Kapitel I.2

Was sind DRG und wie funktionieren sie?

DRG (Diagnosis Related Groups) sind Fallgruppen. Sie stellen den durchschnittlichen Kostenaufwand für eine bestimmte Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose dar und sind damit die Grundlage für die Vergütung der Krankenhäuser (die Fallpauschalen). Dabei werden auch unterschiedliche medizinische Diagnosen und Behandlungen zusammengefasst, wenn sie denselben Kostenaufwand haben (deshalb Fall*gruppen*). Die deutschen DRG wurden aus den australischen DRG abgeleitet und weiterentwickelt. Dort wurden sie aber nicht flächendeckend für alle Behandlungen eingesetzt und zum überwiegenden Teil auch nicht als Preise, die die Vergütung der Krankenhäuser definieren, sondern nur als Methode, um den Leistungsumfang eines Krankenhauses zu ermitteln und um einen Anhaltspunkt zu haben, welches Budget welchem Krankenhaus zugeteilt werden muss.

Bei Einführung der DRG im Jahr 2004 gab es 409 Fallgruppen. 2019 waren es 1.318 Fallgruppen. Dabei werden noch verschiedene Schweregrade unterschieden, die nach Nebendiagnosen, Komplikationen und dem Alter gewichtet werden.

In die DRG-Kalkulation gehen nur die laufenden Kosten der stationären Behandlungsfälle ein, aber keine Vorhaltekosten und keine Investitionen. Das DRG-System gilt für alle voll- und teilstationären Leistungen außer für die Psychiatrie und nicht für ambulante Behandlungen.[11] Die anzuwendende DRG ergibt sich aus der Hauptdiagnose, allen Nebendiagnosen und Komplikationen (verschlüsselt nach dem internationalen Krankheitsartenschlüssel ICD) und der Verschlüsselung aller Prozeduren (Behandlungen), die am Patienten ausgeführt werden (OPS-Katalog). Werden diese Parameter in ein EDV-Programm (»Grouper«) eingegeben, ermittelt dieses die zutreffende DRG inklusive des Schweregrades. Die Vergütung für eine DRG gilt für die gesamte Behandlung, egal, wie lange sie dauert. Dies gilt bis zu ei-

11 Ab 2020 werden die Kosten der unmittelbaren Pflege am Bett nicht mehr über die DRG vergütet, sondern über das so genannte Pflegebudget in ihrer tatsächlichen Höhe finanziert. (Kapitel 1.12)

ner für jede DRG festgelegten so genannten oberen Grenzverweildauer. Liegt ein Patient länger, gibt es einen täglichen Zuschlag, der aber bei weitem nicht kostendeckend ist. So soll erreicht werden, dass die Patient*innen möglichst früh entlassen werden. Es wurde also die möglichst starke Verkürzung der Verweildauer zu einem lukrativen Steuerungselement gemacht – je kürzer, umso weniger Kosten und umso eher kann ein neuer Patient »bearbeitet« und abgerechnet werden. Es gibt für jede DRG auch eine untere Grenzverweildauer. Wird diese unterschritten, erfolgen Abzüge. Ob diese »Bremse« greift, ist aber fraglich, weil man ja die Möglichkeit, mehr Patient*innen zu behandeln, gegenrechnen muss.

Die Vergütung, die ein Krankenhaus für einen Patienten mit einer bestimmten DRG erhält, richtet sich nach dem (bundeseinheitlichen) sogenannten Relativgewicht (RG) der jeweiligen DRG, multipliziert mit dem sogenannten Landesbasisfallwert (LBFW) – Näheres siehe unten. Zusätzlich werden bestimmte kostenaufwändige Medikamente, Therapien (z.B. Dialyse) und Diagnosen über sogenannte Zusatzentgelte finanziert. Wirtschaftlich fallen diese aber im Verhältnis zu den DRG-Vergütungen faktisch nicht ins Gewicht (ca. 3% der Budgets).

▶ Wie wird das Relativgewicht ermittelt?

Alle Krankenhäuser müssen alle Diagnosen und Prozeduren (Leistungsdaten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz) aller Patient*innen an das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) melden. Das InEK ist eine speziell zur Kalkulation und Weiterentwicklung der DRG gegründete Einrichtung (GmbH mit gesetzlichem Auftrag). Zusätzlich werden auf freiwilliger Basis von 282 sogenannten Kalkulations-Krankenhäusern (Stand 2017) alle Kostendaten ebenfalls an das InEK gemeldet. Dabei werden die Kosten nach einem einheitlichen Verfahren auf die einzelnen Patient*innen und damit die einzelnen Diagnosen und Prozeduren verteilt. Weil sich die Privatkrankenhäuser an diesem Verfahren zur Kostenermittlung nicht beteiligt haben[12], wurden in den letzten Jahren auch private Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, sich an der Kostenübermittlung zu beteiligen.

Das InEK ermittelt dann aus den Leistungsdaten und den dazugehörigen Kostendaten die durchschnittlichen Kosten für Patient*innen mit derselben Diagnose

12 Sie erhofften sich einen finanziellen Vorteil bei den Diagnosen, die sie schwerpunktmäßig behandeln, wenn ihre (niedrigeren) Kostendaten nicht einfließen. Weil sie weniger Personal mit niedrigeren Tariflöhnen beschäftigen und damit billiger sind, sind die DRG, die schwerpunktmäßig bei ihnen behandelt werden, eigentlich zu hoch kalkuliert und sie haben einen Einnahmenvorteil.

und denselben Prozeduren. Dabei werden unter reinen Kostengesichtspunkten und statistischen Gesichtspunkten Gruppen (DRG) gebildet, die einen ähnlichen Aufwand haben – medizinisch müssen das nicht einheitliche Diagnosen und Prozeduren sein. Indem man die durchschnittlichen Kosten pro Fall einer DRG durch die durchschnittlichen Kosten pro Fall aller DRG teilt, erhält man eine Maßzahl ohne Einheit, das Relativgewicht (RG). Zur Veranschaulichung ein Rechenbeispiel mit Näherungswerten: Wären die durchschnittlichen Kosten einer »komplizierten Blinddarmentfernung mit Bauchfellentzündung« 6.000 Euro pro Fall und die durchschnittlichen Kosten aller DRG 3.000 Euro pro Fall, dann hätte diese DRG ein Relativgewicht von 6.000/3.000 = 2. Ein Krankenhaus bekommt für sie also doppelt so viel wie für einen Durchschnittsfall.

Dieses Verfahren wendet man auf jede einzelne Fallgruppe an und hat dann ein System von Relativgewichten. Diese Werte sind im sogenannten DRG-Katalog dargestellt und werden jedes Jahr neu aufgrund der Kostendaten der Kalkulations-Krankenhäuser errechnet.

Das System von Relativgewichten hat den Vorteil, dass Veränderungen bei den Kosten, die alle Patient*innen betreffen (z.B. allgemeine Preis- und Tarifsteigerungen, allgemeine Einsparungen beim Personal) zu keiner Veränderung der Relativgewichte führen. Auch wenn sich die Kosten einzelner DRG verändern (z.B. neue technische und medizinische Behandlungsmethoden), bleiben die Gesamtvergütungen der Krankenhäuser gleich. Sinken die Relativgewichte einzelner DRG, steigen gleichzeitig die Relativgewichte der nicht betroffenen DRG in demselben Maß an und umgekehrt. Dies gilt auf Bundesebene. Entspricht die Patientenzusammensetzung des einzelnen Krankenhauses nicht der Gesamtzusammensetzung aller Krankenhäuser, gibt es aber Gewinner und Verlierer.

Zählt man alle Relativgewichte aller Patient*innen eines Krankenhauses oder auf Landes-/Bundesebene zusammen, erhält man den sogenannten Casemix, also die Fallschwere aller behandelten Patient*innen. Dividiert man den erreichten Casemix eines Krankenhauses durch die Anzahl aller in diesem Jahr behandelten Patient*innen, erhält man den Casemix-Index (CMI).

▶ Was ist der Landesbasisfallwert?

Der Landesbasisfallwert ist ein Eurobetrag, der jährlich auf Länderebene zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausgesellschaften ausgehandelt wird. Der erste Landesbasisfallwert (2004) entstand aus den im Vorjahr an alle Krankenhäuser

eines Bundeslandes ausgezahlten Vergütungen, geteilt durch die Zahl der Patient*innen multipliziert mit ihrer Fallschwere (Casemix). Das war ein übler Geburtsfehler, weil die Unterfinanzierung der Jahre davor so eins zu eins ins DRG-System übergeleitet wurde und die DRG von vorneherein zu niedrig bewertet wurden.

Der Landesbasisfallwert wird in jährlichen Verhandlungen erhöht. Dabei sind politische Vorgaben aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten. Es müssen sowohl Kostensteigerungen als auch mögliche Einsparungen und die Entwicklung der Zahl der Patient*innen berücksichtigt werden. Die wichtigste Vorgabe ist, dass die Ausgaben der Krankenhäuser nicht stärker steigen dürfen als die Einnahmen der Krankenkassen (sogenannte Budgetdeckelung gemäß § 71 SGB V). Diese grundsätzliche Begrenzung ist zwar in den letzten Jahren etwas aufgeweicht worden – zum Beispiel können Tarifsteigerungen und allgemeine Preissteigerungen in den Krankenhäusern besser berücksichtigt werden. Dennoch bleibt es ein Fakt, dass die Entwicklung der Landesbasisfallwerte bei weitem nicht ausreicht, um die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu neutralisieren. Dies ist auch gewollt, denn über die politisch herbeigeführte Finanznot der Krankenhäuser soll eine »Marktbereinigung« (Schließung von Krankenhäusern und Betten) stattfinden.

Die Landesbasisfallwerte werden seit einigen Jahren zunehmend auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert hin entwickelt. Auf den ersten Blick könnte man meinen, dies sei sinnvoll, man muss aber bedenken, dass dies die unterschiedlichen Kostenentwicklungen in den einzelnen Bundesländern (zum Beispiel Baden-Württemberg als Hochlohnland) immer schlechter berücksichtigt werden und es damit zu einer Gewinner-/Verliererproblematik kommt.

Multipliziert man den Landesbasisfallwert (2019 zwischen 3.528 Euro und 3.684 Euro) mit dem Relativgewicht, erhält man die Vergütung (Fallpauschale), die das Krankenhaus für eine bestimmte DRG erhält. Multipliziert man ihn mit dem Casemix eines Krankenhauses, also der Summe aller Relativgewichte, erhält man die Gesamtvergütung des Krankenhauses.

▶ Abzüge, degressive DRG, Fixkostendegressionsabschlag

Als weitere »Folterinstrumente«, um den Kostendruck zu erhöhen, kommen die diversen Abschläge, die die Krankenkassen einfordern können, hinzu. Da gibt es Abschläge für die Behandlung von mehr Patient*innen als mit den Kassen vereinbart. Da gibt es degressive DRG, deren Wert mit der Zahl der Behandlungen sinkt, und da gibt es den sogenannten Fixkostendegressionsabschlag. Schon die Bezeich-

nung ist verräterisch. Fixkostendegression nennt man in der Industrie den Fakt, dass bei der Produktion von großen Mengen die Kosten für z.B. Personal, Produktionsmaschinen und Fließbänder nicht linear mit der Produktionsmenge ansteigen, sondern bis zu einer bestimmten Schwelle gleichbleiben. Diese rein betriebswirtschaftliche Betrachtung wird auf Patient*innen und Beschäftigte übertragen (der Patient als Werkstück, die Pflegekraft als Produktionsfaktor) und den Kassen erlaubt, bei steigender Produktionsmenge (mehr als im letzten Jahr – auch wenn diese Steigerung von den Kassen akzeptiert wird) einen Abzug beim Preis von 35% über drei Jahre zu machen.

Auch das zeigt die Unzulänglichkeit jeglicher finanziellen Steuerung. Eingeführt wurden die Abschläge, um der Mengenentwicklung (Krankenhäuser behandeln immer mehr Patient*innen, um höhere Erträge zu haben) entgegenzuwirken. Das Problem ist nur, dass mit diesen Instrumenten diejenigen, die mehr Patient*innen behandeln, weil einfach mehr kommen, genauso bestraft werden wie diejenigen, deren Geschäftspolitik Mengenvermehrung ist. Die eigentliche Ursache der Mengenvermehrung, das Preissystem der DRG, bleibt dabei unangetastet. Da die Kassen in den Budgetverhandlungen diese Abschläge einfordern können, aber nicht müssen (oder mit anderen strittigen Beträgen verrechnen können), besteht damit auch die Möglichkeit bis zu einem gewissen Grad zu steuern, welche Krankenhäuser Defizite machen (und evtl. damit in ihrer Existenz gefährdet werden) und welche gut dastehen.

▶ Fazit

Die DRG sind ein Festpreissystem (inzwischen mit diversen Möglichkeiten, die Preise über Abschläge zu drücken), und zwar mit Preisen, die nach gesetzlichen Vorgaben ausgehandelt werden. Es sind keine Durchschnittspreise. Bei einem solchen System würden sich Kostensenkungen/Kostensteigerungen *automatisch* auf die Vergütung auswirken. Wenn zum Beispiel alle Krankenhäuser sparen, würden ihre Einnahmen in einem Durchschnittspreissystem automatisch immer weiter absinken (Kellertreppeneffekt). Sie sind auch kein Marktpreissystem, in dem Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen, obwohl es erhebliche Bemühungen von neoliberalen Wissenschaftler*innen und auch den Krankenkassen gibt, eine solche Entwicklung in die Wege zu leiten (Kapitel I.6). Aber auch ein Festpreissystem hat üble Folgen für die Patient*innen und die Beschäftigten (Kapitel I.8 und I.9) und es ist immer die Eintrittspforte für eine noch weitere Vermarktwirtschaftlichung des Gesundheitswesens.