, VB = Vereinbarung²⁾ Entspricht dem Berechnungsergebnis nach § 10 Abs. 9 Satz 2 KHEntgG (ohne Veränderungsrate)³⁾ inkl. anteiliger Tarifsteigerungsrate nach § 10 Abs. 5 Satz 5 KHEntgG

Bundesbasisfallwert (BBFW) 2020:	3.679,62 €
obere Korridorgrenze	3.771,82 €
untere Korridorgrenze	3.642,09 €

Quelle: AOK Bundesverband

Wie bereits dargelegt, entspricht der Landesbasisfallwert nicht den durchschnittlichen Fallkosten aller DRGs, weder auf Landes- noch auf Bundesebene. Es war auch nie Ziel, dass er den Durchschnittskosten entspricht. Der Landesbasisfallwert soll vielmehr zentraler Hebel zur Kontrolle und Steuerung der Gesamtausgaben auf Landesebene sein.

Dem DRG-System liegt die Leitvorstellung zugrunde, dass Fallzahlentwicklung und durchschnittliche Fallschwere konstant gehalten wird und die Entwicklung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung möglichst nur durch den Basisfallwert auf Landesebene beeinflusst wird. Zur Erreichung dieses Zieles wurde bei Einführung des DRG-Systems verbindlich vorgegeben, dass die Gesamtausgaben durch die Umstellung auf das DRG-System nicht steigen dürfen. Über allen Regelungen des DRG-Systems stand als oberstes Ziel die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch die Einführung des Fallpauschalensystems nicht gefährdet werden durfte (SPD/Bündnis 90/Die Grünen 2001: 45).

Die ersten Landesbasisfallwerte basierten noch auf den tatsächlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser eines Bundeslandes, da sie auf Grundlage der Basisfallwerte aller Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes errechnet wurden. Die Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser wiederum basierten auf ihren tatsächlichen krankenhausesindividuellen Kosten. Nach Festlegung der ersten Landesbasisfallwerte, wurde die weitere Entwicklung der Landesbasisfallwerte von den Kosten abgekoppelt. Die jährliche Veränderung der Landesbasisfallwerte erfolgte allein nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften, und die gaben vor, dass die Landesbasisfallwerte nicht stärker steigen durften als die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied (die sogenannte Veränderungsrate nach § 71 SGB V).

„Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der bisher nach den Vorgaben des § 6 BpflV in Verbindung mit § 71 SGB V jeweils bei der Vereinbarung des Erlösbudgets für das einzelne Krankenhaus zu beachten war, ist im DRG-Vergütungssystem bei der Vereinbarung des Basisfallwerts auf der Landesebene zu beachten. Absatz 4 begrenzt die Erhöhung des Basisfallwerts auf die Veränderungsrate nach § 71 SGB V“ (Begründung des Fallpauschalengesetzes, BT-Drs. 14/6893: 46).

Die strikte Verpflichtung auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität in der GKV und die Anbindung der Basisfallwerte an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen wurde mittlerweile zwar durch die Hinzuziehung eines sogenannten „Orientierungswertes“ abgeschwächt, der vom Statistischen Bundesamt auf Grundlage von Daten über die für Krankenhäuser relevante Preisentwicklung berechnet wird. Die grundsätzliche Verpflichtung auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt jedoch weiter. Zudem kann der vom Statistischen Bundesamt ermittelte

Orientierungswert kein Ersatz für eine zuverlässige Ermittlung der tatsächlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser sein.

Gäbe es eine aussagekräftige repräsentative Stichprobe für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen, bräuchte es keines Orientierungswertes. Wie oben bereits erwähnt, gibt es eine solche Stichprobe jedoch nicht. Aber auch wenn es sie gäbe: Das DRG-System wurde eingeführt, um das Selbstkostendeckungsprinzip endgültig abzuschaffen. Insofern stünde eine strikte Rückbindung der Fallpauschalen an die tatsächlichen Ist-Kosten im Widerspruch zu den mit der Einführung des DRG-Systems verfolgten Zielen.

Das Regulierungssystem

Mit dem DRG-System wurden nicht nur neue Vergütungen eingeführt, es wurde auch ein neues Regulierungssystem unterhalb der Ebene von Gesetzen und Verordnungen geschaffen. Ein erster Einstieg in ein solches System war bereits Mitte der 1990er Jahre zur Umsetzung eines neuen Entgeltsystems geschaffen worden, das 1996 in Kraft trat. Durch das GKV-GRG 2000 und das FPG 2002 wurde dieses System deutlich erweitert und mit mehr Kompetenzen ausgestattet. Die nachfolgende Beschreibung dieses Regulierungssystems beschränkt sich auf die Grundstrukturen und zentralen Systemelemente.

An oberster Stelle des Regulierungssystems stehen weiterhin Gesetze und Verordnungen des Bundes. Für die Regelung der Krankenhausfinanzierung ist auch heute noch das 1972 in Kraft getretene *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) von zentraler Bedeutung. Durch das *Fallpauschalengesetz* (FPG) 2002 wurde es allerdings erheblich „ausgedünnt“. Der größte Teil der Vorschriften zur Finanzierung der laufenden Betriebskosten (Pfleagesätze) wurde gestrichen und an deren Stelle trat das 2002 in Kraft getretene *Krankenhausentgeltgesetz* (KHEntgG). Es kann als das zentrale „DRG-Gesetz“ bezeichnet werden, da es die wichtigsten Vorschriften für alle relevanten Bereiche des DRG-Systems enthält.

Die Grundsätze staatlicher Krankenhauspolitik sind jedoch weiterhin in § 1 KHG festgelegt, und das KHG enthält auch weiterhin die zentralen Vorschriften zur staatlichen Krankenhausplanung und zur Investitionsförderung. Im *Sozialgesetzbuch V* (SGB V) finden sich weitere Rechtsvorschriften zur Krankenhausversorgung, so beispielsweise zum Anspruch der GKV-Versicherten auf Krankenhausbehandlung, sehr allgemein gehaltene Anforderungen an Krankenhäuser, zur Bindungswirkung

der Krankenhausplanung für die GKV, zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern etc.

Unterhalb der Gesetze stehen in der Regulierungshierarchie auch des DRG-Systems Rechtsverordnungen des Bundes. Die 1973 eingeführte Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gilt seit Einführung des DRG-Systems nur noch für die Bereiche der Psychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Im DRG-System ist an ihre Stelle eine *Fallpauschalenverordnung* getreten, die allerdings nur dann erlassen wird, wenn sich die Spitzenverbände im Krankenausbereich nicht auf eine jährlich neu zu treffende *Fallpauschalenvereinbarung* sowie weitere, damit zusammenhängende Vorschriften einigen können.

An dieser Stelle wird bereits das neue Regulierungssystem sichtbar, das – wenn es funktioniert – für alle Regulierungen unterhalb der Gesetzesebene zuständig ist und die sonst erforderlichen Verordnungen oder andere Regelungen des BMG ersetzt. Die Gestaltungsmacht in diesem neuen, untergesetzlichen Regulierungssystem liegt bei drei Verbänden: dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem PKV-Verband (§ 9 KHEntgG). Diesen drei Spitzenverbänden wurde mit Einführung des DRG-Systems die Aufgabe übertragen, auf vertraglichem Weg alle Regelungen zu vereinbaren, die unterhalb der Gesetzesebene erforderlich sind. Die von ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen sind für alle Krankenhäuser, alle Krankenkassen und auch die privaten Krankenversicherungen „unmittelbar verbindlich“.

Die Übertragung von Regulierungskompetenz auf Spitzenverbände wird allgemein üblich als sogenannte *gemeinsame Selbstverwaltung* bezeichnet. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass die Vertretungen der „Betroffenen“ ihre Angelegenheiten soweit wie möglich selbst regeln und der Staat regulierend erst eingreift, wenn sich die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht einigen können. Eine sogenannte „gemeinsame Selbstverwaltung“ gibt es nicht nur im Krankenausbereich. Im Gesundheitswesen wurde Anfang des 20. Jahrhunderts erstmals eine solche Konstruktion geschaffen und diente damals der Konfliktregulierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung (Käsbauer 2015). In den letzten drei Jahrzehnten wurde diese Konstruktion im Gesundheitswesen auf zunehmend mehr Bereiche ausgedehnt.

Im DRG-System wird das Gesundheitsministeriums erst dann aktiv und erlässt eine Verordnung, wenn sich die drei Vertragsparteien nicht einigen können. Dieses Vorgehen wird üblicherweise als „Ersatzvornahme“ bezeichnet und erfolgt auf gesetzlicher Grundlage. Ein bestimmtes Gesetz enthält einen Auftrag an die Verbände, bestimmte Regeln

gen zu vereinbaren, und legt zugleich fest, dass im Fall einer Nichteinigung das BMG ermächtigt ist, die Regelungen durch Rechtsverordnung vorzunehmen. Die Verhandlungen der Spitzenverbände erfolgen somit – um eine Formulierung aus der Politikwissenschaft zu verwenden – „im Schatten der Hierarchie“ (Scharpf 1991).

Diese Konstruktion verlagert zwar einen erheblichen Teil der Gestaltungsmacht auf die drei Verbände, die Kontrolle über die Ergebnisse liegt jedoch weiterhin beim Staat, in diesem Fall beim BMG. Die staatliche Gestaltungsmacht unterliegt jedoch einer gewissen Einschränkung, da die Verordnungsermächtigung in der Regel nur für den Fall der Nichteinigung gilt. Einigen sich die Verbände, entspricht das Ergebnis der Einigung jedoch nicht den Vorstellungen des BMG, so kann das BMG die Einigung nicht einfach durch eine Verordnung ersetzen.

Allerdings existiert eine sehr wirksame „Sicherung“ gegen unerwünschte Ergebnisse: Der GKV-SV untersteht als Körperschaft des öffentlichen Rechts dem BMG, das ihm gegenüber weisungsbefugt ist. Insofern hat das BMG die Möglichkeit, eine Vereinbarung, die gegen seine Vorstellungen verstößt, durch entsprechende Anweisungen an den GKV-SV zu verhindern. Stimmt der GKV-SV der Vereinbarung nicht zu, kann sie nicht in Kraft treten. Somit ist und bleibt das BMG letztlich „Herr des Verfahrens“, zumindest auf Bundesebene.

Diese Konstruktion und die über allem stehende Macht des BMG stößt bei den Verbänden aus naheliegenden Gründen nicht auf uneingeschränkte Sympathie. Dies wird beispielsweise in dem folgenden Zitat deutlich, in dem sich der spätere Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-SV, Wulf-Dietrich Leber, sehr kritisch über die daraus resultierenden Entscheidungsprozesse und Kommunikationsstile am Beispiel des Zustandekommens von Fallpauschalenvereinbarungen äußerte.

„Wenn es ab der dritten DRG-Version zu einer Vereinbarung gekommen ist, so zeigt das nicht unbedingt die gestärkte Einigungskraft der Selbstverwaltung. Das Entwicklungsmuster war jeweils wie folgt: Die Selbstverwaltungspartner gaben dem InEK einen vergleichsweise unspezifischen Auftrag zur Weiterentwicklung – das InEK präsentierte ein halbes Jahr später die neue Version – das bei der Präsentation anwesende Ministerium erklärte, dass man den InEK-Vorschlag im Nichteinigungsfalle als Basis für eine Ersatzvornahme nehmen werde, woraufhin sich die Selbstverwaltungspartner auf den InEK-Vorschlag einigten“ (Leber/Wolff 2007: 82).

Diese Beschreibung eines „Insiders“ des Regulierungssystems macht deutlich – was auch die formale Machverteilung bereits anzeigt – dass das BMG über die Letztentscheidungskompetenz verfügt und somit auch die politische Gesamtverantwortung für alle auf Bundesebene getroffenen Vereinbarungen der drei Spitzenverbände trägt. Dieser Hinweis erscheint insofern notwendig, als in der Gesundheitspolitik in der

Regel nur die drei Verbände für bestimmte Entscheidungen verantwortlich gemacht werden und ggf. in die Kritik geraten, nicht jedoch die Beamten des BMG. Es ist darum an der Zeit, den Blick auch auf die Letztverantwortung des BMG zu richten.

Insgesamt ist auf Bundesebene jährlich oder in mehrjährigem Abstand eine Fülle von Vereinbarungen zu treffen. Jährlich neu zu vereinbaren sind:

- Fallpauschalenvereinbarung
- Vereinbarung über den Katalog ergänzender Zusatzentgelte
- Vereinbarung über Besondere Einrichtungen
- Vereinbarung über den DRG-Systemzuschlag
- Vereinbarung über die Kodierrichtlinien
- Vereinbarung des Veränderungswertes gemäß § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG (Obergrenze für die jährliche Erhöhung der Landesbasisfallwerte).

In mehrjährigem Abstand oder aufgrund gesetzlicher Neuregelungen zu vereinbaren waren bzw. sind:

- Vereinbarung über Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen
- Vereinbarung über Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Vereinbarung über die Korrektur von Sachkostenanteilen
- Vereinbarung über die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen für als besonders mengenanfällig geltende Fallpauschalen
- Vereinbarung über den Mehrkostenzuschlag für G-BA Richtlinien
- Vereinbarung über den Mehrkostenzuschlag für QFR-RL (2017 vereinbart).

Über diese im Gesetz vorgegebenen Vereinbarungen hinaus, haben die drei Verbände auch die vom InEK jedes Jahr neu bearbeiteten Kataloge, Handbücher etc. für das DRG-System zu beschließen. Erst durch die Vereinbarung der Verbände werden die darin enthaltenen Vorgaben für alle Krankenhäuser und Kostenträger verbindlich.

Die Liste der vorstehend aufgeführten Aufgaben und Vereinbarungen ist keineswegs vollständig, sie soll lediglich verdeutlichen, dass die Einführung des DRG-System und die vielen bisher erfolgten Änderungen und Reformen zur Herausbildung eines äußerst komplexen Regulierungssystems geführt haben. Gäbe es die Konstruktion der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht, müssten die Beamten des BMG all diese Regelungen selbst und per Verordnung vornehmen. Insofern dient die „gemeinsame Selbstverwaltung“ in diesem Bereich vor allem auch zur

Entlastung des BMG.²⁴ Und diese Entlastung gilt nicht nur für den Arbeitsaufwand, sie gilt – wie angesprochen – auch für die Zuschreibung von politischer Verantwortung. Kritik an Entscheidungen trifft die Spitzenverbände, nicht die Beamten des BMG, die sie mit gestaltet oder zumindest toleriert haben.

Das untergesetzliche Regulierungssystem findet seine Fortsetzung auch auf der Ebene der Bundesländer. Die jeweilige Landeskrankengesellschaft vereinbart mit den Landesverbänden der GKV und der Vertretung des PKV-Verbandes jedes Jahr den für das Bundesland geltenden Landesbasisfallwert sowie weitere durch das KHEntgG vorgegebene Regelungen. Dazu gehört vor allem die Vereinbarung eines Gesamtvolumens der Bewertungsrelationen aller Krankenhäuser des Bundeslandes (Casemix des Bundeslandes).

Die Vereinbarung eines Landesbasisfallwertes in Verbindung mit einem Casemix-Volumen für alle Krankenhäuser eines Landes ist Kern einer Konstruktion, die sich an der „Gesamtvergütung“ in der ambulanten ärztlichen Versorgung orientiert. Darauf wird an späterer Stelle noch näher eingegangen.

Auf der untersten Ebene des DRG-Regulierungssystems stehen die Vereinbarungen zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Kostenträgern vor Ort. Im Mittelpunkt dieser Verhandlungen steht ein zu vereinbarendes „Erlösbudget“ (§ 4 KHEntgG). Es umfasst die Summe aller Fallpauschalen und Zusatzentgelte, die das Krankenhaus auf Grundlage einer entsprechenden vertraglichen Vereinbarung mit Krankenkassen und PKVn abrechnen darf. Rechnet es mehr Leistungen ab, sieht das Gesetz einen sogenannten „Mehrerlösausgleich“ vor, rechnet es weniger ab, hat es Anspruch auf einen „Mindererlösausgleich“.

Exkurs: Beteiligung der PKV an Entscheidungen über GKV-Leistungsrecht und Vergütungen

An dieser Stelle soll auf eine Besonderheit des Regulierungssystems hingewiesen werden, die in der gesundheitspolitischen Diskussion bislang weitgehend unbeachtet geblieben ist. Wie oben erwähnt, werden die zentralen Vereinbarungen im DRG-System gemeinsam von der DKG, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung getroffen (für die Bundesebene: § 9 Abs. 1 KHEntgG; für die Landesebene: § 18 Abs. 1 KHG). Dies gilt seit Einführung des DRG-Systems. Damit wurde erstmals, und im deutschen Gesundheitssystem bislang auch einmalig, dem PKV-Verband ein Mitentschei-

²⁴ Nach Angaben des Hauptgeschäftsführers der DKG, Georg Baum, waren die Mitarbeiter der DKG im Jahr 2017 zu 70 Prozent mit Aufgaben beschäftigt, die sich aus der gemeinsamen Selbstverwaltung ergaben (Mau 2017: 38).

dungsrecht über das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung eingeräumt.

Wie dargelegt, beziehen sich die Vereinbarungen nicht nur auf die Entgelthöhe, sondern vor allem auch auf die Leistungsinhalte. So legt der Fallpauschalenkatalog nicht nur die Bewertungsrelation fest, sondern auch die zu der betreffenden DRG gehörenden Leistungen (OPS-Ziffern). Das Mitentscheidungsrecht der PKV bedeutet somit einen Eingriff in die GKV. Die PKV entscheidet über wesentliche Bereiche der Leistungserbringung der GKV mit und hat eine Vetoposition, denn die entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen bedürfen der Zustimmung der PKV.

Bis zur Einführung des DRG-Systems wäre es undenkbar gewesen, dass die Unternehmen der PKV durch ihren Verband Einfluss auf die Ausgestaltung der Leistungen der GKV für ihre Versicherten erhalten. Eine vergleichbare Konstruktion gab und gibt es weder in der ambulanten ärztlichen Versorgung noch bei den Vereinbarungen zur ambulanten Pflege oder stationären Pflege in Pflegeheimen. In diesen Bereichen verhandeln die Verbände der GKV allein mit den Verbänden der Leistungserbringer, die PKV ist nicht eingebunden. In der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es getrennte Gebührenordnungen für GKV und PKV. In der ambulanten und stationären Pflege gibt es keine gesonderten PKV-Entgelte, die mit den Pflegekassen vereinbarten Gebühren und Pflegesätze werden auch von der PKV gezahlt. Das war jedoch kein Grund, der PKV ein Mitentscheidungsrecht über die Leistungsinhalte und Höhe der Vergütungen der GKV einzuräumen.

Die Konstruktion des DRG-Systems als gemeinsames Regulierungssystem wurde mit dem Fallpauschalengesetz eingeführt, dort aber an keiner Stelle begründet. Sie wurde sozusagen „ganz nebenbei“ und ohne besonderen Hinweis im Gesetz untergebracht. Als mögliche Begründung für die Konstruktion könnte angeführt werden, dass es sich um Vergütungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen handelt, die laut KHG sowohl für die GKV wie auch die PKV einheitlich zu sein haben. Das ist allerdings kein neuer, durch das Fallpauschalengesetz eingeführter Grundsatz. Er gilt bereits seit dem KHG 1972 – ohne dass der PKV ein Mitentscheidungsrecht über die GKV-Leistungen eingeräumt wurde.

Dieser Punkt wird hier auch deshalb angesprochen, weil seit einigen Jahren über die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung in der ambulanten ärztlichen Versorgung diskutiert wird und eine Regierungskommission zu diesem Thema eingesetzt wurde, die auch bereits einen Bericht vorgelegt hat. Sollte eine solche einheitliche Gebührenordnung eingeführt werden, hätte dies ebenfalls dreiseitige Verträge zur Folge

und die PKV erhalte ein Mitentscheidungsrecht über Leistungsinhalte und Höhe der Gebühren für die ambulante ärztliche Versorgung von GKV-Versicherten einräumt.

Zwar gibt es bislang keine Hinweise darauf, dass die PKV ihr Beteiligungsrecht genutzt hat, um Vorstellungen durchzusetzen, die von denen des GKV-SV abweichen. Die Relevanz dieser Konstruktion dürfte eher auf einer anderen Ebene liegen. Seit mehr als zwei Jahrzehnten gibt es ein Reformmodell, das die Umgestaltung des gegenwärtigen Systems aus GKV und PKV in einen „einheitlichen Krankenversicherungsmarkt“ vorsieht (stellvertretend für viele andere Jacobs 2012; SVR-W 1996, 2002, 2004; Ulrich/Wille 2008: 78). Das Reformmodell stammt ursprünglich von neoliberalen Ökonomen und zielt darauf, die GKV als staatliche Sozialversicherung abzuschaffen und durch eine allgemeine Versicherungspflicht zum Abschluss einer Basisversicherung zu ersetzen (Gitter et al. 1988; Gitter/Oberender 1987; Kronberger Kreis 1987; SVR-W 1985: 166–174). Es sollen für Krankenkassen und PKV-Unternehmen „einheitliche Wettbewerbsbedingungen“ geschaffen werden, damit so ein „einheitlicher Markt“ für Krankenversicherungsleistungen entsteht. Dabei wird in der Regel verschwiegen, dass einheitliche Wettbewerbsbedingungen vor allem und als erstes einheitliche Rechtsformen erfordern und folglich nur dann zu erreichen sind, wenn alle „Marktteilnehmer“ als private Unternehmen verfasst sind. Die Schaffung eines „einheitlichen Krankenversicherungsmarktes“ zielt somit letztlich auf die Umwandlung aller Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen. In einigen Publikationen neoliberaler Ökonomen und Juristen, die in der gesundheitspolitischen Diskussion allerdings kaum wahrgenommen wurden, wird dies auch offen ausgesprochen und dafür geworben (vgl. u. a. Cassel 2001; Kingreen/Kühling 2013; SVR-W 1996; Wille et al. 2012).

Der Zusammenhang zu diesem Reformmodell wurde beim DRG-System bislang nicht hergestellt. Die Forderung nach einem einheitlichen Honorarsystem für niedergelassene Ärzte, steht hingegen explizit im Zusammenhang zum Reformmodell eines „einheitlichen Krankenversicherungsmarktes“, das auch unter mehreren anderen Namen diskutiert wird, beispielsweise als „integriertes Krankenversicherungssystem“ (vgl. u. a. Greß 2009; Walendzik 2013; Walendzik/Wasem 2019).

Stellt man die Konstruktion des DRG-Systems in diesen Zusammenhang, dann kann man es durchaus als eine Art Vorgriff auf einen „einheitlichen Krankenversicherungsmarkt“ begreifen, in dem privatisierte Krankenkassen und die bisherigen PKV-Unternehmen gemeinsam mit den Leistungserbringern über einheitliche Vergütungen verhandeln. Dazu passend wird das DRG-System teilweise denn auch als Vorbild für

das Reformmodell einer einheitlichen Vergütungsordnung für niedergelassene Ärzte genannt.

Das Problem der Komplexität und Intransparenz

Wie bereits mehrfach betont, beschränkte sich die vorstehende Darstellung auf die wichtigsten Elemente und Grundstrukturen. Es dürfte aber dennoch bereits deutlich geworden sein, dass das System der Krankenhausfinanzierung durch die Einführung des DRG-Systems nicht einfacher geworden ist, wie von den zuständigen Beamten des BMG versprochen (Baum/Tuschen 2000: 450), sondern erheblich komplizierter. Es ist mittlerweile ein Gesamtsystem an Regulierungen entstanden, das nicht nur für externe Beobachter nicht mehr überschaubar ist, sondern auch für führende Akteure des DRG-Systems selbst. Dies bereitet einigen führenden Akteuren des DRG-Systems offenbar auch Probleme, denn diese Komplexität macht letztlich eine umfassende Steuerung des Gesamtsystems unmöglich. Bereits 2007 stellte der spätere Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband, Wulf-Dietrich Leber, fest:

„Die Vergütung von stationären Krankenhausleistungen durch DRG-Fallpauschalen ist rund acht Jahre nach dem initialen Parlamentsbeschluss im Jahre 1999 zu einem hochkomplexen System aus Klassifikationssystemen, Abrechnungsregeln, Kalkulationshandbuch, Sonderregelungen nebst zahllosen darauf zugeschnittenen Softwareanwendungen geworden. Der Gesamtprozess verläuft hochgradig spezialisiert und ist – anders als die vorausgehende Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen – von Einzelpersonen kaum in Gänze zu überschauen“ (Leber/Wolff 2007: 47).

Da das DRG-System in der Zwischenzeit nicht einfacher, sondern noch erheblich komplizierter geworden ist, dürfte diese Feststellung heute in weit stärkerem Maße gelten als damals.

Bemerkenswert an der zitierten Passage ist zudem die Feststellung, dass das vorhergehende System tagesgleicher Pflegesätze – anders als das DRG-System – sehr wohl von einer einzelnen Person zu überblicken war. Dies ist insofern bemerkenswert, als es die Feststellung eines erklärten Gegners tagesgleicher Pflegesätze und entschiedenen Befürworters von Fallpauschalen ist.

Der hier und auch an früherer Stelle dieses Kapitels zitierte Beitrag von Leber bietet darüber hinaus noch hoch interessante Einblicke in das „Innenleben“ des Regulierungssystems im DRG-System. Von besonderer Bedeutung dürfte die nachfolgende Passage sein, die den Eindruck eines Außenstehenden, der versucht das System zu verstehen, weiter

verstärkt, dass es sich um ein in hohem Maße intransparentes System handelt, nicht nur für Außenstehende, sondern auch für relevante Teile der Insider (Hervorhebungen: M.S.).

„Die Weiterentwicklung ist offiziell Aufgabe der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)). **De facto** wurde sie aber **weitgehend autonom durch das DRG-Institut (InEK) betrieben** [...] Bemerkenswert bei der regelgebundenen Fortentwicklung ist die Tatsache, dass **es sich um „ungeschriebene“ Regeln handelt**; zumindest sind sie **bislang nirgendwo nachlesbar**. Ursächlich hierfür dürfte neben der **grundsätzlichen Schwierigkeit, solche „zeitlosen“ Regeln aufzustellen**, die **Unmöglichkeit** sein, sich **zwischen den Selbstverwaltungspartnern explizit auf solche Regeln zu verständigen**. Die Selbstverwaltungspartner sind letztlich nur noch „einige unter vielen“, die durch den strukturierten Dialog Vorschläge für die Weiterentwicklung machen“ (Leber/Wolff 2007: 47 f.).

Die Passage darf wohl als Hinweis darauf gewertet werden, dass das InEK aufgrund seines Wissensmonopols über eine Gestaltungsmacht verfügt, die selbst von den Experten der Spitzenverbände letztlich nicht kontrolliert werden kann. Offensichtlich erfolgt die Gestaltung des DRG-Systems in relevanten Teilbereichen auf Grundlage von Regeln, die auch den führenden Vertretern der drei Spitzenverbände nicht bekannt oder für sie nicht nachvollziehbar sind, und mehr noch: Offenbar kommen Regeln zur Anwendung, die nirgends niedergeschrieben wurden. Das wiederum wirft Fragen nach der Vereinbarkeit des DRG-Systems mit rechtsstaatlichen Grundsätzen auf. Und es hat auch weitreichende Bedeutung für die Frage der Kontrollierbarkeit des DRG-Systems durch die Gesundheitspolitiker der Regierungskoalition und das Parlament. Wenn schon die Experten der Spitzenverbände das System nicht mehr insgesamt überblicken und das für die Entwicklung des DRG-Systems so zentrale Institut (InEK) nicht in vollem Umfang kontrollieren können, wie soll dies dann die Politik können, die über weit weniger Fachkenntnisse des DRG-Systems verfügt als die Verbandsexperten?

Es erscheint wenig plausibel anzunehmen, dass sich daran seit 2007 Wesentliches geändert hat. Insofern wäre es dringend an der Zeit, diese Fragen im politischen Raum aufzuwerfen und die notwendigen Konsequenzen zu ziehen. Leitende Überlegung sollte dabei sein, dass ein System der Krankenhausfinanzierung, das selbst von Verbandsexperten insgesamt nicht mehr durchschaubar ist, dringend durch ein anderes ersetzt werden sollte, das erheblich einfacher konstruiert und dadurch ausreichend transparent ist, damit es auch von den gesundheitspolitischen Fachleuten der Parlamentsfraktionen insgesamt nachvollzogen und verstanden werden kann.

Wie soll sonst die für eine rechtsstaatliche Demokratie unverzichtbare parlamentarische Kontrolle sichergestellt werden, und wie soll sonst der Gestaltungsauftrag der Politik erfüllt werden, wenn selbst die Fachleute der Parlamentsfraktionen die Gesetzentwürfe, die dem Bundestag vorgelegt und von ihm beschlossen werden, nicht ausreichend verstehen können, da das System, das damit gesteuert werden soll, aufgrund von Hyperkomplexität und Intransparenz einer Kontrolle und umfassenden Steuerung nicht zugänglich ist? Und noch eine weitere Frage ist stellen und zu beantworten: Wie soll unter solchen Bedingungen der Bundestag seiner Verantwortung nachkommen können, die Exekutive zu überwachen – in diesem Fall die Beamten des zuständigen Gesundheitsministeriums?

Ist die Politik nicht in der Lage, die von den Beamten formulierten Gesetzentwürfe hinreichend zu verstehen, und stoßen auch die Verbandsexperten aufgrund der Komplexität des Systems, der unkontrollierbaren Autonomie des zentralen Instituts, der Anwendung unbekannter, nirgends aufgeschriebener Regeln etc. an Grenzen, hat sich das System verselbständigt und ist einer politischen Steuerung eigentlich nicht mehr zuständig. Zwar werden weiterhin und zunehmend mehr Gesetzesänderungen beschlossen, wie sie genau auf das Gesamtsystem wirken, kann aber letztlich niemand mehr genau sagen. Die lange Kette von Änderungen, nach kurzer Zeit vorgenommenen Korrekturen, neuen Anläufen für eine Problemlösung, die auch nicht funktionieren, spricht hier eine deutliche Sprache.

Betrachtet man die Entwicklung der letzten zehn Jahre, reagiert die Politik zumeist nur noch auf Impulse durch die mediale Berichterstattung und Vorlagen, die ihr das Ministerium vorlegt. Zum Verständnis der Gesetzesvorlagen ist sie auf die Unterstützung von Verbandsexperten angewiesen, die ihrerseits die Komplexität allerdings auch nicht mehr überschauen können, der Politik gegenüber jedoch weiterhin versuchen, als kompetente Experten zu erscheinen.

Zwischenfazit

Das deutsche DRG-System ist ein außerordentlich komplexes und kompliziertes System, das offensichtlich von Einzelnen nicht mehr in seiner Gesamtheit vollständig überschaut werden kann. Auch die vorliegende Darstellung und Analyse musste sich auf zentrale Konstruktionselemente und deren Funktionsweise beschränken. Diese hypertrophe Komplexität macht das System zunehmend unkontrollierbar, nicht nur für die

Politik, sondern offenbar auch für die führenden Akteure des Verbandssystems.

Vor allem aber sorgt die Kompliziertheit des Systems dafür, dass es für Nicht-Experten intransparent ist. Dies gilt nicht nur für die allgemeine interessierte Öffentlichkeit, sondern auch für Akteure der Gesundheitspolitik. Dadurch wiederum ist es für Außenstehende kaum oder gar nicht möglich, die zahlreichen Problembereiche, Konstruktionsmängel und kritikwürdigen Funktionsmechanismen zu erkennen und fundiert zu kritisieren. Insofern erfüllt diese Hyperkomplexität und Intransparenz letztlich doch einen Zweck: Sie schützt das System vor fundierter Kritik und immunisiert es dadurch gegen Versuche der Abschaffung.

Wenn aber ein für die Gesellschaft so wichtiger Bereich wie die Regulierung der Krankenhausfinanzierung intransparent und für interessierte Außenstehenden nicht nachvollziehbar ist, entzieht sich dieser Bereich und die darin tätigen Akteure der dringend notwendigen öffentlichen und demokratisch legitimierten politischen Kontrolle.

Wie die vorliegende Analyse der Konstruktion und Funktionsweise des DRG-System bereits gezeigt hat und in der nachfolgenden vertieften Analyse noch deutlicher herausgearbeitet wird, kann der Kritik nicht damit begegnet werden, dass man auf die Experten vertrauen solle und es sich nach Meinung der DRG-Experten um ein ausgesprochen gut konstruiertes System handle. Ein solches letztlich blindes Vertrauen verbietet sich allein bereits deshalb, weil diese Experten in der Regel mit eigenen wirtschaftlichen (Einkommen, Arbeitsplatz) und politischen Interessen (Einfluss, persönliche Bedeutung) in diese Frage verstrickt sind.

Bereits die bisherige Analyse zeigte eine Vielzahl hoch problematischer Konstruktionsmerkmale auf, wie die medizinisch-pflegerische Inhomogenität des Fallgruppensystems und die daraus resultierende Kosteninhomogenität, die nicht repräsentative Kalkulationsstichprobe, die kein vertrauenswürdiges Bild der tatsächlichen Kostenverhältnisse in den Krankenhäusern erlaubt, und weitere hier nicht noch einmal zu referierende Problembereiche.

Es kann bereits hier festgestellt werden, dass die zentralen, in diesem Teil angesprochenen Probleme nicht durch Modifikationen und Reformen des Systems zu lösen sind, sondern nur durch Abschaffung des DRG-Systems.

Die aufgezeigten Probleme sind Ausdruck des zentralen Problems des deutschen DRG-Systems: die Unmöglichkeit, die immense Komplexität der sozialen Wirklichkeit der Krankenhausversorgung in einem pauschalierten Entgeltsystem angemessen abzubilden. Versucht man es dennoch, führt dies zu erheblichen und letztlich nicht lösbaren Konstruktionsproblemen des Vergütungssystems, einem unendlichen Nach-

besserungsbedarf und gefährlichen Verwerfungen in den Krankenhäusern und der Krankenhausversorgung insgesamt.

Teil 2: Die Konstruktion unter der Oberfläche – Gedeckelte landesweite Gesamtvergütungen und Fallpauschalen als Instrument der Umverteilung

Im folgenden Kapitel wird sozusagen „unter die Oberfläche“ des DRG-Systems geschaut und eine Konstruktion offengelegt, die bislang weder in der Fachdiskussion des Krankenausbereichs noch in der gesundheitspolitischen Diskussion thematisiert wurde, da sie höchstwahrscheinlich weitgehend unbekannt ist. Anders als vielfach angenommen, handelt es sich beim DRG-System nicht um ein „Preissystem“ das analog zu Märkten funktioniert und in dem Fallpauschalen die Funktion von „Marktpreisen“ erfüllen, sondern um ein System zur Deckelung und Kontrolle der Gesamtausgaben und zur Verteilung und Umverteilung der Mittel unter den Krankenhäusern.

Dominiert wird das DRG-System durch eine Konstruktion, die sich an den Gesamtvergütungen der ambulanten ärztlichen Versorgung orientiert. Die Konstruktion dient dazu, die Entwicklung der Gesamtausgaben auf der Ebene der Bundesländer zu kontrollieren und zu begrenzen. Oberstes, über allem stehendes Ziel bei der Einführung des DRG-Systems war erklärtermaßen die Sicherstellung von Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Und diese Zielvorgabe stand auch über der gesamten bisherigen Entwicklung des DRG-Systems.

In einem System nach dem Vorbild der ambulanten ärztlichen Versorgung wird ein auf Landesebene vereinbarter Gesamtbetrag auf Grundlage festgelegter Kriterien an die einzelnen Krankenhäuser verteilt. In der ambulanten ärztlichen Versorgung erfolgt dies durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung auf Grundlage einer bundesweit geltenden Gebührenordnung, dem sogenannten „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM). Im DRG-System erfüllen die Fallpauschalen diese Funktion, die in einem Fallpauschalenkatalog aufgelistet sind, bei dem es sich bei genauer Betrachtung ebenfalls um einen Gebührenkatalog handelt.

Diese Gesamtkonstruktion tritt an keiner Stelle des DRG-Systems offen zutage. Auch wenn die hier formulierte Beschreibung auf den ersten Blick für alle, die sich intensiver mit dem DRG-System befassen, irritierend und im Vergleich zur Vorstellung von einem marktförmigen Preissystem eher harmlos erscheinen kann, sie ist von außerordentlich weit-

reichender Bedeutung und hat erhebliche negative Konsequenzen. Wie die nachfolgende Analyse zeigen wird, werden viele Phänomene, die – durch das Raster „Preissystem“ getrachtet – disparat erscheinen und letztlich nicht in einen konsistenten Zusammenhang gebracht werden können, erklärbar, wenn man sie als Erscheinungsformen und Auswirkungen eines Systems aus „verdeckten Gesamtvergütungen“ und Fallpauschalen als Umverteilungsinstrument betrachtet.

Bevor mit der Analyse der Systemkonstruktion begonnen wird, soll zunächst ein kurzer historischer Rückblick erfolgen. Er zeigt auf, dass ursprünglich zwar ein „freies Preissystem“ geplant war, ab Mitte der 1990er Jahre von den zuständigen Beamten des BMG aber ein Gesamtvergütungssystem nach dem Vorbild der ambulanten ärztlichen Versorgung angestrebt wurde.

Die Vorgeschichte

Die Einführung des DRG-Systems folgte nach einem mehr als zehn Jahre dauernden Prozess der Vorbereitung. Im Jahr 1989 legte das damals für die Gesundheitspolitik zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ein programmatisches Dokument zur Krankenhauspolitik vor (BMA 1989). Darin wurde als langfristiges Ziel die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen genannt. Damit folgte das BMA Vorschlägen neoliberaler Ökonomen, die in den 1980er Jahren entwickelt worden waren und die Abschaffung des seit 1972 geltenden Systems zum Ziel hatten. Besonderen Einfluss erlangte dabei das Reformmodell einer von der Robert Bosch Stiftung eingesetzten „Kommission Krankenhausfinanzierung“, die 1983 einen Zwischenbericht und 1987 ihren Abschlussbericht vorlegte (Kommission Krankenhausfinanzierung 1983, 1987).

Das Reformmodell der Kommission sah die Abschaffung der staatlichen Krankenhausplanung und einen umfassenden marktwirtschaftlichen Umbau der Krankenhausversorgung vor. Die staatliche Krankenhausplanung sollte durch eine marktförmige „Steuerung des Leistungsgeschehens durch Preise“ ersetzt werden. Die Funktion von Marktpreisen sollten dabei Fallpauschalen erfüllen, die unabhängig von den Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses gezahlt werden und deshalb bei einem Teil der Krankenhäuser zu Verlusten, bei anderen aber zu Gewinnen führen. Defizitäre Kliniken würden dadurch zu Schließung gezwungen („Marktaustritt“), Gewinn erzielende Kliniken könnten überleben und expandieren.

Das System des KHG 1972 stand dem nicht nur wegen der staatlichen Krankenhausplanung entgegen, sondern vor allem auch, weil es von Krankenhäusern verlangte, dass sie als gemeinwohlorientierte Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge zu dienen haben (zum KHG 1972 vgl. Simon 2000). Gewinnorientierte Krankenhäuser waren im System des KHG 1972 ausdrücklich von der staatlichen Investitionsförderung und Zulassung ausgeschlossen. Krankenhäuser, die in die Krankenhausplanung als bedarfsgerecht aufgenommen worden waren, erhielten einen Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung und die Pflegesätze waren auf Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses festzusetzen. Dadurch wurden nicht nur Defizite, sondern ebenso auch dauerhaft dem Krankenhaus verbleibende Gewinne verhindert.

Ein marktwirtschaftlicher Umbau der Krankenhausversorgung, den auch das BMA ausdrücklich anstrebte, erforderte jedoch die Entstehung von Gewinnen und Verlusten, damit eine „Preissteuerung“ funktionieren kann. Zudem mussten Krankenhäuser von gemeinwohlorientierten Einrichtungen in erwerbswirtschaftlich ausgerichtete Unternehmen transformiert werden. Diesen Prozess sollten die Fallpauschalen befördern, indem sie die Krankenhäuser dazu zwingen ihre Leistungen und Kosten an vorgegebenen „Preisen“ auszurichten und die Krankenhausbeschäftigten, insbesondere die leitenden Ärzte, durch ökonomische Anreize zur Einhaltung wirtschaftlicher Ziele des Krankenhauses motivieren.

Die Ausgestaltung des geplanten Fallpauschalensystems sollte nach den Vorstellungen des BMA dem Vorbild des Vergütungssystems der ambulanten ärztlichen Versorgung folgen. Das baut auf einem Gebührenkatalog auf, dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“, in dem alle Leistungen aufgeführt sind, allerdings nicht mit einem Geldbetrag versehen, sondern mit einer Punktzahl. Erst die Multiplikation der Punktzahl der jeweiligen Leistung mit einem als monetäre Größe festgelegten „Punktwert“ ergab den Zahlbetrag des jeweiligen Honorars für eine einzelne Leistung.

Wie die vorherige Beschreibung des DRG-Systems gezeigt hat, folgt das DRG-System tatsächlich dem Konstruktionsprinzip des EBM, wenn auch mit anderen Begriffen versehen. Aus der Punktzahl wurde die Bewertungsrelation, aus dem Punktwert der Basisfallwert. In einer zentralen Zeitschriftenveröffentlichung aus dem Jahr 2000 stellten die zuständigen Beamten des BMG diesen Zusammenhang des DRG-Systems zum EBM auch ausdrücklich her (Baum/Tuschen 2000).

In der ambulanten ärztlichen Versorgung von GKV-Versicherten ist der EBM allerdings in ein System eingebettet, in dem eine als Körperschaft des öffentlichen Rechts verfasste Kassenärztliche Vereinigung

(KV) als Vertretung aller zugelassenen Vertragsärzte mit den Krankenkassen eine sogenannte „Gesamtvergütung“ vereinbart, mit der alle Leistungen aller Vertragsärzte im Bezirk der KV für ein Jahr vergütet werden. Es gibt keine direkten Zahlungen von Krankenkassen an einzelne Vertragsärzte. Der Betrag wird an die KV ausgezahlt, die sie nach festgelegten Regeln auf Grundlage des EBM an die einzelnen Vertragsärzte verteilt. An der Versorgung von GKV-Versicherten kann ein niedergelassener Arzt nur teilnehmen, wenn er Mitglied der jeweiligen KV ist.

Eine vergleichbare Konstruktion gab es im Krankenausbereich nicht. Die Landeskrankenhausgesellschaften waren privatrechtliche Vereine mit freiwilliger Mitgliedschaft der Krankenhausträger und Krankenhäuser. Das geplante Fallpauschalensystem sollte anders als im ambulanten Bereich denn auch als „freies Preissystem“ (Tuschen/Trefz 2004: 82) ohne eine Gesamtvergütung eingeführt werden.

Ein erster wichtiger Schritt in Richtung umfassendes Fallpauschalensystem erfolgte mit dem 1992 beschlossenen Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Es enthielt die Grundsatzentscheidung für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen ab Mitte der 1990er Jahre. Durch eine neugefasste Bundespflegesatzverordnung sollte das bestehende System tagesgleicher Pflegesätze schrittweise in ein vollständiges Fallpauschalensystem umgewandelt werden.

Mit dem GSG wurde allerdings sowohl für die ambulante ärztliche Versorgung als auch den Krankenausbereich eine strikte Begrenzung der jährlichen Budgeterhöhungen beschlossen, die sogenannte „Deckelung“. Um das Ziel einer Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, wurde die jährliche Erhöhung der Vergütungen auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied begrenzt.

Diese Entscheidung musste auch Auswirkungen auf das geplante Fallpauschalensystem haben. Eine Einführung als „freies Preissystem“ war mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität nicht vereinbar. Im Jahr 1995 erfolgte denn auch eine grundlegende Neuausrichtung. Das BMG wollte auch die Landeskrankenhausgesellschaften in Körperschaften des öffentlichen Rechts umwandeln, damit sie wie die KVn landesweite Gesamtvergütungen vereinbaren können.

Auf den Vorstoß des Jahres 1995 und die damals entwickelten Pläne für die Übernahme des Gesamtvergütungssystems der ambulanten Versorgung wird hier näher eingegangen, weil die nachfolgende Analyse zweifeln lässt, dass auch das DRG-System als Gesamtvergütungssystem konstruiert wurde. Das BMG verfolgte offensichtlich seit dem Jahr

1995 den Plan, das Vergütungssystem des Krankenausbereichs nach dem Vorbild der ambulanten ärztlichen Versorgung zu gestalten.²⁵

Im Verlauf des Jahres 1995 trat das BMG an die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften (LKGn) heran, und teilte ihnen mit, dass geplant sei, sie in Körperschaften des öffentlichen Rechts umzuwandeln, damit sie – analog zu den Kassenärztlichen Vereinigungen – mit den Krankenkassenverbänden landesweite Gesamtvergütungen vereinbaren. Die Umwandlung der Krankenhausgesellschaften in Körperschaften sollte allerdings nicht gegen den Willen der LKGs und DKG erfolgen, sondern mit deren Zustimmung, da eine zwangsweise Verkörperschaftlichung auf verfassungsrechtliche Bedenken stieß. Insofern erwünschte sich das BMG die Zustimmung der betroffenen Organisation und ihrer Mitgliedsverbände. Die Mitgliederversammlung der DKG lehnte dies im März 1995 jedoch ab (Redaktion DKH 1995).

Im Rahmen einer hochrangig besetzten gesundheitspolitischen Gesprächsrunde auf dem Petersberg bei Bonn (»Petersberger Gespräche«) kam es am 27. Juni 1995 dann zum offenen Konflikt zwischen der Führung des BMG und der DKG über diese Frage (Redaktion DKH 1995). Gesundheitsminister Seehofer machte deutlich, dass das BMG die Verkörperschaftlichung von DKG und LGKn wollte, die DKG lehnte weiterhin ab.

Eine daraufhin einberufene außerordentliche Mitgliederversammlung der DKG, an der auch ein ranghoher Beamter des BMG teilnahm, sprach sich mit großer Mehrheit gegen eine Verkörperschaftlichung aus. Vor allem die kirchlichen Träger und ein Teil der kommunalen Träger lehnten sie ab (die privaten Kliniken spielten damals noch keine Rolle). Die kirchlichen Träger wiesen dabei darauf hin, dass eine zwangsweise Einbindung in eine Krankenhauskörperschaft nach ihrer Auffassung verfassungsrechtlich nicht zulässig sei und kündigten damit indirekt eine Verfassungsbeschwerde für den Fall einer zwangsweisen Verkörperschaftlichung an (DKG 1995a).

Der DKG-Vorstand bekräftigte die ablehnende Haltung am 22. September 1995 in einem erneuten Beschluss (DKG 1995b). Damit war der Versuch gescheitert, die Krankenhausträger zu einer freiwilligen Um-

25 Hier wird das BMG als treibende Kraft genannt und nicht die Politik. Wie oben bereits herausgearbeitet, handelte es sich bei der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen um ein langfristig geplantes und in mehreren Einzelschritten vollzogenes Reformprojekt. Grundlage dafür war ein programmatisches Dokument des BMA aus dem Jahr 1989. Das Dokument wurde maßgeblich mit verfasst von Karl Heinz Tuschen, der in den 1980er Jahren im BMA für das Recht der Krankenhausfinanzierung zuständig war und ab 1991 im BMG. Er wirkte auch an der Entwicklung des DRG-Systems maßgeblich mit. Zur Verfolgung und Umsetzung solcher, über mehrere Legislaturperioden laufender Reformprojekten sind Akteure der Gesundheitspolitik nicht in der Lage, bis auf sehr wenige Ausnahmen, die aber bei diesem Thema nicht feststellbar sind.

wandlung ihrer Dachorganisationen in öffentlich-rechtliche Körperschaften zu bewegen.

Das BMG gab das Vorhaben, auch im Krankenausbereich landesweite Gesamtvergütungen einzuführen, aber dennoch nicht auf. Im November 1995, die BPfIV 1995 war noch nicht in Kraft getreten, legte die CDU/CSU/FDP-Regierungskoalition den Entwurf eines Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes 1997 vor, das die Einführung landesweiter Gesamtvergütungen vorsah (Hervorhebungen: M.S.):

„§ 17b Landesweite Gesamtvergütung

(1) Für die Jahre 1997 bis 1999 vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen **gemeinsam** und die Landeskrankengesellschaft jeweils eine **Gesamtvergütung als Obergrenze für die Summe der Erlöse der Krankenhäuser im Land**; der Verband der privaten Krankenversicherung kann sich am Verfahren beteiligen“ (§ 17b Abs. 1 KHG i. d. F. d. Entwurfes für ein Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997, BT-Drs. 13/3062).

Die Einführung landesweiter Gesamtvergütungen wurde damit begründet, dass durch die Gesamtvergütungen die Einhaltung der Beitragsstabilität weitaus besser möglich sei als durch eine Vielzahl Budgetverhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen (Hervorhebungen: M.S.).

„Ein weiterer, gravierender **Systemmangel** ist die primär **einzelwirtschaftliche Betrachtung** in der stationären Versorgung. Die Krankenkassen schließen mit den 2 350 Akutkrankenhäusern Pflegesatzvereinbarungen, ohne daß die Forderungen der einzelnen Krankenhäuser in eine Gesamtbetrachtung einbezogen werden. Es liegt nahe, **die im niedergelassenen Bereich gemachten positiven Erfahrungen auf den Krankenausbereich zu übertragen**. Ein Kernpunkt der dritten Stufe der Gesundheitsreform im Krankenhaus ist **deshalb die Einführung einer landesweiten Gesamtvergütung** für Krankenhausleistungen, die von den Vertragspartnern auf Landesebene vereinbart wird“ (CDU/CSU/FDP 1995: 8).

In einem Zeitschriftenbeitrag Anfang 1996 begründete der damalige Leiter der Abteilung „Krankenversicherung“ im BMG das Vorhaben der Einführung einer Gesamtvergütung ebenfalls mit der im ambulanten Bereich erreichten Stabilität der GKV-Ausgaben (Hervorhebungen: M.S.).

„Die **relative Stabilität im ambulanten Sektor** hängt insbesondere mit diesem Instrument der **Gesamtvergütung** zusammen. Da lag es für die Bundesregierung nahe, diese langjährige **positive Erfahrung auch auf den stationären Sektor zu übertragen**“ (Zipperer 1996: 51).

Die im KHNG-Entwurf vorgesehene „Gesamtvergütung“ sollte zwar als Summe der Erlöse aller Krankenhäuser eines Bundeslandes vereinbart werden, es sollte jedoch keine Verteilung der Gesamtvergütung durch die jeweilige Landeskrankengesellschaft erfolgen. Dazu hätte es vorher eine Verkörperschaftlichung der LKGn geben müssen. Da eine freiwillige Verkörperschaftlichung gescheitert war, hätte das BMG den

Weg einer zwangsweisen Verkörperschaftlichung gehen müssen. Der wäre aber sicherlich auf den Widerstand der Bundesratsmehrheit gestoßen und war mit dem Risiko behaftet, dass ein Teil der Krankenhausträger dagegen vor dem Verfassungsgericht klagt und möglicherweise den Rechtsstreit gewinnt. Dann aber wäre die Konstruktion eines Gesamtvergütungssystems zusammengebrochen.

Der KHNG-Entwurf sah darum weiterhin krankenhausindividuelle Budgetvereinbarungen vor, allerdings sollten sich diese an dem vereinbarten Erlösvolumen auf Landesebene ausrichten. Da diese Art einer Gesamtvergütung lediglich eine Orientierungsgröße für die Budgetvereinbarungen auf Krankenhausebene sein konnte, mussten Mechanismen gefunden werden, mit denen die Entwicklung der Gesamtsumme aller Krankenhausbudgets und somit die Gesamtausgaben der Krankenkassen auf Landesebene wirksam kontrolliert und Überschreitungen verhindert werden konnten.

Dazu waren vor allem zwei Mechanismen vorgesehen. Ein Mechanismus, der „prospektiv“ bei den Budgetverhandlungen ansetzt und einer, der „retrospektiv“ nach Ablauf des Rechnungsjahres ansetzt. Wenn die Summe aller vereinbarten Krankenhausbudgets die vereinbarte Gesamterlössumme auf Landesebene überschreitet, sollten alle Krankenhausbudgets um den Überschreitungsprozentsatz gekürzt werden. Wenn die Summe der tatsächlich gezahlten Erlöse von der vereinbarten „Gesamtvergütung“ auf Landesebene abweicht, sollten alle Krankenhäuser, die mehr eingenommen haben, ihre Mehrerlöse vollständig an die Krankenkassen zurückzahlen.²⁶

Zur Einführung eines solchen Systems kam es jedoch nicht. Der Gesetzesentwurf scheiterte am Veto des Bundesrates. Das BMG hielt aber dennoch an den Plänen fest und unternahm 1999 einen erneuten Anlauf im Rahmen des Entwurfes für ein GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (§ vgl. 17b Abs. 1 KHG, Gesetzesentwurf GKV-GRG, BT-Drs. 14/1245). Auch dieser Versuch scheiterte am Bundesrat.

Danach gab das BMG das Vorhaben, vertraglich vereinbarte Gesamtvergütungen auf Landesebene im Krankenausbereich einzuführen auf. An dem Vorhaben, das geplante Fallpauschalensystem analog zum Vergütungssystem der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu konstruieren, hielt es jedoch weiter fest. Und dies schloss auch das Konstrukt landesweiter Gesamtvergütungen ein. Auf die Verwendung des Begriffs „Gesamtvergütung“ wurde allerdings verzichtet, denn das hätte vermutlich ein erneutes Veto des Bundesrates zur Folge gehabt.

²⁶ Es sei an dieser Stelle bereits angemerkt, dass sich diese Mechanismen auch im DRG-System wiederfinden werden, zeitweilig sogar die vollständige Rückgabe der Mehrerlöse.

Mit der Bundespflegegesetzverordnung 1995 war ab 1996 Versuch begonnen worden, ein vollständiges Fallpauschalensystem schrittweise durch Hinzufügung von immer mehr Fallpauschalen und Ablösung der tagesbezogenen Pflegesätze einzuführen. Damit sollte eine vollständige Umstellung innerhalb weniger Jahre erreicht werden. Diese Erwartung erfüllte sich jedoch nicht. Die mit der Weiterentwicklung beauftragten Spitzenverbände kamen nicht voran, da es vielfach unüberbrückbare Differenzen gab.

1999 beendete das BMG diesen Versuch und in das Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde der Grundsatzbeschluss aufgenommen, dass ein international bereits eingesetztes DRG-System übernommen und an deutsche Verhältnisse angepasst werden sollte. Dieses deutsche DRG-System sollte durch ein weiteres gesondertes Gesetz eingeführt werden.

Bereits Ende 2000 stellten die dafür zuständigen Beamten des BMG in einem Fachzeitschriftenbeitrag klar, dass das geplante DRG-System dem Vorbild der Gesamtvergütungen folgen sollte (Baum/Tuschen 2000). Allerdings sei eine 1:1-Übernahme des Gesamtvergütungsmodells nicht ratsam, da es sich im ambulanten Bereich gezeigt hatte, dass es bei einer Zunahme von Leistungen zu einem Punktwertverfall und sogenannten „Hamsterradefekt“ führt.

„Demgegenüber würde ein Konzept, das allein auf eine Einhaltung der Beitragsatzstabilität durch Landesbudgets setzt, bei Mengensteigerungen zu einem Preis/Punktwertverfall führen. Damit würde anstelle des Individualprinzips ein Kollektiv-Vergütungselement eingeführt. Die Misere der floatenden Punktwerte im niedergelassenen Bereich [...] (Hamsterradefekt) lassen ein solches System als nicht vorbildlich erscheinen“ (Baum/Tuschen 2000: 456).

Der Punktwertverfall und damit verbundene Hamsterradefekt hatte im ambulanten Bereich Mitte der 1990er Jahre zu erheblichen Protesten der Ärzte und auch scharfen Konflikten innerhalb der Vertragsärzteschaft geführt. Ähnliches wollte das BMG im Krankenausbereich offensichtlich vermeiden. Insofern musste ein System gefunden werden, das eine weitgehende Kontrolle über die Entwicklung der Gesamtausgaben ermöglicht, jedoch einen deutlich sichtbaren Punktwertverfall bei Fallzahlsteigerungen und/oder Schweregraderhöhungen vermeidet.

Die Lösung wurde in einer sehr speziellen Konstruktion gefunden, die mit dem Fallpauschalengesetz 2002 eingeführt wurde und faktische Gesamtvergütungen auf Landesebene vorsieht, die jedoch weder als Gesamtvergütungen in Erscheinung treten noch als solche bezeichnet werden. Der Begriff der Gesamtvergütung erscheint denn an keiner Stelle des Gesetzes oder Gesetzentwurfes.

Dass das DRG-System faktische landesweite Gesamtvergütungen enthält, ist auf den ersten Blick nicht erkennbar. Es erschließt sich erst, wenn man sozusagen „hinter die Fassade“ blickt, die durch die amtli-

chen und allgemein üblichen Beschreibungen des DRG-Systems errichtet und aufrechterhalten wird. Aus diesem Grund werden sie nachfolgend als „verdeckte Gesamtvergütungen“ bezeichnet. Da die jährliche Erhöhung dieser verdeckten Gesamtvergütungen durch gesetzliche Vorschriften begrenzt wurde und auch heute noch wird, handelt es sich letztlich um ein System zur „Deckelung“ der Krankenhausaussgaben. Die seit 1993 geltende „Deckelung“ wurde folglich mit Einführung des DRG-Systems nicht aufgehoben, sondern nur anders organisiert und hinter einem Geflecht an unterschiedlichen Regelungen versteckt.

Wenn das DRG-System als System gedeckelter und verdeckter Gesamtvergütungen konstruiert ist, stellt sich allerdings die Frage, welche Funktion die Fallpauschalen in diesem System erfüllen. Folgt man den üblichen Beschreibungen des DRG-Systems, so handelt es sich beim DRG-System um ein an marktwirtschaftlichen Grundsätzen ausgerichtetes „Preissystem“, mit DRG-Fallpauschalen als „Preisen“, die für eine Regulierung von Angebot und Nachfrage sorgen. Wie die nachfolgende Analyse des DRG-Systems zeigen wird, ist die primäre Funktion der DRG-Fallpauschalen jedoch nicht die Regulierung von Angebot und Nachfrage. Sie dienen in allererster Linie als Instrument zur Verteilung der Gesamtvergütungen.

Diese primäre Funktion der Fallpauschalen wird bislang jedoch weder in der Gesundheitspolitik noch in der Fachliteratur des Krankenhausmanagements in diskutiert. In der Literatur zum DRG-System wurde sie bislang auch nur an sehr wenigen vereinzelt Stellen angesprochen. Eine dieser Stellen findet sich in einer Veröffentlichung von Karl Heinz Tuschen, dem für die Konstruktion des DRG-Systems primär zuständigen BMG-Beamten (Hervorhebungen: M.S.).

„Das DRG-System wird im Rahmen gesetzlicher Vorgaben weiterentwickelt und angewendet. Bei Bedarf werden diese gesetzlichen Rahmenbedingungen an veränderte gesellschaftliche oder volkswirtschaftliche Entwicklungen angepasst. Politisch entscheidend ist dabei insbesondere die Finanzierungssituation der gesetzlichen Krankenversicherung. **Mit Hilfe des DRG-Systems** können die für die Krankenhausversorgung **vorgesehenen finanziellen Mittel** in Abhängigkeit von den erbrachten Leistungen und insoweit leistungsgerecht **auf die Krankenhäuser verteilt** werden. In welcher **Höhe** jedoch **Mittel** für die Krankenhäuser **insgesamt** zur Verfügung gestellt werden, **wird letztlich politisch entschieden und grundsätzlich mit § 10 KHEntgG für die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes vorgegeben**“ (Tuschen 2011: 19).

Tuschen stellt somit klar:

- Die Höhe der insgesamt für die Krankenhäuser in einem Bundesland zur Verfügung stehenden Mittel wird politisch entschieden und durch die Vorschriften zur Vereinbarung der Landesbasisfallwerte (§ 10 KHEntgG) vorgegeben. Diese Vorschriften sehen im Kern die Verein-

barung und Durchsetzung einer faktischen landesweiten Gesamtvergütung vor.

- Das DRG-System – hier ist das Fallpauschalensystem gemeint – dient lediglich dazu, „die für die Krankenhausversorgung vorgesehenen finanziellen Mittel“ auf die Krankenhäuser zu verteilen.

Die DRG-Fallpauschalen sind aber nicht nur ein Instrument zur Verteilung eines politisch gesetzten und auf Landesebene vereinbarten Gesamtvolumens. Sie bewirken darüber hinaus jedes Jahr aufs Neue eine Umverteilung im Krankenausbereich. Die verfügbaren Mittel werden jedes Jahr neu verteilt, sowohl zwischen den verschiedenen Krankenhäusern als auch zwischen Fachabteilungen und einzelnen Kostenarten. Ein Teil der Mittel wird dabei „umverteilt“ in dem Sinne, dass Mittel bestimmten Krankenhäusern genommen und an andere Krankenhäuser verteilt werden.

Diese Funktion als Umverteilungsinstrument scheint in der Fachöffentlichkeit und vor allem auch in der Gesundheitspolitik weitgehend – wenn nicht sogar vollständig – unbekannt zu sein, denn sie ist nicht Gegenstand öffentlicher Debatten, was sie von ihrer Bedeutung her allerdings sein müsste. Einigen Insidern im Zentrum des DRG-Systems ist sie jedoch offenbar sehr wohl bekannt. So charakterisierte der Geschäftsführer des InEK das Fallpauschalensystem vor einigen Jahren in einem Interview als „Werkzeug zur Umverteilung“ (Heimig 2014: 167); wohlgermerkt „Umverteilung“, nicht Verteilung.

Die jährliche Umverteilung eines Teils der Gesamterlöse folgt keinem rationalen Gesamtplan oder gut begründeten Kriterien. Dies ist das Ergebnis der nachfolgenden Analyse des Fallpauschalensystems.

Das DRG-System als System landesweiter Gesamtvergütungen

Im Folgenden wird zunächst die Konstruktion der verdeckten landesweiten Gesamtvergütungen vorgestellt, dabei wird auch auf die damit verbundenen Probleme eingegangen. Daran anschließend wird aufgezeigt, in welcher Weise die DRG-Fallpauschalen als Umverteilungsinstrument funktionieren und welche Bedeutung dies für die Krankenhäuser hat.

Die Konstruktion verdeckter landesweiter Gesamtvergütungen

Das DRG-System sieht keine Gesamtvergütung in Form eines vertraglich vereinbarten absoluten Geldbetrages vor. Auf Landesebene wird vielmehr ein Landesbasisfallwert für das folgende Jahr vereinbart, der bei allen Krankenhausrechnungen anzuwenden ist (§ 10 Abs. 1 KHEntgG). Zusätzlich wird auf Landesebene ein voraussichtliches Erlösvolumen für das folgende Jahr vereinbart. Das voraussichtliche Erlösvolumen ist auf Grundlage des effektiven Casemix und der Erlössumme der Fallpauschalen aller Krankenhäuser im Land zu schätzen (ebd.). Weicht die tatsächliche Entwicklung des folgenden Jahres von der Schätzung ab, ist der Basisfallwert des darauf folgenden Jahres entsprechend zu korrigieren und ein Ausgleich für die erfolgte Abweichung durchzuführen (ebd.).

Entsprechend dieser gesetzlichen Vorgaben weisen jährlich veröffentlichte Übersichten über die Ergebnisse der Verhandlungen auf Landesebene für jedes Bundesland zwei Landesbasisfallwerte aus, einen ohne Ausgleich und einen mit Ausgleich, und sie weisen auch das vereinbarte Casemix-Volumen und das sich daraus ergebende Erlösvolumen aus (für 2020 vgl. AOK-Bundesverband 2020a). So wurde für das Jahr 2020 beispielsweise für Bremen ein Landesbasisfallwert von 3.664,35 Euro, ein Casemix-Volumen von 186.369 Casemix-Punkten und ein Erlösvolumen von 682.922.509 Euro vereinbart (ebd.). Für Nordrhein-Westfalen weisen diese Übersichten einen Landesbasisfallwert von 3.654,19 Euro, ein Casemix-Volumen von 4.056.417 Casemix-Punkten und ein Erlösvolumen von 14.822.916.844 Euro aus (ebd.).

Mit dem „Erlösvolumen auf Landesebene“ (ebd.) gibt es faktisch eine landesweite Gesamtvergütung, auch wenn diese Konstruktion nicht „Gesamtvergütung“ genannt wird. Zwar sieht das DRG-System Entgelte und somit Erlöse vor, die nicht in die Summe des Casemix eingehen. Das spricht jedoch nicht dagegen, die Konstruktion in Anlehnung an die ambulante vertragsärztliche Versorgung als „Gesamtvergütung“ zu bezeichnen. Auch im KV-System gibt es Vergütungen, die nicht durch die Gesamtvergütung erfasst sind, außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt und als „extrabudgetär“ bezeichnet werden (KBV 2020; Simon 2017a: 181).

Anders als in der ambulanten ärztlichen Versorgung, wird im DRG-System die monetäre Bewertung der Bewertungsrelation 1,0 vertraglich vereinbart und ist damit für das jeweilige Jahr fixiert. Einen sichtbaren Punktwertverfall im laufenden Jahr, wie es ihn früher im ambulanten Bereich gab, kann es im DRG-System somit nicht geben.

Dies gilt allerdings nur für das laufende Jahr. Wie bereits erwähnt wurde und wie die weiteren Ausführungen zeigen werden, endet diese Gewissheit am jeweiligen Jahresende. Denn bei Überschreitung des vereinbarten Erlösvolumens durch die Summe der tatsächlich abgerechneten Entgelte ist der Landesbasisfallwert des folgenden Jahres entsprechend abzusenken. Insofern sieht auch das DRG-System einen Punktwertverfall vor, wenn die Leistungsmenge steigt. Der wird allerdings nicht als absolute Absenkung sichtbar, weil in die Berechnung der Landesbasisfallwerte nicht nur die Leistungsmenge eingeht, sondern auch weitere Einflussfaktoren, die in der Regel erhöhend wirken.

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte waren dabei in der Vergangenheit mehrere politische Entscheidungen, durch die zusätzliche Mittel in das DRG-System eingespeist wurden, um bestimmte Kostenentwicklungen zu kompensieren. Dazu gehörte beispielsweise die Refinanzierung der Mehrkosten durch die Änderung des Arbeitszeitrechts für Ärzte, Mehrkosten durch die Abschaffung des AiP²⁷ und vor allem: die Mehrkosten durch zwei Pflegestellenförderprogramme in den Jahren 2009 bis 2011 und 2016 bis 2018 sowie die Einführung eines sogenannten „Versorgungszuschlages“ ab dem Jahr 2013 in Höhe von zunächst 1 Prozent und ab 2014 0,8 Prozent auf alle Rechnungen als Reaktion auf eine zunehmend defizitäre Lage vieler Krankenhäuser.

Diese zusätzlichen Mittel wurden in der Regel zunächst nur den betroffenen Krankenhäusern gewährt und als Zuschlag auf die Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgezahlt. Dadurch bleiben diese Zahlungen jedoch außerhalb des Fallpauschalensystems. Um die Mittelerrhöhung in das Fallpauschalensystem zu überführen, wurden die zunächst krankenhausesindividuell gezahlten Zuschläge in einem zweiten Schritt in die Landesbasisfallwerte eingerechnet. Dies hat jedoch den Effekt, dass zuvor gezielt an einzelne Krankenhäuser gezahlte Mittel, dann sozusagen „mit der Gießkanne“ an alle Krankenhäuser verteilt werden, denn eine Erhöhung des Landesbasisfallwertes kommt allen Kliniken im Lande zugute.

Diese Art der Einspeisung in das DRG-System führt allerdings dazu, dass auch solche Kliniken mehr Geld erhalten, die gar keine Mehrkosten hatten. Im Fall der Überführung der Pflegestellenförderprogramme führte

27 Bis Ende September 2004 war nach dem Medizinstudium zunächst ein Jahr als Arzt im Praktikum (AiP) zu absolvieren, bevor die nachuniversitäre Facharztausbildung begann. Die Praktikumsvergütung betrug lediglich ein Drittel des regulären Facharztgehaltes. Nach dem Wegfall des AiP zum 1. Oktober 2004 mussten die Krankenhäuser somit um das Dreifache höhere Gehälter für die vorherigen AiPler zahlen. Da die Abschaffung des AiP eine politische Entscheidung war, sah sich die Politik in der Verantwortung, die Mehrkosten durch eine Sonderzahlung auszugleichen.

dies sogar dazu, dass Krankenhäuser mehr Geld für mehr Pflegestellen erhielten, die gar keine zusätzlichen Stellen geschaffen oder sogar Stellen abgebaut hatten.

Wenn man weitere Regelungen des DRG-Systems auf Landesebene einbezieht, zeigt sich noch deutlicher, dass auch die Konstruktion des DRG-Systems zu einem systematischen Punktwertverfall führt, der allerdings nicht an sinkenden Landesbasisfallwerten sofort und leicht erkennbar wird.

Eine zentrale Funktion erfüllt in diesem System der Landesbasisfallwert. Er ist gemäß § 10 Abs. 1 KHEntgG so festzulegen, dass die gesetzlich vorgegebene Obergrenze für die Entwicklung der Gesamtausgaben im Land nicht überschritten wird. Das vereinbarte voraussichtliche Erlösvolumen dient lediglich als Orientierungswert, um den Landesbasisfallwert so vereinbaren zu können, dass die Multiplikation des Landesbasisfallwertes mit dem landesweiten Casemix ein Erlösvolumen ergibt, das den durch Gesetz vorgegebenen Rahmen nicht überschreitet.

Die Schätzung des voraussichtlichen Erlösvolumens entfaltet zwar keine rechtliche Bindungswirkung für die Krankenhäuser im Land. Allerdings kann die Rückbindung des Landesbasisfallwertes an das geschätzte Erlösvolumen und die Korrektur des Landesbasisfallwertes im Fall einer Abweichung der tatsächlichen Ausgabenentwicklung von der Vorausschätzung durchaus zu einer relativ effektiven Kontrolle und Begrenzung der Gesamtausgaben auf Landesebene beitragen. Denn: Übersteigt das Volumen der tatsächlich abgerechneten Erlöse die Vorausschätzung, so können die Mehrausgaben durch eine entsprechende Absenkung des Landesbasisfallwertes in einem folgenden Jahr ausgeglichen werden, sozusagen von den Krankenhäusern „zurückgeholt“ werden.

Sichtbar wird diese „Rückforderung“ daran, dass es – wie bereits erwähnt – zwei Arten von Landesbasisfallwerten gibt, einen ohne Ausgleich und einen mit (vgl. für 2020 vdek 2020). Allerdings sind nicht nur Abweichungen zwischen der Vorausschätzung des Casemix-Volumens und ihrer tatsächlichen Entwicklung auszugleichen. Es gibt auch andere Ausgleichsmechanismen, beispielsweise aufgrund zwischenzeitlich in Kraft getretener gesetzlicher Neuregelungen. Insofern geht die Differenz zwischen dem aktuell vereinbarten Landesbasisfallwert ohne Ausgleich und dem mit Ausgleich nicht allein auf die Regelungen zur landesweiten Gesamtvergütung zurück. Solche Zusammenhänge führen dazu, dass der im System angelegte Punktwertverfall so gut wie nicht sichtbar ist. Er kann

nur durch systematische Analyse der Systemkonstruktion nachgewiesen werden.

Zudem kann es nicht nur Abweichungen des tatsächlichen Casemix nach oben, sondern auch nach unten geben (Unterschreitung des vorausgeschätzten Volumens). Entscheidend ist nicht die Höhe und Richtung der Korrektur des Landesbasisfallwertes, sondern der grundsätzliche Mechanismus zur Kontrolle und Deckelung der Gesamtausgaben auf Landesebene.

Weiter ist zu bedenken, dass das geschaffene System zur Kontrolle und Deckelung der Gesamtausgaben nicht nur aus einem Element besteht, sondern aus dem Zusammenwirken mehrerer Komponenten auf mehreren Ebenen. Zusätzlich zu den angesprochenen Regelungen auf Landesebene gibt es Mechanismen auf der Bundesebene und auch auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses, auf die an späterer Stelle noch eingegangen wird.

Zunächst soll jedoch auf ein Grundsatzproblem hingewiesen werden, das mit jeder Form von strikter Deckelung der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen verbunden ist.

Ausgabendeckelung und Anspruch auf eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung

Wie oben erwähnt, wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 eine Deckelung sowohl der Gesamtvergütungen der ambulanten ärztlichen Versorgung als auch der Krankenhausbudgets ab dem 1. Januar 1993 eingeführt. Die Deckelung der Krankenhausbudgets wurde ab 1996 verschärft, und zusätzlich wurden alle Krankenhausbudgets in den Jahren 1997, 1998 und 1999 pauschal um 1 Prozent gekürzt. Auch zum Zeitpunkt der Einführung des DRG-Systems galt die Begrenzung der Krankenhausbudgets auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, und sie wurde zur „Geschäftsgrundlage“ und obersten Vorgabe für das DRG-System.²⁸ Allerdings gilt die vorgegebene Obergrenze seit 2005 nicht mehr für die einzelnen Krankenhausbudgets, sondern für die Vereinbarungen auf Landesebene, vor allem für den Landesbasisfallwert und die Erlössumme aller Krankenhäuser im Land.

Die Vertragsparteien auf Landesebene wurden verpflichtet, den Landesbasisfallwert bei der erstmaligen Vereinbarung für das Jahr 2005 so festzulegen, „dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden“ (§ 10

28 „Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist auch für das neue Entgeltsystem unabdingbare „Geschäftsgrundlage“ (Baum/Tuschen 2000: 450).

Abs. 2 KHEntgG, i.d.F. des FPG 2002). Für die nachfolgenden Jahre wurde festgelegt, dass die Erhöhung der Landesbasisfallwerte die jährliche Erhöhung die Veränderungsrate nach § 71 SGB V „nicht überschreiten“ dürfe (§ 10 Abs. 4 KHEntgG).

Aus einer solchen Vorgabe resultieren jedoch nicht unerhebliche Probleme. Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder hat keinerlei Bezug zur Entwicklung der Morbidität sowie des Behandlungs- und Pflegebedarfs der Krankenhauspatienten. Steigt der Behandlungs- und Pflegebedarf stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder resultiert daraus eine Lücke, die die Frage aufwirft, wer für deren Schließung verantwortlich ist.

Hinter dieser Frage steht die Grundsatzfrage, ob ein System der Krankenhausfinanzierung Veränderungen des Behandlungs- und Pflegebedarfs der Krankenhauspatienten berücksichtigen sollte. Dazu ist zunächst einmal festzuhalten, dass die Versicherten der GKV einen gesetzlichen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung haben, die alle medizinisch notwendigen, ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen umfasst (§§ 2, 12 und 70 SGB V). Der Anspruch richtet sich sowohl gegen die Krankenkassen als auch gegen die Leistungserbringer, im Fall der Krankenhausbehandlung folglich gegen das jeweilige aufnehmende Krankenhaus.

Der Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung ist in der gesetzlichen Krankenversicherung von zentraler und tragender Bedeutung und wird auch nicht durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufgehoben oder eingeschränkt. Der maßgebliche § 71 SGB V stellt dazu klar:

„Die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer haben die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)“ (§ 71 Abs. 1 SGB V).

Zwar sind die Vergütungen so zu gestalten, „dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden“, allerdings mit der wichtigen Einschränkung: „es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten“. Ist die notwendige medizinische Versorgung mit Vergütungen, die auf die Veränderungsrate begrenzt sind, nicht erreichbar, sind die Vergütungen entsprechend anzuheben. Somit steht das Bedarfsdeckungsprinzip deutlich über dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Aus dem Primat des Anspruchs der Versicherten auf eine bedarfsgerechte Versorgung ergibt sich auch, dass der Anspruch der Krankenhauspatienten auf eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig von der Ausgestaltung des jeweiligen Vergütungssystems gilt. Dies ist für die

Leistungserbringer, in diesem Fall die Krankenhäuser, von besonderer Bedeutung. Auch wenn das aktuell geltende Vergütungssystem keine ausreichende Kostendeckung gewährt, dürfen Krankenhäuser ihren Patienten keine medizinisch oder pflegerisch notwendigen Leistungen verweigern. Sie sind gesetzlich zur Erbringung *aller* medizinisch notwendigen und bedarfsgerechten Leistungen verpflichtet.

Da jedoch weder das SGB V noch das Krankenhausentgeltgesetz eine zur Deckung des individuellen Behandlungs- und Pflegebedarfs ausreichende Vergütung verlangen, kann es zu einem Auseinanderklaffen von Leistungsverpflichtung und Vergütungsanspruch kommen, das schwerwiegende Probleme aufwirft.

Für den Krankenausbereich und das DRG-System ist diese Problematik in zweifacher Hinsicht hoch relevant. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Einführung des DRG-Systems nach gut einem Jahrzehnt der Budgetdeckelung erfolgte und die Budget darüber hinaus – wie bereits erwähnt – in den Jahren 1997, 1998 und 1999 pauschal um ein Prozent gekürzt worden waren. Die Verschärfung der Budgetdeckelung ab 1996 und pauschale Budgetkürzung ab 1997 hatte unter anderem zur Folge, dass zwischen 1995 und 2000 mehr als 18.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst abgebaut wurden. Auch in anderen Bereichen hatte die lang anhaltende Budgetdeckelung zu Stellenabbau und teilweise drastischen Kostensenkungen geführt, insbesondere in den sogenannten Servicebereichen wie Küche, Reinigung, Handwerker etc.

Wie dargelegt, wurde diese unzureichende Ressourcensituation mit Einführung des DRG-Systems fest- und durch die Anbindung der landesweiten Gesamtvergütungen an die Veränderungsrate nach § 71 SGB V in die Zukunft fortgeschrieben.

Daraus ergab sich neben anderen Problemen vor allem das folgende Problem: Steigt der Versorgungsbedarf an und reicht die festgesetzte Ausgabenobergrenze zu dessen Deckung nicht aus, und sind auch keine qualitätsneutralen Einsparmöglichkeiten mehr gegeben, kann dies beispielsweise im Krankenausbereich zu einer personellen Unterbesetzung führen, die Beschäftigte dazu veranlasst oder sogar zwingt, medizinisch-pflegerisch notwendige und zweckmäßige Leistungen zu unterlassen.

Bis zu einem bestimmten Grad können sie dies durch erhöhten Arbeitseinsatz kompensieren, auf Dauer kann eine anhaltende Arbeitsüberlastung das Problem jedoch nicht lösen, da der Leistungsfähigkeit Grenzen gesetzt sind und eine chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung des Personals die Gesundheit der Patienten aus naheliegenden Gründen gefährdet. Zudem führt chronische Arbeitsüberlastung zu verstärkter Abwanderung aus den Krankenhäusern oder Reduktion

der individuellen arbeitsvertraglichen Arbeitszeit, was die Arbeitsbelastung der bleibenden Beschäftigten weiter erhöht und zu einer Abwärts-spirale führt.

Die hier angesprochene Problematik bewegt sich nicht in der Sphäre abstrakter Überlegungen, beschrieben werden Entwicklungen im Pflegedienst, die seit Jahren zur Versorgungsrealität in einer Vielzahl von Krankenhäusern gehören und durch wissenschaftliche Studien und zahlreiche Medienberichte der letzten Jahre mittlerweile auch der Politik und einer breiteren Öffentlichkeit bekannt sind.

Darauf wird an späterer Stelle im Rahmen der Darstellung der Auswirkungen des DRG-Systems noch näher eingegangen. Hier soll lediglich auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, dass ein Vergütungssystem im Krankenausbereich sicherstellen muss, dass ein insgesamt steigender Behandlungs- und Pflegebedarf aber auch ein höherer Ressourcenbedarf aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts bei der Vergütung berücksichtigt werden kann. Die Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts ist insbesondere deshalb erforderlich, weil er dazu führen kann, dass zuvor nicht oder nur gering versorgte Patientengruppen nach Einführung neuer Behandlungsverfahren eine u. U. sehr ressourcenintensive Krankenhausbehandlung erhalten.

Mechanismen zur Durchsetzung einer starren Budgetierung der Gesamtausgaben

Die Berücksichtigung eines insgesamt steigenden Ressourcenbedarfes durch steigenden Behandlungs- und Pflegebedarf sowie den medizinisch-technischen Fortschritt wird im DRG-System verweigert. Das DRG-System ist so konstruiert, dass es eine Erhöhung der Gesamtausgaben aufgrund steigender Morbidität, eines steigenden Pflegebedarfs und/oder eines ressourcenaufwändigen medizinisch-technischen Fortschritts nicht zulässt. Zwar ist die Erhöhung der Bewertungsrelationen einzelner DRGs möglich und wird auch vorgenommen. Krankenhäuser können auch zusätzliche Fälle abrechnen und einen höheren Versorgungsbedarf durch einen höheren durchschnittlichen Schweregrad (Casemix-Index) kodieren.²⁹ Die Systemkonstruktion ist jedoch darauf ausgerichtet, einen normalerweise daraus resultierenden Anstieg der Gesamtausgaben zu verhindern.

²⁹ Allerdings schreiben die gesetzlichen Vorgaben für den Fall einer nicht mit den Kassen abgesprochenen Erhöhung des Casemix vor, dass die Vergütungen um 65 Prozent zu kürzen sind (der sogenannte „Mehrerlösausgleich“).

Die erwähnten Entwicklungen führen zwar zur Erhöhung der Bewertungsrelation einzelner DRGs, da das Gesamtvolumen der Bewertungsrelationen jedoch – wie in einem der vorhergehenden Kapitel erläutert – über die jährlichen Versionswechsel hinweg konstant gehalten wird, führt die Anhebung der Bewertungsrelationen einzelner DRGs zur Absenkung aller anderen DRGs.

Zwar können Krankenhäuser mehr Fälle abrechnen als im Vorjahr und auch einen höheren CMI kodieren und dadurch Mehreinnahmen erzielen, durch die oben vorgestellte Konstruktion auf Landesebene wird jedoch weitgehend verhindert, dass dies zu einem Anstieg der Gesamtausgaben auf Landesebene führt, der über den gesetzlich vorgegebenen Rahmen hinausgeht. Und dieser Rahmen orientiert sich an keiner Stelle an der Entwicklung der Morbidität, des Behandlungs- und Pflegebedarfs und/oder des medizinisch-technischen Fortschritts.

Im ambulanten Bereich wurde auf die hoch problematischen Wirkungen einer starren Budgetierung bereits vor Jahren reagiert. Seit 2009 ist dort eine sogenannte „morbiditybedingte Gesamtvergütung“ zu vereinbaren, die die für das nächste Jahr erwartete Morbiditätsentwicklung im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu berücksichtigen hat (§ 87a SGB V). Etwas Vergleichbares gibt es im DRG-System nicht.

Das DRG-System ist im Kern ein System zur starren Budgetierung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung. Die Kontrolle und Begrenzung der Gesamtausgaben steht in der Zielhierarchie an oberster Stelle und diesem Ziel wird alles weitere strikt untergeordnet. Da eine Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung und der anderen oben erwähnten Einflussfaktoren das Ziel einer strikten Ausgabenbegrenzung gefährden kann, ist sie seit Anfang an ausgeschlossen und war auch nie ernsthaftes Thema der krankenhauspolitischen Diskussion auf Bundesebene. Die Konstruktion des DRG-Systems folgt primär – und in diesem Punkt ausschließlich – einer rein ökonomischen Logik. Diese Logik wird nachfolgend rekonstruiert, um deutlich werden zu lassen, warum welche Kennzahlen im DRG-System von zentraler Bedeutung sind und wie mit potenziellen Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Gesamtausgaben umgegangen wird.

Eine 1:1-Übertragung der Gesamtvergütung des KV-Systems auf den Krankenausbereich schied vor allem deshalb aus, weil die vertragliche Vereinbarung einer expliziten landesweiten Gesamtvergütung in Form eines absoluten Geldbetrages, der von der Landeskrankenhausesellschaft an die Krankenhäuser verteilt wird, im Krankenausbereich nicht möglich ist. Im Krankenausbereich gilt das sogenannte Individualprinzip. Jedes Krankenhaus hat Anspruch auf ein eigenes, mit den Kassen ver-

einbartes Budget. Will man unter diesen Bedingungen die Entwicklung der Gesamtausgaben auf Landesebene kontrollieren und die strikte Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität erreichen, muss man andere Wege gehen.

Ausgangspunkt hat dabei zu sein, dass die Entwicklung der Gesamtausgaben auf Landesebene im DRG-System vor allem von drei Einflussfaktoren abhängig ist:

- der Fallzahlentwicklung
- dem durchschnittlichen ökonomischen Fallschweregrad (Casemix-Index/CMI)
- und dem Landesbasisfallwert (LBFW)

Man kann diesen Zusammenhang in einer Kurzformel so fassen: Fallzahl \times CMI \times LBFW = Gesamtausgaben.

Die beiden ersten Faktoren werden im DRG-System mit einer Kennzahl erfasst, der Summe aller abgerechneten Bewertungsrelationen, dem sogenannten Casemix.³⁰ Somit reduziert sich die Zahl der Einflussfaktoren auf zwei von absolut zentraler Bedeutung: Casemix und Basisfallwert. Die Formel kann folglich verkürzt werden auf: Casemix \times LBFW = Gesamtausgaben.

Zwar ist die Ausgabenentwicklung auch noch von weiteren Faktoren abhängig. Fallpauschalen und die anderen pauschalierten und mit Bewertungsrelationen versehenen Entgeltarten machen jedoch den weitestgrößten Teil der Krankenhauserlöse aus, insofern ist die Höhe der Gesamtausgaben zwar nicht nur aber vor allem das Produkt der Multiplikation von Casemix und Basisfallwert. Auf dieser gleichen Logik baut auch das DRG-System auf, da es die Regelungen zur Kontrolle und Begrenzung der Gesamtausgaben weitgehend auf diese beiden Einflussfaktoren beschränkt.

Der Basisfallwert ist Ergebnis von Verhandlungen, die gesetzlichen Vorgaben unterworfen sind, und an denen die GKV maßgeblich beteiligt ist. Insofern kann die Entwicklung der Landesbasisfallwerte relativ einfach kontrolliert und begrenzt werden.

Schwieriger gestaltet sich die Kontrolle der Entwicklung des landesweiten oder bundesweiten Casemix-Volumens. Will man die Entwicklung

30 In der Fachterminologie wird zwischen „Casemix“ und „effektivem Casemix“ unterschieden. Während der Casemix nur die Bewertungsrelationen der Fallpauschalen umfasst, gehen in den effektiven Casemix auch die Zu- und Abschläge für Kurz- und Langlieger (Fälle mit Unterschreitung der UGV und Überschreitung der OGV) sowie für externe Verlegungen ein. Auf die Differenzierung zwischen Casemix und effektivem Casemix wird im vorliegenden Text aus Gründen der Vereinfachung verzichtet. Dies erscheint insofern vertretbar, als für die hier diskutierten Themen fast ausschließlich der effektive Casemix relevant ist.

des Casemix-Volumens kontrollieren und begrenzen, führt dies wieder zurück zu dessen Einflussfaktoren.³¹ Der landesweite Casemix ist abhängig von:

- der Anzahl abgerechneter Fallpauschalen und anderer in den Casemix eingehender Entgelte (v. a. Zu- und Abschläge bei Überschreitung der oberen und unteren Grenzverweildauer) sowie
- der Höhe des durchschnittlichen ökonomischen Schweregrades der abgerechneten Fälle (Casemix-Index/CMI).

Der Casemix ist somit das Produkt der Multiplikation von Fallzahl und Casemix-Index. Der Casemix-Index wiederum ist vor allem von drei Faktoren abhängig:

- der Morbidität der Krankenhauspatienten (erfasst mittels ICD)
- dem medizinisch-technischen Fortschritt (erfasst mittels OPS) und
- der Kodierpraxis der Krankenhäuser.

Die *Morbidität* von Krankenhauspatienten wird in besonderem Maße von der demografischen Entwicklung und dem Anteil älterer Menschen an der Gesamtzahl der stationären Fälle beeinflusst. Steigt der Anteil älterer Patienten und weisen diese im Verhältnis zur Gesamtheit aller Patienten einen überdurchschnittlichen Krankheitsschweregrad und überdurchschnittlichen Pflegebedarf auf, beispielsweise durch eine höhere Zahl von Nebenerkrankungen und einen reduzierten Allgemeinzustand und/oder eine demenzielle Erkrankung, dann erfordert dies – sofern eine bedarfsgerechte Versorgung erfolgen soll – einen höheren Ressourcenaufwand. Es ist vor allem mehr Personal erforderlich und auch ein höherer Aufwand an Sachmitteln wie Arzneimitteln, medizinischem Verbrauchsmaterial, Pflegehilfsmitteln etc.

Pflegebedarf und Casemix

Aufmerksamen Leserinnen und Lesern ist sicherlich aufgefallen, dass der *Pflegebedarf* zwar als Einflussfaktor für den Ressourcenbedarf von Krankenhäusern, nicht jedoch als Einflussfaktor für den Casemix genannt wird. Dies ist kein Versehen. Das DRG-Fallgruppensystem berücksichtigt zwar die medizinischen Diagno-

³¹ Die Erläuterungen gehen von der Annahme aus, das DRG-System wäre so konstruiert, dass es Veränderungen der Morbidität, des Pflegebedarfs und des medizinisch-technischen Fortschritts berücksichtigt. Ziel der Ausführungen ist es, aufzuzeigen welche Entwicklungen in welcher Weise auf den Casemix und Casemix-Index wirken würden, wenn das DRG-System die genannten Veränderungen berücksichtigen würde. Ausgehend davon wird aufgezeigt wie im DRG-System verhindert wird, dass Veränderungen der Morbidität, des Pflegebedarfs und der medizinisch-technischen Entwicklung erhöhend auf die Gesamtausgaben wirken können.

sen, Alter etc. nicht jedoch den Pflegebedarf der Patienten, wenn man von sehr wenigen Ausnahmefällen absieht. Sollte der Pflegebedarf der Patienten erfasst und bei der Schweregradeinteilung berücksichtigt werden, müsste er mittels einer eigenen Klassifikation bei jedem Patienten ermittelt werden. Das Ergebnis der Gruppierung müsste Einfluss auf die Fallgruppenbildung haben, damit Unterschiede im Ressourcenbedarf auch zu unterschiedlichen Bewertungsrelationen führen. Darauf wurde bereits bei der Darstellung und Erörterung der Konstruktion des Fallgruppenkataloges hingewiesen.

Das DRG-System sieht dies nicht vor. Die Fallgruppensystematik berücksichtigt den Pflegebedarf in keiner Weise. An einigen Stellen des ICD und des OPS erscheinen zwar pflegerische Probleme oder Pflegemaßnahmen, daraus lässt sich jedoch kein Pflegebedarf in Form erforderlicher Pflegearbeitszeit ableiten. Pflegebedarf kann nur mit entsprechenden geeigneten Instrumenten der Pflege- und Personalbedarfsermittlung gemessen werden (Simon 2014, 2019c).

Zwar werden die Pflegepersonalkosten je DRG in den Kalkulationskrankenhäusern erfasst, die dabei in der Regel verwendete Pflegepersonalregelung (PPR) dient jedoch nur als Verteilungsschlüssel für die Gesamtpersonalkosten des Pflegedienstes. Die Zuweisung von Patienten zu den einzelnen Pflegestufen der PPR darf entsprechend der Vorgaben des InEK nicht auf Grundlage des Pflegebedarfs erfolgen, sondern nur auf Grundlage der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen. Von den tatsächlich erbrachten Leistungen kann jedoch grundsätzlich nicht auf den Bedarf geschlossen werden.

Dies gilt umso mehr angesichts der seit langem herrschenden und allseits bekannten chronischen Unterbesetzung in weiten Bereichen des Pflegedienstes. Aufgrund des Stellenabbaus im Pflegedienst ist der Anteil der Pflegepersonalkosten an den laufenden Betriebskosten aller Allgemeinkrankenhäuser von ca. 26 Prozent im Jahr 2001 kontinuierlich gesunken und lag 2017 nur noch bei 18 Prozent.

Die Kalkulationsmethodik hat zu keinem Zeitpunkt den Pflegebedarf erfasst und in die Kalkulation der Fallpauschalen einfließen lassen, sondern eine bestehende Unterbesetzung reproduziert und in die Zukunft fortgeschrieben. Zudem ist festzuhalten, dass die Minutenwerte der PPR auf Datenerhebungen der Jahre 1990/1991 basieren und folglich veraltet sind. Sie wären für eine Ermittlung

des gegenwärtigen Pflegebedarfs somit ohnehin vollkommen ungeeignet.

Der *medizinisch-technische Fortschritt* kann ebenfalls zu einer Erhöhung des Ressourcenbedarfes führen, wenn verstärkt neue Verfahren eingesetzt werden, die nicht nur mit einem höheren apparativen Aufwand verbunden sind,³² sondern auch die Behandlung von Menschen ermöglichen, die zuvor nicht behandelt werden konnten. Der höhere Ressourcenbedarf kann sowohl aus dem Einsatz der neuen Verfahren resultieren als auch aus den Folgekosten, die entstehen, weil diese Menschen ihre Erkrankung überleben, auch wenn es nur für einen begrenzten Zeitraum ist. Waren sie früher unbehandelt geblieben oder nur mit begrenztem Aufwand versorgt worden und relativ früh gestorben, so kann das neue Verfahren möglicherweise ihre Behandlungskosten insgesamt und darunter auch die Kosten einer stationären Behandlung deutlich erhöhen.

Treten die vorstehend skizzierten Entwicklungen in höherem Maße auf, kann dies zu einer signifikanten Erhöhung des Ressourcenaufwandes führen, nicht nur des einzelnen Krankenhauses, sondern des Krankenausbereichs insgesamt. Es reicht folglich nicht, die Bewertungsrelationen einzelner DRG-Fallpauschalen zu erhöhen, das Vergütungssystem muss so konstruiert sein, dass es im Fall des Eintretens dieser Entwicklungen auch eine angemessene Erhöhung der Gesamtkosten zulässt.

Ob und in welchem Umfang die oben angesprochenen Entwicklungen in den letzten 15 bis 20 Jahren eingetreten sind, kann hier nicht vertiefend diskutiert werden. Es erscheint jedoch sehr plausibel anzunehmen, dass dies der Fall ist. Ein deutliches Indiz dafür ist die Entwicklung des Anteils älterer und hochaltriger Patienten an der Gesamtzahl aller Krankenhausfälle. Der Anteil von Patienten im Alter von 65 Jahren und älter an allen Krankenhauspatienten stieg von 35,3 Prozent im Jahr 2000 auf 44,1 Prozent im Jahr 2017, der Anteil der Patienten im Alter von 75 Jahren und mehr stieg im gleichen Zeitraum von 18,4 Prozent auf 28,6 Prozent.

Auch wenn man davon ausgeht, dass höheres Alter nicht automatisch und bei allen Menschen mit höherer Morbidität und höherem Pflegebedarf einhergeht und sich der durchschnittliche Gesundheitszustand älterer Menschen in den letzten Jahrzehnten auch in Deutschland tendenziell verbessert hat, so erscheint es doch plausibel anzunehmen,

³² Sollte sich der medizinisch-technische Fortschritt allein auf die Anschaffung neuer Geräte beschränken, ohne jegliche Auswirkung auf den Personalbedarf, hätte er lediglich für die Entwicklung der Investitionskosten Relevanz.

dass der Ressourcenbedarf der Krankenhäuser durch die höhere Zahl älterer und hochbetagter Patienten gestiegen ist und weiter steigen wird (vgl. dazu StBA 2008).³³

Bleibt noch der Einfluss eines Anstiegs des nationalen oder landesweiten CMI aufgrund einer ökonomisch motivierten Höherkodierung ohne tatsächlich gestiegene Morbidität, dem sogenannten *Upcoding*. Aus anderen Ländern, insbesondere den USA war bereits vor Einführung des deutschen DRG-Systems bekannt, dass die Einführung eines Fallpauschalensystems dazu führen kann, dass Krankenhäuser Patienten in möglichst hoch bewertete Fallgruppen einordnen, auch wenn dies medizinisch nicht gerechtfertigt ist, allein um ihre Einnahmen zu erhöhen. Auch dies führt zu einer Erhöhung des Casemix und kann zur Steigerung der Gesamtausgaben führen, allerdings ohne dass dem ein entsprechender Ressourcenmehrbedarf oder Kostenanstieg zugrunde liegt.

Während ein Anstieg der durchschnittlichen Morbidität und des Pflegebedarfes sowie der Einsatz medizinisch zweckmäßiger kostenintensiver Behandlungen eine Erhöhung der Vergütungen nicht nur rechtfertigen, sondern auch notwendig machen kann, lassen sich Erlöszuwächse durch medizinisch nicht begründbare Höherkodierungen nicht rechtfertigen und sollten verhindert werden. Insofern sollten die hier diskutierten Ursachen eines Anstiegs des CMI-Index in einem Vergütungssystem unterschiedlich behandelt werden.

Eine gezielte Unterbindung von Erlöszuwächsen durch Upcoding kann allerdings nicht über die Konstruktion des Vergütungssystems erreicht werden, sondern in erster Linie durch eine intakte und wirksame ärztliche Berufsethik, die dazu führt, dass Krankenhausärzte kein Upcoding vornehmen. Darüber hinaus bedarf es wirksamer externer Kontrollen, die bei Verdacht auf Upcoding die erforderlichen Krankenunterlagen sichten, sowie rechtlicher und wirtschaftlicher Sanktionen bei nachgewiesenem Upcoding.

³³ Dagegen kann eingewendet werden, dass die Krankenhaushäufigkeit in Deutschland deutlich über dem der meisten anderen europäischen Länder liegt und ein erheblicher Teil auch der älteren Krankenhauspatienten durchaus adäquat oder sogar besser in ambulanten Settings versorgt werden könnte. Dieser Einwand geht jedoch „am Thema vorbei“. Solange diese Menschen im Krankenhaus behandelt und versorgt werden, sind sie dort bedarfsgerecht zu versorgen. Man kann einem alten Menschen, der in ein Krankenhaus aufgenommen wurde, nicht deshalb die Behandlung und Pflege verweigern, weil er zukünftig möglicherweise ambulant versorgt werden könnte. Dass in Deutschland so viele ältere Menschen in Krankenhäusern behandelt werden, hat – neben anderen Gründen – auch damit zu tun, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen in Deutschland nicht überall und in allen Fällen eine ausreichende Versorgung gewährleisten. Dies gilt gegenwärtig in besonderem Maße für die pflegerische Versorgung. So geht bspw. ein nicht unbedeutender Teil der Krankenhausaufnahmen älterer Menschen auch auf strukturelle Mängel in der ambulanten und vor allem der stationären Pflege zurück.

Steigende Morbidität und medizinisch-technischer Fortschritt – sowie darüber hinaus auch steigender Pflegebedarf – sollten jedoch im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Das deutsche DRG-System sieht dies jedoch nicht vor. Jeder Anstieg des bundes- und landesweiten CMI wird so behandelt, als sei er Ergebnis von Upcoding – und wird neutralisiert.

Zentraler Ansatzpunkt ist dabei die Konstanthaltung des bundesweiten Casemix-Volumens. Zwar können Kostensteigerungen in einzelnen DRGs, die bei der jährlichen Kalkulationsrunde festgestellt wurden, zu einer Erhöhung der Bewertungsrelationen einzelner DRGs führen, dies darf jedoch keine Erhöhung des Casemix-Volumens insgesamt zur Folge haben. Da der Casemix über DRG-Versionswechseln hinweg konstant gehalten wird, führt die Erhöhung einzelner DRGs automatisch zur Absenkung aller anderen DRGs. Die Mehrkosten durch höhere Morbidität, höheren Pflegebedarf und den medizinisch-technischen Fortschritt werden somit durch Kürzungen bei anderen DRGs finanziert. Eine Rechtfertigung dafür findet sich weder in der Begründung des Fallpauschalengesetzes noch im Krankenhausentgeltgesetz.

Eine weitere Sicherung gegen eine Erhöhung der Gesamtausgaben aufgrund höherer Morbidität etc. ist auf der Landesebene eingebaut.

„Soweit in Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen“ (§ 10 Abs. 3 KHEntgG).

Damit werden die Vertragsparteien auf Landesebene verpflichtet, Ausgabenerhöhungen aufgrund eines höheren CMI durch Kürzung des Landesbasisfallwertes auszugleichen. Zum Verständnis dieser Passage ist es wichtig festzuhalten, dass die gewählte Formulierung „einer veränderten Kodierung“ für alle Änderungen gilt, unabhängig von ihrer Ursache. Darauf bezog sich die oben getroffene Feststellung, dass alle CMI-Erhöhungen so behandelt werden, als seien sie Ergebnis eines Upcoding.

Zusätzlich zur Bundes- und Landesebene sieht das DRG-System auch auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses entsprechende Sicherungen vor. Krankenhäuser vereinbaren mit den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen ein „Erlösbudget“, dessen zentrale Größe das „Erlösvolumen“ ist – gemessen als Casemix. Weicht das tatsächlich vom Krankenhaus abgerechnete Erlösvolumen von dem im Vorjahr vereinbarten Volumen ab, erfolgt ein sogenannter „Mehrerlösausgleich“ (§ 4 Abs. 3 KHEntgG). Die Höhe dieses Mehrerlösausgleichs wurde seit Einführung des DRG-Systems mehrfach geändert und liegt gegenwärtig für die meisten Fälle bei 65 Prozent. Das Krankenhaus

muss somit 65 Prozent seiner nicht mit den Kassen vereinbarten Mehrerlöse an die Kostenträger zurückzahlen. Und dazu zählen – um dies noch einmal hervorzuheben – auch Mehrerlöse durch einen höheren Anteil von Patienten mit höherer Morbidität.

Mit dem Mehrerlösausgleich kann zwar nicht verhindert werden, dass Krankenhäuser mehr Leistungen erbringen und abrechnen, die Regelung macht Mehrleistungen allerdings ökonomisch relativ unattraktiv. Dass dennoch Kliniken nicht vereinbarte Mehrleistungen erbringen, dürfte vor allem daran liegen, dass sie entweder unter erheblichem ökonomischen Druck stehen und dringend auf jeden Euro Mehreinnahmen angewiesen sind, oder dass sie ihre Leistungserbringung so stark durchrationalisiert haben, dass auch die verbleibenden 35 Prozent ausreichen, um Gewinn zu erzielen. Die Erklärung dafür dürfte darin zu finden sein, dass ca. 60 Prozent der Krankenhauskosten Personalkosten sind. Sind diese durch die vereinbarten Leistungen gedeckt und wird für die zusätzlichen Leistungen kein zusätzliches Personal beschäftigt, fallen bei Mehrleistungen nur Sachkosten an, die möglicherweise deutlich niedriger liegen als die realisierbaren 35 Prozent Mehreinnahmen.

Insofern – das sei hier kurz angemerkt – tragen solche Regelungen im Finanzierungsrecht wesentlich zu der seit langem von Ärzten und Pflegekräften kritisierten zunehmenden Leistungsverdichtung und Arbeitsüberlastung bei. Und Regelungen, die dies befördern, gibt es im DRG-System eine Vielzahl, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann.³⁴

Zentrale Kennzahlen zur Entwicklung der Leistungen und Ausgaben

Das Ergebnis der vorstehenden Analyse, dass das DRG-System als faktisches Gesamtvergütungssystem konstruiert ist, steht in eigenartigem Kontrast zu den in den letzten Jahren immer wieder geäußerten Kritik an einer übermäßigen „Mengenentwicklung“ und ökonomisch motivierten „Mengenausweitungen“ im Krankenausbereich. Gemeint ist damit in der Regel, dass seit Einführung des DRG-Systems die Zahl der Fälle stark ausgeweitet und dass diese Ausweitung nicht durch die Entwicklung der allgemeinen Morbidität zu erklären sei. Dies war auch das

³⁴ Eine der neusten Varianten dieser Art von Regelungen ist der durch das KHSG 2016 eingeführte sogenannte „Fixkostendegressionsabschlag“ (§ 4 Abs. 2a KHEntgG). Der entwickelt wurde, damit die Krankenkassen auch etwas von dem Kuchen der „Rationalisierungsgewinne“ abbekommen können und an den finanziellen Vorteilen durch die Steigerung der Arbeitsbelastung der Beschäftigten partizipieren.

zentrale Ergebnis zweier im Auftrag der Spitzenverbände durchgeführter Gutachten (Augurzky et al. 2012; Schreyögg et al. 2014). Verwiesen wird dabei häufig darauf, dass von Fallpauschalensystemen bekanntermaßen grundsätzlich ein Anreiz zur Fallzahlsteigerung ausgehe (so u. a. Augurzky et al. 2012: 4). Die Kritik ging vor allem auch von den Krankenkassen aus, für die starke Fallzahlerhöhungen mit dem Risiko verbunden sein können, dass ihre Ausgaben unkontrollierbar ansteigen.

In den vorhergehenden Abschnitten wurde jedoch herausgearbeitet, dass das DRG-System als System verdeckter Gesamtvergütungen konstruiert ist, die vor allem dazu dienen sollen, die Gesamtausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung zu kontrollieren und zu begrenzen. Dieses Analyseergebnis steht in deutlichem Kontrast zu der angesprochenen und weit verbreiteten, auch von namhaften Gesundheitsökonominnen vertretenen Kritik an Fallzahl- und Leistungsentwicklungen, die als übermäßig eingestuft werden.

Da die Konstruktion des DRG-Systems als Gesamtvergütungssystem anhand einschlägiger Rechtsvorschriften nachgewiesen wurde, bleiben im Wesentlichen nur zwei Möglichkeiten, diesen Widerspruch aufzulösen. Entweder hat das System nicht funktioniert und konnte eine übermäßige „Mengenausweitung“ nicht verhindern, oder es hat keine übermäßige Mengenausweitung gegeben. Der Frage wird nachfolgend auf Grundlage verfügbarer Daten nachgegangen.

Entwicklung zentraler Kennzahlen des DRG-Systems

Zunächst einmal ist zu klären, was mit „Mengenentwicklung“ oder „Mengenausweitung“ gemeint ist. Wenn in der Fachdiskussion über das DRG-System der Begriff „Menge“ verwendet wird, ist damit in der Regel die für das DRG-System relevante „Leistungsmenge“ gemeint. Die „Leistungsmenge“ wird im DRG-System in der zentralen Kennzahl des effektiven Casemix gemessen.

Diese möglicherweise banal erscheinende Feststellung beinhaltet jedoch einige sehr relevante Implikationen, die bei der Verwendung des Begriffs „Mengenentwicklung“ und in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht immer beachtet werden. Wie oben dargelegt, gehen in die Summe des „effektiven Casemix“ die Bewertungsrelationen der Fallpauschalen sowie die Zu- und Abschläge für Kurz- und Langlieger und für verlegte Fälle ein.³⁵

Das ist insofern von erheblicher Bedeutung, als in diese „Leistungsmenge“ nur die Fälle eingehen, die im Anwendungsbereich des DRG-Systems versorgt werden, und das sind weitgehend nur die Fälle der

³⁵ Es wird nachfolgend auf den Zusatz „effektiv“ verzichtet und aus Gründen der Vereinfachung nur der Begriff Casemix im Sinne von „effektiver Casemix“ verwendet.

Allgemeinkrankenhäuser, nicht aller Krankenhäuser. Bei entsprechenden Berechnungen dürfen folglich auch nur die Fallzahlen der Allgemeinkrankenhäuser verwendet werden. Zudem gilt das DRG-System nicht für die psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser.

Diese Fälle dürfen folglich auch nicht mit gerechnet werden. Darüber hinaus ist zu beachten, dass der Casemix nicht nur durch die Zahl der vollstationären Fälle beeinflusst wird, sondern auch durch den durchschnittlichen ökonomischen Fallschweregrad, gemessen in der Kennzahl des Casemix-Index (CMI).

Zur Überprüfung der „Mengenentwicklung“ auf Bundesebene sind mehrere Daten der Krankenhaus- und DRG-Statistik verfügbar, von denen allerdings nicht alle für den gesamten Zeitraum seit Einführung des DRG-Systems vorliegen. Da ein Teil der Daten nur bis zum Berichtsjahr 2017 vorliegt, beschränkt sich die nachfolgende Analyse auf den Zeitraum bis 2017. Die DRG-Daten (Casemix, CMI, Fallpauschalen) werden vom Statistischen Bundesamt zudem teilweise erst ab dem Berichtsjahr 2010 zur Verfügung gestellt, so dass sich einzelne Analysen auf den Zeitraum 2010 bis 2017 beschränken müssen. Die Analyse der Daten führt zu folgenden Ergebnissen.

Fallzahlentwicklung 2005–2017: Die Zahl der vollstationären Fälle in Allgemeinkrankenhäusern ist im Zeitraum 2005 bis 2017 um ca. 15 Prozent gestiegen (Tab. 2). Diese Zahl allein ist jedoch wenig aufschlussreich, um ein Urteil darüber zu ermöglichen ob es sich dabei um einen übermäßigen Fallzahlenanstieg handelt, denn es gibt seit Jahrzehnten einen weitgehend kontinuierlichen Fallzahlenanstieg. Die Frage muss folglich sein, ob der Fallzahlenanstieg über dem der Zeit vor Einführung des DRG-Systems liegt. Dies ist nicht der Fall, im Gegenteil. Während im Zeitraum 1992 bis 2001 die Zahl der vollstationären Fälle durchschnittlich pro Jahr um 1,7 Prozent stieg, nahm sie im Zeitraum 2005 bis 2017 nur um 1,1 Prozent pro Jahr zu (Tab. 3).³⁶

³⁶ Beide Zahlen schließen die sogenannten vollstationären „Stundenfälle“ ein, die nach der Aufnahme noch am selben Tag wieder entlassen wurden. Dieser Hinweis ist insofern wichtig, als die Stundenfälle bis einschließlich des Berichtsjahres 2001 gesondert ausgewiesen wurden und nicht in der Zahl der vollstationären Fälle enthalten waren. Seit 2002 wird die Fallzahl in der Krankenhausstatistik einschließlich der Stundenfälle ausgewiesen. Zudem ist zu beachten, dass die Krankenhausstatistik in den Jahren 2002 bis 2004 die verschiedenen Krankenhausarten anders abgrenzte. Diese Änderung wurde wieder rückgängig gemacht, so dass die Zeiträume vor 2002 und nach 2004 vergleichbar sind, die Jahre 2002 bis 2004 jedoch unberücksichtigt bleiben müssen. Dies wird bei Datenanalysen leider häufig nicht beachtet.

Der jährliche Fallzahlenanstieg ging nach Einführung des DRG-Systems somit um ca. 30 Prozent zurück.³⁷

³⁷ In der Fallzahl sind auch Fälle der psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern enthalten. Die Krankenhausstatistik weist sie für allgemeine Krankenhäuser leider nicht gesondert nach Fachabteilungen aus, sondern nur für die Krankenhäuser insgesamt. Deren Entwicklung weicht nicht stark von der Entwicklung der Gesamtfallzahl in Allgemeinkrankenhäusern ab, so dass es plausibel erscheint, dass sie sich auch in den entsprechenden Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser in ähnlichem Maße entwickelte.

Tabelle 2: Ausgewählte Kennzahlen zur Entwicklung des DRG-Systems

	2005	2010	2015	2017	Zuwachs 2005–2017		Zuwachs 2010–2017	
					Δ absolut	Δ in %	Δ absolut	Δ in %
DRG-Erlösvolumen (in Mio. €)	–	54.862	65.288	69.793	–	–	14.931	+27,2 %
<i>Anteil der DRG-Erlöse an den Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung</i>	–	73,6 %	73,3 %	73,7 %	–	–	–	–
Vollstationäre Fälle (Allgemeinkrankenhäuser)	16.379.078	17.479.298	18.613.774	18.824.723	2.445.645	+14,9 %	1.345.425	+7,7 %
Casemix Deutschland	–	18.708.468	20.307.606	20.779.242	–	–	2.070.774	+11,1 %
Casemix-Index Deutschland	–	1,08	1,09	1,11	–	–	0,03	+2,8 %
Abgerechnete Fallpauschalen	16.071.846	17.434.400	18.665.238	18.901.222	2.829.376	+17,6 %	1.466.822	+8,4 %
Zahl der Operationen (dokumentierte Codes des 5. OPS-Kapitels)	12.129.075	14.937.120	16.422.693	16.866.846	4.737.771	+39,1 %	1.929.726	+12,9 %
<i>Anteil der Operationen (OPS- Codes) an der Zahl vollstationärer Fälle</i>	74,1 %	85,5 %	88,2 %	89,6 %	–	–	–	–

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Tabelle 3: Vollstationäre Fälle in Allgemeinkrankenhäusern

	Vollstationäre Fälle	Veränderung gegenüber dem Vorjahr	
		Anzahl	in %
1991	14.310.663	–	–
1992	14.730.092	419.429	2,9
1993	14.919.911	189.819	1,3
1994	15.200.498	280.587	1,9
1995	15.628.261	427.763	2,8
1996	15.846.197	217.936	1,4
1997	16.087.768	241.571	1,5
1998	16.487.463	399.695	2,5
1999	16.714.822	227.359	1,4
2000	16.862.194	147.372	0,9
2001	16.902.355	40.161	0,2
<i>Durchschnittliche jährliche Veränderung 1992–2001: 1,7 %</i>			
2005	16.379.078	95.332	0,6
2006	16.339.454	–39.624	–0,2
2007	16.670.545	331.091	2,0
2008	16.993.276	322.732	1,9
2009	17.268.317	275.041	1,6
2010	17.485.806	217.489	1,3
2011	17.784.323	298.517	1,7
2012	18.020.968	236.645	1,3
2013	18.177.116	156.148	0,9
2014	18.523.663	346.547	1,9
2015	18.613.774	90.111	0,5
2016	18.913.901	300.128	1,6
2017	18.824.723	–89.178	–0,5
<i>Durchschnittliche jährliche Veränderung 2005–2017: 1,1 %</i>			

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Abgerechnete Fallpauschalen 2005–2017: Während die Zahl der vollstationären Fälle in Allgemeinkrankenhäusern im Zeitraum 2005 bis 2017 um ca. 15 Prozent stieg, nahm die Zahl der abgerechneten Fallpauschalen in diesem Zeitraum um 17,6 Prozent zu (Tab. 2). Damit lag der An-

stieg der Zahl der abgerechneten Fallpauschalen zwar über dem der vollstationären Fälle insgesamt, allerdings ist die Abweichung keineswegs so dramatisch, dass sie die These einer übermäßigen Mengenausweitung rechtfertigen könnte. Zudem ist zu beachten, dass das DRG-System auch die Abrechnung sogenannter Verlegungspauschalen für externe Verlegungen vorsieht.

Zahl der diagnostischen Maßnahmen und Operationen: Deutlich stärker nahm hingegen die Zahl der diagnostischen Maßnahmen und kodierten OPS-Kodes für Operationen zu.³⁸ Während die Zahl der vollstationären Fälle in Allgemeinkrankenhäusern zwischen 2005 und 2017 um ca. 15 Prozent zunahm, stieg die Zahl der mit OPS-Kodes kodierten diagnostischen Maßnahmen um 36,3 Prozent, der bildgebenden Verfahren (z. B. CT, MRT etc.) um 160,5 Prozent und der „Operationen“ um 39,9 Prozent (GBE 2020e). Diese Veränderungen sind ohne Zweifel bemerkenswert.

Allerdings ist bei der Zahl der in der amtlichen Statistik ausgewiesenen „Operationen“ zu beachten, dass es sich um dokumentierte OPS-Kodes des fünften Kapitels des OPS handelt, das mit „Operationen“ überschrieben ist (DIMDI 2020b). Nicht jeder OPS-Kode steht jedoch für eine eigenständige Operation. Deshalb darf auch nicht von der Zahl der OPS-Kodes auf die Zahl der Operationen geschlossen werden, wie dies in der Vergangenheit vielfach geschehen ist und auch heute noch geschieht.³⁹

Operationen sind häufig nicht nur mit einem OPS-Kode zu verschlüsseln, sondern mit mehreren (Roeder et al. 2014). Insofern liegt die Zahl der OPS-Kodes allein aus Gründen der OPS-Systematik höher als die Zahl der Operationen. Zudem gibt es OPS-Zusatzcodes, die keinen eigenständigen Eingriff beschreiben, sondern nur ergänzende Informatio-

38 OPS steht für „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ das amtliche deutsche Verzeichnis für Prozeduren in der Medizin. Der OPS weist für jede einzelne Prozedur einen Buchstaben-Zahlen-Kode aus, der für die Abrechnung von DRGs zu dokumentieren ist. Auf Grundlage der dokumentierten OPS-Kodes erstellt das Statistische Bundesamt eine jährlich aktualisierte Statistik der dokumentierten Prozeduren, und als Teil dieser Statistik auch eine Statistik der durchgeführten Operationen.

39 So beispielsweise in einer Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2014, in der behauptet wurde, die Zahl der „Operationen“ sei zwischen 2005 und 2013 um 30 Prozent gestiegen. Dabei wurde jedoch die Zahl der OPS-Kodes mit der Zahl der Operationen gleichgesetzt. Nachdem in einer Veröffentlichung auf diesen Fehler hingewiesen worden war (Roeder et al. 2014), korrigierte das Statistische Bundesamt seine Pressemitteilung (insofern ist sie in der falschen Fassung nicht mehr im Internet verfügbar). Die zahlreichen Zeitungsartikel und anderen Medienberichte, in denen die Mitteilung des Amtes (30% mehr OPs) aufgegriffen und weiter verbreitet worden waren, konnten jedoch nicht „zurückgerufen“ werden und hatten ihre Wirkung auf die öffentliche und auch gesundheitspolitische Diskussion da bereits entfaltet. Diese Anekdote ist durchaus typisch für die vielfach sehr zweifelhafte fachliche Qualität der krankenhauspolitischen Diskussion und Berichterstattung, nicht nur bei dem Thema „Mengenentwicklung“.

nen für die Dokumentation des Eingriffs bereitstellen (OPS-Kapitel 5.93 bis 5.99). Die Zusatzcodes machten beispielsweise im Jahr 2013 allein 1,2 Mio. oder 8 % aller OPS-Kodes aus und waren für 18 % des Anstiegs der OPS-Kodes von 2005–2013 verantwortlich (Roeder et al. 2014).

Entsprechend beginnt das fünfte Kapitel des OPS denn auch mit Hinweisen darauf, dass für verschiedene, dort aufgelistete operative Techniken ein zusätzlicher Code zu vergeben ist, wenn die betreffende Operationstechnik in dem Code für die Operation nicht enthalten ist (DIMDI 2020b).

Dem Statistischen Bundesamt ist diese Problematik durchaus bekannt, weshalb es in den Erläuterungen zu seiner „Operationen“-Statistik darauf hinweist:

„Als Operation im Sinne der Diagnosestatistik wurde jeder Eingriff bezeichnet, für den ein (beliebiger) Schlüssel aus Kapitel 5 des amtlichen Operationenschlüssels (OPS, Version 2015) vergeben wurde“ (StBA 2018: Erläuterungen).

Die amtliche Statistik bildet somit nicht die Zahl der „Operationen“ ab, sondern die der dokumentierten OPS-Kodes des 5. OPS-Kapitels. Da die betreffenden Statistiken und Daten in den Veröffentlichungen des Statistische Bundesamtes aber dennoch als „Operationen“ bezeichnet werden, ist es nicht verwunderlich, dass sie in der Regel auch als Zahl tatsächlich durchgeführter Operationen interpretiert werden, sogar in wissenschaftlichen Gutachten beispielsweise zur Frage der „Mengenentwicklung“ im Krankenausbereich (Augurzky et al. 2012; Schreyögg et al. 2014).

Allerdings zeigt ein einfacher Blick in die Daten der Krankenhausstatistik, dass es sich bei der als Zahl der Operationen ausgewiesenen Zahl, kaum um die Zahl tatsächlich durchgeführter Operationen handeln kann. Wäre jeder dokumentierte OPS-Kode eine eigenständige Operation, hätte es beispielsweise 2017 bei insgesamt 18,8 Mio. vollstationären Fällen in Allgemeinkrankenhäusern 16,9 Mio. Operationen gegeben (Tab. 2). Es dürfte auch medizinischen Laien einsichtig sein, dass eine Operationsquote von 90 Prozent aller vollstationären Patienten höchst unwahrscheinlich ist.

Da die seit vielen Jahren geführte „Mengendiskussion“ und Kritik an einer übermäßigen Ausweitung der Operationszahlen auf diesen Daten aufbaut und verwechselt sie somit OPS-Kodes mit Operationen, was allerdings weitgehend unbekannt sein dürfte.

Ein Längsschnittvergleich der verwendeten Daten ist zudem nicht nur deshalb unsachgemäß, weil es sich um OPS-Kodes handelt. Darüber hinaus ist er auch unsachgemäß, weil der OPS jedes Jahr geändert und an die Entwicklung der Medizin angepasst wird. Dabei werden auch ein-

zelne Codes zum Zweck einer differenzierten Dokumentation durch mehrere verschiedene Codes ersetzt. Dementsprechend stieg die Zahl der OPS-Codes von ca. 22.900 im Jahr 2005 auf ca. 32.100 im Jahr 2020 (DIMDI 2020a). Aufgrund der jährlichen Überarbeitung sind die OPS-Codes verschiedener Jahre folglich nicht uneingeschränkt vergleichbar. Aus diesem Grund verbietet sich auch ein Längsschnittvergleich von OPS-Ziffern, selbst wenn diese als solche bezeichnet werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Berechnungen, in denen OPS-Ziffern mit Operationszahlen gleichgesetzt werden, aus mehreren Gründen unsachgemäß sind. Auch Längsschnittvergleiche der Zahl der OPS-Ziffern verbieten sich aus den vorstehend genannten Gründen.

Casemix-Index: Der Casemix-Index stieg von 1,08 im Jahr 2010 auf 1,11 im Jahr 2017 und somit in sieben Jahren um 2,8 Prozent (GBE 2020a). In Anbetracht der oben erwähnten Zunahme des Anteils älterer und vor allem hochaltriger Patienten erscheint dieser Anstieg eher moderat als übermäßig.

Casemix: Daten zum nationalen Casemix-Volumen stellt das Statistische Bundesamt gegenwärtig leider nur für den Zeitraum ab 2010 zur Verfügung. Im Zeitraum 2010 bis 2017 stieg der Casemix für Deutschland um 11,1 Prozent (GBE 2020a). Der Anstieg der Zahl der vollstationären Fälle in Allgemeinkrankenhäusern betrug in diesem Zeitraum 7,7 Prozent. Auf sieben Jahre umgerechnet ergibt dies für den Casemix einen durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 1,6 Prozent. Berücksichtigt man den Anstieg des CMI, so erscheint auch der über dem Fallzahlanstieg liegende Zuwachs des Casemix keineswegs dramatisch und übermäßig.

Die hier vorgestellten Daten lassen es nicht gerechtfertigt erscheinen, von einer übermäßigen „Mengenausweitung“ seit Einführung des DRG-Systems zu sprechen. Dieses Ergebnis ist allerdings durchaus überraschend, wenn man bedenkt, dass von Fallpauschalensystemen im Allgemeinen ein starker Anreiz zur Ausweitung von Fallzahlen und Erhöhung des durchschnittlichen Fallschweregrades (Upcoding) ausgeht.

Aber genau an diesem Punkt setzt ein weit verbreiteter Irrtum ein. Was für andere Fallpauschalensysteme gilt, muss nicht zwangsläufig auch für das deutsche DRG-System gelten. Wie auf den vorhergehenden Seiten herausgearbeitet, wurde das deutsche DRG-System so konstruiert, dass der in anderen Fallpauschalensystemen vorhandene Anreiz zu Fallzahlausweitung und Upcoding im deutschen DRG-System weitgehend neutralisiert wird, zumindest was die Ebene der Krankenhausversorgung insgesamt betrifft.

Im Fall des Casemix und des Casemix-Index ist dabei zu beachten, dass beide Kennzahlen in starkem Maße durch die Konstanthaltung des nationalen Casemix bei der jährlichen Fortschreibung des DRG-Kataloges beeinflusst werden. Dadurch können beide Kennzahlen kein wirklichkeitstreuere Abbild des „echten“ nationalen Casemix oder CMI bieten. Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem in den nationalen DRG-Daten erscheinenden Casemix und auch CMI letztlich um statistische Artefakte handelt.

Zwar ist der aus den Abrechnungsdaten abgeleitete Casemix und CMI nicht identisch mit dem konstantgehaltenen Casemix der Versionswechsel. Da die Abrechnung aber auf Grundlage der jeweiligen konstantgehaltenen DRG-Versionen erfolgt, wird sie auch von der Konstanthaltung beeinflusst. Im Grunde können weder der aus den Abrechnungsdaten abgeleitete Casemix noch der CMI für wissenschaftliche Zwecke wie beispielsweise eine Längsschnittanalyse verwendet werden.

Dies gilt auch unterhalb der nationalen Ebene, auf der Ebene einzelner Krankenhäuser, einzelner medizinischer Fachgebiete und einzelner DRG-Gruppen.

Wie bereits angesprochen und in einem späteren Kapitel noch näher erläutert wird, funktioniert das Fallpauschalensystem als Umverteilungssystem. Das Gesamtvolumen des Casemix auf Landes- und Bundesebene wird durch die oben aufgezeigten Mechanismen weitgehend begrenzt. Unterhalb der Ebene des Gesamtvolumens erfolgen jedes Jahr Umverteilungen. Da das System insgesamt so konstruiert ist, dass das Gesamtvolumen weitgehend konstant gehalten wird, gehen Zuwächse in einzelnen Krankenhäusern, Fachgebieten, DRG-Gruppen zulasten aller anderen Krankenhäuser, Fachgebiete oder DRG-Gruppen.

Insofern ist die Entwicklung des Casemix beispielsweise auch in einzelnen DRG-Hauptgruppen von solchen Umverteilungsprozessen beeinflusst und darf nicht als objektive unverfälschte Abbildung realer Leistungsprozesse interpretiert werden. Darüber hinaus darf aus der Mengenentwicklung in einzelnen Hauptdiagnosegruppen nicht auf die Gesamtentwicklung geschlossen werden.

Beides ist in der Vergangenheit leider auch in wissenschaftlichen Gutachten geschehen. So wurde beispielsweise in einem der beiden einflussreichsten Gutachten zur „Mengenentwicklung“ die Entwicklung des Casemix nur zwei Hauptdiagnosegruppen (05 und 08) analysiert und die Entwicklung des Casemix-Volumens als reale Leistungsentwicklung gewertet. Und nicht nur dies, aus den Ergebnissen wurden sogar allgemeine Schlussfolgerungen für das gesamte DRG-System gezogen (Augurzky et al. 2012).

Betrachtet man die verfügbaren DRG-Daten, so zeigen sich in der Tat sehr unterschiedliche Entwicklungen in den einzelnen Fachgebieten und einzelnen DRG-Hauptdiagnosegruppen. Während der Casemix zwischen 2010 und 2017 über alle DRG-Hauptdiagnosegruppen hinweg um 11,1 Prozent stieg, nahm er beispielsweise in der Hauptdiagnosegruppe (MDC) 04 (Atmungsorgane) um 17,7 Prozent und in der MDC 14 (Geburt und Schwangerschaft) um 20,5 Prozent zu (GBE 2020a).

In anderen DRG-Hauptdiagnosegruppen stieg der Casemix hingegen deutlich geringer oder nahm sogar ab. So stieg er beispielsweise in der MDC 16 (Blut und blutbildende Organe) nur um 1,7 Prozent, in der MDC 08 (Muskel-Skelett-System) um 5,7 Prozent und ging in der MDC 18A (HIV) um 35,0 Prozent zurück.

Aus den oben genannten Gründen sollte bei der Interpretation dieser Daten und Entwicklungen jedoch größte Vorsicht herrschen. Allein aus den DRG-Daten lassen sich die Ursachen dieser Entwicklungsunterschiede nicht ablesen. Angesichts der Konstruktion des Systems als Umverteilungssystem liegt es nahe, die Unterschiede vor allem auf Umverteilungseffekte zurückzuführen, die daraus resultierten, dass bestimmte Bewertungsrelationen angehoben oder andere abgesenkt wurden. Allein aus der Summe der Casemix-Punkte darf folglich nicht auf das Leistungsgeschehen geschlossen werden. Geschieht dies trotzdem, wie im Fall der Studie von Augurzky, dann haben die Ergebnisse keinen Wert.

Auf der unter den Hauptdiagnosegruppen liegenden Ebene, der Ebene einzelner DRGs, verbietet sich ein Vergleich der Fallzahlen über einen längeren Zeitraum vollständig. Wie bei der Vorstellung und Diskussion des Fallpauschalenkataloges angesprochen, wird der Fallpauschalenkatalog jedes Jahr geändert. Dabei werden bestehende DRGs neu definiert, es werden neue DRGs geschaffen, bestehende DRGs werden in mehrere DRGs aufgeteilt (gesplittet), mehrere DRGs einer DRG-Hauptgruppe werden zu einer zusammengefasst etc.

Die bei den jährlichen Neufassungen vorgenommenen Änderungen werden vom InEK für die Krankenhauspraxis jedes Jahr in sogenannten „Migrationstabellen“ aufgelistet (für den Versionswechsel 2019/2020 vgl. InEK 2020c). Die Tabellen ermöglichen es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – insbesondere im Medizincontrolling – sich einen Überblick zu verschaffen, welche Fallkonstellationen des alten DRG-Kataloges in welche neuen DRGs „gewandert“ sind und wie sich die Neufassung des DRG-Kataloges auf die Erlössituation des Krankenhauses im nächsten Jahr auswirken wird.

Aus den vorstehend genannten Gründen sind folglich bereits Vergleiche zweier aufeinanderfolgender DRG-Versionen – wenn überhaupt –

nur in sehr eingeschränktem Umfang möglich. Selbst wenn die Codes bestimmter DRGs gleich geblieben sind, kann man nicht davon ausgehen, dass auch der „Inhalt“ beim Versionswechsel identisch geblieben ist. Längsschnittvergleich über mehrere Jahre scheiden für eine seriöse Analyse vollkommen aus.

Das ist nicht nur ein Problem für wissenschaftliche Analysen, sondern auch für die Akteure des DRG-Regulierungssystems, denn ihnen stehen dadurch zu wesentlichen Bereichen des DRG-Systems für die Vorbereitung der Verhandlungen auf Landes- und Bundesebene keine zuverlässigen Daten zur Verfügung. Dazu der heutige Leiter der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes:

„Die mangelnde Kontinuität (der DRG-Versionen, M.S.) macht fast jeden Vorjahresvergleich unmöglich, was alle Controlling- Verhandlungs- und Planungsprozesse erschwert“ (Leber/Wolff 2007: 82).

Somit kann festgehalten werden: Wenn bereits Vergleiche zwischen zwei aufeinander folgende DRG-Versionen nicht möglich sind, verbieten sich Längsschnittvergleiche über mehrere Jahre oder gar den Gesamtzeitraum von 2005 bis heute vollständig. Auch wenn einzelne DRG-Kodes und die sprachliche Definition im Katalog gleich geblieben sein sollten, bedeutet dies nicht, dass man davon ausgehen darf, es handle sich deshalb auch um inhaltlich identische DRGs.

Bleibe noch die Möglichkeit, nicht DRGs für einen Längsschnittvergleich zu verwenden, sondern OPS-Ziffern. Wie bereits dargelegt, ist aber auch der OPS keine über Jahresgrenzen hinaus gleichbleibende Klassifikation. Er wird jährlich überarbeitet und geändert, da sich Therapieverfahren ständig ändern (DIMDI 2010: 16).

Aufgrund dieser Zusammenhänge weisen die Tabellen des Statistischen Bundesamtes zu einzelnen DRGs bei Tabellen über einen mehrjährigen Zeitraum, insbesondere für die Zeit ab 2005, denn auch eine Vielzahl unvollständiger Zeilen und leere Felder für die einzelnen DRGs aus. Da bei dem Wechsel 2005/2006 der Katalog sehr umfassend überarbeitet wurde, sind beispielsweise in einer Übersicht über die 50 häufigsten DRGs 25 DRGs nur für das Jahr 2005 aufgelistet und danach nicht mehr oder erst nach einer mehrjährigen Datenlücke wieder (GBE 2020c). Die nach einer solchen Datenlücke ausgewiesenen Zahlen sind aus den oben genannten Gründen allerdings nicht mit den Angaben für 2005 vergleichbar, weil Kode und sprachliche Definition zwar übereinstimmen können, aber dennoch nicht davon ausgegangen werden darf, dass auch der Inhalt – also die genaue Zusammensetzung der in diese DRG eingeschlossenen ICD- und OPS-Kodes – identisch ist.

Fazit: So hilfreich es für wissenschaftliche und auch politische Zwecke wäre, weder einzelne DRGs noch ICD- und OPS-Ziffern können für

Längsschnittvergleiche verwendet werden. Im Grunde sind auch Längsschnittvergleiche der DRG-Hauptdiagnosegruppen nur von eingeschränkter Aussagekraft, da auch sie durch die angesprochenen Veränderungen beeinflusst werden. Insofern können auch die oben aufgeführten Angaben zur Veränderung in den DRG-Hauptgruppen nur einen groben Anhalt bieten.

Allen Diskussionsbeiträgen und Publikationen, die Aussagen über die Entwicklung der Fallzahlen einzelner DRGs über einen längeren Zeitraum enthalten, ist folglich mit großer Vorsicht und Skepsis zu begegnen. Die entsprechenden Diskussionsteilnehmer und Autoren sollten mit der Frage konfrontiert werden, woher sie denn die Gewissheit nehmen, dass die betreffenden DRGs über einen längeren Zeitraum überhaupt vergleichbar sind und ob sie bei ihren Analysen die für jedes Jahr aufgestellten Migrationstabellen nicht nur berücksichtigt, sondern auch die Wanderung aller Fallkonstellationen im Einzelnen überprüft und einbezogen haben. Ein solcher Aufwand wäre immens und es bliebe ungewiss, ob das dadurch erzielte Ergebnis tatsächlich die gewünschte Aussagekraft hat. Die bislang veröffentlichten Analysen haben einen solchen Aufwand gescheut.

Für die entscheidende Frage nach der Entwicklung der GKV-Gesamtausgaben sind aus den genannten Gründen die Fallzahlentwicklungen und die Casemix-Entwicklung in einzelnen DRG-Hauptgruppen oder einzelnen DRGs ohnehin nicht relevant, da starke Zuwächse bei der einen DRG-Gruppe durch Absenkungen bei anderen DRGs ausgeglichen werden. Für die Entwicklung der Gesamtausgaben ist die Entwicklung derjenigen Kennzahlen maßgeblich, die Entwicklungen auf der Gesamtebene anzeigen.

Auf Grundlage der oben dargelegten Ergebnisse kann nicht nur festgehalten werden, dass die zentralen Kennzahlen des DRG-Systems keinen Anlass bieten, von einem übermäßigen Mengenwachstum zu sprechen. Es kann auch festgestellt werden, dass die auf eine Begrenzung der „Mengenentwicklung“ ausgerichteten Mechanismen im DRG-System hinsichtlich der zentralen Kennzahlen Fallzahl, Casemix und Casemix-Index bislang offensichtlich funktioniert haben.

Entwicklung der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung

Zweifel an der Wirksamkeit des Systems zur Kontrolle und Begrenzung der Leistungs- und Ausgabenentwicklung kann allerdings aufkommen, wenn man die Entwicklung der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung und die Entwicklung des DRG-Erlösvolumens in die Betrachtung einbezieht. Während die Zahl der vollstationären Fälle zwischen 2005 und 2017 um ca. 15 Prozent zunahm, stiegen die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung im selben Zeitraum um 52,7 Prozent

(GBE 2020d). Während der bundesweite Casemix zwischen 2010 und 2017 um 11,1 Prozent stieg, nahm das DRG-Erlösvolumen um 27,2 Prozent zu (GBE 2020a).

Diese deutlichen Unterschiede stehen jedoch nicht im Widerspruch zu dem oben formulierten Befund und belegen auch kein Versagen der Mechanismen des DRG-Systems. Bei der Interpretation dieser Daten ist zunächst zu bedenken, dass die absoluten Gesamtausgaben kein ausreichend zuverlässiger und angemessener Indikator für die Bewertung der Gesamtausgabenentwicklung ist. Aus einem einfachen und schlichten Grund: Nicht nur die Vergütungen für Krankenhausbehandlung steigen über die Jahre, so gut wie alle Preise steigen. Um zu erfahren, ob die Entwicklung der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung im Rahmen der allgemeinen volkswirtschaftlichen Entwicklung lag, ist der prozentuale Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung (ohne Investitionsförderung) am Bruttoinlandsprodukt (BIP) weitaus aussagekräftiger als die Entwicklung der absoluten Ausgaben.

Die Entwicklung des BIP-Anteils fügt sich allerdings in das oben bereits entstandene Bild: Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung am BIP lag von Mitte der 1990er Jahre bis zum Jahr 2008 bei 2,6 bzw. 2,7 Prozent, stieg von 2008 auf 2009 auf 2,9 Prozent und verharrt seit 2009 auf diesem Niveau. Der Anstieg im Jahr 2009 ging nicht auf eine plötzliche „Mengenausweitung“ oder ähnliches zurück, er resultierte aus einem Einbruch der Wirtschaftsleistung infolge der Finanzkrise 2008/2009 und zeigt keinen plötzlichen Ausgabenanstieg an.

Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung liegen somit gemessen am Bruttoinlandsprodukt seit Mitte der 1990er Jahre auf einem konstanten Niveau. Am DRG-System kann man sicherlich vieles kritisieren, dass es zu einem überproportionalen Anstieg der Krankenhausausgaben geführt hat, jedenfalls nicht.

Gleiches gilt auch für den relativ starken Anstieg des DRG-Erlösvolumens. Bei der Interpretation der Entwicklung des DRG-Erlösvolumens ist zu beachten, dass es vor allem das Ergebnis der Multiplikation des Casemix mit dem jeweils geltenden Basisfallwert ist. Im Fall des bundesweiten Casemix geht der Durchschnitt aller Landesbasisfallwerte in die Berechnung ein.

Wie gezeigt, bewegte sich der Zuwachs des bundesweiten Casemix-Volumens weitgehend im Rahmen der Fallzahlentwicklung und lag nur etwas darüber. Der deutlich über der Fallzahlentwicklung liegende Anstieg des DRG-Erlösvolumens kann somit nicht durch die Entwicklung des Casemix erklärt werden. Folglich bleibt nur die Entwicklung der Landesbasisfallwerte als Ursache des starken Anstiegs des Erlösvolumens.

Die Entwicklung der Landesbasisfallwerte wird wiederum – wie oben bereits dargelegt – nicht nur durch die gesetzlich vorgegebene Obergrenze beeinflusst, sondern in starkem Maße auch durch politische Eingriffe, mit denen zusätzliche Finanzmittel in das DRG-System eingespeist werden. Seit Einführung des DRG-Systems gab es eine Vielzahl politischer Ad-hoc-Interventionen, die Auswirkungen auf die Entwicklung des Gesamterlösvolumens im DRG-System und die Entwicklung der Landesbasisfallwerte hatten. Als Ad-hoc-Interventionen werden sie hier bezeichnet, weil sie weder einer langfristigen Planung noch einer konsistenten Logik folgten. Mit diesen Interventionen wurde in der Regel auf kurzfristige Problemanzeigen reagiert.

Die Art wie darauf reagiert wurde, verstieß allerdings gegen die Grundsätze der Konstruktionslogik des Fallpauschalensystems. Eigentlich sollten alle Krankenhäuser dieselbe pauschale Vergütung erhalten und die Fallpauschalen sollten ausschließlich auf Grundlage der Ist-Kosten kalkuliert werden. Eine Vergütung von Mehrkosten darf demnach erst erfolgen, nachdem sie entstanden und in die Ermittlung der durchschnittlichen Ist-Kosten und darauf aufbauenden Bewertungsrelationen eingeflossen sind.

Die Befolgung dieses Grundsatzes verhindert jedoch beispielsweise, dass durch Gesetz erzwungene Mehrkosten den Krankenhäusern kurzfristig erstattet werden. Vor allem aber war diese Konstruktionslogik nicht in der Lage, Probleme zu lösen, die durch das DRG-System selbst verursacht wurden, wie beispielsweise ein verstärkter Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser.

Die nachfolgende Auflistung enthält eine Auswahl der wichtigsten Ad-hoc-Interventionen seit 2003. Darunter sind sowohl Interventionen, durch die den Krankenhäusern zusätzliche Mittel bereitgestellt wurden, als auch Interventionen, die den Krankenhäusern Mittel entzogen oder vorenthielten, um dadurch die GKV zu entlasten. Daran wird erkennbar, dass diese Interventionen keiner konsistenten Logik folgten und letztlich mehr oder weniger beliebig waren. Mal wurde gekürzt, mal mehr Geld verteilt. Eine durchgängige Logik ist nicht erkennbar.

- 2003: Streichung der jährlichen Erhöhung der Krankenhausbudgets durch Herabsetzung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V auf Null (die sogenannte „Nullrunde“ gemäß Art. 5 des Beitragssatzsicherungsgesetzes).
- 2003: Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst (Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechts) in Höhe von 0,2 Prozent des jeweiligen Budgets. Die zusätzlichen Mittel wurden als Zuschlag auf Fallpauschalen und Zu-

satzentgelte in den Jahren 2003 bis 2009 ausgezahlt (§ 4 Abs. 13 KHEntgG i. d. F. d. GKV-Modernisierungsgesetzes 2003).

- 2004: Bereitstellung zusätzlicher Mittel zur Finanzierung der Mehrkosten durch die Abschaffung des AiP, die Auszahlung erfolgte in den Jahren 2004 und 2005 als Zuschlag auf Fallpauschalen und Zusatzentgelte (§ 4 Abs. 14 KHEntgG i. d. F. d. GKV-Modernisierungsgesetzes 2003).
- 2007: Pauschaler Abschlag in Höhe von 0,5 Prozent auf alle Krankenhausrechnungen in den Jahren 2008 und 2009 zum Zweck der Entlastung der GKV (der sog. „Sanierungsbeitrag“ gemäß § 8 Abs. 9 KHEntgG i. d. F. d. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2006).
- 2009: Bereitstellung zusätzlicher Mittel durch die hälftige Berücksichtigung der Tarifierhöhungen bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte ab 2009 (§ 10 Abs. 5 KHEntgG i. d. F. d. Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2009).
- 2009: Bereitstellung zusätzlicher Mittel (jährlich 600 Mio. Euro) in den Jahren 2009, 2010 und 2011 zur Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst (Pflegeförderprogramm). Nach Auslaufen des Programms wurden die gezahlten Mittel in die Landesbasisfallwerte eingerechnet (§ 4 Abs. 10 KHEntgG i. d. F. d. Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2009).
- 2009: Beschluss über die Ablösung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV (§ 71 SGB V) als Obergrenze und Ersetzung durch einen sogenannten „Orientierungswert“ ab 2011, der vom Statistischen Bundesamt auf Grundlage der Kostenentwicklung im Krankenausbereich ermittelt wird (§ 10 Abs. 6 KHEntgG i. d. F. d. Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2009).
- 2011: Kürzung der jährlichen Erhöhung der Landesbasisfallwerte durch Herabsetzung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V in den Jahren 2011 und 2012 (§ 10 Abs. 3 KHEntgG i. d. F. d. GKV-Finanzierungsgesetzes).
- 2013: Bereitstellung zusätzlicher Mittel (500 Mio. Euro pro Jahr) durch Einführung eines bis Ende 2016 befristeten „Versorgungszuschlages“, der als Zuschlag in Höhe von einem Prozent auf alle Entgelte gezahlt wurde (§ 8 Abs. 10 KHEntgG i. d. F. d. Beitragsschuldengesetzes 2013).
- 2016: Umwandlung des Versorgungszuschlages in einen „Pflegezuschlag“, dessen Höhe sich nach dem Anteil des einzelnen Krankenhauses an den bundesweiten Personalkosten des Pflegedienst richtet (§ 8 Abs. 10 KHEntgG i. d. F. d. Krankenhausstrukturgesetzes 2015).
- 2018: Ausgliederung der Personalkosten des Pflegedienstes aus den DRG-Fallpauschalen und Finanzierung der Pflegepersonalkosten auf

Grundlage der krankenhausindividuellen Personalbesetzung und Personalkosten (§ 17b Abs. 4 KHG i. d. F. d. Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes 2018).

Wie an der Zusammenstellung erkennbar, überwogen eindeutig die Interventionen zur Bereitstellung zusätzlicher Mittel. Die letzte größere Ad-hoc-Intervention, durch die den Krankenhäusern Mittel entzogen wurden, erfolgte 2007. Seitdem dienen alle größeren Maßnahmen dazu, das Erlösvolumen durch die Bereitstellung zusätzlicher Mittel zu erhöhen. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die über der Entwicklung des Casemix liegende Zunahme des DRG-Erlösvolumens fast ausschließlich durch eine relativ starke Erhöhung der Landesbasisfallwerte infolge politischer Ad-hoc-Interventionen zu erklären ist.

Somit kann abschließend festgestellt werden: Die Entwicklung zentraler Kennzahlen des DRG-Systems bietet deutliche Belege dafür, dass mit der Konstruktion gedeckelter landesweiter Gesamtvergütungen das Ziel einer Kontrolle und Begrenzung der Gesamtausgaben weitgehend erreicht wurde. Die darüber hinausgehenden Ausgabensteigerungen sind durch zahlreiche Sonderzahlungen aufgrund politischer Ad-hoc-Interventionen zu erklären, die der Konstruktion des DRG-Systems widersprachen. Wäre die Politik der Konstruktionslogik des DRG-Systems strikt gefolgt, hätte sie diese Sonderzahlungen nicht beschließen dürfen.

In der Konstruktionslogik des DRG-Systems hätten die finanziellen Mehrbedarfe der Krankenhäuser aufgrund der angesprochenen Kostenentwicklungen erst von den Krankenhäusern finanziert werden müssen, damit sie in die jährliche Kalkulationsstichprobe als tatsächlich angefallene Kosten eingehen können. Dann wären sie drei Jahre später in die neuen Fallpauschalen einkalkuliert worden, aufgrund der Systemkonstruktion allerdings nur bis zur Höhe der gesetzlich vorgegebenen Obergrenze (beitragspflichtige Einnahmen der GKV-Mitglieder). Da das nicht zur Deckung der Kosten ausgereicht hätte, wären die betroffenen Krankenhäuser gezwungen gewesen, den finanziellen Mehrbedarf durch Kostensenkungen an anderer Stelle zu „erwirtschaften“. Das hätte dann wiederum dazu geführt, dass diese Kosteneinsparungen als Kostensenkungen in die nächste Kalkulationsstichprobe eingehen und eine relative Absenkung dieser Kostenbereiche zur Folge haben.

Dieser Befund zeigt, dass das DRG-System nicht in der Lage ist, eine ausreichende und bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser und somit der Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Der oben angesprochene finanzielle Mehrbedarf konnte nicht anders als durch einen Bruch mit der Konstruktionslogik des DRG-Systems und durch systemwidrige Sonderzahlungen gedeckt werden.

Fallpauschalen als Umverteilungsinstrument

Nachdem herausgearbeitet wurde, wie das DRG-System als System verdeckter landesweiter Gesamtvergütungen funktioniert, wird im Folgenden der Blick darauf gerichtet, wie die Verteilung dieser Gesamtvergütungen organisiert ist und funktioniert. Zuvor soll jedoch zunächst noch einmal anhand von Zitaten belegt werden, dass die Konstruktion des DRG-Fallpauschalensystems als Umverteilungssystem zu den zentralen Zielen der Konstrukteure des DRG-Systems gehörte.

Während das Fallpauschalengesetz 2002 eine Vielzahl von Hinweisen darauf enthält, dass auch für das DRG-System der Grundsatz der Beitragssatzstabilität oberste Priorität hat, und das System so konstruiert wurde, dass die Einführung von Fallpauschalen nicht zu einer Ausgabenerhöhung führen kann, fehlt jeglicher Hinweis darauf, dass das DRG-System zu einer Umverteilung der Mittel im Krankenausbereich führen werde.

Die für die Konstruktion des DRG-Systems zuständigen Beamten des BMG wiesen in ihren Publikationen, mit denen sie sich an die Fachleute des Krankenausbereichs und der Krankenkassen wendeten, allerdings sehr deutlich darauf hin, dass es zu erheblichen Umverteilungen kommen werde bzw. dass diese Umverteilungen ausdrückliches Ziel der Systemkonstruktion sind.

„DRG-Fallpauschalen, die auf Ist-Kostenbasis kalkuliert sind, bewirken bei einheitlichem Preisniveau (Festpreissystem) in der Übergangsphase lediglich eine Umschichtung von Mitteln innerhalb des Krankenhausbereiches“ (Baum/Tuschen 2000: 451 f.).

In seinem Kommentar zum Krankenhausentgeltgesetz brachte der maßgeblich für die Konstruktion des DRG-Systems zuständige Ministerialbeamte Karl Heinz Tuschen den Charakter des DRG-Systems als Umverteilungssystem bildhaft auf den Punkt.

„Es geht also letztlich darum, den bisherigen „Kuchen“ der in einem Bundesland für die Krankenhausversorgung zur Verfügung stehenden Finanzmittel neu aufzuteilen ohne seine Größe zu verändern“ (Tuschen/Trefz 2004: 118).

In dem bereits zitierten zentralen Zeitschriftenbeitrag aus dem Jahr 2000 kündigten Baum und Tuschen Umverteilungen lediglich als Phänomen einer „Übergangsphase“ an (Baum/Tuschen 2000: 451 f.). Die nachfolgende Analyse der Funktionsmechanismen des DRG-Systems wird jedoch zeigen, dass es sich nicht um ein vorübergehendes Phänomen handelt. Das DRG-System ist so konstruiert, dass es jedes Jahr die Mittel zwischen den Krankenhäusern neu verteilt. Dies ist der Hintergrund für die Feststellung des InEK-Geschäftsführers, die DRG-Fallpauschalen

seien ein „Werkzeug zur Umverteilung“, denn: „Der Gesamtrahmen der Finanzierung wird ja ganz anders bestimmt“ (Heimig 2014: 167).

Um einen anderen bildhaften Vergleich zu verwenden: Die Karten werden jedes Jahr neu gemischt und neu verteilt. Der Vergleich zum Kartenspiel erscheint auch insofern angemessen, als die nachfolgende Analyse zeigen wird, dass die Umverteilung nicht auf Grundlage rationaler Kriterien erfolgt, sondern Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Elemente eines hoch komplexen Systems ist und keinem expliziten, in sich konsistenten Gesamtplan folgt. Insofern bietet sich der Vergleich zu einem Glücksspiel durchaus an.

Allerdings ist es letztlich doch kein Glücksspiel, denn gewisse Umverteilungsregeln sind durchaus bekannt, und wer sich beispielsweise erfolgreich am sogenannten „Vorschlagsverfahren“ für die jährlichen Änderungen des Fallpauschalenkataloges beteiligt, kann Einfluss darauf nehmen, wie der nächste Fallpauschalenkatalog ausgestaltet wird und – um im bildhaften Vergleich zu bleiben – wer im nächsten Jahr welche Karten erhält.

Eines gilt allerdings ohne Einschränkung: Umverteilung ist untrennbar mit dem deutschen DRG-System verbunden. Solange das System besteht, wird es Umverteilungen vornehmen. Und dies hängt wiederum mit der Konstruktion des DRG-Systems als Gesamtvergütungssystem zusammen. Wenn die Größe des Gesamtvolumens (der „Kuchen“) vorgegeben ist und die Zahl der Stücke gleich bleibt, führt die Vergrößerung eines Teils der Kuchenstücke (Gewinner) dazu, dass für die anderen Kuchenstücke (Verlierer) weniger übrig bleibt. Wird ein Kuchenstück hingegen verkleinert, bleibt für die anderen Stücke mehr übrig.

Das DRG-System folgt demselben Prinzip, allerdings auf eine erheblich komplexere Weise. Die nachfolgenden Abschnitte sollen dies anhand der wichtigsten Umverteilungsmechanismen aufzeigen.

Umverteilung als Folge der Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten

Von zentraler Bedeutung für Funktion des DRG-Systems als Umverteilungssystem ist die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten. Dies stellten Baum und Tuschen in der oben bereits zitierten Passage klar. Und sie ergänzten:

„Die Hälfte der Krankenhäuser wird gewinnen, die andere verlieren“ (Baum/Tuschen 2000: 451).

Die Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten werde zu

„Budgetkorrekturen führen, die im Einzelfall Größenordnungen von 10, 20 oder mehr Prozent erreichen können“ (Baum/Tuschen 2000: 451).

Das umzuverteilende Finanzvolumen sollte erheblich sein. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung lagen im Jahr 2004 bei ca. 60 Mrd. Euro. Die Einführung des DRG-System sollte somit zur Umverteilung von bis zu 12 Mrd. Euro pro Jahr oder sogar noch mehr führen.

Eine Erklärung, warum eine solche Umverteilung erfolgen soll, findet sich in keiner der Gesetzesbegründungen. Auch die nachfolgende Passage bietet keine befriedigende Antwort auf die Frage, warum der einen Hälfte erhebliche Mittel entzogen und der anderen Hälfte der Krankenhäuser deutlich mehr Geld zugewiesen werden soll.

„Es muss jedoch sichergestellt werden, dass Krankenhäuser mit vergleichsweise sehr niedrigen Budgets ein leistungsgerecht höheres Budget als bisher erhalten“ (Baum/Tuschen 2000: 452).

Allein der Umstand, dass ein Krankenhaus ein hohes Budget hat, kann wohl kaum als Begründung ausreichen, ihm dieses Budget zu kürzen, denn dann müssten beispielsweise die Budgets aller Universitätskliniken radikal auf das Niveau von Landkrankenhäusern gekürzt werden. Und nicht nur dies: die gekürzten Mittel müssten an alle Krankenhäuser verteilt werden, die ein niedrigeres Budget als Universitätskliniken haben. Eine absurde Vorstellung.

Es mag irritieren, aber auf diesem Niveau bewegte sich die Argumentation nicht nur dieses Zeitschriftenbeitrages. Es gab – und gibt bis heute – keine amtliche, in Gesetzesbegründungen enthaltene Begründung für die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten. Auch in anderen relevanten Publikationen oder in der zentralen Vereinbarung der Spitzenverbände zur DRG-Einführung aus dem Jahr 2000 findet sich keine sachliche Begründung dafür, dass die Fallpauschalen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten kalkuliert werden.

Betrachtet man die oben zitierten Passagen genauer, so stößt man allerdings auf Aussagen, die die tatsächlichen Gründe der Konstruktion des DRG-System als Umverteilungssystem erahnen lassen. Da die Umstellung auf Fallpauschalen nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben führen durfte, blieb nur die Möglichkeit, die Fallpauschalen auf Grundlage der Durchschnittskosten oder auf einem darunter liegenden Niveau zu kalkulieren.

Wären die Bewertungsrelationen auf Grundlage eines Kostenniveaus kalkuliert worden, das unterhalb der Durchschnittskosten liegt, hätte dies – in den Worten von Baum und Tuschen – „zu noch größeren Anpassungsproblemen der Krankenhäuser mit hohen Kosten“ geführt. (ebd.). Nicht mehr nur die Hälfte der Krankenhäuser wären Verlierer ge-

wesen, sondern ein je nach gewähltem Kostenniveau deutlich höherer Anteil, möglicherweise sogar 80 bis 90 Prozent. Die dann zu erwartenden Verluste eines Großteils der Krankenhäuser würden nicht bei 10 oder 20 Prozent liegen, sondern deutlich darüber.

Wenn die jeweiligen Krankenhausträger diese Verluste nicht ausgeglichen hätten, wäre kurzfristig mit einer Vielzahl von Insolvenzen zu rechnen gewesen. Das hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erheblichen Protesten der Krankenhäuser sowie der Krankenhausbeschäftigten und auch relevanter Teile der Bevölkerung geführt. Die dadurch entstehenden politischen Kosten der Umstellung auf Fallpauschalen wären erheblich gewesen und hätten womöglich einen Abbruch der Umstellung auf Fallpauschalen erzwungen.

Die Entscheidung für eine Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten war somit offenbar keine ökonomisch-sachliche, sondern eine politische. Dies wird auch deutlich, wenn man die Entscheidung aus anderer Perspektive betrachtet.

Die Umsetzung der politischen Vorgaben und die Ausgestaltung des DRG-Systems sollte durch vertragliche Vereinbarungen der sogenannten „gemeinsamen Selbstverwaltung“ aus GKV-Spitzenverband, PKV und DKG erfolgen. Eine Zustimmung der DKG zu einer Kalkulation der Fallpauschalen unterhalb der Ist-Kosten wäre höchst unwahrscheinlich gewesen, da dies zu einer Absenkung der Gesamtausgaben geführt hätte. Ein DRG-System ohne Beteiligung der DKG wäre kaum möglich gewesen.

Wie oben erwähnt, war die im Entwurf des GKV-GRG 2000 enthaltene Einführung einer Gesamtvergütung am Veto des Bundesrates gescheitert. Dies hatte wesentlich auch damit zu tun, dass die im GKV-GRG vorgesehene Gesamtvergütung von den Krankenkassen allein festgelegt werden sollte, ohne Beteiligung der Krankenhausgesellschaften. Etwas Derartiges war für die Bundesländer vollkommen inakzeptabel.

Insofern war eine Beteiligung der DKG unerlässlich, und die war nur zu erreichen, wenn ein Kompromiss gefunden wurde, der auch von der DKG mitgetragen werden konnte. Das war im Fall einer Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten möglich, da weder die Krankenkassen noch die Krankenhäuser insgesamt Verlierer sein würden.

Es bleibt allerdings die Frage, warum die DKG einem Kalkulationsmodell zustimmte, durch das die Hälfte aller Krankenhäuser zu Verlierern werden sollte. Die Erklärung könnte darin liegen, dass der Entwurf des GKV-GRG 2000 die Einführung von Gesamtvergütungen ohne Beteiligung der Landeskrankhausgesellschaften vorsah. Dies kann als deutliche Warnung an die DKG gelesen werden. Würde die DKG ihren

Widerstand gegen landesweite Gesamtvergütungen nicht aufgeben, müssten die Krankenhäuser damit rechnen, dass das DRG-System ohne Mitgestaltungsmöglichkeiten der Krankenhausesseite eingeführt werde. Eine Drohung nach dem Motto: „Wir können auch anders!“

Mit der Berechnung der Fallpauschalen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten konnte erreicht werden, dass die Gesamtausgaben bei der Umstellung auf Fallpauschalen weder steigen noch sinken. Allerdings bedeutete die Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten – und das hatten Baum und Tuschen sehr deutlich zum Ausdruck gebracht – dass die Mittel innerhalb des Krankenausbereichs und zwischen den Krankenhäusern neu verteilt werden. Es war somit spätestens Mitte 2000 mit der Vereinbarung zwischen DKG, GKV-SV und PKV-Verband klar, dass es nach Einführung des DRG-Systems zu einer erheblichen Umverteilung von Mitteln zwischen den Krankenhäusern kommen würde und es unter den Krankenhäusern sowohl Gewinner als auch Verlierer geben werde.

Damit war das Lager der Krankenhäuser gespalten und strategisch erheblich geschwächt. Den Verlierern, von denen zu erwarten war, dass sie dem DRG-System ablehnend gegenüber stehen werden, standen die Gewinner gegenüber, denen die Einführung des DRG-Systems teilweise deutliche Budgetzuwächse bescherte. Diese innere Gespaltenheit in Gewinner und Verlierer, könnte auch erklären, warum die DKG nach Einführung des DRG-Systems zwar mehrfach einzelne Korrekturen am DRG-System forderte, nicht jedoch die Abschaffung des DRG-Systems insgesamt.

Insofern war die Entscheidung für die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten aus der Perspektive der Befürworter des DRG-Systems durchaus politisch geschickt. Allerdings erscheint es wenig plausibel, dass dieses politische Kalkül eine entscheidende Rolle gespielt hat. Es dürfte eher eine „Nebenwirkung“ sein, deren Bedeutung für das Bestehen des DRG-Systems allerdings nicht zu unterschätzen ist.

Primärer Grund für die Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten dürfte gewesen sein, dass sie zumindest im ersten Jahr nach der Umstellung weder zu einer Erhöhung noch zu einer Absenkung der Gesamtausgaben führen würde. Die daran anschließende weitere Entwicklung wurde durch die Konstruktion des DRG-Systems als Gesamtvergütungssystem unter Kontrolle gebracht.

Die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten folgte zwar politisch-ökonomischen Zielen, indem sie sowohl einen Anstieg wie auch ein Absenken der Gesamtausgaben

für Krankenhäuser verhindern half. Sie war und ist jedoch nicht ökonomisch-rational begründbar.

Die Kalkulation auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten wurde bislang nicht explizit begründet, wohl aber auf indirekte Weise, indem behauptet wird, die Einführung des DRG-Systems habe die Wirtschaftlichkeit im Krankenausbereich erhöht. Darin ist ein impliziter Verweis auf die Festsetzung der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten enthalten. Davon geht ein erheblicher Druck aus, Fallkosten, die über dem Durchschnitt liegen, mindestens auf das Durchschnittsniveau zu senken, um keine Verluste zu erleiden. Gelingt es, die krankenhaushausindividuellen Kosten unter diesen Durchschnitt zu senken, wird dies mit Überschüssen belohnt, die seit Einführung des DRG-Systems den Krankenkassen nicht mehr offengelegt werden müssen und dem jeweiligen Krankenhaus dauerhaft verbleiben. Insofern ist auch die Entstehung von Gewinnen und Verlusten eng mit der Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten verbunden.

Dies wirft allerdings die Frage auf, ob und inwieweit die Einhaltung oder Unterschreitung der Durchschnittskosten als „Wirtschaftlichkeit“ und die Überschreitung des Kostendurchschnitts als „Unwirtschaftlichkeit“ gewertet werden kann. Darauf wird nachfolgend ausführlicher eingegangen, da es für die Bewertung des DRG-Systems von sehr zentraler Bedeutung ist. Denn: Wenn die Einhaltung oder Unterschreitung der mittleren Fallkosten als „Wirtschaftlichkeit“ gelten kann, dann ginge vom DRG-System tatsächlich ein deutlicher Anreiz zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit aus. Wie nachfolgend gezeigt wird, ist es unsachgemäß, Durchschnittskosten als die Kosten einer wirtschaftlichen Betriebsführung anzusehen, und es ist in hohem Maße gefährlich, darauf ein Vergütungssystem für Krankenhäuser aufzubauen.

Was immer man auch unter „Wirtschaftlichkeit“ verstehen mag, man wird kein seriöses Lehrbuch der Wirtschaftswissenschaften finden, in dem Wirtschaftlichkeit, Effizienz, Kosten-Effektivität etc. als Einhaltung der durchschnittlichen Ist-Kosten einer Branche definiert wird. Insofern lässt sich die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten auch nicht unter Verweis auf eine seriöse Definition von „Wirtschaftlichkeit“ begründen. Folglich kann die Einhaltung oder Unterschreitung der den Bewertungsrelationen zugrunde liegenden durchschnittlichen Ist-Kosten auch nicht als Beleg für Wirtschaftlichkeit gelten.

Die Bewertungsrelationen dennoch auf Grundlage der durchschnittlicher Ist-Kosten zu kalkulieren, ist nicht nur nicht ökonomisch-sachlich begründbar, es ist darüber hinaus gefährlich für die Arbeitsbedingungen

der Krankenhausbeschäftigten und die Qualität der Patientenversorgung.

Wie in den vorhergehenden Kapiteln bereits herausgearbeitet, führt die alleinige Orientierung an den Durchschnittskosten der Versorgung definierter Fallgruppen und entsprechende Kalkulation von Fallpauschalen dazu, dass die Qualität vollkommen unberücksichtigt bleibt. Das wiederum hat zur Folge, dass a) vollkommen unbekannt ist, für welche Qualität (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) die jeweiligen Fallpauschalen gezahlt werden und b) dass eine überdurchschnittlich gute Qualität mit Verlusten bestraft und eine unterdurchschnittliche Qualität, insbesondere Strukturqualität (Personalbesetzung), mit Gewinnen belohnt wird. Insofern ist ein so konstruiertes Fallpauschalensystem in hohem Maße gefährlich für die Patientenversorgung und damit auch für die Gesellschaft.

Dass es sich bei dieser Schlussfolgerung nicht um eine lediglich abstrakte Hypothese handelt, wird an späterer Stelle dieser Studie anhand der Auswirkungen des DRG-Systems noch näher erläutert. Zunächst jedoch ist es notwendig, noch einmal auf die Methodik der Fallpauschalenkalkulation zurückzukommen, um den Zusammenhang zwischen der Orientierung an Durchschnittskosten und einer Umverteilung herzustellen.

Wie bereits dargelegt, werden die Bewertungsrelationen auf Grundlage der Ist-Kosten der Krankenhäuser einer sogenannten Kalkulationsstichprobe jährlich neu berechnet. Die Kalkulationskrankenhäuser haben ihre Ist-Kosten nach den Vorgaben eines Kalkulationshandbuches zu ermitteln und auf die einzelnen DRGs umzurechnen. An das InEK melden sie das Ergebnis dieser Berechnungen, ihre durchschnittlichen Fallkosten je DRG.

Das InEK prüft die Plausibilität dieser Daten und berechnet auf Grundlage der gemeldeten durchschnittlichen Ist-Kosten aller Kalkulationskrankenhäuser die durchschnittlichen Ist-Kosten je DRG, die dann durch die sogenannte „Bezugsgröße“ geteilt werden, so dass aus den Ist-Kosten Bewertungsrelationen werden, die angeben, um wie viel die ermittelten durchschnittlichen Ist-Kosten der einzelnen DRG über oder unter der Bezugsgröße liegen.

Wie bereits erläutert, entspricht die Bezugsgröße seit der DRG-Version 2006 nicht mehr den durchschnittlichen Ist-Kosten aller DRGs, sondern wird so berechnet, dass der effektive Casemix bei gleich bleibender Fallzahl und gleich bleibendem durchschnittlichen Fallschweregrad (CMI) bei jedem Versionswechsel konstant bleibt.

Dieses Vorgehen bei der Ableitung der Bewertungsrelationen führt zwar dazu, dass die Bewertungsrelationen nicht mehr den durchschnitt-

lichen Ist-Kosten entsprechen, Ausgangspunkt der Berechnungen sind jedoch weiterhin die von den Kalkulationskrankenhäusern gemeldeten durchschnittlichen Ist-Kosten. Auch in der seit 2006 angewendeten Berechnungssystematik sind die durchschnittlichen Ist-Kosten folglich zentraler Bezugspunkt. Die einzelne Bewertungsrelation entspricht zwar nicht mehr in ihrer absoluten Höhe den durchschnittlichen Ist-Kosten, wohl aber in ihrer relativen Höhe. Und diese ist entscheidend für die Umverteilung.

Werden die Bewertungsrelationen in der Höhe des Kostendurchschnitts festgesetzt, erhalten Krankenhäuser, deren Fallkosten über dem Durchschnitt liegen, nur den Durchschnitt und somit weniger als ihre tatsächlichen Kosten und werden so zu „Verlierern“. Krankenhäuser, deren Fallkosten unter dem Durchschnitt liegen, erhalten mehr als ihre entstandenen Kosten und werden zu „Gewinnern“.

Bei der Analyse der Wirkungen einer Kalkulation auf Grundlage von Durchschnittskosten ist es wichtig sich bewusst zu machen, dass alle Kosten in die Berechnung des Kostendurchschnitts eingegangen sind. Daraus ergibt sich, dass Kostenanteile von Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten von diesen zu Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten verschoben werden.

Anders ausgedrückt: Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten können nur deshalb mehr als ihre tatsächlichen Kosten erhalten, weil die Kosten von Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten in die Berechnung eingingen. Sehr deutlich wird dieser kausale Zusammenhang, wenn man sich vorstellt, alle Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten würden sich nicht an der Kostenkalkulation beteiligen. Dann würde der Kostendurchschnitt deutlich niedriger ausfallen. Ein Teil der vorherigen „Gewinner“ würde zu Verlierern, da ihre Kosten nun über dem neu berechneten Durchschnitt liegen, und die Überschüsse der verbleibenden „Gewinner“ würden niedriger ausfallen als zuvor. Insofern ist es angebracht festzustellen, dass in einem Gesamtvergütungssystem die Gewinne der „Gewinner“ aus den Verlusten der „Verlierer“ bezahlt werden.

Exkurs: Unterschied zwischen nicht konstant gehaltenem Gesamtvolumen und konstant gehaltenem Gesamtvolumen

Das hier angesprochene Ergebnis stellt sich nicht nur in einem System ein, dessen Gesamtvolumen die Entwicklung der tatsächlichen Kosten direkt abbildet, so wie es vor Einführung der Konstanthaltung des nationalen Casemix der Fall war, sondern auch in einem System mit konstant gehaltenem Gesamtvolumen.

In einem System ohne konstant gehaltenes Gesamtvolumen führt der oben beschriebene Mechanismus dazu, dass die Gesamtkos-

ten immer weiter sinken, wenn die „Gewinner“ ihre Gewinner nicht in vollem Umfang zur Kostenerhöhung einsetzen – was in hohem Maße wahrscheinlich ist.

In einem System mit konstant gehaltenem Volumen wird zwar ein kontinuierliches Absenken des Gesamtvolumens verhindert, Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten erleiden aber dennoch Verluste durch Unterdeckung ihrer überdurchschnittlichen Kosten. Nur führen diese Verluste nun nicht mehr zu Absenkung der Gesamtausgaben, sondern werden innerhalb des Systems umverteilt.

Insofern führt die Konstanthaltung dazu, dass Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten einen gegenüber dem nicht konstant gehaltenen System sogar noch höheren Gewinn erzielen, denn die Differenz des Bewertungsrelationsanteils, der die Differenz zwischen Durchschnittskosten und eigenen unterdurchschnittlichen Kosten anzeigt, ist mehr wert als in einem nicht konstant gehaltenen System.

Die Funktion des Fallpauschalensystems als Umverteilungssystem wurde besonders deutlich in der Phase der Einführung des DRG-System ab dem Jahr 2005, als aus der Anwendung von Fallpauschalen erstmals Überschüsse und Verluste entstehend konnten. Ausgangspunkt der ersten Bewertungsrelationen und auch der ersten Basisfallwerte waren die absoluten Ist-Kosten der Krankenhäuser.

Auf dieser Grundlage wurden auch die ersten, damals noch krankenhaushausindividuellen Basisfallwerte berechnet, die die Ausgangsbasis für die Landesbasisfallwerte bildeten. Die Krankenhausbasisfallwerte von Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten wurden ab 2005 schrittweise abgesenkt (Verlierer) und die Basisfallwerte von Kliniken mit unterdurchschnittlichen Basisfallwerten wurden parallel dazu schrittweise angehoben (Gewinner). Die Absenkung und Anhebung erfolgte bis zum Ende dieser sogenannten „Konvergenzphase“ im Jahr 2009 (zur Funktionsweise der Konvergenzphase vgl. Tuschen/Trefz 2004: 110–116).

In dieser Phase wurde die Konstruktion des DRG-Systems als Umverteilungssystem sehr deutlich sichtbar. Da das Gesamtvolumen gedeckelt war, konnten die Basisfallwerte und Budgets der Gewinner-Krankenhäuser nur deshalb angehoben werden, weil die Budgets der Verlierer-Krankenhäuser gekürzt wurden. Das Geld, das den Gewinnern mehr gegeben wurde, stammte von den Krankenhäusern, deren Budgets gekürzt wurde. Noch deutlicher geht Umverteilung nicht.

Umverteilung, soweit sie durch politische Entscheidungen herbeigeführt wird, bedarf einer Begründung. Wie bereits erwähnt, enthielten weder die einschlägigen Gesetzesbegründungen noch die vertraglichen

Vereinbarungen der Spitzenverbände oder Publikationen maßgeblicher Akteure eine solche Begründung. Implizit wurde und wird diese Umverteilung jedoch mit der Behauptung legitimiert, überdurchschnittliche Fallkosten seien Ergebnis von Unwirtschaftlichkeit und unterdurchschnittliche Fallkosten seien Zeichen hoher Wirtschaftlichkeit. Eine derartige Schlussfolgerung ist nicht nur sachlich unhaltbar und lässt sich auch aus der Kalkulationsmethodik des DRG-Systems nicht ableiten.

Wie immer man „Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus“ auch definieren mag, allein die Höhe der Kosten oder eines Budgets reicht auf keinen Fall aus, um daraus ein Urteil über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit eines Krankenhauses abzuleiten. Dies gilt auf der Ebene des Gesamtbudgets ebenso wie auf der Ebene der Fallkosten einer DRG.

Um die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses oder einer bestimmten Krankenhausleistung beurteilen zu können, muss die Qualität der Leistungserbringung einbezogen werden. Kosten können nur relativ zu einer bestimmten Art von Leistung angemessen beurteilt werden. Und „Art einer Leistung“ meint nichts anderes als die „Qualität“ dieser Leistung. Im Fall der Qualität von Krankenhausleistungen wird immer noch in der Regel die von Donabedian für das Gesundheitswesen entwickelte Dreiteilung in die Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität als maßgebliche Orientierung verwendet (Donabedian 1966, 1988; Donabedian 1982).

Das DRG-System berücksichtigt keine dieser drei Qualitätsdimensionen bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen. Wie oben dargelegt, liefern die Kalkulationskrankenhäuser lediglich Daten über ihre durchschnittlichen Fallkosten an das InEK, jedoch keinerlei Angaben zur Strukturqualität ihrer Leistungserbringung, keine Angaben zur Frage der Einhaltung anerkannter Standards der Prozessqualität und keine Daten zur Ergebnisqualität ihrer Behandlungen.

Es ist somit vollkommen unbekannt, mit welcher Strukturqualität die DRGs in den Kalkulationskrankenhäusern erbracht werden. Insbesondere ist vollkommen unbekannt, mit welcher Personalbesetzung sie erbracht werden und ob diese ausreichend ist hinsichtlich der Anzahl und Qualifikationsstruktur. Da es sich der Krankenhausbehandlung um eine personalintensive Leistung handelt und bei Krankenhäusern folglich um besonders personalkostenintensive Organisationen, ist dies für die Berechnung von durchschnittlichen Fallkosten von besonderer Bedeutung.

Bei der Übermittlung ihrer Kostendaten müssen die Krankenhäuser der Kalkulationsstichprobe keine Auskunft darüber geben, wie die Anzahl der Vollkräfte je Leistungseinheit ist, beispielsweise in Form einer Angabe zur tatsächlich pro Schicht vorgehaltenen Zahl der Pflegefach-

kräfte für eine bestimmte Zahl an Patienten oder als Angabe, wie viele Patienten eine Pflegekraft pro Schicht im Durchschnitt eines bestimmten Zeitraums in dem Jahr zu versorgen hatte, für das die Kostendaten an das InEK geliefert werden. Es ist folglich auch nicht bekannt, ob die Kalkulationskrankenhäuser die durch die Pflegepersonaluntergrenzen vorgegebene Minimalbesetzung eingehalten haben.

Gleiches gilt auch für den ärztlichen Dienst sowie alle anderen Dienstarten. Auch wenn es für diese Dienstarten keine gesetzlichen Vorgaben zu einer Minimalbesetzung gibt wie für den Pflegedienst, so gibt es doch zahlreiche andere Verfahren der Personalbedarfsermittlung, deren Einsatz verlangt und deren Ergebnisse genutzt werden könnten, um die Qualität des Personaleinsatzes feststellen zu können.

Das Problem beginnt jedoch nicht erst bei der Datenlieferung. Nicht nur, dass keinerlei Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Kalkulationskrankenhäuser erhoben werden, auch die Aufnahme von Kliniken in die Kalkulationsstichprobe erfolgt ohne eine Berücksichtigung irgendwelcher Qualitätsindikatoren. Für die Aufnahme in die Kalkulationsstichprobe ist einzig entscheidend, ob das betreffende Krankenhaus über ein Rechnungswesen verfügt, das es in die Lage versetzt, die Kostendaten in der vom InEK geforderten Zuverlässigkeit zu liefern.

Was aber bedeutet dies alles für die Frage der Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten? Zunächst einmal ist festzuhalten, dass vollkommen unbekannt ist, welche Qualität hinter den ermittelten Durchschnittskosten steht. Insofern verbietet sich jegliche Aussage über einen Zusammenhang zwischen der Höhe der Bewertungsrelationen und Fallpauschalen und der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit von Krankenhäusern oder einzelnen Krankenhausleistungen. Die Bewertungsrelationen sind als Maßstab für die „Wirtschaftlichkeit“ von Krankenhäusern oder einzelnen Krankenhausleistungen vollkommen ungeeignet, und somit auch die Fallpauschalen und ihre Höhe. Die Höhe der Fallpauschalen kann in keiner Weise als Indikator für eine sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung dienen.

Das hier aufgezeigte Problem beschränkt sich jedoch nicht auf die Kalkulation der Bewertungsrelationen. Nicht nur, dass an die Kalkulationskrankenhäuser keinerlei Qualitätsanforderungen gestellt werden und alle Kostendaten ohne irgendeine Überprüfung der dahinterstehenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verwendet werden, die Fallpauschalen werden auch vollkommen unabhängig von der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität der jeweiligen Krankenhäuser gezahlt. Der DRG-Katalog definiert die Fallgruppen nur anhand von Diagnosen und Prozeduren sowie einiger anderer, insbesondere demografischer Krite-

rien. Es werden keinerlei Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gestellt, um eine bestimmte Fallpauschale in Rechnung stellen zu dürfen.⁴⁰

Alle Krankenhäuser eines Bundeslandes erhalten dieselbe Fallpauschale, unabhängig von der Qualität ihrer Leistungserbringung. Das aber bedeutet, dass auch Kliniken mit vollkommen unzureichender Personalbesetzung, die Behandlungsverfahren anwenden, die nicht den anerkannten Standards der Medizin entsprechen etc. dieselbe Vergütung erhalten, wie Kliniken, die hohe Qualitätsstandards einhalten.

Da hohe Qualitätsstandards in der Regel auch mit höheren Kosten und niedrige Qualitätsstandards auch mit niedrigen Kosten verbunden sind, führt das DRG-System folglich dazu, dass Krankenhäuser mit hohen Qualitätsstandards finanziell bestraft und Kliniken mit niedrigen Qualitätsstandards belohnt werden.

Um auf das Ausgangsthema „Umverteilung“ zurückzukommen: Kliniken mit hohen Kosten aufgrund hoher Qualitätsstandards erhalten ihre Kosten nicht vergütet, das dadurch eingesparte Geld wird stattdessen an Kliniken mit niedrigen Kosten ausgezahlt, wovon auch solche profitieren – im wahrsten Sinne des Wortes – deren Kosten aufgrund niedriger Qualitätsstandards unter dem Kostendurchschnitt liegen.

Dieser Zusammenhang gilt auch nach Abschluss der Konvergenzphase. Wenn durch die bundesweite Erhebung der Ist-Kosten alle Kostensituationen aller Krankenhäuser erfasst werden, auf dieser Annahme baut das System auf, dann werden auch die überdurchschnittlichen Kosten erfasst und in die Kalkulation einbezogen. Somit „speisen“ sozusagen die Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten das Gesamtvolumen an Kosten, das der Kalkulation der Bewertungsrelationen zugrunde gelegt wird.

Das ist der Kern der Umverteilung im DRG-System, die durch die Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten unter den Bedingungen eines gedeckelten Fallpauschalensystems herbeigeführt wird.

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, sei ausdrücklich klargestellt, dass hier die Auffassung vertreten wird, alle Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten würden eine unterdurchschnittliche und alle Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten eine überdurchschnittliche Qualität erbringen. Ob und in welchem Umfang Kliniken mit unterdurch-

40 Zwar gibt es mittlerweile eine Reihe von Anforderungen an die Strukturqualität, insbesondere durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese sind jedoch unabhängig vom Fallpauschalensystem. Sie definieren vor allem Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Krankenhaus überhaupt Leistungen gegenüber der GKV abrechnen darf.

schnittlichen Kosten eine unterdurchschnittliche Qualität und solche mit überdurchschnittlichen Kosten eine überdurchschnittliche Qualität erbringen, kann mangels verfügbarer und zuverlässiger Daten nicht festgestellt werden.

Entscheidend ist hier vielmehr, dass das DRG-System so konstruiert ist, dass es Krankenhäuser mit unterdurchschnittlicher Qualität und unterdurchschnittlichen Kosten mit Fallpauschalen vergütet, die über ihren Kosten liegen. Das führt zu Überschüssen, die – wenn sie nicht für mehr und besser qualifiziertes Personal etc. verwendet werden – den Eigentümern als Gewinne verbleiben und ggf. an externe Investoren als Renditen ausgezahlt werden können.

Es sei hier an Rande vermerkt: In einem Finanzierungssystem auf Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips wäre dies nicht möglich. Die Kostenstrukturen der Krankenhäuser müssten offengelegt werden und die Vergütungen würden sich an den Selbstkosten ausrichten. Kliniken hätten keine Chance, aufgrund unzureichender Personalausstattung Gewinne zu erzielen. Das DRG-System hingegen hat diese Möglichkeit geschaffen.

Fazit

Es kann somit festgehalten werden, dass die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten im DRG-System zu einer Umverteilung führt, die Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Kosten aufgrund überdurchschnittlicher Qualität finanziell mit Kostenunterdeckungen bestraft und Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten aufgrund einer unzureichenden Qualität mit Überschüssen belohnt.

Von entscheidender Bedeutung ist dabei die fehlende Berücksichtigung der Struktur- und Prozessqualität, wobei der Strukturqualität übertragende Bedeutung zukommt. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass es sich bei Krankenhäusern um besonders personalintensive und somit auch personalkostenintensive Einrichtungen handelt. Fast zwei Drittel der laufenden Betriebskosten sind Personalkosten und davon entfallen wiederum ca. zwei Drittel auf die Personalkosten des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes. Die Personalkosten des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes machen zusammen ca. 40 Prozent der Gesamtkosten aus.

Dem ärztlichen Dienst und Pflegedienst kommt auch zentrale Bedeutung für die Prozess- und Ergebnisqualität zu. Nur wenn Personal in ausreichender Anzahl und Qualifikation vorhanden ist, können die professionellen Standards auch in dem erforderlichen Maße eingehalten werden. Und nur wenn die Struktur- und Prozessqualität gut ist, kann daraus auch eine gute Ergebnisqualität resultieren. Insofern ist es eine

hoch problematische Fehlorientierung, wenn – wie in den letzten Jahren vielfach vor allem von Seiten führender Vertreter der GKV vertreten – der Blick ausschließlich auf die Ergebnisqualität gerichtet wird und die Bedeutung der Strukturqualität geleugnet oder gering geschätzt wird.

Die besondere Bedeutung der Struktur- und Ergebnisqualität wird auch deutlich, wenn man die Patientenperspektive einnimmt. Ergebnisqualität kann erst nach Abschluss der Krankenhausbehandlung gemessen werden. Dann aber ist ein möglicher gesundheitlicher Schaden aufgrund einer mangelhaften Krankenhausbehandlung bereits eingetreten.

Es ist für die betroffenen Patienten wenig hilfreich, wenn dies in aufwändigen Verfahren erst nach der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung dokumentiert wird. Es hilft ihnen auch nicht, wenn Krankenhäuser nach dem Auftreten von Behandlungsfehlern mit Vergütungsabschlägen sanktioniert werden. Aus Sicht der Patienten gilt es, das Auftreten von Qualitätsmängeln von vornherein zu verhindern. Und dies erfordert vor allem die Gewährleistung einer ausreichenden Struktur- und Prozessqualität.

Angesichts der überragenden Bedeutung der Personalbesetzung, insbesondere im ärztlichen Dienst und Pflegedienst, stellt das DRG-System als Umverteilungssystem eine erhebliche Bedrohung für die Qualität der Krankenhausversorgung und somit der Patientengesundheit dar. Dieser Zusammenhang spielte in den letzten Jahren insbesondere auch bei der Diskussion über die chronische Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser eine sehr zentrale Rolle und gab letztlich den Ausschlag dafür, dass die Politik nach zwei unzureichenden Pflegestellenförderprogrammen die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und schließlich die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen beschloss (zur Entwicklung und Diskussion vgl. Simon 2018, 2019a).

Zu welchen Auswirkungen auf die Qualität der Krankenhausversorgung das DRG-System geführt hat, wird in einem der folgenden Kapitel näher beleuchtet.

Weitere Umverteilungsmechanismen

Umverteilung erfolgt im DRG-System nicht nur infolge der Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten, sondern auch noch durch zahlreiche weitere Mechanismen. Darauf wird nachfolgend eingegangen. Die Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern beschränkt sich auf die wichtigsten Mechanis-

men und soll lediglich verdeutlichen, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Umverteilungsmechanismen im deutschen DRG-System gibt.

Dabei wird erkennbar, dass diese zahlreichen Umverteilungsmechanismen keinem durchdachten und in sich konsistenten Gesamtplan folgen und auch nicht in einer aufeinander abgestimmten Weise wirken. Sie überlagern sich vielmehr und laufen teilweise auch gegeneinander, heben sich gegenseitig auf oder schwächen sich gegenseitig ab.

Da die nachfolgend behandelten Mechanismen zumeist bereits in vorhergehenden Kapiteln angesprochen wurden, kann sich deren Vorstellung auf eine relativ kurze Darstellung beschränken und die Diskussion sowie Kritik in den Vordergrund stellen.

Umverteilung als Folge der Konstanthaltung des nationalen Casemix-Volumens

Wie bereits oben ausführlich dargestellt und diskutiert, wird das nationale Casemix-Volumen bei der jährlichen Überleitung des geltenden Fallpauschalenkataloges in eine neue Version für das nächste Jahr seit 2006 konstant gehalten. Die Konstanthaltung bezieht sich nur auf den jeweils neuen DRG-Katalog, nicht auf die Summe der tatsächlich bundesweit abgerechneten Bewertungsrelationen.

Die Konstanthaltung dient vor allem dazu, die Bewertungsrelationen von den Ist-Kosten abzukoppeln und dadurch zu verhindern, dass die Summe der Bewertungsrelationen der Entwicklung der Ist-Kosten folgt. Dies hätte bei sinkenden durchschnittlichen Ist-Kosten eine Absenkung des Casemix-Volumens zur Folge und – bei ansonsten gleichen Rahmenbedingungen – eine Absenkung des Gesamt-Erlösvolumens. Ein steigender Kostendurchschnitt würde hingegen zu einem Anstieg des Casemix-Volumens führen und dadurch – bei ansonsten gleichen Rahmenbedingungen – zu einem Anstieg der Gesamt-Erlösvolumens führen.

Da die Entwicklung der Gesamtausgaben nicht von der Kostenentwicklung sondern durch die Landesbasisfallwerte gesteuert werden soll, war es notwendig, für eine möglichst konstante Entwicklung des Casemix-Volumens zu sorgen. Aufgrund der Vielzahl politischer Eingriffe in das DRG-System war es zwar nicht möglich, über den Gesamtzeitraum seit 2006 ein absolut konstantes Casemix-Volumen zu erreichen, wohl aber eine vergleichsweise moderate Entwicklung. Und in Jahren ohne gravierende politische Eingriffe war eine fast vollständige Konstanthaltung erreichbar. So lag das nationale Casemix-Volumen des DRG-Kataloges 2018 bei 20.589.481 und das Casemix-Volumen des Kataloges 2019 bei 20.579.723 (InEK 2018a: 35). Die Abweichung betrug lediglich 0,9 Prozent.

Die Konstanthaltung des nationalen Casemix-Volumens bewirkt eine Deckelung des Casemix-Volumens mit der Folge, dass die Absenkung einer DRG-Bewertungsrelation zur Anhebung aller anderen Bewertungsrelationen und die Anhebung einer DRG zur Absenkung aller anderen DRGs führt. Dabei ist wichtig zu beachten, dass bei der Absenkung einer DRG die Anhebung der anderen DRGs nicht erfolgt, weil dort die Kosten gestiegen sind, sondern einzig und allein, weil die durch die Absenkung entstandene Lücke aufgrund der Vorgabe, das Casemix-Gesamtvolumen konstant zu halten, zu einer Aufwertung der anderen DRGs führen muss. Ansonsten würde das Casemix-Gesamtvolumen sinken, was verhindert werden soll. Gleiches gilt für die Anhebung einer DRG, die zwangsläufig die Absenkung aller anderen DRGs zur Folge haben muss, damit das Casemix-Volumen konstant gehalten werden kann.

Dieser Umverteilungsmechanismus hat erhebliche Relevanz für die Verteilung des Gesamterlösvolumens auf die verschiedenen DRGs und damit auch auf die Krankenhäuser. Und wenn Krankenhäuser die interne Verteilung ihres Budgets auf die verschiedenen Abteilungen und Kostenarten an den Kalkulationsdaten des InEK ausrichten – was offenbar sehr viele Kliniken machen – dann hat dies Auswirkungen auch auf die krankenhausinternen Verteilungsprozesse.

Die Auswirkung der Konstanthaltung kann im Wesentlichen so beschrieben werden, dass die anderen DRGs, Krankenhäuser, Fachabteilungen für die Kostensenkung in einer DRG, eines Krankenhauses, einer Fachabteilung etc. mit höheren Bewertungsrelationen, Vergütungen, Budgetanteilen „belohnt“ werden. Umgekehrt bewirkt die Konstanthaltung, dass eine höhere Ressourcenausstattung bei der Erbringung bestimmter DRGs von allen anderen DRGs, Krankenhäusern, Fachabteilungen durch Vergütungskürzungen finanziert werden muss.⁴¹

Eine solche Umverteilung kann in keiner Weise als ökonomisch rational legitimiert werden und für ein solches Umverteilungssystem kann nicht in Anspruch genommen werden, es sei „leistungsgerecht“. Es gewährt höhere Vergütungen allein deshalb, weil andere gezwungen waren, Kosten zu senken.

Welche Relevanz diese Umverteilungsmechanismen haben, kann an den jährlichen Änderungen des Fallpauschalenkataloges abgelesen werden. Betrachtet man ihn über mehrere Jahre, weist er in einer Vielzahl von Fallgruppen (DRG) ein unaufhaltsames Auf- und Ab auf. In

41 Hierfür und für die nachfolgenden Ausführungen gilt die Prämisse, dass die betreffenden Kostenänderungen vom DRG-System erfasst werden. Das ist nur dann der Fall, wenn sie in der Kalkulationsstichprobe erscheinen also in den Kalkulationskrankenhäusern auftreten.

dem einen Jahr wird eine DRG aufgewertet, im nächsten Jahr wird sie wieder abgewertet. Dieses Auf-und-Ab gehört zu dem, was im DRG-Jargon als „Katalogeffekt“ bezeichnet wird. Nach Veröffentlichung eines neuen DRG-Kataloges sichten die zuständigen Mitarbeiter des Medizincontrolling in Krankenhäusern den neuen Katalog, um herauszufinden, welche ihrer DRGs angehoben und welche abgesenkt wurden und welche Auswirkungen dies auf die Einnahmen ihres Krankenhauses haben wird. Die zentrale Frage ist dabei: Sind wir Gewinner oder Verlierer der neuesten Katalogrevision?

Die praktische Relevanz dieses Umverteilungsmechanismus für die Beschäftigten kann beispielhaft am Pflegedienst verdeutlicht werden. Nach Einführung des DRG-Systems wurden mehrere Zehntausend Stellen im Pflegedienst abgebaut. Dadurch sanken die Personalkosten des Pflegedienstes und folglich auch der Anteil der Pflegepersonalkosten in den Bewertungsrelationen. Durch die Konstanzhaltung des Casemix-Volumens führt dies jedoch nicht zu einem Absinken der Gesamtausgaben. Das bei der Pflege eingesparte Geld wurde im Rahmen der DRG-Kalkulation auf alle anderen Kostenarten verteilt.

Dies ermöglichte unter anderem auch die Finanzierung zusätzlicher Stellen im ärztlichen Dienst. Damit soll nicht die Schaffung zusätzlicher Arztstellen kritisiert werden, sondern nur darauf hingewiesen werden, dass diese zusätzlichen Stellen zu einem wesentlichen Teil durch den Personalabbau in der Pflege finanziert wurden. Die Verantwortung dafür tragen – das ist wichtig festzuhalten – nicht die Ärztinnen und Ärzte, sondern die Konstrukteure dieses Umverteilungsmechanismus und diejenigen, die über seine Einführung entscheiden.

Allerdings muss hinzugefügt werden, dass auch die jeweiligen Krankenhausleitungen Verantwortung tragen, wenn sie die vom InEK veröffentlichten Daten der DRG-Kalkulation für die interne Umverteilung der Fallpauschalen auf die einzelnen Abteilungen und Kostenarten nutzen. Ein solches Vorgehen ist in keinem Gesetz, in keiner Verordnung und in keiner anderen Vorschrift zum DRG-System vorgegeben. Wie die Erlöse und somit auch die Fallpauschalen intern verteilt werden, ist freie Entscheidung der jeweiligen Krankenhausleitung. Dadurch wird auch erklärbar, warum es z. T. deutliche Unterschiede im Umgang mit den InEK-Daten gibt und auch deutliche Unterschiede in der Personalbesetzung des Pflegedienstes.

Es bleibt noch zu ergänzen, dass von der Konstanzhaltung des Casemix im Zusammenhang mit der Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten ein steigender Druck in Richtung weiterer Kostensenkungen ausgeht. Um dies auch am Beispiel des Pflegedienstes zu verdeutlichen: Sinkt der Anteil der Pflegeperso-

nalkosten an den Bewertungsrelationen, werden auch solche Krankenhäuser und Abteilungen zur Senkung ihrer Personalkosten gezwungen, die zuvor noch kostendeckend arbeiten konnten. Reduzieren auch sie im nächsten Jahr ihre Personalkosten, erhalten alle andere DRGs oder Krankenhäuser oder Fachabteilungen höhere Vergütungen.

Die Umverteilung funktioniert – wie erwähnt – selbstverständlich auch in anderer Richtung. Werden mehr Ressourcen in die Erbringung bestimmter DRGs investiert und steigen dadurch deren Kosten, so steigen die Bewertungsrelationen dieser DRGs und diejenigen Kliniken und Fachabteilungen, die sie erbringen, erhalten höhere Vergütungen. Unter den Bedingungen eines konstant gehaltenen Casemix-Gesamtvolumens gehen solche Erhöhung zulasten der anderen DRGs, Kliniken oder Fachabteilungen.

Auch dies provoziert die Frage, was eine solche Umverteilung mit Wirtschaftlichkeit zu tun hat. Und auch hier ist die Antwort eindeutig: Nichts.

Umverteilung als Folge der Methodik zur Ermittlung der Ist-Kosten

Auch die Art und Weise, wie die durchschnittlichen Ist-Kosten in den Kalkulationskrankenhäusern ermittelt werden, trägt zur Umverteilung bei. Auf die Methodik wurde bereits in früheren Kapiteln ausführlicher eingegangen, hier soll nur anhand ausgewählter Bereiche kurz erläutert werden, warum und wie die Methodik zur Umverteilung beiträgt.

Bereits hingewiesen wurde darauf, dass die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten unter der Bedingung eines gedeckelten Casemix-Gesamtvolumens dazu führt, dass Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten den Anteil der Kosten, der über dem Durchschnitt liegt nicht finanziert erhalten. Diese überdurchschnittlichen Kosten gehen jedoch in die Berechnung der jeweiligen DRG-Bewertungsrelationen ein und heben deren Höhe an. Das kommt somit auch den Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten zugute, allerdings nur mit einem sehr kleinen Anteil, da die betreffende DRG von vielen Kliniken erbracht wird, die alle ebenfalls von der leichten Anhebung einen Vorteil haben. Die eigentlichen Gewinner sind allerdings diejenigen Kliniken, die mit ihren Kosten unter dem Durchschnitt liegen, da ihr Überschuss dadurch steigt.

Dieser Effekt ist im gegenwärtigen DRG-System zwar von der Konstanzhaltung des nationalen Casemix-Volumens beeinflusst, er würde jedoch auch in einem ungedeckelten DRG-System auftreten. Sowie Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten kalkuliert werden, liegt ihre Höhe unter den überdurchschnittlichen und über den unterdurchschnittlichen Kosten.

Dies gilt sowohl auf für die Ebene der gesamten Fallkosten als auch für die einzelnen Kostenbestandteile wie beispielsweise die Personalkosten des Pflegedienstes. Wie im Kapitel zur Berechnung der Bewertungsrelationen dargelegt, führt die *Art der Ermittlung der Ist-Kosten* im DRG-System dazu, dass eine Absenkung der Personalkosten des Pflegedienstes – beispielsweise im Fall eines Stellenabbaus – zur Erhöhung aller anderen Kostenbestandteile führt.

Damit werden Erlösanteile, die zuvor für die Finanzierung von Pflegestellen verwendet wurden, dem Pflegedienst entzogen und an die anderen Kostenarten umverteilt. Werden die Kosten einer Kostenart hingegen erhöht, beispielsweise weil sich die betreffende DRG und/oder die betreffende erbringende Fachabteilung als gewinnträchtig erwiesen haben, dann führt die Erhöhung dieser DRG oder dieser Kostenart zur relativen Absenkung der anderen DRGs oder Kostenarten. Dieser Mechanismus gilt nicht nur für die Personalkosten des Pflegedienstes, sondern für alle Kostenbestandteile der DRGs.

Da dies befremdlich und absurd erscheinen mag, sei hier noch einmal daran erinnert, dass es sich um ein System handelt, dessen Gesamtvolumen begrenzt ist. Ein Umstand, den man sich immer vor Augen führen sollte, um die Absurditäten des deutschen DRG-Systems einordnen zu können.

Für Umverteilungen sorgen auch *Änderungen der Vorgaben im Kalkulationshandbuch* zur Ermittlung der Ist-Kosten in den Kalkulationskrankenhäusern. Dies soll nachfolgend am Beispiel der Personalkosten der Intensivstationen erläutert werden. Die Personalkosten der Intensivstationen, sowohl für den ärztlichen Dienst als auch den Pflegedienst und die anderen Dienstarten, wurden bis einschließlich des Datenjahres 2016 auf Grundlage „gewichteter“ Verweildauerstunden berechnet. Die Gewichtung der Verweildauerstunden erfolgte durch die Einteilung der Behandlungsintensität der Patienten in drei Stufen: Überwachung, Behandlung und Beatmung (InEK 2007: 137–143). Stunden, in denen der Patient lediglich überwacht werden musste, gingen mit einem relativ geringen Gewicht (0,57) in die Berechnung ein, Verweildauerstunden während einer Intensivbehandlung mit einem höheren (1,00) und Stunden, in denen er beatmet wurde, mit dem höchsten Gewicht (1,71) ein (vgl. ebd.: 139).

Das seit 2017 geltende Kalkulationshandbuch brachte eine grundlegende Änderung dieser Methodik. Seit 2017 müssen die Kalkulationskrankenhäuser ein differenziertes System zur Erfassung der Behandlungsintensität anwenden, das mehrere im Kalkulationshandbuch vorgegebene Bedingungen zu erfüllen hat (InEK 2016: 140–152).

Eine solche Umstellung führt zwangsläufig zu deutlich anderen Kostenwerten, als sie mit der vorherigen Methode festgestellt wurden. Nicht nur dass die Methodik generell umgestellt wurde, die Kalkulationskrankenhäuser sind ausdrücklich aufgefordert, krankenhausespezifische Verfahren zu entwickeln und anzuwenden. Die so ermittelten Kostenwerte der verschiedenen Krankenhäuser sind folglich nicht mehr vergleichbar. Und mehr noch: Die Kalkulationskrankenhäuser haben seit 2017 ausdrücklich die Wahl, bei der Ermittlung der Ist-Kosten entweder den tatsächlich entstandenen Ist-Leistungsaufwand zu verwenden oder einen Leistungsaufwand, der „prospektiv als Soll-Ausprägung durch Expertenschätzung bestimmt“ wurde (ebd.: 144).

Damit wird den Kalkulationskrankenhäusern die Option eingeräumt, die an das InEK zu meldenden Kostendaten nicht auf Grundlage von tatsächlich erbrachten Leistungen zu berechnen, sondern auf Grundlage der von der jeweiligen Intensivstation für notwendig erachteten Leistungen. Dies ist ein gravierender Verstoß gegen den zentralen im Jahr 2000 von den Spitzenverbänden vereinbarten Grundsatz der Berechnung der Bewertungsrelationen auf Grundlage der Ist-Kosten. Da das Kalkulationshandbuch erst nach Genehmigung durch die drei Spitzenverbände in Kraft treten konnte, wurde diese Neuregelung von den drei Verbänden genehmigt und beschlossen. Sie haben damit gegen einen von ihnen selbst vertraglich vereinbarten Grundsatz verstoßen.

Die Relevanz dieser Änderungen für das Thema Umverteilungen liegt darin, dass eine solche Umstellung der Ist-Kostenermittlung zu deutlich höheren Kostenwerten führt, die im DRG-System zwangsläufig zur Absenkung von DRGs und DRG-Anteilen an anderen Stellen führen muss.

Im Fall der Intensivstationen ist der Umverteilungseffekt nur sehr schwer identifizierbar, da es nicht nur eigenständige Fachabteilungen der Intensivmedizin gibt, sondern auch viele Intensivstationen, die Teil einer medizinischen Fachabteilung sind, bspw. internistische, unfallchirurgische, kardiologische, herzchirurgische etc. Intensivstationen. Insofern gab es sehr viele „Gewinner“ dieser Umstellung und Umverteilung. Verlierer waren all die DRGs bei deren Erbringung in der Regel keine intensivmedizinische Versorgung erforderlich ist und vermutlich vor allem jene Fachabteilungen, die über keine eigene Intensivstation verfügen.

Damit soll nicht die Auffassung vertreten werden, dass eine solche Umverteilung ungerechtfertigt war. In diesem Fall erscheint sie zumindest auf den ersten Blick sehr sinnvoll und fachlich gerechtfertigt. Das ist allerdings nicht die hier zu diskutierende Frage. Hier soll der Blick allein darauf gerichtet werden, dass es an einer Vielzahl von Stellen im DRG-System immer und immer wieder Umverteilungen gibt. Sie werden aller-

dings in der Fachdiskussion und gesundheitspolitischen Diskussion – wenn überhaupt – nur höchst selten thematisiert.

Auf weitere Mechanismen im Bereich der Ist-Kostenermittlung, die zu Umverteilungen führen oder beitragen, soll hier nicht eingegangen werden. Einige wurden bereits in vorhergehenden Kapiteln angesprochen, wie beispielsweise die sogenannte „Ein-Haus-Methode“ (vgl. die Ausführungen im Kapitel zur Kalkulationsstichprobe). Auch sie führt zu Umverteilungen. Indem relevante Einflussfaktoren für Kostenstrukturen nicht berücksichtigt werden, erhält ein Teil der Kliniken ihre Mehrkosten beispielsweise für hochaufwändige Maximalversorgung nicht vergütet, während andere höhere Vergütungen erhalten, als sie zur Deckung ihrer Kosten benötigen würden.

Umverteilungen als Folge von Änderungen der Kalkulationsstichprobe

Dass die Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe erhebliche Bedeutung für Umverteilungseffekte im DRG-System hat, wurde bereits thematisiert. Hier soll lediglich auf Umverteilungswirkung einer Änderung der Kalkulationsstichprobe hingewiesen werden. Dieser Effekt war als „Stichprobeneffekt“ auch bereits Thema der Fachdiskussion (Leber/Wolff 2007: 59).

Wenn die Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe Auswirkungen auf die Höhe der dabei ermittelten durchschnittlichen Ist-Kosten je DRG hat, führt logischerweise auch jede Änderung der Kalkulationsstichprobe zu einer geänderten Kostenstruktur und somit zu einer Neu- oder Umverteilung der Casemix-Punkte auf die verschiedenen DRGs. Insbesondere aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Kalkulationsstichprobe kam es in der Vergangenheit es immer wieder dazu, dass einzelne Kliniken ausscheiden und neue hinzukommen.

Die bislang stärkste Veränderung trat ein, nachdem die Politik die Spitzenverbände verpflichtet hatte, für eine repräsentative Stichprobensammensetzung zu sorgen und die drei Spitzenverbände in der darauf folgenden Vereinbarung das InEK beauftragten und ermächtigten, die Stichprobe auf Grundlage einer Zufallsauswahl um neue Kliniken zu erweitern, und diese Kliniken zur Teilnahme zu verpflichten. Dies führte dazu, dass die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser im Datenjahr 2018 um 60 auf insgesamt 296 deutlich anstieg (InEK 2019a).

Die relativ umfangreiche Änderung der Stichprobe wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Änderungen bei der Berechnung der Durchschnittskosten und Bewertungsrelationen geführt haben. Ob und in welchem Umfang dies der Fall war, wurde vom InEK allerdings nicht offenlegt.

Wenn sich die Stichprobenzusammensetzung ändert, hat dies auch Auswirkungen auf die Kodierung der DRG-Fälle, also die Zuweisung von Patienten zu einzelnen DRGs. Zwar gibt es bundesweit geltende Vorgaben dazu, wann welche Patienten mit welchen Erkrankungen und Behandlungen welchen DRGs zuzuweisen sind, in der Praxis gibt es aber dennoch Unterschiede in der Umsetzung dieser Vorgaben zwischen Fachabteilungen desselben Fachgebietes und auch zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Insofern führt die Aufnahme neuer Kliniken in die Stichprobe bei gleichbleibendem Fallmix auch zu veränderten Ergebnissen der Kodierung. In der Fachdiskussion wird dieser Effekt als „Kodiereffekt“ bezeichnet (Leber/Wolff 2007: 59).

Auch dieser Effekt bewirkt Umverteilungen. Wenn identische Fälle bei der Ermittlung der Ist-Kosten einer anderen DRG zugewiesen werden, wandert auch deren Kostenanteil von der vorherigen DRG in die neue und verändert dadurch die Bewertungsrelationen. Wandern aufgrund einer veränderten Kodierpraxis beispielsweise besonders kostenaufwändige Fälle aus der DRG A in die DRG B, sinkt die Bewertungsrelation der DRG A und steigt die der DRG B. Entsprechend werden dann auch Anteile am Casemix-Volumen und somit letztlich auch am Erlösvolumen neu verteilt.

Umverteilung als Folge der jährlichen Änderung des Fallpauschalenkataloges

Der Fallpauschalenkatalog wird jedes Jahr überarbeitet und mehr oder weniger stark umgestaltet. Daraus resultieren für die Krankenhäuser z. T. erhebliche Veränderungen ihres Erlösvolumens, die seit Einführung des DRG-Systems als sogenannter *Katalogeffekt* Thema der Fachdiskussion sind (vgl. u. a. Friedrich et al. 2007; Roeder et al. 2010; Steiner/Jaeger 2007: 44). Mit dem Begriff „Katalogeffekt“ ist gemeint, dass sich das Casemix-Volumen eines Krankenhauses allein durch den Wechsel von einem DRG-Katalog zum nächsten verändert, ohne dass irgendeine Änderung am Patienten- und DRG-Spektrum eingetreten ist. Der Effekt kann berechnet werden, indem die im Vorjahr abgerechneten Fälle mit dem neuen DRG-Katalog kodiert werden. Die Differenz des Casemix-Volumens zeigt an, ob das Krankenhaus durch den Katalogwechsel mehr oder weniger Einnahmen erzielen wird.

Auch wenn das Casemix-Volumen auf Bundesebene konstant gehalten wird, so bedeutet dies keineswegs, dass auch die Casemix-Volumina der einzelnen Krankenhäuser konstant bleiben. Verschiebungen zwischen den DRGs auf Grundlage der neuen Kalkulationsergebnisse können auf der Ebene des nationalen Casemix ohne Auswirkungen bleiben, für einzelne Krankenhäuser hingegen u. U. deutliche Budgetzuwächse oder -verluste verursachen. Dies liegt vor allem darin

begründet, dass sich die Diagnose- und Leistungsspektren und somit auch DRG-Spektren der einzelnen Krankenhäuser z. T. erheblich vom bundesweiten Fallspektrum unterscheiden. Insofern kann der „Katalog-Effekt“ auch als eine der Auswirkungen der sogenannten „Ein-Haus-Methode“ gelten (zur „Ein-Haus-Methode“ vgl. die Ausführungen zur Kalkulation der Bewertungsrelationen).

An diesem Beispiel zeigt sich insofern auch, dass es sich beim DRG-System um ein sehr komplexes Umverteilungssystem handelt, da auf verschiedenen Ebenen in verschiedenen Bereichen ansetzt und dessen Mechanismen sich teilweise überlappen oder auch gegenseitig aufheben können.

Umverteilung als Folge des jährlichen Vorschlagsverfahrens

Die Umverteilung infolge von Veränderungen der Bewertungsrelationen wurde bereits an mehreren Stellen diskutiert. Hier soll auf einen bislang nicht diskutierten Mechanismus hingewiesen werden. Um Hinweise auf Mängel und Überarbeitungsbedarfe des DRG-Kataloges zu erhalten, wird jedes Jahr ein sogenanntes *Vorschlagsverfahren* durchgeführt (zum Vorschlagsverfahren für die DRG-Version 2020 vgl. InEK 2019a: 13–17). Dabei können Krankenhäuser, Verbände des Krankenausbereichs, medizinische Fachgesellschaften etc. Vorschläge für Änderungen des DRG-Kataloges einreichen, die vom InEK geprüft und je nach Ergebnis der Prüfung verworfen oder aufgegriffen werden.

Die Vorschläge beziehen sich auf die verschiedensten Bereiche des Vergütungssystems, und beinhalten insbesondere Vorschläge zur Bildung neuer DRGs, zur Änderung der Schweregradsystematik, Herausnahme einzelner Erkrankungen aus dem DRG-System, Änderungen der Kodierrichtlinien etc. Wie aufgrund der bisherigen Darstellungen deutlich geworden sein dürfte, haben solche Änderungen – wenn sie vorgenommen werden – direkte Relevanz für die Erlössituation von Krankenhäusern. Darin liegt auch die zentrale Motivation vor allem der Krankenhäuser und ihrer Verbandsorganisationen, sich am Vorschlagsverfahren zu beteiligen. Mit der Einbringung von Vorschlägen kann eine bessere und damit finanziell vorteilhaftere Abbildung des eigenen Leistungsspektrums erreicht werden.

Zwar ist ein solches Vorschlagsverfahren für sich genommen kaum kritikwürdig, zumal das InEK dadurch Hinweise auf Konstruktionsprobleme erhalten kann, die ihm selbst noch nicht aufgefallen sind. Die Entscheidung über die Umsetzung von Vorschlägen liegt beim InEK und wird laut Angaben des InEK vor allem aufgrund von Berechnungen getroffen, anhand derer festgestellt werden kann, ob ein Vorschlag zu einer Verbesserung der Kostenhomogenität führt.

Auffällig ist jedoch, dass sich nur ein sehr kleiner Teil der Krankenhäuser am Vorschlagsverfahren beteiligt und die Beteiligung somit in hohem Maße ungleich erfolgt. Eine Auswertung der Daten über das Beteiligungsverfahren für die DRG-Versionen der Jahre 2005 bis 2010 ergab, dass sich im Durchschnitt nur sieben Prozent der Krankenhäuser beteiligten. Auf sechs Prozent aller Antragssteller entfielen allein knapp 50 Prozent aller eingebrachten Vorschläge. Von der Spitzengruppe der fünf aktivsten Antragsteller, die nur 1 Prozent aller Antragsteller ausmachten, kamen allein ca. 23 % aller Vorschläge (Simon 2010).

Zu diesen fünf aktivsten Antragsstellern gehörten der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (ca. 490 Vorschläge), das Deutsche Herzzentrum Berlin (ca. 230 Vorschläge), die Rhön Klinikum AG (ca. 210 Vorschläge) und der BVMed, Bundesverband der Medizinproduktehersteller (ca. 170 Vorschläge). Insgesamt beteiligten sich die medizinischen Fachgesellschaften sehr stark mit Vorschlägen und darunter wiederum waren mehrere Fachgesellschaften besonders aktiv.

Sollte die Häufigkeit der Vorschläge eine Entsprechung bei der Zahl der vom InEK aufgegriffenen und umgesetzten Vorschläge gefunden haben, dann haben offensichtlich vor allem private Krankenhausträger eine für sie vorteilhafte Entwicklung des Fallgruppensystems erreicht.⁴² Aber auch das unterschiedlich stark ausgeprägte Engagement der medizinischen Fachgesellschaften könnte dazu geführt haben, dass einzelne Fachgebiete die Weiterentwicklung des Fallgruppensystems zu ihren Gunsten beeinflussen konnten.⁴³

Es ist allerdings wichtig festzuhalten, dass die Teilnahme am Vorschlagsverfahren und die Einbringung vieler Vorschläge grundsätzlich sicher nicht zu kritisieren ist. Damit wurde einer allgemeinen Aufforderung des InEK zur Einbringung von Vorschlägen gefolgt. Auch die Verfolgung eigener wirtschaftlicher Interessen bei der Einbringung von Vor-

42 Das Deutsche Herzzentrum Berlin war damals eine gemeinnützige Stiftung und insofern eine private aber nicht gewinnorientierte Klinik.

43 Eine Beteiligung am Vorschlagsverfahren ist für medizinische Fachgesellschaften insofern naheliegend und relevant, als ein Großteil der Fachärzte – und darunter insbesondere führenden Vertreter des Fachs – in Krankenhäusern tätig sind. Gelingt es, das Casemix-Volumen des eigenen Faches zu erhöhen, trägt dies zur Sicherung der Finanzierung vorhandener und Schaffung neuer Arztstellen bei, und es erhöht die ökonomische Bedeutung einzelner Abteilungen und somit auch ihrer Chefärzte für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses. Das wiederum verbessert die Verhandlungsposition der leitenden Ärzte bei der Aushandlung von Arbeitsverträgen und der Höhe von Bonuszahlungen. Sicherlich ist davon auszugehen, dass das Engagement der Fachgesellschaften in erster Linie die wirtschaftliche Sicherung ihrer Krankenhäuser zum Ziel hat. Die Konstruktion des DRG-Systems legt es allerdings nahe und ermöglicht es, bei der Einbringung von Vorschlägen auch persönliche Einkommensinteressen zu verfolgen. Eine solche Zielsetzung ist im Rahmen des DRG-Systems vollkommen legal und legitim. Mehr noch: Wie gezeigt, war die Einführung des DRG-Systems ausdrücklich darauf ausgerichtet, Gewinnorientierung zu fördern.

schlagen ist legal und legitim. Die Entscheidung darüber ob und in welchem Umfang Vorschläge zu Änderungen des DRG-Systems führten lag beim InEK, insofern trägt das InEK die Letztverantwortung für die aus dem Vorschlagsverfahren resultierenden Änderungen des DRG-Systems.

Problematisch ist allerdings die in hohem Maße ungleiche Beteiligung. Diese Ungleichheit müsste auch dem InEK aufgefallen sein, sie wurde jedoch in keinem der jährlichen Berichte zur Weiterentwicklung des DRG-Systems thematisiert. Angesichts der erheblichen Ungleichheit bei der Beteiligung am Vorschlagsverfahren erscheint ein solches Verfahren insofern sehr problematisch, als es eine sehr ungleiche Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen bei der jährlichen Weiterentwicklung des Fallgruppensystems ermöglicht.

Nun kann man allerdings argumentieren, dass jedes Krankenhaus die gleiche Chance hatte und hat, Vorschläge in unbegrenzter Zahl einzubringen. Sollte das allerdings geschehen, würde dies die Kapazitäten des InEK zur Bearbeitung der Vorschläge sicherlich bei weitem überschreiten. Um dies an Zahlen der Vorschlagsverfahren für die Jahre 2005 bis 2010 zu verdeutlichen: Insgesamt gab es für die DRG-Versionen 2005 bis 2010 pro Jahr ca. 1.000 Vorschläge. Das Deutsche Herzzentrum brachte als aktivstes Krankenhaus in diesem Zeitraum jährlich durchschnittlich 40 Vorschläge ein. Es gab damals ca. 1.700 Kliniken im Anwendungsbereich des DRG-Systems. Hätte jede dieser Kliniken ebenfalls 40 Vorschläge eingereicht, so wären in den Jahren 2005 bis 2010 pro Jahr nicht ca. 1.000 Vorschläge, sondern fast 70.000 Vorschläge eingegangen (Simon 2010: 57).

Eine solche Anzahl an Vorschlägen dürfte kaum in dem zur Verfügung stehenden Zeitraum vom InEK qualifiziert zu prüfen gewesen sein. Insofern kann das Vorschlagsverfahren nur funktionieren, wenn sich lediglich ein Teil der Krankenhäuser mit eigenen Vorschlägen am Verfahren beteiligt. Ein Verfahren, das nur funktionieren kann, wenn sich lediglich ein kleiner Teil der Krankenhäuser beteiligt, ist allerdings hoch problematisch, da es die ungleiche Verteilung von Einflussmöglichkeiten auf die Entwicklung des DRG-Systems nicht nur in Kauf nimmt, sondern sogar zur Voraussetzung seines Funktionierens hat.

Die Relevanz für Umverteilungsprozesse im DRG-System dürfte auf der Hand liegen. Gelingt es einem Teil der Kliniken oder medizinischen Fachgebiete, ihre Interessen bei der Gestaltung des Fallgruppensystems durchzusetzen, erhöht dies die Chance, Umverteilungsprozesse im eigenen Interesse zu beeinflussen.

Umverteilung als Folge der Einberechnung von Sonderzahlungen in die Bewertungsrelationen und Landesbasisfallwerte

Ein hinsichtlich des finanziellen Volumens sehr relevanter Mechanismus der Umverteilung ergibt sich aus der Einberechnung von Sonderzahlungen in die Landesbasisfallwerte. Darauf wurde in früheren Kapiteln bereits hingewiesen.

Ausgangspunkt dieses Umverteilungsmechanismus ist politische Entscheidung, dass zusätzliche Mittel zur Refinanzierung bestimmter Kosten bereitgestellt werden. Dies war beispielsweise bei der Abschaffung des AiP, der Änderung des Arbeitszeitrechts für den ärztlichen Dienst und im Rahmen der beiden Pflegestellenförderprogramme der Fall. Wenn zusätzliche Mittel direkt an einzelne Krankenhäuser gezahlt werden, erfolgt dies außerhalb des Fallpauschalensystems und stellt damit im Grunde das System infrage. Denn: Wozu wurde ein Fallpauschalensystem geschaffen, wenn ein relevanter Teil des Geldes daran vorbei direkt an einzelne Krankenhäuser gezahlt wird?

Die Deckung der Krankenhauskosten sollte in einem Fallpauschalensystem eigentlich ausschließlich über Fallpauschalen zu erfolgen, die für alle Krankenhäuser einheitlich sind. Wenn es Sonderzahlungen für einzelne Kliniken gibt, dann ist dies im DRG-System nur vorübergehend tolerierbar, beispielsweise solange, bis die zusätzlichen Kosten über das Kalkulationsverfahren in die Kalkulation der Bewertungsrelationen einfließen kann. Insofern besteht bei jeder Sonderzahlung die Notwendigkeit, die darin enthaltenen Mittel nach einer Übergangszeit in das DRG-System zu überführen.

Wenn dies auf dem Weg erfolgt, dass die Mehrkosten im Rahmen der jährlichen Kalkulationsrunden erhoben und in die Bewertungsrelationen eingerechnet werden, hat dies zur Folge, dass die vorher nur bestimmten Krankenhäusern zugeflossenen Sonderzahlungen nun auf alle Krankenhäuser verteilt werden. Dies ist insofern eine Umverteilung, als der überwiegende Teil der Sonderzahlung nun den zuvor anspruchsberechtigten Kliniken entzogen und anderen Kliniken zugeteilt wird. Die vorher anspruchsberechtigten Kliniken erhalten dann nur noch einen Bruchteil des Volumens der ihnen vorher zugewiesenen Sonderzahlung.

Erfolgt die Einbeziehung von Sonderzahlungen in das Fallpauschalensystem durch Einberechnung in die Landesbasisfallwerte, hat dies den gleichen Effekt zur Folge. Als beispielsweise im Fall der Pflegestellenförderprogramme die Mittel nach Ablauf der auf drei Jahre begrenzten Programme in die Landesbasisfallwerte überführt wurden, führte dies dazu, dass diese Mittel nicht mehr nur den Krankenhäusern zuflossen, für die sie gedacht waren, sondern allen Krankenhäusern, auch solchen, die überhaupt keine zusätzlichen Stellen geschaffen hatten oder sogar Stellen abgebaut hatten. Dementsprechend erhielten Kran-

kenhäuser, die mit den Fördermitteln zusätzliche Stellen eingerichtet hatten, nur noch einen sehr kleinen Teil der ihnen zuvor ausgezahlten Fördermittel.

Umverteilung als Folge der Angleichung der Landesbasisfallwerte an einen Bundesbasisfallwert

Bei Einführung des DRG-Systems basierten die ersten Landesbasisfallwerte auf den Basisfallwerten aller Krankenhäuser des betreffenden Bundeslandes, und die ersten Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser wurden auf Grundlage der Ist-Kosten des jeweiligen Krankenhauses errechnet. Insofern waren die ersten Landesbasisfallwerte direkt rückgebunden an die durchschnittlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser. Wie oben beschrieben, wurden sie danach von den Ist-Kosten abgekoppelt und jährlich entsprechend gesetzlicher Vorgaben fortgeschrieben.

In den Jahren 2005 bis 2009 (Konvergenzphase) erfolgte eine schrittweise Anpassung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an den jeweiligen Landesbasisfallwert (zur Konvergenzphase vgl. Tuschen/Trefz 2004). Das bedeutete für Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten („Verlierer“), dass ihr Budget schrittweise abgesenkt wurde, Kliniken mit unterdurchschnittlichen Kosten („Gewinner“) erhielten jedes Jahr eine über die übliche Erhöhung hinausgehende Anhebung ihres Budgets. Dass es sich dabei um eine „klassische“ Umverteilung handelte, liegt auf der Hand und wurde bereits erläutert. Die Budgets der „Gewinner“-Krankenhäuser konnten nur deshalb erhöht werden, weil die Budgets der „Verlierer“ abgesenkt wurden.

Dieser Anpassungsprozess endete 2009. Bereits 2002 war allerdings beschlossen worden, dass es mittelfristig nur noch einen einzigen Bundesbasisfallwert geben sollte:

„Zielsetzung ist jedoch eine mittelfristige Angleichung an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert. Eine Entscheidung über diese Angleichung wird zusammen mit den Vorgaben zum ordnungspolitischen Rahmen ab dem Jahr 2007 in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren getroffen“ (Begründung des Fallpauschalengesetzes 2002, BT-Drs. 14/6893: 32).

Entsprechend dieser Entscheidung sah das KHRG 2009 eine „Bundskonvergenz“ vor. Ab 2010 wurden die Landesbasisfallwerte schrittweise an einen auf Grundlage aller Landesbasisfallwerte errechneten Bundesbasisfallwert angeglichen. In einer ersten Phase bis 2014 wurden sie an einen „Basisfallwertkorridor“ mit einer Ober- und einer Untergrenze herangeführt und ab 2015 schrittweise aneinander angeglichen (§ 10 Abs. 8 und § 10 Abs. 13 KHEntgG). Dieser Prozess soll 2020 abgeschlossen werden und ab 2021 wird es bundesweit einheitlich hohe Landesbasisfallwerte und damit faktisch einen Bundesbasisfallwert geben.

Auch die Bundeskonvergenz führte zu einer Umverteilung von Mitteln, und zwar in erheblichem Umfang. Im Jahr 2009 variierten die Landesbasisfallwerte zwischen 2.777,00 Euro (Schleswig-Holstein) und 3.072,68 Euro (Rheinland-Pfalz). Eine Angleichung an einen arithmetischen Mittelwert aller Bundesländer musste somit alle Krankenhäuser eines Bundeslandes zu „Verlierern“ oder „Gewinnern“ machen. Ohne dass sich an ihrer Kostensituation irgendetwas ändern brauchte und auch ohne irgendeine Änderung des Fallpauschalenkataloges erhielten in den „Gewinner“-Ländern alle Kliniken jedes Jahr etwas mehr Geld durch die Anhebung ihres Landesbasisfallwertes. In den „Verlierer“-Ländern erhielten alle Krankenhäuser jedes Jahr etwas weniger, ebenfalls vollkommen unabhängig von ihrer Leistungserbringung oder Änderungen des Fallpauschalenkataloges.

Da die Angleichung der Landesbasisfallwerte erhebliche und sehr unterschiedliche finanzielle Auswirkungen auf die verschiedenen Bundesländer haben würde, gab es aus verständlichen Gründen bereits im Vorfeld kontroverse Diskussionen und unter den Bundesländern sowohl Befürworter, die z. T. seit Jahren vehement für eine Angleichung gekämpft hatten, als auch Gegner.

Zur Befriedung der Diskussion gab das BMG ein Gutachten in Auftrag, um die Ursachen der Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten zu ergründen. Das 2013 vorgelegte Gutachten konnte die Unterschiede jedoch nicht zweifelsfrei klären (Augurzky/Schmitz 2013). Dennoch wurde die Konvergenz fortgesetzt, was insofern nicht überraschend war, als die Bundeskonvergenz – wie erwähnt – bereits 2002 informell beschlossen und durch das KHRG 2009 auch schon eingeleitet worden war.

Zu welchen Absurditäten diese Konvergenz führte, soll an einem fiktiven Krankenhaus veranschaulicht werden. Angenommen ein Krankenhaus hatte 2005 überdurchschnittliche Ist-Kosten und einen überdurchschnittlichen Basisfallwert und befand sich einem Bundesland mit einem verglichen zu den anderen Ländern unterdurchschnittlichen Landesbasisfallwert. Dann wurde der Basisfallwert dieses Krankenhauses in den Jahren 2005 bis 2009 schrittweise bis auf das Niveau des betreffenden Landesbasisfallwertes abgesenkt. Nachdem es dieses Niveau erreicht hatte, wurde der Landesbasisfallwert jedoch angehoben, denn ab 2010 begann die erste Phase der Bundeskonvergenz und das Land, in dem sich das Krankenhaus befindet, wies einen unterdurchschnittlichen Landesbasisfallwert auf.

Das provoziert die Frage, warum das Budget dieses fiktiven Krankenhauses überhaupt erst abgesenkt wurde, wenn es letztlich doch wieder angehoben wurde, und möglicherweise sogar auf das Ausgangsniveau

veau. Eine vernünftige und rationale Erklärung dafür ist im DRG-System nicht zu finden.

Die Auswirkungen hingegen liegen auf der Hand. Dieses Krankenhaus war durch die Budgetabsenkung erst gezwungen, Kosten zu senken und deshalb beispielsweise Servicepersonal zu entlassen oder in eine billigere Tochterfirma auszugründen und Pflegestellen zu streichen. Als die Erlöse aufgrund des steigenden Landesbasisfallwertes wieder anstiegen, waren all diese Entscheidungen bereits vollzogen. Als dieses fiktive Krankenhaus nun wieder Pflegepersonal einstellen wollte, fand es keines, da die ehemaligen Krankenhauspflegekräfte mittlerweile in ein anderes Land ausgewandert waren, in dem sie weitaus bessere Arbeitsbedingungen vorfinden, beispielsweise nach Norwegen oder in die Schweiz, oder sie lebten zwar noch in Deutschland, arbeiteten aber in anderen Bereichen und waren aufgrund ihrer Erfahrungen nicht bereit, wieder ins Krankenhaus zurückzukehren.

Umverteilung zwischen den Kostenträgern

Das DRG-System bewirkt Umverteilungen nicht nur im Krankenausbereich, sondern auch zwischen den Kostenträgern. Im System tagesbezogener Pflegesätze war die Höhe der Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse oder einer privaten Krankenversicherung von der Länge der Verweildauer abhängig. Im Fallpauschalensystem ist sie vom Schweregrad der Erkrankung abhängig. Allein durch diese Umstellung verschoben sich Finanzierungsanteile zwischen den Krankenkassen auf der einen und der privaten Krankenversicherung auf der anderen Seite, aber auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen den verschiedenen Krankenkassen. Und durch die jährlichen Änderungen am DRG-System erfolgen wie im Krankenausbereich auch jedes Jahr aufs Neue Umverteilungen. Auf diese Umverteilungsprozesse, sowohl bei Einführung als auch in der Folgezeit wird nachfolgend etwas näher eingegangen.

Die Kosten einer Krankenhausbehandlung sind nicht in erster Linie von der Länge des Krankenhausaufenthaltes abhängig, sondern von der Schwere der Erkrankung oder Verletzung und der Art der Behandlung. Zwar gibt es Erkrankungen oder Verletzungen, die aufgrund ihrer Schwere einen längeren Krankenhausaufenthalt erfordern, aber es gibt auch kurze Krankenhausbehandlungen, die mit sehr hohen Kosten einhergehen. Exemplarisch sei hier auf schwer Unfallverletzte mit Mehrfachverletzungen verwiesen, sogenannte Polytraumen. Deren Versor-

gung kann in den ersten Stunden und Tagen sehr hohe Kosten verursachen.

Wenn sie dennoch versterben, sind in wenigen Stunden oder Tagen sehr hohe Kosten angefallen, die durch Pflegesätze in einem Pflegesatzsystem, bei dem die Gesamtkosten aller Patienten auf die Gesamtzahl aller Belegungstage eines Krankenhauses verteilt werden, nicht gedeckt sind. Andererseits gibt es Patienten, die für eine längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden müssen, jedoch nur relativ wenige Kosten verursachen. Als Beispiel seien hier Patienten mit einer hoch infektiösen Erkrankung genannt, die auf einer Infektionsstation für längere Zeit isoliert werden müssen.

Insofern gibt es keinen hundertprozentigen kausalen Zusammenhang zwischen der Höhe der Behandlungskosten und der Länge der Verweildauer. Folglich hat ein Wechsel der Vergütungsform von Pflegesätzen auf Fallpauschalen Auswirkungen auf die Höhe der Krankenhausausgaben jedes Kostenträgers. Diese Auswirkungen können sehr unterschiedlich sein.

Als Grundsatz kann festgehalten werden, dass die Kosten schwerkranker oder schwerverletzter Patienten in einem Pflegesatzsystem, bei dem die Gesamtkosten des Krankenhauses auf die Zahl der Belegungstage verteilt wird, zu einem erheblichen Teil nicht von dem für den einzelnen Patienten zuständigen Kostenträger zu zahlen sind, sondern auf alle Kostenträger oder Selbstzahler umgelegt werden.

Ein Pflegesatzsystem führt insofern zu einer Art Solidarausgleich. Alle Patienten oder ihre Kostenträger zahlen denselben Pflegesatz pro Tag, unabhängig davon, wie schwer krank oder verletzt jemand ist. Dadurch tragen die weniger stark erkrankten oder verletzten Patienten und ihre Krankenkassen oder privaten Versicherungen einen Großteil der Behandlungskosten der schwerkranken oder schwerverletzten Patienten mit. Bei der Gestaltung des KHG 1972 war dies auch politisch gewollt (Strobel 1971: 6339).

Rechtlich gesehen waren Pflegesätze im Finanzierungssystem vor Einführung des DRG-Systems lediglich Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget. Es gab keinen Zusammenhang zwischen ihrer Höhe und den Behandlungskosten des einzelnen Patienten. In einem Fallpauschalensystem richten sich die Fallpauschalen hingegen nach den Behandlungskosten des Einzelfalles, wenngleich nicht die tatsächlich für den einzelnen Patienten angefallenen Kosten in Rechnung gestellt werden, sondern die Kosten der betreffenden DRG-Fallgruppe, der ein Patient zugeordnet wird.

In einem Fallpauschalensystem werden die angefallenen Kosten somit „verursachungsgerecht“ allein dem zuständigen Kostenträger oder

betroffenen Selbstzahler in Rechnung gestellt. Solidarausgleiche finden – sofern man diesen Begriff hier verwenden will – nur innerhalb des Fallkollektivs derselben DRG statt, unabhängig davon, welche Art von Kostenträger für die betreffenden Patienten zuständig ist.

Insofern hat die Umstellung von tagesbezogenen Pflegesätzen auf Fallpauschalen zur Folge, dass für Patienten mit kurzer Verweildauer aber hohen bis sehr hohen Behandlungskosten in einem Fallpauschalensystem mehr oder sogar erheblich mehr zu zahlen ist, als in einem Pflegesatzsystem. Für Patienten mit einer eher leichteren Erkrankung, die allerdings eine höhere Verweildauer erfordert, ist die von dem jeweiligen Kostenträger zu zahlende Vergütung in einem Fallpauschalensystem niedriger als in einem Pflegesatzsystem.

Insofern führt die Umstellung von Pflegesätzen auf Fallpauschalen zu einer höheren finanziellen Belastung von Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen mit einem überdurchschnittlichen Morbiditätsspektrum, und zu einer Entlastung solcher Kassen und Krankenversicherungen, die tendenziell gesündere Versicherte in ihrem Bestand haben.

Da es als allgemein anerkannt gelten kann, dass Erkrankungshäufigkeit und Erkrankungsschwere mit sozialen Faktoren wie Einkommen, Bildung etc. korreliert, erscheint es plausibel davon auszugehen, dass die Umstellung auf Fallpauschalen zu einer relativen Entlastung der privaten Krankenversicherungen führt und zu einer Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung. Betrachtet man die Entwicklung der Anteile von GKV und PKV an den Ausgaben für Krankenhausbehandlung, so zeigt sich auch tatsächlich eine solche Verschiebung auf der Ebene der Gesamtausgaben (Tab. 4).

Tabelle 4: Ausgaben für Krankenhausbehandlung (in Millionen Euro)

	2000	2005	2010	2015	2017	Veränderung 2005–2017		Veränderung 2010–2017	
						Δ absolut	Δ in %	Δ absolut	Δ in %
Ausgaben insgesamt	56.231	62.055	74.555	89.068	94.731	32.676	+52,7 %	20.176	+27,1 %
davon									
Gesetzliche Krankenver- sicherung	45.823	50.477	61.019	73.631	78.588	28.111	+55,7 %	17.569	+28,8 %
Anteil in %	81,5 %	81,3 %	81,8 %	82,7 %	83,0 %	+1,6 Prozentpunkte	+2,0 %	+1,1 Prozentpunkte	+1,4 %
Private Krankenver- sicherung	5.514	6.265	7.615	8.668	8.937	2.672	+42,6 %	1.322	+17,4 %
Anteil in %	9,8 %	10,1 %	10,2 %	9,7 %	9,4 %	-0,7 Prozentpunkte	-6,6 %	-0,8 Prozentpunkte	-7,6 %

Zwischen dem Jahr 2000 und 2010 stieg der Anteil der PKV an den Gesamtausgaben um 0,4 Prozentpunkte oder ca. 4 Prozent (von 9,8 Prozent auf 10,2 Prozent). Im gleichen Zeitraum nahm allerdings auch die Zahl der Vollversicherten in der PKV zu, jedoch um 18,7 Prozent und somit deutlich stärker als der PKV-Anteil an den Krankenhausausgaben. Offensichtlich waren es weit überwiegend vergleichsweise gesunde Neuzugänge. Viele davon waren von der GKV zur PKV gewechselt, wodurch sich die Morbiditätsstruktur der GKV relativ verschlechterte.

Im Zeitraum 2010 bis 2017 nahm die Gesamtzahl der Vollversicherten in der PKV um 1,8 Prozent ab, der Anteil der PKV an den Gesamtausgaben sank hingegen um 7,6 Prozent. Geht man davon aus, dass ein erheblicher Teil der Abgänge auf das Versterben alter und hochaltriger PKV-Versicherter zurückging, dann verbesserte dies die Morbiditätsstruktur der PKV, was den überproportionalen Rückgang des Ausgabenanteils erklären könnte.

Um zu klären in welchem Umfang das DRG-System im Einzelnen zur Verschiebung der Finanzierungsanteilen betrug, bedürfte es einer vertieften Analyse verfügbarer Daten, die hier nicht geleistet werden kann. Es erscheint jedoch in hohem Maße plausibel anzunehmen, dass die Umstellung auf Fallpauschalen zu einer Entlastung der PKV und zu einer Mehrbelastung der GKV geführt hat.

Die Bedeutung der Fallpauschalen für die Be- und Entlastung von GKV und PKV ist nicht nur rückblickend für die Erklärung von Ausgabenanteilen relevant. Da Fallpauschalen anders als tagesgleiche Pflegesätze die Kosten der Krankenhäuser „verursachungsgerecht“ auf die

Kostenträger verteilen, reproduzieren sie die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit auch in das System der Krankenhausfinanzierung hinein und führen zu Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die in dem Maße zunehmen werden, indem sich soziale Ungleichheit und damit verbundene gesundheitliche Ungleichheit verstärkt.

Wenn die Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen zur Umverteilung von Ausgabenanteilen führt, dann gilt dies selbstverständlich nicht nur im Verhältnis zwischen GKV und PKV, sondern auch innerhalb der GKV zwischen den verschiedenen Krankenkassen. Grundsätzlich gilt auch dort, dass Krankenkassen mit einer relativ geringen durchschnittlichen Morbidität ihrer Versicherten tendenziell entlastet und Kassen mit einer überdurchschnittlichen Morbidität ihrer Versicherten stärker belastet werden. Und dieser Zusammenhang gilt auch hier nicht nur für die Vergangenheit, sondern auch für die Zukunft, da er Bedeutung hat für die finanziellen Auswirkungen von Wanderungsbewegungen zwischen den Krankenkassen.

Dass das DRG-System auch zwischen den Krankenkassen zu Umverteilungen geführt hat und führt, ist den Führungskräften der GKV bekannt und auch Thema von Diskussionen, wie ein nachfolgendes Zitat zeigt. Allerdings finden diese Diskussionen nur intern statt, in der Öffentlichkeit wurde dieses Thema bislang nicht erörtert. Daten über Verteilungswirkungen des DRG-Systems im GKV-System liegen öffentlich zugänglich nicht vor. Kassenintern scheint es solche Daten und Analysen jedoch zu geben. Das legt zumindest die nachfolgende Aussage des früheren stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes zu den Verteilungswirkungen des DRG-Systems im GKV-Bereich nahe.

„Die Verteilungswirkungen unter den Krankenkassen werden als Wettbewerbsgeheimnisse gehütet“ (Stackelberg 2009: 31).

Im Fall der GKV ist bei diesem Thema allerdings zu bedenken, dass es einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gibt, über den die Mittel des Gesundheitsfonds auf Grundlage morbiditätsorientierter versichertenbezogener Zuweisungen an die einzelnen Krankenkassen verteilt werden (zur Funktionsweise des RSA und Gesundheitsfonds vgl. Simon 2017a). Für die Frage der Verteilungswirkungen des DRG-Systems ist dabei von Bedeutung, dass der RSA und das DRG-System zwei vollkommen unterschiedliche Systeme zur Klassifikation von Erkrankungen benutzen. Insofern gibt es eine Vielzahl von Abweichungen zwischen beiden Systemen.

Es ist davon auszugehen, dass aus diesen Unterschieden Kostenüberdeckungen und Kostenunterdeckungen resultieren, durch die einzelne Krankenkassen je nach der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten zu „Gewinnern“ oder „Verlierern“ der Umstellung auf Fallpauschalen wurden. Da das DRG-System – wie oben dargelegt – jedes Jahr überarbeitet und geändert wird, resultieren aus diesen jährlichen Änderungen auch jedes Jahr neue Verschiebungen von Kostenanteilen zwischen den verschiedenen Krankenkassen.

Es darf wohl davon ausgegangen werden, dass diese Zusammenhänge kassenintern nicht nur Gegenstand von Analysen sind, sondern auch von Strategien, mit denen die jeweilige Finanzlage angesichts des DRG-Systems verbessert werden kann. Grundsätzlich gilt sicher auch dafür, dass eine relativ günstige Morbiditätsstruktur durch Bindung und Gewinnung gesunder Versicherter im Hinblick auf die Verteilungswirkungen des Fallpauschalensystems sehr hilfreich ist. Insofern fördert das DRG-System auch einen Wettbewerb innerhalb der GKV um möglichst gesunde Versicherte, mit all seinen seit langem bekannten und kritisierten Fehlentwicklungen.

Angesichts dieser Fehlentwicklungen erscheint es angebracht daran zu erinnern, dass zentrales Leitprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung – auch heute noch – der Gedanke der sozialen Solidarität ist. Die GKV finanziert sich seit ihrer Einführung vor allem aus einkommensabhängigen Beiträgen und nicht wie die PKV durch risikoäquivalente Prämien, die sich nach dem Erkrankungsrisiko richten (zur PKV vgl. Simon 2017a). Die Einführung des DRG-Systems ist – aus dieser Perspektive betrachtet – ein Verstoß gegen das Solidarprinzip der GKV, denn Fallpauschalen heben die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken insofern auf, als Krankenkassen umso höhere Kosten zu tragen haben, je kränker ihre Versicherten sind.

Würden die Ausgaben für Krankenhausbehandlung vollständig zwischen allen Krankenkassen ausgeglichen, wäre dem Solidaritätsprinzip innerhalb der GKV Genüge getan. Da dies jedoch nicht der Fall ist, führt das DRG-System dazu, dass Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität ihrer Versicherten einen relevanten Teil der Behandlungskosten allein tragen müssen.

Zwischenfazit

Im vorhergehenden Teil wurde aufgezeigt, dass es sich beim DRG-System vor allem um ein System zur Deckelung der Gesamtausgaben handelt, in dem Fallpauschalen lediglich als Instrumente zur Umverteilung dienen.

Wie aufgezeigt, entwickelten sich die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung seit Mitte der 1970er Jahren parallel zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts. Von den Krankenhäusern ging somit weder vor dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 noch vor der Einführung des DRG-Systems eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität in der GKV aus. Die Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung resultierten fast ausschließlich aus einer seit Anfang der 1980er Jahre anhaltenden Erosion der Einnahmegrundlage der GKV, die erst in den letzten Jahren zum Stillstand gekommen ist. Es bestand somit weder vor der Beschlussfassung über das GSG 1992 eine Notwendigkeit zur Deckelung der Krankenhausbudgets, noch gab die Ausgabenentwicklung Mitte der 1990er Jahre Anlass dafür, das Gesamtvergütungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung auf den Krankenausbereich übertragen zu wollen. Auch zum Zeitpunkt der Entscheidung für die Einführung eines deutschen DRG-Systems gab es keinen Anlass, ein faktisches Gesamtvergütungssystem für die Krankenhausausgaben zu schaffen.

Die seit Jahrzehnten anhaltenden finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung erfordern vielmehr durchgreifende und nachhaltig wirkende Maßnahmen für eine dauerhafte Verbesserung ihrer Einnahmegrundlage, und die besteht immer noch zum weit überwiegenden Teil aus Beiträgen der abhängig Beschäftigten.

Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmegrundlage der GKV müssten in allererster Linie bei den Einkommen der abhängig Beschäftigten ansetzen, wozu nicht nur eine Lohn- und Gehaltsentwicklung gehören müsste, die mit der Entwicklung der Wirtschaftskraft Schritt hält. Es müssten vor allem auch Maßnahmen sein, durch die die Abwanderung vergleichsweise gesunder und gut verdienender Mitglieder zur PKV unterbunden und die Versicherungspflicht in der GKV ausgeweitet wird.

Wie die Analyse gezeigt hat, kann für das DRG-System nicht der Anspruch erhoben werden, es sei ein gut und vernünftig konstruiertes Finanzierungssystem und seine Entwicklung in den letzten gut 15 Jahren eine „Erfolgsgeschichte“ (Leber/Wolff 2013: 58). Durch die faktische Deckelung der Gesamtausgaben wird das Fallpauschalensystem zu einem reinen Umverteilungssystem, und die Fallpauschalen fungieren als Instrumente einer kontinuierlichen, jedes Jahr aufs Neue erfolgenden Umverteilung.

Für diese Umverteilungen gibt es keinen Gesamtplan und sie folgen auch keinen transparenten, rationalen, gut begründeten Kriterien. Es ist offensichtlich ein unkoordiniertes System, am ehesten mit einem Glücksspiel vergleichbar. Anders als beim Glücksspiel sind die Umverteilungen jedoch Ergebnis bewusster Entscheidungen von Akteuren der Politik und des DRG-Systems. Und offenbar gibt es einige Akteure, die die Regeln dieses „Spiels“ besser durchschaut haben als andere, beispielsweise daran erkennbar, dass sie sich sehr intensiv am Vorschlagsverfahren beteiligten.

Ein solches System ist nicht reformfähig, es sollte möglichst bald abgeschafft und durch ein Finanzierungssystem ersetzt werden, das den Krankenhäusern eine auskömmliche Finanzierung ihrer Selbstkosten gewährt, damit sie die in § 1 KHG geforderte bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch tatsächlich leisten können.

Teil 3: Auswirkungen und Folgen des DRG-Systems

Nachdem die Konstruktion des deutschen DRG-Systems vorgestellt und analysiert wurde, soll nun auf die Auswirkungen und Folgen des DRG-Systems eingegangen werden. Zunächst werden Veränderungen der Makrostrukturen der Krankenhausversorgung in den Blick genommen, danach wird auf Veränderungen der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern eingegangen und abschließend wird die Frage aufgeworfen und diskutiert, welche Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung feststellbar sind.

Auf die Entwicklung der Leistungen und Ausgaben wurde bereits in einem früheren Kapitel näher eingegangen, so dass hier auf eine erneute Thematisierung verzichtet werden kann. Die wichtigsten Ergebnisse seien nur kurz in Erinnerung gerufen.

Leistungsentwicklung: Entgegen weit verbreiteter Annahme bieten die zentralen Kennzahlen zur Leistungsentwicklung keine Anhaltspunkte dafür, dass es nach Einführung des DRG-Systems eine übermäßige Leistungsausweitung gegeben hat. Im Gegenteil. Die Zunahme der Zahl vollstationärer Fälle lag im Zeitraum 2005 bis 2017 sogar noch unter der jährlichen Steigerungsrate der 1990er Jahre. Auch die Entwicklung des Casemix-Volumens und des durchschnittlichen Fallschweregrades bieten keine Anhaltspunkte für eine übermäßige Leistungsausweitung. Allerdings ist dabei zu beachten, dass der nationale Casemix bei der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Kataloges seit 2006 konstant gehalten wird. Insofern scheiden diese beiden Kennzahlen für eine Längsschnittanalyse im Grunde aus, da sie in starkem Maße durch die Konstanzhaltung beeinflusst sind.

Ausgabenentwicklung: Die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung bewegen sich gemessen in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) seit Anfang der 1990er auf einem konstanten Niveau. Ein leichter Anstieg im Jahr 2009 resultierte nicht aus einem Ausgabenanstieg, sondern aus einem kurzfristigen Rückgang des BIP aufgrund der Finanzkrise. Insofern kann festgestellt werden, dass das DRG-System nicht zu einem Anstieg der Gesamtausgaben geführt hat.

Wie in einem vorhergehenden Kapitel dargelegt, lässt sich diese Gesamtentwicklung aus der besonderen Konstruktion des deutschen DRG-Systems als „gedeckeltes Fallpauschalensystem“ erklären. Auf nationaler Ebene wird das Casemix-Volumen bei jedem jährlichen DRG-Versionswechsel konstant gehalten, auf Landesebene werden „verdeckte“ landesweite Gesamtvergütungen vereinbart und auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser greifen Finanzierungsregelungen, die unkon-

trollierte Leistungsausweitungen finanziell unattraktiv machen. Den Fallpauschalen kommt in diesem System vor allem die Funktion eines Umverteilungsinstrumentes zu.

Hinsichtlich der Ausgabenentwicklung muss allerdings ergänzt werden, dass der konstante Anteil der Gesamtausgaben am BIP nicht Folge der Konstruktion des DRG-Systems sind, sondern vor allem Ergebnis zahlreicher politischer Interventionen, durch die den Krankenhäusern zusätzliche Mittel zufließen. Diese Sonderzahlungen erfolgten außerhalb des DRG-Systems und widersprachen seiner Konstruktionslogik. Hätte es diese Sonderzahlungen nicht gegeben, wäre die Ausgabenentwicklung deutlich niedriger ausgefallen und der Anteil der Krankenhausausgaben am BIP mit hoher Wahrscheinlichkeit gesunken. Insofern ist das konstante Niveau des BIP-Anteils keine Folge des DRG-Systems, es wurde nur durch systemwidrige Sonderzahlungen erreicht und sichergestellt. Die Art der Verteilung dieser Sonderzahlungen und die Aufteilung der Krankenhäuser in „Verlierer“ und „Gewinner“ ist hingegen originäre Wirkung des DRG-Systems.

Die nachfolgend näher betrachteten Bereiche wurden ausgewählt, weil sie von besonderer Bedeutung sind und auch in besonderem Maße sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Gesundheitspolitik diskutiert werden.

Auswirkungen auf die Makrostrukturen der Krankenhausversorgung

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen ist seit den 1980er Jahren mit dem Ziel verbunden, dass dadurch eine deutliche Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser und Betten erreicht wird (BMA 1989; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987). Dieses Ziel findet sich auch in der Begründung des Grundsatzbeschlusses zur Einführung eines deutschen DRG-Systems in der Gesundheitsreform 2000. Dort wurde prognostiziert, dass die Umstellung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem zu einer „Reduzierung der Bettenzahlen“ führen werde (BT-Drs. 14/1245: 113).

Die Erwartung war vor allem darauf gestützt, dass die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und Umstellung auf pauschalierte Entgelte, die unabhängig von den Selbstkosten der Krankenhäuser festgelegt werden, bei einem Teil der Kliniken zu so hohen Verlusten führen werde, dass sie ökonomisch nicht mehr überleben können und schließen müssen.

„In diesen Fällen wird ein Krankenhaus die Leistungserbringung einstellen müssen. Das kann grundsätzlich durch marktwirtschaftliche Prozesse (wer wirtschaftlich nicht mehr kann, muss aufhören) [...] erreicht werden“ (Baum/Tuschen 2000: 459).

Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten

Entgegen der Erwartungen ist es nach Einführung des DRG-Systems jedoch nicht zu einem starken Rückgang der Zahl der Krankenhäuser und Betten gekommen. Auf den ersten Blick ist die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser zwar stärker zurückgegangen als vor Einführung des DRG-Systems, dies erweist sich bei einem zweiten Blick jedoch als statistisches Artefakt.

Während die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser im Zeitraum 1991 bis 2001 jährlich um 0,8 Prozent abnahm, ging sie zwischen 2005 und 2017 jährlich um 1,2 Prozent zurück (StBA 1991–2018). Dabei ist allerdings zu beachten, dass es seit Einführung des DRG-Systems verstärkt Zusammenschlüsse von Krankenhäusern gibt, die dazu führen, dass die zuvor einzeln in der Krankenhausstatistik erfassten Kliniken nach dem Zusammenschluss nur noch als ein Krankenhaus gezählt werden. Die einzelnen Kliniken bestehen weiter, werden jedoch nicht mehr als eigenständige Krankenhäuser gezählt.

Eine Untersuchung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes ergab, dass die Krankenhausstatistik für die Jahre 2003 bis 2012 zwar insgesamt 204 Krankenhäuser weniger ausweist, es sich dabei aber nur in 74 Fällen (36 %) um Schließungen handelte (Preusker et al. 2014). Bei den übrigen Fällen existierte das Krankenhaus weiter, allerdings nicht mehr als eigenständiges Krankenhaus, sondern als Teil eines Zusammenschlusses mehrerer Kliniken. Bei den tatsächlich geschlossenen Krankenhäusern handelte es sich fast ausschließlich um sehr kleine Kliniken mit im Durchschnitt lediglich ca. 70 Betten.

Von dem in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Rückgang der Zahl der Krankenhäuser kann somit nicht auf die Zahl der tatsächlich geschlossenen Krankenhäuser geschlossen werden. Wie viele Allgemeinkrankenhäuser seit 2005 tatsächlich geschlossen wurden, ist unbekannt. Legt man die Ergebnisse der Studie von Preusker et al. (2014) zugrunde und überträgt sie auf den Gesamtzeitraum bis heute, so ist davon auszugehen, dass nur relativ wenige Kliniken tatsächlich geschlossen wurden.

Da bei Krankenhauszusammenschlüssen die Zahl der Betten zumeist nicht oder nur in geringem Umfang reduziert wird, fällt auch der Rückgang der Zahl der Betten in Allgemeinkrankenhäusern nach Einführung

des DRG-Systems eher gering aus. Während zwischen 1991 und 2001 pro Jahr 1,5 Prozent der Betten abgebaut wurden, waren es zwischen 2005 und 2017 nur noch 0,6 Prozent (StBA 1991–2018).

Anders als bei der Zahl der Krankenhäuser kann allerdings davon ausgegangen werden, dass die in der Krankenhausstatistik erfassten aufgestellten Betten in der Regel auch tatsächlich existieren. Insofern gibt die Entwicklung der Betten einen verlässlicheren Anhalt über die Entwicklung der Versorgungskapazitäten. Danach zu urteilen, hat das DRG-System das Ziel eines deutlich stärkeren Bettenabbaus nicht nur verfehlt, es hat den Abbau sogar verlangsamt.

Die Erklärung dürfte darin liegen, dass die Zahl der Betten, sofern sie in den Krankenhausplan aufgenommen sind, in der Regel Grundlage für die pauschale Investitionsförderung war und auch heute noch vielfach ist. Da die Pauschalförderung je Planbett gezahlt wird, haben Krankenhäuser ein Interesse an der Aufrechterhaltung ihrer Bettenzahl. Ob ein Krankenhaus unter den Bedingungen des DRG-Systems Überschüsse oder Defizite erzielt, ist nicht von der Zahl der Betten abhängig, sondern von der Zahl der abgerechneten Entgelte und der Höhe der Personal- und Sachkosten. Wenn Verluste anfallen, kann die Reduktion der Bettenzahlen folglich keine Abhilfe schaffen. Im Gegenteil: Eine Bettenreduktion führt aufgrund der damit verbundenen geringeren Investitionsförderung zu einer weiteren Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage.

Angesichts der zahlreichen Meldungen über defizitäre Krankenhäuser ist allerdings bemerkenswert, dass es nicht mehr Krankenhausschließungen gegeben hat. Die Erklärung dürfte darin liegen, dass es das oberste und allererste Interesse von Krankenhäusern ist, die eigene Existenz zu sichern. Dieses elementare Interesse teilen Krankenhäuser mit allen Organisationen. Es dürfte nur wenige Organisationen geben, die ihre Selbstabschaffung zum Ziel haben. Folglich wurde und wird auf Verluste zuerst und vor allem mit Maßnahmen der Kostenreduktion reagiert.

Darüber hinaus werden in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend Kooperationen gebildet und Zusammenschlüsse vorgenommen, um Kosten beispielsweise durch gemeinsame Nutzung von Infrastrukturen oder einen gemeinsamen Einkauf zu sparen. Auf der Leistungsseite dienen Kooperationen unter anderem auch dazu, sich bei Leistungsangeboten abzustimmen.

Bei öffentlichen Kliniken unterstützt im Fall von Defiziten zudem häufig der Träger, die Kommune, der Landkreis etc., das eigene Krankenhaus mit einem Zuschuss oder trägt die aufgetretenen Verluste aus seinen Mitteln vollständig.

Privatisierungen

Die Bereitschaft und Fähigkeit öffentlicher und freigemeinnütziger Träger zur direkten finanziellen Unterstützung ihrer Krankenhäuser war und ist allerdings sehr unterschiedlich ausgeprägt, und so setzte mit Einführung des DRG-Systems ein Trend zur Privatisierung öffentlicher und freigemeinnütziger Kliniken ein, der bis heute anhält, wenngleich er sich in den letzten Jahren deutlich abgeschwächt hat.

Privatisierungen öffentlicher Krankenhäuser gab es bereits in den 1990er Jahren. Befördert wurden sie vor allem durch die 1993 eingeführte Budgetdeckelung und teilweise Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips. Zudem war mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 die Umstellung auf ein Fallpauschalensystem angekündigt worden. Insofern wurde der Krankenausbereich für private Investoren interessant, da absehbar war, dass nach der Umstellung auf ein Fallpauschalensystem das Selbstkostendeckungsprinzip vollständig abgeschafft wird und Gewinne den Krankenhäusern verbleiben.

Der Grundsatzbeschluss zur Einführung eines deutschen DRG-Systems im Gesundheitsreformgesetz 2000 bewirkte einen deutlichen Schub bei den Privatisierungen vor allem kommunaler Krankenhäuser, der seinen Höhepunkt unmittelbar vor und während der Einführung des DRG-Systems hatte (DZ Bank 2006). Auch die beiden bundesweit wohl bekanntesten Privatisierungen öffentlicher Kliniken fanden in diesem Zeitraum statt. Im Jahr 2005 wurde der „Landesbetrieb Krankenhäuser“ des Landes Hamburg an die private Klinikette Asklepios verkauft, und 2006 verkaufte das Land Hessen die beiden Universitätskliniken Marburg und Gießen an die Rhön Klinikum AG.

Infolge der Privatisierungen stieg die Zahl der privaten Allgemeinkrankenhäuser von ca. 440 im Jahr 2000 um ca. 30 Prozent auf 575 im Jahr 2010 (StBA 1991–2018). Mit 82 Privatisierungen erfolgten fast zwei Drittel des Zuwachses allein in den Jahren 2004 bis 2007.⁴⁴ Seit 2010 ist die Zahl der privaten Allgemeinkrankenhäuser nicht weiter angewachsen und verharrt auf weitgehend gleichem Niveau.

44 Da es äußerst selten vorkommt, dass neue Kliniken mit zusätzlichen Bettenkapazitäten neu in die Krankenhauspläne aufgenommen werden, wird hier davon ausgegangen, dass der Zuwachs der privaten Allgemeinkrankenhäuser allein auf die Übernahme bestehender Krankenhäuser anderer Träger zurückzuführen ist. Die Zahl der Krankenhäuser und Betten außerhalb der Krankenhausplanung ist sehr gering und kann vernachlässigt werden. Das Interesse der privaten Träger richtet sich nicht auf sogenannte „Vertragskrankenhäuser“, sondern auf die Übernahme von Plankrankenhäusern, denn dies ist die einzige Möglichkeit, eigene Bettenkapazitäten für den Bereich der Versorgung von GKV-Versicherten in relevantem Maße auszuweiten.

Die Privatisierungen im Gefolge der Einführung des DRG-Systems haben dazu geführt, dass es seit dem Jahr 2009 in Deutschland mehr private gewinnorientierte Allgemeinkrankenhäuser gibt als öffentliche. Denn parallel zur Zunahme der Zahl privater Kliniken nahm die Zahl kommunaler Kliniken ab. Gab es im Jahr 2000 noch 744 öffentliche Allgemeinkrankenhäuser, so waren es 2010 nur noch 539. Bis 2017 sank die Zahl weiter bis auf 464. Dabei ist allerdings zu beachten, dass dieser Rückgang zu einem erheblichen Teil nicht auf Krankenhausschließungen zurückgeht, sondern um Zusammenschlüsse.

Entsprechend dieser Entwicklungen haben sich die Anteile der drei Hauptträgergruppen in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich verschoben. Der Anteil der öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser sank von ca. 37 Prozent im Jahr 2000 auf knapp 30 Prozent im Jahr 2017. Da nach Einführung des DRG-Systems auch freigemeinnützige Allgemeinkrankenhäuser privatisiert wurden, sank ihr Anteil von ca. 40 Prozent auf ca. 34 Prozent im Jahr 2017. Die privaten Träger konnten ihren Anteil hingegen von ca. 22 Prozent im Jahr 2000 auf knapp 37 Prozent im Jahr 2017 ausweiten.

Wie bereits angesprochen, ist allerdings bei den in der Krankenhausstatistik ausgewiesenen Krankenhauszahlen Vorsicht geboten, da sie in starkem Maße von Zusammenschlüssen beeinflusst sind. Zuverlässiger ist die Zahl der Betten. Bei der Zahl der Betten zeigt sich der gleiche Trend, allerdings sind die Gewichte anders verteilt. Da zu den privaten Kliniken in Westdeutschland traditionell eine relativ große Zahl kleiner und kleinster Kliniken gehören, insbesondere sogenannte „Belegkliniken“, fällt der Anteil der privaten an der Bettenzahl deutlich geringer aus als bei einem Vergleich der Krankenhäuser.

Der Anteil der öffentlichen Allgemeinkrankenhäuser am Gesamtbettenbestand sank von ca. 54 Prozent im Jahr 2000 auf ca. 48 Prozent im Jahr 2017, der Anteil freigemeinnütziger Kliniken sank im gleichen Zeitraum von ca. 38 Prozent auf 34 Prozent. Die privaten Träger konnten ihren Anteil von ca. 7 Prozent auf ca. 18 Prozent erhöhen.

Insofern kann festgehalten werden, dass es in Deutschland mittlerweile zwar mehr private gewinnorientierte als öffentliche Allgemeinkrankenhäuser gibt, der Anteil der privaten Kliniken an der Bettenkapazität jedoch noch unter 20 Prozent liegt, allerdings mit weiterhin steigender Tendenz.

Sowohl der starke Anstieg Anfang der 2000er Jahre als auch das Abflachen der Privatisierungswelle ab 2009/2010 sind vor allem auf das DRG-System und die Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung zurückzuführen. Der Anstieg in den Jahren ab 2000 und insbesondere ab 2004 steht im Zusammenhang zur Ankündigung der Umstellung auf ein

Fallpauschalensystem und den zu erwartenden teilweise erheblichen Defiziten insbesondere öffentlicher, und darunter vor allem kommunaler Krankenhäuser.

Dass die Zahl der privaten Allgemeinkrankenhäuser seit 2009/2010 weitgehend stagniert und es nur noch vergleichsweise wenige Privatisierungen seitdem gibt, steht in engem Zusammenhang zu Sonderzahlungen, die im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 2009 und in der Folgezeit beschlossen wurden. So wurde mit dem KHRG unter anderem eine anteilige Refinanzierung der Tariferhöhungen, eine Verlängerung der Konvergenzphase sowie ein Zuschlag auf alle Fallpauschalen in Höhe von einem Prozent (Versorgungszuschlag) beschlossen. Dadurch verbesserte sich die wirtschaftliche Situation vieler kommunaler Kliniken und es gibt kaum noch Meldungen über die Privatisierung öffentlicher Kliniken. Stattdessen finden zunehmend mehr Übernahmen privater Kliniken und Klinikkonzerne durch andere private Kliniken und Konzerne statt. Das wohl bekannteste Beispiel dafür ist die vor kurzem erfolgte Übernahme der Rhön Klinikum AG durch den Asklepios Konzern.

Die seit Einführung des DRG-Systems erfolgten Privatisierungen tragen auch zur Erklärung des oben angesprochenen Phänomens bei, dass es nicht zu dem erwarteten starken Kapazitätsabbau gekommen ist. Wenn eine öffentliche Klinik aufgrund erheblicher Verluste von Insolvenz bedroht ist und der Träger entweder nicht bereit oder finanziell nicht in der Lage ist, die für eine Abwendung der Insolvenz erforderlichen Mittel bereitzustellen, führt dies letztlich zur Schließung dieser Klinik.

Hätte es kein Interesse privater Klinikketten an der Übernahme von Allgemeinkrankenhäusern gegeben, wären höchst wahrscheinlich mehr öffentliche und auch freigemeinnützige Krankenhäuser geschlossen worden. Insofern haben die Privatisierungen wesentlich dazu beigetragen, dass die Krankenhauskapazitäten in deutlich geringerem Umfang zurückgegangen sind als erwartet. Indem sie die Schließung zahlreicher öffentlicher und freigemeinnütziger Allgemeinkrankenhäuser durch die Übernahme verhinderten, haben die privaten Träger zugleich auch verhindert, dass das mit der Einführung des DRG-Systems verfolgte Ziel eines deutlichen Kapazitätsabbaus erreicht wurde.

Damit soll nicht der Schließung öffentlicher Krankenhäuser das Wort geredet werden, im Gegenteil. Es soll darauf hingewiesen werden, dass die gesundheitspolitische Diskussion beim Thema Überkapazitäten, Krankenhausschließungen und Bettenabbau die Expansion privater Krankenhauskonzerne vollkommen ausblendet. Wer für einen radikalen Kapazitätsabbau, Krankenhausschließungen und Bettenabbau ist,

müsste angesichts der Daten der Krankenhausstatistik zu allererst auf die privaten Klinikketten zeigen und von denen mehr Zurückhaltung bei ihrer Expansion fordern.

Stattdessen aber wird in der Regel von Kommunen verlangt, sie sollten mehr Bereitschaft zur Schließung ihrer Kliniken zeigen.⁴⁵ Würde dies wieder vermehrt der Fall sein, dürfte damit zu rechnen sein, dass private Träger versuchen werden, diese Kliniken zu übernehmen. Denn expandieren können sich nur, wenn sie bestehende Plankrankenhäuser übernehmen. Da der Zugang zur Versorgung von GKV-Versicherten durch die staatliche Krankenhausplanung geregelt und begrenzt ist und bis auf sehr seltene Ausnahmen keine Neuaufnahmen erfolgen, führt der Weg in den „Krankenhausmarkt“ nur über bereits zugelassene Kliniken.

Dementsprechend stark war auch in der Vergangenheit das Interesse privater Klinikketten an der Übernahme öffentlicher Krankenhäuser.

Als das Angebot ab 2009/2010 versiegte, versuchte der Bundesverband deutscher Privatkliniken (BDPK) Ende 2013 das Angebot wieder anzufachen. Er strengte einen Musterprozess gegen den Landkreis Calw in Baden-Württemberg an, um ihm unter Verweis auf ein sogenanntes „Beihilfeverbot“ im europäischen Wettbewerbsrecht die Bezuschussung seiner Kliniken untersagen zu lassen (BDPK 2013).

Der BDPK scheiterte sowohl in der ersten als auch der zweiten Instanz und auch vor dem Bundesgerichtshof, der die Klage in den Hauptpunkten zurückwies (BGH 2016). Hätte der BDPK Erfolg gehabt, wäre es allen öffentlichen Krankenhausträgern erheblich erschwert worden, ihre Kliniken finanziell zu unterstützen. Vermutlich hätte dies zu einer Vielzahl von Insolvenzen geführt und das Angebot an Kliniken, die zum Verkauf stehen, wäre deutlich gewachsen.

Dies zeigt, dass die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser keineswegs ein Phänomen ist, das der Vergangenheit angehört. Sowie der ökonomische Druck durch das DRG-System steigt und sich die Finanzlage der Kommunen und auch der Länder (Unikliniken) verschlechtert, ist damit zu rechnen, dass es wieder vermehrt zu Privatisierungen kommen wird.

An der Entwicklung der Krankenhausstrukturen in den letzten knapp 20 Jahren wird sichtbar, dass ein Fallpauschalensystem, das einem erheblichen Teil der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser die wirtschaftliche Sicherung verweigert, den Weg bereitet für die Übernahme öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser durch private Investoren und Klinikketten.

⁴⁵ So forderte beispielsweise Gesundheitsminister Spahn Mitte Februar 2020 mehr Mut der Kommunalpolitik zu Krankenhausschließungen (Hamburger Abendblatt vom 21.02.2020: 13).

Diskussion

In der alten Bundesrepublik spielten private Allgemeinkrankenhäuser in der Versorgung der GKV-Versicherten keine nennenswerte Rolle. Wenn es sie gab, dann fast nur als kleine und kleinste Belegkliniken, die niedergelassenen Ärzten gehörten und die sie für eine kurze stationäre Behandlung ihrer Patienten oder kleinere Operationen nutzten. In der ehemaligen DDR gab es ohnehin keine privaten gewinnorientierten Kliniken.

Erst ab Anfang der 1990er Jahre, nachdem angekündigt worden war, dass das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft und Gewinne zugelassen werden sollen und die Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen umgestellt wird, kam das Thema Privatisierung von Krankenhäusern auf. Allerdings beschränkte es sich zunächst nur auf sogenannte „formale“ Privatisierungen, womit im Krankenausbereich die Umwandlung der Rechtsform gemeint war (vgl. u. a. DKG 1992; Haack 1993; Quaas 1992). Öffentliche, zumeist kommunale Krankenhäuser wurden rechtlich gegenüber der Stadtverwaltung verselbständigt, indem sie beispielsweise in eine gemeinnützige GmbH umgewandelt wurden, bei der die Kommune alleiniger Gesellschafter war.

Als nach Herstellung der Deutschen Einheit in Ostdeutschland zahlreiche kommunale Kliniken zum Verkauf standen, begannen sich zunehmend auch private gewinnorientierte Klinikketten zu entwickeln. Als die Grundsatzentscheidung im GKV-GRG 2000 gefallen war und der Zeitplan für die Einführung eines deutschen DRG-Systems bekannt wurde, setzte eine Welle von Privatisierungen ein, wie es sie in Deutschland noch nicht gegeben hatte.

Erst die Einführung des DRG-Systems schuf die Voraussetzungen für die Entstehung der großen Klinikkonzerne, die mittlerweile einen relevanten Teil der Krankenhausversorgung beherrschen und starkes Interesse an weiterer Expansion haben.

Diese Entwicklung wird in der Politik sehr unterschiedlich bewertet, in der breiten Öffentlichkeit wird die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser jedoch überwiegend kritisch gesehen und stieß in der Vergangenheit immer wieder auch auf öffentlichen Widerstand und Proteste.

Ob und wenn in welchem Umfang die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität in privaten gewinnorientierten Krankenhäusern schlechter oder besser ist als in öffentlichen oder freigemeinnützigen, kann mangels zuverlässiger wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht hinreichend valide beantwortet werden. Auffällig ist allerdings, dass die Bereitschaft zur Offenlegung ihrer inneren Verhältnisse in privaten Kliniken offensichtlich deutlich geringer ausgeprägt ist als in den anderen Trägergruppen.

Oben wurde bereits erwähnt, dass sich private Kliniken in der Vergangenheit kaum oder gar nicht an der Lieferung von Kostendaten für die Fallpauschalenkalkulation beteiligt haben. Auch die Bereitschaft, Zutritt für sozialwissenschaftliche Untersuchungen zu gewähren oder Fragebögen zu beantworten, die Einblick in das Innenleben der Klinik geben sollen, ist deutlich geringer ausgeprägt als bei anderen Trägern (vgl. dazu u. a. die Erfahrungen in Braun 2014).

Dies ist insofern relevant, als es sich bei Krankenhäusern um Einrichtungen einer öffentlichen Daseinsvorsorge handelt, die gegenüber der Gesellschaft offen und rechenschaftspflichtig sein sollten, damit die Gesellschaft und ihre Vertreter sich jederzeit ein Bild darüber machen können, ob die Krankenhäuser ihrer Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und den Kranken gerecht werden. Kliniken, die sich dem verschließen, provozieren aus nachvollziehbaren Gründen Misstrauen und Skepsis.

Die Privatisierung von Krankenhäusern ist vor allem aber noch aus einem anderen Grund sehr problematisch. Öffentliche Krankenhäuser haben in Deutschland eine lange, bis ins Mittelalter zurückreichende Tradition (Jetter 1973, 1986). Die kommunalen Kliniken wurzeln in den mittelalterlichen Hospitälern, die erstarkende Städte gründeten und unterhielten, um autark und unabhängig von der Macht der Bischöfe und Fürsten zu sein, die zuvor eine Art Monopol auf die stationäre Versorgung Kranker hatten. Die Traditionslinie führte dazu, dass ab dem ausgehenden 19. Jahrhundert die Vorhaltung und Finanzierung eigener kommunaler Krankenhäuser zum Selbstverständnis moderner Städte gehörte, die sie als öffentliche Einrichtungen betrieben und weitgehend auch aus ihrem Haushalt finanzierten (Labisch 1979, 1996; Labisch/Spree 1995, 1997; Spree 1995).

Diese im Grunde Jahrhunderte zurückreichende Traditionslinie wurde in den letzten Jahrzehnten und vor allem durch das DRG-System zurückgedrängt und beschädigt. Indem Kommunen ihre Krankenhäuser an private gewinnorientierte Investoren verkaufen, geben sie ein wichtiges Teil ihrer Autonomie auf und begeben sich in die Abhängigkeit von privaten Eigentümern und teilweise sogar auch internationalen Investoren und Klinikketten.

Letztlich ist es aber nicht die Autonomie der einzelnen Kommune als Körperschaft des öffentlichen Rechts, die aufgegeben wird, es ist die Autonomie ihrer Bürger, denen in Momenten der größten Gefährdung ihrer Gesundheit nicht mehr ein eigenes, ihrer Macht unterstehendes Krankenhaus zur Verfügung steht, sondern nur eines, das einem privaten Eigentümer oder internationalen Investor gehört und die Erzielung von Gewinnen zum vorgegebenen primären Betriebszweck hat.

Dabei geht es keineswegs in erster Linie um die Frage, ob ein Krankenhaus einen Gewinn erzielen darf oder nicht. Es geht vielmehr darum, dass die Bürger einer Kommune Eigentümer des betreffenden Krankenhauses sind und deshalb über ihre gewählten Vertreter unmittelbar Einfluss auf das jeweilige Krankenhaus nehmen können.

Die Entscheidung über die Zukunft des DRG-Systems ist insofern auch zugleich eine Entscheidung darüber, ob die Bürger dieses Landes über eigene ihnen gehörende öffentliche Krankenhäuser verfügen sollen oder ob private gewinnorientierte Kliniken und Klinikketten diese öffentlichen Einrichtungen in zunehmendem Maße übernehmen und betreiben dürfen.

In diesem Zusammenhang ist die Entscheidung des Bundesgerichtshofes im oben angesprochen Rechtsstreit zwischen dem Verband der privaten Krankenhausträger und dem Landkreis Calw bemerkenswert. Der BGH argumentierte begründete seine Entscheidung vor allem auch damit, dass der staatliche Sicherstellungsauftrag letztlich nur dann dauerhaft und zuverlässig erfüllt werden könne, wenn die Gemeinden ihn durch eigene Kliniken erfüllen (BGH 2016).

Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten

Die wohl schwerwiegendsten Auswirkungen hatte das DRG-System auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten. So wie es unter den Krankenhäusern „Gewinner“ und „Verlierer“ gab, so gab es auch unter den verschiedenen Beschäftigtengruppen und innerhalb einzelner Berufsgruppen „Gewinner“ und „Verlierer“.

Über die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten liegen nur relativ wenige Erkenntnisse vor, die auf Ergebnisse empirischer wissenschaftlicher Studien gestützt sind. Wer sich ein Bild über die Entwicklung der Arbeitsbedingungen verschaffen will, ist auf andere Quellen angewiesen, wie beispielsweise gewerkschaftliche Publikationen oder Medienberichte, von denen es mittlerweile eine Vielzahl gibt.⁴⁶ Die mit Abstand meisten befassen sich allerdings ausschließlich mit den Arbeitsbedingungen im Pflegedienst und im ärztlichen Dienst. Insofern ist die nachfolgende Darstellung weitgehend auf verfügbare Makrodaten oder einzelne Erhebungen zu Teilbereichen angewiesen.

⁴⁶ Besonders hervorzuheben ist dabei der vierteljährlich erscheinende „Infodienst Krankenhäuser“ der Gewerkschaft ver.di, online verfügbar auf der Internetseite der Gewerkschaft.

Geschäftsführer und Chefärzte: Gewinner des DRG-Systems

Zu den „Gewinnern“ gehören insbesondere die Leitungskräfte der obersten Leitungsebene, vor allem der Krankenhausgeschäftsführungen und Vorstände sowie die Chefärzte. Deren Gestaltungsmacht und Einfluss ist deutlich gestiegen, was sich auch an ihren Gehältern zeigt. Öffentlich zugängliche Daten über ihre Einkommen liegen vor allem aus regelmäßigen Umfragen der Kienbaum Unternehmensberatung vor.

Betrachtet man die verfügbaren Daten, so sind die Geschäftsführer offensichtlich zu den größten Gewinnern zu zählen. Deren durchschnittliches Gehalt stieg von 2007 bis 2017 um 50 Prozent von 132.000 Euro auf 199.000 Euro (faz.net 2007; Kienbaum 2017).⁴⁷ Allerdings ist dabei zu beachten, dass es innerhalb der Gruppe der Geschäftsführer deutliche Unterschiede in der Gehaltshöhe gibt, nicht nur aufgrund unterschiedlicher Krankenhausgrößen, sondern auch in Abhängigkeit von der Trägerschaft und dem jeweiligen Verhandlungsgeschick.

Die Gehälter der Geschäftsführer liegen in der Regel jedoch deutlich unter den Jahreseinkommen der meisten Chefärzte. Die Chefärzte deutscher Krankenhäuser erhielten 2017 ein Jahresgehalt in Höhe von durchschnittlich ca. 288.000 Euro (Kienbaum 2017). Auch dabei ist zu beachten, dass es erhebliche Unterschiede sowohl in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße als auch dem medizinischen Fachgebiet gibt.

Die höchsten durchschnittlichen Jahreseinkommen (Median) erzielten 2019 die Chefärzte der Inneren Medizin mit 260.000 Euro, der Radiologie mit 251.000 Euro und der Chirurgie mit 254.000 Euro (Piro 2019).⁴⁸ Chefärzte der Pädiatrie (198.000 Euro) und der Geriatrie (163.000) verdienen dagegen deutlich weniger. Aber auch innerhalb der medizinischen Fachgebiete gibt es deutliche Unterschiede. So variierte beispielsweise das Einkommen von Chefärzten in der Inneren Medizin zwischen 191.000 Euro (unteres Quartil) und 448.000 Euro (oberstes Quartil) und in der Radiologie zwischen 155.000 Euro (unteres Quartil) und 433.000 Euro (oberstes Quartil) (ebd.). Spitzenverdiener lagen sogar noch darüber.⁴⁹

47 Kienbaum erhebt seit mehr als 20 Jahren die Gehaltsdaten von Leitungskräften im Krankenhausbereich, und dies offenbar mit derselben Methode und Rasterung, so dass die Daten über einen längeren Zeitraum vergleichbar sein dürften. Der Bericht von FAZ.net aus dem Jahr 2007 referiert die Ergebnisse der damaligen Kienbaumstudie.

48 Der Median unterteilt eine Stichprobe in zwei Hälften, die gleich viele Einheiten enthalten. In diesem Fall gibt er die Einkommenshöhe an, über der und unter der jeweils 50 Prozent der Chefärzte verdienen.

49 Quartilswerte geben den Durchschnitt eines Viertels der Stichprobe an. Der Wert des unteren Quartils zeigt somit das Durchschnittseinkommen der unteren 25 Prozent und des

Diese Unterschiede sind nur z. T. durch unterschiedliche Krankenhausgrößen erklärbar. Wesentlichen Anteil an diesen Einkommensunterschieden haben sogenannte „variable“ Gehaltsanteile, die bei Chefarzten 2019 durchschnittlich fast 40 Prozent des Jahreseinkommens ausmachten und vor allem aus Einnahmen durch die Behandlung von Privatpatienten (Privatliquidation) und Bonuszahlungen für die Erreichung wirtschaftlicher Ziele stammen (Kienbaum 2017). Wobei seit Einführung des DRG-Systems Verschiebungen stattfanden.

Die Privatliquidation ist zwar immer noch wichtigster variabler Gehaltsanteil, sie verliert jedoch immer mehr an Bedeutung, und Bonusvereinbarungen werden zunehmend wichtiger (ebd.). Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als Bonuszahlungen für die Erreichung ökonomischer Ziele (Fallzahlen, OP-Zahlen etc.) vor einigen Jahren Thema öffentlicher und gesundheitspolitischer Diskussionen waren und sehr in der Kritik standen, da sie ärztliches Handeln in der Art beeinflussen können, dass ökonomische Ziele des Krankenhauses an die erste Stelle rücken und Patientenbedarfe dem untergeordnet werden. Darauf wird an späterer Stelle noch näher eingegangen.

Auf die Thematisierung weiterer Gewinner des DRG-Systems in den Krankenhäusern wird hier verzichtet. Es soll lediglich daran erinnert werden, dass es sich beim DRG-System um ein Gesamtvergütungssystem handelt, mit einem gedeckelten Gesamterlösvolumen, das durch verschiedene Mechanismen jedes Jahr neu umverteilt wird. Unter diesen Rahmenbedingungen sind „Zugewinne“ einzelner Beschäftigtengruppen, sei es bei der Höhe des Gehaltes oder der Anzahl an Stellen immer nur auf Kosten anderer Beschäftigtengruppen möglich. Sehr deutlich wird dieser Zusammenhang insbesondere dann, wenn das Gehalt eines Geschäftsführers in seinem variablen Teil an die Erzielung eines Überschusses oder Vermeidung eines Verlustes gebunden ist und dies durch erhebliche Kosteneinsparungen bei den Personalkosten erreicht wird.

Insgesamt betrachtet ist davon auszugehen, dass einer relativ kleinen Zahl von Gewinnern eine sehr große Zahl von „Verlierern“ gegenübersteht. „Verlierer“ der Umverteilung sind vor allem in den Bereichen zu finden, deren Arbeitsbedingungen sich deutlich verschlechtert haben. Dazu dürften die meisten Bereiche und Berufsgruppen zählen.

Wie bereits erwähnt, liegen bedauerlicherweise nur relativ wenig wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über die Entwicklung der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern vor. In den ersten Jahren nach Einführung des DRG-Systems wurden mehrere empirische sozialwissenschaft-

obersten Quartils der obersten 25 Prozent an. Folglich gibt es auch Werte die darunter oder darüber liegen.

liche Studien in Krankenhäusern durchgeführt (Braun et al. 2009; Braun et al. 2010; Buhr/Klinke 2006; Hausner et al. 2005; Klinke/Kühn 2006; Marrs 2008; Pracht/Bauer 2009; Slotalla/Bauer 2009).

Seit ca. zehn Jahren ist das Interesse jedoch deutlich geringer, so dass es fast keine relevanten Untersuchungen mehr gibt. Zudem beschränkte sich das Forschungsinteresse weitgehend auf zwei Berufsgruppen, den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst. Die Servicebereiche, wie Reinigungsdienst, Küche, Wäscherei, Handwerker etc., die zu den größten Verlierern gehören, waren bislang nicht in nennenswertem Umfang Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung.

Aus diesen Gründen können sich die nachfolgenden Ausführungen nur teilweise auf zuverlässige wissenschaftliche Studien stützen und beruhen vor allem auch auf den Daten der Krankenhausstatistik sowie anderen Quellen, wie Medienberichten oder gewerkschaftlichen Publikationen.

Zu den nachfolgenden Datenangaben ist eine Vorbemerkung erforderlich. Die Krankenhausstatistik weist sowohl die Zahl der Beschäftigten (Kopfzahl) als auch die Zahl der sogenannten „Vollkräfte“ aus. Die Aussagekraft der Beschäftigtenzahl ist insofern eingeschränkt, als sie den im Krankenausbereich relativ hohen Anteil der Teilzeitbeschäftigten nicht berücksichtigt und deshalb kein zuverlässiges Bild der tatsächlich verfügbaren Arbeitszeit bietet. Aussagekräftiger ist die Zahl der Vollkräfte, die angibt, wie hoch das Gesamt-Arbeitszeitvolumen umgerechnet in Stellen mit voller tariflicher Arbeitszeit ist.

Betrachtet man die Daten der Krankenhausstatistik zur Entwicklung der Zahl der Vollkräfte in Allgemeinkrankenhäusern insgesamt (alle Personalgruppen), so zeigen seit 1991 die folgenden Entwicklungstrends (StBA 1991–2018).

- Bis 1995 stieg die Zahl der Vollkräfte in Allgemeinkrankenhäusern kontinuierlich.
- 1996 setzte ein Personalabbau ein, der bis 2007 anhielt. Der Abbau erfolgte als Reaktion auf die Verschärfung der Budgetdeckelung ab 1996 und eine 1997 einsetzende pauschale Budgetkürzung um ein Prozent.
- Im Jahr 2001 kam der Stellenabbau fast zum Stehen
- Nach Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes 2002 setzte er wieder ein und stärker als zuvor. Erst nachdem kurz vor der Scharfschaltung des DRG-Systems im Jahr 2005 die zu erwartenden Budgetkürzungen infolge der Fallpauschalen auf eine sogenannte „Kappungsgrenze“ beschränkt worden waren, stoppte der Stellenabbau.
- Seit 2008 ist wieder ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der Vollkräfte insgesamt zu verzeichnen.

Unterhalb der Ebene der Gesamtzahl war die Entwicklung in den einzelnen Bereichen und Berufsgruppen allerdings in hohem Maße unterschiedlich. Darauf wird nachfolgend näher eingegangen. Dabei wird als Ausgangsjahr in der Regel das Jahr 2002 verwendet, da das DRG-System seine Wirkungen bereits im Vorfeld der unmittelbaren Anwendung entfaltete. Dabei spielte die Aussicht auf bevorstehende Defizite ab 2005 eine besondere Rolle. Eine verantwortungsvoll agierende Krankenhausleitung durfte, wenn Defizite absehbar waren, nicht erst bis 2005 warten, sondern musste bereits vorher Kostensenkungen einleiten.

Die Servicebereiche

Zu den Servicebereichen werden in der Krankenhausstatistik das klinische Hauspersonal,⁵⁰ der Wirtschafts- und Versorgungsdienst,⁵¹ und der technische Dienst⁵² gerechnet (zu den Definitionen der Bereiche vgl. GBE 2020b). In diesen Bereichen fand der mit Abstand stärkste Personalabbau statt. Die Zahl der Vollkräfte im Bereich des klinischen Hauspersonals wurde zwischen 2002 und 2017 um 52,5 Prozent reduziert, im Bereich des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes um 43,3 Prozent und im Bereich des Technischen Dienstes um 19,0 Prozent (StBA 1991–2018). In allen drei Bereichen erfolgte bereits in den 1990er Jahren ein deutlicher Stellenabbau. Ursache war vor allem die Einführung der Budgetdeckelung zum 1. Januar 1993 und deren Verschärfung ab 1996 sowie die pauschale Kürzung aller Krankenhausbudgets in den Jahren 1997 bis 1999. Ab dem Jahr 2000 verlangsamte sich der Stellenabbau und mit Einführung des DRG-Systems beschleunigte er sich wieder. In den Jahren 2011 bis 2014 blieb die Zahl der Vollkräfte weitgehend unverändert, ab 2015 setzte sich der Abbau fort, allerdings in geringem Umfang als vor 2011.

Bei diesen Bereichen ist eine Besonderheit zu beachten, was die Ursachen des Rückgangs betrifft. Die genannten Zahlen bilden die rückläufige Entwicklung der Zahl der Vollkräfte ab, die in einem direkten Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhaus stehen. In den Servicebereichen ist dieser Rückgang vor allem auf Outsourcing und in den letzten 20 Jahren zunehmend auf sogenannte „Ausgründungen“ zurückzuführen. Beim Outsourcing wird die Erbringung von Leistungen an ein exter-

50 Haus- und Reinigungspersonal.

51 Handwerker, Hausmeister, Personal der Küchen und Diätküchen, Ernährungsberaterinnen, Wirtschaftsbetriebe (u.a. Gärtnereien), Wäscherei.

52 Personal das in den Bereichen Energie- und Wasserversorgung, Versorgung mit medizinischen Gasen tätig ist sowie für Instandhaltungsarbeiten (z.B. Maler, Tapezierer etc.).

nes Unternehmen vergeben und die betroffene eigene Abteilung geschlossen. Häufig werden die vorherigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der von Outsourcing betroffenen Abteilungen insgesamt oder z. T. von dem betreffenden externen Unternehmen übernommen. Bei einer Ausgründung gründet das Krankenhaus mit einem externen Unternehmen zusammen ein gemeinsames oder auch ein vollständig eigenes Tochterunternehmen, an das die Erbringung der Leistungen übertragen wird. Die Beschäftigten der ausgegründeten Abteilungen wechseln üblicherweise zu dem Tochterunternehmen.

Soweit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der betroffenen Abteilungen von dem externen Unternehmen oder dem ausgegründeten Tochterunternehmen übernommen werden, sind sie häufig weiter in dem betreffenden Krankenhaus tätig, jedoch nicht mehr als Krankenhausbeschäftigte, sondern als Beschäftigte beispielsweise eines externen Reinigungsdienstes. Deshalb erscheinen sie auch nicht mehr in der Krankenhausstatistik als Beschäftigte oder Vollkräfte des Krankenhauses. Insofern bedeutet die Reduzierung der Vollkraftzahl nicht, dass in diesen Bereichen nun erheblich weniger Beschäftigte tätig sind. Die Zahl der dort tätigen Beschäftigten kann u. U. weitgehend gleich geblieben sein.

Allerdings ist der Wechsel des Arbeitgebers in der Regel mit erheblichen Einkommenseinbußen verbunden, da der neue Arbeitgeber einem anderen Wirtschaftszweig angehört und dort zumeist deutlich ungünstigere Tarifverträge gelten. Denn hauptsächlicher Zweck des Outsourcing oder der Ausgründung ist in der Regel die Einsparung von Personalkosten.

Outsourcing und Ausgründungen wirken sich auch in anderer Hinsicht auf die Kostenstrukturen der Krankenhäuser aus. Da das Krankenhaus im Fall eines Outsourcing oder einer Ausgründung keine Löhne und Gehälter an Beschäftigte zahlt, sondern Vergütungen für externe Dienstleistungen, erscheinen die Kosten weder in der Kostenrechnung noch der Krankenhausstatistik als Personalkosten, sondern als Sachkosten. Dadurch ist der Anteil der Personalkosten von früher ca. zwei Drittel auf mittlerweile nur noch ca. 60 Prozent gesunken.

Für die betroffenen Beschäftigten führt Outsourcing und Ausgründung in der Regel nicht nur zu teilweise deutlichen Lohn- und Gehaltseinbußen, sondern auch zu weiteren Verschlechterungen ihrer Arbeitsbedingungen, wie beispielsweise höheren Leistungsvorgaben (mehr zu reinigende Quadratmeter im Reinigungsdienst etc.).

Für die Organisation Krankenhaus hat diese Entwicklung zudem zur Folge, dass Krankenhäuser immer mehr in von einander getrennte Beschäftigtengruppen, Tarifbereiche, arbeitsrechtliche Vorschriften etc. zergliedert werden.

Aufgrund dieser Entwicklungen sind die Beschäftigten in diesen Bereichen zu den größten Verlierern der letzten drei Jahrzehnte im Krankenhausbereich und insbesondere der Einführung des DRG-Systems zu zählen.

Der Pflegedienst

Auch der Pflegedienst gehört zu den hauptsächlichen Verlierern im DRG-System. Zwar gab es bereits ab Mitte der 1990er Jahre einen Stellenabbau im Pflegedienst, dieser schwächte sich jedoch ab 2000 ab. Im Jahr 2002 nahm er wieder an Fahrt auf und erreichte unmittelbar vor der „Scharfschaltung“ des DRG-Systems und während der ersten Einführungsphase bis dahin nicht gekannte Ausmaße (vgl. u. a. Simon 2008). In den Jahren 2002 bis Ende 2006 wurde die Personalbesetzung im Pflegedienst um insgesamt ca. 33.000 Vollkräfte reduziert, davon allein in den Jahren 2002 bis 2004 ca. 24.500. Im Jahr 2004, dem letzten Jahr vor der Scharfschaltung, waren es ca. 10.300 Vollkräfte.

Diese Zahlen werden verständlich, wenn man sich die damalige Situation der Krankenhäuser vor Augen führt. Das Gesundheitsreformgesetz 2000 hatte nur allgemeine Eckdaten der geplanten Umstellung enthalten. Durch das Fallpauschalengesetz 2002 wurde die Konstruktion des DRG-Systems sichtbar und Kliniken mit überdurchschnittlichen Fallkosten mussten mit erheblichen Mindereinnahmen rechnen. Wie oben bereits erwähnt, hatten die zuständigen Beamten des BMG angekündigt, dass die Verluste bei einem Teil der Krankenhäuser 20 Prozent und mehr betragen würden (Baum/Tuschen 2000). Das sind für ein Krankenhaus existenzbedrohende Dimensionen, was auch ausdrücklich gewollt war.

Der mit dem Fallpauschalengesetz beschlossene Zeitplan sah vor, dass die Kürzungen am 1. Januar 2005 beginnen sollten und verteilt auf wenige Jahre schrittweise erfolgen würden. Angesichts dieser Aussichten konnten Krankenhäuser, die erhebliche Budgetkürzungen zu erwarten hatten, nicht bis 2005 warten, sondern mussten bereits zuvor damit beginnen, ihre Kosten zu senken. Der Pflegedienst war die größte Kostenart und insofern war es naheliegend, vor allem dort zu sparen. Neben dem Servicebereich, der oben bereits angesprochen wurde.

Der Stellenabbau im Pflegedienst schwächte sich bereits 2005 deutlich ab und kam 2007 zum Stillstand. Dies hatte damit zu tun, dass der Bundesrat kurz vor Inkrafttreten der Scharfschaltung eine sogenannte „Kappungsgrenze“ durchsetzte. Die Budgetkürzungen wurden dadurch

auf wenige Prozente pro Jahr begrenzt, was die Lage für viele Krankenhäuser deutlich entspannte.

Vor diesem Hintergrund ist erklärbar, dass die Zahl der Vollkräfte bundesweit 2007 nur noch um 380 reduziert wurde und ab 2008 wieder anstieg, allerdings nur in geringem Umfang. Auch das 2009 in Kraft getretene Pflegeförderprogramm änderte daran nichts. Statt um die angestrebten ca. 17.000 stieg die Zahl der Vollkräfte in den drei Jahren 2009, 2010 und 2011 lediglich um ca. 8.000.

Auch in den Folgejahren sind nur geringe Zuwächse zu verzeichnen. Die Erklärung dafür ist in der Konstruktion des DRG-Systems und insbesondere in der Art der Kalkulation der Bewertungsrelationen zu suchen, auf die in den vorhergehenden Kapiteln bereits ausführlicher eingegangen wurde.

Das zentrale und grundsätzliche Problem ist die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten. Dadurch wird eine Personalbesetzung, die über dem Durchschnitt liegt, finanziell bestraft und Unterbesetzung finanziell belohnt. Zudem konnten mit den Mitteln des Programms ohnehin nur befristete Stellen geschaffen werden, denn nach Auslaufen des Programms waren die Mittel in die Landesbasisfallwerte einzurechnen und wurden so an alle Kliniken verteilt, auch solche, die keine neuen Stellen geschaffen oder sogar Stellen abgebaut hatten.

Wie auch immer man es dreht, im DRG-System lohnt sich Stellenabbau und Unterbesetzung. Kliniken, die ihre Personalbesetzung über das Durchschnittsniveau heben, müssen dies aus anderen Erlösanteilen querfinanzieren, oder sie laufen Gefahr Verluste zu erleiden.

Die daraus resultierende Abwärtsspirale wurde zwar 2020 mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen durchbrochen. Im Pflegedienst der Krankenhäuser herrscht jedoch bereits so lange chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung, dass immer mehr Pflegekräfte aus den Kliniken in andere Bereiche abgewandert oder ins Ausland ausgewandert sind, ihre Arbeitszeit zum Schutz ihrer Gesundheit reduziert haben oder vorzeitig berentet werden mussten. In der Folge haben Krankenhäuser mittlerweile erhebliche Probleme, qualifiziertes Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt zu finden.

Zudem wurde durch die über Jahrzehnte anhaltende Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals das Ansehen des Pflegeberufes so weit beschädigt, dass es zunehmend schwerer geworden ist, qualifizierte und motivierte Schulabgängerinnen und -abgänger für eine Ausbildung in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege zu gewinnen.

Es hat gegenwärtig nicht den Anschein, dass sich an dieser Lage in den nächsten Jahren etwas Grundlegendes ändern wird. Der durch das

DRG-System angerichtete Schaden im Pflegedienst ist mittlerweile so groß und so weit fortgeschritten, dass eine kurzfristige Lösung nicht zu erwarten ist. Weder sind die aus den Krankenhäusern in die ambulante Pflege und Pflegeheime abgewanderten oder in andere Länder ausgewanderten Pflegekräfte bereit in die deutschen Krankenhäuser zurückzukehren, noch erscheint es angesichts der herrschenden Arbeitsbedingungen vorstellbar, dass in den nächsten Jahren deutlich mehr qualifizierter Nachwuchs zu gewinnen sein wird.

Die Dimension des Problems wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt wie groß die Unterbesetzung und der Personalmehrbedarf im Pflegedienst der Krankenhäuser mittlerweile ist. Eine Modellrechnung auf Grundlage des 1993 ermittelten Personalbedarfs ergab, dass 2013 unter Berücksichtigung der seitdem gestiegenen Fallzahlen, des höheren Anteils alter und hochaltriger Patienten sowie einer gegenüber 1993 deutlich höheren Zahl an vor-, teil- und nachstationären Behandlungen und ambulanten Operationen weit mehr als 100.000 Vollkräfte im Pflegedienst fehlten (Simon 2015b).⁵³

Die Lage hat sich seitdem eher weiter verschlechtert. Diese Annahme legen insbesondere Erfahrungsberichte nahe, aus denen an späterer Stelle im Zusammenhang mit der Frage nach den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Qualität der Patientenversorgung zitiert wird.

Exkurs: Stellenabbau und Unterbesetzung keine Folge des DRG-Systems?

Von einem Teil der gesundheitspolitischen Akteure, aber auch aus dem wissenschaftlichen Bereich wird bezweifelt, dass das DRG-System für Stellenabbau und Unterbesetzung seit 2002 verantwortlich ist. Nicht das DRG-System sei Schuld an Stellenabbau und Arbeitsüberlastung, sondern Überkapazitäten und unzureichende Investitionsförderung, und im Übrigen sei die Besetzung in deutschen Krankenhäusern gar nicht so schlecht wie vielfach behauptet, denn in deutschen Krankenhäusern ge-

⁵³ Der bundesweite Personalbedarf wurde nur in den Jahren 1993 bis 1995 ermittelt, danach nicht mehr. Die Bedarfsermittlung erfolgte auf Grundlage der Pflege-Personalregelung (PPR), deren Anwendung für alle zugelassenen Krankenhäuser gesetzlich vorgeschrieben war. Die PPR galt zwar nur für den Tagdienst der Normalstationen somatischer Abteilungen (nicht für die Psychiatrie), es kann aber davon ausgegangen werden, dass ihre Ergebnisse auch auf den Nachtdienst und die Intensivstationen übertragen werden können. Die Krankenhäuser waren verpflichtet, die Ergebnisse der PPR-Anwendung an die Krankenkassen zu melden. Die Krankenkassen errechneten auf Grundlage dieser Daten im Herbst 1993 den bundesweiten Personalbedarf und kamen zu dem Ergebnis, dass er bei mehr als 20 Prozent lag (GKV 1993). Für die Jahre 1994 und 1995 liegen keine öffentlich zugänglichen Daten über den Personalbedarf vor, seit 1996 wird der Personalbedarf nicht mehr bundesweit einheitlich erhoben. Die Modellrechnung baut auf den Daten des Jahres 1993 auf und rechnet diesen Personalbedarf unter Berücksichtigung relevanter Einflussfaktoren auf das Jahr 2013 hoch.

be es deutliche mehr Pflegekräfte pro 1.000 Einwohnern als in anderen europäischen Ländern (so u. a. Braun 2019; Busse 2018; Busse et al. 2016; GKV-Spitzenverband 2014, 2015; GKV-SV 2018b).

Da diese Behauptungen relativ weite Verbreitung gefunden haben, erscheint es notwendig, darauf an dieser Stelle einzugehen. Wie die nähere Betrachtung der Argumentationen zeigen wird, können sie einer kritischen Prüfung nicht standhalten.

Überkapazitäten als Ursache von Personalabbau und Unterbesetzung?

Die Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten kann aus einem einfachen Grund nicht die Ursache des Stellenabbaus sein. Wenn: Wäre der Stellenabbau durch zu viele Krankenhäuser und Betten verursacht worden, hätte die Zahl der Krankenhäuser und Betten in den letzten zwanzig Jahren gestiegen sein müssen. Bekanntlich ist die Zahl der Krankenhäuser und Betten jedoch zurückgegangen.

Anspruchsvoller und auf den ersten Blick plausibel erscheint hingegen die Behauptung, es gebe „eigentlich“ mehr als genug Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern, sie würde nur deshalb nicht ausreichen, weil es zu viele Krankenhäuser und Betten gibt.

Als Beweis für die Richtigkeit dieser These wird auf Daten des internationalen Vergleichs verwiesen, die laut Protagonisten dieser These zeige, dass es in Deutschland pro Kopf der Bevölkerung mehr Pflegekräfte in Krankenhäusern gebe als im Durchschnitt anderer europäischer Länder. So behauptete beispielsweise der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, die Zahl des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern liege auf 1.000 Einwohner bezogen „weit über dem EU-Durchschnitt“ (GKV-SV 2018b: 8).⁵⁴ Als Quelle für diese These verwies er auf eine gemeinsame Publikation von OECD und European Observatory on Health Systems and Policies (OECD/European Observatory 2017).

Die dort aufgeführten Daten beziehen sich jedoch nicht auf die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern, sondern auf die Zahl aller Pflege-

⁵⁴ Die Behauptung, die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern liege in Deutschland über dem internationalen Durchschnitt geht offenbar auf eine Publikation der Leopoldina aus dem Jahr 2016 zurück. Darin wird zwar keine Datenquelle genannt, es kann aber wohl davon ausgegangen werden, dass diese Behauptung von Reinhard Busse in die Diskussion und auch das Thesenpapier der Leopoldina eingebracht wurde. Busse war Mitglied der Expertengruppe der Leopoldina und Leiter der zuständigen Abteilung beim European Observatory. In der vom GKV-SV zitierten Publikation von OECD und European Observatory wird die These vertreten und mit einer Grafik unterlegt, in Deutschland liege die Zahl des Pflegepersonals pro 1.000 Einwohner weit über dem EU-Durchschnitt (OECD/European Observatory 2017: 7). Die dort ausgewiesene Zahl ist jedoch so hoch, dass es sich nicht um die Zahl des Krankenhauspflegepersonals handeln kann, sondern um die Zahl aller Pflegekräfte eines Landes.

kräfte eines Landes je 1.000 Einwohner und schließen folglich auch Pflegekräfte in der ambulanten Pflege, in Pflegeheime, Behörden und allen anderen Einsatzgebieten ein, in denen Pflegepersonal tätig ist. Ein Vergleich der auf der Internetseite der OECD verfügbaren Zahl der Vollkräfte von Pflegekräften in Krankenhäusern führt für das Jahre 2015 zu einem vollkommen anderen Ergebnis. Während in Norwegen 8,14 Krankenhauspflegekräfte (VK) auf 1.000 Einwohner kamen, Dänemark, 8,05 und in Österreich 6,92, waren es in Deutschland lediglich 4,53 Vollkräfte je 1.000 Einwohner (Simon 2019b).

Selbst wenn es kurzfristig einen massiven Bettenabbau gäbe, könnte durch eine Umverteilung von Pflegepersonal auf die verbleibenden Kliniken keine ausreichende und bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst erreicht werden. Dies belegt einmal mehr, wie dramatisch die Lage im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser mittlerweile ist.

Unabhängig davon zeugt die These, durch Krankenhausschließungen und Bettenabbau könne eine signifikante Entlastung des Pflegepersonals erreicht werden, von einem gewissen Unverständnis der Krankenhausversorgung. Pflegekräfte pflegen keine Kliniken oder Betten, sondern Patienten. Solange die Fallzahl nicht erheblich reduziert wird, kann ein Bettenabbau nur bewirken, dass in den verbleibenden Betten mehr Patienten in kürzerer Verweildauer zu versorgen sind. An der bestehenden Unterbesetzung, die immer relativ zur Patientenzahl und Patientenstruktur besteht, würde sich nichts Grundlegendes ändern.

Unzureichende Investitionsförderung als Ursache von Stellenabbau und Unterbesetzung?

Ein weiterer „alternativer“ Erklärungsansatz, der das DRG-System entlasten soll, ist die Behauptung, Ursache von Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst sei nicht das DRG-System, sondern die unzureichende Investitionsförderung der Länder (vgl. u. a. Geraedts 2017: 81; GKV-Spitzenverband 2015; GKV-SV 2018a).

Kern der Argumentation ist die These, dass Kliniken aufgrund der unzureichenden Investitionsförderung Pflegepersonal abgebaut haben, um mit den eingesparten Kosten notwendige Investitionsmaßnahmen zu finanzieren.

Dass die Investitionsförderung der Länder seit langem unzureichend ist und Erlöse aus den Entgelten für die Behandlung von Patienten zur Finanzierung von Investitionen eingesetzt werden, ist weitgehend unbestritten, auch unter Vertretern des Krankenausbereichs. Die Argumentation ist allerdings in zwei Teile zu unterscheiden, die voneinander getrennt werden müssen: 1) der behauptete Zusammenhang zwischen Entwicklung der Investitionsförderung und Stellenabbaus und 2) die

Verwendung von Mitteln der Betriebskostenfinanzierung für Investitionen.

1) Betrachtet man die Entwicklung der Personalbesetzung und die der Investitionsförderung der Länder, so ist kein Zusammenhang feststellbar. Beide Entwicklungen erfolgten unterschiedlich und unabhängig von einander. Während die Gesamtsumme der Investitionsförderung seit Anfang der 1990er Jahre bis in die neuere Zeit mehr oder weniger kontinuierlich sinkt (DKG 2019: 110), entwickelte sich die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst während dieses Zeitraum sehr unterschiedlich. Bis 1995 ist ein Anstieg zu verzeichnen, 1996/97 setzte ein Stellenabbau ein, der sich 2001/2002 abschwächte und mit Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes wieder zunahm und unmittelbar vor und während der Einführung des DRG-Systems ein bis dahin nicht gekanntes Ausmaß erreichte. Seit 2008 ist wieder ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Alle Veränderungen der Entwicklung stehen dabei eindeutig in einem kausalen Zusammenhang zu Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts und nicht zur Entwicklung der Investitionsförderung.

2) Es ist weitgehend unbestritten, dass in den letzten beiden Jahrzehnten Erlöse aus den Entgelten für Krankenhausbehandlung zur Finanzierung von Investitionen verwendet wurden. Gemäß der Grundsätze einer dualen Krankenhausfinanzierung sind diese Entgelte für die Finanzierung der laufenden Betriebskosten vorgesehen. Allerdings gibt es – entgegen vielfacher Behauptung – keine gesetzliche Zweckbindung. Eine gesetzliche Zweckbindung gibt es nur für die Mittel der staatlichen Investitionsförderung. Insofern handelt es sich – rechtlich betrachtet – bei der Verwendung von Erlösen aus den Einnahmen für Krankenhausbehandlung nicht um eine Zweckentfremdung.

Dennoch ist der Kritik zuzustimmen, dass diese Erlöse nicht für Investitionen, sondern für die laufenden Betriebsausgaben und insbesondere für die Personalkosten verwendet werden sollten. Ohne Zweifel hat die unzureichende Investitionsförderung der Länder entscheidend dazu beigetragen, dass DRG-Erlöse für die Finanzierung dringend notwendiger Investitionen verwendet werden.

Allerdings bedeutet dies keine Entlassung des DRG-Systems aus der Verantwortung. Die Investitionsförderung war auch bereits vor Einführung des DRG-Systems unzureichend. Allerdings war es unter der Geltung des Selbstkostendeckungsprinzips nicht möglich, Pflegesatzeinnahmen dauerhaft für die Finanzierung von Investitionsvorhaben einzusetzen. Diese Möglichkeit besteht erst seit Einführung des DRG-Systems.

Dies hat entscheidend mit der Zulassung von Gewinnen zu tun. Damit ein Krankenhaus geplante Investitionen aus sogenannten „Eigenmit-

teln“ finanzieren kann, muss es diese „Eigenmittel“ erst einmal erwirtschaften, und d. h. es muss Überschüsse erzielen, die ihm dauerhaft verbleiben. Dies war vor dem DRG-System nicht möglich, denn das Selbstkostendeckungsprinzip beinhaltete die Vorgabe, dass die Krankenhäuser den Krankenkassen jedes Jahr für die Budgetverhandlungen einen Kosten- und Leistungsnachweis vorzulegen hatten, in dem Überschüsse sichtbar waren. Wollte ein Krankenhaus einen erzielten Überschuss für Investitionsvorhaben einsetzen, konnte es dies nur mit Zustimmung der Krankenkassen. Waren die Krankenkassen damit nicht einverstanden, konnten sie den Überschuss durch entsprechende Kürzung des Budgets eines folgenden Zeitraums ausgleichen.

Erst mit Einführung des DRG-Systems und der Zulassung dauerhaft den Krankenhäusern verbleibender Überschüsse, wurde es ermöglicht, dass eine Krankenhausleitung Personalkosten einspart und Stellen streicht, um geplante Investitionsvorhaben wie beispielsweise die Renovierung von Privatstationen, einen neuen OP-Trakt oder einen Neubau finanzieren zu können. Das ist das „Geheimnis“ der Bildung sogenannter „Eigenmittel“, die vielfach in Pressemeldungen als Quelle der Finanzierung von Neubauten etc. genannt werden.

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die „alternativen“ Erklärungsansätze nicht überzeugen können. Primäre Ursache des Stellenabbaus ab 2003/2004 war die Einführung des DRG-Systems. Dass auch noch in den letzten Jahren in Kliniken Personalkosten im Pflegedienst eingespart wurden, um Investitionen zu finanzieren, war nur durch das DRG-System möglich. Was allerdings nichts daran ändert, dass die seit mehr als zwanzig Jahren unzureichende Investitionsförderung in hohem Maße kritikwürdig ist. Es kann wohl kaum ernsthaft bezweifelt werden, dass die Länder dadurch sowohl zur Privatisierung öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser als auch zum Stellenabbau im Pflegedienst beigetragen haben.

Der ärztliche Dienst

Der ärztliche Dienst wird seit den 1990er Jahren immer weiter ausgebaut. Während in anderen Berufsgruppen Stellen abgebaut wurden, ist die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst seit Anfang der 1990er Jahren immer weiter gestiegen. Waren 1991 noch ca. 91.000 Vollkräfte im ärztlichen Dienst beschäftigt, so lag die Zahl 2017 bereits bei ca. 154.000 und somit um fast 70 Prozent höher (StBA 1991–2018). Der Zuwachs beschleunigte sich in den Jahren 2004 und 2005 und setzte sich danach auf einem hohen, über dem Durchschnitt aller Berufsgrup-

pen liegenden Niveau weiter fort. Die Zahl der Vollkräfte in Allgemeinkrankenhäusern stieg von 2002 bis 2017 um insgesamt ca. 53.000, davon entfielen allein 46.000 auf den ärztlichen Dienst.

Dieser überdurchschnittliche Zuwachs ist vor allem auf die gestiegene Bedeutung des ärztlichen Dienstes, aber auch auf Veränderungen in den Leitungsstrukturen der Krankenhäuser zurückzuführen. Krankenhäuser sind in den letzten ca. 200 Jahren zunehmend zu Einrichtungen geworden, die der ärztlichen Behandlung dienen, in denen die ärztliche Diagnostik und Therapie im Vordergrund steht (vgl. u. a. Foucault 1973; Rohde 1974). Durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen wird dieser Trend weiter verstärkt.

Wie oben erwähnt, begann die Umstellung auf Fallpauschalen ab 1996 im Rahmen der Einführung eines sogenannten „Neuen Entgeltsystems“. Der Anteil wurde schrittweise erhöht und das Denken sowohl in den kaufmännischen Leitungen als auch im ärztlichen Dienst richtete sich zunehmend darauf aus, die mit den Krankenkassen vereinbarten Fallzahlen mittels einer „medizinischen Leistungssteuerung“ zu erreichen. Dabei musste auch auf das Kosten-Erlös-Verhältnis geachtet werden, um Verluste zu vermeiden und möglichst Überschüsse zu erwirtschaften (vgl. dazu die Ergebnisse qualitativer Interviews ab 1997 Kühn/Simon 2001; Simon 2001).

Zentrale Voraussetzung für die Erreichung der wirtschaftlichen Ziele war ein personell möglichst gut ausgestatteter ärztlicher Dienst, denn die Erbringung von Leistungen, die durch Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte vergütet wurden, hing in allererster Linie von ärztlicher Diagnostik und ärztlichen Leistungen ab.

Mit Einführung des DRG-Systems nahm die Bedeutung des ärztlichen Dienstes weiter zu, allein aufgrund der Tatsache, dass nicht mehr nur ein kleiner Teil der Fälle mit Fallpauschalen vergütet wurde, sondern fast alle. Zudem erforderten die Abschaffung des AiP und gesetzliche Änderungen des Arbeitszeitrechts für Ärzte eine Aufstockung der Stellen, um das gleiche Arbeitszeitvolumen wie zuvor verfügbar zu haben.

Dies allein reicht jedoch zur Erklärung des überdurchschnittlichen Wachstums des ärztlichen Dienstes nicht aus. Die gewachsene Bedeutung des ärztlichen Dienstes trug auch dazu bei, dass die Gewichte der Dienstarten und Berufe in den Leitungsstrukturen der Krankenhäuser verändert wurden. Insbesondere nach Krankenhauszusammenschlüssen, aber auch im Rahmen sonstiger Reorganisationen wurden vor allem die obersten Leitungsebenen neu besetzt. Das traditionelle Dreierdirektorium aus kaufmännischer Leitung, ärztlichem Direktor und Pflegedirektorin wurde vielfach in neu besetzte „Geschäftsführungen“ oder „Vor-

stände“ umgewandelt, in denen die Pflege häufig nicht mehr vertreten ist.

An die Stelle des vorherigen „ehrenamtlichen“ trat ein hauptamtlicher ärztlicher Direktor. In den obersten Leitungsgremien der Krankenhäuser sind mittlerweile vielfach nur noch Ökonomen und Ärzte vertreten. Dies erleichtert Entscheidungen über einen Stellenabbau im Pflegedienst und Personalaufwuchs im ärztlichen Dienst.

Eine Analyse der Ursachen des Stellenabbaus im Pflegedienst in den Jahren 2002 bis 2006 konnte zeigen, dass der Stellenabbau zu einem wesentlichen Teil Ergebnis einer Umverteilung zu Lasten der Pflege war (Simon 2008: 81–89). Wobei zu beachten ist, dass das DRG-System und die von ihm ausgehende Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz von Kliniken entscheidende Impulse für die Reorganisation von Krankenhäusern setzte.

Zudem lieferten die vom InEK jährlich veröffentlichten Kalkulationsdaten – der sogenannte „DRG-Report-Browser“ (für die DRG-Version 2019 vgl. InEK 2019c) – wichtige Informationen über die Kostenanteile der verschiedenen Kostenarten (u. a. auch des Pflegedienstes), die von zunehmend mehr Krankenhausleitungen als Grundlage für interne Umverteilungsprozesse genutzt wurden.

Trotz des überdurchschnittlichen Zuwachses der Vollkräfte hat sich die Arbeitsbelastung im ärztlichen Dienst in den vergangenen zwei Jahrzehnten jedoch weiter erhöht. Dies ist neben der Fallzahlsteigerung und Erhöhung des Anteils älterer Patienten sicherlich vor allem auf Leistungsverdichtungen durch erhöhten Aufwand je durchschnittlichem Fall zurückzuführen, und nicht zuletzt auch durch höheren Dokumentationsaufwand im Zusammenhang mit dem Kodieren von Diagnosen und Prozeduren, Auseinandersetzungen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen bei Abrechnungsstreitigkeiten, zeitnahe Verfassen von Arzt- und Verlegungsbriefen etc.

Außerdem wird seit Änderung des Arbeitszeitrechts und Gründung einer starken Ärztegewerkschaft (Marburger Bund) deutlich mehr als früher auf die Einhaltung von Arbeitszeitvorschriften geachtet. Und die jüngere Generation der Ärztinnen und Ärzte ist offensichtlich zunehmend weniger als frühere Ärztegenerationen bereit, Ausweitungen ihrer Arbeitszeit durch eine Vielzahl an Bereitschaftsdiensten und unbezahlten Überstunden hinzunehmen.

Insofern haben die geänderten Rahmenbedingungen zwar eine deutliche Erhöhung der Personalzahl im ärztlichen Dienst ermöglicht. Die eingetretenen Verbesserungen erscheinen angesichts der Leistungsentwicklung, geänderter Arbeitszeitvorschriften und einer geänderten Einstellung zur Einhaltung tarifvertraglicher Arbeitszeiten allerdings

durchaus berechtigt und im Interesse der Patienten auch wünschenswert.

Dies ändert jedoch nichts daran, dass ein relevanter Teil dieser Verbesserungen zulasten anderer Beschäftigtengruppen im Krankenhaus ging. Auch für die durchaus berechtigten Gehaltsforderungen und im Vergleich zu anderen Krankenhausbeschäftigten hohen Tarifabschlüsse des Marburger Bundes gehen in einem gedeckelten Fallpauschalensystem zulasten anderer Beschäftigtengruppen, so berechtigt sie auch sein mögen. Es geht an dieser Stelle nicht darum, Kritik an der Ärzteschaft geltend zu machen, sondern auf die Auswirkungen des DRG-Systems hinzuweisen.

All diese Entwicklungen, die zu einer weiteren Verstärkung sozialer Ungleichheit in Krankenhäusern geführt haben, sind vor allem Ergebnis eines verschärften ökonomischen Drucks auf Krankenhäuser, der vom DRG-System ausgeht. Insofern stehen sie auch in einem kausalen Zusammenhang zum DRG-System und sind diesem als Auswirkungen zuzurechnen.

Weitere Dienstarten und Beschäftigtengruppen

Die Zahl der Vollkräfte im Funktionsdienst (OP, Anästhesie, Röntgenabteilungen etc.) wurde zwischen 2002 und 2017 um 30,3 Prozent und im medizinisch technischen Dienst (z. B. MTAs in Laboren) um 18,7 Prozent erhöht. Die Personalbesetzung in der Verwaltung verzeichnet zwar auch einen Zuwachs, der mit 10,4 Prozent jedoch relativ moderat ausfiel.

Der Ausbau vor allem des Funktionsdienstes fügt sich in das Bild einer beschleunigten „Industrialisierung“ der Krankenhausversorgung ein (Maio 2019), durch die insbesondere der Kernbereich der „Produktion“, die OP-Säle und Funktionsbereiche, deutlich an Bedeutung für den „Umsatz“ und somit den wirtschaftlichen Erfolg gewonnen haben.

Diskussion

Wie gezeigt, hat sich die Einführung des DRG-Systems sehr unterschiedlich auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten ausgewirkt. Wie unter den Krankenhäusern hat es auch unter den verschiedenen Krankenhausbereichen und Dienstarten „Gewinner“ und „Verlierer“ gegeben. Insofern hat das DRG-System zu einer deutlichen Verstärkung sozialer Ungleichheit in Krankenhäusern geführt.

Die hier angesprochenen Veränderungen der Innenwelt und Binnenstrukturen von Krankenhäusern stehen in einem eindeutigen kausalen Zusammenhang zum DRG-System. Am deutlichsten erkennbar ist dies an der Entwicklung der Personalbesetzung im Pflegedienst. Auch die Tatsache, dass es bereits vor Einführung des DRG-Systems Stellenabbau in den oben genannten Bereichen gegeben hat und die Personalbesetzung im ärztlichen Dienst in den 1990er Jahren kontinuierlich angehoben wurde, steht dazu nicht im Widerspruch.

Die Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems ist Teil eines übergreifenden Projekts für einen marktwirtschaftlichen Umbau der Krankenhausversorgung und Umwandlung der Krankenhäuser in Unternehmen, die nach marktwirtschaftlichen Prinzipien agieren, sowohl in ihrer Umwelt als auch innerhalb ihrer Organisationsstrukturen.

Das DRG-System als singuläres Phänomen zu betrachten, das völlig unerwartet mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 oder dem Fallpauschalengesetz 2002 auf die politische Tagesordnung gesetzt wurde und vollkommen für sich allein steht, verkennt die Bedeutung des DRG-Systems. Die Vorbereitung der Umstellung auf Fallpauschalen begann in den 1980er Jahren und wurde maßgeblich von neoliberalen Gesundheitsökonomern in die politische Diskussion eingebracht und vorangetrieben.

Das Projekt der Umstellung auf Fallpauschalen war Teil eines neoliberalen Rollback, der Mitte der 1970er Jahre einsetzte und nach dem Regierungswechsel von 1982 und der Regierungsübernahme durch eine konservativ-wirtschaftsliberale Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP zur vorherrschenden Doktrin der Regierungspolitik wurde. Im neoliberalen Weltbild ist soziale Ungleichheit keine kritikwürdige Fehlentwicklung, sondern wichtiger Antriebsmotor für Wettbewerb und das Streben nach Einkommen. Insofern lässt sich ein Bogen spannen von den neoliberalen Vorschlägen der 1980er Jahre bis zur Verschärfung soziale Ungleichheit in Krankenhäusern nach Einführung des DRG-Systems, wenn auch ein zugegebenermaßen weiter Bogen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das DRG-System gravierende Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern gehabt hat und auch heute noch hat. Vor allem bei den Beschäftigten der Servicebereiche und im Pflegedienst hat es zu einer erheblichen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen geführt und in den Servicebereichen darüber hinaus auch zu Einkommenseinbußen. Allerdings hat es nicht nur Verlierer, sondern auch Gewinner gegeben, die sowohl einen Machtzuwachs als auch Einkommenszuwächse zu verzeichnen haben.

Es bleibt noch nachzutragen, dass mittlerweile offenbar auch zunehmend Labor- und Funktionsbereiche von Outsourcing oder Ausgründung betroffen sind. Sollte sich dies tatsächlich als allgemeiner Trend bestätigen, wäre es ein weiterer Schritt zur Auflösung der Krankenhäuser als Organisation und Zergliederung in viele Einzelunternehmen, deren Beschäftigte zwar in den Räumen des Krankenhauses arbeiten, jedoch Betriebsangehörige einer Vielzahl unterschiedlicher externer Unternehmen sind.

Am Endpunkt dieser Entwicklung stünde womöglich ein Gebilde, das nach außen als Krankenhaus mit einem einzigen Namen erscheint, tatsächlich jedoch nur noch aus einem Konglomerat verschiedenster Subunternehmen besteht und nur durch eine Vielzahl von Geschäftsverträgen zusammengehalten wird.

Diskussionen über die Ausgründung des Pflegedienstes gab es bereits mehrere und dieses Modell hat in den sogenannten „Gestellungsverträgen“ auch ein historisches Vorbild.⁵⁵ Auch die Ärzteschaft könnte nach dem Vorbild US-amerikanischer Kliniken größtenteils ausgegliedert werden, indem externe Ärzte die Operationen durchführen und die postoperative ärztliche Versorgung durch einige wenige festangestellte Ärzte erfolgt.

Doch auch diese Restbesetzung könnte ausgegründet werden. Vollkommen neu wäre ein solches Modell für deutsche Kliniken mittlerweile nicht mehr, seitdem es das Modell der „Honorarärzte“ gibt, ehemalige Krankenhausärzte, die sich selbständig gemacht haben und gegen Honorar stundenweise oder über einen bestimmten längeren Zeitraum in einem Krankenhaus arbeiten.

Es scheint dringend an der Zeit, dass eine gesellschaftliche Diskussion über die Frage eröffnet wird, was für eine Art von Krankenhaus und Krankenhausversorgung die deutsche Gesellschaft haben will.

⁵⁵ Gestellungsverträge sind Konstruktionen, die in den 1950er und 1960er Jahren in Krankenhäusern der alten BRD relativ weit verbreitet waren. Dabei verpflichtete sich eine Schwesternschaft oder ein Schwestern-Orden vertraglich zur Sicherstellung des Pflegedienstes beispielsweise eines kommunalen Krankenhauses und erhielt dafür eine Vergütung. Die der Schwesternschaft oder dem Orden angehörenden Krankenschwestern arbeiteten in dem betreffenden Krankenhaus ohne arbeitsvertragliches Verhältnis zum Krankenhaus. Die Konstruktion ist der Leiharbeit sehr ähnlich, allerdings hatten die Schwestern keinen Arbeitnehmerstatus, sondern waren Vereinsmitglieder der Schwesternschaft, und erhielten je nach Schwesternschaft oder Orden lediglich eine Art Taschengeld.

Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung

Die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung insgesamt und somit auch der Krankenhausversorgung wird üblicherweise in drei Dimensionen unterteilt: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität (zu den konzeptionellen Grundlagen dieser Dreiteilung vgl. Donabedian 1966, 1988).

Zur *Strukturqualität* zählt im Fall der Krankenhausversorgung vor allem die personelle Ausstattung, die in die Anzahl des Personals und dessen Qualifikation zu unterscheiden ist. Ebenfalls zur Strukturqualität gehört die bauliche und apparative Ausstattung sowie das eingesetzte Material, wie beispielsweise medizinisches Verbrauchsmaterial (z. B. Verbandsmittel, Handschuhe etc.), Arzneimittel und Implantate.

Mit *Prozessqualität* ist die Art und Weise der Versorgung von Patienten gemeint und die Frage, ob dabei anerkannte professionelle Standards der Medizin, Pflege etc. eingehalten werden. Im Fall der Medizin gelten üblicherweise die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften als Maßstab, die auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften verfügbar sind (AWMF 2020). Für die Pflege gibt es keine vergleichbaren wissenschaftlich Leitlinien, wohl aber eine Reihe sogenannter „Expertenstandards“, die in Anlehnung an die Methoden der evidenzbasierten Medizin auf Grundlage des internationalen Forschungsstandes definiert sind (DNQP 2020). Vor allem aber geben die etablierten und anerkannten Lehrbücher für die Pflegeausbildung maßgebliche Orientierungen für die Art und Weise, wann welche pflegerische Handlungen wie auszuführen sind.

Die *Ergebnisqualität* der Krankenhausbehandlung ist ein hochkomplexes Konstrukt und wird anhand einer Vielzahl unterschiedlichster Indikatoren gemessen. Zu den üblichsten gehören die Mortalitätsrate und die Komplikationsrate, die angeben, wie viel Prozent der behandelten Patienten während oder infolge der Behandlung gestorben sind bzw. wie viel Prozent während oder infolge der Krankenhausbehandlung eine Komplikation erlitten haben. Diese Indikatoren können für ein gesamtes Krankenhaus, eine Fachabteilung, eine Station oder eine bestimmte Patientengruppe mit gleicher Diagnose und gleicher Behandlung angegeben werden.

Bei ihnen handelt es sich jedoch um ausgesprochen grobe Indikatoren, die für sich genommen wenig aussagekräftig sind, da die Ergebnisqualität nicht nur von der Behandlung und den durchgeführten oder unterlassenen oder nicht sachgerecht durchgeführten Maßnahmen abhängig ist, sondern auch durch Patientenmerkmale beeinflusst wird. Zu den

wichtigsten Patientenmerkmalen gehören beispielsweise das Alter sowie die Art, Anzahl und Schwere von Nebenerkrankungen.

Eine sachgerechte Beurteilung der Ergebnisqualität erfordert deshalb eine sogenannte „Risikoadjustierung“, bei der berechnet wird, wie hoch die zu erwartende Komplikationsrate ist, wenn die entsprechenden Risikofaktoren berücksichtigt werden, und wie hoch dazu im Vergleich die tatsächliche eingetretene Komplikationsrate ist (zur Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren für die Krankenhausbehandlung vgl. Becker et al. 2016).

Da Qualitätsindikatoren wie Mortalitätsrate und Komplikationsrate nur sehr grobe Indikatoren für die Beurteilung der Ergebnisqualität sein können, müssen sie auf die jeweilige konkrete Diagnose und Behandlung bezogen werden. Durchschnittswerte für ein gesamtes Krankenhaus oder eine gesamte Fachabteilung sind wenig hilfreich und wegen ihrer Undifferenziertheit letztlich ungeeignet.

Zudem kann es bei einer Krankenhausbehandlung auch noch nach der Entlassung zu Komplikationen kommen, deren Ursache in einer mangelhaften Krankenhausbehandlung liegen. Insofern kann erst mehrere Monate nach der Entlassung ein abschließendes Urteil über die Ergebnisqualität einer Krankenhausbehandlung getroffen werden.

Diese wenigen Ausführungen sollen zeigen, dass es sich bei der Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung nicht nur um ein hochkomplexes Konstrukt handelt, sondern dass dessen Messung und Beurteilung eine Vielzahl von Problemen aufwirft, die bisher noch nicht einmal ansatzweise gelöst sind und aufgrund ihrer Komplexität auch kaum lösbar sein dürften (vgl. dazu Simon 2015a). Insofern ist die in der Krankenhauspolitik seit Jahren vorherrschende Fixierung auf die Ergebnisqualität ausgesprochen problematisch und nicht hilfreich.

Anmerkungen zur Datenlage

Insgesamt ist der Kenntnisstand über die Qualität der Krankenhausversorgung in Deutschland bei allen drei Dimensionen sehr gering. Aussagekräftige und zuverlässige, mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden erhobene Daten liegen – wenn überhaupt – nur für sehr wenige Teilbereiche vor.

Dies gilt auch für die mittlerweile seit mehr als 20 Jahren jährlich durchgeführte externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V (IQTIG 2019). Dabei werden nicht alle stationären Fälle in die Datenerhebung und -auswertung einbezogen, sondern nur ein relativ kleiner Teil. Zudem werden die Daten von den Krankenhäusern selbst erhoben und an die

für die Datenauswertung zuständigen Stellen gemeldet (G-BA 2020). Insofern ist die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemeldeten Daten von der Qualität der Selbstauskünfte der Krankenhäuser abhängig. Folglich ist dieses Verfahren nicht frei von der Möglichkeit einer strategisch motivierten Unter- oder Fehldokumentation.

Bei der Fülle der Daten sind nur stichprobenartige Überprüfungen der Übereinstimmung zwischen Patientenakten und gemeldeten Daten möglich. Das Verfahren ist zwar deutlich erkennbar um eine möglichst umfassende und valide Datenerhebung bemüht, aufgrund der angesprochenen Limitierungen jedoch nicht frei von Manipulationsmöglichkeiten.

Zudem beschränkt sich die externe Qualitätssicherung weitgehend auf Indikatoren der medizinisch-ärztlichen Versorgung. Die Qualität der Pflege wird beispielsweise auch heute noch, gut 20 Jahre nach Einführung, lediglich mit einem einzigen Indikator gemessen, der Rate an Druckgeschwüren (Dekubitus), die während des Krankenhausaufenthaltes neu entstanden sind.

Dies wird der Bedeutung und Komplexität der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus in keiner Weise gerecht. Nicht nur wegen der Beschränkung auf einen Indikator, sondern vor allem weil die Qualität der pflegerischen Versorgung erheblichen Anteil an dem Erfolg oder Misserfolg der Krankenhausbehandlung hat. Es ist das Pflegepersonal, das durch pflegerischer Maßnahmen die Entstehung von Komplikationen verhindern und durch Krankenbeobachtung die Entwicklung von Komplikationen frühzeitig erkennen und Gegenmaßnahmen ergreifen oder einleiten kann. Auf Intensivstationen sind es vor allem Pflegekräfte, die die schwerkranken Patienten versorgen, Beatmungsgeräte einstellen und bedienen, lebenserhaltende Medikamente intravenös verabreichen etc. Eine externe Qualitätssicherung, die sich nur auf die Beobachtung der Entstehung von Druckgeschwüren beschränkt, ist nicht in der Lage, ein angemessenes Bild der Pflegequalität zu vermitteln.

Angesichts dieser Probleme ist es nicht möglich, eine belastbare allgemeine Aussage über die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Qualität der Krankenhausversorgung insgesamt zu treffen. Es kann lediglich von bestimmten Entwicklungen, die Einfluss auf die Qualität haben, auf mögliche und wahrscheinliche Auswirkungen geschlossen werden. Dies soll nachfolgend am Beispiel des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes anhand von Entwicklungen erfolgen, die für die Strukturqualität und die Prozessqualität von besonderer Relevanz sind.

Bedeutung der Personalbesetzung im Pflegedienst für die Patientengesundheit

Auf den Pflegedienst wird nachfolgend ausführlicher eingegangen, weil über diesen Bereich die mit Abstand meisten Daten und Erkenntnisse vorliegen. Die Aktionen der Gewerkschaft ver.di und der Berufsverbände sowie die mittlerweile zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen und eine in den letzten Jahren zunehmende Medienberichterstattung haben dazu geführt, dass über die Entwicklung und Situation in diesem Bereich verglichen mit den anderen Krankenhausbereichen relativ viele Informationen verfügbar sind. An wissenschaftlichen empirischen Studien, die Primärdaten Krankenhäusern erheben, beispielsweise durch Fragebögen oder qualitative Interviews, mangelt es jedoch weiterhin. Aber dennoch ergeben die verfügbaren Daten und Informationen ein relativ deutliches Bild, nachdem sich das DRG-System nicht nur auf die Arbeitsbedingungen negativ auswirkt, sondern auch auf die Qualität der Patientenversorgung.

Wie oben dargelegt, zeigen die Daten der Krankenhausstatistik einen starken Personalabbau im Pflegedienst, der Mitte der 1990er Jahre einsetzte und mit Einführung des DRG-Systems erheblich zunahm und erst 2007 zum Stillstand kam. Der Pflegedienst war bereits vor Einführung des DRG-Systems unterbesetzt und diese Unterbesetzung verschärfte sich noch einmal deutlich durch das DRG-System. Der seit 2008 zu verzeichnende Zuwachs an Vollkräften reicht bei weitem nicht aus, um eine bedarfsgerechte Personalbesetzung zu gewährleisten. Eine Modellrechnung ergab, dass im Jahr 2013 ein Personalmehrbedarf im Pflegedienst in Höhe von mehr als 100.000 Vollkräften (VK) bestand (Simon 2015b). Da die Zahl der Vollkräfte seitdem nur unwesentlich gestiegen ist, zugleich aber die Fallzahlen und Leistungen weiter zugenommen haben, ist davon auszugehen, dass dieses Ergebnis auch für die heutige Situation gilt. Gemessen an der gegenwärtigen Personalbesetzung entsprechen 100.000 Vollkräfte ungefähr einem Drittel des Personalbestandes (VK).

Dieses Ausmaß an Unterbesetzung entspricht auch den Ergebnissen international vergleichender Studien sowie den verfügbaren Daten für einen internationalen Vergleich der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. So ergab die in den Jahren 2009/2010 durchgeführte international vergleichende RN4CAST-Studie, dass in den in die Untersuchung einbezogenen deutschen Krankenhäusern eine Pflegefachkraft durchschnittlich 13,0 Patienten pro Schicht zu versorgen hatte (Aiken et al. 2012). In den USA waren es hingegen nur 5,3, in den Niederlanden 7,0, in Schweden 7,7 oder in der Schweiz 7,9. Wurden auch die

Pflegehilfskräfte in die Berechnung einbezogen, vergrößerte sich der Unterschied sogar noch. Während das Pflegekraft-Patienten-Verhältnis in Deutschland bei 1:10,5 lag, waren es in den USA nur 1:3,6, in den Niederlanden 1:5,0, in Schweden 1:4,2 und in der Schweiz 1:5,0 (ebd.). Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern hatten nach diesen Ergebnissen somit erheblich mehr Patienten zu versorgen, als in anderen vergleichbaren Ländern.

Auch ein Vergleich verfügbarer Daten zur Zahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern (VK) je 1.000 Einwohner führt zu ähnlichen Ergebnissen (Simon 2019b). Würde man die Personalbesetzung deutscher Krankenhäuser auf das Niveau der Schweiz anheben wollen, müssten insgesamt ca. 160.000 Vollkräfte zusätzlich eingestellt werden. Eine Anhebung auf das Niveau von Dänemark würde die Einstellung von ca. 265.000 Vollkräften erfordern und eine Anhebung auf das Niveau von Norwegen mehr als ca. 270.000 zusätzliche Vollkräfte (ebd.). Zum Vergleich: Das Ende 2015 von der damaligen großen Koalition beschlossene Pflegestellen-Förderprogramm für die Jahre 2016 bis 2018 stellte Mittel für die Finanzierung von maximal ca. 6.000 zusätzlichen Stellen zur Verfügung.

Angesichts dieser erheblichen Unterbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser muss davon ausgegangen werden, dass dies Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl internationaler Studien zum Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und der Qualität der Patientenversorgung (zum Überblick vgl. Griffiths et al. 2014; Kane et al. 2007; Shekelle 2013).

Der weit überwiegende Teil dieser Studien kam zu dem Ergebnis, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und einem Großteil von Komplikationen gibt. Unterbesetzung erhöht das Risiko schwerer und lebensbedrohlicher Komplikationen bis hin zum Versterben.

Einer der zentralen Indikatoren der internationalen Forschung zu diesem Thema ist das Versterben aufgrund nicht rechtzeitig eingeleiteter Notfallmaßnahmen im Fall einer schweren Komplikation (failure to rescue). Der Zusammenhang ergibt sich aus der besonderen Bedeutung des Pflegepersonals für die frühe Erkennung von Komplikation. Während das ärztliche Personal – insbesondere in chirurgischen Bereichen – einen Großteil des Tages außerhalb der Station tätig ist oder im Arztzimmer die erforderlichen Dokumentationsmaßnahmen oder Untersuchungen durchführt, sind es Pflegekräfte, die den häufigsten direkten Kontakt zu den Patienten haben und dabei auffällige Veränderungen als erste feststellen können. Dies setzt allerdings voraus, dass der Pflegedienst aus-

reichend besetzt ist, damit es häufigen Kontakt zu Patienten geben kann, und dass das eingesetzte Personal über ausreichend Fachwissen verfügt, um relevante Symptome zu erkennen und richtig einordnen zu können.

Erkennt eine Pflegekraft problematische Veränderungen an einem Patienten, kann sie den ärztlichen Dienst informieren und herbeirufen, damit dieser die ggf. notwendigen Maßnahmen einleitet. Noch deutlicher tritt die Bedeutung des Pflegepersonals hervor, wenn eine unmittelbar lebensbedrohliche Komplikation eintritt und ein Patient wiederbelebt (reanimiert) werden muss. Wird eine solche Situation aufgrund von Personalmangel nicht oder zu spät erkannt, kann dies zum unmittelbaren Versterben des Patienten führen. Im Fall einer notwendigen Reanimation, sind es die Pflegekräfte vor Ort, die die ersten lebensrettenden Maßnahmen ergreifen müssen, zugleich muss das Notfallteam des Hauses gerufen werden, das möglichst innerhalb weniger Minuten auf der Station eintreffen sollte, damit es die weiteren Maßnahmen der Reanimation übernehmen kann. All dies – einschließlich des schnellen Eintreffens eines Notfallteams – ist nur möglich, wenn es ausreichend Pflegepersonal mit ausreichender Qualifikation gibt.

Die lebensbedrohlichen Folgen einer Unterbesetzung im Pflegedienst sind zwar sowohl für die Forschung als auch die Öffentlichkeit von besonderem Interesse, die Auswirkungen unzureichender Personalbesetzung beginnen jedoch weit früher. Zu den Aufgaben der Pflege im Krankenhaus gehört die Basisversorgung der Patienten und deren Unterstützung bei elementaren Bedürfnissen und Aktivitäten, sei es die Nahrungsaufnahme, die Mobilität oder Unterstützung bei Ausscheidungen.

Dass sich eine Unterbesetzung auch auf die Qualität von Leistungen in diesen Bereichen auswirkt, dürfte auf der Hand liegen. Zu den negativen Folgen gehören beispielsweise Flüssigkeitsmangel, ein Risiko insbesondere für ältere, immobile Patienten, Druckgeschwüre durch Bettlägerigkeit und Immobilität, Stürze bei unbegleiteten Toilettengängen, die zu Knochenbrüchen führen könnten etc.

Um die Entstehung von Komplikationen zu verhindern, gehören vor allem auch präventive Maßnahmen (Pflegeprophylaxen) zu den Aufgaben des Pflegepersonals. So ist regelmäßiges Umlagern mobiler Patienten beispielsweise eine der wichtigsten Maßnahmen, um die Entstehung einer Lungenentzündung bei Bettlägerigkeit zu verhindern. Mit pflegerischen Maßnahmen kann auch die Entstehung von Blutgerinnseln in großen Beinvenen (Thrombosen) verhindert werden, die sich lösen und zu lebensbedrohlichen Komplikationen bis hin zum Atem- und Herzstillstand führen können (z. B. durch eine Lungenembolie, den Verschluss eines großen Blutgefäßes in der Lunge).

Hier kann nicht der Ort sein, das gesamte Spektrum der negativen Auswirkungen einer Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser aufzuzeigen. Die gewählten Beispiele sollen lediglich verdeutlichen, dass eine unzureichende Personalbesetzung in der Pflege weitreichende Folgen für die Gesundheit der Patienten haben kann. Und wie die Ergebnisse internationaler Forschung zeigen, geht von Unterbesetzung nicht nur eine potenzielle Gefährdung aus.

Wenn es einen signifikanten, in empirischen Studien nachgewiesenen Zusammenhang gibt, dann muss davon ausgegangen werden, dass jede Unterbesetzung früher oder später zu gesundheitlichen Schäden bei Patienten und bei einem kleinen Teil der Patienten auch zum Tode führt. Wenn darüber in Deutschland nichts oder nur sehr wenig bekannt ist, dann liegt dies folglich nicht daran, dass dieser Zusammenhang für deutsche Krankenhäuser nicht gilt, sondern daran, dass es in Deutschland bislang keine hochwertigen empirischen Studien gibt, die geeignet sind, die Auswirkungen der Unterbesetzung auf die Patientengesundheit mit angemessenen Methoden zu untersuchen.

Die Relevanz der Unterbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser für die hier erörterte Thematik liegt auch darin, dass ein Personalzuwachs im ärztlichen Dienst kein Garant dafür ist und sein kann, dass eine Krankenhausbehandlung mit gutem Erfolg und ohne Komplikationen erfolgt. Die ärztliche Behandlung kann noch so gut sein, ist der Pflegedienst unterbesetzt, kann dies den Erfolg einer guten ärztlichen Behandlung in starkem Maße beeinträchtigen oder sogar hinfällig machen. Darin ist auch der Grund zu sehen, dass sich ärztliche Berufsorganisationen für eine bessere Personalausstattung im Pflegedienst einsetzen.

Obwohl die Unterbesetzung des Pflegedienstes in deutschen Krankenhäusern seit langem bekannt ist, gibt es – wie bereits mehrfach erwähnt – bislang nur sehr wenige bundesweite Studien über die Auswirkungen der Unterbesetzung auf die Qualität der Krankenhausversorgung und Gesundheit der Patienten. Keine der bisher durchgeführten Studien weist ein Studiendesign auf, das belastbare Aussagen über den Zusammenhang zwischen Personalbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser und der Ergebnisqualität erlaubt, weder als Querschnittsstudie zu einem bestimmten Zeitpunkt, noch als Längsschnittstudie über einen mehrjährigen Zeitraum, um Entwicklungen zu erfassen (zu den Anforderungen an entsprechende Studiendesigns vgl. Simon 2017b).

Zwar gibt es mehrere gesundheitsökonomische Sekundärdatenanalysen zu diesem Themenbereich, sie sind jedoch von unzureichender methodischer Qualität, so dass von ihren Ergebnissen keine seriösen

Rückschlüsse auf die soziale Wirklichkeit der pflegerischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern abgeleitet werden können (Augurzky et al. 2016; IGES 2017; Schreyögg/Milstein 2016).⁵⁶

In einigen der bislang durchgeführten sozialwissenschaftlichen Studien finden sich allerdings deutliche Anhaltspunkte dafür, dass sich die Qualität der pflegerischen Versorgungsqualität nach Einführung des DRG-Systems in signifikantem Maße verschlechtert hat und sich die Unterbesetzung in besorgniserregendem Maß auf die Patientenversorgung auswirkt.

So ergaben Befragungen deutscher Pflegekräfte im Rahmen der seit 1999 mehrfach durchgeführten internationalen RN4CAST-Studie eine deutliche Veränderung in den Antworten auf Fragen zur Personalbesetzung und zur Versorgungsqualität. Auf die Frage, ob die Besetzung ausreichend ist, antworteten 1999 37 % der befragten deutschen Pflegekräfte mit JA, 2010 nur noch 20 % und 2015 nur noch 13 % (Zander et al. 2017: 70). Die Frage, ob die Patienten im Krankenhaus eine gute Pflege erhalten, beantworteten 1999 noch 80 % mit Ja, 2015 waren es nur noch 58 % (Zander et al. 2017: 70). Das Ergebnis des Vergleichs dieser Werte mit denen der anderen untersuchten Länder fassten Zander et al. in der Feststellung zusammen:

„Auch hier zeigt sich nicht nur, dass sich die Werte in Deutschland innerhalb der letzten fünf Jahre mitunter deutlich verschlechtert haben, sondern auch, dass Deutschland überwiegend schlechter als der internationale Durchschnitt abschnitt“ (Zander et al. 2017: 70).

Im Jahr 2012 führte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung eine Befragung von Intensivstationen durch, an der sich ungefähr die Hälfte aller Intensivstationen beteiligte (DIP 2012; Isfort 2013). Die Befragung ergab, dass nur sehr wenige Intensivstationen eine Personalbesetzung in der Pflege vorhielten, die den Empfehlungen der zuständigen medizinischen Fachgesellschaft (DIVI) entsprach (Isfort 2013). Die DIVI hält für selbständig atmende Intensivpatienten eine Personalbesetzung von 1:2 für notwendig, eine Pflegekraft sollte maximal zwei Patienten zu betreuen haben. Die von den Intensivstationen gemeldete durchschnittliche Betreuungsrelation beatmeter und nicht beatmeter Patienten lag überwiegend bei 1:3. Für Patienten, die künstlich beatmet werden, hält die DIVI eine 1:1-Betreuung für erforderlich. Nur 7,5 Prozent der antwortenden Intensivstationen konnte eine solche Relation gewährleisten. Auf allen anderen Intensivstationen mussten Pflegekräfte mehr als einen beatmeten Patienten versorgen. Bei künstlich

⁵⁶ Zur Kritik dieser Studien und ihren methodischen Mängeln vgl. Simon (2017b).

beatmeten Patienten handelt es sich um die am stärksten gefährdete Patientengruppe im Krankenhaus.

Eine unzureichende Personalbesetzung im Pflegedienst von Intensivstationen führt zu einer erheblichen Gefährdung von Patienten. Zum einen können Pflegekräfte notwendige Pflegemaßnahmen nicht oder nicht in der erforderlichen Qualität durchführen, zum anderen können sie vermeidbare kritische Ereignisse nicht verhindern oder Komplikationen nicht rechtzeitig erkennen, um Gegenmaßnahmen einzuleiten.

Je schlechter die Personalbesetzung war, des häufiger unterblieben notwendige Maßnahmen wie beispielsweise die Umlagerung immobiler Patienten, die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, notwendige Verbandswechsel, Mundpflege etc. (Isfort 2013: 74). Werden solche Maßnahmen nicht im erforderlichen Umfang und in der erforderlichen Qualität durchgeführt, steigt das Risiko schwerer Komplikationen.

In starkem Maße beunruhigend fielen auch die Antworten auf Fragen nach der Häufigkeit vermeidbarer kritischer Ereignisse aus. Mit dem Begriff der kritischen Ereignisse, der aus dem Englischen übernommen ist, werden solche Vorkommisse bezeichnet, die unmittelbar lebensbedrohlich sind oder werden können.

Aufgrund unzureichender Personalbesetzung stürzten Patienten aus dem Bett, entfernten sich desorientierte Patienten lebenswichtige zentralvenöse Katheter, über die Infusionen oder lebenswichtige Medikamente zugeführt werden, zogen sich Patienten geblockte Blasenkathe- ter, was schwere Verletzungen der Blase zur Folge haben kann, entfernten sie sich Drainagen oder zogen sich ihren Beatmungsschlauch (Extubation), was unmittelbar zum Ersticken führen kann (ebd.).

Eine 2013 durchgeführte schriftliche Befragung von 500 Fachabteilungen, an der sich mehr als 43 Prozent beteiligten, ergab, dass die Personalbesetzung im Pflegedienst von mehr als der Hälfte der befragten Chefärzte und Pflegedienstleitungen als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ eingestuft wurde (Reifferscheid et al. 2014: 5). Aufgrund der unzureichenden Personalbesetzung sah die Mehrheit der Befragten eine ausreichende pflegerische Versorgung nicht mehr gewährleistet. Gut 80 Prozent der befragten Führungskräfte im Pflegedienst gaben an, dass notwendige Pflegeleistungen nicht in dem erforderlichen Umfang erbracht werden können (ebd.: 6).

So hilfreich quantitative Befragungen auch sind, da mit ihnen eine große Zahl an Befragten zu erreichen ist, sie bleiben aufgrund ihrer Methodik auf einer eher abstrakten Ebene und können keinen Eindruck davon vermitteln, wie sich eine unzureichende Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser konkret auswirkt. Dies können letztlich nur qualitative Interviews mit Betroffenen, seien es Pflegekräfte oder Patien-

ten. An qualitativen Studien zu dieser Thematik mangelt es jedoch in Deutschland.

Dafür gibt es in den letzten Jahren vereinzelte journalistische Beiträge und Medienberichte, in denen Pflegekräfte ihre Arbeitssituation und deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung schildern. Ein besonders beeindruckendes Beispiel für solche journalistischen Initiativen ist ein im November 2019 veröffentlichter Aufruf des ARD-Magazins Plusminus an Pflegekräfte, einen online zugänglichen Fragebogen auszufüllen und Erfahrungsberichte über die Auswirkungen von Unterbesetzung einzusenden (Höber 2019; Plusminus 2019).

Die daraufhin eingesandten fast 1.000 Rückmeldungen und Erfahrungsberichte bildeten die Grundlage für einen Plusminus-Beitrag, und anonymisierte Auszüge aus eingesandten Erfahrungsberichten wurden im Internet veröffentlicht (Drepper et al. 2020; Höber et al. 2020; Müller et al. 2020).

Auch wenn es sich nicht um Ergebnisse einer methodisch hochwertigen wissenschaftlichen Untersuchung handelt, so vermitteln sie doch einen zutreffenden Eindruck davon, welche Auswirkungen Unterbesetzung im Pflegedienst hat. Deshalb werden nachfolgend einige der veröffentlichten kurzen Erfahrungsberichte wörtlich wiedergegeben und mit kurzen Erläuterungen zur besseren Einordnung ihrer Bedeutung versehen.

Eine der sehr eng mit einer Unterbesetzung im Pflegedienst assoziierten lebensbedrohlichen Komplikation ist die Lungenembolie, die dadurch entsteht, dass sich ein Blutgerinnsel, beispielsweise in einer Beinvene, löst, in die Lunge geschwemmt wird und eine Lungenarterie verstopft. Dadurch wird die Sauerstoffversorgung des Körpers beeinträchtigt, was im schlimmsten Fall zum Herz-Kreislauf-Stillstand führen und somit tödlich enden kann. Der nachfolgende Bericht vermittelt einen Eindruck davon, wie es zu einem tödlichen Verlauf dieser Komplikation aufgrund einer Unterbesetzung im Pflegedienst kommen kann. Bei der darin erwähnten Besetzung von 1:30 handelt es sich eindeutig und unzweifelhaft um eine massive Unterbesetzung.

„Es war mal wieder ein Tag, an dem ich alleine für 30 Patienten zuständig war [...]. Ein junger Patient [...] klagte über starke Schmerzen im Bein. Die zuständige Ärztin war für vier Stationen zuständig und vertröstete mich. Der Patient hatte stundenlang Schmerzen. Bis der Nachbarpatient klingelte. Der Patient atmete nicht mehr und wurde reanimationspflichtig. Nach der Info an den Arzt und dem Reanimationsteam fing ich die Herzdruckmassage an. Der Patient hatte eine Thrombose, die sich löste und eine Lungenembolie auslöste. Eine Patientin klingelte bereits seit zehn Minuten, da sie zum WC musste. Ich war aber mit der Reanimation beschäftigt. Schließlich lief die Patientin alleine los und stürzte, wobei sie sich Elle und Speiche brach. Der Patient war verstorben, diese Information erhielt ich später von der Intensivstation.“ (Pflegekraft aus Niedersachsen, zit. n. Müller et al. 2020).

Unterbesetzung im Pflegedienst erhöht auch das Risiko, im Fall eines Atem- oder Herz-Kreislauf-Stillstandes nicht oder nicht erfolgreich reanimiert zu werden. Die nachfolgenden Beispiele veranschaulichen dies auf eindrucksvolle Weise.

„Ich war mit einer examinierten Fachkraft für 33 Patienten zuständig. In einem Zimmer lagen drei demente Patienten. [...] Bei einem Durchgang merkten wir wie einer der Männer nicht mehr atmete. Wir reanimierten ihn und verständigten das Notfallteam. Sie konnten nicht so schnell kommen, da es auf einer anderen Station auch eine Reanimation gab. So reanimierten wir ihn für mehrere Minuten, ehe wir merkten, dass einer der zwei Mitpatienten im Zimmer ebenfalls nicht mehr schnaufte. Da standen wir vor der Frage, vor der keiner stehen will: Reanimieren wir Patient 1 weiter und lassen Patient 2 sterben, oder reanimieren wir Patient 2 und lassen Patient 1 sterben? Wir haben uns für die Reanimation an Patient 1 entschieden. Er kam später nach vorerst erfolgreicher Reanimation auf die Intensivstation und ist dort noch in derselben Nacht verstorben. Patient 2 ist ebenfalls gestorben“ (Pflegekraft, zit. n. Müller et al. 2020).

„Es war [...] im Spätdienst auf einer onkologischen und hämatologischen Station. Wir waren zu zweit für 27 schwerstkranke Patienten eingeteilt. Einer unserer Patienten verschlechterte sich akut. Er bekam keine Luft mehr und verschlechterte sich in kurzer Zeit bis zur Intensivpflichtigkeit. Das beschäftigte uns circa eine halbe Stunde. In dieser Zeit klingelten einige Patienten, die wir immer mal wieder abgearbeitet haben. Nach kurzer Zeit klingelten drei Zimmer gleichzeitig. Nachdem die Notfallsituation unter Kontrolle gebracht war, arbeitete ich auch diese Klingeln ab. Neben Belanglosem wie Fenster öffnen oder Infusion abhängen lag im letzten Zimmer ein Mann tot im Bett. Eine kleine LED am Notrufknopf leuchtete und zeigte mir an, dass er um Hilfe gerufen hat. Er ist an seinem Erbrochenen erstickt und hatte deswegen geklingelt. Die Nachbarpatienten konnten sich nicht mitteilen und somit keine Hilfe anfordern. Der Mann war sterbenskrank und es sollte auch nichts mehr gemacht werden, aber so grauvoll zu sterben, weil schlicht und einfach zu wenig Personal eingesetzt wird, ist finsternes Mittelalter“ (Krankenpfleger aus Frankfurt, zit. n. Müller et al. 2020).

„Nur zu zweit im Spätdienst auf einer Inneren/Neurologischen Station. Auf einmal zwei Krampfanfälle und eine Reanimation. Zwei Patienten haben wir verloren. Wäre nur eine Person mehr da gewesen, würden vielleicht alle noch leben“ (24-jährige Pflegekraft aus Niedersachsen, zit. n. Müller et al. 2020).

In den vorherigen Passagen wurde über die Situation auf Normalstationen berichtet. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl an Pflegefachkräften und der Patientengesundheit gilt ebenso wenn nicht sogar noch mehr, für Intensivstationen. Wie bereits angesprochen ist Pflegepersonal auf Intensivstationen nicht nur für die engmaschige und gewissenhafte Überwachung des Zustandes der Patienten zuständig, sondern führt auch einen Großteil der Behandlungsmaßnahmen durch.

Anders als für den Bereich der Normalstationen gibt für Intensivstationen Richtwerte zu einer bedarfsgerechten Personalbesetzung des Pflegedienstes, die von der führenden Fachgesellschaft für Intensivmedizin erstellt wurden (DIVI 2010). Darauf wurde oben bereits hingewiesen. Zur besseren Einordnung des nachfolgenden Erfahrungsberichts

seien die wichtigsten Empfehlungen hier aber noch einmal erwähnt und um weitere ergänzt.

Laut Empfehlungen der DIVI sollte eine Pflegefachkraft pro Schicht nicht mehr als zwei nicht beatmungspflichtige Patienten zu versorgen haben. Bei beatmungspflichtigen Patienten sowie Patienten mit anderen, über den Regelfall hinausgehenden Problemen und erforderlichen Maßnahmen, beispielsweise einer Dialyse, sollte eine Pflegefachkraft maximal nur einen Patienten zu versorgen haben. Diese Werte werden hier deshalb den nachfolgenden Zitaten vorangestellt, damit die in den Berichten genannten tatsächlichen Personalbesetzungen in ihrer Bedeutung angemessen eingeschätzt werden können.

Die nachfolgenden Erfahrungsberichte zeigen, zu welchen dramatischen Folgen eine unzureichende Besetzung im Pflegedienst von Intensivstationen führen kann – und in diesen Fällen tatsächlich auch geführt hat.

„Betreuung von insgesamt acht Patienten auf Intensivstation, davon vier zu Beginn und fünf Beatmungen zum Ende der Schicht (bei drei festen Beatmungsgeräten, einem Transportgerät und einem Narkosegerät ohne Einweisung für die betreuenden Pflegekraft). Durch [...] Krankheitsausfall [waren] nur zwei Pflegekräfte auf Station, plus der diensthabende Assistenzarzt. Während meine Kollegin und ich zu zweit in einem Isolationszimmer beschäftigt waren, ist ein anderer Patient reanimationspflichtig geworden, durch Zufall war die Assistenzärztin auf Station [...] und es konnten erst Maßnahmen sofort durchgeführt werden. Das hätte jedoch anders verlaufen können, wenn die Kollegin nicht zufällig vor Ort gewesen wäre“ (23-jährige Pflegekraft, zit. n. Müller et al. 2020).

„12 Intensivpatienten, zwei Pflegekräfte, acht invasive Beatmungen, vier nicht-invasive Beatmungen, drei laufende Dialysen. Alle Patienten hoch katecholaminpflichtig, da vielfach vorerkrankt und über 80 Jahre alt. Es konnte bei mehreren Patienten nicht schnell genug das Arterenol und Supra gewechselt werden, weil alle in Einzelboxen liegen auf einem sehr langen Flur und auch noch einzeln isoliert waren. Patienten sind gefährlich lange drucklos gewesen. Es sollte noch ein weiterer Zugang kommen. Kollegin und ich haben gesagt, dass es nicht mehr zu leisten ist [und] haben dafür eine Abmahnung bekommen. Begründung: Arbeitsverweigerung“ (54-jährige Pflegekraft, zit. n. Müller et al. 2020).

„Hatte alleine Spätdienst auf einer Überwachungsstation, weil ein länger bekannter Personalausfall nicht besetzt wurde. Betten wurden jedoch auch nicht gesperrt. War für insgesamt acht instabile Patienten zuständig [...]. Hatte in dem Dienst sehr viel zu tun und war kaum im Schwesternzimmer, wo die Monitore sind. Bekam Alarme der Monitore nicht mit, da ich sie in den Zimmern nicht sehen konnte. Patient wurde zum Ende des Dienstes ateminsuffizient und tachykard. Konnte seine Atmung für's Erste stabilisieren. In der Nacht musste Patient aufgrund der Ateminsuffizienz auf intensiv verlegt werden. Patient verstarb noch am selben Wochenende [...]. Trotz mehrere Gefährdungsanzeigen gab es kein zusätzliches Personal“ (25-jährige Pflegekraft, zit. n. Müller et al. 2020).

„Ein Teil der Intensivbetten sind permanent gesperrt, weil kein Personal da ist. Die Situation ist so prekär, dass eigentlich weitere Betten gesperrt werden müssten, aber aus finanziellen Gründen passiert es nicht. Das Ergebnis ist, dass wir teilweise das doppelte an teilweise massiv instabilem Patienten gut be-

treuen müssen. Zusätzlich müssen wir noch Notfälle im Haus und Schockräume in der Notaufnahme abdecken. Das dabei Menschenleben in Gefahr sind, wird von der Geschäftsführung billigend in Kauf genommen“ (Pflegekraft aus dem Saarland, zit. n. Müller et al. 2020).

„Wegen Personalmangel auf der Intensivstation liegen häufig eigentlich intensivpflichtige Patienten auf der Normalstation, die dafür nicht das erforderliche Personal und nicht die erforderliche Erfahrung hat“ (Krankenpfleger aus Tübingen, zit. n. Müller et al. 2020).

Im ersten Beispiel lag die Ist-Besetzung bei zwei Pflegekräften für acht Patienten, wovon vier bzw. fünf beatmet wurden. Legt man die Empfehlungen der DIVI zugrunde, dann hätten es nicht zwei, sondern mindestens sieben Pflegekräfte sein müssen. Im zweiten Beispiel lag die Ist-Besetzung bei zwei Pflegekräften für 12 beatmete Patienten. Bei Zugrundlegung der DIVI-Empfehlung hätten es nicht zwei, sondern 12 Pflegekräfte sein müssen.

Da es sich nicht um die Ergebnisse einer repräsentativen wissenschaftlichen Studie handelt, kann aus diesen Zitaten nicht auf die Situation im Pflegedienst aller deutschen Krankenhäuser geschlossen werden. Zudem dürften die hier zitierten Erfahrungsberichte tendenziell eher Extremfälle darstellen, zumindest was die Personalbesetzung auf Intensivstationen betrifft. Die berichtete Personalbesetzung auf Normalstation dürfte hingegen durchaus die Situation vieler Kliniken zutreffend beschreiben.

Vor dem Hintergrund zunehmend häufigerer Medienberichte über die Unterbesetzung und deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung beschloss die Große Koalition 2017 die Einführung sogenannter Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG), die eine Mindestbesetzung sicherstellen sollen. Die Koalition beauftragte damit die drei Spitzenverbände im Krankenausbereich, die DKG, den GKV-SV und den PKV-Verband. Die Verbände konnten sich jedoch nicht auf Untergrenzen einigen. Die Verhandlungen scheiterten und das Gesundheitsministerium musste die Untergrenzen durch eine Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festsetzen.

Die Verordnung sah Vorgaben nur für die Normalstationen dreier Fachabteilungen (Geriatric, Kardiologie, Unfallchirurgie) sowie die Intensivmedizin vor. Der weitaus größte Teil der Fachabteilungen blieb somit unregelt. Zudem wurden die Untergrenzen für die Normalstationen in einer Höhe festgelegt, die weit von einer bedarfsgerechten Personalbesetzung entfernt ist. Für die Geriatric und Unfallchirurgie wurde eine Mindestbesetzung von 1:10 (eine Pflegekraft auf 10 Patienten) vorgegeben und für die Kardiologie 1:12 (§ 6 Abs. 1 PpUGV). In den meisten Bundesländern Australiens und mehreren Bundesstaaten der USA wird

in Rechtsvorschriften zu sogenannten Nurse-to-Patient Ratios für Normalstationen eine Besetzung von 1:4 oder 1:5 verlangt.

Für die Intensivmedizin wird in der PpUGV in der Tagschicht eine Besetzung von 1:2,5 und in der Nachtschicht eine von 1:3,5 verlangt. Diese Werte liegen zwar unter den Empfehlungen der DIVI, ihre Einhaltung bedeutet aber sicherlich für sehr viele Intensivstationen eine deutliche Verbesserung, insbesondere wenn man die oben genannten Ist-Besetzungen betrachtet.

Allerdings bietet die PpUGV Krankenhäusern zahlreiche Möglichkeiten, ihre Wirkung zu unterlaufen. Wie eine Befragung des größten Berufsverbandes für Pflegeberufe ergab, wird davon offenbar auch sehr häufig Gebrauch gemacht (DBfK 2020). Die nachfolgende Auflistung enthält einige der häufigsten Strategien:

- Es werden die Zuschnitte von Fachabteilungen verändert, damit sie nicht mehr unter die PpUGV fallen.
- Patienten werden vermehrt zu früh von Intensivstationen auf Normalstationen verlegt.
- Es finden Umverteilungen von Personal statt, von Stationen, die nicht unter die PpUGV fallen, auf Stationen, die unter die PpUGV fallen. Häufig wird Personal dabei auf fachfremde Stationen versetzt, für die das erforderliche Spezialwissen fehlt. Da die Besetzung der Stammstation dadurch verschlechtert wird, hat dies negative Auswirkungen auf die Qualität der dortigen Patientenversorgung und auch auf die Motivation des Personals.
- Um die Vorgaben der PpUGV einhalten zu können, wird Personal aus dem Frei geholt oder es wird vermehrt Leiharbeit eingesetzt.

Aufgrund dieser Strategien kommt es zu einer stärkeren Arbeitsbelastung auf den nicht unter die PpUGV fallenden Stationen und auch vermehrt zu Konflikten in Teams und zwischen Stationen, einer Zunahme von Symptomen des Burnout und vermehrtem Auftreten von Fehlern, insbesondere aufgrund des Einsatzes auf fachfremden Stationen (ebd.: 13). Das Fazit des DBfK zur PpUGV lautet: „Gut gemeint, schlecht gemacht!“ (ebd.: 15).

Angesichts dieser Ergebnisse ist nicht zu erwarten, dass die Pflegepersonaluntergrenzen zu einer deutlichen Verbesserung der Personalsituation geführt haben oder führen können. Im Gegenteil: Diese Ergebnisse lassen eine weitere Verschlechterung befürchten. Da die Untergrenzen weit von dem Niveau entfernt sind, das für eine bedarfsgerechte Personalbesetzung notwendig wäre, wird auch die geplante schrittweise Ausweitung der Untergrenzen auf weitere Bereiche keine Besserung bringen, sondern die Lage eher weiter verschlechtern. Denn eines

der Ergebnisse der Befragung ist, dass diese viel zu niedrig angesetzten Mindestbesetzungen dazu führen, dass Personalbesetzungen, die darüber liegen, auf das Niveau der Untergrenzen abgesenkt werden. Die Untergrenzen werden dadurch zu Obergrenzen und die Minimalbesetzung zur allgemeinen Regelbesetzung.

Insofern ist zu erwarten, dass die Ausweitung der zu niedrigen Untergrenzen die Lage im Pflegedienst der Krankenhäuser insgesamt weiter verschlechtern wird. Aufgrund der oben dargelegten Zusammenhänge zwischen Personalbesetzung und Versorgungsqualität ist zu befürchten, dass dies negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung haben wird.

Die Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen durch ökonomische Ziele des Krankenhauses

Die Medienberichterstattung und Diskussion über Krankenhäuser befasst sich in den letzten gut zehn Jahren außer mit der Situation im Pflegedienst vor allem mit einem Thema: dem Einfluss ökonomischer Ziele auf ärztliche Entscheidungen. Leitbegriff der Diskussion ist der Begriff der „Ökonomisierung“.

Die vielfältige und sehr facettenreiche Kritik kann dahingehend zusammengefasst werden, dass seit Einführung des DRG-Systems Entscheidungen über die Aufnahme, diagnostische Maßnahmen sowie Behandlungen und insbesondere Operationen zunehmend durch ökonomische Kalküle beeinflusst werden. Diese Beeinflussung geht offenbar auch so weit, dass medizinisch notwendige und sinnvolle Maßnahmen aus Kostengründen unterbleiben oder medizinisch nicht notwendige Behandlungen durchgeführt werden, um mehr oder höhere Erlöse zu erzielen.

Da Entscheidungen über die Aufnahme von Patienten, die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie über die Entlassung oder Verlegung in der Verantwortung und Zuständigkeit von Ärztinnen und Ärzten liegen, richtet sich öffentliche Kritik vielfach vor allem gegen sie. Allerdings sind es gerade die Organisationen und Vertreter der Ärzteschaft, die diese Entwicklung am schärfsten kritisieren.

Die Auflösung dieses auf den ersten Blick paradoxen Phänomens liegt darin, dass – so die Kritik weiter Teile der Ärzteschaft und ihrer Organisationen – vor allem leitende Ärzte seit Einführung des DRG-Systems zunehmend unter Druck gesetzt werden, dafür zu sorgen, dass vorgegebene ökonomische Ziele erreicht werden. Zu diesen Zielen zählt vor allem, dass das mit den Krankenkassen vereinbarte Erlösvolumen

(Casemix) erreicht wird und dabei die geplanten Kosten nicht überschritten oder möglichst unterschritten werden.

Den Chefärzten und Oberärzten kommt dabei insofern eine zentrale Bedeutung zu, als ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes unterstehen und die leitenden Ärzte durch verschiedenste Maßnahmen darauf hinwirken können, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte ihre Entscheidungen an den Erlös- und Kostenzielen des Krankenhauses ausrichten.

Die Kritik weiter Teile der Krankenhausärzteschaft an einer solchen „Ökonomisierung“ richtet sich dabei nicht dagegen, sparsam mit Ressourcen umzugehen. Dies meint auch der in kritischer Intention verwendete Begriff der „Ökonomisierung“ nicht, was allerdings teilweise in verfälschender Weise behauptet wird (so bspw. Reiners 2015, 2019). Die Kritik richtet sich vielmehr dagegen, dass mittlerweile in vielen Kliniken ein System existiert, das dazu dient, den ärztlichen Dienst insgesamt auf die Einhaltung ökonomischer Ziele zu verpflichten und die Zielverfolgung und Zieleinhaltung durch laufende Überwachung und Interventionen durchzusetzen und sicherzustellen.

Instrumente einer Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen

Die entsprechenden Systeme zur „Steuerung“ und Kontrolle ärztlicher Entscheidungen weisen je nach Klinik unterschiedliche Elemente auf. Zu den häufigsten gehören insbesondere Zielvereinbarungen als Teil von Arbeitsverträgen leitender Ärzte, explizite Vorgaben zu einzuhaltenden Fallzahlen für einzelne DRGs, laufende Überwachung der Leistungen und Kosten durch die Mitarbeiter des Medizincontrolling, tägliche Überprüfung des Zieleinhaltungs- oder -erreicherungsgrades, regelmäßige Besprechungen, in denen die neuesten Kennzahlen zur Leistungs- und Erlösentwicklung vorgestellt und diskutiert werden etc. (Braun et al. 2009; Naegler/Wehkamp 2018; Vogd 2006).

Solche Systeme machen den einzelnen Ärzten keine expliziten Vorgaben zu Entscheidungen über die Behandlung einzelner Patienten, sie schaffen jedoch ein Klima, in dem auch ohne solche expliziten Anweisungen allen Beteiligten bewusst ist, dass die wirtschaftlichen Ziel absoluten Vorrang haben, ggf. auch gegenüber ihnen entgegenstehende Bedarfe einzelner Patienten.

Das problematische für die Ärzteschaft ist dabei, dass es einzelne Ärztinnen und Ärzte sind, die die Entscheidungen im Einzelfall zu treffen und gegenüber den Patienten zu vertreten oder ggf. auch gegenüber externen Dritten zu verantworten haben. Die Geschäftsführung, die kaufmännische Leitung oder das Medizincontrolling trägt keine unmittelbare rechtliche Verantwortung, wenn ein Patient aufgrund ökonomisch motivierter ärztlicher Entscheidungen zu Schaden kommt. Es sind die jeweils

zuständigen behandelnden Ärzte, die zur Verantwortung gezogen werden.

Insofern befinden sich Ärztinnen und Ärzte, wenn sie in einem solchen System tätig sind, in einem Dilemma. Verweigern sie sich diesem System und stellen uneingeschränkt das Patientenwohl über die wirtschaftlichen Ziele des Krankenhauses besteht die Gefahr, dass die Klinik aufgrund dessen Verluste erleidet, Stellen abbauen muss und ihr möglicherweise sogar die Insolvenz droht.

Befolgen Ärzte die zumeist impliziten Imperative dieses Systems und stellen in ihren Entscheidungen die ökonomischen Ziele des Krankenhauses über das Patientenwohl, dann tragen sie zwar zur wirtschaftlichen Sicherung der Klinik und ihres Arbeitsplatzes bei, verstoßen möglicherweise jedoch gegen elementare Grundsätze der ärztlichen Berufsethik. Daraus resultierende kognitive Dissonanzen können zu einer nicht unerheblichen psychischen Belastung werden.

Insbesondere Chefärzte können sich in einem solchen System der Steuerung ärztlichen Handelns in einer schwierigen Situation befinden, wenn sie eine besondere Verantwortung für ihre Abteilung und deren Beschäftigten empfinden und vermeiden wollen, dass Arbeitsplätze durch die Nichterreicherung wirtschaftlicher Ziele gefährdet werden.

Da Chefärzten und leitenden Oberärzten für das Funktionieren eines solchen Systems eine besondere Bedeutung zukommt, bedarf es auch besonderer „Instrumente“ um sie für die Einhaltung ökonomischer Vorgaben und Ziele zu motivieren. Von zentraler Bedeutung sind dabei vor allem „ökonomische Anreize“ in Form variabler Gehaltsanteile. Damit sind Einkommensanteile gemeint, die aufgrund sogenannter „Zielvereinbarungen“ je nach Grad der Erreichung ökonomischer Ziele gezahlt werden. Dadurch wird ein relevanter Teil des eigenen Einkommens an den wirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg des Krankenhauses gekoppelt. Wie oben bereits erwähnt, machen diese variablen Einkommensanteile mittlerweile ca. 40 Prozent des durchschnittlichen Jahreseinkommens von Chefärzten aus (Kienbaum 2019).

Die Bedeutung einer ökonomisierten Krankenhausmedizin für die Patientenversorgung

Die bisherigen Ausführungen bewegten sich weitgehend auf einer allgemeinen Ebene, ohne dass im Einzelnen näher darauf eingegangen wurde, welche Auswirkungen diese, unter den Begriff der „Ökonomisierung“ gefassten Entwicklungen auf die Patientenversorgung haben.

Einen Eindruck von den konkreten Auswirkungen können die Ergebnisse von Forschungsprojekten vermitteln, die mit Methoden der qualitativen Sozialforschung gearbeitet haben, vor allem mit offenen sogenannten leitfadengestützten qualitativen Interviews und teilnehmender Be-

obachtung, bei der die Forscherinnen oder Forscher die Beschäftigten durch ihren Arbeitsalltag begleiten. Solche Forschungsprojekte gab es bislang zwar nur sehr wenige, aber auch diese wenigen reichen aus, sich ein Bild davon zu verschaffen, welche Bedeutung Ökonomisierungsprozesse in Krankenhäusern für Ärzte und Patienten haben.

Gegen die Ergebnisse qualitativer Interviews und teilnehmender Beobachtung kann eingewendet werden, dass es sich aufgrund der sehr zeitaufwändigen Methode nur um sehr wenige Interviews oder Beobachtungen handeln kann und die Ergebnisse folglich nicht repräsentativ sind.

Repräsentativität ist aber gar nicht Ziel dieser Forschungsansätze. Ziel und Vorzug qualitativer Forschungsmethoden ist vielmehr, dass mit ihrer Hilfe in Bereiche der sozialen Wirklichkeit vorgedrungen werden kann, die quantitativen Methoden wie einer breiten Fragebogenbefragung nicht zugänglich sind (Flick et al. 2017; Lamnek 2016). Zudem geben sie mit den in Interviews geschilderten sozialen Situationen einen so unmittelbaren und tiefen Eindruck von sozialer Wirklichkeit – in diesem Fall des Krankenhausalltags – wie es keine andere Forschungsmethode leisten kann. Die oben zitierten Erfahrungsberichte von Pflegekräften vermitteln einen Eindruck davon, wie tief qualitative Interviews in die Wirklichkeit der Krankenhäuser einzudringen in der Lage sind, auch wenn es sich in diesem Fall nicht um Interviews, sondern persönliche Berichte handelt.

Im Fall des hier im Mittelpunkt stehenden Themas, der Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen durch ökonomische Ziele des Krankenhauses, bieten qualitative Interviews zudem Zugang zu Handlungsmotiven in einer Art, wie sie mit Fragebögen nicht zu erreichen ist.

Erste Erkenntnisse über die Auswirkung einer Ökonomisierung der Krankenhäuser durch eine veränderte Krankenhausfinanzierung ergaben qualitative Interviews in Krankenhäusern, die in den Jahren 1997 bis 1999 geführt wurden (Kühn/Simon 2001; Simon 2001). Wie oben bereits erwähnt, war zum 1. Januar 1996 ein neues Entgeltsystem eingeführt worden, das für einen Teil der Leistungen pauschalierte Sonderentgelte und Fallpauschalen vorsah. Die interviewten Ärzte berichteten damals bereits über Veränderungen in den Krankenhäusern und im ärztlichen Denken und Handeln, die sich nach Einführung des DRG-Systems noch weiter verstärkten.

In Rahmen einer zweiteiligen qualitativen Studie in den Jahren 2000 bis 2002 und 2004/2005 wurden Interviews und teilnehmende Beobachtungen in jeweils denselben Kliniken durchgeführt, was einen Vergleich der Situation vor und unmittelbar nach Einführung des DRG-Systems ermöglichte (Vogd 2006).

Eine größer angelegte Studie untersuchte die Auswirkungen des DRG-Systems ab 2003 über mehrere Jahre sowohl mit qualitativen als auch quantitativen Methoden (Braun et al. 2009).

Erkenntnisse über die Situation in neuerer Zeit vermittelt eine vom Herbst 2014 bis Sommer 2015 durchgeführte Studie, in deren Rahmen insgesamt mehr als 60 qualitative Interviews mit Geschäftsführern und Ärzten durchgeführt wurden und darüber hinaus auch drei Fokusgruppeninterviews sowie eine schriftliche Expertenbefragung und ein Werkstattgespräch mit zwölf Teilnehmern (Naegler/Wehkamp 2018).

Nachfolgend wird ein Überblick darüber gegeben, wie durch ärztliche Entscheidungen im Einzelfall oder durch grundsätzliche Entscheidungen des Krankenhauses über das Leistungsspektrum das wirtschaftliche Ergebnis eines Krankenhauses positiv beeinflusst werden kann und wie dies auch tatsächlich geschieht. Die Zusammenstellung stützt sich auf die Ergebnisse der oben erwähnten qualitativen Studien und beschränkt sich auf einige der wichtigsten Strategien.

Die Übersicht folgt der Chronologie einer typischen Krankenhausbehandlung von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung oder Verlegung. Es werden nachfolgend in komprimierter Form Erscheinungsformen einer „ökonomisierten“ Krankenhausmedizin geschildert. Damit soll jedoch keineswegs der Eindruck vermittelt werden, es handele sich um flächendeckende Erscheinungen und die gesamte Krankenhausversorgung erfolge in der nachfolgend zusammengestellten Art und Weise.

In welchem Umfang Krankenhausbehandlungen in Deutschland in der nachfolgend beschriebenen Weise durch ökonomische Kalküle beeinflusst werden, ist unbekannt und kann auch nicht seriös geschätzt werden. Die Kritik sollte jedoch nicht erst dann einsetzen, wenn ein bestimmtes Ausmaß erreicht ist. Allein die Tatsache, dass in den erwähnten Interviews in relevantem Maße über solche Entwicklungen berichtet wurde, sollte ausreichend Grund zur Beunruhigung und umfassenden politischen Intervention sein.

Es gibt allerdings deutliche Hinweise darauf, dass es sich bei diesen Phänomenen nicht um seltene Ausnahmen und Extremfälle handelt, sondern um eine mittlerweile sehr weit verbreitete Praxis. Diese Schlussfolgerung drängt sich auf angesichts der zahlreichen Stellungnahmen und Appellen von Krankenhausärzten und ihren Organisationen, über die im Anschluss an diesen Abschnitt berichtet wird.

Leistungsspektrum und Patientenaufnahme

Unter den Bedingungen des DRG-Systems ist es ökonomisch rational, bereits bei der Aufnahme von Patienten eine Kosten-Nutzen-Abwägung vorzunehmen. Wie oben dargelegt, sind die DRG-Fallgruppen medizi-

nisch-pflegerisch inhomogen und weisen unterschiedliche Arten von Fallkonstellationen auf. Da die in eine DRG eingeschlossenen Fälle unterschiedliche Kosten aufweisen, kann es sich für ein Krankenhaus lohnen, gezielt nur solche Fälle aus dem mit einer DRG vergüteten Fallspektrum aufzunehmen, deren Kosten unter der Fallpauschale liegen, so dass ein Überschuss entsteht.

Dabei ist es wichtig sich zu vergegenwärtigen, dass die absolute Höhe der Behandlungskosten in einem Fallpauschalensystem nicht entscheidend ist, da es auch sehr hoch bewertete Fallpauschalen gibt. Entscheidend ist die Frage, ob die Kosten einer Fall-Subgruppe oder eines einzelnen Patienten über oder unter der abzurechnenden Fallpauschale liegen. Insofern können auch sehr teure Patienten „lukrativ“ sein, wenn die für sie abrechenbare Fallpauschale über deren Kosten liegt.

Um selektiv möglichst nur „lukrative“ Fälle aufzunehmen, kann auch eine Spezialisierung und Beschränkung auf bestimmte Behandlungen und lukrative DRGs hilfreich sein.

Wird ein breites Behandlungsspektrum angeboten, kommt einzelfallbezogenen Entscheidungen über die Aufnahme, Nichtaufnahme oder sofortige Weiterverlegung eines aufgenommenen Patienten in ein anderes Krankenhaus eine besondere Bedeutung für das wirtschaftliche Ergebnis eines Krankenhauses zu.

Wird bei der Aufnahme nicht auf das Kosten-Erlös-Verhältnis geachtet, kann daraus ein Verlustrisiko resultieren, wenn überproportional viel „teure“ Patienten aufgenommen werden. Gelingt es, die für die Patientenaufnahme zuständigen Ärzte zu einer nach ökonomischen Zielen ausgerichteten Patientenaufnahme zu bewegen, hat dies positive Auswirkungen auf das wirtschaftliche Ergebnis. Nicht zuletzt auch wegen dieser Bedeutung liegt die Entscheidung über die Aufnahme von Patienten zunehmend bei erfahrenen Oberärzten.

Bei Notfällen ist eine Steuerung des Fallspektrums eher schwierig. Der größte Teil der Krankenhausfälle sind jedoch sogenannte „elektive“ Fälle, die nach entsprechenden Voruntersuchungen einbestellt werden.

Da eine Beeinflussung des Fallspektrums bei Notfällen schwierig ist, bietet es sich für Krankenhäuser an, gar nicht erst an der Notfallversorgung teilzunehmen. Zwar erfolgt dann ein Abschlag auf alle abgerechneten Fallpauschalen, der wirtschaftliche Nutzen einer Nichtteilnahme dürfte diese Einbußen jedoch deutlich übersteigen. Je nach medizinischem Fachgebiet können sich Notfallpatienten in einem sehr kritischen Zustand befinden, wenn sie eingeliefert werden, und einen relativ hohen Personal- und Sachmitteleinsatz erfordern. Es sind gar nicht in erster Linie die Kosten der unmittelbaren Notfallversorgung in der Notaufnahme,

die Notfallpatienten zu einem „Kostenrisiko“ machen, sondern die anfallenden „Folgekosten“ auf der Intensivstation, im OP etc.

Vom DRG-System geht allerdings auch ein Anreiz aus, Patienten stationär aufzunehmen, die nach rein medizinischen Kriterien nicht stationäre aufgenommen werden müssten. Dies gilt sowohl für elektive Eingriffe, in besonderem Maße aber offenbar für Notfallaufnahmen. Der Betrieb einer Notfallaufnahme bietet die Möglichkeit, Patienten stationär aufzunehmen und damit einen deutlich höheren Erlös zu erzielen, als er bei einer ambulanten Notfallversorgung anfällt. Insbesondere wenn die mit den Krankenkassen vereinbarten Fallzahlen absehbar nicht erreicht werden, kann die Lücke mit Patienten aus der Notaufnahme geschlossen werden.

Diagnostik und Therapie

Ist ein Patient aufgenommen, sind die ärztlichen Entscheidungen über diagnostische Maßnahmen und die durchzuführende Behandlung von zentraler Bedeutung für die Kosten-Erlös-Situation eines Krankenhauses.

Wie die Ergebnisse der oben erwähnten qualitativen Studien zeigen, werden auch Entscheidungen über den Einsatz diagnostischer Verfahren durch Kosten-Erlös-Abwägungen beeinflusst. Dies gilt vor allem für besonders teure diagnostische Verfahren, wenn deren Kosten nicht durch die abzurechnende Fallpauschale gedeckt sind.

Das DRG-System wirkt allerdings auch in die andere Richtung und setzt Anreize für die Durchführung medizinisch nicht notwendiger Diagnostik, wenn diese gesondert vergütet wird oder deren Durchführung Voraussetzung für die Abrechnung einer Fallpauschale ist.

In besonderem Maße gilt dies offensichtlich für therapeutische Entscheidungen, insbesondere was den Einsatz operativer Verfahren betrifft. Wie bereits erwähnt, ist die öffentliche und gesundheitspolitische Wahrnehmung und Diskussion seit längerem insbesondere auch dadurch geprägt, dass der Eindruck besteht, es würden seit Einführung des DRG-Systems vermehrt medizinisch nicht notwendige Operationen durchgeführt. Von dieser Vermutung sind allerdings nicht alle Fachabteilungen in gleichem Maße betroffen, die Kritik richtet sich primär gegen einzelne Fachgebiete wie beispielsweise die Orthopädie, Herzchirurgie oder auch interventionelle kardiologische Therapien (z. B. Herzkatheter).

Die in einem nachfolgenden Abschnitt zitierten Statements medizinischer Fachgesellschaften sowie die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages machen deutlich, dass es sich dabei offensichtlich nicht um ungeRechtfertigte Vorwürfe handelt. Es sind relevante Organisationen der Ärzteschaft, die sich an die Fachöffentlichkeit und auch die allgemeine

Öffentlichkeit wenden und die Durchführung nicht notwendiger Maßnahmen ablehnen und kritisieren. Die Kritik richtet sich zwar auch gegen Angehörige des eigenen Berufsstandes, vor allem aber ist sie gegen die ökonomischen Leitungen von Krankenhäusern gerichtet, die Ärzte durch ökonomische Anreize oder auch direkten Druck dazu veranlassen wollen, gegen ihre Berufsethik zu verstoßen und nicht notwendige Maßnahmen durchzuführen.

Da weite Teile der Krankenhausärzteschaft diese Entwicklung öffentlich verurteilen und kritisieren, muss davon ausgegangen werden, dass in deutschen Krankenhäusern tatsächlich eine relevante Zahl operativer Eingriffe durchgeführt wird, die bei strenger Anwendung rein medizinischer Kriterien nicht notwendig sind. Dies ist aus Patientensicht insofern hochgradig relevant, als therapeutische Eingriffe jeder Art in der Regel mit dem Risiko von Komplikationen und Nebenwirkungen verbunden sind. Patienten sollten diesen Risiken nur ausgesetzt werden, wenn dies medizinisch notwendig oder im Interesse des Patienten ratsam ist.

Der medizinische Fachbegriff, unter dem diese Phänomene diskutiert werden, ist die „Indikationsstellung“. Es ist originäre Aufgabe der behandelnden Ärzte, zu entscheiden, ob eine bestimmte Maßnahme notwendig ist, und ggf. die „Indikation“ beispielsweise für eine Operation zu stellen.

Auch die Entscheidung über interne Verlegungen, beispielsweise von einer Intensivstation auf eine Normalstation, fällt in die Verantwortung des ärztlichen Dienstes. In den Erfahrungsberichten über die Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser wurde unter anderem auch über zu frühe Verlegungen von Intensiv auf Normalstationen berichtet. Diese können verschiedene Gründe haben wie beispielsweise ein akut auftretender Personalmangel auf der Intensivstation. Häufig spielen bei solchen zu frühen Verlegungen allerdings auch ökonomische Gründe eine Rolle. Intensivstationen sind bei vielen Operationen sozusagen das „Nadelöhr“ der Abteilung. Sind alle Intensivbetten belegt, können bestimmte Operationen nicht durchgeführt und die damit verbundenen Erlöse nicht erzielt werden.

Werden Patienten deshalb zu früh auf Normalstation verlegt, gefährdet dies ihre Gesundheit. Auf die Abrechenbarkeit der betreffenden Fallpauschale hat diese Gefährdung allerdings keine negativen Auswirkungen. Die Fallpauschale kann trotzdem in Rechnung gestellt werden.

Ein weiteres, seit Einführung des DRG-System zu beobachtendes Phänomen ist das „Fallsplitting“. Vor Einführung von Fallpauschalen war es vielfach üblich, dass während eines Krankenhausaufenthaltes und ggf. auch während eines operativen Eingriffes zwei oder drei gesundheitliche Probleme behandelt wurden, um dem Patienten die Belastung

eines weiteren Krankenhausaufenthaltes oder einer erneuten Operation zu ersparen. Wenn bei den durchgeführten Untersuchungen eine bis dahin noch nicht bekannte Erkrankung festgestellt wurde, erfolgte ggf. nach Durchführung der ersten Behandlung eine interne Verlegung in eine andere Fachabteilung, damit die erforderlichen weiteren Maßnahmen dort durchgeführt werden konnten. Unter den Bedingungen des DRG-Systems ist diese Praxis offenbar weitgehend oder sogar vollständig eingestellt worden, entweder weil die zweite OP nicht abrechnungsfähig ist oder weil nur die entlassende Abteilung die entsprechende Fallpauschale abrechnen kann.

In der Folge werden Patienten entlassen und nach kurzer Zeit erneut einbestellt, um für beide Behandlungen die volle Fallpauschale abrechnen zu können.

Entlassung und Verlegung

Unter den Bedingungen tagesgleicher Pflegesätze hatte die Entscheidung über die Entlassung eines Patienten letztlich nur für die durchschnittliche Bettenbelegung Relevanz, die eine zentrale Kennzahl für die Budgetverhandlungen war. Zwar wird vielfach behauptet, es sei ökonomisch vorteilhaft für die Krankenhäuser gewesen, Patienten möglichst lange auf Station zu behalten, dabei wird jedoch übersehen, dass die entscheidende ökonomische Größe das Budget war. Den Pflegesätzen kam lediglich die Funktion von Abschlagszahlungen auf das Budget zu. Sie dienten allein der Abbezahlung des vereinbarten Budgets. Wurde das Budget nicht erreicht, hatten die Krankenkassen Nachzahlungen zu leisten, überstiegen die Einnahmen das Budget aufgrund zu viel abgerechneter Pflegesätze, waren diese zurückzuzahlen. Zudem nimmt die durchschnittliche Verweildauer seit Beginn der amtlichen Krankenhausstatistik im Jahr 1970 ab und sank somit auch bereits unter den Bedingungen tagesgleicher Pflegesätze.

Im DRG-System hat die Frage der Verweildauer und der Entlassung eine neue Bedeutung erlangt. Da für jeden Tag der Verweildauer bei der Versorgung eines Patienten Kosten anfallen, kann eine hohe Verweildauer zu höheren Kosten führen und ist folglich mit einem Verlustrisiko verbunden. Eine niedrige Verweildauer kann hingegen die Kosten senken und die Chance auf einen Überschuss erhöhen. Insofern kommt der Steuerung der Verweildauer eine deutlich höhere ökonomische Relevanz zu als in einem Pflegesatzsystem.

Diese grundsätzliche Wirkung wird im deutschen DRG-System allerdings durch ein spezifisches Konstruktionselement überlagert. Wie in einem vorhergehenden Kapitel bereits erwähnt, weist der Fallpauschalenkatalog für jede DRG eine untere und eine obere Grenzverweildauer

sowie eine durchschnittliche Verweildauer aus. Diese Zahlen wirken sich vielfach in starkem Maße auf die ärztlichen Entscheidungen aus. Um Abschläge aufgrund der Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer (UGV) zu vermeiden, werden Patienten mindestens solange auf Station behalten, bis die UGV überschritten ist. Dabei kann es allerdings ratsam sein, Patienten nicht unmittelbar nach Erreichen der UGV zu entlassen, um Nachfragen der Krankenkassen und Abrechnungsstreitigkeiten zu vermeiden.

Von besonderer Bedeutung sind die obere Grenzverweildauer (OGV) und die mittlere Verweildauer. Offenbar hat sich in vielen Krankenhäusern die Auffassung durchgesetzt, dass Patienten spätestens nach Erreichen der mittleren Verweildauer entlassen werden sollten, da dann die „Verlustzone“ beginnt. Bei einer Überschreitung der oberen Grenzverweildauer ist mit Nachfragen der Krankenkassen und einer Einschaltung des Medizinischen Dienstes zu rechnen. Beides bindet Arbeitszeit insbesondere auch des ärztlichen Dienstes und bietet Stoff für Konflikte über die Zahlung dieser Zuschläge.

Es sei hier ausdrücklich darauf hingewiesen, dass keine der drei genannten Verweildauern eine medizinische Begründung hat. Sowohl bei der unteren als auch bei der oberen und der durchschnittlichen Verweildauer handelt es sich um rein statistische Werte, die aus den Kalkulationsdaten abgeleitet werden. Wenn sich eine Entscheidung über die Entlassung von Patienten an diesen Werten orientiert, folgt somit einzig ökonomischen Erwägungen.

Auch die Entscheidung über die externe Verlegung eines Patienten in ein anderes Krankenhaus kann seit Einführung des DRG-Systems durch ökonomische Erwägungen beeinflusst und geleitet sein, da sie Einfluss auf die Höhe der abzurechnenden Fallpauschale hat.

Das Spektrum ökonomisch beeinflusster ärztlicher Entscheidungen ist weit größer, als hier behandelt werden kann. Die angesprochenen Zusammenhänge und Entscheidungen sollten lediglich veranschaulichen, dass eine „Ökonomisierung“ der Krankenhausversorgung in hohem Maße relevant ist für die Qualität der Patientenversorgung.

Abschließend soll noch auf eine Frage eingegangen werden, wie sich die Kritik an medizinisch nicht notwendigen Operationen mit dem oben vorgestellten Befund vereinbaren lässt, dass es keinen starken Anstieg der Zahl der vollstationären Fälle in Allgemeinkrankenhäusern nach Einführung des DRG-Systems gab. Und mehr noch: der Fallzahlenanstieg liegt 2005 bis 2017 sogar noch unter dem der 1990er Jahre.

Beide Befunde lassen sich vereinbaren, wenn man sich von der in der Gesundheitspolitik und Medienberichterstattung weit verbreiteten

Vorstellung löst, alle Krankenhäuser wollten immer mehr Fälle aufnehmen und immer mehr Operationen erbringen und abrechnen (Stichwort: Mengenausweitung und Profitorientierung).

Bevor ein Krankenhaus unter den Bedingungen des DRG-Systems an eine „Mengenausweitung“ denken kann, muss es zunächst einmal die mit den Krankenkassen vereinbarten „Mengen“ erreichen. Die Planung eines ausgeglichenen Krankenhausbudgets baut auf zwei zentralen Größen auf, den eingeplanten Einnahmen (Erlösen) und den eingeplanten Kosten. Werden die eingeplanten Erlöse nicht erreicht, müssen die Kosten den niedrigeren Erlösen angepasst werden. Dies ist bei einer so personalkostenintensiven Organisation sehr schwer. Es gilt folglich vor allem, die eingeplanten Erlöse auch tatsächlich zu erreichen, um zu verhindern, dass ein Verlust entsteht, der dann nur noch durch kurzfristige Kostensenkungen ausgeglichen werden kann.

Unter den Bedingungen des KHG 1972 und des Selbstkostendeckungsprinzips konnten Krankenhäuser in einem solchen Fall von einer Vorschrift Gebrauch machen, die die Aufnahme von Nachverhandlungen während des laufenden Jahres vorsah und bei „unvorhergesehenen“ Entwicklungen eine Erhöhung der Pflegesätze für die Restlaufzeit des Budgets zuließ.

Diese Möglichkeit besteht im DRG-System nicht. Das System sieht lediglich einen sogenannten „Mindererlösausgleich“ in Höhe von 20 Prozent vor (§ 4 Abs. 3 KHEtngG). Nach Ablauf des Jahres werden 20 Prozent der Mindereinnahmen von den Krankenkassen und privaten Krankenversicherung „nachgezahlt“. Für eine Organisation, deren Kosten zu mehr als 60 Prozent aus Personalkosten besteht, ist ein solcher Satz in keiner Weise ausreichend. Er soll es auch nicht sein, denn eines der zentralen Ziele für die Einführung des DRG-Systems war eine „Strukturbereinigung“ durch Krankenhausschließungen. Insofern handelt es sich beim Mindererlösausgleich nur um einen Kompromiss, den das BMG im Interesse einer Bundesratszustimmung eingehen musste.

Bedenkt man diese ökonomischen Zusammenhänge, so kann das oben geschilderte System der Steuerung und Kontrolle ärztlicher Entscheidungen in einem neuen Licht erscheinen. Zielvereinbarungen, Medizincontrolling etc. sind unter den Bedingungen des DRG-Systems eine zwingende ökonomische Notwendigkeit, soll das Krankenhaus nicht einem ökonomischen „Blindflug“ überlassen werden.

Damit sollen Systeme der Beeinflussung und Kontrolle ärztlichen Handelns zum Zweck der Erreichung ökonomischer Ziele nicht legitimiert und entschuldigt werden. Es soll vielmehr auf die hinter diesen Systemen stehenden Zusammenhänge hingewiesen werden. Es ist letztlich das DRG-System und seine Konstruktion, die dazu führt, dass in

den Kliniken Systeme aufgebaut wurden und immer weiter perfektioniert werden, die Ärztinnen und Ärzte dazu bringen sollen, ihre patientenbezogenen Entscheidungen auf die Erreichung ökonomischer Ziele des Krankenhauses auszurichten.

Bereits im zentralen programmatischen Dokument für die langfristige Ausrichtung der Krankenhauspolitik der Bundesregierung aus dem Jahr 1989 war die Rede davon, dass es „erfolgsabhängige Chefarztverträge“ (BMA 1989: 29) geben müsse, die sich am ökonomischen Erfolg des Krankenhauses ausrichten und für deren Erreichung Bonuszahlungen vorsehen. Insgesamt komme es darauf an, so die beiden damals zuständigen Ministerialbeamten, durch ökonomische Anreize „Steuerungswirkungen“ bei Ärzten und Pflegekräften zu erzielen, und sie zur Einhaltung ökonomischer Ziele zu motivieren (Luithlen/Tuschen 1989: 151).

Ziel der Umstellung auf Fallpauschalen war ein marktwirtschaftlicher Umbau der Krankenhausversorgung und die Transformation der Krankenhäuser in Organisationen, die sich als gewinnorientierte Wirtschaftsunternehmen begreifen und auch so handeln, sowohl nach außen als auch nach innen. Insofern sind die oben beschriebenen Systeme einer Steuerung ärztlicher Entscheidungen keine nicht-intendierten Folgen der Umstellung auf Fallpauschalen, sondern dienen zur Verwirklichung eines marktwirtschaftlichen Umbaus der Krankenhausversorgung.

Die Kritik der Ärzteschaft an einer zunehmenden Ökonomisierung

Auch wenn ein relevanter Teil der Chefärzte und Oberärzte das Vordringen ökonomischer Kalküle befürwortet und für die eigenen Vorteile nutzt, die überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft scheint diese Entwicklung abzulehnen. Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Statements und Beschlüssen führender Ärzteorganisationen bis hin zum Deutschen Ärztetag, in denen diese Entwicklungen als „Ökonomisierung“ der Medizin abgelehnt und verurteilt werden. Wie bereits oben angesprochen, belegen diese Stellungnahmen auch, dass es sich bei den oben vorgestellten Ergebnissen qualitativer Interviews nicht um seltene Phänomene und Extremfälle handelt, wie sonst hätte sich beispielsweise der Deutsche Ärztetag bereits mehrfach damit befasst und mit breiter Mehrheit mehrere Beschlüsse dazu gefasst.

Stellvertretend für zahlreiche andere Statements sollen nachfolgend einige wenige zitiert werden, um nicht nur den Inhalt, sondern auch die Schärfe der Kritik erkennbar werden zu lassen.

Im April 2012 kritisierte der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in seiner Eröffnungsrede des Chirurgenkongresses die „Ökonomisierung in Kliniken“ und rief dazu auf, sich dem Druck und den Anreizen zur Durchführung medizinisch nicht notwendi-

ger Operationen zu widersetzen. Dabei wandte er sich auch gegen Chefarztverträge, die sich am finanziellen Erfolg des Krankenhauses ausrichten. In einer Pressemitteilung der Fachgesellschaft hieß es dazu:

„Mit einer klaren Kritik an der zunehmenden Ökonomisierung in Kliniken hat der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Professor Dr. med. Markus W. Bächler, den diesjährigen Chirurgenkongress in Berlin eröffnet. In seiner heutigen Eröffnungsrede rief Markus Bächler die Mediziner auf, sich unnötigen Operationen aufgrund wachsenden wirtschaftlichen Drucks zu widersetzen. „Wir Chirurgen müssen uns für eine ausschließlich patienten- und krankheitsorientierte Chirurgie einsetzen“, forderte der DGCH-Präsident“ (DGCH 2012).

„Chirurgen werden glaubwürdig bleiben, wenn sie die Indikation zur Operation patientenorientiert stellen und sich den falschen Anreizen im Gesundheitssystem widersetzen“ (ebd.).

„Eine wichtige Rolle bei der zunehmenden Ökonomisierung spielten Arztverträge, die sich mit Blick auf die Aktionäre am finanziellen Gesamterfolg des Krankenhauses orientieren, nicht an der chirurgischen Qualität“ (ebd.).

„Wenn die Betten im Krankenhaus gefüllt werden müssen und der leistungsorientierte Vertrag des Oberarztes und Chefarztes über ihr Einkommen entscheidet“, führte Bächler aus, „dann kommt es wohl in Einzelfällen vor, dass ein Bett in einer chirurgischen Klinik mit einem Patienten belegt wird, der u. U. diesen Eingriff nicht unbedingt benötigt“ (ebd.).

Im Juli 2012 wandte sich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in einer Pressemitteilung an die Öffentlichkeit und kritisierte die Entwicklung der Krankenhäuser.

„Unter den Bedingungen des DRG-Systems haben sich die Krankenhäuser in den letzten Jahren gewandelt – von Einrichtungen der Daseinsfürsorge zu Unternehmen oder Krankenhauskonzernen. Sie fordern von ihren Ärzten mehr Fälle pro Arzt und höhere Erlöse pro Bett. Organisiert wie Industrie-Unternehmen werden Krankheiten zur Ware, Ärzte zu Anbietern und Patienten zu abgerechneten Fällen. An ökonomischen Zielvorgaben orientierte Bonusverträge und Zielvereinbarungen werden eingesetzt, um Fall- und OP-Zahlen und interventionelle Eingriffe zu steigern. Ärzte soll dies dazu animieren, die Unternehmensziele über das Primat des Patientenwohls zu stellen“ (DGIM/ Internisten 2012).

Wie angesprochen, ließe sich die Liste solcher Statements einzelner Ärzteorganisationen noch um zahlreiche weitere Beispiele erweitern, die alle dem gleichen Tenor folgen. Auch der Deutsche Ärztetag hat bereits mehrfach in Entschlüssen die „Ökonomisierung“ der Krankenhäuser und die damit verbundene Ausübung von Druck auf Krankenhausärzte kritisiert und Änderungen gefordert (Deutscher Ärztetag 2012, 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016f, 2019).

Da diese als „Ökonomisierung“ kritisierten Entwicklungen in Krankenhäusern erhebliche ethische Probleme und Konflikte hervorrufen, haben sich auch namhafte Medizinethiker damit beschäftigt und sich sehr kritisch dazu geäußert (vgl. u. a. Maio 2013, 2014a, 2014b, 2019; Marckmann/Maschmann 2017; Wiesing 2014).

Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer nahm 2013 zur „Ökonomisierung“ der Krankenhäuser und zu Chefarztverträgen Stellung und stellte klar, dass „Wirtschaftlichkeit“ und „Ökonomisierung“ zu unterscheiden seien. Während Wirtschaftlichkeit im Sinne eines sparsamen Umgangs mit Ressourcen sinnvoll und notwendig ist, begegne Ökonomisierung gravierenden rechtlichen und ethischen Bedenken, denn:

„Sie gefährdet das Wohl der Patienten z. B. durch eine ärztliche Fokussierung auf bestimmte Patientengruppen und gut vergütete Leistungen sowie Vernachlässigung von weniger gut vergüteten Leistungen. Sie gefährdet auch das Vertrauen in die Integrität des ärztlichen Berufs und des Handelns des einzelnen Arztes“ (BÄK-Ethikkommission 2013: A1754).

Da es sich um ein Thema von erheblicher gesellschaftlicher Relevanz handelt, reagierte auch der Deutsche Ethikrat auf diese Entwicklungen im Krankenausbereich, führte dazu 2014 eine Tagung durch und äußerte sich 2016 in einer Stellungnahme kritisch dazu (Deutscher Ethikrat 2014, 2016).

Ein vorläufiger Höhepunkt der bisherigen Kritik aus den Reihen der Ärzteschaft am DRG-System und dem davon ausgehenden Druck zur Ökonomisierung der Medizin war ein Anfang Juli 2019 in der Wochenzeitschrift STERN und auf stern.de veröffentlichter Appell von Ärztinnen und Ärzten (Albrecht 2019; stern.de 2019). Der Appell richtete sich gegen die Ökonomisierung der Krankenhäuser und ausdrücklich gegen das DRG-Fallpauschalensystem.

„Das Fallpauschalensystem, nach dem Diagnose und Therapie von Krankheiten bezahlt werden, bietet viele Anreize, um mit überflüssigem Aktionismus Rendite zum Schaden von Patientinnen und Patienten zu erwirtschaften. Es belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über berechenbar kurze Zeiträume zum Einsatz kommt – Herzkatheter-Untersuchungen, Rückenoperationen, invasive Beatmungen auf Intensivstationen und vieles mehr. Es bestraft den sparsamen Einsatz von invasiven Maßnahmen. Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die abwarten, beobachten und nachdenken, bevor sie handeln. Es bestraft auch Krankenhäuser. Je fleißiger sie am Patienten sparen, desto stärker sinkt die künftige Fallpauschale für vergleichbare Fälle. Ein Teufelskreis. So kann gute Medizin nicht funktionieren [...] Das Diktat der Ökonomie hat zu einer Enthumanisierung der Medizin an unseren Krankenhäusern wesentlich beigetragen“ (Ärzteappell 2019, zit. n. stern.de 2019).

Zentrale Forderung des Ärzteappells ist die Abschaffung oder zumindest grundlegende Reform des DRG-Systems (ebd.).

Erstunterzeichner des Appells waren 215 Ärztinnen und Ärzte, darunter der Direktor der Uniklinik München, sowie 19 Ärzteorganisationen, unter anderem auch die AWMF als Zusammenschluss aller medizinischen Fachgesellschaften, einzelne Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Innere

Medizin sowie die Landesärztekammern von Berlin, Westfalen-Lippe und Niedersachsen, der Vorstand der Ärztekammer Hamburg, Frank-Ulrich Montgomery, Vorsitzender des Weltärztebundes, und Christiane Woopen, Vorsitzende des Europäischen Ethikrates (stern.de 2020).

Der Appell steht auch weiterhin zur Unterzeichnung im Internet, und bis Anfang Februar 2020 war die Zahl der Unterzeichner des Appells auf mehr als 2.800 Einzelpersonen sowie 74 medizinische Fachgesellschaften und Ärzteorganisationen angestiegen, darunter sechs Landesärztekammern, Organisationen leitender Krankenhausärzte und zahlreiche Fachgesellschaften (stern.de 2020). Die unterzeichnenden Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbände repräsentieren laut stern.de zusammen ca. 130.000 Ärztinnen und Ärzte.

Deutlichere Hinweise auf die negativen Auswirkungen des DRG-Systems auf das ärztliche Handeln im Krankenhaus sind kaum denkbar. Dennoch hält die seit 2013 regierende Große Koalition weiterhin am DRG-System fest.

Auf die Kritik an „erfolgsabhängigen“ Chefarztverträgen wurde 2013 nur mit einer Modifizierung der bestehenden Empfehlungen für Chefarztverträge reagiert (DKG 2013). „Erfolgsabhängige“ Chefarztverträge sind allerdings weiterhin zulässig und Bonuszahlungen für die Erreichung wirtschaftlicher Ziele waren danach auch weiterhin Bestandteil vieler Chefarztverträge (Deutscher Ärztetag 2016e).

Zwischenfazit

Zwar gibt es bislang keine methodisch hochwertigen und umfassenden wissenschaftlichen empirischen Untersuchungen zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf die Krankenhausversorgung, es liegen aber zahlreiche Daten und Berichte über die soziale Wirklichkeit der Krankenhausversorgung vor, die es erlauben, Schlussfolgerungen daraus für die Frage der Auswirkungen zu ziehen.

Im vorhergehenden Teil beschränkte sich die Betrachtung auf ausgewählte Aspekte der Gesamtstruktur der Krankenhausversorgung, die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten und die Qualität der Patientenversorgung.

Die Analyse der Daten der Krankenhausstatistik zeigte, dass es infolge der Einführung des DRG-Systems weder zu der vielfach erwarteten Welle von Krankenhausschließungen noch zu einem drastischen Bettenabbau gekommen ist. Die Erklärung dafür dürfte vor allem darin zu finden sein, dass eine Vielzahl von Krankenhäusern in erheblichem Maße ihre Kosten, vor allem die Personalkosten, reduziert haben. Zudem

haben sich öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser zu größeren Verbänden zusammengeschlossen, um dadurch ihre wirtschaftlichen Probleme besser in den Griff zu bekommen. Dass es nicht zu einem verstärkten Bettenabbau gekommen ist, dürfte insbesondere darin begründet sein, dass die pauschale Investitionsförderung in Abhängigkeit von der Zahl der Betten gezahlt wird und Bettenabbau somit zu Einnahmeverlusten des betreffenden Krankenhauses führt. Zudem verschafft eine größere Bettenzahl bei sinkender durchschnittlicher Belegung ein höheres Maß an Flexibilität bei der Aufnahme von Patienten. Für den Grad der Kostendeckung ist in einem Fallpauschalensystem nicht die Zahl der aufgestellten Betten relevant, sondern vor allem die Zahl des Personals und der pro Patient verbrauchten Sachmittel.

In einem Punkt hat das DRG-System allerdings sehr wohl weitreichende Veränderungen der Versorgungsstrukturen bewirkt. Die Aussicht auf die Erzielung von Überschüssen, die den Kliniken dauerhaft als Gewinne verbleiben, erhöhte die Attraktivität der Allgemeinkrankenhäuser für private Anleger und Klinikketten. Deshalb setzte bereits kurz vor Einführung des DRG-Systems eine Privatisierungswelle in bis dahin unbekanntem Ausmaß ein. Die Privatisierungen sind zwar in den letzten zehn Jahren deutlich zurückgegangen, es ist jedoch damit zu rechnen, dass sie in dem Maße wieder zunehmen, wie Kommunen und öffentliche Krankenhäuser in finanzielle Probleme geraten.

In diesem Zusammenhang könnte die Corona-Epidemie möglicherweise einen erneuten Privatisierungsschub nach sich ziehen, wenn die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser nicht ausreichend durch fallzahlunabhängige Zahlungen ausgeglichen werden, und die Gemeinden aufgrund rückläufiger Steuereinnahmen nicht in der Lage sind, defizitäre Kliniken zu unterstützen.

Die wohl gravierendsten Auswirkungen hat das DRG-System auf die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten, wenngleich es dort nicht nur „Verlierer“, sondern auch „Gewinner“ gab und gibt. Insgesamt betrachtet hat das DRG-System zu einer Verstärkung der bereits bestehenden sozialen Ungleichheit in Krankenhäusern beigetragen.

Hauptsächliche „Verlierer“ waren offensichtlich die Servicebereiche und der Pflegedienst. In beiden Bereichen wurde Personal in erheblichem Umfang abgebaut, wenngleich in unterschiedlicher Weise. In den Servicebereichen wurde der Personalabbau vor allem durch Ausgründungen vollzogen, bei denen die Beschäftigten üblicherweise in Tochterunternehmen des jeweiligen Krankenhauses übergeleitet werden, in denen schlechtere Lohn- und Gehaltstarife gelten, so dass die betroffenen Beschäftigten Einkommensverluste erleiden.

Im Pflegedienst wurde kurz vor und während der Einführung ein erheblicher Teil der Stellen abgebaut. Seit 2008 ist jedoch wieder ein leichter Zuwachs zu verzeichnen, der jedoch bislang nicht ausreicht, die seit langem bestehende chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung zu beseitigen. Zwar wurden die Pflegepersonalkosten 2020 aus den Fallpauschalen ausgegliedert und werden nun über ein Pflegebudget finanziert, das auf Grundlage der tatsächlich entstandenen Selbstkosten vereinbart wird. Dieser sehr sinnvolle Schritt erfolgte jedoch sehr spät, und zu spät, um kurzfristig eine durchgreifende Verbesserung der Situation bewirken zu können. Zu lange waren die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern zu schlecht, als dass nun kurzfristig neues Personal in ausreichendem Maße gewonnen werden kann.

Das DRG-System hat unter den Beschäftigten allerdings nicht nur „Verlierer“ produziert, sondern auch einige „Gewinner“. Dazu zählen vor allem die ökonomischen Geschäftsführer und ein relevanter Teil der Chefärzte, die in den letzten zehn bis 15 Jahren einen erheblichen Bedeutungszuwachs und auch deutliche Einkommenszuwächse zu verzeichnen haben.

Über die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Qualität der Krankenhausversorgung liegen leider keine methodisch hochwertigen empirischen Studien vor. Die vorliegenden Daten der externen Qualitätssicherung erfassen nur einen relativ kleinen Teil der Krankenhausleistungen und stehen zudem unter dem Vorbehalt, dass sie auf Selbstauskünften der Krankenhäuser basieren und insofern anfällig für strategisch motivierte Fehldokumentationen sind.

Auch wenn es an hochwertigen empirischen Studien mangelt, so muss doch davon ausgegangen werden, dass vor allem die chronische Unterbesetzung im Pflegedienst sehr negative Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat. International liegt eine Vielzahl von Studien vor, die zu dem Ergebnis gekommen sind, dass es einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und Komplikationen gibt.

Dieser Zusammenhang erklärt sich vor allem daraus, dass Pflegepersonal auf den Stationen für die laufende Krankenbeobachtung und Durchführung prophylaktischer Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen zuständig ist. Hat das Pflegepersonal infolge unzureichender Personalausstattung nicht ausreichend Zeit für einen regelmäßigen Patientenkontakt, erhöht dies das Risiko, dass Komplikationen nicht oder zu spät erkannt werden, was im schlimmsten Fall das Versterben der betroffenen Patienten zur Folge haben kann. Gibt es nicht ausreichend Zeit für die Durchführung von Prophylaxen, erhöht dies das Risiko

schwerer Komplikationen wie beispielsweise einer Lungenentzündung oder einer tiefen Beinvenenthrombose, die – wenn sich der Thrombus löst – beispielsweise zu einer Lungenembolie führen kann.

Der ärztliche Dienst ist zwar in den letzten 20 Jahren kontinuierlich personell erweitert worden, der Zuwachs an Arbeitszeit war jedoch insofern notwendig, als es weitgehende Änderungen der Ausbildungsordnung und des Arbeitszeitrechts gab, die ein Auffüllen des Personalbestandes erforderten. Zudem hat die Zahl der Patienten zugenommen. Angesichts dieser Entwicklungen vermeldet auch der ärztliche Bereich eine steigende Arbeitsbelastung.

Von besonderer Bedeutung für die Patientenversorgung ist aber sicherlich eine seit Einführung des DRG-Systems zunehmend stärker von Krankenhausärzten kritisierte „Ökonomisierung“ der Medizin. Offensichtlich wird in vielen Kliniken direkt oder indirekt Druck auf die Ärzteschaft ausgeübt, damit die angestrebten Fallzahlen und abrechenbaren Fallpauschalen erreicht werden, selbst wenn dies nur durch medizinisch nicht notwendige Behandlungen erreichbar ist.

Dies ist insofern von Relevanz für die Qualität der Patientenversorgung, als Behandlungen und insbesondere Operationen immer auch mit gesundheitlichen Risiken für die Patienten verbunden sind. Sie sollten daher nur dann durchgeführt werden, wenn es medizinisch notwendig ist. Werden medizinisch nicht notwendige Operationen aus ökonomischen Gründen durchgeführt, führt dies zu einer unnötigen Gefährdung von Patienten.

Mangels hochwertiger empirischer Studien ist eine seriöse Aussage über die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Qualität der Patientenversorgung insgesamt nicht möglich. Die Unterbesetzung im Pflegedienst und die zahlreichen Berichte über Mängel in der Patientenversorgung legen jedoch nahe, davon auszugehen, dass es insgesamt nach Einführung des DRG-Systems an vielen Stellen und in vielen Bereichen zu Verschlechterungen der Versorgungsqualität gekommen ist und dass mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Patienten zu Schaden gekommen sind.

Allerdings sollte dabei bedacht werden, dass Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und andere in der unmittelbaren Patientenversorgung tätige Berufe in der weit überwiegenden Mehrheit ihren Beruf sehr gewissenhaft ausüben und bestrebt sind, die Patienten nicht unter den schlechten Arbeitsbedingungen leiden zu lassen.

Deutliches Zeichen dafür sind beispielsweise Überstunden und die Bereitschaft im Pflegedienst, im Fall von Personalausfällen kurzfristig aus dem Frei einzuspringen. Diese Bereitschaft setzt jedoch die Fähigkeit dazu voraus, die in dem Maße schwinden, wie Unterbesetzung zu

Gesundheitsproblemen führt und Personal aus gesundheitlichen Gründen schließlich vollständig aus dem Krankenhaus oder dem Beruf ausscheidet. Dies gilt nicht nur für den Pflegedienst, sondern offenbar zunehmend auch für den ärztlichen Dienst.

Insofern besteht dringender Handlungsbedarf, um weitere Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen und damit verbunden auch der Versorgungsqualität zu verhindern.

Teil 4: DRG-System ein „Erfolgsmodell“? Kritische Anmerkungen zu Argumenten der Befürworter

Ungeachtet der Kritik am DRG-System und der zahlreichen Medienberichte über z. T. schwerwiegende Fehlentwicklungen im Krankenausbereich halten weite Teile der Gesundheitspolitik immer noch am DRG-System fest. Die Einführung des DRG-Systems war nach Auffassung des maßgeblich an der Konstruktion des Systems beteiligten BMG-Beamten ein „Erfolg“ (Tuschen 2011: 18) und aus Sicht des Leiters der Abteilung Krankenhäuser im GKV-Spitzenverband (GKV-SV) handelt es sich bei Entwicklung des DRG-Systems um eine „Erfolgsgeschichte“ (Leber/Wolff 2013: 58). Mehr noch, für ihn war die DRG-Einführung sogar „der größte Modernisierungsschub in der deutschen Krankenhausversorgung seit Jahrzehnten“ (ebd.: 56). Der langjährige stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes bezeichnete die DRG-Fallpauschalen gar als „vorbildlich“ (Stackelberg 2014).

Führende Gesundheitspolitiker der gegenwärtigen Regierungskoalition teilen diese Sichtweise. Stellvertretend für andere sei hier ein langjähriger Bundestagsabgeordneter und ehemaliger Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundestages zitiert, der seine Haltung zum DRG-System 2018 dahingehend zusammenfasste, dass sich

„das 2003 in Deutschland eingeführte pauschalierte Vergütungssystem [...] grundsätzlich bewährt hat. Die mit der Einführung der sog. German Diagnostic Related Groups verbundenen Ziele wurden weitgehend erreicht. Es gibt mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus hat sich verkürzt. Zudem gab es durch das Fallpauschalensystem Effizienzsteigerungen und Spezialisierungen bei den Krankenhäusern. Und vor allem haben wir deutlich mehr Transparenz bei den Leistungen im Krankenhaus. Das Prinzip „Geld folgt Leistung“ ist umgesetzt worden. Insgesamt hat sich das DRG-System in den vergangenen 12 Jahren zu einem internationalen Erfolgsmodell entwickelt“ (Franke 2018).

Die Bewertung des DRG-Systems als „Erfolgsmodell“ oder „Erfolgsgeschichte“ wird in der Regel damit begründet, dass die mit dem DRG-System angestrebten Ziele erreicht worden seien. Wenn es problematische Fehlentwicklungen gebe, seien diese entweder gar nicht vom DRG-System verursacht, oder nur „Nebenwirkungen“ (Franke 2018), die man mit Modifizierungen des DRG-Systems beherrschen und beseitigen könne. Diese Grundüberzeugung trug dazu bei, dass alle bisherigen Regierungskoalitionen seit 2002 trotz zahlreicher Kritik am System und

trotz der vielen Medienberichte über Fehlentwicklungen grundsätzlich am DRG-System festgehalten haben.

Das Festhalten am DRG-System wird in der Regel mit einem überschaubaren Set von Argumenten begründet, auf die auch in der zitierten Passage von Franke zurückgegriffen wird. Die Argumente stammen jedoch nicht von Franke, er hat sie von den zentralen Akteuren des DRG-Systems übernommen.

Auch wenn seit 2019 die Forderung nach einer grundlegenden Reform des DRG-Systems zunehmend lauter geworden ist und sich vermutlich auch noch weiter verbreiten wird, es ist damit zu rechnen, dass die hier angesprochenen Argumente zur Verteidigung des DRG-Systems weiterhin in die Diskussion eingebracht werden. Insofern erscheint es angebracht, auf diese Argumente näher einzugehen.

Dies soll nachfolgend geschehen. Dabei kann weitgehend auf die Ergebnisse der vorliegenden Analyse der Konstruktion des DRG-Systems zurückgegriffen werden, vieles was als Argument für das DRG-System angeführt wird, wurde an früherer Stelle der vorliegenden Studie bereits widerlegt. Auch wenn es Wiederholungen führt, so soll auf diese Ergebnisse doch noch einmal explizit zurückgekommen werden, um deutlich zu machen, warum die Argumente der Befürworter nicht überzeugen können.

Zunächst wird dargelegt, welche Ziele mit dem DRG-System ursprünglich verfolgt werden sollten. Im Anschluss daran wird darauf eingegangen, ob und in welchem Umfang diese Ziele erreicht oder nicht erreicht wurden.

Abschließend wird auf eines der zentralen Argumente der Befürworter des DRG-Systems eingegangen. Nach Auffassung der Protagonisten des DRG-Systems handelt es sich beim DRG-System erstmals in der Geschichte der Krankenhausfinanzierung um ein „leistungsgerechtes Vergütungssystem“, in dem der Grundsatz „Geld folgt Leistung“ (Baum/Tuschen 2000: 453) verwirklicht ist und ein „gleicher Preis für gleiche Leistung“ (Leber/Schmedders 2014: 16) gezahlt wird. Wie ein Abgleich mit der Konstruktion des DRG-Systems zeigen wird, stimmt diese Darstellung nicht mit der Realität des DRG-Systems überein.

Darüber hinaus baut die Ansicht, Krankenhäuser sollten „leistungsgerecht“ vergütet werden, auf einer hoch problematischen Vorstellung davon auf, was die originäre Leistung der Krankenhäuser ist und was für eine Art von Organisation Krankenhäuser sein sollten. Darauf wird in einem abschließenden Exkurs eingegangen.

Die Ziele des DRG-Systems

Zu den Zielen des deutschen DRG-Systems gibt es eine Vielzahl an Vorstellungen und Meinungen. Maßgeblich haben jedoch die Ziele zu sein, die sich in den Begründungen der beiden Gesetze finden, mit denen das DRG-System eingeführt wurde, das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-GRG) und das Fallpauschalengesetz 2002 (FPG).

Das 1999 beschlossene GKV-GRG 2000 enthielt den Grundsatzbeschluss für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem auf Grundlage eines international bereits eingesetzten DRG-Systems. Zu den damit angestrebten Zielen findet sich in der Gesetzesbegründung nur eine kurze Passage.

„Mit diesem Gesetz werden weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen angestrebt. Sie sind Voraussetzung dafür, daß die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können“ (BT-Drs. 14/1245: 113).

Diese Passage enthält eine eindeutige Zielhierarchie. Oberstes Ziel ist demnach Beitragssatzstabilität in der GKV. Weitreichende Strukturveränderungen und eine Reduzierung der Bettenzahlen werden als Voraussetzungen für die Einhaltung von Beitragssatzstabilität angesehen.

In der Begründung des Fallpauschalengesetzes 2002 wurden deutlich mehr Ziele als im GKV-GRG genannt. Laut Gesetzentwurf des FPG sollte das DRG-System zur Erreichung folgender Ziele dienen (BT-Drs. 14/6893: 26):

- Beitragssatzstabilität
- weitreichende Strukturveränderungen und eine stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten
- Transparenz des Leistungsgeschehens
- Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer
- Förderung der Wirtschaftlichkeit in Krankenhäusern und bedarfsgerechter und effizienterer Einsatz der Ressourcen in den Krankenhäusern
- mehr Wettbewerb im Krankenhausbereich.

Diese Ziele wurden nach Auffassung der Protagonisten des DRG-Systems weitgehend erreicht:

- Das DRG-System habe „verkrustete Strukturen aufgebrochen und zu weitreichenden Veränderungen im Krankenhausbereich insgesamt und im einzelnen Krankenhaus geführt“ (Tuschen 2011: 18).

- Das DRG-System weise im Hinblick auf die Transparenzziele eine „hervorragende Bilanz“ (GKV-Spitzenverband 2016: 5; Leber/Wolff 2013: 57) aus, da es zu einer deutlichen Erhöhung der Transparenz über die Kosten- und Leistungsstrukturen geführt habe (Braun et al. 2008: 13; Stackelberg 2009: 31; Tuschen 2011: 18).
- Die DRG-Einführung habe Anreize zur Verweildauerreduzierung gesetzt und dadurch eine Verstärkung des Verweildauerrückgangs bewirkt (Leber/Wolff 2007: 81; Stackelberg 2009: 31).
- Durch das DRG-System sei die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser deutlich erhöht worden (Braun et al. 2008: 15; GKV-Spitzenverband 2016: 5; Leber/Wolff 2013: 57; Rau et al. 2009: 13). Das System biete deshalb auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsziele eine „hervorragende Bilanz“ (Leber/Wolff 2013: 57).
- Zudem habe das DRG-System den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern verstärkt (Baum 2009: 28; Stackelberg 2009: 31).

Grad der Zielerreichung

Im Folgenden soll geprüft werden, ob und inwieweit die in den Gesetzesbegründungen genannten Ziel tatsächlich erreicht wurden. Dabei werden inhaltlich nahe beieinanderliegende Ziele im Interesse einer vereinfachten Darstellung zusammengefasst.

Beitragssatzstabilität

Wenn Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als oberstes Ziel für die Einführung des DRG-Systems genannt wird, legt dies nahe anzunehmen, dass vor Einführung des DRG-Systems die Beitragssatzstabilität in der GKV durch die Entwicklung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung gefährdet wurde. Dies war jedoch eindeutig nicht der Fall.

Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung lagen ab Mitte der 1970er Jahre in der alten BRD und ab 1991 im vereinten Deutschland auf einem konstanten Niveau. Es war kein signifikanter Anstieg zu verzeichnen. Bedingt durch die Deutsche Einheit und einen erheblichen investiven Nachholbedarf in den neuen Bundesländern lagen die Ausgaben im vereinten Deutschland über denen der alten BRD, verblieben nach 1991 allerdings auf gleichbleibendem Niveau. Die Ausgaben für Krankenhäuser insgesamt lagen seit Anfang der 1990er Jahre bei 2,7 Prozent des

Bruttoinlandsprodukts (BIP), die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung lagen in diesem Zeitraum konstant bei 2,2 Prozent.

Insofern ist festzuhalten, dass von den Ausgaben für Krankenhäuser keine Gefährdung der Beitragssatzstabilität ausging. Sofern die gesetzliche Krankenversicherung in den 1980er und 1990er Jahren Defizite zu verzeichnen hatte, waren diese durch eine Erosion der Einnahmegrundlagen der GKV verursacht. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen hielten seit Anfang der 1980er Jahre aufgrund anhaltender Arbeitslosigkeit, niedriger Lohn- und Gehaltsabschlüsse, eines zunehmenden Niedriglohnssektors, einer „Politik der Verschiebebahnhöfe“ etc. nicht mit der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung schritt. In der Folge schrumpfte der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder am BIP. In der alten BRD sank er von ca. 41 Prozent des BIP im Jahr 1982 auf ca. 38 Prozent im Jahr 1990, im vereinten Deutschland setzte sich dieser Trend fort, wenn auch bedingt durch die schwächere Wirtschaftskraft der neuen Bundesländer auf einem höheren Niveau (Simon 2017a).

Spätestens seit Mitte der 1990er Jahre gehörte es auch in der Gesundheitspolitik zum Stand des Wissens, dass die Defizite der GKV durch die Erosion der Einnahmegrundlage verursacht wurden. Insofern ist der im GKV-GRG 2000 und im FPG 2002 enthaltene Verweis auf die Beitragssatzstabilität, weniger als Ursachenzuschreibung für GKV-Defizite zu interpretieren, sondern vielmehr als Vorgabe. Die Umstellung auf ein Fallpauschalensystem sollte die Beitragssatzstabilität in der GKV nicht gefährden. Dementsprechend wurde das System denn auch als Gesamtvergütungssystem in Anlehnung an das Vergütungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung konstruiert und der Übergang auf das DRG-System unter die strikte Vorgabe gestellt, dass es nicht zu einer Erhöhung der GKV-Ausgaben kommen dürfe (vgl. die Begründung des FPG: BT-Drs. 14/6893: 27 f.).

Die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung entwickelten sich auch nach Einführung des DRG-Systems auf demselben Niveau weiter wie in den Jahren zuvor. Wenn es zu Defiziten in der GKV kam, dann waren sie nicht durch ein überproportionales Wachstum der Ausgaben für Krankenhäuser verursacht, sondern vor allem durch die Erosion der Einnahmegrundlage der GKV oder durch Ausgaben in anderen Bereichen (z. B. Arzneimittelversorgung).

Sofern Beitragssatzstabilität in der GKV erreicht wurde, war dies somit kein „Erfolg“ des DRG-Systems, sondern – insbesondere in den letzten Jahren – Ergebnis eines günstigen Konjunkturverlaufs und dadurch bedingt hoher Einnahmen der Krankenkassen.

Strukturveränderungen

Eines der zentralen Ziele des DRG-Systems war die Erreichung weitreichender Strukturveränderungen im Krankenausbereich. Gemeint war damit eindeutig nur ein Kapazitätsabbau. Die Krankenhauspolitik des Bundes ist seit den 1980er Jahren vor allem von einer Vorstellung geprägt: Es gibt in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viele Krankenhäuser und Krankenhausbetten. Durch Kapazitätsabbau könnten folglich Ausgaben eingespart und die GKV entlastet werden (vgl. u. a. BMA 1989).

Unzweifelhaft gibt es in Deutschland mehr Krankenhausbetten pro Kopf der Bevölkerung als in den meisten anderen vergleichbaren Ländern. Allerdings verkennt die zitierte Argumentationslogik die Bedeutung der Zahl der Krankenhäuser und Betten für die Ausgaben der GKV. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass es in Deutschland eine „duale Finanzierung“ der Krankenhäuser gibt. Die Finanzierung der Investitionskosten und folglich der Bau von Krankenhäusern und die Anschaffung von Betten fällt in die Zuständigkeit der staatlichen Investitionsförderung der Länder. Weniger Krankenhäuser und weniger Betten können von daher nicht zu einer direkten Entlastung der Krankenkassen führen, da die Krankenkassen für diesen Kostenbereich nicht aufkommen müssen.

Die Krankenkassen sind für die Finanzierung der laufenden Betriebskosten zuständig, die zum größten Teil aus Personalkosten bestehen. Personalkosten, insbesondere im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst, fallen für die Versorgung von Patienten an und sind somit vor allem von der Zahl der Fälle und dem durchschnittlichen Fallschweregrad abhängig.

Sollen die Krankenkassen bei den Ausgaben für Krankenhausbehandlung entlastet werden, müsste entweder die Personalbesetzung oder die Zahl der Fälle und deren Schweregrad abgesenkt werden. Ein gesundheitspolitisch vertretbares Ziel wäre die Senkung der im internationalen Vergleich hohen Krankenhaushäufigkeit in Deutschland. Es werden hierzulande mehr Menschen pro Jahr in ein Krankenhaus vollstationär aufgenommen als in den meisten anderen vergleichbaren Ländern. Es dürfte weitgehende Übereinstimmung darin bestehen, dass es sowohl für die Patienten als auch die GKV wünschenswert wäre, wenn Behandlungen, die auch ambulant durchgeführt werden können, nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt werden. Eine solche Veränderung könnte für sich in Anspruch nehmen eine sinnvolle „weitreichende Strukturveränderung“ zu sein.

Um eine solche Strukturveränderung zu erreichen, ist jedoch die Einführung eines Fallpauschalensystems die denkbar schlechteste Idee.

Ein Fallpauschalensystem wie das DRG-System setzt aus naheliegenden Gründen Anreize, möglichst viele Patienten vollstationär zu behandeln, selbst dann, wenn dies auch ambulant möglich wäre.

Die Forderung nach weniger stationären Behandlungen und einer stärkeren Verlagerung bislang stationär erbrachter Leistungen war jedoch nicht leitend für das im FPG genannte Ziel weitreichender Strukturveränderungen. Das FPG war vielmehr geleitet von der Vorstellung, ein deutlicher Kapazitätsabbau könne die GKV entlasten.

Nimmt man diese Zielvorstellung als Ausgangspunkt, dann war das DRG-System ein Misserfolg. Zwar nahm die Zahl der Krankenhäuser in der Krankenhausstatistik kontinuierlich ab, dieser Rückgang resultierte jedoch vor allem aus Krankenhauszusammenschlüssen und nicht aus Krankenhausschließungen. Es dauerte eine Weile, bis diese Erkenntnis auch die Gesundheitspolitik und vor allem den GKV-Spitzenverband erreichte.

Ein vom GKV-SV in Auftrag gegebenes und 2014 veröffentlichtes Gutachten ergab, dass die Zahl der Krankenhäuser in der Krankenhausstatistik zwischen 2003 und 2012 zwar insgesamt um 204 zurückgegangen war, dieser Rückgang jedoch nur in 74 Fällen Folge von Krankenhausschließungen war (Preusker et al. 2014). Alle anderen Krankenhäuser existierten weiter, allerdings nicht mehr als eigenständiges Krankenhaus, sondern als Teil eines Zusammenschlusses. Bei den tatsächlich geschlossenen Krankenhäusern handelte es sich zudem nur um sehr kleine Kliniken mit im Durchschnitt lediglich ca. 70 Betten. Insofern ging die Zahl der Betten nur in geringem Maße zurück.

Dies wird auch deutlich, wenn man die Entwicklung der Bettenzahlen vor und nach Einführung des DRG-Systems vergleicht. Während die Zahl der Betten zwischen 1991 und 2001 jährlich um 1,5 Prozent zurückging, nahm sie zwischen 2005 und 2017 jährlich nur um 0,6 Prozent ab (StBA 1991–2018).

Nach Einführung des DRG-Systems hat sich der Bettenabbau folglich nicht beschleunigt, sondern verlangsamt. Das DRG-System hat somit das Ziel eines verstärkten Kapazitätsabbaus nicht erreicht.

In einem Punkt hat das DRG-System allerdings sehr wohl einen weitreichenden Strukturwandel bewirkt. Da die Einführung von Fallpauschalen mit der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und Zulassung von Gewinnen verbunden war, wurde die Krankenhausversorgung für private gewinnorientierte Träger sehr attraktiv. Ihr Interesse an der Übernahme von Kliniken traf auf ein innerhalb kurzer Zeit sprunghaft steigendes Angebot insbesondere kommunaler Krankenhäuser, deren Träger die absehbaren Verluste zu übernehmen nicht bereit oder in der Lage waren. Unmittelbar vor und während der DRG-Einführung setzte

eine Privatisierungswelle von zuvor nicht gekanntem Ausmaß ein (DZ Bank 2006).⁵⁷

Infolge der Privatisierungen stieg die Zahl der privaten Allgemeinkrankenhäuser von ca. 440 im Jahr 2000 um ca. 30 Prozent auf 575 im Jahr 2010 (StBA 1991–2018). Mit 82 Privatisierungen erfolgten fast zwei Drittel des Zuwachses allein in den Jahren 2004 bis 2007.⁵⁸ Seit 2010 ist die Zahl der privaten Allgemeinkrankenhäuser nicht weiter angewachsen und verharrt auf weitgehend gleichem Niveau.

Die Privatisierungen im Gefolge der Einführung des DRG-Systems haben dazu geführt, dass es seit dem Jahr 2009 in Deutschland mehr private gewinnorientierte Allgemeinkrankenhäuser gibt als öffentliche. Denn parallel zur Zunahme der Zahl privater Kliniken nahm die Zahl kommunaler Kliniken ab. Gab es im Jahr 2000 noch 744 öffentliche Allgemeinkrankenhäuser, so waren es 2010 nur noch 539. Bis 2017 sank die Zahl weiter bis auf 464.

Es darf aber wohl bezweifelt werden, dass „der Gesetzgeber“ diese Art von Strukturwandel vor Augen hatte, als er das Gesetz beschloss. Das Fallpauschalengesetz wurde 2002 von einer rot-grünen Bundestagsmehrheit beschlossen, die damit keine umfassende Privatisierung der Krankenhausversorgung im Sinn hatte.

Transparenz der Leistungen und Kosten

Eines der am häufigsten angeführten Argumente für die Beibehaltung des DRG-Systems ist die Behauptung, das DRG-System habe Transparenz über die Leistungen und Kosten der Krankenhäuser hergestellt. Diese Behauptung hält einer kritischen Betrachtung jedoch nicht Stand.

57 Die DZ-Bank erstellte 2006 eine Analyse des „Krankenhausmarktes“ als Grundlage für Anlageempfehlungen (DZ Bank 2006). Das Ergebnis war eindeutig: Die Privatisierungswelle öffentlicher Krankenhäuser werde durch das DRG-System „an Dynamik gewinnen“. „Auslöser für Privatisierungen“ seien in der Regel „leere öffentliche Kassen“ (ebd.: 3) der Länder und Gemeinden, die dazu führen, dass notwendige Investitionen nicht finanziert und anfallende Verluste nicht übernommen werden können. Für finanzstarke private „Klinik-Betreiber“ sah die DZ-Bank daher „günstige Akquisitionsmöglichkeiten und ein hohes, profitables Wachstum“ (ebd.: 2). Auf Grundlage dieser Analysen und Einschätzungen sprach die DZ-Bank deutliche Kaufempfehlungen aus für die damals führenden privaten Klinikkonzerne wie Rhön Klinikum, Helios, Fresenius, MediClin etc.

58 Da es äußerst selten vorkommt, dass neue Kliniken mit zusätzlichen Bettenkapazitäten neu in die Krankenhauspläne aufgenommen werden, ist davon auszugehen, dass der Zuwachs der privaten Allgemeinkrankenhäuser allein auf die Übernahme bestehender Krankenhäuser anderer Träger zurückgeht. Die Zahl der Krankenhäuser und Betten außerhalb der Krankenhausplanung ist sehr gering und kann vernachlässigt werden. Das Interesse der privaten Träger richtet sich auf die Übernahme von Plankrankenhäusern, denn dies ist die einzige Möglichkeit, eigene Bettenkapazitäten für den Bereich der Versorgung von GKV-Versicherten in relevantem Maße auszuweiten.

Leistungstransparenz

Die Vorstellung, das DRG-System habe Transparenz in das Leistungsgeschehen gebracht, baut auf der Vorstellung auf, die DRGs würden eine zuverlässige Abbildung des Leistungsgeschehens bieten. Dem ist jedoch nicht so.

Die DRG-Fallpauschalen bauen auf einem System von Fallgruppen (DRG) auf, die einerseits aufgrund von Hauptdiagnosen und Nebendiagnosen sowie einigen weiteren Patientenmerkmalen wie beispielsweise dem Alter, andererseits aufgrund erbrachter Leistungen gebildet werden. Die Diagnosen werden mittels ICD-Kodes und die Leistungen mittels OPS definiert.⁵⁹ Wie oben im Rahmen der Analyse und Kritik des Fallgruppensystems aufgezeigt, sind diese Fallgruppen medizinisch jedoch nicht homogen, weder was die Diagnosen betrifft, noch was die erbrachten Leistungen betrifft.

In DRGs werden vielfach sehr unterschiedliche Diagnosen und auch sehr unterschiedliche Leistungen zusammengefasst. Die medizinische Inhomogenität der DRGs, ist für medizinische Laien leicht daran zu erkennen, dass die sprachliche Definition der DRGs im Fallpauschalenkatalog nicht nur ein, sondern gleich mehrere „oder“ enthält. Dieselbe DRG wird für die eine Leistungen „oder“ eine andere Leistung „oder“ noch eine andere Leistungen „oder“ etc. gezahlt (Abb. 2). Der aktuell geltende Katalog weist vielfach drei oder vier und teilweise bis zu fünf „oder“ aus. Die nachfolgend zitierten DRG-Definitionen sind willkürlich ausgewählt und sollen lediglich der Veranschaulichung dienen (Hervorhebungen: M.S.):

- B02A: Komplexe Kraniotomie **oder** Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems **oder** intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392/368/- Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB **oder** Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur
- B17B: Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems **oder** Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie **oder** Neuropathie, mit bestimmten komplexen Eingriffen, Alter < 16 J. **oder** mit mäßig komplexen Eingriffen, Alter < 19 J. **oder** mit äußerst schweren oder schweren CC
- E69C: Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag **oder** ohne äußerst schwere **oder** schwere CC **oder** Alter < 56 Jahre **oder** Beschwerden und Symptome der Atmung **oder** Störungen der At-

⁵⁹ ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten ist in ihrer deutschen Variante (German Modification, ICD-10-GM) die amtliche Klassifikation für Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. OPS: Der deutsche Operationen- und Prozedurenschlüssel ist die amtliche Klassifikation für Prozeduren in der Medizin.

mung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufwändige/hochaufwändige Behandlung

Darüber hinaus bildet das DRG-Fallgruppensystem die Komplexität der Krankenhausbehandlung nur vollkommen unzureichend ab, da es sich weitgehend auf ärztlich-medizinische Leistungen beschränkt. Wichtige, für die Qualität der Patientenversorgung sehr relevante andere Leistungsbereiche wie beispielsweise die Pflege bleiben fast vollständig unberücksichtigt. Die Fallgruppen, auf deren Grundlage die Fallpauschalen gezahlt werden, werden ausschließlich auf Grundlage des medizinischen ICD und des an ärztlichen Prozeduren ausgerichteten OPS gebildet. Pflegediagnosen und Pflegeprozeduren werden nicht zur Fallgruppenbildung verwendet.⁶⁰

Insgesamt betrachtet hat sich die Leistungstransparenz im Krankheitsbereich in den letzten zwei Jahrzehnten allerdings durchaus erhöht. Dies ist allerdings nicht ein „Erfolg“ des DRG-Systems, sondern Ergebnis einer gegenüber den 1990er Jahren erheblich genaueren Dokumentation der Diagnosen und Prozeduren. Diese werden – wie oben bereits erwähnt – jedoch nicht mit DRG-Kodes dokumentiert, sondern mit den Kodes der internationalen Klassifikation der Diagnosen (ICD) und dem deutschen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Beide existierten bereits vor Einführung des DRG-Systems und funktionieren vollkommen unabhängig von ihm.

Auch die im Zusammenhang mit dem DRG-System eingeführten Qualitätsberichte der Krankenhäuser und die darauf aufbauenden zahlreichen Internetportale für Krankenhausvergleiche können nicht als „Erfolg“ des DRG-Systems gelten. Zum einen verwenden sowohl die Qualitätsberichte als auch die Internetportale nicht die DRG-Kodes, sondern die betreffenden ICD- und OPS-Kodes. Die DRG-Kodes scheiden für Qualitätsberichte und Qualitätsvergleiche aufgrund ihrer erheblichen medizinischen Inhomogenität aus. Und da die Qualitätsberichte und Internetportale nicht auf DRG-Kodes aufbauen, sind sie auch vollkommen unabhängig von den DRGs. Insofern können auch sie nicht als „Erfolg“ des DRG-Systems gewertet werden.

Das DRG-System hat somit keinen Anteil an der erreichten höheren Leistungstransparenz. Im Gegenteil, es behindert sie sogar, und zwar in einer sehr schwerwiegenden Weise, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen.

⁶⁰ Berücksichtigung finden sie lediglich bei der Verwendung eines Klassifikationssystems für hochpflegeaufwändige Patienten (PKMS), allerdings nur als Grundlage für wenige Zusatzentgelte.

Die Kodierung von ICD- und OPS-Kodes erfolgt in den Krankenhäusern für Abrechnungszwecke. Die Nutzung dieser Codes für die Krankenhausstatistik, Qualitätsberichte etc. ist lediglich eine Art „Abfallprodukt“. Da die Kodierung über die Höhe der abrechenbaren Vergütungen entscheidet, muss davon ausgegangen werden, dass sie auch von ökonomischen Interessen der Krankenhäuser beeinflusst wird. Zudem sind die Vorschriften zur Kodierung primär auf die Zwecke der Abrechnung von Fallpauschalen ausgerichtet und werden jährlich geändert. Das hat wiederum Auswirkungen auf die Kodierpraxis in den Krankenhäusern.

Daraus resultiert, dass die so erhobenen Daten nicht als zuverlässige Quelle für wissenschaftliche Analysen dienen können. Das aber wiederum stellt die Aussagekraft dieser Daten insgesamt infrage. Von jährlich wechselnden Kodiervorschriften und ökonomischen Interessen beeinflusste Daten können folglich auch keine zuverlässige Transparenz über Diagnosen und Prozeduren herstellen.

Die für die Krankenhausstatistik zuständigen Mitarbeiterinnen wiesen bereits 2009 darauf hin, dass die ihnen übermittelten Daten zu Diagnosen und Prozeduren offensichtlich in starkem Maße beeinflusst sind durch

„die jeweiligen z. T. jährlichen entgeltrelevanten Modifikationen bei den Fallpauschalenkatalogen, Kodierrichtlinien und Abrechnungsregeln und den damit einhergehenden erlösoptimierenden Anpassungsstrategien der Krankenhäuser“ (Spindler/Bölt 2009: 57).

Die Vertrauenswürdigkeit der ICD- und OPS-Kodes wird nicht nur vom Statistischen Bundesamt bezweifelt, sondern in erheblichem Maße auch von den Krankenkassen, wie die zahlreichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen um Rechnungen zeigen. Denn dabei geht es in erster Linie um die Frage der Richtigkeit der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren.⁶¹

Insgesamt ist somit festzustellen, dass das DRG-System die Leistungstransparenz nicht nur nicht erhöht sondern verschlechtert hat. Aufgrund der Beeinflussung der Kodierung in den Krankenhäusern durch ökonomische Interessen und Abrechnungsvorschriften hat die Vertrauenswürdigkeit und Validität der in den amtlichen Statistiken dokumentierten Daten stark gelitten.

Kostentransparenz

Auch die Behauptung, das DRG-System habe für Transparenz der Kostenstrukturen im Krankenausbereich gesorgt, hält einer kritischen Prü-

⁶¹ Wenn unter diesen Vorzeichen auch von Vertretern der GKV eine Erhöhung der Leistungstransparenz durch das DRG-System konstatiert wird (u.a. GKV-Spitzenverband 2016: 5; Leber/Wolff 2013: 57), erscheint dies darum wenig nachvollziehbar.

fung nicht stand. Wie der Blick in die Rechtsvorschriften vor Einführung des DRG-Systems zeigt, hat das DRG-System nicht für mehr Transparenz gesorgt, sondern die zuvor bestehende Transparenz beseitigt und durch Intransparenz ersetzt.

Abschaffung bestehender Transparenz

Seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 galt bis zur Einführung des DRG-Systems das Selbstkostendeckungsprinzip. Zu diesem Prinzip gehörte auch die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser, den Krankenkassen zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen einen „Kosten- und Leistungsnachweis“ (KLN) vorzulegen (§ 18 Abs. 3 KHG i.d.F. des GSG 1992). Der KLN hatte eine Aufstellung der Kosten und Leistungen sowohl des laufenden Jahres, als auch des vorhergehenden Jahres zu enthalten. Und er musste auch die voraussichtlichen Kosten und Leistungen des nächsten Jahres ausweisen, die Grundlage des noch zu vereinbarenden neuen Budgets sein sollten. Damit hatten die Krankenkassen einen detaillierten Überblick und ein hohes Maß an Transparenz über die Kosten jedes einzelnen Krankenhauses.

Mit Einführung des DRG-Systems wurde diese Transparenz beseitigt. Das Selbstkostendeckungsprinzip und damit auch der KLN wurden abgeschafft. Dies war insofern folgerichtig, als die Fallpauschalen nicht auf Grundlage der Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses krankhausindividuell vereinbart, sondern auf Grundlage eines bundesweit einheitlich geltenden Fallpauschalenkataloges und eines geltenden Landesbasisfallwertes gezahlt werden. Somit bestand kein Bedarf mehr an einer detaillierten Aufstellung der Kosten. An die Stelle des KLN ist eine „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)“ getreten (Anlage 1 KHEntgG), die keinerlei Angaben zu den Kosten oder Kostenstrukturen des Krankenhauses enthält.

Auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser ist somit festzustellen, dass eine bestehende Kostentransparenz abgeschafft und durch Intransparenz ersetzt wurde.

Nun könnte hilfswise behauptet werden, dass das DRG-System mehr Transparenz über die bundesweiten Kostenstrukturen geschaffen habe. Damit könnten entweder die Bewertungsrelationen oder die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jährlich veröffentlichten Kalkulationsdaten gemeint sein. Aber auch eine solche Behauptung hält einer kritischen Betrachtung nicht Stand.

Nicht-repräsentative Kalkulationsstichprobe

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die Kalkulationsdaten aus einer nicht repräsentativen Krankenhausstichprobe stammen und folglich keinen Rückschluss auf die tatsächlichen Kosten oder Kostenstrukturen erlauben. Da es sich bei der Stichprobe nicht um eine Zufallsstichprobe handelt, sondern um eine sogenannte „Gelegenheitsstichprobe“, muss davon ausgegangen werden, dass sie systematische Verzerrungen aufweist.

Die Teilnahme an der Kalkulationsstichprobe war von Anfang an freiwillig. Entscheidendes Kriterium für die Aufnahme in die Stichprobe war und ist der Zustand des betrieblichen Rechnungswesens. Das InEK stellt bestimmte Anforderungen an die Differenziertheit und Qualität der Kostendaten, die nur zu erfüllen sind, wenn ein Krankenhaus über ein betriebliches Rechnungswesen verfügt, das diese Datenqualität liefern kann.

Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme und der Kriterien für die Aufnahme in die Stichprobe muss davon ausgegangen werden, dass sich nur bestimmte Krankenhäuser für die Teilnahme melden und bestimmte Gruppen von Krankenhäusern überhaupt nicht oder nur unterproportional in der Stichprobe vertreten sind. So sind beispielsweise Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten und Kliniken in privater Trägerschaft in der Kalkulationsstichprobe von Anfang an unterrepräsentiert (InEK 2005: 17).

Das Problem der fehlenden Repräsentativität ist sowohl dem GKV-Spitzenverband als auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft seit Anfang an bekannt, jedoch ohne dass die notwendigen Konsequenzen daraus gezogen wurden. Bezeichnenderweise antwortete der Leiter des InEK in einem Interview 2014 auf die Frage, welches die größten Schwächen des DRG-Systems seien:

„Unsere Unfähigkeit, zu den tatsächlichen Kostenverhältnissen in Deutschland mithilfe der Stichprobe eine Aussage zu treffen“ (Heimig 2014: 168).

Die Politik erhielt von diesem Problem offenbar erst vor einigen Jahren Kenntnis und verpflichtete die gemeinsame Selbstverwaltung daraufhin im Jahr 2016, für eine repräsentative Stichprobe zu sorgen (§ 17b Abs. 3 KHG i.d.F. des KHSG 2016). Diesen Gesetzauftrag haben die beauftragten Spitzenverbände jedoch ignoriert. Sie halten weiterhin daran fest, dass der weit überwiegende Teil der Stichprobe auf freiwilliger Teilnahme basiert. Die nicht-repräsentative Stichprobe soll lediglich durch einige zufällig ausgewählte Kliniken ergänzt werden (GKV-SV/DKG 2016). Insofern wird die Stichprobe auch in Zukunft nicht repräsentativ sein und keine verlässliche Auskunft über die tatsächlichen

durchschnittlichen Ist-Kosten der Grundgesamtheit aller in den Anwendungsbereich des DRG-Systems fallenden Krankenhäuser geben.

Es bleibt noch anzumerken, dass es auf Grundlage der Daten des abgeschafften KLN der einzelnen Krankenhäuser möglich gewesen wäre, Datenaufbereitungen sowohl für Deutschland insgesamt als auch für einzelne Bundesländer zu erstellen, die weit über den Differenzierungsgrad hinausgehen, der gegenwärtig auf Grundlage der DRG-Daten möglich ist.

Die Behauptung, Ziel des DRG-Systems sei die Verbesserung der Kostentransparenz, widerspricht somit in jeder Hinsicht dem politischen Handeln bei Einführung des DRG-Systems.

Von den Ist-Kosten abgekoppelte Bewertungsrelationen

Unabhängig von der Frage der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bieten die Kalkulationsdaten auch aus einem anderen Grund keine Transparenz über die Kostenstrukturen im Krankenausbereich. Die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen haben seit dem Jahr 2006 keinen Bezug mehr zu den tatsächlichen durchschnittlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser. Mit der DRG-Version 2006 wurde die Methode zur Berechnung der Bewertungsrelationen grundlegend umgestellt. Seitdem hat das InEK die Aufgabe, die auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten der Kalkulationskrankenhäuser ermittelten Bewertungsrelationen so umzurechnen, dass die Gesamtsumme aller Bewertungsrelationen, das nationale Casemix-Volumen, beim anstehenden Versionswechsel konstant bleibt (InEK 2005: 9). Um dies zu erreichen, werden bei der Umwandlung der Kostendaten in Bewertungsrelationen alle Bewertungsrelationen entweder angehoben oder abgesenkt, je nachdem ob die Summe des neuen Kataloges über oder unter der des vorhergehenden DRG-Kataloges liegt (ebd.).

Folglich haben die Bewertungsrelationen keinen Bezug mehr zu den tatsächlichen Ist-Kosten. Darauf wies 2007 der spätere Leiter der Abteilung Krankenhäuser im GKV-Spitzenverband ausdrücklich hin:

„Die Bezugsgröße wird damit ausschließlich zur Rechengröße zwecks Adjustierung des DRG-Systems. Insbesondere besteht zwischen adjustierten Bezugsgröße und den mittleren Kosten der Kalkulation kein kausaler Zusammenhang mehr“ (Leber/Wolff 2007: 60).

Da der nationale Casemix seitdem bei jedem Versionswechsel konstant gehalten wird, würden die Bewertungsrelationen auch bei einer zukünftig repräsentativen Stichprobe keine Auskunft über die tatsächlichen Ist-Kosten geben.

Die Kostenmatrix des InEK

Auch die vom InEK jedes Jahr veröffentlichten Daten zu fallbezogenen Kostenstrukturen können nicht als Beweis für ein Mehr an Kostentransparenz angeführt werden. Das InEK veröffentlicht jedes Jahr die Ergebnisse der Kalkulationsstichprobe in einer Datenbankdatei, die als „DRG-Browser“ bezeichnet wird (für die DRG-Version 2020 vgl. InEK 2020a). Dort wird für jede DRG eine Kostenmatrix ausgewiesen, in der die Kosten der betreffenden DRG differenziert für einzelne Kostenarten (z. B. Personalkosten) und Kostenbereiche (z. B. Normalstation) aufgelistet sind.

Dazu ist zunächst einmal festzuhalten, dass diese Darstellungen nur für einzelne DRGs verfügbar sind und folglich keinen Rückschluss auf die Kostenstrukturen eines Krankenhauses, einer Krankenhausgruppe (nach Größe oder Versorgungsstufe) oder Region erlauben.

Aber auch für seriöse Analysen einzelner DRGs sind diese Daten unbrauchbar. Während für DRGs ein möglichst hohes Maß an Kostenhomogenität angestrebt wird, spielt dieses Kriterium unterhalb der Ebene einer DRG keine Rolle. Insofern basieren die Angaben zu einzelnen Kostenarten und Kostenbereichen auf einem Datenspektrum, das eine hohe Kostenvarianz aufweist. Die ausgewiesenen Werte geben somit einen Mittelwert für ein vollkommen unbekanntes und vielfach sehr breites Spektrum an Kosten an und bieten insofern nicht das, was als Kostentransparenz gelten kann.

Fazit

Es kann somit festgestellt werden, dass die Einführung des DRG-Systems nicht zu einer Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz geführt hat.

Das heute erreichte höhere Maß an Leistungstransparenz wurde allein durch die Anwendung des ICD und OPS erreicht. Beide existierten bereits vor Einführung des DRG-Systems und würden auch nach einer Abschaffung des DRG-Systems weiter gelten und angewendet. Das DRG-System schadet der Leistungstransparenz sogar, da unter den Bedingungen eines Fallpauschalensystems die Anwendung des ICD und OPS in Krankenhäusern durch ökonomische Ziele und Interessen beeinflusst wird, was die Vertrauenswürdigkeit der kodierten Diagnosen und Prozeduren beeinträchtigt.

Durch die Einführung des DRG-Systems und damit verbundene Abschaffung des Kosten- und Leistungsnachweises wurde eine vorhandene Kostentransparenz nicht verbessert, sondern beseitigt. Die seit Einführung des DRG-Systems verfügbaren Kalkulationsdaten bieten keine Kostentransparenz, da sie aufgrund der fehlenden Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe keinen Rückschluss auf die Kostenstrukturen der

Grundgesamtheit aller Krankenhäuser erlauben. Zudem sind die Bewertungsrelationen seit 2006 von den Ist-Kosten abgekoppelt und erlauben folglich keinen Rückschluss auf die tatsächlichen Ist-Kosten.

Verkürzung der Verweildauer

Eine der zentralen Erwartungen an die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen war, dass es zu einer deutlichen Verkürzung der Verweildauern kommen werde. Diese Erwartung erscheint auf den ersten Blick auch sehr plausibel, da die Höhe von Fallpauschalen üblicherweise von der Anzahl der Verweildauertage unabhängig ist. Insofern geht von Fallpauschalen in der Regel ein starker Anreiz zur Verweildauerverkürzung aus.

Da die Verweildauer auch bereits unter den Bedingungen tagesgleicher Pflegesätze kontinuierlich zurückging, kann es bei der Frage nach den Erfolgen des DRG-Systems folglich nicht um die Frage gehen, ob es überhaupt zu einer Verweildauerverkürzung gekommen ist, sondern ob die Verweildauer unter Fallpauschalen stärker zurückgegangen ist als zuvor.

Betrachtet man die Daten der Krankenhausstatistik und vergleicht die Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer vor und nach Einführung des DRG-Systems, so zeigt sich, dass der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer nach Einführung des DRG-Systems schwächer ausgefallen ist als zuvor. Während die Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern zwischen 1992 und 2001 jährlich um durchschnittlich um 3,6 Prozent zurückging, waren es im Zeitraum 2005 bis 2017 nur noch 1,7 Prozent (StBA 1991–2018). In absoluten Zahlen betrug der durchschnittliche jährliche Verweildauerrückgang zwischen 1992 und 2001 0,4 Tage, zwischen 2005 und 2017 lag er bei 0,1 Tagen.

Die Erklärung hierfür ist in der besonderen Konstruktion des deutschen Fallpauschalensystems zu finden. Der Fallpauschalenkatalog weist für jede DRG eine „Obere Grenzverweildauer“ (OGV), eine mittlere Verweildauer und eine „Untere Grenzverweildauer“ (UGV) aus. Bei Überschreitung der OGV wird ein tagesbezogener Zuschlag gezahlt, bei Unterschreitung der UGV wird die Fallpauschale um einen im Katalog ausgewiesenen Anteil gekürzt. Somit setzt das DRG-System einen starken ökonomischen Anreiz, die UGV nicht zu unterschreiten.

Die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene „Mittlere Verweildauer“ dient offenbar in sehr vielen Kliniken als Orientierungswert für den Zeitpunkt, an dem die Patienten entlassen werden. Dem liegt vielfach die Annahme zugrunde, die mittlere Verweildauer gebe die Verweildauer an,

bis zu der eine Behandlung noch kostendeckend ist bzw. ab der Verluste entstehen. Einen solchen Zusammenhang gibt es jedoch nicht. Die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene mittlere Verweildauer steht in keinem Zusammenhang zu den ermittelten durchschnittlichen Fallkosten. Selbst wenn dem so wäre, hieße dies nicht, dass dieser Zusammenhang auch für die Fallkosten des jeweiligen einzelnen Krankenhauses gilt. Handlungsleitend ist jedoch, was von den jeweiligen Akteuren in den Kliniken geglaubt wird.

Betrachtet man dieses Phänomen, so funktioniert das DRG-System in diesem Punkt offenbar wie ein selbstreferenzielles System. Der Fallpauschalenkatalog wird auf Grundlage der Daten von Krankenhäusern der Kalkulationsstichprobe berechnet und bildet somit die in den Kliniken vorzufindenden Verweildauern ab. Die Kliniken wiederum orientieren an den Verweildauerangaben des Fallpauschalenkataloges. So führt die Konstruktion des Systems dazu, dass sich beides gegenseitig reproduziert. Das befördert eine Beharrungstendenz, die zu sehr niedrigen jährlichen Veränderungsraten der durchschnittlichen Verweildauer aller Patienten führt.

Es bleibt noch nachzutragen, dass es zwar auch Daten zu DRG-spezifischen Verweildauern gibt, diese jedoch nicht für seriöse Analysen geeignet sind. Da der Fallpauschalenkatalog jährlich geändert wird und in diesem Zusammenhang auch die Zuschnitte von DRGs verändert werden, wandern Fallkollektive und damit auch deren Verweildauern zwischen den verschiedenen DRGs hin und her. Veränderungen der durchschnittlichen Verweildauer einzelner DRGs erlauben folglich keinen Rückschluss auf die Entwicklung tatsächlicher Verweildauern, da sie in hohem Maße von den Katalogänderungen beeinflusst sind.

Erhöhung der Wirtschaftlichkeit

Bei der Frage, ob das DRG-System eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Krankenausbereich bewirkt hat, ist zunächst einmal festzuhalten, dass es keine allgemein anerkannte Definition dessen gibt, was als „Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus“ zu gelten hat. Der Begriff hat eine mehrere Jahrzehnte zurückgehende Geschichte, die die Probleme einer konsensfähigen Definition deutlich werden lässt.

Das KHG 1972 kannte den Begriff „Wirtschaftlichkeit“ noch nicht. Es sprach von den „Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses“ (§ 4 Abs. 1 KHG 1972), allerdings ohne zu definieren, was damit gemeint war.

Vor dem Hintergrund konflikträchtiger Budgetverhandlungen erteilte der Gesetzgeber Anfang der 1980er Jahre den Spitzenverbänden im Krankenausbereich, der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Auftrag, Grundsätze und Maßstäbe für die Bestimmung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu vereinbaren (§ 19 KHG i.d.F. des KHKG 1981). Nach über 50 Verhandlungsrunden erklärten die Verbände 1988 das Scheitern der Verhandlungen. Sie konnten sich weder auf eine konsensfähige Definition noch auf gemeinsam getragene Grundsätze und Maßstäbe einigen (Mohr 1988).

Das Gesetz sah für den Fall einer Nichteinigung der Verbände vor, dass die Bundesregierung solche Grundsätze und Maßstäbe per Verordnung festlegt. Dazu war weder das Ende der 1980er Jahre zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) noch das ab 1991 zuständige BMG in der Lage oder bereit.

Der Gesetzesauftrag in § 19 KHG bestand allerdings auch in den 1990er Jahren weiter, wurde vom BMG jedoch nicht befolgt. Mit dem Fallpauschalengesetz 2002 wurde das Problem schließlich „aus der Welt geschafft“. § 19 KHG wurde einfach gestrichen. Dies war der Sache nach auch folgerichtig, denn die DRG-Fallpauschalen sollten auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten aller Krankenhäuser kalkuliert werden. Ob diese den Kosten einer wirtschaftlichen Betriebsführung entsprachen oder nicht, spielte keine Rolle.

Die Entscheidung für die durchschnittlichen Ist-Kosten folgte dem politischen Ziel, dass die Gesamtausgaben durch die Umstellung auf Fallpauschalen weder steigen noch sinken sollten. Nur dadurch war es möglich, einerseits das über allem stehende politische Ziel der Beitragsatzstabilität in der GKV einzuhalten, andererseits die Krankenhäuser vor einer Absenkung der Gesamtausgaben zu bewahren. Was wiederum wichtige Voraussetzung war, um einen ansonsten zu erwartenden erheblichen Widerstand der Mehrheit der Krankenhäuser und ihrer Verbände zu vermeiden.

Die Entscheidung für die Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten hatte somit nichts mit „Wirtschaftlichkeit“ zu tun, ganz gleich wie man sie auch definieren mag.

Es sei dabei angemerkt, dass man in keinem seriösen Lehrbuch der Wirtschaftswissenschaften eine Definition von „Wirtschaftlichkeit“ finden wird, die sie als Einhaltung der Durchschnittskosten einer Wirtschaftsbranche definiert. Die Unsinnigkeit einer Definition von „Wirtschaftlichkeit“ als Einhaltung der Durchschnittskosten einer Wirtschaftsbranche dürfte sich auch ohne wirtschaftswissenschaftliches Studium erschließen.

In der gesundheitspolitischen Diskussion hält sich diese Vorstellung jedoch seit Einführung des DRG-Systems. Denn: Wenn behauptet wird, das DRG-System habe eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit bewirkt, impliziert dies die Annahme, ein Krankenhaus, das mit seinen Fallkosten unter Fallpauschalen bleibt, die auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten kalkuliert sind, arbeite wirtschaftlich.

Diese Vorstellung verwechselt jedoch Wirtschaftlichkeit mit Rentabilität, denn: Wenn die Kosten unter den Erlösen aus Fallpauschalen bleiben, entsteht ein Überschuss oder Gewinn. Ein Unternehmen, das Gewinne erzielt, arbeitet rentabel. Gewinne sind Voraussetzung für Rentabilität.

Wenn ein Krankenhaus rentabel ist, heißt dies allerdings noch lange nicht, dass es auch wirtschaftlich arbeitet. Darauf wies bereits der Mentor der deutschen Krankenhausökonomie, Siegfried Eichhorn, Mitte der 1970er Jahre im ersten Band seiner dreibändigen Krankenhausbetriebslehre hin.

„Die Höhe von Gewinn und Verlust bestimmt zwar die Rentabilität, nicht aber die Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebes“ (Eichhorn 1975: 21).

Dabei arbeitete Eichhorn mit einem Wirtschaftlichkeitsbegriff, der Wirtschaftlichkeit in einen untrennbaren Zusammenhang zur ärztlich-pflegerischen Zielsetzung im Einzelfall und der daraus abgeleiteten Art von Leistungen stellt.

„Ein Krankenhaus handelt dann wirtschaftlich, wenn es sich bemüht, die in der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung festgelegten Leistungen mit einem möglichst geringen Aufwand an Betriebsmitteln (Bau, Einrichtung und Ausstattung), Personal und Sachgütern zu erreichen“ (Eichhorn 1975: 21).

Ausgangspunkt für die Bestimmung von Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus ist danach die ärztlich-pflegerische Zielsetzung und die zur Erreichung der gesetzten Ziele erforderliche Art von Leistungen. Und die Art der notwendigen, zielführenden Leistungen meint nichts anderes als die Qualität der Leistungen. Im Gesundheitsbereich und somit auch in der Krankenhausversorgung gilt auch heute noch die auf Donabedian zurückgehende Dreiteilung des Qualitätsbegriffs in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966, 1988). Um durch eine Krankenhausbehandlung ein bestimmtes ärztlich-pflegerisches Ziel (Ergebnisqualität) erreichen zu können, ist eine bestimmte Strukturqualität und Prozessqualität erforderlich. Die Strukturqualität der Krankenhausbehandlung ist vor allem von der Anzahl und Qualifikation des eingesetzten Personals abhängig, die Prozessqualität wird üblicherweise durch eine medizinisch-pflegerische Versorgung sichergestellt, die dem Stand

der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht, sich an Leitlinien orientiert und anerkannte fachliche Standards einhält.

Ist das Behandlungsziel festgelegt, hat die Struktur- und Prozessqualität den fachlichen Anforderungen zu genügen. Erst dann kommt die Anforderung der Wirtschaftlichkeit ins Spiel, indem erwartet wird, dass die den fachlichen Anforderungen genügende Struktur- und Prozessqualität mit möglichst geringem finanziellen Aufwand realisiert wird. Nichts anderes verlangt auch das Wirtschaftlichkeitsgebot des GKV-Rechts in § 12 SGB V.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die DRG-Fallpauschalen, so zeigt sich, dass sie diesen Anforderungen nicht genügen und folglich auch nicht als Maßstab für Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus gelten können.

Die DRG-Fallpauschalen berücksichtigen in einer Weise die Qualität der Krankenhausbehandlung, weder die Struktur-, noch die Prozess- oder Ergebnisqualität.

- Die Ist-Kosten für die Fallpauschalenkalkulation werden in Krankenhäusern erhoben, die keinerlei Anforderungen an ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfüllen müssen, damit sie in die Kalkulationsstichprobe aufgenommen werden.
- Bei der Ermittlung der Ist-Kosten für die Kalkulation der Fallpauschalen werden keinerlei Daten zur Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität des jeweiligen Krankenhauses erhoben. Es ist folglich vollkommen unbekannt, für welche Art von Leistungen Kosten erhoben werden. Es liegen lediglich Daten zu Diagnosen und durchgeführten medizinischen Prozeduren vor. In welcher Qualität diese Prozeduren durchgeführt wurden ist unbekannt. Für die nicht-medizinischen Leistungen wie beispielsweise die pflegerischen Leistungen liegen überhaupt keine Daten vor, noch nicht einmal über durchgeführte Prozeduren.
- Die Zahlung von Fallpauschalen ist an keinerlei Anforderungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geknüpft. Dieselbe Fallpauschale wird sowohl für eine qualitativ hochwertige Versorgung als auch für eine medizinisch-pflegerische Unterversorgung gezahlt. Da sich die Fallpauschalen an den Durchschnittskosten orientieren, bestraft das DRG-System qualitativ hochwertige Versorgung mit Verlustrisiken und belohnt unzureichende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit Überschüssen, die dem jeweiligen Krankenhaus dauerhaft als Gewinn verbleiben.

Aus den vorstehend genannten Gründen fördert das deutsche DRG-System allein aufgrund seiner Konstruktion keine Wirtschaftlichkeit, son-

dern bestraft wirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser, die eine überdurchschnittlich gute Strukturqualität (v. a. Personalbesetzung) und Prozessqualität erbringen, mit Verlusten.

Mehr Wettbewerb

Zu dem im Fallpauschalengesetz 2002 genannten Ziel einer Ausweitung des Wettbewerbs ist zunächst festzustellen, dass Wettbewerb für sich genommen kein originäres gesundheitspolitisches Ziel sein kann. Wettbewerb ist auch in den Vorstellungen seiner neoliberalen Vordenker lediglich Mittel zum Zweck, um ein bestimmtes anderes, in der Wertehierarchie höher angesetztes Ziel zu erreichen (vgl. u. a. Eucken 1952).

Dieses andere, in der Wertehierarchie höher anzusetzende Ziel, wird im Fallpauschalengesetz allerdings nicht genannt. Allgemein wird in der gesundheitspolitischen Diskussion jedoch argumentiert, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern diene einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung. Die Frage der Förderung der Wirtschaftlichkeit durch das DRG-System wurde bereits zuvor erörtert. Auf den Zusammenhang zwischen DRG-System und einem sogenannten „Qualitätswettbewerbs“ soll nachfolgend eingegangen werden.

Zunächst einmal ist die Frage zu beantworten, um was die Krankenhäuser in einem verstärkten Wettbewerb konkurrieren sollen. Stellvertretend für zahlreiche andere Akteure der Krankenhauspolitik sei hier der für die Gestaltung des DRG-Systems maßgeblich zuständige Beamte des BMG zitiert:

„Die Krankenhäuser müssen somit um die Patienten (Fälle) konkurrieren, wenn sie wirtschaftlich überleben oder erfolgreich sein wollen“ (Tuschen 2011: 18).

Dem liegt offenbar die Vorstellung zugrunde, durch die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems seien Krankenhäuser verstärkt zu einem Wettbewerb um Patienten gezwungen. Wenn in den letzten ca. 15 Jahren ein zunehmender Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Patienten feststellbar ist, dann resultiert er allerdings nicht aus der Einführung von Fallpauschalen, sondern aus anderen Veränderungen.

Die Vorstellung eines Wettbewerbs um Patienten kann nur dann mit der Art der Krankenhausvergütung in einen kausalen Zusammenhang gebracht werden, wenn die Krankenhauswahl von Patienten im Fallplanbarer Krankenhausbehandlungen durch die Art der Krankenhausvergütung beeinflusst würde. Dies kann in Deutschland aber allein deshalb nicht der Fall sein, weil Patienten die Vergütung nicht zahlen müssen. Insofern kann von einem Vergütungssystem – und folglich auch ei-

nem Fallpauschalensystem – grundsätzlich kein „Preissignal“ für Patienten ausgehen, um es in der Sprache der Ökonomie auszudrücken.

Wenn Krankenhäuser im Rahmen eines Wettbewerbes um Patienten die Wahlentscheidung von Patienten beeinflussen wollen, dann erfolgt dies in der Regel entweder durch die Bereitstellung von Qualitätsinformationen oder die Beeinflussung niedergelassener Ärzte, damit diese ihren Patienten die betreffende Klinik empfehlen. In beiden Varianten sind Informationen über die Qualität der Krankenhausleistungen maßgeblich, es sei denn, die Empfehlung des niedergelassenen Arztes wurde vom Krankenhaus durch illegale finanzielle Zuwendungen „gekauft“.

Zwar werden seit ca. 10 bis 15 Jahren zunehmend mehr Qualitätsinformationen der Krankenhäuser veröffentlicht, dieser Prozess steht jedoch in keinem Abhängigkeitsverhältnis zur Zahlung von Fallpauschalen. Die zu verzeichnende Erhöhung der Qualitätstransparenz funktioniert vollkommen unabhängig davon, ob tagesgleiche Pflegesätze oder Fallpauschalen gezahlt werden. Dies ist bereits daran erkennbar, dass die im Internet verfügbaren Qualitätsinformationen keine DRG-Kodes verwenden, sondern ICD- und OPS-Kodes. DRG-Kodes sind für Qualitätsinformationen vollkommen unbrauchbar, da DRG-Fallpauschalen bis auf wenige Ausnahmen für ein medizinisch inhomogenes Konglomerat von Leistungen gezahlt werden. Wenn eine DRG für unterschiedliche Arten von Leistungen gezahlt wird, ist nicht feststellbar, auf welche dieser unterschiedlichen Leistungen sich die Qualitätsdaten beziehen.

Wie wenig die Konstrukteure und Befürworter des deutschen DRG-Systems selbst ihren eigenen Begründungen und Legitimationsversuchen für das System Glauben schenken, wird im Fall des Wettbewerbsargumentes daran sichtbar, dass Vergütungen für nicht mit den Kassen vereinbarte zusätzliche Fälle zum größten Teil zurückzuzahlen sind und das DRG-System zahlreiche Regelungen zur Kontrolle und Begrenzung der Fallzahlientwicklung enthält.

Wollte man einen „Wettbewerb um Patienten“ sich tatsächlich frei entfalten lassen, dürfte es für die einzelnen Krankenhäuser keine Beschränkungen der Fallzahlen geben. In einem solchen System wäre die Fallzahlientwicklung von den Krankenkassen allerdings nicht zu kontrollieren, so dass für die GKV das Risiko deutlicher Ausgabensteigerungen durch starke Fallzahlerhöhungen bestünde. Da aber oberstes Ziel im deutschen DRG-System nicht die Förderung eines „Wettbewerbs um Patienten“, sondern die Begrenzung und Kontrolle der Krankenhausausgaben und Beitragssatzstabilität der GKV ist, wurden in das DRG-System von Anfang Mechanismen zur Kontrolle der Fallzahlientwicklung eingebaut.

Seit Einführung des DRG-Systems steht im Mittelpunkt der jährlichen Budgetverhandlungen die detaillierte Vereinbarung von Fallzahlen für einzelne DRGs (vgl. Anlage 1 KHEntgG). Das Krankenhaus muss mit den Krankenkassen nicht nur die Gesamtzahl an Fällen und Einnahmen vereinbaren, sondern auch, wie viele Fälle von welcher Sorte (DRG) es im nächsten Jahr behandeln darf. Somit ist nicht die Wahlentscheidung von Patienten entscheidendes Kriterium für die zukünftige Fallzahl und den Erfolg im „Wettbewerb um Patienten“, sondern die Zustimmung der Verhandlungsführer der Krankenkassen in den jährlichen Budgetverhandlungen. Es sind die Krankenkassen, die darüber entscheiden, wie viele Fälle ein Krankenhaus im nächsten Jahr behandeln darf, nicht die Versicherten oder Patienten.

Zwar kann das Krankenhaus diese Vereinbarung „brechen“ und nicht vereinbarte Mehrleistungen erbringen. In diesem Fall greifen jedoch Vergütungsabschläge, die seit Anfang an als „Bestrafung“ für die Nichteinhaltung der Vereinbarung mit den Krankenkassen fungieren.

Fazit: Das DRG-System zielt nicht darauf, einen freien Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten entstehen und sich entfalten zu lassen. Im Gegenteil: Die Kontrolle der „Mengenentwicklung“ durch die Krankenkassen nimmt eine zentrale Stellung in der Konstruktion des DRG-Systems ein. Wenn es dennoch einen Wettbewerb um Patienten gibt, ist dies nicht Folge der Einführung von Fallpauschalen, sondern basiert auf der zunehmenden Bereitstellung von Informationen über die Qualität der Krankenhäuser. Und diese Informationen sind vollkommen unabhängig vom DRG-System und den Fallpauschalen, sie verwenden keine DRG-Kodes, sondern ICD- und OPS-Kodes.

Das deutsche DRG-System: Ein leistungsgerechtes Vergütungssystem?

Eine zentrale Rolle bei der Begründung und Verteidigung des DRG-Systems spielt die Behauptung, mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems sei die Krankenhausfinanzierung endlich auf ein leistungsorientiertes Vergütungssystem umgestellt worden. In der Begründung des Fallpauschalengesetzes wird das DRG-System als „das neue leistungsorientierte Vergütungssystem“ (BT-Drs. 14/6893: 27) bezeichnet und Fallpauschalen als „leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser“ (BT-Drs. 14/6893: 26). Bereits im Jahr 2000 hatten die beiden maßgeblich für das Krankenhausfinanzierungsrecht zuständigen Beamten des BMG in einer programmatischen Veröffentlichung zum geplanten Fallpauschalensystem festgestellt:

„Künftig muss auch innerhalb des Krankenhausbereichs die Zielsetzung „Geld folgt Leistung“ verwirklicht werden“ (Baum/Tuschen 2000: 453).

Diese Formulierung findet sich fast wortgleich auch in der Begründung des Fallpauschalengesetzes:

„Das Geld soll den Leistungen folgen können“ (BT-Drs. 14/6893: 26).

In den bisherigen Diskussionsbeiträgen, die die Erfolge des DRG-Systems herausstellen, ist die Bewertung des Systems als „leistungsorientiertes“ oder „leistungsgerechtes“ Vergütungssystem von zentraler Bedeutung. Stellvertretend für viele andere Akteure und Publikationen seien hier zwei Zitate aus Veröffentlichungen des Leiters der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes, Wulf-Dietrich Leber, angeführt:

„Auch die Vergütung erfolgt leistungsgerechter: Geld folgt heute tatsächlich der Leistung“ (Leber/Wolff 2013: 57).

„Das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ ist derzeit auf Landesebene durchgesetzt, so dass die Landesbasisfallwerte die zentrale Preissteuerungsgröße im deutschen Gesundheitswesen sind“ (Leber/Schmedders 2014: 16).

Nach alltagssprachlichem Verständnis kann ein Vergütungssystem dann als „leistungsorientiert“ oder „leistungsgerecht“ gelten, wenn es für eine gleiche Leistung eine gleich hohe Vergütung vorsieht. Auf einem solchen Verständnis bauen offensichtlich auch solche Feststellungen auf wie „Geld folgt Leistung“ oder „Gleicher Preis für gleiche Leistung“.

Nachfolgend wird die Behauptung, das DRG-System sei ein „leistungsorientiertes“ Vergütungssystem, in dem gleiche Vergütungen für gleiche Leistungen gezahlt werden, mit der Wirklichkeit des DRG-Systems abgeglichen. Der Abgleich fördert zutage, dass es sich bei den DRGs nicht um „gleiche Leistungen“ handelt und für gleiche DRGs auch nicht eine gleiche Vergütung gezahlt wird.

Die Analyse folgt dabei dem in den oben zitierten Auffassungen enthaltenen Begriff von Krankenhausleistung, obwohl er in hohem Maße problematisch und kritikwürdig ist. Darauf wird in einem abschließenden Exkurs noch näher eingegangen.

Gleiche Vergütung für ungleiche Leistungen

Damit ein Vergütungssystem als „leistungsgerecht“ gelten kann, muss vor allem eine Bedingung erfüllt sein: Bei den mit einem gleichen Entgelt vergüteten Leistungen muss es sich um Leistungen handeln, die sowohl

in ihrer Art als auch ihrem Umfang identisch sind. Diese Bedingung erfüllt das DRG-System nicht. Weder handelt es sich bei den in die DRG-Fallgruppen eingeschlossenen Fallkonstellationen um gleiche oder vergleichbare Leistungen, noch wird für identische DRGs ein einheitlicher „Preis“ gezahlt.

Zunächst zur Art der Leistungen. DRG-Fallpauschalen basieren auf einem Fallgruppensystem, das die schier unendliche Vielfalt möglicher Kombination unterschiedlicher Diagnosen und Prozeduren und Patientenmerkmale auf eine überschaubare und in der Praxis handhabbare Zahl an Fallgruppen reduziert. Im deutschen DRG-System sind es gegenwärtig ca. 1.300 Fallgruppen (InEK 2020b).

Bereits an diesem Punkt wird erkennbar, dass das Vorhaben, ein Vergütungssystem zu schaffen, das für eine „gleiche Leistung“ ein „gleiches Entgelt“ vorsieht, allein aus systematisch-logischen Gründen zum Scheitern verurteilt ist. Die Reduzierung ist nur möglich, wenn „Ungleiches“ zu „Gleichem“ erklärt wird, indem man eine große Zahl ungleicher Fälle zu einer einzigen Gruppe „gleicher Fälle“ zusammenfasst.

Ein solches Fallpauschalensystem kann auch nicht die für die konkrete Behandlung des individuellen Einzelfalles relevanten Einflussfaktoren in ihrer tatsächlichen Vielfalt berücksichtigen, wie beispielsweise die Wünsche und Präferenzen des einzelnen Patienten, die eine humane Medizin sich verpflichtet fühlen sollte, bei Therapieentscheidungen zu beachten. Dieser Kritikstrang soll hier jedoch nicht weiter gefolgt werden. Der Blick soll allein auf die Systemkonstruktion gerichtet, und die Kritik soll sozusagen „immanent“ geführt werden.

Wenn die immense Vielfalt möglicher Fallkonstellationen auf eine überschaubare und praktikable Zahl an Fallgruppen reduziert werden soll, so ist der Verwendungszeitpunkt eines solchen Fallgruppensystems von zentraler Bedeutung. Im Fall der Verwendung als Grundlage für ein Fallpauschalensystem rückt dann eine Anforderung an die erste Stelle, die beispielsweise bei einer Verwendung der Fallgruppen für Zwecke der Qualitätssicherung ohne Bedeutung ist. Es ist die Notwendigkeit, dass die zu bildenden Fallgruppen möglichst gleich hohe Kosten aufweisen. Diese Anforderung wird als „Kostenhomogenität“ bezeichnet. Maßgebliches Kriterium für „Güte der Klassifikation“ ist folglich „die Fähigkeit des Entgeltsystems zur Bildung kostenhomogener Klassen“ (Leber/Wolff 2007: 53).

Die Bedeutung der Kostenhomogenität ergibt sich daraus, dass von Fallpauschalen, die verschiedene und in ihrer Kostenhöhe sehr unterschiedliche Fallkonstellationen mit demselben Betrag vergüten, ein Anreiz zur „Risikoselektion“ und „Rosinenpickerei“ ausgehen würde. Betriebswirtschaftlich rational agierende Krankenhäuser werden durch un-

zureichende Kostenhomogenität der Fallgruppen motiviert, sich auf solche Fallkonstellationen zu beschränken, die unterdurchschnittliche Kosten aufweisen, und Patienten abzuweisen oder sofort weiterzulegen, deren Behandlungskosten absehbar nicht von der betreffenden Fallpauschale gedeckt werden.

Wenn aber Kostenhomogenität oberste Priorität bei der Fallgruppenbildung einzuräumen ist, dann ergibt sich daraus, dass kostenhomogene Fallgruppen in vielen Fällen sowohl medizinisch als auch pflegerisch inhomogen sein werden und sehr unterschiedliche Fallkonstellationen in ein und dieselbe Fallpauschale einschließen. Im deutschen DRG-System wird die medizinische Inhomogenität bereits auf der Ebene der sprachlichen Definitionen für die einzelnen Fallgruppen im DRG-Katalog sichtbar.⁶²

Während die Beschreibungen mittels medizinischer Fachbegriffe gewisse medizinische Vorkenntnisse erfordern, wird die medizinische Inhomogenität auch für medizinische Laien an der Verwendung der Konjunktion „oder“ leicht erkennbar. Eine Vielzahl von DRGs weist in der sprachlichen Beschreibung nicht nur ein „oder“ auf, sondern vielfach drei oder vier und teilweise sogar bis zu fünf „oder“. Beispielhaft sei hier eine willkürlich herausgegriffene DRG-Definition zitiert (Hervorhebungen: M.S.):

- E69C: Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag **oder** ohne äußerst schwere **oder** schwere CC **oder** Alter < 56 Jahre **oder** Beschwerden und Symptome der Atmung **oder** Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufwändige/hochaufwändige Behandlung

Die medizinische Inhomogenität von DRG-Fallgruppen wird auch an den sogenannten „Reste-DRGs“ deutlich. Ihre „inoffizielle“ Bezeichnung in der Fachdiskussion verdanken sie dem Umstand, dass in diesen DRGs Fallkonstellationen zusammengefasst werden, die aus irgendeinem Grund in die anderen DRGs nicht passen. In der Version 2020 gibt es in 18 von insgesamt 24 DRG-Hauptgruppen „Reste-DRGs“ (InEK 2019a: 95). Definitionen solcher DRGs, in denen sehr unterschiedliche, nicht in anderen DRGs unterzubringende Fallkonstellationen zusammengefasst werden, lauten beispielsweise:

- E02B: Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit be-

⁶² Alle hier angesprochenen Dokumente sind zum Download auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verfügbar (<https://www.g-drg.de>).

stimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC

- F21A: Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
- G12A: Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
- H06C: Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation
- J11A: Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para-/Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom
- M06Z: Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag

Die sprachlichen Umschreibungen sind jedoch nur ein sehr oberflächlicher Ausdruck der medizinischen Inhomogenität. Die tatsächliche Heterogenität wird in dem fünfbändigen Definitionshandbuch zum DRG-System sichtbar, das insgesamt knapp 7.000 Seiten umfasst (InEK 2018b).⁶³ Es weist zu den einzelnen DRGs teilweise seitenlange zweispaltige Kolonnen unterschiedlicher ICD- und OPS-Kodes aus, die alle zu einer DRG-Fallgruppe zusammengefasst und mit einer DRG-Fallpauschale vergütet werden.

Zudem richtet sich die Bildung der DRG-Fallgruppen fast ausschließlich nach medizinisch-ärztlichen Diagnosen und Prozeduren. Pflegebedarf und Pflegeleistungen bleibt dabei bis auf sehr wenige Ausnahmen vollständig unberücksichtigt. Wenn aber die Fallgruppen weder nach dem Pflegebedarf noch dem erbrachten Pflegeaufwand gebildet werden, können Unterschiede des Pflegebedarfs oder Pflegeaufwands bei der Zuordnung von Patienten zu den einzelnen DRGs im Rahmen der Kodierung nicht berücksichtigt werden. Die DRGs schließen somit Patientenkollektive mit sehr unterschiedlichem Pflegeaufwand ein. Unterschiedlicher Pflegeaufwand wird folglich mit ein und derselben Fallpauschale vergütet. Auf die Personalkosten des Pflegedienstes entfallen aber immerhin ca. 20 Prozent der Gesamtkosten.

Von noch größerer Bedeutung ist die Tatsache, dass das DRG-Fallgruppensystem die Qualität der Leistungen bis auf sehr wenige Aus-

⁶³ vgl. exemplarisch das Definitionshandbuch 2020. Band 1: 1.330 Seiten, Band 2: ca. 1.030 Seiten, Band 3: 1.150 Seiten, Band 4: ca. 2.830 Seiten, Band 5: ca. 1.770 Seiten.

nahmen in keiner Weise berücksichtigt.⁶⁴ Weder die Strukturqualität noch die Prozessqualität oder die Ergebnisqualität spielen bei der Höhe der Fallpauschale eine Rolle. Somit werden sehr unterschiedliche Leistungsqualitäten mit ein und derselben Fallpauschale vergütet. Wenn Leistungen eine unterschiedliche Qualität aufweisen, und das gilt nicht nur für die Ergebnisqualität, sondern vor allem für die Strukturqualität, dann handelt es sich dabei nicht um „gleiche“ Leistungen. Es sind unterschiedliche Leistungen, die folglich – wenn man den Anspruch der Leistungsgerechtigkeit ernst nimmt – auch mit unterschiedlichen Fallpauschalen vergütet werden müssten.

Um Missverständnisse zu vermeiden: Die vorstehenden Ausführungen sind nicht als Plädoyer für eine Reform des DRG-Systems gemeint. Wer die angesprochenen Probleme durchdenkt, wird sehr schnell zu der Erkenntnis gelangen, dass es unmöglich ist, ein „wirklich leistungsgerechtes“ Fallpauschalensystem zu konstruieren. Der Versuch, es dennoch zu konstruieren, würde zu einer schier unüberschaubaren und für die Praxis vollkommen unbeherrschbaren Komplexität führen. Am Ende würde die Einsicht stehen, dass es nicht möglich ist, die Komplexität der sozialen Realität der Krankenhausversorgung in einem Fallpauschalensystem adäquat abzubilden.

Es kann somit festgestellt werden, dass das DRG-System allein aufgrund der Konstruktion seines Fallgruppensystems nicht leistungsorientiert sein kann und den Grundsatz „Geld folgt Leistung“ oder „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ nicht verwirklicht. Es sei denn, man interpretiert den Satz als „Geld folgt irgendeiner Leistung“.

Ungleiche Vergütung für gleiche DRGs

Auch auf der Seite der gezahlten Vergütungen erfüllt das deutsche DRG-System nicht das Versprechen „gleicher Preis für gleiche Leistungen“. Selbst wenn man davon ausgeht, die DRG-Fallgruppen wären vollkommen leistungshomogen, erfolgt die Vergütung nicht dem Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistungen“.

Zwar weist der DRG-Katalog für jede darin ausgewiesene Fallgruppe eine bundesweit einheitlich geltende Bewertungsrelation aus, die tatsächlich zu zahlende Fallpauschale ergibt sich jedoch erst durch die Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert. Die Landesbasisfallwerte waren und sind in ihrer Höhe

⁶⁴ Eine Ausnahme bilden lediglich einige OPS-Kodes, die gewisse Vorgaben zur Strukturqualität enthalten. Um DRGs mit diesen Kodes abrechnen zu können, muss ein Krankenhaus die im OPS definierten Anforderungen erfüllen.

allerdings unterschiedlich. Die Spannweite reichte beispielsweise 2005 von 2.639 Euro bis 3.085 Euro (vdek 2018).⁶⁵ Durch die schrittweise Angleichung an einen bundesdurchschnittlichen Basisfallwert sind diese Unterschiede mittlerweile zwar stark reduziert worden, sie bestehen aber weiterhin. Allein aus den unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerten ergibt sich aber, dass im DRG-System bislang bundesweit kein gleicher Preis für gleiche DRGs gezahlt wurde.

Ein weiterer Verstoß gegen den Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ ist das seit DRG-Einführung zunehmend komplexer gewordene System von Zu- und Abschlägen. Da bereits bei Einführung des DRG-Systems erkennbar war, dass zahlreiche Leistungstatbestände oder Kosten nicht über einheitliche fallbezogene Pauschalen finanziert werden können, gab es von Beginn an Zu- und Abschläge auf die einzelne abzurechnende Fallpauschale. Ein Teil dieser Zu- und Abschläge gilt einheitlich für alle Krankenhäuser, ein erheblicher Teil ist allerdings krankenhausesindividuell zu vereinbaren (zum Überblick über den aktuellen Stand vgl. AOK-Bundesverband 2020b).

Insgesamt ist die Zahl der Zu- und/oder Abschlagstatbestände in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2011 lag sie beispielsweise noch bei 18, 2020 waren es bereits mehr als 30 (AOK-Bundesverband 2020b; Leber/Wolff 2011: 93–95). Da die krankenhausesindividuell vereinbarten Zu- und Abschläge dazu führen, dass sich die Entgelthöhe bei gleicher DRG verändert, wird folglich kein einheitlicher Preis für die DRGs gezahlt.

Das System der Zu- und Abschläge ist sichtbares Eingeständnis der oben angesprochenen Unmöglichkeit, die Komplexität der Krankenhausversorgung mit einem Fallpauschalensystem abzubilden.

Eine weitere, ökonomisch sehr relevante Abweichung vom Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ ergibt sich aus den verschiedenen Vorgaben für eine Vergütungsdegression bei Leistungsausweitungen. Wenn ein Krankenhaus mehr Leistungen erbringt als mit den Krankenkassen vereinbart, sah und sieht das DRG-System verschiedene Mechanismen vor, durch die die zu zahlenden Vergütungen reduziert werden. Hierzu gehört beispielsweise der sogenannte „Mehrerlösausgleich“, der ein Krankenhaus, das nicht vereinbarte Mehrleistungen erbracht hat, zur Rückzahlung des größten Teils der dadurch erzielten Mehreinnahmen verpflichtet (§ 4 Abs. 3 KHEntgG). Ein ähnlicher Mechanismus war ein mittlerweile nicht mehr erhobener sogenannter „Mehrleistungsabschlag“ für vereinbarte Mehrleistungen, der 2017 durch einen „Fix-

⁶⁵ vor Kappung. Als „Kappung“ wurde die durch Gesetz vorgegebene Begrenzung der Budgetkürzungen während der Konvergenzphase bezeichnet.

kostendegressionsabschlag“ (FDA) abgelöst wurde (§ 10 Abs. 13 KHEntgG).

Diese Mechanismen führen insofern zu einer Abweichung vom Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“, als sie entweder zu einer Absenkung des Zahlbetrages je Fallpauschale führen (FDA) oder über die Rückzahlung eines erheblichen Teils von Mehreinnahmen zu einer Absenkung der Vergütung für alle zusätzlichen Leistungen und damit faktisch ebenfalls zu einer Minderung des Zahlbetrages für die einzelne zusätzlich erbrachte DRG.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Behauptung, das deutsche DRG-System sei leistungsorientiert oder leistungsgerecht, weil es dem Grundsatz folge, „gleicher Preis für gleiche Leistung“, nicht der Wirklichkeit des DRG-Systems entspricht.

Zumindest einem Teil der Protagonisten des DRG-Systems scheint auch sehr wohl bewusst zu sein, dass das DRG-System den Grundsatz „gleiche Vergütung für gleiche Leistung“ nicht erfüllt, wie das nachfolgende Zitat belegt.

„Der Kern einer Vergütung nach DRG-Fallpauschalen ist die Klassifikation, also die Eingruppierung von unendlich vielen Diagnosen und Prozeduren in eine überschaubare Zahl von Fallgruppen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Behandlung einer Krankheit, z. B. einer Blinddarmentzündung, seit Einführung der DRGs in Deutschland in allen deutschen Krankenhäusern mit dem gleichen Eurobetrag vergütet wird. Es gibt ein umfangreiches System von Abrechnungsregeln, differenzierenden Basisfallwerten, Zu- und Abschlägen und Ausnahmen, die dazu führen, dass die letztendliche Vergütung vom einfachen Prinzip „eine DRG = ein Preis“ abweicht“ (Leber/Wolff 2007: 62).

Anzumerken bleibt noch, dass es sich um denselben Wulf-Dietrich Leber handelt, der einige Jahre später behauptete, im DRG-System sei das „Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ [...] durchgesetzt“ (Leber/Schmedders 2014: 16). Diese Diskrepanz kann nicht durch die zeitliche Differenz und eine mittlerweile erreichte „Leistungsgerechtigkeit“ erklärt werden. Alle in dem Zitat aus dem Jahr 2007 angeführten „Abweichungen“ galten auch im Jahr 2014 und teilweise sogar noch stärker als zuvor (z. B. Zu- und Abschläge).

Fazit

Das deutsche DRG-System gilt in weiten Teilen der gesundheitspolitischen Diskussion als „Erfolg“ und seine Entwicklung als „Erfolgsgeschichte“. Dieses Urteil wird in der Regel auf die Behauptung gestützt, das System habe die ihm vorgegebenen Ziele erreicht. Es habe zu weitreichenden Strukturveränderungen geführt, die Transparenz der Leis-

tungen und Kosten im Krankenausbereich erhöht, die Verkürzung der Verweildauern beschleunigt, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser verbessert und zu mehr Wettbewerb geführt. Als eine der wichtigsten Erfolge des DRG-Systems wird zudem angeführt, dass mit den DRG-Fallpauschalen ein „leistungsorientiertes“ Vergütungssystem eingeführt worden sei, in dem der Grundsatz „Geld folgt Leistung“ verwirklicht wird und ein „gleicher Preis für gleiche Leistungen“ gezahlt werde.

Eine kritische Prüfung der Systemkonstruktion und verfügbaren Daten zeigt jedoch, dass diese Behauptungen und Argumentationen einer kritischen Prüfung nicht standhalten können. Weder wurden die vorgegebenen Ziele erreicht, noch handelt es sich beim deutschen DRG-System um ein „leistungsorientiertes“ Vergütungssystem, in dem der Grundsatz „gleiche Vergütung für gleiche Leistungen“ verwirklicht wird.

Exkurs: Was ist „die Leistung“ des Krankenhauses?

Der Auffassung, dass das DRG-System ein „leistungsgerechtes“ Vergütungssystem sei, liegt eine hoch problematische Vorstellung von dem zugrunde, was die Leistung eines Krankenhauses ist. Wenn man das DRG-Fallpauschalensystem als leistungsgerecht bezeichnet, dann beinhaltet dies die Auffassung, dass das was mit den Fallpauschalen vergütet wird, „die Leistung“ der Krankenhäuser ist. Da die DRG-Fallpauschalen für Fälle gezahlt werden und diese Fälle im DRG-System als Kombination aus Diagnosen und medizinischen Prozeduren definiert sind, wird die Leistung eines Krankenhauses somit als Erbringung einzelner operativer Eingriffe oder nicht operativer ärztlicher Maßnahmen definiert.

Dies mag in der Vorstellungswelt einer simplifizierenden Gesundheitsökonomie überzeugend erscheinen, der sozialen Institution Krankenhaus wird es jedoch in keiner Weise gerecht. Allein ein Blick in das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) reicht bereits aus, um zu erkennen, dass Krankenhäuser mehr sind als Organisationen, in denen „Fälle“ erbracht und einzelne handwerklich-technische Eingriffe am Menschen vollzogen werden. Das KHG definiert Krankenhäuser als

„Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird“ (§ 2 Nr. 1 KHG).

Auch der „Klassiker“ der deutschen Krankenhausökonomie, Siegfried Eichhorn, war Mitte der 1970er Jahre bei der Frage nach der „eigentli-

chen Leistung“ des Krankenhauses deutlich weiter, als es die Protagonisten eines „leistungsgerechten“ DRG-Systems heute sind. Er stellte unzweideutig klar, dass

„die eigentliche Krankenhausleistung nicht in der Zahl der Unterbringungstage, Röntgenaufnahmen, Laboruntersuchungen oder auch Operationen besteht, sondern in der Veränderung des Gesundheitszustandes (oder auch Krankheitszustandes) des Humanfaktors als dem Dienstleistungsobjekt“ (Eichhorn 1975: 15).

Aber auch diese Sicht ist – wenn auch deutlich reflektierter als die heutige Diskussionsbeiträge – noch immer im ökonomischen Denken verhaftet und betrachtet das Krankenhaus als „Dienstleistungsunternehmen“ und den Patienten als „Dienstleistungsobjekt“, das bearbeitet wird.

Dies führt jedoch zum Kern der Vorstellung von einem „leistungsgerechten“ Vergütungssystem für Krankenhäuser. Die Vorstellung, Krankenhäuser sollten „leistungsgerecht“ vergütet werden und es sei eine „leistungsgerechte“ Vergütung, wenn ein „leistungsgerechter“ Preis für eine bestimmte Leistung gezahlt wird, orientiert sich an der industriellen Warenproduktion. In dieser Vorstellungswelt sind Krankenhäuser Produktionsunternehmen, die „Fälle“ produzieren, diese Fälle verkaufen und dafür einen „leistungsgerechten“ Preis erhalten sollen. Nicht von ungefähr, werden die Fallpauschalen von den oben zitierten Protagonisten des DRG-Systems denn auch als „Preise“ bezeichnet.

Krankenhausbehandlung wird so zum Warentausch. Der Fall als Ware wird gegen Geld getauscht. Der gezahlte Geldbetrag (Preis) ist in dieser Vorstellungswelt ein Äquivalent für die erbrachte Leistung. Folglich wird der Preis nur gezahlt, wenn die Ware auch tatsächlich geliefert wurde und den Anforderungen des Käufers entspricht. Entspricht sie seinen Anforderungen nicht, erfolgt eine Reklamation durch den Käufer. Im Fall der Krankenhausbehandlung ist der Käufer allerdings nicht der einzelne Patient, sondern seine Krankenkasse oder private Krankenversicherung.

Und in der Tat, was hier skizziert wird, ist keine Phantasie, sondern Beschreibung der sozialen Realität der Krankenhausversorgung. Die zunehmend mehr Abrechnungsprüfungen und Zahlungsverweigerungen von Krankenkassen sind deutlicher, mittlerweile auch der breiteren Öffentlichkeit bekannter Beleg. Die Rechnungsbeanstandungen der Krankenkassen sind im Kern nichts anderes als Reklamationen, bei denen reklamiert wird, dass die gelieferte Ware nicht der Ware entspricht, die bestellt oder in Rechnung gestellt wurde, oder dass die Ware mit einem falschen Preisetikett versehen wurde.

Diese Vorstellung von Krankenhaus und Krankenhausleistung steht jedoch im Widerspruch zu dem Verständnis der Institution Krankenhaus,

die dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zugrunde liegt. Das KHG baut auf einem grundlegend anderen Verständnis von Krankenhaus auf. Darin ist das Krankenhaus eine soziale Institution, die kranken und verletzten Menschen „Hilfeleistung“ (!) gewährt, eine Einrichtung, in der Krankheiten, Leiden und Körperschäden geheilt oder zumindest gelindert werden.

Die Hilfeleistung ist nach diesem Verständnis bedingungslos zu gewähren, unabhängig davon, ob dafür eine Vergütung gezahlt wird oder nicht, und auch unabhängig davon, wie hoch die Vergütung ist. Hilfeleistung ist im Alltagsverständnis – auf dem auch das KHG aufbaut – kein reziprokes Verhältnis von Leistung und Gegenleistung. Insofern ist „Hilfeleistung“ etwas grundlegend anderes als Warentausch.

Das 1972 in Kraft getretene KHG kannte darum auch keine „leistungsgerechten“ Vergütungen. Seine Pflegesätze waren lediglich Abschlagszahlungen auf ein mit den Krankenkassen vereinbartes Budget. Und dieses Budget war so zu bemessen, dass es die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses deckte, nicht weniger aber auch nicht mehr. Die Erzielung von Gewinnen sollte durch die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsrechts explizit ausgeschlossen werden. Krankenhäuser sollten öffentliche Einrichtungen der sozialen Hilfeleistung sein und nicht markt- und gewinnorientierte Dienstleistungsunternehmen.

Das System des KHG 1972 dahingehend zu kritisieren, es sei nicht leistungsgerecht, legt somit einen grundlegend falschen und unsachgemäßen Maßstab an, denn das KHG 1972 folgte einer vollkommen anderen Auffassung von Krankenhäusern. Während die Protagonisten eines „leistungsgerechten“ Vergütungssystem dem marktwirtschaftlichen Leitbild industrieller Warenproduktion und marktwirtschaftlichen Warentausches folgen, bestand das KHG 1972 darauf, dass Krankenhäuser eben keine Dienstleistungsunternehmen sein sollen, die ihre Leistungen wie Waren gegen Geld tauschen.

Die hier umrissene Vorstellungswelt des KHG 1972 war und ist keine naive Sozialphantasie oder Träumerei. Vollkommen unabhängig davon, dass es jahrzehntelang geltendes Recht war und auch immer noch ist – die zitierte Definition in § 2 KHG gilt auch heute noch: Das gesamte für die Krankenhausversorgung relevante Recht baut darauf auf, dass Krankenhäuser Kranken und Verletzten Hilfe leisten und zwar unabhängig davon, ob sie dafür eine „leistungsgerechte“ Vergütung erhalten oder nicht.

Ein durch Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes zugelassenes Krankenhaus verpflichtet sich mit der Aufnahme in den Plan, einen vom Land übernommenen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Und dieser

Versorgungsauftrag ist auch dann zu erfüllen, wenn es dafür keine kostendeckenden Vergütungen erhält. Ein zugelassenes Krankenhaus hat nicht das Recht, die Aufnahme und Versorgung eines Patienten zu verweigern, weil es der Auffassung ist, dass die dafür zu zahlende Vergütung nicht „leistungsgerecht“ ist. Ein marktwirtschaftlich agierendes Dienstleistungsunternehmen hingegen hat sehr wohl das Recht, seine Dienstleistung zu verweigern, wenn der Kunde nicht bereit ist, den dafür geforderten Preis zu zahlen.

Es ist tief in den lebensweltlichen Grundlagen unserer Gesellschaft verankert, dass Krankenhäuser im Bedarfsfall bedingungslos Hilfe gewähren, unabhängig davon, wie hoch die ihnen dafür gezahlte Vergütung ist. Es wäre eine sicher für die meisten Bürger unerträgliche Vorstellung, wenn sie damit rechnen müssten, dass sie im Notfall von einem Krankenhaus nicht versorgt werden, weil das Krankenhaus die ihm dafür zustehende Vergütung für nicht „leistungsgerecht“ hält.

In den lebensweltlichen Grundlagen unserer Gesellschaft, den tragenden moralischen Überzeugungen und unhinterfragt als gültig akzeptierten Wertvorstellungen, findet sich denn auch das, was Eichhorn als die „eigentliche Leistung“ der Krankenhäuser bezeichnete. Krankenhäuser sind in modernen Gesellschaften entstanden, damit kranke und verfallte Mitglieder der Gesellschaft Hilfe erhalten (Jetter 1973; Rohde 1974). Indem es diese Art von Einrichtungen gibt, leisten sie allein bereits durch ihre Existenz und das Wissen um ihre Existenz und die Gewissheit, dass jedem im Fall schwerer Krankheit oder eines schweren Unfalls dort bedingungslos geholfen wird, einen essentiellen Beitrag zum Erhalt von Gesellschaften. Gesellschaften werden nicht durch das Streben nach Eigennutz (Homo oeconomicus), Wettbewerb und Gewinnstreben zusammengehalten, sondern durch soziale Solidarität. Und Krankenhäuser gehören zu den wichtigsten Organisationen praktischer sozialer Solidarität.

Es widerspricht diesem originären Zweck von Krankenhäusern, wenn sie nach dem Leitbild gewinnorientierter Industrie- oder Dienstleistungsunternehmen umgeformt werden. Die Art wie Krankenhausfinanzierung ausgestaltet ist, spielt dabei eine in hohem Maße relevante Rolle. Insofern ist es eine grundlegend falsche Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung, wenn sie „leistungsgerecht“ sein soll in dem Sinne, dass für definierte Einzelleistungen „leistungsgerechte“ Preise gezahlt werden.

Damit Krankenhäuser ihren sozialen Charakter erhalten oder ihn zurückgewinnen können, ist eine Art der Finanzierung erforderlich, die ihnen die erforderlichen Mittel bereitstellt, damit sie ihren gesellschaftlichen Auftrag zur Hilfeleistung im Fall von Krankheit und Unfall erfüllen können. Diese Art der Finanzierung ist nicht mit einer „leistungsgerech-

ten“ Einzelleistungsvergütung zu erreichen, sondern nur mit Budgets, analog zu den Budgets öffentlicher Einrichtungen, deren Höhe sich daran auszurichten hat, dass die Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrages möglich ist.

Welche problematische Entwicklung mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf „leistungsgerechte“ Fallpauschalen eingeschlagen wurde, lässt sich am Vergleich mit anderen Einrichtungen ablesen, die ebenfalls für den Erhalt und das Funktionieren moderner Gesellschaften essentiell sind. Man stelle sich allein vor, die Feuerwehren würden nach tatsächlich gelöschten Bränden finanziert und die Polizei nach der Zahl der Festnahmen. Es braucht nicht viel Phantasie, um die Folgen solcher „leistungsgerechter“ Finanzierungssysteme für die Existenz dieser Organisationen und das Handeln der Feuerwehrleute und Polizisten abzuschätzen.

Anzumerken bleibt noch, dass die Corona-Epidemie die Unfähigkeit des „leistungsgerechten“ DRG-Fallpauschalensystems zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung schlagartig vor Augen geführt hat. Angesichts der Notwendigkeit, Betten für zu erwartende Corona-Patienten frei zu halten und für eine Übergangszeit nur dringend notwendige Operationen und Behandlungen durchzuführen, versagte das Fallpauschalensystem auf ganzer Linie. Die Vergütung mit Fallpauschalen musste ausgesetzt und durch tagesbezogene Pauschalen für freigehaltene Betten ersetzt werden.

Sicher handelte es sich um eine außergewöhnliche Krisensituation. Sie legte jedoch etwas Grundlegendes offen: Dass es originäre Leistung der Krankenhäuser ist, für den Fall einer schweren Erkrankung bereit zustehen und zu einer ausreichenden Versorgung in der Lage zu sein. Und dies gilt nicht nur für Krisensituationen, es ist die alltägliche Erwartung der Gesellschaft an Krankenhäuser, die sie jeden Tag und nicht nur in Zeiten einer Pandemie zu erfüllen haben.

Teil 5: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Analyse der Konstruktion des DRG-Systems hat eine Vielzahl von Problemen zutage gefördert. Wie der Blick „unter die Oberfläche“ des DRG-Systems gezeigt hat, handelt es sich beim deutschen DRG-System nicht wie vielfach angenommen um ein „Preissystem“ mit Fallpauschalen als „Preisen“ analog zu Marktpreisen. Nicht freie Preisbildung wie auf freien Märkten war oberstes Ziel der Einführung des DRG-Systems, sondern die Einhaltung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung. Um dieses oberste Ziel erreichen und die Entwicklung der Krankenhausaussgaben kontrollieren zu können, wurde ein System geschaffen, das sich am Vergütungssystem der ambulanten ärztlichen Versorgung orientiert.

Im Mittelpunkt des Vergütungssystems der ambulanten ärztlichen Versorgung stehen landesweite Gesamtvergütungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grundlage erbrachter Leistungen und einer bundesweit geltenden Gebührenordnung (EBM) an die einzelnen Vertragsärzte verteilt wird. Ein solches System ist gut geeignet, die Entwicklung der Gesamtausgaben zu kontrollieren und zu begrenzen.

Da im Krankenausbereich jedoch andere Organisationsstrukturen bestehen war eine einfache Übertragung des KV-Systems auf die Krankenhausversorgung nicht möglich. Weder gibt es den Kassenärztlichen Vereinigungen vergleichbare Körperschaften des öffentlichen Rechts noch eine Rechtsvorschrift, die vorgibt, dass nur Mitglieder dieser Körperschaften zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Sowohl Landeskrankenhausgesellschaften als auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind private Vereine mit freiwilliger Mitgliedschaft der Krankenhausträger. Die Zulassung zur Versorgung erfolgt durch Aufnahme in den Krankenhausplan oder – im Fall der Universitätskliniken – durch Aufnahme in das Hochschulverzeichnis

Mitte der 1990er Jahre hatte das Gesundheitsministerium versucht, die Krankenhausgesellschaften für eine Umwandlung in Körperschaften des öffentlichen Rechts zu gewinnen und vertraglich vereinbarte landesweite Gesamtvergütungen auch im Krankenausbereich einzuführen. Damit war es jedoch gescheitert. Auch ein zweiter Versuch im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 scheiterte am Widerstand des Bundesrates.

Dennoch wurde am Ziel der Einführung eines Gesamtvergütungssystems festgehalten. Mit dem Fallpauschalengesetz 2002 wurden zwar

Fallpauschalen eingeführt, allerdings als Elemente eines gedeckelten Fallpauschalensystems. Da eine explizite vertragliche und alle Krankenhäuser eines Bundeslandes bindende landesweite Gesamtvergütung nicht möglich war, wurde stattdessen eine „verdeckte Gesamtvergütung“ eingeführt. In deren Mittelpunkt steht die Vereinbarung eines Landesbasisfallwertes und eines prospektiven landesweiten Erlösvolumens für das jeweils folgende Jahr. Ähnlich wie in der ambulanten Versorgung auch, sieht das Gesetz Regelungen vor, die dazu führen, dass ungewollte Leistungsausweitungen durch Absenkung des dadurch erzielten Erlöszuwachses auf Landesebene ausgeblieben werden.

Zwar werden weiterhin krankenhausindividuelle Budgetverhandlungen geführt und Budgetvereinbarungen getroffen, sie stehen jedoch unter der obersten und zentralen Prämisse, dass deren Ergebnisse die Einhaltung der vorgegebenen Grenzen für die Gesamtausgabenentwicklung nicht gefährden darf. Erbringen Krankenhäuser mehr Leistungen als mit den Krankenkassen vereinbart, müssen sie den überwiegenden Teil an die Krankenkassen zurückzahlen.

Die hier vorgelegte Analyse der Konstruktion des DRG-Systems hat aufgezeigt, dass es im DRG-System auf mehreren Ebenen – Bund, Land und Krankenhaus – und an mehreren Stellen Mechanismen gibt, die dafür sorgen sollen, dass sich die Entwicklung der Gesamtausgaben auf Landesebene in dem Rahmen bewegt, der durch die gesetzlichen Vorschriften vorgegeben ist. Auch nach Ablösung der strikten Anbindung an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder und Einbeziehung der allgemeinen Preisentwicklung im Krankenausbereich bleibt die Verpflichtung auf den Grundsatz der Beitragsatzstabilität weiter bestehen.

Wie die Analyse der zentralen Kennzahlen zur Leistungs- und Ausgabenentwicklung zeigte, handelt es sich bei diesem modifizierten Gesamtvergütungssystem um ein System, das in der Lage war, die Leistungs- und Ausgabenentwicklung effektiv zu kontrollieren und zu begrenzen. Von besonderem Interesse für die gesundheitspolitische Diskussion dürfte dabei der Befund sein, dass anhand der verfügbaren Daten entgegen weit verbreiteter Annahme keine übermäßige Mengenausweitung im Sinne einer starken Fallzahlerhöhung und starken Ausweitung der Operationszahlen insgesamt feststellbar ist. Im Gegenteil: Der durchschnittliche jährliche Fallzahlenanstieg liegt seit Einführung des DRG-Systems sogar noch unter dem der 1990er Jahre. Auch die Entwicklung des nationalen Casemix-Volumens fiel moderat aus und gibt keinen Anlass für Kritik an einer übermäßigen Leistungsausweitung oder einer übermäßigen Erhöhung des durchschnittlichen Fallschweregrades

aufgrund eines auf Erlössteigerung zielenden systematischen und bundesweiten Upcoding.

Dabei ist allerdings zu beachten, dass zentrale Kennzahlen wie das Casemix-Volumen und der CMI durch eine in der Öffentlichkeit kaum oder gar nicht bekannte Maßnahme beeinflusst ist. Seit dem Jahr 2006 wird das nationale Casemix-Volumen bei jedem Übergang von einer DRG-Version zur nächsten künstlich konstant gehalten. Um eine über die Versionswechsel hinweg konstant bleibende Summe der Casemix-Punkte zu erreichen, werden die Bewertungsrelationen aller DRGs rechnerisch erhöht oder abgesenkt, je nachdem was zur Konstanzhaltung des Casemix erforderlich ist.

Zwar entspricht der Casemix des DRG-Kataloges nicht dem tatsächlich abgerechneten Casemix, die Konstanzhaltung legt jedoch den Rahmen fest und hat erhebliche Auswirkungen auch auf das Volumen der abrechneten Casemix-Punkte. Insofern sind Kennzahlen wie das Casemix-Volumen und der Casemix-Index für Längsschnittanalysen ungeeignet.

Auch Längsschnittanalysen zur Zahl der Operationen sind auf Grundlage der DRG-Daten nicht aussagekräftig, da die in der DRG-Statistik ausgewiesene Zahl der OPS-Kodes nicht mit der Zahl durchgeführter Operationen gleichgesetzt werden darf.

Dass es trotz der Konstruktion des DRG-Systems als Gesamtvergütungssystem dennoch einen deutlichen nominalen Ausgabenanstieg gab, der weit über der Leistungsentwicklung lag, ist nicht auf ein Versagen dieses Deckelungssystems zurückzuführen, sondern auf eine Vielzahl politischer Eingriffe, durch die zusätzliche Mittel in den Krankenhausbereich gegeben wurden.

Diese zahlreichen Sonderzahlungen bewirkten, dass die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung gemessen am Bruttoinlandsprodukt konstant blieben. Ein kurzer Anstieg im Jahr 2009 war nicht Folge von Mehrausgaben, sondern wurde durch einen Rückgang des BIP infolge der Finanzkrise verursacht.

Wie die Analyse der Konstruktion und der Auswirkungen des DRG-Systems zeigte, liegt das Hauptproblem des DRG-Systems in der Konstruktion des Fallpauschalensystems. Im deutschen DRG-System kommt den Fallpauschalen die Funktion eines Verteilungs- und Umverteilungsinstrumentes zu. Das Gesamtvolumen ist durch gesetzliche Vorschriften und Vereinbarungen auf Landesebene festgelegt, seine Verteilung erfolgt mittels des Fallpauschalensystems.

Das Fallpauschalensystem weist hingegen eine Vielzahl von Konstruktionsmängeln und hoch problematischen Verteilungs- und Umverteilungswirkungen auf. Sie alle lassen sich letztlich auf einen zentralen

Punkt zurückführen: Die Annahme, man könne die immense Komplexität der Krankenhausversorgung durch Fallpauschalen und ein Fallpauschalensystem adäquat abbilden und sachgerecht finanzieren.

Es ist ein schwerwiegender Irrtum zu meinen, die „Leistung“ des Krankenhauses ließe sich auf den einzelnen Behandlungsfall reduzieren. Krankenhäuser sind soziale Gebilde, die allein durch ihre Existenz eine Leistung für die Gesellschaft und die Bevölkerung in ihrem Umfeld erbringen, die sich jeglicher „Preiskalkulation“ entzieht. Der soziale Nutzen und die große gesellschaftliche Bedeutung von Krankenhäusern lässt sich nicht „einpreisen“ und in Fallpauschalen abbilden. Jeder Versuch, dies dennoch zu machen, führt unvermeidlich zu einer Vielzahl von Verwerfungen und Fehlentwicklungen in der Krankenhausversorgung insgesamt und in den Krankenhäusern selbst.

Es beschädigt den sozialen Charakter von Krankenhäusern, wenn sie nach dem Vorbild der industriellen Massenproduktion zu erwerbswirtschaftlich ausgerichteten Unternehmen transformiert werden. Dafür bieten die zahlreichen in der vorliegenden Studie angesprochenen Fehlentwicklungen in deutschen Krankenhäusern deutliche Hinweise.

Aber auch die Ausübung unspezifischen ökonomischen Drucks auf Krankenhäuser ist in der Lage, gravierende Verschlechterungen der Arbeitsbedingen und eine Beschädigung der für Krankenhäuser so zentralen und tragenden Rolle stabiler Berufsethiken zu verursachen.

Dies ist umso kritikwürdiger, wenn es Ergebnis einer Vielzahl von Umverteilungsprozessen ist, die bewirken, dass Ressourcen dort genommen werden, wo sie für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung notwendig sind, und dorthin verlagert werden, wo sie entweder nicht benötigt werden oder zur Befriedigung von Renditeinteressen dienen sollen.

Wie aufgezeigt, gibt es im deutschen DRG-System eine Vielzahl unterschiedlichster Umverteilungsmechanismen, die weder einem rationalen Gesamtplan folgen noch transparenten und vernünftig begründeten Kriterien.

Im Mittelpunkt steht dabei die Entscheidung, die Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten zu kalkulieren. Dafür gibt es keine amtliche Begründung und es lässt sich auch nicht vernünftig begründen. Die Kalkulation von Fallpauschalen auf Grundlage durchschnittlicher Ist-Kosten führt dazu, dass Kliniken und Abteilungen mit einer überdurchschnittlich guten Personalbesetzung die dadurch verursachten Kosten nicht vergütet erhalten und Verluste erleiden. Kliniken und Abteilungen, die aus Renditegründen nur eine unzureichende Personalausstattung vorhalten, erhalten dieselbe Fallpauschale wie personell gut besetzte Kliniken und können dadurch Gewinne erzielen.

Diese Wirkung stellt sich grundsätzlich in jedem System pauschalierter Entgelte ein. Im deutschen DRG-System ist sie jedoch von besonderer Bedeutung. Da das Gesamtvolumen der Erlöse und Bewertungsrelationen im DRG-Katalog gedeckelt ist, führt die Kalkulation der Fallpauschalen auf Grundlage von Durchschnittskosten dazu, dass die Überschüsse der einen aus den Verlusten der anderen finanziert werden. Anders formuliert: Dass die einen Überschüsse erzielen können, ist nur möglich, weil die anderen Verluste erleiden. Anders lässt sich ein gedeckeltes Vergütungssystem nicht verwirklichen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Konstanzhaltung des nationalen Casemix-Volumens zu. Wenn die Bewertungsrelation einer DRG bei einer Überarbeitung des DRG-Kataloges erhöht werden soll, ist dies nur möglich, wenn andere abgesenkt werden. Wenn ein Teil der DRGs abgesenkt wird, führt dies zur Anhebung aller anderen.

Derselbe Mechanismus kommt zum Tragen, wenn einzelne Kostenbestandteile von DRGs angehoben oder abgesenkt werden. So bewirkt dieser Mechanismus, dass der Stellenabbau und die chronische Unterbesetzung im Pflegedienst zur Absenkung des Kostenanteils der Pflegepersonalkosten führt. Wenn das Casemix-Volumen insgesamt konstant gehalten werden soll, lässt sich dies letztlich nur dadurch erreichen, dass die Kostenanteile anderer Kostenarten angehoben werden, nicht weil deren Kosten gestiegen sind, sondern allein weil sonst das Casemix-Volumen nicht konstant gehalten werden könnte.

Wie die vorliegende Analyse der Konstruktion des DRG-Systems zeigte, gibt es weitere Mechanismen, die zu Umverteilungen führen. Insgesamt ist nicht zu überschauen, wo es im System überall solche Umverteilungsmechanismen gibt. Einige wurden aufgezeigt, es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass es darüber hinaus noch weitere gibt. Das Gesamtsystem der Umverteilungen ist offensichtlich ohne Gesamtplan, folgt keinen rationalen Kriterien, wirkt unkoordiniert, verstärkt sich gegenseitig oder hebt sich gegenseitig auf.

Durch diese Umverteilungsprozesse erleidet jedes Jahr ein erheblicher Teil der Krankenhäuser Defizite und wird unter wirtschaftlichen Druck gesetzt, mit weitreichenden Folgen für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und letztlich auch für die Qualität der Patientenversorgung.

Wie gezeigt, haben sich durch die Einführung des DRG-Systems die Arbeitsbedingungen eines Großteils der Krankenhausbeschäftigten erheblich verschlechtert. Dies gilt vor allem für die Servicebereiche wie Reinigungsdienst, Wirtschaftsdienste, Technik etc. Während deren Situation der Öffentlichkeit kaum bekannt geworden ist, steht die chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung im Pflegedienst in den letzten

Jahren zunehmend im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Ähnlich verhält es sich mit einer unter dem Leitbegriff „Ökonomisierung“ diskutierten und kritisierten Entwicklung im ärztlichen Dienst. Die Einführung des DRG-Systems und der davon ausgehende wirtschaftliche Druck auf der einen und die Aussicht auf Gewinne auf der anderen Seite, haben dazu geführt, dass offensichtlich zunehmend mehr Druck auf Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern ausgeübt wird, damit sie ihre diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen primär an den ökonomischen Zielen des jeweiligen Krankenhauses ausrichten, selbst wenn dies mit Risiken für die Patientengesundheit verbunden ist. All diese Entwicklungen stehen in direktem und engem Zusammenhang zu den Regelungen des DRG-Systems.

Angesichts dieser Befunde ist eine Fortführung des DRG-Systems nicht vertretbar.

Die Entscheidung für eine Beendigung des DRG-Systems wirft allerdings die Frage nach einer Alternative auf. Die bisher vorgelegten Reformvorschläge sehen lediglich mehr oder weniger weit gehende Änderungen des DRG-Systems vor. Die Fallpauschalen sollen jedoch grundsätzlich beibehalten werden. Notwendig wäre jedoch eine vollständige Abkehr von Fallpauschalen.

Betrachtet man das gegenwärtige System der Krankenhausfinanzierung in seiner Gesamtheit, zeigt sich, dass es weit überwiegend immer noch auf der Grundkonstruktion des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) von 1972 basiert. Durch das Fallpauschalengesetz 2002 wurden nur die Rechtsvorschriften zur Finanzierung der laufenden Betriebskosten aus dem KHG entfernt. Dieser Regelungsbereich wird seitdem in einem damals vollkommen neu geschaffenen Gesetz geregelt, dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Damit wurde die vorherige Einheit des Rechts der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung in einem Gesetz, dem KHG, beseitigt. Beide Teile des staatlichen Krankenhausrechts gehören jedoch zusammen und waren darum 1972 auch gemeinsam im KHG geregelt.

In dem 1972 geschaffenen Gesamtsystem staatlicher Regulierung steht die Krankenhausplanung an erster Stelle und ist die Krankenhausfinanzierung der Krankenhausplanung nachgeordnet. Der Staat hat im Rahmen seiner Verpflichtung zur Daseinsvorsorge die Aufgabe, eine ausreichende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen (staatlicher Sicherstellungsauftrag). Zu diesem Zweck haben die Länder seit 1972 eine staatliche Krankenhausplanung durchzuführen, und es wurde den in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern ein gesetzlicher Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung eingeräumt. Nur wenn die bedarfsgerechten Krankenhäuser ausreichend wirt-

schaftlich gesichert sind, können sie den vom Staat übertragenen Versorgungsauftrag erfüllen.

Diese Verbindung zwischen Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung wurde mit dem DRG-System unterbrochen, da der Anspruch der Plankrankenhäuser und Universitätskliniken auf wirtschaftliche Sicherung beseitigt wurde.

Soll das DRG-System beendet und durch ein anderes Finanzierungssystem ersetzt werden, so ist es naheliegend, nicht ein vollkommen neues, mit dem KHG-System nicht zu vereinbarendes System einzuführen, sondern die 2002 ausgelagerte Finanzierung der laufenden Betriebskosten wieder in das KHG zurück zu verlagern und die zerstörte Einheit wieder herzustellen.

Damit wäre auch die Frage nach den Konstruktionsprinzipien einer zukünftigen Finanzierung der Betriebskosten beantwortet. Sie ergeben sich aus den Grundsätzen des KHG-Systems und beinhalten vor allem einen Anspruch aller in die Krankenhausplanung aufgenommenen Krankenhäuser und aller in das Hochschulverzeichnis aufgenommenen Universitätskliniken auf eine ausreichende wirtschaftliche Sicherung.

Im folgenden Kapitel werden Grundsätze und Eckpunkte einer solchen Reform der Krankenhausfinanzierung vorgestellt.

Teil 6: Eckpunkte für eine gemeinwohlorientierte Reform der Krankenhausfinanzierung

Obwohl in den letzten Jahren die Kritik am DRG-System deutlich zugenommen hat, zunehmende Absetzbewegungen selbst unter bisherigen Befürwortern des DRG-Systems festzustellen sind und die Forderung nach einer grundlegenden Reform immer lauter wird, hält die gegenwärtige Regierungskoalition weiter am DRG-System fest und scheuen maßgebliche Akteure der Gesundheitspolitik davor zurück, die Abschaffung des DRG-Systems zu fordern. Ein wesentlicher Grund dafür dürfte darin liegen, dass es bislang keinen in sich stimmigen und konsistenten Gegenentwurf zum DRG-System gibt.

Da die Bereitschaft für eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung offensichtlich immer mehr zunimmt, ein gemeinwohlorientierter Gegenentwurf zum DRG-System jedoch fehlt, scheint es dringend an der Zeit, diese Lücke zu füllen. Mit den hier vorliegenden Eckpunkten soll ein Beitrag zur Schließung dieser Lücke geleistet werden.

Die nachfolgenden Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung basieren auf den zentralen Grundüberzeugungen und Konstruktionselementen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) von 1972, das auch heute in Kraft und zentrale Grundlage der staatlichen Krankenhauspolitik ist.

§ 1 KHG gibt auch heute noch die Ziele staatlicher Krankenhauspolitik vor. Danach hat oberstes Ziel staatlicher Krankenhauspolitik die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu sein. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde 1972 ein System staatlicher Lenkung der Krankenhausversorgung errichtet, das weit überwiegend auch heute noch gilt. Danach haben die Länder eine staatliche Krankenhausplanung durchzuführen und in ihre Krankenhauspläne alle Krankenhäuser aufzunehmen, die für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlich und geeignet sind.

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan wird ein Krankenhaus zugleich auch zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen und erhält einen Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung. Die wirtschaftliche Sicherung hat durch eine staatliche Investitionsförderung der Länder und Vergütungen der Krankenkassen und anderen Kostenträger zu erfolgen, die für die Kosten der Krankenhausbehandlung aufkommen.

Das KHG 1972 gewährte den zugelassenen Krankenhäusern einen Anspruch auf Deckung der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses, damit sie in der Lage sind, ihren vom Land übertragenen Versorgungsauftrag für eine bedarfsgerechte Versorgung zu erfüllen. Dieser Grundsatz wurde „Selbstkostendeckungsprinzip“ genannt.

Das KHG 1972 insgesamt und dieser Grundsatz waren von der Überzeugung getragen, dass Krankenhäuser soziale Einrichtungen der Daseinsvorsorge sein sollen und keine gewinnorientierten Unternehmen. Deshalb wurde den in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern der Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung eingeräumt, und deshalb sah das KHG bis zur Einführung des DRG-Systems im Jahr 2002 nicht vor, dass entstandene Überschüsse als Gewinn den Krankenhäusern verbleiben.

Mit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems wurde das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft, mit dem erklärten Ziel, dass Krankenhäuser nicht nur Verluste, sondern auch Gewinne machen können. Anders als die Pflegesätze des KHG werden Fallpauschalen nicht auf Grundlage der krankenhausesindividuellen Selbstkosten kalkuliert, sondern davon unabhängig. Liegen die Selbstkosten über diesen Fallpauschalen, entstehen Verluste, liegen sie darunter, entstehen Gewinne.

Die Einführung eines solchen Fallpauschalensystems ist ein fundamentaler Bruch mit den Grundprinzipien und Grundzeugungen des KHG. Fallpauschalen folgen nicht dem Leitbild eines Krankenhauses als sozialer Einrichtung der Daseinsvorsorge, sondern dem Vorbild eines Krankenhauses als Produktionsunternehmen, das Waren für einen Markt produziert und Gewinne erzielen muss, um wirtschaftlich zu überleben.

Fallpauschalen stellen auch das gesamte Gebäude staatlicher Krankenhauspolitik infrage. Wenn Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind, die wirtschaftliche Sicherung verweigert wird, gefährdet dies die Erreichung des obersten Zieles staatlicher Krankenhauspolitik, die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung.

Diese Gefährdung ist keineswegs eine rein potenzielle. Die zahlreichen Berichte über defizitäre Krankenhäuser, die mittlerweile allgemein bekannte chronische Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung in weiten Teilen des Pflegedienstes, die Kritik an medizinisch nicht notwendigen Operationen und die Vielzahl der gegen eine „Ökonomisierung“ der Krankenhausmedizin gerichteten Appelle und Stellungnahme von Ärzten und deren Organisationen sprechen eine mehr als deutliche Sprache.

Angesichts der schwerwiegenden Fehlentwicklungen seit Einführung des DRG-Systems ist es dringend an der Zeit, das DRG-System durch

ein anderes Vergütungssystem zu ersetzen, das die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung unterstützt und nicht hintertreibt. Die nachfolgenden Eckpunkte benennen die normativen Grundlagen und zentrale Konstruktionselemente eines solchen gemeinwohlorientierten Systems der Krankenhausfinanzierung.

Mit der Bezeichnung als gemeinwohlorientiert soll deutlich gemacht werden, dass es nicht auf einem marktwirtschaftlichen Modell des Krankenhauses aufbaut, in dem Krankenhäuser ihre Entscheidungen an „Preissignalen“ und ihrem jeweils eigenen wirtschaftlichen Nutzens ausrichten, sondern am Gemeinwohl, im Sinne des allgemeinen Wohls der Gesellschaft, und insbesondere des Wohls der Menschen, die sich schwer erkrankt oder schwer verletzt in einem Krankenhaus befinden und darauf vertrauen müssen, dass bei allen Entscheidungen und Handlungen ihr Wohl an erster Stelle steht und nicht die Erreichung ökonomischer Ziele des Krankenhauses.

Auf einer solchen Grundorientierung baute des KHG 1972 auf, und insofern sind die normativen Grundlagen und zentralen Konstruktionselemente des KHG 1972 geeignet, daraus Eckpunkte für eine gemeinwohlorientierte Reform der Krankenhausfinanzierung abzuleiten. Dies gilt insbesondere auch für das Selbstkostendeckungsprinzip, das im Gesamtsystem des KHG eine wesentliche und tragende Funktion erfüllt.

Die nachfolgenden Eckpunkte beziehen auch die Ausgestaltung der Krankenhausplanung mit ein. Dies ist notwendig, da die Krankenhausfinanzierung in einem untrennbaren Zusammenhang zur Krankenhausplanung steht.

Den Eckpunkten zur Ausgestaltung eines gemeinwohlorientierten Systems der Krankenhausfinanzierung vorangestellt sind Thesen zur staatlichen Verantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Sie sollen die normativen Grundlagen aufzeigen, auf denen die nachfolgenden Eckpunkte basieren. Dabei handelt es sich vor allem um Grundsätze, auf denen das KHG 1972 aufbaute und die auch heute noch gelten. Insofern handelt es sich bei dem nachfolgend skizzierten neuen System nicht um einen radikalen Systemwechsel, sondern um ein System, das auf den tragenden Grundüberzeugungen und Konstruktionselementen des KHG 1972 aufbaut, im Unterschied zum heute geltenden Recht allerdings einschließlich der Finanzierung der laufenden Betriebskosten. Insofern impliziert der hier vorgestellte Eckpunktekatalog auch die Aufhebung des Krankenhausentgeltgesetzes.

Das Experiment eines marktwirtschaftlichen Umbaus der Krankenhausversorgung soll beendet und der Gemeinwohlorientierung in der Krankenhausfinanzierung wieder uneingeschränkte Geltung verschafft werden.

Normative Grundlagen

Staatlicher Sicherstellungsauftrag

Der Staat hat im Rahmen seiner Verpflichtung zur Daseinsvorsorge eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Diese Verpflichtung gilt sowohl für die Länder als auch für den Bund.

Zuständigkeit und Letztverantwortung der Länder

Im Rahmen der föderalistischen Ordnung der Bundesrepublik Deutschland liegt die primäre Zuständigkeit und Letztverantwortung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung bei den Bundesländern.

Zuständigkeit und Verantwortung des Bundes

Dem Bund wurde 1969 die Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Krankenhausfinanzierung unter der Maßgabe übertragen, dass seine Gesetze „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“ (Art. 74 Nr. 19a Grundgesetz) zum Ziel haben sollen.

Bei der Ausgestaltung des Rechts der Krankenhausfinanzierung steht auch der Bund in der Verantwortung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Die in die Gesetzgebungskompetenz des Bundes fallende Regulierung der Krankenhausfinanzierung hat ebenso wie die Gesetzgebung der Länder dem „in § 1 KHG bezeichneten überragenden Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung“ (BVerwGE 72, 38 [47 f.]) zu dienen.⁶⁶

Krankenhausplanung und Zulassung von Krankenhäusern

Staatliche Krankenhausplanung

Um den Bedarf an Krankenhäusern und Krankenhausleistungen festzustellen, sind die Länder seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 verpflichtet, eine staatliche Krankenhausplanung durchzuführen und die Entwicklung der Krankenhausversorgung darüber zu steuern. Diese staatliche Verantwortung und Kompetenz ist unverzichtbar und sollte weiter gestärkt werden. Die Krankenhausversorgung als Teil der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge darf nicht

⁶⁶ Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 1985.

dem Markt und einer marktwirtschaftlichen „Steuerung über Preise“ überlassen werden.

Erstellung und Fortschreibung von Krankenhausplänen

Die Länder erstellen Krankenhauspläne, in die alle für die Deckung des Bedarfs erforderlichen und geeigneten Krankenhäuser aufzunehmen sind, und sie entwickeln diese Pläne regelmäßig weiter. An diesem Grundsatz ist festzuhalten.

Vergabe und Übernahme von Versorgungsaufträgen

Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan übernimmt das aufgenommene Krankenhaus einen Versorgungsauftrag in dem im Landeskrankenhausplan festgelegten Umfang. Durch die Übernahme des Versorgungsauftrags unterstützen und entlasten die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser das Land bei der Erfüllung seines Sicherstellungsauftrages. Im Gegenzug dafür erhalten sie einen Anspruch auf staatliche Investitionsförderung, die Zulassung zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und einen Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung.

Krankenhauszulassung

Mit der Aufnahme in den Landeskrankenhausplan wird ein Plankrankenhaus zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen (zugelassenes Krankenhaus). Universitätskliniken werden mit der Aufnahme in den Hochschulplan des Landes zur Versorgung von Versicherten der GKV zugelassen. An dieser Koppelung ist festzuhalten.

Keine Zulassung von Selektivverträgen

Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben denselben Anspruch auf alle bedarfsgerechten und medizinisch notwendigen Krankenhausleistungen. Dieser zentrale Grundsatz des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung findet seine Entsprechung darin, dass alle Krankenkassen ihre Verträge mit Leistungserbringern „gemeinsam und einheitlich“ abschließen. Am Grundsatz „gemeinsam und einheitlich“ ist deshalb im Krankenausbereich uneingeschränkt festzuhalten. Sogenannte „Selektivverträge“, die zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Krankenhäusern abgeschlossen werden, sollten im Krankenausbereich nicht zugelassen sein.

Selektivverträge sind vor allem deshalb abzulehnen, weil sie mit den zentralen Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung unvereinbar sind. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit den-

selben Erkrankungen sollten alle denselben uneingeschränkten Anspruch auf dieselbe bestmögliche Behandlung haben und nicht deshalb unterschiedlich behandelt werden, weil sie unterschiedlichen Krankenkassen angehören. Sofern einzelne Krankenhäuser neue oder besondere Leistungen anbieten, die nachgewiesenermaßen medizinisch notwendig und wirksam sind, müssen alle Versicherten der GKV gleichermaßen Zugang zu diesen Leistungen haben.

Darüber hinaus sind Selektivverträge abzulehnen, weil sie die staatliche Krankenhausplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit aushebeln. Ziel der staatlichen Krankenhausplanung ist eine für alle Einwohner eines Bundeslandes einheitlich zugängliche Krankenhausversorgung. Selektivverträge haben jedoch die soziale Ungleichheit bei der Krankenhausbehandlung zum Ziel, denn die Versicherten einer bestimmten Krankenkasse sollen besser behandelt werden als alle anderen GKV-Versicherten. Diese Ungleichheit ist Voraussetzung dafür, dass sich Selektivverträge als Instrument für einen Wettbewerb zwischen Krankenkassen eignen.

Morbiditäts- und qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung beschränkt sich in den meisten Bundesländern immer noch weitgehend auf die Zahl der Planbetten je Fachabteilung (med. Fachgebiet). Die Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses wird in der Regel vor allem anhand des durchschnittlichen Bettenbelegungsgrades festgestellt. Damit werden die Länder ihrer Verantwortung nicht gerecht. Seit langem wird eine Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zu einer morbiditätsorientierten Planung gefordert, die auf umfassenden Analysen der bisherigen Morbiditätsentwicklung und methodisch zuverlässigen Prognosen zur zukünftigen Entwicklung aufbaut.

Darüber hinaus ist es dringend notwendig, dass die Länder ihre Planungskompetenz auch nutzen, um Anforderungen an die Strukturqualität festzulegen, die Kliniken erfüllen müssen, damit sie in den Krankenhausplan aufgenommen werden oder darin verbleiben können. Dies gilt insbesondere für Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des Personals in den für die unmittelbare Patientenversorgung wichtigsten Berufsgruppen (v. a. ärztlicher Dienst, Pflegedienst). Damit diese Anforderungen eine qualitätssichernde Wirkung enthalten können, müssen sie als Verhältniszahlen festgelegt werden, die vorgeben, wie viele Patienten pro Arzt, Pflegekraft etc. je Schicht maximal zu betreuen sein dürfen.

In den letzten Jahren haben bereits mehrere Bundesländer ihre Krankenhausplanung in diese Richtung weiterentwickelt, allerdings noch

nicht in dem Maße, wie es erforderlich ist. Insofern gilt es, diesen Weg mit mehr Nachdruck als bislang fortzusetzen und auszubauen.

In dem Maße, wie die Krankenhausplanung in eine morbiditäts- und qualitätsorientierte Planung umgewandelt wird, kann auch die Frage der Bedarfsgerechtigkeit des bestehenden Angebotes an Krankenhauskapazitäten auf einer tragfähigen Grundlage beantwortet werden und können möglicherweise bestehende Überkapazitäten abgebaut werden. Zwar wird seit langem kritisiert, dass es in Deutschland erhebliche Überkapazitäten gebe, die bisherige Krankenhausplanung aufgrund der angesprochenen Mängel jedoch keine Möglichkeit bietet, Überkapazitäten auf einer methodisch zuverlässigen Grundlage zu identifizieren und mittels rechtssicherer krankenhauserplanerischer Entscheidungen abzubauen.

Zwar gibt es mittlerweile mehrere wissenschaftliche Gutachten zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit oder bestehenden Überkapazitäten. Diese bieten jedoch keine ausreichende Grundlage für Entscheidungen der zuständigen Landesbehörden. Die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Landeskrankenhausplan erfolgt durch einen sogenannten „Feststellungsbescheid“, bei dem es sich um einen Verwaltungsakt handelt, den die betroffenen Krankenhausträger durch eine Klage vor dem Verwaltungsgericht anfechten können. Vor Gericht hat die zuständige Behörde ihre Entscheidung umfassend zu begründen, und das Gericht entscheidet über die Rechtmäßigkeit des Feststellungsbescheides.⁶⁷ Kann die Landesbehörde die Herausnahme des betreffenden Krankenhauses nicht hinreichend überzeugend begründen, hebt das Gericht den Feststellungsbescheid auf und das Krankenhaus verbleibt im Krankenhausplan.

Da die Bedarfsgerechtigkeit in der Vergangenheit vor allem anhand des Bettenbelegungsgrades entschieden wurde, hatten die Planungsbehörden bei einem „normalen“ Bettenbelegungsgrad des betreffenden Krankenhauses kaum eine rechtssichere Handhabe für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Angesichts dieser geringen Erfolgsaussichten, verzichteten Planungsbehörden in der Vergangenheit zumeist auf Versuche der Herausnahme von Krankenhäusern aus den Plänen, wenn der jeweilige Krankenhausträger damit nicht einverstanden war.

Wird die Krankenhausplanung auf eine morbiditäts- und qualitätsorientierte Planung umgestellt, verbessert dies die Chancen der zuständi-

⁶⁷ „Bei der Feststellung der Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan steht der zuständigen Landesbehörde weder ein Gestaltungs-
ermessen (Planungsermessen) oder Handlungsermessen noch ein Beurteilungsspielraum
zu“ (BVerwGE 62, 86 [87]). „Die Entscheidung der Behörde kann vom Gericht in vollem
Umfang nachvollzogen werden“ (BVerwGE 62, 86 [102]).

gen Landesbehörden, krankenhauplanerische Entscheidungen auch gegen den Willen von Krankenhausträgern durchzusetzen.

Krankenhausfinanzierung

Ziele der Krankenhausfinanzierung

Die Krankenhausfinanzierung hat dem obersten Ziel staatlicher Krankenhauspolitik zu dienen und die wirtschaftliche Sicherung jener Krankenhäuser zu gewährleisten, die für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung erforderlich und durch die Krankenhausplanung zur Versorgung zugelassen sind. Dem Bund wurde im Rahmen einer Grundgesetzänderung 1969 die Gesetzgebungskompetenz für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Pflegesätze“ eingeräumt (Art. 74 Nr. 19a Grundgesetz). Ziel dieser Grundgesetzänderung war nicht, den Bund in die Lage zu versetzen, auf dem Weg einer „Steuerung des Leistungsgeschehens über Preise“ die Krankenhausplanung zu unterlaufen, indem die von ihm zu gestaltende Krankenhausfinanzierung Plankrankenhäusern und Universitätskliniken die wirtschaftliche Sicherung verweigert, wie dies unter den Bedingungen des DRG-Fallpauschalensystems der Fall ist.

Notwendigkeit der wirtschaftlichen Sicherung bedarfsgerechter Krankenhäuser

Die wirtschaftliche Sicherung der in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäuser und in den Hochschulplan aufgenommenen Universitätskliniken ist unverzichtbar, da nur ausreichend wirtschaftlich gesicherte Krankenhäuser in der Lage sind, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu leisten, wie es § 1 KHG verlangt. Nicht von Ungefähr lautet der vollständige Titel des seit 1972 geltenden KHG auch heute noch: „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (BGBl. I S. 1018 vom 19. Mai 2020).

Auch wenn man davon ausgeht, dass nicht alle der gegenwärtig in die Krankenhauspläne der Länder aufgenommenen Kliniken tatsächlich bedarfsgerecht sind, so kann dies nicht rechtfertigen, einem Teil der Plankrankenhäuser und Universitätskliniken die wirtschaftliche Sicherung zu verweigern und einen Kapazitätsabbau an der staatlichen Krankenhausplanung vorbei mit Hilfe der Ausgestaltung des Krankenhausfinanzierungsrechts durchzusetzen.

Die Beantwortung der Frage der Bedarfsgerechtigkeit von Krankenhäusern hat allein im Rahmen der staatlichen Krankenhausplanung zu

erfolgen und darf nicht einer marktanalogen Preissteuerung durch bundesweit geltende Fallpauschalen überantwortet werden. Dies gilt im Fall des DRG-Systems umso mehr, als das DRG-System über keinerlei Instrumente zur Ermittlung des bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarfs verfügt.

Wirtschaftliche Sicherung als Voraussetzung für die Erfüllung des staatlichen Sicherstellungsauftrages

Da die Länder ihren Sicherstellungsauftrag nur zu einem Teil (Universitätskliniken) durch eigene Krankenhäuser erfüllen können, sind sie auf die Übernahme von Versorgungsaufträgen durch Krankenhäuser anderer Träger angewiesen. Diese Krankenhäuser können einen übernommenen Versorgungsauftrag allerdings nur dann dauerhaft und in der gebotenen Qualität erfüllen, wenn sie ausreichend wirtschaftlich gesichert werden. Insofern ist die ausreichende wirtschaftliche Sicherung der als bedarfsgerecht in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser oder der in das Hochschulverzeichnis aufgenommenen Universitätskliniken zwingende Voraussetzung für die Erfüllung des staatlichen Sicherstellungsauftrages.

Duale Finanzierung

Mit dem KHG 1972 wurde die auch heute noch geltende sogenannte „duale Finanzierung“ eingeführt. Ausgehend von der Auffassung, dass die Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche und aus Steuern zu finanzierende Aufgabe ist, sieht das KHG eine zweigeteilte Krankenhausfinanzierung vor. Dem Grundsatz der dualen Finanzierung folgend sind die Investitionskosten der Krankenhäuser – vom Bau über die Modernisierung von Gebäudeteilen und Anschaffung von Großgeräten bis zu kurzfristigen Anlagegütern – aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Patienten und ihre Kostenträger (Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Sozialhilfeträger etc.) haben die Kosten des laufenden Betriebes, insbesondere die Personalkosten, zu tragen.

Das System einer dualen Finanzierung sollte beibehalten werden. Die seit langem immer wieder geforderte Umstellung auf eine sogenannte „monistische Finanzierung“, bei der die Patienten und ihre Kostenträger für sämtliche Kosten aufkommen, ist abzulehnen, nicht nur weil dies zu einer Mehrbelastung der GKV-Mitglieder führen würde.⁶⁸ Mit der öffentli-

⁶⁸ Teilweise wird gefordert, dass die Länder bei einer Umstellung auf eine monistische Finanzierung ihre bisher gezahlten Fördermittel an die Kassen übertragen. Da die bisherige Investitionsförderung jedoch weit hinter dem Investitionsbedarf zurückbleibt, müssten die GKV-Mitglieder für die Deckung des zusätzlichen Investitionsbedarfs aufkommen. Zudem ist die Frage bislang unbeantwortet geblieben, nach welchen Kriterien die Investitionskosten auf die verschiedenen Kostenträger – GKV, PKV etc. – aufgeteilt werden sollen. Ge-

chen Investitionsförderung haben die Länder ein wirksames Mittel an der Hand, die Entwicklung der Versorgungskapazitäten zu steuern. Würde die Finanzierung der Investitionskosten auf die von den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen zu tragenden Vergütungen verlagert, hätten die Länder keinerlei Einfluss mehr auf die Entwicklung der Investitionen und somit auch der Kapazitäten der Krankenhäuser.

Bedarfsgerechte Investitionsförderung

Voraussetzung einer Steuerung der Versorgungskapazitäten mit Hilfe der Investitionsförderung ist allerdings, dass die Länder ihrer Verpflichtung zu einer ausreichenden und bedarfsgerechten Finanzierung der notwendigen Investitionen nachkommen. Dies ist seit Jahrzehnten in der Mehrzahl der Länder nicht der Fall, so dass sich mittlerweile ein erhebliches Investitionsdefizit angehäuft hat.

In dem Maße wie die Investitionsförderung unzureichend ist, sind die Krankenhäuser gezwungen, notwendige Investitionen aus „Eigenmitteln“ zu finanzieren, und das sind in einer dualen Finanzierung letztlich die Vergütungen für die laufenden Betriebskosten (insbesondere die Personalkosten). Da sich die Entscheidungen über die Verwendung von „Eigenmitteln“ dem Einfluss der Länder entziehen, haben die Länder im Falle einer Finanzierung von Investitionen durch Eigenmittel keine Kontrolle über Investitionsentscheidungen. Dies ermöglichte unter anderem auch die Expansion privater Klinikketten seit Einführung des DRG-Systems, die in hohem Maße durch Eigenmittel und somit außerhalb der Investitionsplanung und Investitionsförderung der Länder finanziert wurde.

Da die bisherige Investitionsförderung der Länder in der Regel unzureichend ist, folgt daraus die Notwendigkeit einer deutlichen Erhöhung des Gesamtvolumens der Investitionsförderung. Um eine solche Anhebung des Gesamtvolumens der KHG-Förderung herbeizuführen und abzusichern sollte eine zwischen Bund und Ländern vereinbarte mindestens einzuhaltende Investitionsquote als Orientierungswert in das Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgenommen werden.

Auch wenn es sich dabei nur um einen Orientierungswert handeln kann, zu dessen Einhaltung die Länder durch Bundesgesetz nicht verpflichtet werden können, so könnte eine solche Quote doch allein durch

genwärtig gibt es den Trend zu einer DRG-orientierten Investitionskostenfinanzierung. Eine an die Fallzahl und Fallschwere gekoppelte Investitionsfinanzierung würde allerdings zu einer sozial ungleichen Lastenverteilung führen, da dann die Investitionskosten vor allem von Kassen mit überproportional hoher Morbidität und Krankenhaushäufigkeit ihrer Versicherten zu tragen wären.

ihre Existenz eine nicht zu unterschätzende Wirkung entfalten und Bundesländer zur Einhaltung dieser Quote motivieren.

Die Finanzierung der Krankenhäuser als Gegenleistung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages

Die Finanzierung der Investitionen und der laufenden Betriebskosten ist keine Gegenleistung (Preis) für einzelne Leistungen (Fälle, Operationen etc.), sondern erfolgt im Gegenzug für die Übernahme eines Versorgungsauftrages. Insofern ist eine Finanzierung, die an einzelne Leistungen gebunden ist, z. B. einzelne Behandlungsfälle, nicht sachgerecht. Die Leistung eines Krankenhauses ist weit mehr als nur die Durchführung einzelner diagnostischer Maßnahmen, operativer Eingriffe oder konservativer Behandlungen. Eine der wichtigsten, in keiner Weise durch fall- oder einzeleleistungsbezogene Entgelte angemessen abzubildende Leistung von Krankenhäusern ist allein ihre Existenz, ihre Vorhaltung, die den Menschen im Umfeld des Krankenhauses die Gewissheit vermitteln kann, im Fall schwerer Krankheit oder eines schweren Unfalls versorgt zu werden.

Die Leistungen und der Wert von Krankenhäusern für die Gesellschaft sind zu komplex, als dass sie mit simplen ökonomischen Kennzahlen angemessen erfasst werden könnten. Insofern ist es allein deshalb ein Irrtum und Trugschluss anzunehmen, mit der Einführung von Fallpauschalen sei ein „leistungsgerechtes“ Vergütungssystem geschaffen worden. Die Reduktion der Krankenhausleistungen auf „Fälle“ hat zudem die gefährliche Wirkung, dass davon ein starker Anreiz ausgeht, Behandlungen auch dann durchzuführen, wenn sie medizinisch nicht notwendig sind.

Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip

Eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung kann nur sichergestellt werden, wenn die dafür erforderlichen Krankenhäuser ausreichend wirtschaftlich gesichert sind. Um dies zu erreichen, ist die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip notwendig. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde durch das Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) 1972 eingeführt und besagte, dass das Budget eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses auf Grundlage seiner krankenspezifischen individuellen Kosten zu vereinbaren und so zu bemessen ist, dass es zur Deckung der laufenden Betriebskosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses ausreicht.

Entgegen vielfacher anderslautender Behauptungen beinhaltet das Selbstkostendeckungsprinzip nicht, dass alle tatsächlich entstandenen Kosten eines Krankenhauses erstattet wurden. Der Anspruch bestand

nur für die Kosten eines „sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses“ und somit nur für näher zu bestimmende Normkosten.

Die Letztentscheidung über die Bemessung des Budgets lag in der ersten Fassung des KHG 1972 bei den zuständigen Landesbehörden, die die Pflegesätze festsetzten. Später trat an die Stelle der Pflegesatzfestsetzung durch das Land ein System der Konfliktregulierung, mit paritätisch besetzten Schiedsstellen auf Landesebene.

Konnten sich Krankenkassen und Krankenhaus in ihren Verhandlungen nicht auf ein Budget einigen, wurde in der Regel zunächst ein unabhängiges Unternehmen mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung des Krankenhauses beauftragt. Dabei wurde ein sehr differenzierteres System von Kennzahlen angewendet, in dessen Zentrum Orientierungswerte für die Personalbesetzung standen. Die Ergebnisse der Prüfung bildeten die Grundlage für die Fortsetzung der Budgetverhandlungen. Konnte dennoch keine Einigung erzielt werden, entschied eine paritätisch mit Vertretern der Krankenhäuser und der Krankenkassen sowie einem oder mehreren Unabhängigen besetzte Schiedsstelle. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle bestand Rechtsschutz, sowohl das betreffende Krankenhaus als auch die Krankenkassen konnten die Entscheidung vor Gericht anfechten.

Die Krankenkassen waren den Forderungen der Krankenhäuser folglich nicht hilflos ausgeliefert, wie dies heute teilweise behauptet wird. Die Krankenhäuser hatten die Chance, berechnete Budgetforderungen durchzusetzen, wenn sie diese Forderungen der Schiedsstelle oder dem zuständigen Gericht gegenüber überzeugend begründen konnten. Es entspricht auch nicht den historischen Tatsachen, wenn behauptet wird, das Selbstkostendeckungsprinzip habe zu einer überproportionalen Steigerung der Ausgaben geführt. Die Gesamtausgaben für Krankenhäuser lagen in der alten BRD ab 1975 bis zur Deutschen Einheit konstant bei ca. 3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts.

Das Selbstkostendeckungsprinzip war keine Aufforderung zur Selbstbedienung für Krankenhäuser, es ergab sich sachlogisch daraus, dass zugelassene Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag nur erfüllen können, wenn sie wirtschaftlich gesichert sind. Insofern ist es an der Zeit, dem Selbstkostendeckungsprinzip wieder umfassend Geltung zu verschaffen.

In Teilbereichen wurde die Krankenhausfinanzierung bereits wieder auf das Selbstkostendeckungsprinzip umgestellt. Die Auszahlung der Mittel der beiden Pflegestellenförderprogramme der Jahre 2009 bis 2011 und 2016 bis 2018 erfolgte auf Grundlage der Selbstkosten der Krankenhäuser und die ab 2020 geltenden Pflegebudgets sind auf Grundlage der tatsächlichen Selbstkosten zu vereinbaren. Dies kann als Beleg da-

für gewertet werden, dass die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ohne das Selbstkostendeckungsprinzip nicht dauerhaft erreichbar und zu gewährleisten ist.

Umstellung auf bedarfsgerechte Budgets

Die Finanzierung der laufenden Betriebskosten sollte auf Budgets umgestellt werden, die auf Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips für ein Kalenderjahr gezahlt werden. Bei einer Umstellung auf Jahresbudgets ist zu entscheiden, wie diese Budgets von den Kostenträgern an das Krankenhaus ausgezahlt werden.

Im System des KHG 1972 und noch bis zur Einführung des DRG-Systems erfolgte die Auszahlung durch tagesbezogene Pflegesätze, die auf Grundlage des krankenhausesindividuellen Budgets vereinbart wurden. Die Pflegesätze hatten dabei die Funktion von „Abschlagszahlungen“ auf das vereinbarte Budget. Abweichungen der Zahl abgerechneter Pflegesätze hatten keinen Einfluss auf das Budget, maßgeblich war die Höhe des vereinbarten Budgets. Die Krankenhäuser hatten Anspruch auf dieses Budget in voller Höhe, auch wenn sie weniger Pflegesätze abgerechnet hatten. Dies galt auch im Fall höherer Einnahmen durch mehr abgerechnete Pflegesätze. Mehr- oder Mindererlöse waren auszugleichen, über das vereinbarte Budget hinausgehende Einnahmen waren zurückzuzahlen, Mindereinnahmen waren von den Kostenträgern nachzuzahlen.

Fallpauschalen scheiden aus den oben genannten Gründen für die Funktion von Abschlagszahlungen auf das Budget aus. Auch die Überweisung monatlicher Abschlagszahlungen kommt nicht infrage, da es nicht nur einen Kostenträger gibt, sondern mehrere. Um die Höhe des jeweiligen Anteils der einzelnen Kostenträger bestimmen zu können, bedarf es konsensfähiger Kriterien, die nicht jedes Jahr zwischen den jeweils an den Budgetverhandlungen beteiligten Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen neu ausgehandelt werden sollten.

Aufgrund der langjährigen Erfahrungen mit Pflegesätzen erscheint es sinnvoll, auf diese bewährte Art der Abschlagszahlungen zurückzugreifen. Dies geschieht im Übrigen auch im Rahmen des DRG-Systems, unter anderem bei der Vergütung von Leistungen, die nicht vom Fallpauschalenkatalog erfasst sind (z. B. die Leistungen so genannter „Besonderer Einrichtungen“). Auch die Auszahlung der seit 2020 zu vereinbarenden Pflegebudgets hat über tagesbezogene Entgelte zu erfolgen, und schließlich erfolgen auch die Ausgleichszahlungen für die aufgrund der Corona-Epidemie unbelegt gehaltene Betten tagesbezogen.

Da das Budget im Vorhinein vereinbart wird und unvorhersehbare Entwicklungen eintreten können, sah das KHG vor Einführung des DRG-

Systems Nachverhandlungen während des laufenden Jahres vor. Auch dieser Grundsatz ist sehr sinnvoll und sollte Bestandteil eines neuen Finanzierungssystems sein.

Finanzierung der Personalkosten auf Grundlage von Verfahren der Personalbedarfsermittlung

Die Anwendung des Selbstkostendeckungsprinzips erfordert die Entwicklung von Maßstäben dafür, was als Kosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses zu gelten hat. Im Fall der Personalkosten sollten diese Maßstäbe aus verbindlich anzuwendenden Verfahren der Personalbedarfsermittlung abgeleitet werden. Damit sind Verfahren gemeint, die auf einer Ermittlung des individuellen Pflege- und Behandlungsbedarfs der Patienten aufbauen. Die dafür erforderlichen Verfahren sollten für die verschiedenen Dienstarten und wichtigsten Krankenhausbereiche von unabhängigen Expertenkommissionen im Auftrag der Bundesregierung entwickelt und ihre Anwendung sollte durch Rechtsverordnung verbindlich vorgegeben werden.

Die 2018 eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen sind dafür ungeeignet, da sie keinerlei Bezug zum individuellen Pflege- und Behandlungsbedarf der Patienten haben. Zudem sind sie in ihrer Höhe erheblich zu niedrig angesetzt, legitimieren dadurch bestehende Unterbesetzungen und setzen – wie die Mitte 2020 veröffentlichten Ergebnisse einer Befragung des größten Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) zeigte – starke Anreize für die Absenkung bestehender Personalbesetzungen.

Budgetverhandlungen auf Grundlage eines Kosten- und Leistungsnachweises des Krankenhauses

Das KHG 1972 verpflichtete die Krankenhäuser, den Krankenkassen zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen einen Kosten- und Leistungsnachweis (KLN) vorzulegen, mit allen erforderlichen Angaben über die erzielten Einnahmen, erbrachten Leistungen und entstandenen Kosten des vergangenen und des laufenden Budgetzeitraums sowie Angaben zu den erwarteten Kosten und Erlösen des folgenden, noch zu vereinbarenden Budgetzeitraums.

Die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip erfordert zugleich auch die Rückkehr zur Vorlage eines Kosten- und Leistungsnachweises, um die Selbstkosten feststellen zu können. Indem der Kosten- und Leistungsnachweis Transparenz über die wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses herstellt, sorgte das Selbstkostendeckungsprinzip zugleich auch dafür, dass entstandene Überschüsse offengelegt wurden. Dadurch konnten die Krankenkassen entscheiden, ob sie einen Über-

schuss dem Krankenhaus beließen oder über eine Absenkung des nächsten Budgets ausgleichen.

Die seit Einführung des DRG-Systems zunehmend verbreitete Praxis, dass Stellen insbesondere im Pflegedienst abgebaut werden, um Überschüsse zu erzielen, die entweder zur Finanzierung von Investitionen oder zur Befriedigung von Renditeerwartungen der Anteilseigner verwendet werden, wäre unter den Bedingungen des Selbstkostendeckungsprinzips nicht möglich gewesen.

Gemeinwohlorientierung statt Gewinnorientierung

Krankenhäuser sollten Einrichtungen der Daseinsvorsorge und Hilfestellung im Fall von schwerer Krankheit oder schweren Unfällen sein. Krankenhäuser sollten weder Anlageobjekte für Kapitalanleger noch Handelsobjekte für Krankenhauskonzerne sein, sie sollten nicht wie Waren gehandelt, verkauft, gekauft und weiterverkauft werden, wie dies seit in den letzten Jahren zunehmend der Fall ist. Auch deshalb sollte die Krankenhausfinanzierung auf das Selbstkostendeckungsprinzip umgestellt werden. Die Budgets der zugelassenen Krankenhäuser sollten die Kosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken, nicht weniger – aber auch nicht mehr. Dies schließt nicht aus, dass Überschüsse entstehen und dem einzelnen Krankenhaus verbleiben können. Das Selbstkostendeckungsprinzip versetzt die Krankenkassen jedoch in die Lage, zu verhindern, dass die von ihnen gezahlten Mittel aus den Krankenhäusern abfließen und als Renditen an private Eigentümer oder Aktionäre ausgezahlt werden.

Literatur

- Aiken, Linda H.; Sermeus, Walter; Van den Heede, Koen; Sloane, Douglas M.; Busse, Reinhard; McKee, Marin; Bruyneel, Luk; Rafferty, Anne Marie; Griffiths, Peter; Moreno-Casbas, Maria Teresa; Tishelman, Carol; Scott, Ann; Brzostek, Tomasz; Kinnunen, Juha; Schwendimann, Rene; Heinen, Maud; Zikos, Dimitris; Sjetne, Ingeborg Strømseng; Smith, Herbert L.; Kutney-Lee, Ann (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. Online verfügbar unter: <https://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf> (01.09.2020).
- Albrecht, Bernhard (2019): Krank. Die Logik der Ökonomie verdrängt das Ethos der Heilkunst. Sie macht unsere Kliniken kaputt und gefährdet die Patienten. Ärzte wehren sich – und fordern eine Wende. In: Stern, Jg. 71, Heft 37, S. 24–34.
- AOK-Bundesverband (2020a): Übersicht über die für 2020 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern. Online verfügbar unter: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/lbfw_2020_040320.pdf (13.08.2020).
- AOK-Bundesverband (2020b): Übersicht zu den Zu- und Abschlägen im Rahmen der Krankenhausabrechnung (DRG) 2020 nach KHEntgG (Stand: 14.01.2020). Online verfügbar unter: https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Krankenhaus/Verwaltung/Budgetverhandlungen/Somatische_Krankenhaeuser/Zu-und_Abschlaege/zu_und_abschlaege_drg_2020.pdf (10.08.2020).
- Atteslander, Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Augurzky, Boris; Bünnings, Christian; Dördelmann, Sandra; Greiner, Wolfgang; Hein, Lorenz; Scholz, Stefan; Wübker, Ansgar (2016): Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI-Materialien Heft 104. Online verfügbar unter: http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf (21.05.2016).

- Augurzky, Boris; Gülker, Rosemarie; Felder, Stefan; Menniken, Roman; Wasem, Jürgen; Gülker, Hartmut; Simssen, Nikolaus (2012): Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraech/2012_2/120529_mengenentwicklung_krankenhausbereich/RWI-Gutachten_Mengenentwicklung_2012_06_08_19832.pdf (21.08.2020).
- Augurzky, Boris; Schmitz, Hendrik (2013): Wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung. Dezember 2013. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Essen: RWI.
- AWMF, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2020): Leitlinien. Online verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien.html> (28.08.2020).
- BÄK-Ethikkommission, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 38, S. A1752-A1756.
- Balling, Stephan (2017): InEK unzufrieden mit Kalkulationsstichprobe. Online verfügbar unter: <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/31685-inek-unzufrieden-mit-kalkulationsstichprobe/> (10.12.2017).
- Baum, Georg (2009): Zwischenbilanz aus Sicht der DKG. In: Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S. 25–28.
- Baum, Georg; Tuschen, Karl-Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 5, S. 449–460.
- BDPK, Bundesverband Deutscher Privatkliniken (2013): BDPK reicht Klage ein. Pressemitteilung vom 15. Mai 2013. Online verfügbar unter: http://www.bdpk.de/privatkliniken.php/cat/28/aid/704/title/BDPK_reicht_Klage_ein (25.07.2016).

- Becker, Andreas; Stausberg, Jürgen; Fischer, Burkhard; Carstanjen, Dirk; Weyermann, Maria (2016): Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. Eine Positionsbestimmung der DKG-Expertengruppe „Qualitätsmessung und Risikoadjustierung“. In: Das Krankenhaus, Jg. 108, Heft 11, S. 954–963.
- BGH, Bundesgerichtshof (2016): Urteil im Rechtsstreit Kreiskliniken Calw vom 24. März 2016 – I ZR 263/14.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1989): Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984. Bonn.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1985): Verfahren zur Ermittlung des leistungsbezogenen Personalbedarfs in Krankenhäusern (PBEV). Abschlussbericht. Band I. Bonn.
- Böhm, Johann (2019): Veränderungen im Alltag einer Verworgungsklinik im 15. Jahrgang DRG – 40 Jahre Erfahrungen in der Kinderheilkunde. In: Dieterich, Anja; Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas; Simon, Michael (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, S. 107–126.
- Borzutzki, Rolf (1980): Die Anwendung von Arbeitsstudienmethoden im Pflegebereich. In: Das Krankenhaus, Jg. 72, Heft 11, S. 413–418.
- Borzutzki, Rolf (1983): Die Erarbeitung von Personalkennzahlen im Krankenhausbetrieb. Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, Bernard (2014): Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Online verfügbar unter: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachten-final-1.pdf> (2.02.2016).
- Braun, Bernard (2019): Das Innenleben des Krankenhauses – zwischen Bedarfsorientierung, Überversorgung, Personalmangel, professionellen Logiken und Strukturdefiziten. In: Dieterich, Anja; Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas; Simon, Michael (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, S. 69–105.
- Braun, Bernard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf (2009): Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System. Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag der Hans Böckler Stiftung. Berlin/Bremen: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Braun, Bernard; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 15, Heft 1, S. 5–19.

- Braun, Thomas; Rau, Ferdinand; Tuschen, Karl Heinz (2008): Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer, S. 3–22.
- Buhr, Petra; Klink, Sebastian (2006): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, SP I 2006–311. Berlin.
- Busse, Reinhard (2018): Im Gespräch. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 02.08.2018, S. 19.
- Busse, Reinhard; Ganten, Detlev; Huster, Stefan; Reinhardt, Erich R.; Suttrop, Norbert; Wiesing, Urban (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften. Diskussionspapier Nr. 7. Online verfügbar unter: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf (25.10.2020).
- BVKJ, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (2020): Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) begrüßt Schwesig-Vorstoß: „Die Abschaffung der Fallpauschalen für Kinderkliniken ist die richtige Antwort auf das Kinderkliniksterben“. Pressemitteilung vom 23. Juli 2020. Online verfügbar unter: https://www.bvjk.de/fileadmin/pdf/presse/PM_Swesig-Verstoss.pdf (21.08.2020).
- Cassel, Dieter (2001): Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst, Jg. 81, Heft 2, S. 87–91.
- CDU/CSU; FDP (1995): Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997). Bundestagsdrucksache 13/3062 vom 22.11.1995.
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Ziel erreicht? Ergebnisse einer Online-Umfrage zu Effekten der Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Online verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Bericht-Umfrage-Pflegepersonaluntergrenzen-2020-05-19.pdf> (23.05.2020).

- Deutscher Ärztetag (2012): Keine ökonomischen Fehlanreize in der Patientenbehandlung. Entschließung des 115. Deutschen Ärztetages. In: Deutscher Ärztetag (Hrsg.): 115. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Nürnberg: Deutscher Ärztetag, S. 251.
- Deutscher Ärztetag (2016a): Auswirkungen des Spannungsfeldes zwischen Medizin und Ökonomie auf erfolgsabhängige, vorrangig an ökonomischen Kriterien orientierte Bonuszahlungen bei der Vergütung leitender Krankenhausärzte und nichtleitender, angestellter Ärzte. Entschließung des 119. Deutschen Ärztetages. In: Deutscher Ärztetag (Hrsg.): 119. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Erfurt: Deutscher Ärztetag, S. 124 f.
- Deutscher Ärztetag (2016b): Die medizinische Indikationsstellung ist Kernelement der ärztlichen Tätigkeit und Identität. Entschließung des 119. Deutschen Ärztetages. In: Deutscher Ärztetag (Hrsg.): 119. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Erfurt: Deutscher Ärztetag, S. 182 f.
- Deutscher Ärztetag (2016c): Freiberuflichkeit erhalten – Fremdbestimmung ausschließen – Ökonomisierung der Medizin verhindern. Entschließung des 119. Deutschen Ärztetages. In: Deutscher Ärztetag (Hrsg.): 119. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Erfurt: Deutscher Ärztetag, S. 126 f.
- Deutscher Ärztetag (2016d): Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie. Entschließung des 119. Deutschen Ärztetages. In: Deutscher Ärztetag (Hrsg.): 119. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Erfurt: Deutscher Ärztetag, S. 122.
- Deutscher Ärztetag (2016e): Ärzteschaft lehnt rein ökonomisch ausgerichtete Bonusklauseln in Chefarztverträgen strikt ab. Pressemitteilung des Deutschen Ärztetages vom 26.05.2016. Online verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaeztekammern/aktuelle-pressemitteilungen/news-detail/aerzteschaft-lehnt-rein-oekonomisch-ausgerichtete-bonusklauseln-in-chefarztvertraegen-strikt-ab/> (07.09.2020).
- Deutscher Ärztetag (2016f): Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung stärken – Qualitätsverluste durch Ökonomisierung beenden. Entschließung des 119. Deutschen Ärztetages. In: Deutscher Ärztetag (Hrsg.): 119. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Erfurt: Deutscher Ärztetag, S. 41.
- Deutscher Ärztetag (2019): Medizin vor Ökonomie – Ärzte-Kodex als Wegweiser ärztlichen Handelns – Patienten sind keine Kunden!. Beschluss des 122. Deutschen Ärztetages. In: Deutscher Ärztetag (Hrsg.): 122. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Münster: Deutscher Ärztetag, S. 146 f.

- Deutscher Ethikrat (2014): Vom Krankenhaus zum kranken Haus? Klinikalltag zwischen ethischem Anspruch und Kostendruck. Tagung am 22. Oktober 2014. Online verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/weitere-veranstaltungen/vom-krankenhaus-zum-kranken-haus-klinikalltag-zwischen-ethischem-anspruch-und-kostendruck/> (30.08.2020).
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Online verfügbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (6.04.2016).
- DGCH, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2012): Falsche Anreize durch leistungsorientierte Chefarztverträge. Chirurgenpräsident übt Kritik an zunehmender Gewinnorientierung in Kliniken. Pressemitteilung vom 25. April 2012.
- DGIM, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin; Internisten, Berufsverband Deutscher (2012): DRG-Finanzierung der Krankenhäuser und Bonussysteme für Ärzte: Fehlentwicklungen durch falsche Anreize stoppen! Pressemitteilung vom 18.07.2012. Online verfügbar unter: <https://www.dgim.de/veroeffentlichungen/archiv/> (30.08.2020).
- DGKJ, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (2015): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der CDU/CSU und der SPD zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung – KHSG (BT-Drucksache 18/5372) und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern“ (BT-Drucksache 18/5369) und zum Fraktionsantrag von BÜNDNIS 90/Die Grünen „Gute Versorgung, gute Arbeit – Krankenhäuser zukunftsfest machen“ (BT-Drucksache 18/5381). Berlin: DGKJ.
- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010): Basiswissen Kodieren. Eine kurze Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/downloads/deutsch/basiswissen-kodieren-2010.pdf> (10.08.2020).
- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020a): Häufige Fragen und Antworten (FAQ). Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/> (10.08.2020).
- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2020b): OPS Version 2020. Kapitel 5: Operationen. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2020/chapter-5.htm> (28.09.2020).

- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2012): Pflege-Thermometer 2012. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus. Köln: DIP.
- DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2010): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen – Hintergrundtext. Online verfügbar unter: http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf (26.07.2017).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1992): Grundsätze für die Organisation der Krankenhausführung. In: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 5, S. 238–242.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1995a): DKG-Mitgliederversammlung am 19. Juli bekräftigt Verantwortungsbereitschaft in der Selbstverwaltung. Keine Entscheidung für öffentlich-rechtliche Verkörperschaftlichung. DKG-Mitgliederversammlung am 21. September mit Minister Seehofer. Pressemitteilung der DKG vom 20. Juli 1995. In: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 8, S. 363–364.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1995b): Rechtliche Struktur der DKG und der Landeskrankenhausgesellschaften. Beschluß des DKG-Vorstandes vom 22. September 1995. In: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 10, S. 457–459.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2013): Empfehlungen gem. § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen vom 17.09.2013. Online verfügbar unter: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/08_Empfehlung_von_DKG_und_BAeK_zu_Zielvereinbarungen_24042013.pdf (30.08.2020).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Dezember 2019. Online verfügbar unter: <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/investitionsfinanzierung/investitionsfoerderung-der-krankenhaeuser/> (04.08.2020).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft; GKV-SV, GKV-Spitzenverband; PKV, Verband der privaten Krankenversicherung; InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020): Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Version 2020. Online verfügbar unter: <https://www.g-drg.de/content/view/full/8387?campaign=drg19&kwd=kodrA4> (11.08.2020).

- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2020): Expertenstandards und Auditinstrumente Online verfügbar unter: <https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/> (31.08.2020).
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, Jg. 44, Heft 2, S. 166–206.
- Donabedian, Avedis (1988): The Quality of Care: How Can It Be Assessed. In: JAMA, Jg. 260, Heft 12, S. 1743–1748.
- Donabedian, Avedis et al. (1982): Quality, cost an health: an integrative model. In: Medical Care, Jg. 20, Heft 10, S. 975 ff.
- Drepper, Daniel; Müller, Pascale; Höber, Alexa (2020): „Dann hetze ich zum Patienten und stelle fest: Du bist zu spät“. Pflegekräfte berichten BuzzFeed News und dem ARD-Magazin Plusminus von vermeidbaren Todesfällen in Krankenhäusern. Online verfügbar unter: <https://www.buzzfeed.com/de/danieldrepper/corona-pflege-ueberlastet-todesfaelle> (27.08.2020).
- DZ Bank (2006): Kliniken-Privatisierungswelle. Branchenstudie. Frankfurt/M.: DZ Bank.
- Eichhorn, Siegfried (1975): Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes. Band 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eucken, Walter (1952): Grundsätze der Wirtschaftspolitik. Bern/Tübingen: A. Francke Verlag/J.C.B. Mohr.
- faz.net (2007): Mäßige Bezahlung für Krankenhaus-Manager. Meldung vom 07.02.2007. Online verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/karriere-hochschule/recht-und-gehalt/maessige-bezahlung-fuer-krankenhaus-manager-1408589.html> (28.08.2020).
- Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.
- Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.) (2017): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Reinbeck: Rowohlt.
- Foucault, Michel (1973): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Main: Fischer.
- Franke, Edgar (2018): Berliner Wirtschaftsgespräche. 2. November 2018. Mitteilung auf der Internetseite des Bundestagsabgeordneten Edgar Franke (SPD). Online verfügbar unter: <https://www.edgarfranke.de/index.php?id=295> (17.09.2020).
- Friedrich, Jörg; Leclerque, G.; Paschen, K. (2007): Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. Die Verlierer- und Gewinnerrolle ist nicht auf ewig festgeschrieben. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 24, Heft 4, S. 425–427.

- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Richtlinie gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – QSKH-RL. Online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/38/> (28.08.2020).
- GBE, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020a): Case Mix, Case Mix Index und Erlösvolumen (in Euro) der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/> (10.08.2020).
- GBE, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020b): Definitionen. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> (28.08.2020).
- GBE, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020c): Die 50 häufigsten Fallpauschalen der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/> (18.08.2020).
- GBE, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020d): Gesundheitsausgaben. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/> (10.08.2020).
- GBE, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020e): Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de/> (10.08.2020).
- Geraedts, Max (2017): Personalausstattung der Krankenhäuser: Entwicklungen der letzten 25 Jahre. In: Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Hans-Peter; Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 79–94.
- Gitter, Wolfgang; Hauser, Heinz; Henke, Klaus-Dirk; Knappe, Eckhard; Männer, Leonhard; Neubauer, Günter; Oberender, Peter; Sieben, Günter (1988): Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wissenschaftliche Arbeitsgruppe „Krankenversicherung“. Gerlingen: Bleicher.
- Gitter, Wolfgang; Oberender, Peter (1987): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV. Baden-Baden: Nomos.
- GKV, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (1993): Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der GKV zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1994 vom 26.10.1993 (wörtlicher Abdruck). In: Das Krankenhaus, Jg. 85, Heft 12, S. 539–549.

- GKV-Spitzenverband (2014): Der Strukturfonds ist ein bisschen sehr klein. Statement des GKV-Spitzenverbandes vom 15.12.2014. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_203918.jsp (24.06.2015).
- GKV-Spitzenverband (2015): Zusätzliche Mittel für Pflegekräfte in Kliniken zielgerichtet einsetzen. Pressemitteilung vom 25.06.2015. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_264128.jsp (28.06.2015).
- GKV-Spitzenverband (2016): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.04.2016 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren“ (Bundestagsdrucksache 18/6326). Stellungnahme zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 13.04.2016. Ausschussdrucksache 18(14)0166(3). Berlin: Deutscher Bundestag.
- GKV-SV, GKV-Spitzenverband (2018a): Pflegepersonal-Stärkungsgesetz bringt Verbesserungen – zentrale Punkte fehlen aber. Pressemitteilung vom 10.10.2018 (Originalfassung). Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_762624.jsp (12.10.2018).
- GKV-SV, GKV-Spitzenverband (2018b): Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG (Bundestagsdrucksache 19/4453). Online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/stellungnahmen-inhalt/570372> (12.10.2018).
- GKV-SV, GKV-Spitzenverband; DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2016): Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln, – gemeinsam – und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/drg_entwicklung_kalkulation_falldaten/KH_Repraesentative_Kalkulationsstichprobe_Vereinbarung_02092016.pdf (20.08.2020).

- GKV-SV, GKV-Spitzenverband; PKV, Verband der privaten Krankenversicherung; DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019): Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2020 (VBE 2020) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, – gemeinsam – und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/drg/besondere_einrichtungen/KH_DRG_VBE_2020_ohne_Unterschr.pdf (10.08.2020).
- Greß, Stefan (2009): Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem. Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt. In: WISO direkt – Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Jg., Heft Mai, S. 1–4.
- Griffiths, Peter; Ball, Jane; Drennan, Jonathan; James, Liz; Jones, Jeremy; Recio, Alejandra; Simon, Michael (2014): The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements. Online verfügbar unter: <https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/association-between-patient-safety-outcomes-and-nurse-healthcare-assistant-skill-mix-and-staffing-levels.pdf> (26.10.2020).
- Haack, Hansjörg (1993): Eine Krankenhaus-GmbH ist keine Privatklinik. In: Krankenhaus Umschau, Jg. 62, Heft 12, S. 1092–1095.
- Häder, Michael (2006): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga; Schulze-Geiping, Annika; Simon, Mario; Voß, Karin; Wiedemann, Regina; Donath, Elke; Bartholomeyczik, Sabine (2005): Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 10, Heft 3, S. 125–130.
- Heimig, Frank (2014): „Das Wichtigste ist Verschwiegenheit“. Interview mit Frank Heimig, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 31, Heft 2, S. 166–169.

- Höber, Alexa (2019): Recherche-Aufruf zur Überlastung in der Pflege. Online verfügbar unter: https://www.alexahoeber.de/index.php?id=41&tx_news_pi1%5Bnews%5D=2&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=f83825fe1697ff1d474a51495b1ee229 (26.08.2020).
- Höber, Alexa; Drepper, Daniel; Mueller, Pascale (2020): Pflege: Chronische Arbeitsüberlastung im Krankenhaus. Begleittext zur Sendung „plusminus“ vom 15.04.2020. Online verfügbar unter: <https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/ndr/corona-pflegekraefte-ueberlastung100.html> (27.08.2020).
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2017): Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. Online verfügbar unter: http://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf (17.05.2017).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2004): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005. Klassifikation, Katalog, und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/content/download/1046/6861/version/2/file/Abschlussbericht_G-DRG-2005_0412201200.pdf (26.10.2020).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2005): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006. Klassifikation, Katalog, und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/content/download/1115/7271/version/8/file/Abschlussbericht_G-DRG-2006-051220.pdf (26.10.2020).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 3.0. 10. Juli 2007. Online verfügbar unter: http://www.gdrq.de/service/download/veroeff_2007/Kalkulationshandbuch_Version3.pdf (30.07.2007).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Online verfügbar unter: http://www.gdrq.de/cms/G-DRG-System_2014/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2014 (15.04.2014).

- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2016): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 4.0. 10. Oktober 2016. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch (25.08.2020).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2018a): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht Siegburg, den 19. Dezember 2017. Online verfügbar unter: [https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Abschlussbericht_zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und Report Browser/Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems fuer 2019](https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_fuer_2019) (22.08.2020).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2018b): Definitionshandbuch 2018. Band 1–5. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2018 (20.06.2018).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019a): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2020. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht Siegburg, den 18. Dezember 2019. Online verfügbar unter: [https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Abschlussbericht_zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und Report Browser/Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems fuer 2020](https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_G-DRG-Systems_und_Report_Browser/Abschlussbericht_zur>Weiterentwicklung_des_aG-DRG-Systems_fuer_2020) (11.08.2020).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019b): Definitionshandbuch 2020. Band 1–5. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2020 (20.06.2018).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019c): G-DRG-Report-Browser 2019. Online verfügbar unter: [https://www.g-drg.de/Datenbrowser und Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/G-DRG-Report-Browser_2019](https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/G-DRG-Report-Browser_2019) (31.08.2020).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020a): aG-DRG-Report-Browser 2020. Online verfügbar unter: [https://www.g-drg.de/Datenbrowser und Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser_2020/aG-DRG-Report-Browser_2020](https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser_2020/aG-DRG-Report-Browser_2020) (24.09.2020).

- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020b): Fallpauschalen-Katalog gem. § 17b Abs. 1 S. 4 KHG Katalog ergänzender Zusatzentgelte gem. § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Pflegeerlöskatalog gem. § 17b Abs. 4 S. 5 KHG. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Fallpauschalen-Katalog (10.09.2020).
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2020c): Migrationstabelle. G-DRG-System 2020. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2020/Fallpauschalen-Katalog/Migrationstabelle (18.08.2020).
- IQTIG, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2019): Qualitätsreport 2019. Online verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Qualitaetsreport-2019_2019-09-25.pdf (28.08.2020).
- Isfort, Michael (2013): Einfluss der Personalausstattung auf Pflege und Patientenversorgung in deutschen Intensivstationen. In: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, Jg. 108, Heft 1, S. 71–77.
- Jacobs, Klaus (2012): Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt? In: Wirtschaftsdienst – Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Jg. 92, Heft 10, S. 651–655.
- Jetter, Dieter (1973): Grundzüge der Hospitalgeschichte. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Jetter, Dieter (1986): Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800. Köln: DuMont.
- Kane, Robert L.; Shamliyan, Tatyana; Mueller, Christine; Duval, Sue; Wilt, Timothy J. (2007): Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment Number 151. Prepared for: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. Online verfügbar unter: <https://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf> (22.06.2017).
- Käsbauer, Anna (2015): Die Neuordnung der Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen durch das Berliner Abkommen vom 23.12.1913. Eine Untersuchung der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen im frühen 20. Jahrhundert und ihrer Bedeutung für das heutige Recht. Baden-Baden: Nomos.
- KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Honorarbericht. Quartal 3/2017. Online verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php> (13.08.2020).

- Kienbaum (2017): Kienbaum veröffentlicht Studie zur Vergütung in Krankenhäusern. Gehälter von Krankenhaus-Managern steigen stärker als Ärztesaläre. Pressemitteilung vom 4. Dezember 2017. Online verfügbar unter: <https://gehaltsreporter.de/gehaelter-von-krankenhaus-managern-steigen-staerker-als-aerztesalaere/> (26.10.2020).
- Kienbaum (2019): Vergütungsreport Ärzte, Führungskräfte & Spezialisten in Krankenhäusern 2019. Leseprobe. Online verfügbar unter: <https://shop.kienbaum.com/produkt/gehaltsvergleich-gehalt-von-aerzten-geschaeftsfuehrern-in-krankenhaeusern-spezialisten-gehaltsreport-2019/> (28.08.2020).
- Kingreen, Thorsten; Kühling, Jürgen (2013): Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Baden-Baden: Nomos.
- Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Kommission Krankenhausfinanzierung (1983): Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Kommission Krankenhausfinanzierung (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Teil I. Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung. Robert-Bosch-Stiftung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Band 20. Gerlingen: Bleicher.
- Kromrey, Helmut (2006): Empirische Sozialforschung. 11. Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Kronberger Kreis (1987): Mehr Markt im Gesundheitswesen. Bad Homburg: Frankfurter Institut für wirtschaftspolitische Forschung.
- Kühn, Hagen; Simon, Michael (2001): Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Abschlussbericht. Online verfügbar unter: http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/kh-projekt_abschlussbericht_dlr_2.pdf (29.05.2018).

- Labisch, Alfons (1979): Krankenhauspolitik in der Krankenhausgeschichte. In: *Historia Hospitalium*, Jg. 13, S. 217–233.
- Labisch, Alfons (1996): Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunale Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts. In: Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/M.: Campus, S. 253–296.
- Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (1995): Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland während des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. In: Wysocki, Josef (Hrsg.): *Kommunalisierung im Spannungsfeld von Regulierung und Deregulierung im 19. und 20. Jahrhundert*. Berlin: Mohr Siebeck, S. 7–47.
- Labisch, Alfons; Spree, Reinhard (Hg.) (1997): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/Main: Campus.
- Lamnek, Siegfried (2016): *Qualitative Sozialforschung*. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Leber, Wulf-Dietrich; Schmedders, Mechtild (2014): Strukturbereinigung und Qualitätssicherung. Krankenhausreform 2015 aus Sicht der GKV. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 68, Heft 4–5, S. 10–18.
- Leber, Wulf-Dietrich; Wolff, Johannes (2007): G-DRG-Entwicklung aus der Sicht der Krankenkassen. In: Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (Hrsg.): *Kompendium zum DRG-System 2007. News und Trends*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, S. 47–83.
- Leber, Wulf-Dietrich; Wolff, Johannes (2011): G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (Hrsg.): *Kompendium zum DRG-System 2011. News und Trends*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, S. 61–190.
- Leber, Wulf-Dietrich; Wolff, Johannes (2013): Versichertenorientierte Krankenhausversorgung. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 67, Heft 2–3, S. 56–67.
- Leonhart, Rainer (2004): *Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Luthlen, Eberhard; Tuschen, Karl-Heinz (1989): Weiterentwicklung des Entgeltsystems der Krankenhäuser. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 81, Heft 4, S. 151–156.
- Maio, Giovanni (2013): Wenn die Medizin ihre Seele verliert. Ethische Grenzen der ökonomischen Anreizsysteme in der Chirurgie. In: *Gefäßchirurgie*, Jg. 18, Heft 1, S. 52–56.

- Maio, Giovanni (2014a): Gefährdung der Patientensicherheit im Zeitalter der DRGs. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 108, S. 32–34.
- Maio, Giovanni (2014b): Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Berlin: Suhrkamp.
- Maio, Giovanni (2019): Von der Umwertung der Werte durch die Ökonomisierung der Medizin. In: Dieterich, Anja; Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas; Simon, Michael (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, S. 187–199.
- Marckmann, Georg; Maschmann, Jens (2017): Ethische Mangelverwaltung. Der aktuelle Finanzdruck in deutschen Krankenhäusern hat zu besorgniserregenden Entwicklungen in der Patientenversorgung geführt. Die ethischen Grundsätze in der Versorgung sind gefährdet. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Heft 44, S. A2028-A-2032.
- Marrs, Kira (2008): Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit. Berlin: Edition Sigma.
- Mau, Jens (2017): Georg Baum im Portrait. Kompromissbereiter Lobbyist. In: kma – Klinik Management aktuell, Jg. 22, Heft 12, S. 36–38.
- Mohr, Friedrich W. (1988): Morbus Neunzehn. In: Das Krankenhaus, Jg. 80, Heft 10, S. 452–456.
- MSGJFS, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein (2020): „Zukunft sichern – Krankenhausfinanzierung reformieren für eine flächendeckende, hochwertige Versorgung!“. Diskussionspapier des Gesundheitsministeriums Schleswig-Holstein.
- Müller, Pascale; Drepper, Daniel; Höber, Alexa (2020): Fast 1000 Pflegekräfte haben BuzzFeed News erzählt, wie katastrophal die Zustände in Krankenhäusern und Altenheimen sind. BuzzFeed-News. Stand vom 06. April 2020. Online verfügbar unter: <https://www.buzzfeed.com/de/pascalemueller/1000-pflegekraefte-am-limit> (26.08.2020).
- Naegler, Heinz; Wehkamp, Karl-Heinz (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- OECD, Organisation for Economic Co-Operation and Development; European Observatory, European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Deutschland. Länderprofil Gesundheit 2017. Online verfügbar unter: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264285200-de.pdf?expires=1542368731&id=id&accname=guest&checksum=5B98111A60EEF57E1C724267C048496> (13.11.2018).
- Piro, Andrea (2019): Kienbaum-Vergütungsreport 2019: Chefarztgehälter in den Krankenhäusern Deutschlands. Online verfügbar unter: <https://www.piro-karriereberatung.de/kolumne-gesundheitswesen/84-kienbaum-verguetungsreport-2019-chefarztgehaelter-in-den-krankenhaeusern-deutschlands> (28.08.2020).
- Plusminus (2019): Gefahr in der Pflege. Online verfügbar unter: <https://www.facebook.com/plusminus.ARD/videos/3016132481945977/> (26.08.2020).
- Pracht, Gerlind; Bauer, Ullrich (2009): Burnout im Klinikalltag. Empirische Erkenntnisse zur Emotionsarbeit, Stressbelastung und Klientenaversion in der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 1, S. 67–85.
- Preusker, Uwe K.; Müschenich, Markus; Preusker, Sven (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 – 2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf (25.09.2014).
- Quaas, Michael (1992): Die kommunale Krankenhaus-GmbH. In: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 2, S. 59–65.
- Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter (2009): Zum Stand der deutschen DRG-Einführung: Erkenntnisse, Erfahrungen und Meinungen. In: Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S. 9–22.
- Redaktion DKH, Redaktion der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ (1995): Petersberger Gesprächsrunde am 27. Juni. Druck auf den Krankenhaussektor wächst. Außerordentliche DKG-Mitgliederversammlung am 19. Juli in Bonn. In: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 7, S. 303–306.

- Reifferscheid, Antonius; Pomorin, Natalie; Wasem, Jürgen (2014): Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus. Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? Executive Summary. Online verfügbar unter: http://work.euroforum.de/data/pdf/Executive_Summary_Studie_Dr_Juergen_Meyer_Stiftung.pdf (2.02.2015).
- Reiners, Harmut (2015): Ökonomisierung der Medizin – Menetekel oder Popanz? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 69, Heft 6, S. 52–56.
- Reiners, Harmut (2019): Das große Fremdeln. Anmerkungen zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens. In: Sozialismus.de, Jg. 46, Heft 3, S. 16–20.
- Roeder, Norbert; Fiori, Wolfgang; Bunzemeier, Holger (2010): Bewertung von Katalogeffekten und Beschreibung ihrer Einflussfaktoren im G-DRG-System. Expertise im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Expertise_G-DRG-Katalogeffekt.pdf (20.03.2018).
- Roeder, Norbert; Fiori, Wolfgang; Bunzemeier, Holger (2014): Operationen seit 2005 um 30 Prozent auf 15,8 Millionen gestiegen? In: Das Krankenhaus, Jg. 106, Heft 11, S. 1023 f.
- Rohde, Johann Jürgen (1974): Soziologie des Krankenhauses. 2., überarb. Auflage. Stuttgart: Enke.
- Scharpf, Fritz W. (1991): Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts. In: Politische Vierteljahresschrift, Jg. 32, Heft 4, S. 621–634.
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung. 7., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Oldenbourg.
- Schreyögg, Jonas; Busse, Reinhard; Bäuml, Matthias; Dette, Tilman; Geissler, Alexander; Krämer, Jonas (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Juli 2014. Hamburg: Hamburg Center for Health Economics (hche).
- Schreyögg, Jonas; Milstein, Ricarda (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (15.05.2017).

- Shekelle, Paul G. (2013): Nurse–Patient Ratios as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. In: *Annals of Internal Medicine*, Jg. 158, Heft 5, S. 404–410.
- Simon, Michael (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01–205. Online verfügbar unter: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2001/p01-205.pdf> (27.03.2018).
- Simon, Michael (2008): *Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen*. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2010): Das Entscheidungssystem im G-DRG-System. Eine Untersuchung zu institutionellen Strukturen und Prozessen der Entscheidungsfindung im DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2010_Das_Entscheidungssystem_im_G-DRG-System_Abschlussbericht.pdf (10.05.2014).
- Simon, Michael (2013): Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 110, Heft 39 (27.09.2013), S. A1782-A1786.
- Simon, Michael (2014): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf (17.09.2014).
- Simon, Michael (2015a): Qualitätsorientierte Krankenhausvergütung – Kritische Anmerkungen zu einem aktuellen Reformvorhaben. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 107, Heft 3, S. 223–233.
- Simon, Michael (2015b): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2015_Unterbesetzung_im_Pflegedienst_2._Auflage.pdf (11.03.2016).
- Simon, Michael (2017a): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 6., vollständig aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe.

- Simon, Michael (2017b): Möglichkeiten und Grenzen wissenschaftlicher Forschung zur Frage eines Zusammenhangs zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und der Ergebnisqualität deutscher Krankenhäuser. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2017_Pflegepersonal_Ergebnisqualitaet_in_deutschen_KH.pdf (20.04.2018).
- Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Nr. 096. Oktober 2018. Online verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_096_2018.pdf (8.10.2018).
- Simon, Michael (2019a): Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Dieterich, Anja; Braun, Bernard; Gerlinger, Thomas; Simon, Michael (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, S. 219–251.
- Simon, Michael (2019b): Personalbesetzung – Dichtung und Wahrheit. Deutsche Krankenhäuser im internationalen Vergleich. In: Pflegezeitschrift, Jg. 72, Heft 3, S. 17–19.
- Simon, Michael (2019c): Zur geplanten Entwicklung eines neuen Instrumentes für die Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Online verfügbar unter: https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2019_Zur_angekueendigten_Entwicklung_eines_neuen_Instrumentes_fuer_die_Personalbemessung_im_Pflegedienst.pdf (30.04.2019).
- Slotalla, Lukas; Bauer, Ullrich (2009): „Das sind bloß manchmal die fünf Minuten, die fehlen.“ Pflege zwischen Kostendruck, Gewinninteressen und Qualitätsstandards. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 1, S. 54–66.
- SPD; Bündnis 90/Die Grünen (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG). Bundestags-Drucksache 14/6893 vom 11.09.2001.

- SPD-Präsidium (2020): Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sicher und individualisierte Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Beschluss des SPD-Präsidiums vom 28. Juli 2020. Online verfügbar unter: <https://www.spd.de/aktuelles/detail/news/kindergesundheit-staerken/28/07/2020/> (31.07.2020).
- Spindler, Jutta; Bölt, Ute (2009): Die Einführung des DRG-Entgeltsystems im Spiegel der Krankenhausstatistik. In: Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S. 43–60.
- Spree, Reinhard (1995): Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts. In: Historische Zeitschrift, Jg. 260, S. 75–105.
- Stackelberg, Johann-Magnus v. (2009): Zwischenbilanz aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rau, Ferdinand; Roeder, Norbert; Hensen, Peter (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, S. 29–31.
- Stackelberg, Johann-Magnus von (2014): Qualität muss maßgebendes Vergütungskriterium werden. Freie Verträge statt Kontrahierungszwang ebnen den Weg. Interview mit dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes. In: Kostenträger Entscheiderbrief, Jg. 2014, Heft 1, S. 1 f.
- StBA, Statistisches Bundesamt (1991–2018): Fachserie 12, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Laufende Jahrgänge. Stuttgart: Metzler-Poeschel (seit dem Berichtsjahr 1999 als PDF und Exceldatei auf der Internetseite des Statistischen Bundesamtes verfügbar).
- StBA, Statistisches Bundesamt (2008): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen Pflegebedürftige in Bund und in den Ländern. Online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021808> (
- StBA, Statistisches Bundesamt (2018): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016. Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiner, Peter; Jaeger, Christian (2007): Die Entwicklung des G-DRG-Systems aus Sicht der DKG. In: Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (Hrsg.): Kompendium zum DRG-System 2007. News und Trends. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, S. 19–46.

- Steiner, Peter; Jaeger, Christian (2009): Die Entwicklung des G-DRG-Systems aus Sicht der DKG. Die Entwicklung des G-DRG-Systems 2009. In: Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (Hrsg.): Kompendium zum G-DRG-System 2009. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, S. 19–32.
- stern.de (2019): Der Ärzte-Appell: Gegen das Diktat der Ökonomie in unseren Krankenhäusern (Aktualisierung vom 1.10.2019). Online verfügbar unter: <https://www.stern.de/gesundheit/aerzte-appell-im-stern--rettet-die-medizin--8876008.html> (31.08.2020).
- stern.de (2020): Mensch vor Profit! Diese Mediziner haben den Ärzte-Appell bislang unterzeichnet. Stand: 03.02.2020. Online verfügbar unter: <https://www.stern.de/gesundheit/aerzte-appell-im-stern--diese-mediziner-haben-bislang-unterzeichnet-8891712.html> (31.08.2020).
- Strobel, Käthe (1971): Rede vor dem Deutschen Bundestag im Rahmen der 1. Lesung des Entwurfs eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – KHG (Bundestags-Drucksache VI/1874) am 12.03.1971. In: Bundestag, Deutscher (Hrsg.): Plenarprotokoll VI/108 vom 12.03.1971. Bonn: Deutscher Bundestag, S. 6337B-6341A.
- SVR-G, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.. Online verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (22.10.2018).
- SVR-W, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1985): Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Bundestags-Drucksache 10/4295 vom 22.11.1985.
- SVR-W, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1996): Jahresgutachten 1996/97 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Bundestags-Drucksache 13/6200 vom 18.11.1996.
- SVR-W, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003. Online verfügbar unter: http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/download/gutachten/02_ges.pdf (11.08.2010).

- SVR-W, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005. Online verfügbar unter: http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/download/gutachten/04_ges.pdf (11.08.2010).
- Tuschen, Karl Heinz (2011): Entstehung, Darstellung und Bewertung des DRG-Systems sowie Perspektiven der Weiterentwicklung aus bundesweiter Sicht. In: Roeder, Norbert; Bunzemeier, Holger (Hrsg.): Kompendium zum DRG-System 2011. News und Trends. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, S. 1–24.
- Tuschen, Karl Heinz; Trefz, Ulrich (2004): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ulrich, Volker; Wille, Eberhard (2008): Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. In: Wille, Eberhard; Cassel, Dieter; Ulrich, Volker (Hrsg.): Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes. Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.: VFA, S. 15–89.
- vdek, Verband der Ersatzkassen (2018): Landesbasisfallwerte 2005–2018. Online verfügbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html> (22.06.2018).
- vdek, Verband der Ersatzkassen (2020): Landesbasisfallwerte 2020. Stand: 1303.2020. Online verfügbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html> (13.08.2020).
- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Bern: Hans Huber.
- Walendzik, Anke (2013): Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem. In: GGW – G+G Wissenschaft, Jg. 13, Heft 2, S. 16–24.
- Walendzik, Anke; Wasem, Jürgen (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. Gutachten für die Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/aerztliche-verguetung-ambulanter-und-ambulant-erbringbarer-leistungen/> (10.09.2020).
- Wiesing, Urban (2014): Zu viel des Guten! Krankenhäuser stehen unter Druck. Darum behandeln sie möglichst viele Patienten – manche von ihnen unnötig. Die Kliniken gefährden damit ihr wichtigstes Kapital. In: DIE ZEIT, 23.10.2014, S. 40.

- Wille, Eberhard; Schulenburg, J.-Matthias Graf von der; Thüsing, Gregor (2012): Privatrechtliche Organisationsformen der gesetzlichen Krankenkassen für mehr Wettbewerb, Effizienz der Versorgung und Wahlfreiheit der Bürger. In: Wille, Eberhard; Hamilton, Geerd Jan; Schulenburg, J.-Matthias Graf von der; Thüsing, Gregor (Hrsg.): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen. Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden. Baden-Baden: Nomos, S. 57–185.
- Zander, Britta; Köppen, Juila; Busse, Reinhard (2017): Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In: Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Hans-Peter; Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 61–78.
- Zipperer, Manfred (1996): Wohin steuert die Gesundheitspolitik? Vorstellungen der Bundesregierung zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und zur politischen Umsetzung. In: Das Krankenhaus, Jg. 88, Heft 2, S. 49–54.

Das deutsche DRG-System für Krankenhäuser wurde 2003 eingeführt. Seitdem werden die laufenden Betriebskosten der Allgemeinkrankenhäuser durch Fallpauschalen vergütet. Aus der Abrechnung mit DRG-Fallpauschalen resultieren entweder Gewinne oder Verluste.

Das DRG-System ist in den letzten Jahren in die Kritik geraten, und seit Mitte 2019 wird über Möglichkeiten einer grundlegenden Reform diskutiert. Die vorliegende Studie liefert für diese Debatte eine umfassende und gründliche Analyse von Konstruktion, Funktionsweise und Auswirkungen des DRG-Systems und stellt Eckpunkte für eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems vor.
