

Michael Simon

Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen

Einleitung

Der Krankenhausbereich befindet sich gegenwärtig in einer Phase der Umstellung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem. Die Umstellung hat 2004 begonnen und soll bis Ende 2008 abgeschlossen sein. Wurden die Krankenhausentgelte früher auf Grundlage der jeweiligen krankenhausspezifischen Selbstkosten kalkuliert, so sollen ab 2009 für jede Fallgruppe landesweit einheitliche Preise gezahlt werden. Seit 2005 erfolgt eine schrittweise Anpassung der krankenhausspezifischen Vergütungen an landesweit einheitliche Fallpauschalen, mit der Folge, dass die Vergütungen für Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Fallkosten abgesenkt werden und die für Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Fallkosten angehoben. Die einen sind ›Verlierer‹, die anderen ›Gewinner‹ der Umstellung.

Durch diese Reform haben sich bereits in zahlreichen Krankenhäusern zum Teil dramatische Veränderungen ergeben. Hauptleittragende scheinen bislang die Beschäftigten in ›Verliererkrankenhäusern‹ zu sein. Um ein voraussehbares Defizit durch Budgetkürzungen aufzufangen, wurden vielfach Stellen abgebaut; Krankenhäuser traten aus den jeweiligen Arbeitgeberverbänden aus, um mit Hilfe von Haustarifverträgen Gehaltskürzungen durchsetzen zu können. Unbefristete Stellen werden zunehmend in befristete umgewandelt und Vollzeitstellen in Teilzeitbeschäftigungen. Um drohende Defizithaftungen für ihre Krankenhäuser zu verhindern, haben in den letzten Jahren zahlreiche öffentliche Träger ihre Kliniken an private Klinikketten verkauft. Beispiele, die auch bundesweite Aufmerksamkeit erregten, waren der Verkauf sämtlicher kommunaler Krankenhäuser Hamburgs und die Privatisierung der zuvor fusionierten Unikliniken Marburg und Gießen.

Die gegenwärtige Reform der Krankenhausfinanzierung ist der tiefgreifendste Eingriff in den Krankenhausbereich seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland. An seine Legitimation sind darum auch besondere Ansprüche zu stellen. Nicht nur die betroffenen Krankenhausbeschäftigten haben ein Recht, die Frage zu stellen: Warum das alles?

Auch die Öffentlichkeit muss sich diese Frage stellen, da die Krankenhausversorgung zentraler Bestandteil des Gesundheitswesens und von besonderer Bedeutung für die medizinische Versorgung der Gesellschaft ist. Aus Sicht der Öffentlichkeit steht sicherlich die Frage nach den Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt. In einem personalintensiven Dienstleistungsbetrieb, wie es das Krankenhaus ist, wird die Versorgungsqualität unmittelbar von der Situation des Personal beeinflusst. Nicht nur die Qualifikation des Personals ist von außerordentlicher Bedeutung hierfür, sondern vor allem auch dessen Anzahl. Wenn nun aber – wie erwähnt – ein deutlicher Personalabbau und eine erhebliche Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern erfolgt, so sollte dies insbesondere die für diese Reform Verantwortlichen beunruhigen. Dem ist jedoch nicht so. Die Bundesregierung zeigte von Anfang an ein Desinteresse an den Auswirkungen der Reform, erkennbar unter anderem auch daran, dass es keine unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation im Auftrag der Bundesregierung gibt. Dass es überhaupt Forschung zu den Auswirkungen des DRG-Systems gibt, ist vor allem auf unabhängige wissenschaftliche Initiative zurückzuführen (vgl. u. a. Braun/Müller 2006; Braun/Müller/Timm 2004; Buhr/Klinke 2006).

Der folgende Beitrag hinterfragt die Legitimation und die Ziele dieses Eingriffs in das System der Krankenhausversorgung. Dazu werden im ersten Teil des Beitrages die entsprechenden Passagen aus den amtlichen Begründungen der beiden maßgeblichen Gesetze mit Daten konfrontiert, um zu zeigen, dass die von der Bundesregierung und dem BMG angeführten Begründungen einer kritischen Prüfung nicht standhalten.

Der zweite Teil befasst sich mit den vom BMG angegebenen Zielen der Reform und geht der Frage nach, ob die angegebenen Ziele überhaupt mit dem DRG-System erreicht werden können. Auch dieses Ergebnis fällt negativ aus: Mit DRG-Fallpauschalen kann weder eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung erreicht werden, noch handelt es sich bei ihnen um ein leistungsgerechtes Vergütungssystem.

Die Einführung eines deutschen DRG-Systems: Begründungen und Ziele

Eine tief greifende Reform der Krankenhausfinanzierung, wie sie gegenwärtig vollzogen wird, ist in besonderem Maße begründungsbedürftig. Durch die entsprechenden politischen Entscheidungen sind nicht nur die Arbeitsbedingungen von ca. 1 Mio. Beschäftigten im Krankenhausbereich betroffen, sondern auch die Versorgungsbedingungen für die

jährlich ca. 17 Mio. in Allgemeinkrankenhäusern behandelten vollstationären Patienten. Im folgenden sollen darum die zentralen Begründungen der Reform kritisch hinterfragt werden. Ausgangspunkt werden die betreffenden Passagen in den amtlichen Begründungen der beiden für das DRG-System wichtigsten Gesetze sein: des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 und des Fallpauschalengesetzes 2002. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Grundsatzentscheidung für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein international bereits eingesetztes DRG-System getroffen, und das Fallpauschalengesetz 2002 schuf das dazu gehörige Gesamtregelwerk, in dessen Mittelpunkt das Krankenhausentgeltgesetz steht.

Zunächst werden die in den Gesetzentwürfen enthaltenen Aussagen vorgestellt und im Anschluss die darin enthaltenen Kernaussagen herausgefiltert. Es bleibt noch anzumerken, dass es sich dabei nicht um singuläre und untypische Aussagen handelt. Die hier zitierten Überzeugungen und Darstellungen lassen sich auch in zahlreichen Veröffentlichungen des BMG sowie der im BMG für die Krankenhausfinanzierung zuständigen Fachbeamten wieder finden (vgl. u.a. Baum/Tuschen 2000; Tuschen 2002; Tuschen/Trefz 2004: 105).¹ Insofern können die Zitate als repräsentativ für Grundüberzeugungen des BMG und der Gesundheitspolitik auf Bundesebene gelten.

Zur Begründung und zu den Zielen des DRG-Systems wird im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 festgestellt:

»Problematisch sind auf der Basis der Finanzdaten des 1. Quartals 1999 die aktuellen Steigerungsraten im Krankenhausbereich (...) Sie verdeutlichen auch den dringenden Bedarf, im Rahmen der Strukturreform 2000 den Krankenhausbereich in die Gesamtverantwortung zur Sicherung der Beitragssatzstabilität stärker einzubinden und durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung zu verbessern« (BT-Drs. 14/1245: 54).

»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 (...) Von den Krankenhäusern und deren Beschäftigten müssen zum Teil erhebliche Veränderungen und Flexibilität erwartet werden« (BT-Drs. 14/1245: 113).

Im Fallpauschalengesetz 2002 wird zu Begründungen und Zielen des DRG-Systems ausgeführt:

»Das neue Entgeltsystem soll das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter machen, die Wirtschaftlichkeit fördern und die im System tages-

gleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen« (BT-Drs. 14/6893: 26).

Es soll dazu beitragen, dass die Ressourcen »bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden« (ebd.).

»Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser wird zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen« (ebd.).

Ziel sei eine »am medizinischen Bedarf orientierte Entwicklung der Gesamtausgaben«, die auf »das Erfordernis der Beitragssatzstabilität in der Krankenversicherung Rücksicht nimmt« (ebd.).

Aus diesen Passagen lassen sich folgende zentrale Begründungen für die gesetzgeberischen Interventionen herausfiltern:

- Problematische Steigerungsraten der Krankenhausausgaben gefährden die Beitragssatzstabilität in der GKV und erfordern eine stärkere Einbindung des Krankenhausbereichs in die Verantwortung für die Beitragssatzstabilität in der GKV.
- Die Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich ist nicht ausreichend, und Ressourcen werden nicht hinreichend bedarfsgerecht und effizient eingesetzt.

Als Ziele für die Einführung eines DRG-Systems sind in den zitierten Passagen enthalten:

- Ziel 1: Begrenzung der Krankenhausausgaben, um Beitragssatzstabilität in der GKV zu erreichen beziehungsweise zu sichern.
- Ziel 2: Bedarfsgerechtere und effizientere Verteilung von Ressourcen zur Schaffung bedarfsgerechter Leistungsstrukturen.

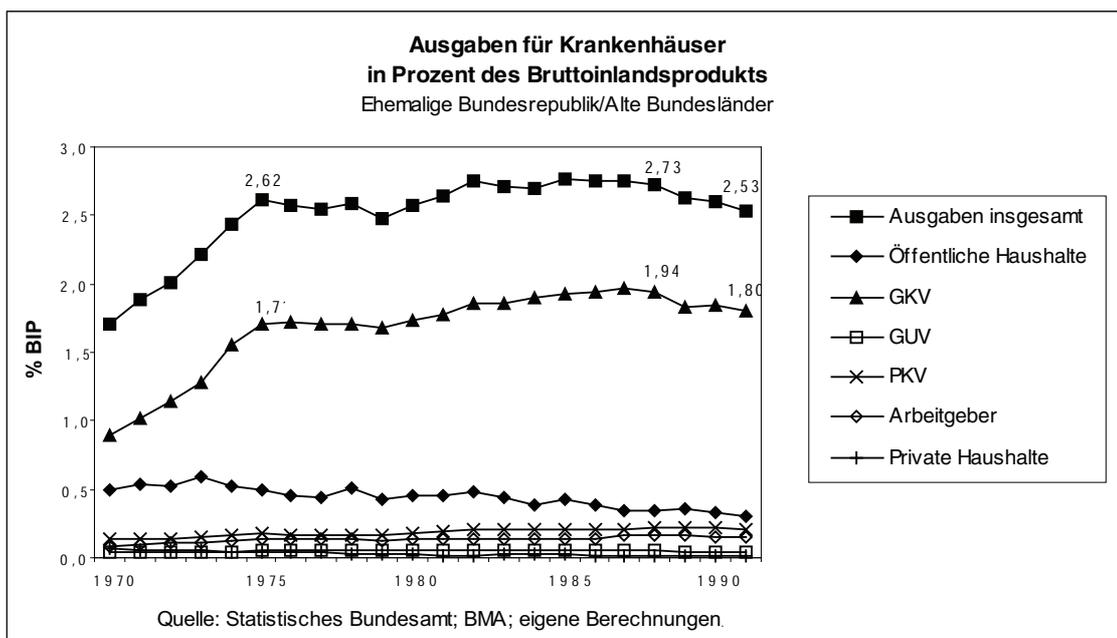
Bei genauer Betrachtung ist in der Begründung des GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 Ziel 2 ein Hilfsziel zur Erreichung von Ziel 1. Zwei Jahre später rückt das erste Ziel dagegen etwas in den Hintergrund und Ziel 2 wird mit einer gewissen Eigenständigkeit stärker betont. Dies dürfte aber vor allem darauf zurückzuführen sein, dass das Fallpauschalengesetz 2002 quasi eine Art ›Ausführungsgesetz‹ zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 war und ausschließlich die Reform der Krankenhausfinanzierung zum Ziel hatte.

Im Folgenden soll nun kritisch hinterfragt werden, ob und in wie weit die zitierten Begründungen tragfähig und die genannten Ziele mit dem DRG-System erreichbar sind. Zunächst wird auf die Entwicklung der Krankenhausausgaben und deren Bedeutung für die Beitragssatzstabilität in der GKV eingegangen und anschließend auf die Eignung des gegenwärtigen DRG-Systems für die Erreichung der genannten Ziele.

Entwicklung der Krankenhausausgaben und ihre Bedeutung für die Beitragssatzstabilität in der GKV

Seit mehr als zwei Jahrzehnten werden Reformen der Krankenhausfinanzierung immer wieder mit einer weitgehend gleichen Feststellung begründet: Zu hohe Steigerungsraten der Krankenhausausgaben in einer vorangegangenen Periode hätten die Beitragssatzstabilität der GKV gefährdet (vgl. Simon 2000). Die Grundlogik lautet: Steigen die GKV-Ausgaben stärker als die Krankenkasseneinnahmen bzw. die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder, gefährden die Krankenhäuser die Beitragssatzstabilität der GKV. Gern wird in diesem Zusammenhang den Krankenhausausgaben das wertende Adjektiv ›überproportional‹ vorangestellt. Dies wirft die Frage auf, was als Maßstab für Proportionalität gelten soll. Als Maßstab für die Beurteilung der ›Proportionalität‹ von Gesundheitsausgaben wird international üblicherweise der prozentuale Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt verwendet. Legt man diesen Maßstab an, so zeigt sich, dass die Entwicklung der Krankenhausausgaben weder in der alten Bundesrepublik Deutschland noch im vereinten Deutschland Ursache der regelmäßig wiederkehrenden Finanzierungsprobleme der GKV sein können.

Abbildung 1: Ausgaben für Krankenhäuser in Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Alte Bundesrepublik Deutschland.

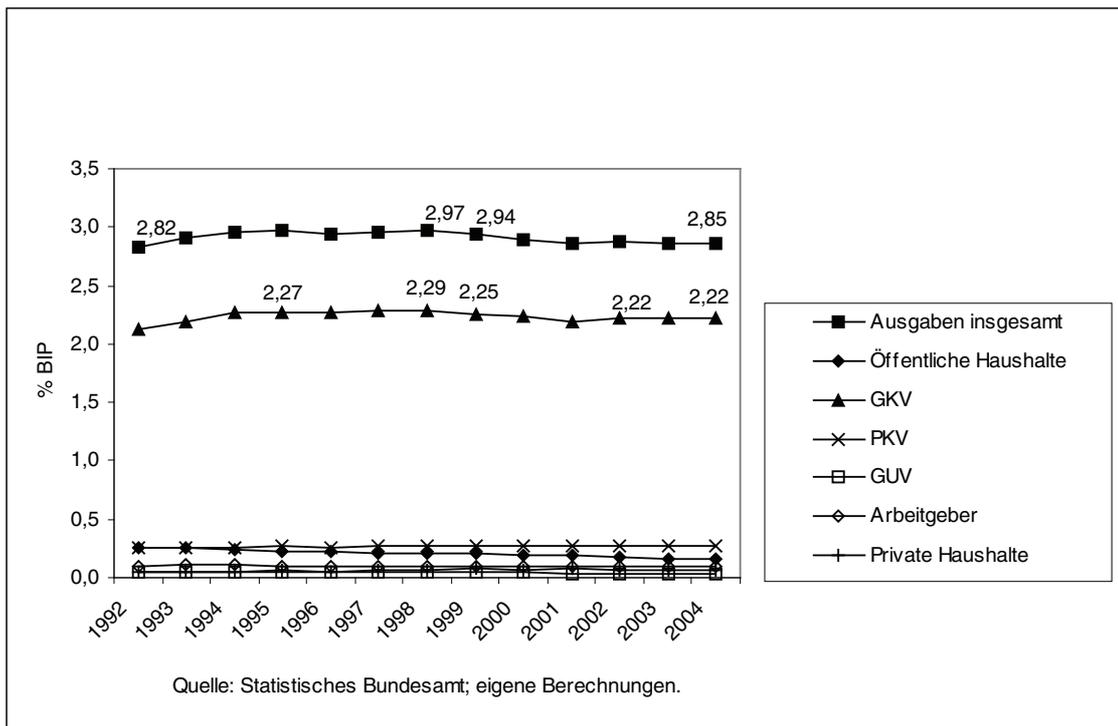


In der alten Bundesrepublik hat es seit 1975 keine nennenswerte Erhöhung des Anteils der Krankenhausausgaben insgesamt gegeben (Abb. 1). Feststellbar ist allerdings ein Anstieg der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung von 1,71 % des BIP im Jahr 1975 auf 1,94 % im Jahr 1988. Dies ist vor allem auf den Rückzug der öffentlichen Haushalte (Länder und Gemeinden) aus der Krankenhausfinanzierung zurückzuführen. Gut erkennbar ist, dass sich die öffentlichen Haushalte zu Lasten der GKV von Krankenhauskosten entlastet haben. Erreicht wurde dies vor allem durch die Reduzierung von Betriebszuschüssen der öffentlichen Krankenhausträger und eine seit Anfang der 1980er zu verzeichnende relative und in den 1990er Jahren auch absolute Reduzierung der staatlichen Investitionsförderung. Durch die erste Maßnahme wurden Betriebskostenanteile, die zuvor die Kommune oder das Land getragen hatte, auf die Krankenkassen verlagert. Durch die unzureichende Investitionsförderung entstanden Investitionsdefizite, mit der Folge, dass in vielen Krankenhäusern dringend notwendige Modernisierungen nicht durchgeführt werden konnten. Überalterte Bausubstanzen und Baustrukturen wiederum erhöhen die Betriebskosten, die nach der Systematik des KHG von den Krankenkassen zu tragen sind. Hierzu muss festgehalten werden, dass die öffentliche Investitionsförderung Teil der dualen Krankenhausfinanzierung ist und die Länder seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 hierzu gesetzlich verpflichtet sind.² Allerdings gibt das Gesetz nicht vor, wie hoch die Investitionsförderung zu sein hat.

Der deutliche Anstieg der Ausgaben für Krankenhäuser vor 1975 erfolgte auf Grundlage eines breiten gesellschaftlichen und politischen Konsens (Simon 2000: 69 ff.). In den 1950er und 1960er Jahren waren notwendige Modernisierungen auf Grund einer vollkommen unzureichenden Krankenhausfinanzierung unterblieben. Erklärtes Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 war es, das Geld für überfällige Modernisierungen und notwendige Verbesserungen der Personalausstattung bereitzustellen, um so den Standard deutscher Kliniken auf ein international vergleichbares Niveau zu heben. Dies erfolgte ausdrücklich auch mit Zustimmung der Krankenkassen (vgl. ebd.).

Auch nach der deutschen Einheit ist keine dramatische Entwicklung der Gesamtausgaben erkennbar (Abb. 2). Der leichte Anstieg in den Jahren 1993 bis 1995 ist auf mehrere Ausnahmen von der ab 1993 geltenden Budgetdeckelung zurückzuführen, die teilweise sogar einen über die vorherige Rechtslage hinausgehenden Anspruch auf Selbstkostendeckung brachten. Diese Ausnahmen waren Bestandteil des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 und wurden 1996 wieder gestrichen.

Abbildung 2: Ausgaben für Krankenhäuser in Prozent des Bruttoinlandsprodukts, Deutschland.



Auffällig ist die Entwicklung der öffentlichen Investitionsförderung. Sie ist nicht mehr nur – wie bereits in den 1980er Jahren in der alten BRD – relativ zu den Gesamtausgaben, sondern seit 1995 sogar absolut rückläufig (Tab. 1). Der stärkste Rückgang ist in den neuen Bundesländern zu verzeichnen. Dort wurde im Jahr 2005 nur noch 60 % der Fördersumme des Jahre 1995 gezahlt (DKG 2007a).

Die Kürzung der Investitionsförderung hat gravierende Auswirkungen auf die Fähigkeit insbesondere öffentlicher Kliniken, längst überfällige Modernisierungen und andere Investitionen durchzuführen. Während private Krankenhäuser ihren Finanzbedarf für Investitionen über den Kapitalmarkt oder durch Kreditaufnahme decken können, steht dieser Weg öffentlichen Kliniken, insbesondere wenn sie als Regiebetriebe geführt werden, nicht offen. Die aus unterbliebenen Investitionen resultierenden höheren Betriebskosten können unter den neuen Rahmenbedingungen des DRG-Systems nicht mehr über höhere Pflegesätze ausgeglichen werden. Sie erhöhen somit das Risiko der Kostenunterdeckung durch überdurchschnittliche Betriebskosten, beispielsweise auf Grund ungünstiger baulicher Strukturen. Nicht von ungefähr ist das Problem der Finanzierung überfälliger Investitionen einer der Hauptgründe für den Verkauf öffentlicher Kliniken an private Klinikketten. Prominentestes Beispiel aus neuerer Zeit ist sicherlich der in erster Linie aus diesem Grund erfolgte Verkauf der Universitätskliniken Marburg/Gießen an

die Rhön-Klinikum AG. Das Land Hessen sah sich nicht in der Lage, die erforderlichen ca. 200 Mio. Euro Investitionsmittel insbesondere für die Uniklinik Gießen aufzubringen und machte die Zusage, dass diese Mittel vom Käufer in den nächsten Jahren investiert werden, zur Voraussetzung für den Verkauf.

Es kann somit festgehalten werden: Die Entwicklung der Gesamtausgaben für die Krankenhausversorgung bot keinen Anlass und keine hinreichende Begründung für einen so gravierenden Einschnitt, wie es die Einführung des DRG-Systems darstellt.

Tabelle 1: Ausgaben für Krankenhäuser nach Finanzierungsträgern.

	1992-2004					
	1992	1995	2000	2004	in Mio. Euro	in %
Ausgaben insgesamt						
in Mio. Euro	46 457	54 828	59 805	63 219	16 761	36,1
in % des BIP	2,82	2,97	2,90	2,85		
Ausgaben nach Finanzierungsträgern						
Öffentliche Haushalte	4 247	4 260	4 030	3 464	-784	-18,5
davon						
Investitionsförderung nach KHG	3 824	3 756	3 378	2 787	-1 038	-27,1
Laufende Betriebsausgaben	423	504	652	677	254	60,0
Gesetzliche Krankenversicherung	34 948	41 928	46 008	49 157	14 209	40,7
Private Krankenversicherung	4 096	4 944	5 514	6 053	1 957	47,8
Gesetzliche Unfallversicherung	731	804	825	819	88	12,0
Arbeitgeber	1 673	1 826	2 033	2 167	494	29,5
Private Haushalte ¹	762	1 066	1 395	1 559	797	104,6

1) einschl. privater Organisationen ohne Erwerbszweck (Wohlfahrtsverbände, DRK etc.).

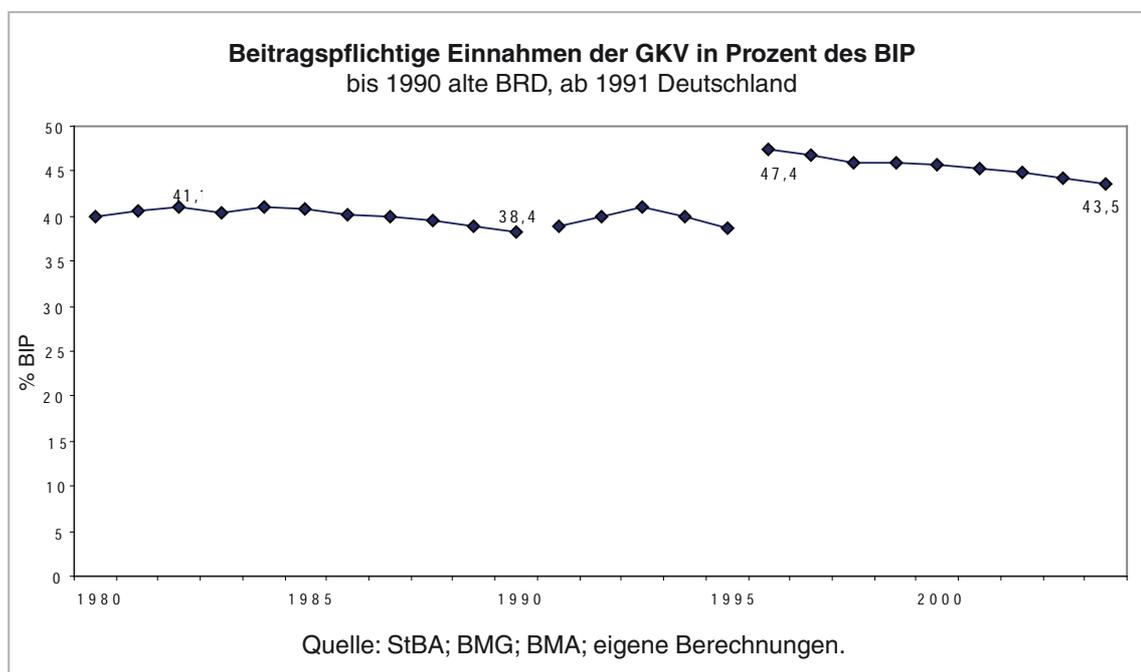
Quelle: Statistisches Bundesamt; DKG; eigene Berechnungen.

Dass die Haushalte der gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahren immer wieder Defizite aufweisen, kann somit nicht auf die Entwicklung der Krankenhausaussgaben zurückgeführt werden. Die Finanzprobleme der GKV haben bekanntermaßen eine andere Ursache: Ihre Einnahmegrundlage erodiert. Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder schrumpft relativ zur volkswirtschaftlichen Entwicklung

(Kühn 1995; SVRKAiG 2003). Entsprachen die beitragspflichtigen Einnahmen 1982 in der alten BRD noch 41,1 % des Bruttoinlandsprodukts, so fiel ihr Anteil bis 1990 auf 38,4 % des BIP (Abb. 3). Nach einem vorübergehenden Anstieg bis 1993 sank er im vereinten Deutschland weiter ab. Die Einbeziehung der Rentner ab dem Jahr 1996 führte zwar zu einer höheren Kennzahl, diese ist aber nur Ergebnis einer geänderten Abgrenzung, nicht eines realen Einnahmewachses. Die fallende Tendenz zeigt sich auch bei Einbeziehung der beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner.

Wenn aber die schrumpfende Einnahmegrundlage Ursache der chronischen Finanzierungsprobleme der GKV ist, dann kann eine Reform der Krankenhausfinanzierung keine angemessene Therapie sein, denn sie setzt nicht an den Ursachen an. Die Lösung des Einnahmeproblems der GKV bedarf anderer Interventionen, und zwar solcher, die auf eine Verbreiterung und Verstetigung der Einnahmegrundlage der GKV zielen.

Abbildung 3: Entwicklung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohnsumme). Angaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Bis 1995 ohne Rentner, ab 1996 mit Rentnern.



Natürlich könnte dem entgegengehalten werden, dass bei einer schrumpfenden Einnahmegrundlage auch eine Absenkung der Krankenhausaufgaben zur Beitragssatzstabilität in der GKV führen kann. Ohne Zweifel. Aber dies müsste auch so formuliert werden und würde mit Sicherheit einen deutlich höheren Legitimationsaufwand erfordern. Denn damit

würde anerkannt, dass nicht die Krankenhäuser und letztlich deren Beschäftigte für die Finanzprobleme der GKV verantwortlich sind, sondern andere Faktoren. Es wäre erheblich schwerer zu begründen, warum dann trotzdem von den Krankenhausbeschäftigten erhebliche Verschlechterungen ihrer Arbeitsbedingungen verlangt werden und das System der Krankenhausversorgung einer derart tief greifenden Reform unterworfen wird.

Es bleibt noch anzumerken, dass die in der Begründung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 erwähnte problematische Steigerung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung im 1. Quartal 1999 nicht Vorzeichen einer dramatischen Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhäuser war. Im Gegenteil: Gemessen am BIP waren die Krankenhausausgaben der GKV 1999 gegenüber 1998 sogar rückläufig: sie gingen von 2,29 % des BIP im Jahr 1998 auf 2,25 % im Jahr 1999 zurück (Abb. 2). Auch über den Zeitraum 1995 bis 2004 betrachtet ergibt sich nicht nur keine dramatische Erhöhung der Krankenhausausgaben der GKV gemessen in Prozent des BIP, sondern sogar ein Rückgang von 2,27 % des BIP im Jahr 1995 auf 2,22 % im Jahr 2004. In Analogie zur Medizin kann somit festgehalten werden, der Intervention »Einführung eines DRG-Systems« liegt in diesem Punkt eine Fehldiagnose zu Grunde. Nicht die Ausgabenentwicklung ist das Problem, sondern die Einnahmeschwäche der GKV.

Es kann somit als Zwischenfazit festgehalten werden, dass es weder in der alten Bundesrepublik noch im vereinten Deutschland eine überproportionale Entwicklung der Ausgaben für Krankenhäuser gegeben hat. Gemessen in Prozent des Bruttoinlandsprodukts lagen die Ausgaben für Krankenhausversorgung seit 1975 in der alten Bundesrepublik Deutschland und nach Herstellung der deutschen Einheit in Deutschland auf weitgehend konstantem Niveau. Damit erweist sich die regierungsamtliche Begründung, die Entwicklung der Krankenhausausgaben hätte die Beitragssatzstabilität der GKV gefährdet und deshalb sei eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung notwendig geworden, als unhaltbar.

DRG-System: weder bedarfs- noch leistungsgerecht

Wie bereits erwähnt rückt in der Begründung des Fallpauschalengesetzes 2002 ein für die Krankenhauspolitik des Bundes relativ neues Ziel stärker in den Vordergrund. Das DRG-System – so die Begründung im Gesetzentwurf – soll dazu beitragen, dass die Ressourcen »bedarfsge rechter und effizienter eingesetzt werden« (BT-Drs. 14/6893: 26). Der

für das Recht der Krankenhausfinanzierung zuständige Referatsleiter im BMG, Karl-Heinz Tuschen, weist in seinem Standardkommentar zum Krankenhausentgeltgesetz darauf hin, das DRG-System sei ein ›leistungsgerechtes‹ Vergütungssystem, in dem das Prinzip ›Geld folgt Leistung‹ umgesetzt würde (Tuschen/Trefz 2004: 105). Während im früheren System tagesgleicher Pflegesätze die Pflegesätze nur die Funktion einer Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget hatten und unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen gezahlt wurden, werde im deutschen DRG-System eine leistungsbezogene Vergütung gezahlt, die je nach Art der Diagnose und erbrachten Leistungen unterschiedlich hoch ausfällt. Für schwere und behandlungsaufwändige Fälle werden höhere Fallpauschalen gezahlt als für leichte.

Das Argument einer leistungsgerechten Vergütung ist ein tragender Pfeiler zur Legitimation der Vergütungsreform, die sich in zahlreichen Publikationen des Krankenhausbereichs und der Gesundheitspolitik wieder findet und auch im Krankenhausmanagement weit verbreitet ist. Sie trägt sicherlich nicht unwesentlich dazu bei, dass in den Zeitschriften des Krankenhausmanagements keine Grundsatzkritik am DRG-System zu finden ist und sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft für die Beibehaltung und Weiterentwicklung des DRG-Systems einsetzt (DKG 2007b). Wenn Kritik am DRG-System formuliert wird, dann nicht grundsätzlicher Art, sondern an Teilaspekten, die es zu verbessern gelte (vgl. v.a. Roeder 2003, 2004, 2005, 2006).

Zentrales Thema dieses Diskurses ist die unzureichende so genannte »Abbildungsqualität« der DRGs. Anfänglich wurden insbesondere die Leistungen der Universitätskliniken nicht ausreichend abgebildet, mit der Wirkung, dass besonders aufwändige Fälle der Hochleistungsmedizin zu niedrige Bewertungsrelationen erhielten. Das wiederum bedeutete für die betroffenen Kliniken, dass der Divisor für ihr Budget relativ niedrig ausfiel und sich daraus bei den meisten Unikliniken rechnerische durchschnittliche Fallkosten ergaben, die weit über den landesweiten Durchschnittskosten (Landesbasisfallwerten) lagen. Da die krankenhausspezifischen Basisfallwerte ab 2005 schrittweise an den jeweiligen Landesbasisfallwert angeglichen werden, sahen sich zahlreiche Universitätskliniken mit der Aussicht auf zum Teil dramatische Budgetkürzungen konfrontiert. Mittlerweile wurden in diesem Punkt deutliche Verbesserungen vorgenommen, wenngleich die »Abbildungsqualität« immer noch als nicht befriedigend eingeschätzt wird und weitere Differenzierungen vorzunehmen seien (Roeder 2006). Ebenso konfliktträchtig sind die Regelungen zur Vereinbarungen von Fallzahlen für das einzelne Krankenhaus, da die Fallzahlentwicklung in einem Fallpauschalen-

system naturgemäß eine zentrale Bedeutung sowohl für Krankenhäuser als auch Kostenträger hat.

Grundsätzlich in Frage gestellt wird das DRG-System aber weder von den Krankenkassen noch den Verbänden der Krankenhausträger oder Organisationen des Krankenhausmanagements, und offenbar auch nicht von den Leitungen der Universitätskliniken. Die noch vorhandenen offensichtlichen Mängel werden von der Bundesregierung damit entschuldigt, dass es sich um ein »lernendes System« handle, das es kontinuierlich zu verbessern gelte (BT-Drs. 14/6893: 26).

Die Bewertung als leistungsgerechtes und dadurch auch bedarfsgerechtes Vergütungssystem wird vor allem darauf gestützt, dass die pauschalierten fallbezogenen Vergütungen in Abhängigkeit von der Fallschwere gezahlt werden. Die Fallschwere wird durch Bewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog abgebildet. Die Bewertungsrelationen haben die Funktion, den je nach Diagnosen und erbrachten Leistungen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch in einer Zahl auszudrücken, die angibt, um wie viel ein bestimmter Fall (DRG) in der Versorgung aufwändiger oder weniger aufwändig ist als ein mit der Bewertungsrelation 1,0 gesetzter Durchschnittsfall.³ Der tatsächlich gezahlte Preis, die DRG-Fallpauschale, ergibt sich durch die Multiplikation der im Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelation mit einem so genannten »Basisfallwert« (der Eurobetrag für die Bewertungsrelation 1,0). Bis Ende 2008 werden noch krankenhausspezifische Basisfallwerte verwendet, die auf Grundlage der jeweiligen Kosten des einzelnen Krankenhauses ermittelt wurden. Seit 2005 werden diese krankenhausspezifischen Basisfallwerte allerdings in Jahresschritten an Landesbasisfallwerte angeglichen, die sich an den landesweiten Durchschnittskosten orientierten und in Verhandlungen zwischen der Landeskrankengesellschaft auf der einen und der GKV und PKV auf der anderen Seite vereinbart werden. Ab 2009 sollen nur noch landesweit einheitliche Basisfallwerte für die Berechnung der Fallpauschalen verwendet werden. Die krankenhausspezifischen Kosten spielen dann keine Rolle mehr.

Im Folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, ob das DRG-System tatsächlich als leistungsgerecht gelten kann und zu einer bedarfsgerechten Verteilung von Ressourcen führt. Die Begrifflichkeit »bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen« kann im Zusammenhang der Krankenhausfinanzierung nur bedeuten, dass die Ressourcenverteilung im Krankenhausbereich entsprechend des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung einer bestimmten Versorgungsregion erfolgt.⁴ Dies zu erreichen, bietet das DRG-Fallpauschalensystem aber keinerlei Instrumentarium. Dafür ist es auch überhaupt nicht konstruiert, ebenso wenig

wie irgend ein anderes DRG-System auf der Welt. DRG-Systeme sind Systeme der einzelfallbezogenen Vergütung von Krankenhausleistungen, nicht der bevölkerungs- oder versorgungsregionbezogenen Vergütung. Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung geht weder im Verlauf der Preiskalkulation noch bei Auszahlung der Vergütung an irgend einer Stelle ein.

Im System der Krankenhausversorgung in Deutschland ist die Aufgabe der Erfassung des Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausleistungen zudem eindeutig der staatlichen Krankenhausplanung zugeordnet (§ 6 KHG). Die Bundesländer haben auf Grundlage einer eigenständigen Analyse des Versorgungsbedarfs Krankenhauspläne zu erstellen, in die alle als bedarfsgerecht und leistungsfähig eingestuften Krankenhäuser aufzunehmen sind.

Ohne Zweifel ist das gegenwärtige System der staatlichen Krankenhausplanung reformbedürftig und einige Länder haben auch bereits Veränderungen vorgenommen. An die Stelle der staatlichen Krankenhausplanung das gegenwärtige DRG-System setzen zu wollen und zu meinen, damit eine bessere und bedarfsgerechtere Verteilung von Ressourcen erreichen zu können, verkennt nicht nur den Zweck, sondern vor allem auch die Leistungsfähigkeit dieses Vergütungssystems.

Allerdings stellt die Einführung eines DRG-Systems für die Krankenhausplanung Daten in bisher nicht verfügbarem Umfang bereit, die die Länder auch zunehmend für ihre Krankenhausplanung nutzen bzw. sicherlich nutzen werden. Dieses sind aber Daten, die allein durch die Grundlage des Fallpauschalensystems, das Patientenklassifikationssystem, gewonnen werden. Es sind im Grunde verfeinerte und differenzierte Diagnose- und Leistungsdaten. Um diese Datengrundlage für eine verbesserte Krankenhausplanung zu erhalten, bedürfte es keines Vergütungssystems. Die Krankenhausplanung käme mit einem reinen Patientenklassifikationssystem aus, ohne jegliche ökonomische Bewertung, ohne die Bildung von Fallpauschalen.

Es bleibt noch festzuhalten, dass im DRG-System genau genommen auch noch nicht einmal der Versorgungsbedarf eines einzelnen Patienten erfasst oder dessen Befriedigung vergütet wird. In das EDV-Programm zur DRG-Gruppierung werden im Krankenhaus außer allgemeinen Patientendaten wie Geschlecht und Alter die vom Arzt festgestellte Hauptdiagnose sowie Nebendiagnosen und die an einem einzelnen Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes erbrachten Leistungen eingegeben. ›Diagnosen‹ und durchgeführte ›Prozeduren‹ sind jedoch nicht mit dem ›Behandlungsbedarf‹ des betreffenden Patienten gleich zu setzen. Es handelt sich nicht nur um unterschiedliche Begriffe,

sondern auch um unterschiedliche Sachverhalte. So kann beispielsweise eine Diagnose richtig gestellt sein, ohne dass der betreffende Patient den Bedarf hat, sich der aus ärztlicher Sicht damit üblicherweise verbundenen Behandlung zu unterziehen. Oder es ist der Fall möglich, dass bei einer gegebenen Diagnose aus ärztlicher Sicht verschiedene Behandlungsoptionen in Frage kommen und die Entscheidung im Sinne eines Shared Decision Making gemeinsam von Patient und behandelndem Arzt getroffen wird. Sollte das DRG-System den individuellen Behandlungsbedarf der Patienten einbeziehen, um eine auf dieser Ebene ›bedarfsgerechte‹ Verteilung von Ressourcen zu erreichen, müsste der entsprechende Bedarf des Patienten auch im Verlauf der Kodierung erfasst und als gruppierungsrelevantes Fallmerkmal in die Berechnung der Fallpauschale eingehen.

Doch zurück zur Frage, ob das DRG-System eine leistungsgerechte Vergütung und bedarfsgerechte Verteilung der Ressourcen im Sinne einer bevölkerungsbezogenen Bedarfsgerechtigkeit gewährleistet. Die vorhergehenden Ausführungen sollten aufzeigen, dass ein DRG-Fallpauschalensystem überhaupt nicht für den Zweck der Steuerung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung entwickelt und konstruiert ist. Dennoch aber führt das DRG-System bereits zu einer Umverteilung von Ressourcen zwischen Krankenhäusern und – je nach Managementkonzeption – auch innerhalb von Krankenhäusern. Seit dem 1.1.2005 werden die Budgets von Krankenhäusern mit einem überdurchschnittlichen Basisfallwert gekürzt und die von Krankenhäusern mit einem unterdurchschnittlichen Basisfallwert erhöht. Die ersten gelten als ›Verlierer‹ der Umstellung, die zweiten als ›Gewinner‹ (Baum/Tuschen 2000: 450).

Das System soll folglich nicht primär zu einer Absenkung der Krankenhausausgaben insgesamt führen, sondern zu einer Umverteilung unter den Krankenhäusern. Eine solche Umverteilung ist nur zu legitimieren, wenn das Geld allein von nicht bedarfsgerechten, unwirtschaftlichen und nicht leistungsfähigen Krankenhäusern abgezogen und ausschließlich an bedarfsgerechte, wirtschaftliche und leistungsfähige Kliniken verteilt wird. Wenn die DRGs – wie gezeigt – kein Sensorium zur Erfassung des bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarfs haben, kann diese Umverteilung aus rein systemimmanenten Gründen nicht nach Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit von Krankenhäusern erfolgen. Wenn – wie es gegenwärtig der Fall ist – einem Teil der Krankenhäuser die Vergütungen gekürzt werden und einem anderen erhöht, so kann dies nicht mit unterschiedlicher Bedarfsgerechtigkeit begründet werden.

Es bleibt somit noch zu prüfen, ob das DRG-System eine Umverteilung nach den Kriterien der Leistungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit ermöglicht. Dazu scheint es hilfreich, zunächst die verschiedenen Ebenen der Preisbildung kurz zu erläutern.

- Die Kalkulation der bundesweiten Bewertungsrelationen erfolgt auf Grundlage der Kostendaten einer Auswahl von Krankenhäusern, die bereit und in der Lage sind, die erforderlichen Daten in der gewünschten Qualität und Differenzierung zu liefern.
- Die krankenhausspezifischen Basisfallwerte werden – vereinfacht dargestellt – mittels Division der Gesamtkosten für die Versorgung von Fallpauschalenpatienten durch die Summe der Bewertungsrelationen ermittelt. Da die Bewertungsrelation zwar keine Euro-Werte enthalten, aber natürlich die Relation zu den Basis-Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser weiterhin in sich bewahren, gehen somit bereits bei der Ermittlung des krankenhausspezifischen Basisfallwertes auch bundesweite Durchschnittskosten ein. Dies wird auch daran erkennbar, dass sich die Bewertungsrelationen bislang jedes Jahr verändert haben, insbesondere auch durch die stärkere Einbeziehung der in der ersten Kalkulationsrunde kaum erfassten Universitätskliniken mit ihrem besonderen Leistungsspektrum und ihren überdurchschnittlichen Kosten.
- Der Landesbasisfallwert wiederum wird auf Grundlage des Durchschnitts aller Basisfallwerte der Krankenhäuser des Landes ermittelt und auf dem Verhandlungsweg zwischen der jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaft auf der einen und den Krankenkassen und der PKV auf der anderen Seite vereinbart. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, mit dem Ziel, dass sich die Summe aller zu zahlenden DRG-Fallpauschalen in der zukünftigen Rechnungsperiode nicht stärker erhöht als die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder.⁵

Für die Umverteilung ist letztlich die Abweichung des krankenhausspezifischen Basisfallwertes vom Landesbasisfallwert entscheidend, und das heißt im Kern: die Abweichung von den landesweiten Durchschnittskosten. Wenn wie geplant das DRG-System zu einem bundesweit einheitlichen Fallpauschalensystem weiterentwickelt wird, werden es zukünftig die bundesweiten Durchschnittskosten sein.

Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem ist also ein Preissystem, dass sich an den durchschnittlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser orientiert. Wenn mit dem System der Anspruch erhoben wird, es fördere die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser und sei leistungsgerecht, dann ist darin die Behauptung enthalten, dass genau diese Durchschnitts-

kostenpreise leistungsgerecht sind und den Kosten einer wirtschaftlichen Betriebsführung entsprechen. Dieser Beweis wurde im Rahmen der Einführung des DRG-Systems bisher nicht geführt. Dieser Anspruch wurde aber – vermutlich vorsichtshalber – auch gar nicht erst erhoben. Er wird nur implizit formuliert. Dass er nur implizit und nicht offen erhoben wird, hat auch gute Gründe, denn er ist nicht einzulösen.

Dieser Problematik scheinen sich die zuständigen Fachbeamten im BMG anscheinend auch bewusst. So bezeichnet Tuschen in einer der ersten Veröffentlichungen des BMG zum Fallpauschalengesetz die Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Basisfallwerten denn auch als »teure Krankenhäuser« und die mit unterdurchschnittlichen Basisfallwerten als »preiswerte Krankenhäuser« (Tuschen 2001: 334). In der Mehrzahl seiner Veröffentlichungen sowie anderer des BMG wird die Implikation »hoher Basisfallwert« = »unwirtschaftliches Krankenhaus« allerdings aufrecht erhalten (vgl. u.a. Tuschen 2002; Tuschen/Trefz 2004).

Zum Problem der Definition und Messung von ›Wirtschaftlichkeit‹ im Krankenhaus

Die Durchschnittskosten mit den Kosten einer wirtschaftlichen Leistungserbringung gleichzusetzen, setzt voraus, dass bekannt ist, welches eine wirtschaftliche Leistungserbringung im Krankenhaus ist und welches die dafür angemessenen Kosten. Dies führt zu einer jahrzehntelangen Diskussion und zum Teil heftigen Kontroversen insbesondere zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Ihre Höhepunkte erreichte die Diskussion und Auseinandersetzung in den 1980er Jahren, nicht zuletzt vor dem Hintergrund zahlreicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Krankenhäusern durch externe Prüfungsunternehmen im Auftrag von Krankenkassen. Zwar nimmt der Wirtschaftlichkeitsbegriff sowohl im Krankenhausrecht als auch im Sozialrecht einen zentralen Platz ein, es handelt sich aber um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der in keiner Rechtsvorschrift definiert wird. Die Notwendigkeit einer Klarstellung des Rechtsbegriffs wurde bereits 1981 gesehen und in § 19 KHG die Aufforderungen an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der GKV einfügt, gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern zu vereinbaren (§ 19 KHG i. d. F. d. KHKG 1981). Die darauf folgenden jahrelangen Verhandlungen wurden schließlich Ende der 1980er ergebnislos abgebrochen und für gescheitert erklärt (Mohr 1988). Damit war die Verpflichtung zum Erlass solcher Grund-

sätze laut KHG zwar auf das damals zuständige BMA übergegangen, derartige Klarstellungen sind aber bis heute nicht erfolgt.

Mit Einführung der Budgetdeckelung ab 1993 verloren die Kontroversen und damit auch die Notwendigkeit von Klarstellungen ihren hauptsächlichsten Anlass, da die Steigerungen der Krankenhausbudgets nun durch Gesetz auf bestimmte Werte begrenzt waren. Es ist aber durchaus lohnend, die Diskussionen der vergangenen Jahrzehnte in Erinnerung zu rufen, da sie um Probleme kreisten, die weder damals noch heute lösbar sind. Es sind dies in erster Linie Probleme einer eindeutigen Definition des Begriffs Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus, seiner Operationalisierung und vor allem seiner Messung.

Stellvertretend für viele andere ähnlich angelegte Definitionen soll hier von einer Unterscheidung in mengenmäßige und wertmäßige Wirtschaftlichkeit ausgegangen werden, wie sie in der krankenhausesökonomischen Literatur der 1980er Jahre anzutreffen war, und einer neueren Definition des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahr 1996. Eigentümlicherweise räumen neuere Lehrbücher für Krankenhausmanagement diesem Problem keinen oder nur sehr geringen Raum ein (Eichhorn/Seelos/Schulenburg 2000; Haubrock/Schär 2002; Lauterbach/Schrapp 2004; Rychlik 1999; Trill 2000). Es hat den Anschein, als ob dieses Thema besser nicht angesprochen oder gar vertieft wird, da bekannt ist, dass ansonsten unlösbare Probleme deutlich werden. Wenn das Thema denn doch einmal gestreift wird, so wird interessanterweise auf einschlägige Veröffentlichungen aus den 1970er und 1980er Jahren zurückgegriffen (vgl. Bolsenkötter 2000). Es hat den Anschein, als ob sich in der deutschen Krankenhausökonomie seitdem kein erwähnenswerter Fortschritt ergeben hat. Auch neuere deutschsprachige Lehrbücher der Gesundheitsökonomie definieren Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, sofern sie diesen Begriff behandeln, in deutlicher Nähe zu den nachfolgend dargelegten Auffassungen (Breyer/Zweifel 1997: 241; Hajen/Paetow/Schumacher 2004: 105f.; Oberender/Ecker/Zerth 2005: 57).

Nach herrschender Meinung in der krankenhausesökonomischen Literatur der 1970er und 1980er Jahre, die die Grundlagen auch für die neuere deutsche Krankenhausökonomie gelegt hat, sollte für die Erreichung der *mengenmäßigen Wirtschaftlichkeit* das so genannte Minimalprinzip handlungsleitend zu sein (Eichhorn 1975: 13 ff., 1977: 208 ff., 1982: 392 ff.; Laux/Sommer 1980: 3; Siebig 1980: 11 ff.). Danach ist ein gegebener Leistungsstandard mit minimalem Mitteleinsatz zu erreichen. Als *wertmäßige Wirtschaftlichkeit* gilt im Krankenhaus das Verhältnis zwischen der günstigsten und der tatsächlich erreichten Kostensituation

als Vergleich von Soll-Kosten und Ist-Kosten (Eichhorn 1975: 20, 1982: 407).

Vom Begriff der Wirtschaftlichkeit zu trennen ist der Begriff der *Rentabilität* als Verhältnis von eingesetztem Kapital zum Gewinn oder für den Krankenhausbereich als Verhältnis von tatsächlichen Kosten zu wertmäßigem Ertrag (Eichhorn 1975: 23). Denn: »Es ist sehr wohl möglich, daß ein Krankenhaus, das 2 Millionen DM Verlust ausweist, wirtschaftlicher arbeitet, als ein anderes Krankenhaus, das mit 1 Million DM Überschuß abschließt« (ebd.: 21). In der krankenhauspolitischen Diskussion ebenso wie in der Öffentlichkeit werden Wirtschaftlichkeit und Rentabilität jedoch oftmals verwechselt oder die Begriffe synonym verwendet, beispielsweise wenn die Verluste eines Krankenhauses als Indiz für dessen Unwirtschaftlichkeit und die Gewinne einer anderen Klinik als Beweis für deren Wirtschaftlichkeit gewertet werden. Dies ist für die gegenwärtige Entwicklung insofern von besonderer Bedeutung, weil die aus der Absenkung oder Anhebung von Basisfallwerten resultierenden Verluste oder Überschüsse den vorstehenden Ausführungen zufolge auch Ausdruck von unterschiedlicher Rentabilität sein können. Es kann somit festgehalten werden, dass *mengenmäßige Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus* als das Verhältnis von mengenmäßigem Aufwand an Produktionsfaktoren (Input) zu mengenmäßigem Ertrag (Output) gelten kann und *wertmäßige Wirtschaftlichkeit* als das Verhältnis von Soll-Kosten zu Ist-Kosten.

In der neueren Diskussion wird auf der Leistungsseite noch zwischen Leistung (output) und Ergebnis (outcome) unterschieden (SVRKAiG 1996: 180). Diese Unterscheidung ist durchaus nicht neu. So hat beispielsweise Eichhorn (1975: 13-19) bereits zwischen einer ›Primärleistung‹ und ›Sekundärleistungen‹ differenziert. Seine damalige Definition der Primärleistung ist weitgehend deckungsgleich mit den im heutigen § 107 Abs. 1 SGB V genannten Leistungen von Krankenhäusern. Danach sind Krankenhäuser Einrichtungen, die dazu dienen, Krankheiten zu erkennen, sie zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Dieses wären dementsprechend die Primärleistungen eines Krankenhauses. Sekundärleistungen sind danach die üblichen Kennzahlen wie Fallzahlen, Operationszahlen, Belegung, Verweildauer, erbrachte sonstige Einzelleistungen etc.

Die Probleme beginnen nun, wenn man die beiden Ausprägungen der Wirtschaftlichkeit messen will. Bei der Messung der mengenmäßigen Wirtschaftlichkeit liegen sie vor allem in der Definition und Operationalisierung des outcome oder der ›Primärleistung‹, bei der wertmäßigen Wirtschaftlichkeit in der Bestimmung der Soll-Kosten.

Für die Beurteilung der mengenmäßigen Wirtschaftlichkeit wäre somit vor allem die Definition und Messung der Ergebnisse und Auswirkungen von Krankenhausbehandlungen erforderlich. Ist dies bereits für einzelne Patienten nicht zweifelsfrei leistbar, so wird es vollends unmöglich, wenn man auch die Auswirkungen der Leistungen und der Existenz von Krankenhäusern auf die Gesellschaft einbeziehen will. Wie will man allein die Heilung einer Krankheit oder die Linderung von Leiden in quantitativ messbare Kennzahlen überführen? Es ist darum einer diesbezüglichen eindeutigen Klarstellung des Sachverständigenrates aus dem Jahr 1991 zuzustimmen: »Der medizinische Nutzen des Krankenhauses ist – wegen der Heterogenität der behandelten Fälle – ebenso wenig wie der soziale Nutzen (z.B. Zufriedenheit des Patienten und Beruhigung der Angehörigen) aus den verfügbaren Globaldaten zu bestimmen: Es ist unmöglich, die mit dem Gesamtaufwand erzielten Effekte diesem gegenüberzustellen und zu einer schlüssigen Aussage über den Nutzen der stationären Versorgung als Ganzes zu kommen. Es ist deshalb auch nicht möglich, ein Urteil über die Wirtschaftlichkeit zu fällen, wobei unter Wirtschaftlichkeit der Quotient aus medizinischem und sozialem Nutzen (Ertrag) und Gesamtaufwand verstanden wird« (SVRKAiG 1991: 61).

Da die »eigentliche Krankenhausleistung« (Eichhorn 1975: 15), das Ergebnis der Krankenhausbehandlung, nicht quantifizierbar und in Kennzahlen abzubilden ist, werden in der Regel Sekundärleistungen gemessen und als Kennzahlen für die *mengenmäßige Wirtschaftlichkeit* genutzt. An der Kürze der Verweildauer, der Zahl der Berechnungstage, der Anzahl behandelter und abgerechneter Fälle oder der Zahl der durchschnittlich pro Patient erbrachten Röntgenaufnahmen, Laboruntersuchungen etc. kann die erreichte Verbesserung des Gesundheitszustandes oder die Linderung von Leiden von Krankenhauspatienten aber nicht abgelesen werden (Eichhorn 1975: 15).

Auch die Messung der *wertmäßigen Wirtschaftlichkeit* gestaltete sich in der Vergangenheit im Krankenhausbereich ausgesprochen schwierig. Das zentrale Problem liegt in einer für alle Beteiligten akzeptablen Bestimmung von Soll-Kosten für einen bestimmten Leistungsprozess oder ein ganzes Krankenhaus. Hier lag in der Vergangenheit eines der zentralen Konfliktfelder zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vor Ort. Wenn im Streitfall eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch ein externes Unternehmen durchgeführt wurde, so wurden für die Ermittlung der Soll-Kosten zumeist entweder die Kosten vergleichbarer Krankenhäuser herangezogen, oder es wurden Soll-Kosten auf der Grundlage von Personalanzahlzahlen oder Richtwerten für Materialverbrauch bestimmt (Bölke 1981; Borzutzki 1983; WIBERA 1980). Die von der

Robert-Bosch Stiftung berufene Kommission Krankenhausfinanzierung (1987: 91) stellte dazu in ihrem Abschlußbericht fest: »Da objektive Leistungskriterien und allgemeine Indikatoren für die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern fehlen, hatten sich die Prüfungen zwangsläufig auf die Prüfung der Einhaltung formaler Sachverhalte zu beschränken. Ob dadurch Konflikte nach ökonomisch sachgerechten Kriterien gelöst wurden, blieb zweifelhaft«. Da es keinen allgemeinen Konsens über Orientierungswerte für die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses gab, differierten die zugrunde gelegten Richtwerte vielfach je nach Prüfungsunternehmen. Differenzen über die Ergebnisse von Prüfungen führten nicht selten zur Anrufung der zuständigen Schiedsstelle oder zu einer Klage vor dem Verwaltungsgericht.

Schlussbetrachtung

Die vorstehende Analyse kann zu den folgenden Ergebnissen zusammengefasst werden. Die Begründung für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes DRG-System basiert auf einer falschen Darstellung der tatsächlichen Ausgabenentwicklung und Wirkungszusammenhänge für die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Entgegen der Darstellung der Bundesregierung gab es weder in der alten Bundesrepublik noch im vereinten Deutschland eine überproportionale Steigerung der Ausgaben für die Krankenhausversorgung. Hauptursache steigender Krankenkassenbeiträge ist die Erosion der Einnahmegrundlage der GKV.

Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem ist weder in der Lage, eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten noch ist es leistungsgerecht. Wie gezeigt hat das Fallpauschalensystem kein Instrumentarium, um den bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf zu erkennen. Die Erreichung und Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ist Aufgabe der Länder, die zu diesem Zweck eine durch das KHG vorgegebene Krankenhausplanung durchführen. Die DRGs können das System einer letztlich vom Staat zu verantwortenden Planung und Steuerung des Krankenhausbereichs nicht durch eine marktähnliche ›Steuerung über Preise‹ ersetzen.

Um sicherzustellen, dass mit den DRG-Fallpauschalen ›wirtschaftliche‹ Krankenhäuser zu ›Gewinnern‹ und ›unwirtschaftliche‹ zu ›Verlierern‹ werden, bedürfte es einer eindeutigen Definition von ›Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus‹ und quantifizierbaren Kennzahlen für deren Messung. Beides liegt nicht vor. Folglich werden mit den an

Durchschnittskosten orientierten DRG-Fallpauschalen letztlich unbekannte Leistungen vergütet. Die für die Fallgruppierung verwendeten Angaben geben nur Auskunft über Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren. Sie geben keine Auskunft über die Strukturqualität (wie gut die personelle und sachliche Ausstattung ist) und über die Prozessqualität (wie gut etwas gemacht wurde), und noch weniger über die Ergebnisqualität (mit welchem Ergebnis behandelt wurde). Da entscheidende Dimensionen der Krankenhausleistung nicht erfasst und nicht über unterschiedliche hohe Vergütungen honoriert werden, kann für ein solches Vergütungssystem auch nicht der Anspruch erhoben werden, es sei leistungsgerecht.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Michael Simon
Fachhochschule Hannover
Fakultät V
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover

Anmerkungen

- 1 Georg Baum war zur damaligen Zeit zuständiger Unterabteilungsleiter im BMG und Karl-Heinz Tuschen zuständiger Referatsleiter.
- 2 Mit dem KHG 1972 wurde die duale Finanzierung eingeführt, in der die Finanzierung der Investitionen als staatliche Aufgabe gilt, da die Vorhaltung einer ausreichenden Krankenhausversorgung zur Daseinsvorsorge des Staates für seine Bürger gehört und folglich auch aus Steuermitteln zu finanzieren sei. Die Krankenkassen haben laut KHG die laufenden Betriebskosten zu tragen.
- 3 Zur Erläuterung der Funktionsweise des DRG-Systems vgl. u.a. Metzger (2004) und Simon (2007).
- 4 Die Analyse könnte ebenso auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses als bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen zwischen den verschiedenen Abteilungen durchgeführt werden. Dies würde hier aber den verfügbaren Rahmen sprengen.
- 5 Es soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, dass der Landesbasisfallwert nicht als unabhängiges Kriterium für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser gelten kann, da er auch von krankenhausexternen Faktoren wie der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und dem Verlauf der Verhandlungen auf Landesebene abhängig ist. Dies ist nur ein weiteres Indiz für logische Inkonsistenzen des deutschen DRG-Systems.

Literatur

Baum, Georg; Tuschen, Karl-Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 17, 5: 449-460.

- Bölke, Günter (1981): Der Personalmitteleinsatz im Krankenhaus nach dem Ergebnis von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In: *Das Krankenhaus* 73, 6, 7: 209-217, 258-265.
- Bolsenkötter, Heinz (2000): Wirtschaftlichkeitsprüfung von Krankenhäusern. In: Eichhorn, Peter; Seelos, Hans-Jürgen; Schulenburg, J.-Matthias Graf von der (Hrsg.), *Krankenhausmanagement*. München: Urban & Fischer, 615-625.
- Borzutzki, Rolf (1983): Die Erarbeitung von Personalkennzahlen im Krankenhausbetrieb. Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Schwäbisch Gmünd: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Schwäbisch Gmünd.
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter (1997): *Gesundheitsökonomie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer.
- Buhr, Petra; Klink, Sebastian (2006): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007a): KHG-Investitionsförderung – Überblick. Abgerufen am 13.03.2007 von <http://www.dkgev.de/pdf/1566.pdf>.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007b): Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Abgerufen am 04.04.2007 von <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/6/title/Positionen>.
- Eichhorn, Peter; Seelos, Hans-Jürgen; Schulenburg, J.-Matthias Graf von der (Hg.) (2000): *Krankenhausmanagement*. München: Urban & Fischer.
- Eichhorn, Siegfried (1975): *Krankenhausbetriebslehre* Bd. 1: Kohlhammer.
- Eichhorn, Siegfried (1977): *Krankenhausbetriebslehre* Bd. 2: überarb. Aufl., Kohlhammer.
- Eichhorn, Siegfried (1982): Beurteilung und Sicherung von Leistungsfähigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus – Krankenhausökonomische Grundlagen. In: *Das Krankenhaus* 74, 9 und 10: 391-392, 497-414.
- Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald (2004): *Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haubrock, Manfred; Schär, Walter (Hg.) (2002): *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber.
- Kommission (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*. Gerlingen: Bleicher.
- Kühn, Hagen (1995): Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 24: 145-160.
- Lauterbach, Karl W.; Schrappe, Matthias (Hg.) (2004): *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based-Medicine. Eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer.
- Laux, Eberhard; Sommer, Martin (1980): Einführung. In: *WIBERA (Hrsg.), Wirtschaftliches Krankenhaus. Management, Planung, Rechnungswesen, Prüfung*. Stuttgart: Kohlhammer, 1-14.

- Metzger, Franz (2004): DRGs für Einsteiger. Lösungen für Kliniken im Wettbewerb. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Mohr, Friedrich W. (1988): Morbus Neunzehn. In: *Das Krankenhaus* 80, 10: 452-456.
- Oberender, Peter; Ecker, Thomas; Zerth, Jürgen (2005): *Grundelemente der Gesundheitsökonomie*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Bayreuth: P.C.O. Verlag.
- Roeder, Norbert (2003): Anpassung des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgesehen. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2004): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2005): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2006): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2007. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group Universitätsklinikum Münster.
- Rychlik, Reinhard (1999): *Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Siebig, Josef (1980): *Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Simon, Michael (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, Michael (2007): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern: Hans Huber (im Erscheinen).
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991): *Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991*. Baden-Baden: Nomos.
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung*. Baden-Baden: Nomos.
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): *Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung*. Bonn.
- Trill, Roland (2000): *Krankenhausmanagement. Aktionsfelder und Erfolgspotentiale*. Neuwied: Luchterhand.
- Tuschen, Karl-Heinz (2002): DRG-Einführung in Deutschland vor dem Hintergrund »australischer Erfahrungen«. In: *Das Krankenhaus* 96, 4: 292-296.
- Tuschen, Karl Heinz (2001): BMG setzt Anreize für Einstieg 2003. Referentenentwurf eines DRG-Einführungsgesetzes. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus* 18, 4: 334-340.
- Tuschen, Karl Heinz; Trefz, Ulrich (2004): *Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- WIBERA (Hg.) (1980): *Wirtschaftliches Krankenhaus. Management, Planung, Rechnungswesen, Prüfung*. Stuttgart: Kohlhammer.