

Michael Simon

## Das Krankenhaus zwischen öffentlichem Versorgungsauftrag und einzelwirtschaftlicher Orientierung

Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von Budgetdeckelung und neuem Entgeltsystem

Seit Anfang der neunziger Jahre haben sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser durch Budgetdeckelung und die Einführung eines neuen Entgeltsystems stärker und schneller verändert, als dies in den letzten zwei Jahrzehnten zusammengenommen der Fall war. Mit dem vorliegenden Beitrag soll ein Überblick über die Entwicklung der Reform des stationären Sektors seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 gegeben und auf Veränderungen in der stationären Versorgung infolge der Reform eingegangen werden. Dabei geht es v.a. um die Auswirkungen der Deckelung auf Versorgungsprozesse, da sie für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung von besonderer Bedeutung sein dürften. Erörtert werden schließlich auch einige bereits erkennbare Veränderungen infolge der Umsetzung des neuen Entgeltsystems.<sup>1</sup>

### *1. Der Einstieg in eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993*

Das Gesundheitsstrukturgesetz sollte nach den Vorstellungen der Bundesregierung den Einstieg in eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung leisten.<sup>2</sup> Die zentralen Prinzipien des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 – staatliche Krankenhausplanung, duale Finanzierung, Selbstkostendeckungsprinzip und allgemeiner Pflegesatz – sollten langfristig durch ein »Preissystem« und marktanaloge Steuerungsmechanismen ersetzt werden. Die dem zugrundeliegende Reformkonzeption war in den achtziger Jahren von einem kleinen Kreis handverlesener Experten entwickelt<sup>3</sup> und Ende der achtziger Jahre vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausformuliert worden (BMA 1989) und fand schließlich Eingang in das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG). Im Mittelpunkt des GSG 1993 stand jedoch nicht die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem, sondern eine Maßnahme zur kurzfristig wirksamen Begrenzung des Ausgabenanstiegs der Krankenkassen, die

sogenannte »Deckelung«. Die SPD-Opposition, die wegen der Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat in die Ausgestaltung des GSG einbezogen werden mußte, ergänzte das Reformkonzept um die Einführung neuer Leistungsformen für Krankenhäuser. Das GSG enthielt dadurch drei wesentliche Regelungskomplexe:

- Die *Deckelung* der Krankenhausbudgets: In den Jahren 1993, 1994 und 1995 wurde die Steigerung der Krankenhausbudgets auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied begrenzt.
- Die *Zulassung neuer Leistungsformen*: Den Krankenhäusern wurde zum 1.1.1993 die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung und ambulanter Operationen erlaubt.
- Den Zeitplan für den Umstieg auf ein *neues Entgeltsystem*: Zum 1.1.1995 als Option und zum 1.1.1996 für alle Krankenhäuser zwingend sollte eine neue Bundespflegesatzverordnung den bisherigen allgemeinen Pflegesatz durch eine neues Entgeltsystem ersetzen, bestehend aus einem für das gesamte Krankenhaus einheitlichen Basispflegesatz, Abteilungspflegesätzen für jede bettenführende Fachabteilung und Fallpauschalen und Sonderentgelten für bestimmte in einem Katalog zu definierende Diagnosen und Maßnahmen.

### 1.1 Die Deckelung der Krankenhausbudgets

Mit der Deckelung sollte eine kurzfristig wirksame Begrenzung des Anstiegs der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung erreicht werden. 1991 waren die Ausgaben der Krankenkassen (West) um 10,2% und 1992 um 9,8% gestiegen, die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied dagegen nur um 5,0 bzw. 5,1%. Eine strikte, ausnahmslose Begrenzung der Krankenhausbudgets wäre jedoch mit übergeordneten Normen des Krankenhaus- und Sozialrechts nicht ohne weiteres vereinbar gewesen und stieß zudem auf den Widerstand des Bundesrates, dessen Zustimmung erforderlich war. In das GSG wurden dementsprechend mehrere Ausnahmeregelungen aufgenommen, die für bestimmte Budgetbereiche die Überschreitung der vorgegebenen Obergrenze zuließen. Darunter fielen u.a. Ausgleichszahlungen für vorhergehende Budgetzeiträume, Mehrkosten aus der Anwendung neuer Personalbemessungsmethoden in der Krankenpflege und Psychiatrie oder zusätzliche Betriebskosten durch die Eröffnung neuer Stationen, OP-Säle etc., soweit sie in den Krankenhausplan aufgenommen waren. Zudem waren Personalkostensteigerungen durch Tarifierhöhungen, die über der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen lagen, von den

Kassen zu erstatten. Die Ausnahmeregelungen führten denn auch dazu, daß die tatsächliche Steigerung der Krankenhausbudgets in allen drei Jahren der Deckelung deutlich über der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen lag (vgl. Monka 1994, 1995).

### 1.2 Vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren

Durch das GSG wurde den Krankenhäusern erstmals die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung und ambulanter Operationen als Institutsleistung erlaubt. Ambulante Operationen im Krankenhaus durften zuvor nur von Krankenhausärzten durchgeführt werden, die zur ambulanten ärztlichen Behandlung ermächtigt waren. Da die Einnahmen aus diesen Leistungen vom Budget für die vollstationären Leistungen abgezogen wurden und die zu erzielenden Vergütungen aus Sicht vieler Krankenhäuser zu gering waren, haben die neuen Leistungsformen bislang wenig Bedeutung erlangt. Zwar stieg der Anteil der Krankenhäuser, die vor- und nachstationäre Behandlung durchführen, von 6% im Jahr 1993 auf ca. 38% im Jahr 1995 (Düllings 1995), die Zahl der vor- und nachstationär behandelten Patienten und Behandlungstage je Krankenhaus blieb jedoch sehr gering. 1995 wurden kaum mehr als 1% aller Patienten vor- und nachstationär behandelt (Litsch/Preuß 1996: 259), und der Anteil der Vergütungen lag deutlich unter 1% der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung (Wagner 1995). Eine ähnliche Situation ist auch beim ambulanten Operieren zu verzeichnen (Asmuth/Müller 1995: 379; Asmuth/Blum 1996).

### 1.3 Die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem

Der dritte Regelungskomplex, die Umstellung auf ein neues Entgeltsystem, wurde mit dem Erlaß einer neuen Bundespflegesatzverordnung (BpflV 1995) umgesetzt. Zum 1.1.1996 wurde der bis dahin vorherrschende, für alle Patienten und Abteilungen einheitliche allgemeine Pflegesatz durch ein differenziertes Entgeltsystem mit einem für das gesamte Krankenhaus einheitlichen Basispflegesatz, für jede Fachabteilung gesondert berechneten Abteilungspflegesätzen sowie Fallpauschalen und Sonderentgelten ersetzt.<sup>4</sup> Basispflegesatz und Abteilungspflegesätze sind auf Grundlage der krankenhausspezifischen Kosten zu kalkulieren, Fallpauschalen und Sonderentgelte sind in ihrer Höhe dem Krankenhaus extern vorgegeben.

Mit einer *Fallpauschale* werden die gesamten Leistungen eines Behandlungsfalles vergütet, mit einem *Sonderentgelt* nur ein Teil der

Leistungen, in der Regel die Operation oder eine aufwendige diagnostische Maßnahme. Während zusätzlich zu einer Fallpauschale in der Regel kein weiteres Entgelt berechnet werden darf, erhält das Krankenhaus beim Sonderentgelt zusätzlich den um 20 % gekürzten Abteilungspflegesatz und den Basispflegesatz. Die Preisfestsetzung für Fallpauschalen und Sonderentgelte erfolgt bislang auf zwei Ebenen: auf der Bundesebene bestimmt das BMG sogenannte Bewertungsrelationen, das sind Punktzahlen je Fallpauschale oder Sonderentgelt, getrennt für Personal- und Sachkostenanteil; auf der Landesebene vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesellschaften einen Punktwert jeweils getrennt für Personal- und Sachkosten. Die Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt schließlich die für alle Krankenhäuser eines Landes einheitliche Höhe der Entgelte.

Mit dem *Abteilungspflegesatz* werden die Kosten des ärztlichen und pflegerischen Dienstes der jeweiligen Abteilung und die von diesen veranlaßten Leistungen, beispielsweise des Labors oder der Radiologie, vergütet. Mit dem für alle Abteilungen einheitlichen *Basispflegesatz* werden die nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlaßten Leistungen vergütet, etwa die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Verwaltung etc.

#### 1.4 Die Fortsetzung der Reform im Rahmen der 3. Stufe

Nachdem die Krankenkassen aufgrund einer Analyse diagnosebezogener Verweildauerdaten festgestellt hatten, daß die den Fallpauschalen und Sonderentgelten zugrundegelegten Verweildauern teilweise bis zu 20 bis 30 % über den bereits erreichten tatsächlichen durchschnittlichen Verweildauern lagen, gingen sie davon aus, daß die Fallpauschalen und Sonderentgelte zu hoch kalkuliert seien (GKV 1994). Der geplante Umstieg auf das neue Entgeltsystem würde folglich zu einem drastischen Ausgabenanstieg bei den Krankenkassen führen. Um dies zu verhindern, sei es notwendig, die Punktwerte abzusenken und die Deckelung fortzusetzen. Die Bundesregierung folgte dieser Einschätzung und verlängerte die Deckelung durch das »Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996« (Stabilisierungsgesetz) bis zum 31.12.1996. Als Obergrenze wurde diesmal nicht die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, sondern die lineare Steigerung des BAT vorgegeben (West: 0,85 %, Ost: 1,1 %). Darüber hinaus wurde als zusätzliche »Sicherung« die Bundespflegesatzverordnung dahingehend geändert, daß Krankenhäuser bei einer Überschreitung der mit den Kassen vereinbarten Mengen

bei Fallpauschalen und Sonderentgelten keinen Vergütungsanspruch für die zusätzlich erbrachten Leistungen haben.

Im Mai 1996 wurde die 3. Stufe im Krankenhausbereich mit der Vorlage des *Beitragsentlastungsgesetzes* fortgesetzt. Den Krankenhäusern brachte es die pauschale Kürzung ihrer Budgets um 1 % in den Jahren 1997, 1998 und 1999. Die Kürzung wurde mit den zum 1.7.1996 in Kraft getretenen stationären Leistungen der Pflegeversicherung begründet, die zu einer Entlastung der Krankenhäuser von sogenannten Fehlbelegungen führen würden. Durch die Budgetkürzung sollte sichergestellt werden, daß die nach Auffassung der Bundesregierung dadurch eintretende finanzielle Entlastung der Krankenhäuser an die Kassen weitergegeben wird. Ihren Abschluß fand die 3. Stufe für den Krankenhausbereich mit dem 2. *GKV-Neuordnungsgesetz*. Dessen wichtigste Regelungen für den Krankenhausbereich sind:

- Fortsetzung der Deckelung bis Ende 1997: Für Westdeutschland wird als Obergrenze eine Budgetsteigerung von 1,3 % und für Ostdeutschland von 2,3 % festgesetzt.
- Vereinbarung der Steigerungsrate durch die Spitzenverbände: Ab 1998 soll die Vorausschätzung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen von DKG und GKV-Spitzenverbänden vereinbart werden. Das Ergebnis ist für alle Krankenhäuser verbindlich. Eine nachträgliche Korrektur wegen einer Abweichung der Vorausschätzung von der tatsächlichen Veränderung findet nicht mehr statt.
- Erweiterung der Ausnahmeregelungen: Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur und höhere Fallzahlen rechtfertigen die Überschreitung der Budgetobergrenze.
- Weiterentwicklung des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloges: Ab 1998 soll die Erweiterung und Änderung des Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloges über Vereinbarungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverbänden erfolgen.
- Finanzierung der Instandhaltungskosten: Die seit 1993 strittige Finanzierung der »großen« Instandhaltungsmaßnahmen erfolgt ab 1997 über einen pauschalen Zuschlag auf das Budget in Höhe von 1 %. Die Mittel hierfür sollen ausschließlich von den GKV-Mitgliedern über einen gesonderten Beitrag in Höhe von 20 DM jährlich aufgebracht werden (das sogenannte »Notopfer«).

## 2. *Auswirkungen der Reform*

Betrachtet man die Reform der Krankenhausfinanzierung seit 1993 im Überblick, so zeigt sich, daß im Zentrum der Versuch steht, die

Krankenkassen über die Vorgabe von Obergrenzen für Krankenhausbudgets zu entlasten. Die sogenannte Deckelung dominiert alle übrigen Reformbestandteile und prägt ihnen ihren Stempel auf. Ursprünglich nur als vorübergehende »Notbremse« von den Sozialpolitikern der Unionsfraktion in den Gesetzgebungsprozeß eingebracht, stellt die Vorgabe von Budgetobergrenzen mittlerweile das zentrale Instrument zur politischen Steuerung des stationären Sektors dar.

Gegen das Instrument der Budgetdeckelung wurde allerdings geltend gemacht, daß es mit ernstzunehmenden Nebenwirkungen für die stationäre Versorgung verbunden sei. Insbesondere die Organisationen der Krankenhausträger und die für den Krankenhausbereich zuständigen Länderressorts wiesen vor Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes darauf hin, daß von einer Deckelung starke Anreize zur Risiko-selektion ausgehen (DKG 1992; Kommunale Spitzenverbände 1992; BR-Drs. 381/1/94). Vor Inkrafttreten der Deckelung mußte es allerdings offen bleiben, ob die Anreize tatsächlich in Handlungen umgesetzt werden und – wenn ja – mit welchen Strategien dies im einzelnen geschieht. Im folgenden soll nun dieser Frage nachgegangen werden und sollen die Auswirkungen der Reform, insbesondere der Budgetdeckelung, untersucht werden.

### 2.1 Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Trotzdem ein wesentlicher Teil der wirtschaftlichen Risiken durch die Deckelung mit den Ausnahmeregelungen aufgefangen wurde, verblieben doch Regelungen, die zu Verlusten des einzelnen Krankenhauses führen konnten. Dies waren v.a. die ohne Ausnahme gedeckelten Kostenarten: die gesamten Sachkosten- und Personalkostensteigerungen außerhalb der Tarifierhöhungen (DKG 1993a, 1993b). Innerhalb dieser beiden primären Risikobereiche waren es hauptsächlich zwei Kostenarten, deren Entwicklung laut Empfehlung der DKG (1993b, 1993c) besonders beobachtet werden mußte: der medizinische Bedarf, als größte Einzelposition im Bereich der Sachkosten, und die Überstundenvergütungen, insbesondere im ärztlichen Dienst.

Um das Risiko einer Budgetüberschreitung durch eine überproportionale Zunahme von *Überstundenvergütungen im ärztlichen Dienst* zu begrenzen, empfahl die DKG (1993b: 162), die Anordnung von Überstunden im ärztlichen Dienst nur in Abstimmung mit der Verwaltung zuzulassen. Diese Strategie war zwar geeignet, die Zunahme der Überstundenvergütungen zu begrenzen, nicht jedoch die der Überstunden. Im ärztlichen Dienst handelt es sich weit überwiegend um nicht angeordnete

Überstunden, die erbracht werden, weil es die Versorgungssituation und personelle Unterbesetzung erfordern (Stern 1996: 64). Insbesondere die in der Ausbildung befindlichen Ärzte sehen sich einem zunehmenden Druck ausgesetzt, der sie dazu veranlaßt, über ihre zahlreichen Bereitschaftsdienste hinaus regelmäßig Überstunden in erheblichem Umfang zu leisten (ebd.: 89). Zum einen fühlen sie sich für die Versorgung der Patienten persönlich verantwortlich und sehen sich genötigt, eine unzureichende Personalbesetzung durch Überstunden zu kompensieren. Zum anderen erhöht die Verschlechterung ihrer beruflichen Zukunftsperspektiven durch die Niederlassungsbeschränkungen infolge des GSG und der beobachtbare Trend zu immer kürzeren Laufzeiten ihrer befristeten Arbeitsverträge die Abhängigkeit der Assistenzärzte vom Wohlwollen der leitenden Ärzte. Die Chefärzte wiederum müssen unter dem steigenden ökonomischen Druck daran interessiert sein, daß das Personalkostenbudget ihrer Abteilung nicht durch Überstundenvergütungen überschritten wird. Unter den Bedingungen eines seit 1993 bestehenden weitgehenden Stellenstops bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen konnte diese Strategie somit letztlich nur zu einer Umwandlung von vergüteten Überstunden in unbezahlte Mehrarbeit führen.

Die Budgetdeckelung bewirkte aber auch außerhalb des ärztlichen Dienstes Veränderungen der Arbeitsbedingungen des Krankenhauspersonals. Bereits vor dem GSG hatte sich ein Trend zur Ausgliederung einzelner Krankenhausabteilungen oder zum Ersatz der Eigenproduktion durch Fremdbezug von Leistungen herausgebildet. Dieser Trend, im allgemeinen unter dem Begriff des »Outsourcing« diskutiert, hat sich unter der Deckelung weiter verstärkt und auf neue Bereiche ausgedehnt (vgl. u.a. Helmig 1994; Jeschke/Hailer 1995). Waren früher fast ausschließlich nur Küchen, Wäschereien und Reinigungsdienste betroffen, erfolgt seit dem GSG Privatisierung und Outsourcing zunehmend auch im Bereich Labor, Radiologie, EDV etc. (Hildebrand 1995). Aus Sicht des Krankenhausträgers kann dadurch ein Teil der durch die geänderte Krankenhausfinanzierung entstandenen wirtschaftlichen Risiken auf externe Dienstleister verlagert werden. Für die betroffenen Beschäftigten in diesen Bereichen ist dieser Trend entweder mit Kündigung oder zumindest Arbeitsplatzunsicherheit, dem Wechsel in einen anderen, aus ihrer Sicht zumeist ungünstigeren Tarifbereich und nicht selten auch Einkommensverlusten verbunden (Stolz 1997: 15ff.).

Der in bezug auf das finanzielle Volumen bedeutendste Risikobereich unter der Deckelung war die Entwicklung der *Kosten des medizinischen Bedarfs* (DKG 1993c). Eine Preis- wie auch Mengenentwicklung, die über der vorgegebenen Budgetsteigerungsrate lag, ging vollständig zu

Lasten des Krankenhauses. Um das mit der Preisentwicklung verbundene Risiko zu begrenzen, wurde vielfach der Einkauf neu organisiert, z.B. durch Bildung von Einkaufskooperationen (vgl. u.a. Globig 1996). Zentraler Ansatzpunkt zur Steuerung der Mengenentwicklung war das ärztliche Anordnungsverhalten und die Struktur des Patientenaufkommens (vgl. u.a. Fack-Asmuth 1996; Hahn 1996; Hansen/Nehmert 1997). Die Entwicklung der Kosten des medizinischen Bedarfs ist in starkem Maße abhängig von den jeweiligen diagnostischen und therapeutischen Standards der Klinik bzw. einzelnen Ärzte, v.a. aber auch vom Morbiditätsspektrum des Patientenkollektivs. Um die mit dem Anordnungsverhalten der Ärzte verbundenen wirtschaftlichen Risiken zu begrenzen, wurde von seiten der kaufmännischen Leitung zumeist der Weg gewählt, die Chefärzte durch regelmäßige Information über die Entwicklung der von ihrer Abteilung verursachten Kosten für medizinischen Bedarf in Kenntnis zu setzen (vgl. u.a. Deitermann et al. 1997; Lorei 1997). Aufgabe der Chefärzte war es, Ursachen für Planabweichungen zu identifizieren und einer Überschreitung des Budgetansatzes durch Einflußnahme auf die nachgeordneten Ärzte entgegenzusteuern. Die Begrenzung der Ausgaben für medizinischen Bedarf führte über diesen Weg offenbar in zahlreichen Kliniken zu einer Überprüfung von Leistungsroutinen im Hinblick auf ihre medizinische Notwendigkeit, mit dem Ergebnis, daß im Vergleich zur Zeit vor dem GSG strengere Maßstäbe bei Anordnungen angewendet und – soweit dies nicht bereits zuvor geschehen war – verstärkt preisgünstigere Produkte verordnet werden.

Diese Strategie stieß allerdings spätestens dann an ihre Grenzen, wenn sich der Patientenmix einer Abteilung oder Klinik wesentlich änderte. Wurden mehr behandlungsaufwendige Patienten aufgenommen als in der Budgetkalkulation berücksichtigt, mußte dies zu einem deutlichen Anstieg der Kosten für medizinischen Bedarf führen und war nicht durch eine rationalere Verordnungsweise aufzufangen. Für eine daraus resultierende Budgetüberschreitung sah das Gesundheitsstrukturgesetz keine Ausnahmeregelung vor, das Krankenhaus erhielt für den Mehraufwand keine zusätzliche Vergütung. Die Versorgung eines höheren Anteils schwerer Fälle wurde somit für das einzelne Krankenhaus zu einem wirtschaftlichen Risiko.

## 2.2 »Seehofer-Verlegungen« und »Patiententourismus«

Tatsächlich kam es denn auch nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zu den erwarteten Reaktionen. Mitte 1993 trat der

AOK-Bundesverband mit der Meldung an die Öffentlichkeit, daß nach seinen Erkenntnissen kostenaufwendige Patienten verstärkt von Krankenhäusern an andere Krankenhäuser weiterverwiesen würden. Am Ende der Verweiskette stünden die Unikliniken (Frankfurter Rundschau vom 24.6.1993). In ihrem Statement zur Sitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 14.12.1993 vertrat die Deutsche Krankenhausgesellschaft, gestützt auf Ergebnisse einer im September/Oktober 1993 durchgeführten Umfrage unter Krankenhäusern, die Einschätzung: »Vieles weist darauf hin, daß es unterschiedliche Lastenverschiebungen gibt und daß die Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufe besonders davon betroffen sind.« (DKG 1993a: 8)

Auch nach 1993 wurde über derartige Auswirkungen der Deckelung berichtet, wenn auch nicht mehr so häufig und nicht mit der gleichen Resonanz wie noch im Herbst 1993. So wurde im Frühjahr 1994 auf dem 11. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie über die Zunahme von Verschiebungen komplizierter Fälle in größere Krankenhäuser im Raum Mannheim und München berichtet. Die Zahl der komplizierten Fälle sei dort teilweise bis zu 20% angestiegen (Hannoversche Allgemeine vom 6.4.1994). Der Vorsitzende des Verwaltungsrates der Uniklinik Kiel berichtet Ende 1996, daß dorthin verstärkt Patienten verlegt werden, die anderen Krankenhäusern »offenbar zu teuer geworden sind« (zit. n. Kieler Nachrichten vom 8.11.1996). In vereinzelt Fachzeitschriftenbeiträgen wurde die Tendenz zur Verlegung behandlungsaufwendiger Patienten in Universitätskrankenhäuser am Beispiel belegt (Ziegler/Hirner 1994) und deren finanzielle Auswirkungen auf die Budgets der betroffenen Abteilungen exemplarisch vorgerechnet (Schmelzer/Klask 1996). Ein weiteres Indiz dafür, daß es sich bereits um ein alltägliches Phänomen im Krankenhaus handelt, sind die bereits existierenden euphemistischen Umschreibungen derartiger Verlegungen. Patientenverlegungen, von denen angenommen wird, daß sie primär zum Zweck der Budgetentlastung des verlegenden Krankenhauses geschehen, werden als »Seehofer-Verlegungen« oder »Patiententourismus« bezeichnet (vgl. Montgomery 1995: 54; Schmelzer/Klask 1996: 274).

Daß es sich bei den gemeldeten Fällen keineswegs nur um unbedeutende Einzelfälle handelt und daß die Patientenbewegungen zwischen den Krankenhäusern typische Verläufe aufweisen, läßt sich anhand einer Analyse ausgewählter Daten der Krankenhausstatistik nachweisen.<sup>5</sup> Betrachtet man die entsprechend aufbereiteten Daten der amtlichen Krankenhausstatistik (vgl. Tabelle 1), so fällt auf, daß die öffentlichen Krankenhäuser in allen drei Jahren der Deckelung die höchsten Steigerungsraten bei den Verlegungen aus anderen Krankenhäusern verzeichneten.

Tabelle 1: Entwicklung der Verlegungen zwischen Allgemeinkrankenhäusern 1993-1995 (Veränderung in Prozent)

Krankenhäuser	Verlegungen in andere Krankenhäuser <i>je Bett</i>			Verlegungen aus anderen Krankenhäusern <i>je Bett</i>		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995
Öffentliche	8,6	9,9	7,2	12,3	14,6	7,2
Freigem.	7,0	10,0	6,7	7,9	6,9	5,2
Private	13,2	-8,8	24,3	-0,6	-0,2	2,7

Quelle: StBA, Fachserie 12 Reihe 6.1; eigene Berechnungen

Besonders auffällig sind die Differenzen zwischen den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Während die öffentlichen Krankenhäuser 1993 und 1994 je Bett 12,3 bzw. 14,6% mehr Patienten aus anderen Krankenhäusern übernahmen, reduzierten die privaten Krankenhäuser die Patientenübernahmen in diesen Jahren um 0,6 bzw. 0,2%. Bei den Verlegungen in andere Krankenhäuser weisen dagegen die privaten Krankenhäuser in zwei von drei Jahren mit 13,2 und 24,3% die mit weitem Abstand höchsten Steigerungsraten auf. Der Einbruch im Jahr 1994 dürfte in erster Linie das Ergebnis einer innerhalb eines Jahres von 84,1 auf 81,5% heruntergefahrenen Belegung und einer vorübergehend rückläufigen Fallzahl sein (Tabelle 2). Beides waren geeignete Strategien, um unter den Bedingungen des festen Budgets Überschüsse zu erzielen. Die mit 24,3% weit überdurchschnittliche Zunahme der Verlegungen aus privaten Krankenhäusern in andere Krankenhäuser im Jahr 1995 ist in erster Linie auf private Krankenhäuser mit unter 100 Betten zurückzuführen, auf die immerhin fast die Hälfte aller in privaten Krankenhäusern versorgten Patienten entfallen. Bei einem Zuwachs der absoluten Zahl der Aufnahmen gegenüber 1994 um 5,1% steigerten sie die Zahl der Verlegungen in andere Krankenhäuser um 48,2%. Da es sich bei dieser Krankenhausgruppe überwiegend um Belegkliniken in operativen Fächern handelt, ist es naheliegend anzunehmen, daß sie ihre Patienten häufiger und schneller nach einer Operation in ein anderes Krankenhaus verlegt haben. Der operierende niedergelassene Arzt konnte sein volles Honorar abrechnen, die Kosten der Nachbehandlung und eventuell auftretender Komplikationen fielen in anderen Krankenhäusern an.

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser verfolgten offenbar in erster Linie die Strategie, über Minderbelegungen ihr Budget zu entlasten. Sie reduzierten ihre Belegung zwischen 1992 und 1995 im Vergleich zu den

anderen Trägergruppen weit überdurchschnittlich um 4,3 Prozentpunkte von 85,5 auf 81,2%. Die dadurch ausgebliebenen Pflegesätze mußten ihnen die Kassen aufgrund der Bestimmungen des »festen Budgets« über das Budget eines folgenden Zeitraumes nachzahlen. Die Belegung der öffentlichen Krankenhäuser nahm im gleichen Zeitraum dagegen nur um 1,1 Prozentpunkte ab.

Tabelle 2: Ausgewählte Leistungsindikatoren der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft

Krankenhhs.	Fallzahl je Bett Veränderung in %			Durchschnittl. Belegung in %				Durchschnittl. Verweildauer in Tagen			
	1993	1994	1995	1992	1993	1994	1995	1992	1993	1994	1995
Öffentliche	3,4	4,1	4,0	82,5	81,7	81,4	81,4	12,7	12,1	11,6	11,2
Freigem.	2,9	2,3	2,7	85,5	83,3	82,3	81,2	13,2	12,5	12,1	11,6
Private	9,9	-0,7	7,6	84,7	84,1	81,5	81,9	13,9	13,2	13,0	12,5

Quelle: StBA, Fachserie 12 Reihe 6.1; eigene Berechnungen

Die Frage, ob es sich bei den häufigeren Verlegungen in öffentliche Krankenhäuser in der Regel um sehr behandlungsaufwendige Patienten gehandelt hat, ist anhand der Daten, die die Krankenhausstatistik zur Verfügung stellt, nicht zu beantworten. Die Antwort kann jedoch aus den bei Verlegungen zwischen Krankenhäusern allgemein üblichen Regeln auf logischem Weg abgeleitet werden. Patientenströme zwischen Krankenhäusern weisen üblicherweise charakteristische Richtungen auf. Entsprechend der Differenzierung des Krankenhauswesens in verschiedene Versorgungsstufen stehen den verschiedenen Krankenhäusern je nach Versorgungsauftrag und Versorgungsstufe verschiedene Optionen zur Verlegung von Patienten offen. Die Verlegung eines Patienten vor Beginn der Hauptbehandlung erfolgt aus medizinischen Gründen in der Regel deshalb, weil das verlegende Krankenhaus nicht über die erforderlichen Versorgungskapazitäten und nicht über ausreichend qualifizierte Ärzte verfügt. Diese Verlegungen erfolgen in der Regel von einem kleineren Krankenhaus in ein Krankenhaus der höheren Versorgungsstufen oder von einer Spezialklinik in ein Allgemeinkrankenhaus der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung. Die Verlegung eines Patienten nach Abschluß der Hauptbehandlung erfolgt dagegen zumeist von einem Krankenhaus höherer Versorgungsstufen in ein Krankenhaus der niedrigeren Versorgungsstufen.

Bei Verlegungen von kleineren Krankenhäusern in größere Krankenhäuser wird es sich dementsprechend v.a. um schwerere Fälle handeln, bei den Verlegungen von größeren in kleinere Krankenhäuser hingegen eher um weniger behandlungsaufwendige Fälle, da die intensive Versorgung abgeschlossen ist. Da sich Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung weit überwiegend und der Zentralversorgung (z.B. Unikliniken) fast ausschließlich in öffentlicher Trägerschaft befinden, ist es vor dem Hintergrund dieser Überlegungen plausibel, daß es unter der Deckelung zu einem signifikanten Anstieg der Verlegungen kostenaufwendiger Fälle insbesondere von privaten aber teilweise auch von freigemeinnützigen Krankenhäusern in öffentliche Krankenhäuser gekommen ist.

### 2.3 *Das »feste Budget« oder die Kunst der Punktlandung*

Im Regelungskomplex »Deckelung« war ein weiterer Bestandteil enthalten, der zu problematischen Entwicklungen in der stationären Versorgung führte. Erstmals im Herbst 1993 erschienen Meldungen, daß Krankenhäuser Patienten abwiesen, Behandlungen in das nächste Jahr verschoben oder in andere Krankenhäuser verlegten, weil – wie es hieß – ihr »Budget erschöpft« sei.<sup>6</sup> Auslösend für dieses Verhalten war eine Regelung im GSG, und später auch in der Fortsetzung der Deckelung bis Ende 1996, die im Pflegesatzrecht als »festes Budget« bezeichnet wurde (§ 4 Abs. 5 BPfIV i.d.F.d. GSG 1993). Danach hatte ein Krankenhaus Anspruch auf Pflegesätze nur bis zu der mit den Krankenkassen vereinbarten Belegung. Pflegesatzmehreinnahmen aufgrund einer höheren Belegung mußten über das Budget eines folgenden Zeitraumes an die Kassen zurückgezahlt werden. Im Gegenzug mußten die Kassen dem Krankenhaus Mindereinnahmen durch eine Unterschreitung der vereinbarten Belegung nachträglich bis zur Höhe des vereinbarten Budgets erstatten. Durch diese Regelung sollte zum einen verhindert werden, daß Krankenhäuser die Budgetobergrenze durch eine Mehrbelegung überschreiten, zum anderen sollte ein Anreiz zur Reduzierung der Belegung gesetzt werden.

Reduzierte ein Krankenhaus seine Belegung, mußte es allerdings damit rechnen, daß die Krankenkassen dies zum Anlaß nehmen, die Streichung der nicht mehr belegten Betten zu fordern. Ein Bettenabbau hätte dann zur Folge, daß die je Bett gezahlte pauschale Investitionsförderung fortfallen würde. Eine strategisch orientierte Reduzierung der Belegung unter das vereinbarte Maß konnte somit zwar zu kurzfristigen Überschüssen führen, barg in sich aber das Risiko langfristiger Mindereinnahmen.

Das größere Risiko ging jedoch von einer Mehrbelegung aus, denn den dadurch anfallenden zusätzlichen Kosten standen keine zusätzlichen Einnahmen gegenüber. Um dieses Risiko zu beherrschen, war es notwendig, die Entwicklung der Belegung fortlaufend zu beobachten und Abweichungen von der Budgetplanung entgegenzusteuern. Da Krankenhäuser in den ersten Jahren der Deckelung aber in der Regel noch nicht über ein ausreichend ausgebautes Informationssystem und zeitnahes Controlling verfügten, kam es des öfteren zu »Panikreaktionen« gegen Ende des Jahres, wenn erkannt wurde, daß die geplante Belegung ohne ein Gegensteuern überschritten wird. Betten wurden kurzfristig gesperrt, Behandlungen in das nächste Jahr und damit ins nächste Budget verschoben oder Patienten an ein anderes Krankenhaus verwiesen bzw. weiterverlegt. Im Unterschied zu den Strategien zur Begrenzung der wirtschaftlichen Risiken durch einen überproportionalen Anstieg der Kosten des medizinischen Bedarfs, waren in diesem Fall offenbar nicht nur besonders behandlungsaufwendige Patienten betroffen. Bei einer Überschreitung der geplanten Belegung wurde durch die Regelungen des »festen Budgets« im Grunde jeder zusätzliche Patient zu einem wirtschaftlichen Risiko.

#### *2.4 Ökonomisierung und Rationalisierung als Folge des neuen Entgeltsystems*

Der Einstieg in das neue Entgeltsystem wurde gemäß GSG auf Grundlage einer vollkommen neu gefaßten Bundespflegesatzverordnung (BPflV 1995) für alle Krankenhäuser verbindlich zum 1.1.1996 vollzogen. Da ein kurzfristiger Umstieg auf ein reines Fallpauschalensystem in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht realisierbar und zudem politisch sehr umstritten war, sollte der Übergang schrittweise erfolgen. Zum einen wurde durch die zum 1.1.1996 vorgegebenen 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte nur ein Teil der chirurgischen Leistungen und einige aufwendige diagnostische Maßnahmen erfaßt, zum anderen können in einer zunächst bis zum 31.12.1997 begrenzten Übergangsphase aus der Anwendung von Fallpauschalen und Sonderentgelten keine Überschüsse oder Verluste entstehen, da anfallende Kostenüber- oder -unterdeckungen durch einen sogenannten »Erlösausgleich« automatisch mit den Abteilungspflegesätzen verrechnet werden.<sup>7</sup> Derzeit wird vom BMG eine 5. Änderungsverordnung zur BPflV 1995 vorbereitet, durch die u.a. der Erlösausgleich bis 1999 verlängert werden soll (Tuschen 1997: 186).

Die neue Bundespflegesatzverordnung hat innerhalb kurzer Zeit den

Krankenhausalltag bereits spürbar verändert. Zunächst einmal zwingt die das neue Pflegesatzrecht die Krankenhäuser zu einem *Ausbau des betrieblichen Rechnungswesens* in einem bisher nicht gekannten Umfang (Eichhorn 1994; Mohr et al. 1995). Zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen für 1996 mußte für jede bettenführende Abteilung ein eigener Abteilungspflegesatz sowie ein für alle Abteilungen einheitlicher Basispflegesatz kalkuliert werden. Um ihn berechnen zu können, mußten u.a. die Kosten aller Sekundärleistungsstellen wie Labor, Röntgen etc. über einen Verteilungsschlüssel den Primärleistungsstellen, also den bettenführenden Abteilungen, zugeordnet werden (innerbetriebliche Leistungsverrechnung). Der Basispflegesatz war so zu kalkulieren, daß er die Kosten für Verpflegung, Unterkunft, Verwaltung etc. abdeckt. Von den ermittelten pflegesatzfähigen Kosten waren dann wiederum die voraussichtlichen Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten abzuziehen, um auf Grundlage der verbleibenden Kosten Abteilungspflegesätze und Basispflegesatz zu berechnen.<sup>8</sup>

Die Umstellung auf das neue Entgeltsystem ist dadurch mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden. Die dafür verantwortlichen Vorgaben finden sich zum größten Teil nicht im unmittelbaren Verordnungstext, sondern in vier Anlagen zur BPflV 1995 mit ihren jeweiligen Anhängen, insbesondere in den vorgegebenen Formblättern für die »Leistungs- und Kalkulationsaufstellung« (LKA) und den für das Verständnis der LKA unabdingbaren über 40 Fußnoten zur LKA, die selbst wiederum teilweise mehrere Absätze umfassen. Insbesondere mit der LKA und den dazugehörigen Fußnoten erreichte die Regelung der Krankenhausfinanzierung eine bis dahin nicht gekannte Regeldichte und Regelungstiefe. Die im Grunde nicht mehr adäquat zu bewältigende Komplexität durch die Vielzahl detaillierter Vorschriften führte denn auch zu massiver Kritik, die von einem »Schilda läßt grüßen« (Bruckenberg 1994: 157) über »Schreckgespenst LKA« (Krankenhaus Umschau Special Nr. 3/1995: Titelblatt) bis zu »monströses Rechenwerk« (Regler 1994: 4) und »ein Fall für die Psychopathologie« (Dreßler, zit. n. Krankenhaus Umschau 7/1995: 566) reichte. Da der EDV-Ausbau unter den Bedingungen gedeckelter Budgets erfolgen muß, zwingt die Bundespflegesatzverordnung 1995 die Krankenhäuser zu einer Umverteilung von Ressourcen, von direkt am Patienten erbrachten Leistungen zu investiven Aufwendungen und administrativen Tätigkeiten.

Mit den Vorgaben zur Kalkulation von Abteilungspflegesätzen und zu einer innerbetrieblichen Leistungsverrechnung ist den Krankenhäusern im Grunde auch eine Aufspaltung des Gesamtbudgets in Abteilungsbudgets und die Durchführung einer *internen Budgetierung* vorgegeben

(DKG 1993d). Den Budgetverantwortlichen, in der Regel den Chefärzten, kommt dabei die Aufgabe zu, die Entwicklung der Kosten und Leistungen zu beobachten und bei einer sich abzeichnenden Überschreitung des Abteilungsbudgets gegenzusteuern. Zentraler Ansatzpunkt für die Budgeteinhaltung ist eine sogenannte *Leistungssteuerung*, also die kontrollierte Entwicklung von Leistungsdaten wie Belegung, Fallzahlen insgesamt und je Fallpauschalen, angeforderte Laborleistungen, Röntgenaufnahmen, medizinischer Verbrauch der Stationen etc.

Eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg der internen Budgetierung ist somit die Einbeziehung der Chefärzte in die Verantwortung für die Einhaltung ihrer Abteilungsbudgets. Im ursprünglichen Reformkonzept hatte die Bundesregierung hierzu vorgeschlagen, leitende Ärzte über »erfolgsabhängige Chefarztverträge« (BMA 1989: 29) am wirtschaftlichen Erfolg zu beteiligen. Diesen Vorschlag hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft mittlerweile mit einem neugestalteten Chefarztvertragsmuster aufgegriffen (Zuck 1997). Das darin vorgeschlagene Modell sieht vor, daß Chefärzte vertraglich darauf verpflichtet werden, auf den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses hinzuarbeiten und daß die Privatliquidation künftig vom Krankenhaus eingezogen wird, das den Chefarzt wiederum zu einem bestimmten Prozentsatz an den Liquidationseinnahmen beteiligt. Die Höhe der Chefarztbeteiligung soll von der Einhaltung des jeweiligen Abteilungsbudgets abhängig gemacht werden, um die Chefärzte zu »wirtschaftlichem Verhalten« zu motivieren. Sicherlich wird durch dieses Modell die Motivation der Chefärzte, sich intensiver mit Budgetentwicklung und Leistungssteuerung zu befassen, steigen. Es gehört aber auch nicht viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, daß die Anbindung von Einkommensanteilen an die Unterschreitung des Budgets zu Konflikten zwischen medizinischer Ethik und persönlichen Einkommensinteressen führen wird.

Um die komplexen Anforderungen durch das neue Pflegesatzrecht bewältigen zu können, sind Krankenhäuser zu einem massiven *Ausbau des betrieblichen Informationswesens* gezwungen und investieren dementsprechend derzeit in neue EDV-Systeme und neu entwickelte Krankenhaus-Software. Erforderlich ist im Grunde ein integriertes EDV-System, mit dem die verschiedensten Operationen durchgeführt und Daten aus dezentralen Einheiten zusammengeführt werden können. Kosten- und Leistungsdaten müssen abteilungsbezogen und auch patientenbezogen erfaßt, zusammengeführt und aufbereitet werden. Auch die Planung und Steuerung von Versorgungsabläufen – von der Organisation der Patientenaufnahme über die Pflegeplanung und OP-Planung bis zum

Entlassungsmanagement – soll zukünftig über EDV erfolgen. Um die Einhaltung der Budgets und der durch die Fallpauschalen vorgegebenen Ressourcenrahmen für die Versorgung der einzelnen Patienten zu gewährleisten, werden EDV-gestützte Behandlungsleitpfade entwickelt, die den behandelnden Ärzten als Orientierung bei Diagnosestellung und Therapieentscheidung dienen sollen. Die Anforderung von Labor- oder Röntgenleistungen und Übermittlung von Befunden wird zunehmend ebenfalls über EDV abgewickelt, nicht zuletzt auch, um eine EDV-gestützte innerbetriebliche Leistungsverrechnung über innerbetriebliche Verrechnungspreise vornehmen zu können. Dazu wird beispielsweise mit der Befundübermittlung auch der jeweilige innerbetriebliche Verrechnungspreis je Einzelleistung vom Budget der anfordernden Stelle auf das der leistungserbringenden Abteilung umgebucht.

Die *innerbetriebliche Leistungsverrechnung* wiederum führt zur Eröffnung eines krankenhausinternen »Marktes« für Dienstleistungen, in dem die Sekundärleistungsstellen wie Labor oder Radiologie als Anbieter und die Stationen als Nachfrager auftreten. Bereits erkennbar verstärkt dies den Trend zur Fremdvergabe oder Privatisierung nicht mehr nur bei Küchen- oder Wäschereileistungen, sondern auch bei Labor- und Radiologieleistungen. Interne Budgetierung und innerbetriebliche Leistungsverrechnung entfalten somit zentrifugale Kräfte und sind mit dem Risiko einer Desintegration der Institution Krankenhaus verbunden.

### 3. *Schlußbetrachtung*

Wie die Untersuchung der Auswirkungen der Budgetdeckelung zeigt, ist eine sektorale Budgetierung, wie sie im Krankenhausbereich praktiziert wurde, mit ernstzunehmenden »Nebenwirkungen« auf die stationäre Versorgung verbunden. Daß diese Nebenwirkungen, gemessen an der Größe dieses Sektors, relativ begrenzt blieben, ist sicherlich zum einen den zahlreichen Ausnahmeregelungen, in erster Linie aber der – trotz des Vordringens ökonomischer Imperative weitgehend stabilen – ärztlich-pflegerischen Ethik zuzurechnen. Die dennoch zu verzeichnenden problematischen Veränderungen können als ein »Vorgeschnack« auf das angesehen werden, was die Gesellschaft bei einer vollen Entfaltung des bundesdeutschen Fallpauschalensystems erwartet, wenn aus der Behandlung von Fallpauschalenpatienten Gewinne und Verluste resultieren können.

Das derzeit in der Bundespflegesatzverordnung vorgegebene System ist, verglichen etwa mit dem mittlerweile erheblich ausdifferenzierten US-amerikanischen DRG-System (vgl. Mansky 1997), extrem simpel.

Es läßt nur eine Differenzierung nach Hauptdiagnose und Hauptbehandlung zu. Wichtige Kosteneinflußfaktoren wie Multimorbidität, Alter, reduzierter Allgemeinzustand etc. bleiben vollkommen unberücksichtigt. Unter diesen Bedingungen werden überdurchschnittlich behandlungsaufwendige Patienten – ebenso wie unter der Deckelung – zu einem wirtschaftlichen Risiko für das Krankenhaus, und können durch Risikoselektion sowie »Rosinenpickerei« Überschüsse erzielt werden.

Die problematischen Entwicklungen dürften sich in dem Maße verstärken, wie das wirtschaftliche Morbiditätsrisiko in der stationären Versorgung auf immer kleinere wirtschaftliche Einheiten verlagert wird. Hierzu trägt zum einen der derzeit beobachtbare Rückzug öffentlicher Träger aus der direkten Verantwortung für ihre Krankenhäuser bei. Mit der Umwandlung der Rechtsform eines öffentlichen Krankenhauses in eine GmbH zieht sich – und das ist zumeist das Hauptmotiv der Kommunalparlamente – der Träger aus der Defizithaftung zurück. Werden unter diesen Vorzeichen vermehrt kostenintensive Patienten in das öffentliche Krankenhaus verlegt, hat es keine Möglichkeit mehr, das wirtschaftliche Morbiditätsrisiko an einen öffentlichen Haushalt und damit auf das Finanzierungskollektiv der Steuerzahler weiterzuleiten. Die den öffentlichen Krankenhäusern in unserem Versorgungssystem zukommende Funktion einer »letzten Sicherung« könnte darunter leiden, denn auch öffentliche Krankenhäuser stünden vor der Entscheidung – um ihre wirtschaftliche Existenz nicht gefährden zu lassen – Risikoselektion zu betreiben. Innerhalb der Krankenhäuser zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab. Wird im Rahmen der internen Budgetierung kein abteilungsübergreifender Gewinn- und Verlustausgleich durchgeführt, werden bereits wenige überdurchschnittlich behandlungsaufwendige Patienten zu einem ernsthaften wirtschaftlichen Risiko. Werden Fachabteilungen darüber hinaus in »Profit-Center« umgewandelt und an die Ärzte erfolgsabhängige Gehälter gezahlt, bietet sich Risikoselektion als erfolgversprechende Strategie zur Maximierung des Budgetüberschusses wie auch des persönlichen Einkommens an.

Bereits im Vorfeld der Verabschiedung der Bundespflegesatzverordnung 1995 war davor gewarnt worden, den Krankenhausbereich einem solchen »Großexperiment« (Müller 1993: 503) mit ernstzunehmenden Risiken und unvorhersehbarem Ausgang zu unterwerfen. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Wirkungen der bisherigen Neuregelungen ist die Frage zu stellen, warum die Gesellschaft diese Risiken eingehen sollte. Die Entwicklung der Krankenhauskosten jedenfalls zwingt nicht dazu. Seit Mitte der siebziger Jahre liegt der Anteil der Ausgaben für Krankenhäuser konstant bei knapp unter 3% des Bruttosozialproduktes

und damit auch deutlich unter dem anderer Staaten (vgl. BASYS 1993). Nicht die Entwicklung der Krankenhauskosten ruft die seit Jahren regelmäßig auftretenden Haushaltsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung hervor, sondern die relative Schrumpfung der Finanzierungsgrundlage der GKV (vgl. Kühn 1995). Die aber ist nicht zuletzt auch das Ergebnis einer »Politik der Verschiebehahnhöfe«. <sup>9</sup> Durch sozialpolitische Eingriffe werden der GKV immer wieder Einnahmen entzogen, um die Haushalte der Renten- und Arbeitslosenversicherung und letztlich den Bundeshaushalt zu entlasten. Unter den zahlreichen Belastungsverchiebungen zur GKV war in der jüngsten Zeit die Kürzung der Beitragsüberweisungen der Bundesanstalt für Arbeit an die GKV um 20 % ab dem 1.1.1995 die bedeutendste und trug mit 5 Mrd. DM zu dem GKV-Defizit in Höhe von 7 Mrd. DM im Jahr 1995 bei. Eine dauerhafte Lösung der Finanzierungsprobleme der GKV kann darum nicht in einer risikobeladenen Ressourcenverknappung für die stationäre Versorgung, sondern nur in einer Erhöhung und Verstetigung der Einnahmen der Krankenkassen bestehen. Solange der GKV-Haushalt als fiskalpolitischer Puffer in der Sozialpolitik mißbraucht wird, werden Einsparungen im Gesundheitswesen die Begehrlichkeiten der Finanz- und Sozialpolitiker nicht dämpfen, sondern eher noch weiter steigern. Als Beleg kann das im Juni 1997 bekanntgewordene Vorhaben des Finanzministeriums gelten, den mittlerweile auf ca. 8 Mrd. DM angewachsenen Überschuß der Pflegeversicherung zur Deckung von Finanzierungslücken im Bundeshaushalt zu nutzen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Michael Simon

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Arbeitsgruppe Public Health

Reichpietschufer 50

10785 Berlin

### *Anmerkungen*

- 1 Zwar richtet sich das Augenmerk des vorliegenden Beitrages v.a. auf die durch die aktuelle Reform produzierten Risiken, damit soll aber nicht der Eindruck erzeugt werden, der derzeitige Umbruch im Krankenhausbereich sei nicht auch mit Chancen verbunden. Infolge des GSG sind zahlreiche aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht positiv zu bewertende Entwicklungen zu verzeichnen, insbesondere solche, die auf eine verstärkte Integration von ambulanter und stationärer Versorgung und Umwandlung von Krankenhäusern in Gesundheitszentren zielen. Zur ausführlicheren Darstellung der aktuellen Veränderungsprozesse im Krankenhausbereich vgl. Simon (1997).

- 2 Vgl. die Begründungen des krankenhausbezogenen Teils des GSG (BT-Drs. 12/3209 und BT-Drs. 12/3608).
- 3 Vgl. hierzu insbesondere das Gutachten der Beratergruppe beim BMA (1983) und den Bericht der 1981 von der Robert Bosch Stiftung berufenen Kommission Krankenhausfinanzierung (1987).
- 4 Zur Bundespflegesatzverordnung 1995 vgl. u.a. Breitmeier (1995); Mohr et al. (1995); Tuschen/Quaas (1995).
- 5 Zur Bedeutung des Phänomens muß allerdings angemerkt werden, daß es sich bei den Verlegungen zwischen Krankenhäusern insgesamt um ein relativ kleines Patientenkollektiv handelt. Der Anteil der externen Verlegungen liegt bei ca. 5% aller Krankenhausfälle, wenngleich mit seit Jahren steigender Tendenz. In absoluten Zahlen ausgedrückt handelte es sich 1995 aber immerhin um ca. 700.000 kranke Menschen. Zur differenzierteren Analyse des Jahres 1993 vgl. Simon (1996).
- 6 An dieser Stelle nur einige Meldungen: Einschränkungen der Behandlungen aufgrund finanzieller Engpässe gegen Ende des Jahres wurden z.B. von den Städtischen Kliniken Duisburg (FR 30.11.1993), der Uni-Klinik Göttingen (HAZ 6.12.1993), dem Klinikum München-Bogenhausen (FR 30.11.1993), der Uniklinik Köln (HAZ 6.12.1993) und dem städtischen Krankenhaus Oststadt Hannover gemeldet (HAZ 6.12.1993). Die Bundes-Krankenhauskonferenz bestätigte Anfang Dezember 1993, daß Krankenhäuser Patienten zunehmend auf Wartelisten setzten oder an andere Krankenhäuser weiterverlegten (FR 10.12.1993).
- 7 Zu den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung 1995 vgl. u.a. Breitmeier (1995); Mohr et al. (1995); Tuschen/Quaas (1995).
- 8 Zur Budgetkalkulation vgl. u.a. BMG (1994a, 1994b); Mohr et al. (1995).
- 9 Zur »Politik der Verschiebebahnhöfe« vgl. u.a. Berg (1986); Nullmeier (1992); Paffrath/Reiners (1987); Zacher (1984).

### *Literatur*

- Asmuth, M.; Blum, K. (1996): Ambulantes Operieren im Krankenhaus (Teil I-III): Erfahrungen und Handlungsempfehlungen für die Krankenhauspraxis. In: Das Krankenhaus, Jg. 88, Heft 8, S.403-408; Heft 9, S.453-458; Heft 10, S.509-514
- Asmuth, M.; Müller, U. (1995): Entwicklung des ambulanten Operierens im Krankenhaus 1993/94. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung. In: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 8, S.377-383
- BASYS (1993): Wirtschaftlichkeit und Leistungsniveau deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich. Augsburg
- Beratergruppe beim BMA (1983): Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Bonn
- Berg, H. (1986): Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. Sankt Augustin
- BR-Drs. (Bundsrats-Drucksache) 381/1/94 vom 31.5.1994: Empfehlungen der Ausschüsse zur Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts
- Breitmeier, I. (1995): Einführung in das Pflegesatzrecht. Düsseldorf
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (1989): Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (1994a): Bundespflegesatzverordnung '95. Erläuterungen, Stand: August 1994. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit (1994b): Bundespflegesatzverordnung '95. Besondere Erläuterungen zu Fallpauschalen und Sonderentgelten, Stand: August 1994. Bonn

- Deitermann, A.; Demitz, U.; Schwanke, J. (1997): Management-Informationssystem läßt Problembewußtsein wachsen. Klinikum Minden entwickelt Instrument für Führungskräfte. In: *f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, Jg. 14, Heft 3, S.235-239
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1992): Deckelung der Krankenhausbudgets führt zu Leistungseinschränkungen und zur Minderung der Versorgungsqualität. DKG-Statement bei der Sondersitzung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen am 16. Juni 1992 in Bonn. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 84, Heft 7, S.319-325
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993a): Hinweise der DKG zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1993 sowie zur Umsetzung des Gesundheits-Strukturgesetzes. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 85, Heft 3, Redaktionsbeilage
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993b): Krankenhaus-Controlling bei gedecktem Budget. Leistungsplanung, Kostenplanung, Erlösplanung. Vorläufige Hinweise der DKG zur Budgetüberwachung während der Budgetdeckungsphase 1993 bis 1995. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 85, Heft 4, S.159-162
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993c): Grundsatzpositionen und Hinweise der DKG zur Internen Budgetierung. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 85, Heft 8, Redaktionsbeilage
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1993d): Sonderentgelte und Fallpauschalen gefährden bürgernahe Krankenversorgung. Stellungnahme der DKG zur Grundkonzeption des neuen Entgeltsystems des BMG. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 85, Heft 4, S.155-158
- Düllings, J. (1995): DKG-Umfrage zur Leistungsentwicklung im Krankenhaus 1993-1996: Fallzahlenanstieg, Zunahme der neuen Behandlungsformen, personelle Verzahnung ohne Perspektiven. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 87, Heft 11, S.523-527
- Eichhorn, S. (1994): Referentenentwurf zur BpflV 1995: Krankenhausökonomische Bewertung. In: *f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, Jg. 11, Heft 2, S.94-99
- Fack-Asmuth, W. (1996): Überleben in rauher See – Aktive Strategien für die Krankenhäuser. Die Leistung muß konsequent in den Mittelpunkt gestellt werden. In: *Krankenhaus Umschau*, Jg. 65, Heft 6, S.385-394
- GKV (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung) (1994): Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus durch Preissenkungen. Bericht der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, vorgelegt am 4. Juli 1994 dem Bundesminister für Gesundheit und dem Bundestagsausschuß für Gesundheit
- Globig, K.F. (1996): Das Gegenstück zum Wettbewerb: Warum sich nicht zusammenschließen? Kooperation im Krankenhaus – Beispiele, Chancen und Hemmnisse. In: *Krankenhaus Umschau*, Jg. 65, Heft 3, S.164-173
- Haeske, H.; Fack-Asmuth, W.; Beck, Th.; Fischer, B. (1996): Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten ab 1997. In: *Krankenhaus Umschau*, Jg. 66, KU-Special Nr. 8, S.22-28
- Hahn, H. (1996): Ärzte müssen ökonomische Verantwortung im Krankenhaus übernehmen. In: *Krankenhaus Umschau*, Jg. 65, Heft 5, S.332-336
- Hansen, U.; Nehmert, U. (1997): Die Krankenhäuser sollen zu »Punktlandungen« gezwungen werden. Ausgleichsbeträge 1997 nach der BpflV in der Fassung des 2. Neuordnungsgesetzes (2. NOG). In: *Krankenhaus Umschau*, Jg. 66, Heft 3, S.157-161
- Helmig, B. (1994): Outsourcing. Ein Mittel zur Ausschöpfung von Kostensenkungspotential im Krankenhaus. In: *f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, Jg. 11, Heft 5, S.380-386

- Hildebrand, R. (1995): »Outsourcing« – ja, aber... In: *Das Krankenhaus*, Jg. 87, Heft 4, Redaktionsbeilage
- Jeschke, H.A.; Hailer, B. (1995): Outsourcing im Klinikbereich. Fremdvergabe krankenhausspezifischer Leistungen. Kulmbach
- 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 (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 20., hrsg. von der Robert Bosch Stiftung). Gerlingen
- Kommunale Spitzenverbände (1992): Stellungnahme der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zu dem Referentenentwurf eines Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 sowie eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Köln 24.7.1992
- Kühn, H. (1995): Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 24: *FrauenGesundheit*. Hamburg, S.145-160
- Litsch, M.; Preuß, W. (1996): Struktur und Vergütung der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus. In: Arnold, M.; Paffrath, D. (Hg.): *Krankenhausreport '96*. Stuttgart, S.255-276
- Lorei, W. (1997): Ergebnisorientierte Steuerung ist das Gebot der Stunde. Ansatz eines Profit-Center-orientierten Berichtswesens. Keine Überraschungen am Jahresende. In: *Krankenhaus Umschau*, Jg. 66, Heft 4, S.252-259
- Mansky, Th. (1997): Fallgruppensysteme. Neue Entwicklungstendenzen bei der Bewertung von Krankenhausleistungen. In: *f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, Jg. 14, Heft 3, S.210-217
- Mohr, F.W.; Kröger, J.; Globig, K.F. (1995): *Praktiker-Handbuch zur BpflV 95 und LKA*. Kulmbach
- Monka, M. (1994): Budgetverhandlungsergebnisse der Krankenhäuser 1993. In: Arnold, M.; Paffrath, D. (Hg.): *Krankenhausreport '94*. Stuttgart, Jena, S.209-219
- Monka, M. (1995): Budgetverhandlungsergebnisse der Krankenhäuser 1994. In: Arnold, M.; Paffrath, D. (Hg.): *Krankenhausreport '95*. Stuttgart, Jena, S.257-269
- Montgomery, U. (1995): Die Rolle der Ärzte nach dem GSG. In: Adam, D. (Hg.): *Krankenhausmanagement*. Stuttgart, S.49-57
- Müller, A. (1993): Auswirkungen des GSG auf die Krankenhausversorgung in Hessen. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 85, Heft 11, S.502-507
- Nullmeier, F. (1992): Der Zugriff des Bundes auf die Haushalte der Gemeinden und Parafiski. In: Hartwich, H.-H.; Göttrik, W. (Hg.): *Regieren in der Bundesrepublik IV. Finanz- und wirtschaftspolitische Bestimmungsverfahren des Regierens im Bundesstaat – unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Vereinigungsprozesses*. Opladen
- Paffrath, D.; Reiners, H. (1987): 10 Jahre Kostendämpfungspolitik. Eine empirische Bilanz. In: *Die Ortskrankenkasse*, Jg. 69, Heft 13, S.369-372
- Regler, K. (1994): Auswirkungen des GSG und Handlungsbedarf der Krankenträger. In: *Das Krankenhaus*, Jg. 86, Heft 1, S.1-6
- Schmelzer, A.; Klask, J. (1996): Ist der »Patiententourismus« bei teuren Behandlungen vermeidbar? In: *Das Krankenhaus*, Jg. 88, Heft 6, S.274-287
- Simon, M. (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. Eine Analyse des Jahres 1993. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Jg. 4, Heft 1, S.20-40

- Simon, M. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von schwacher Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 97-204. Berlin
- Stern, K. (1996): Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster, New York
- Stolz, G. (1997): Neue Rahmenbedingungen für Krankenhäuser. Betriebswirtschaftliche und gesundheitspolitische Folgen der wettbewerbsorientierten Umwälzung des Gesundheitswesens. Düsseldorf
- Tuschen, K.-H. (1997): Neue wirtschaftliche Rahmenbedingungen für Krankenhäuser. In: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 14, Heft 3, S.180-186
- Tuschen, K.-H.; Quaas, M. (1995): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. 2., Neubearb. Aufl. Stuttgart
- Wagner, B. (1995): BPflV 1995: Ein neues Zeitalter der Krankenhausfinanzierung. In: Das Krankenhaus, Jg. 87, S.211-215
- Zacher, H. (1984): Der gebeutelte Sozialstaat in der wirtschaftlichen Krise. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 33, Heft 1, S.1-12
- Ziegler, M.; Hirner, A. (1994): Auswirkungen des GSG auf Kliniken der Maximalversorgung. In: Arnold, M.; Paffrath, D. (Hg.): Krankenhausreport '94, S.97-106
- Zuck, R. (1997): Die 5. geänderte Auflage des Chefarztvertrags-Musters der DKG. In: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 14, Heft 3, S.286-187