

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P00-201

**Neue Krankenhausfinanzierung –
Experiment mit ungewissem Ausgang:**

Zur geplanten Umstellung auf ein
DRG-basiertes Fallpauschalensystem

von

Michael Simon

Berlin, April 2000

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem beschlossen. Das erst vor wenigen Jahren eingeführte Mischsystem aus Basis- und Abteilungspflegesätzen sowie Fallpauschalen und Sonderentgelten soll zum 1.1.2003 durch ein Fallpauschalensystem ersetzt werden, das sich an den ursprünglich in den USA entwickelten Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert.

Das vorliegende Papier setzt sich kritisch mit dem Reformvorhaben auseinander und arbeitet eine Reihe von gravierenden Mängeln heraus. Bei der Verwirklichung des Vorhabens würde es sich um ein international einmaliges Experiment handeln, das mit erheblichen Risiken für die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung verbunden wäre. Keines der als Vorlage in Frage kommenden DRG-Systeme wurde bislang in einem Staat flächendeckend für alle Krankenhauspatienten eingesetzt und der im Gesetz vorgegebene Zeitplan läßt eine sorgfältige Vorbereitung der Umstellung nicht zu.

Auch wenn ein verstärkter Abbau von Kapazitäten angesichts des Fortbestandes der staatlichen Krankenhausplanung nicht wahrscheinlich ist, so besitzt die geplante Umstellung doch das Potential für tiefgreifende Veränderungen im Krankenhausbereich. Neben internen Verteilungskonflikten in den Krankenhäusern und einer primär an Rentabilitätsgesichtspunkten orientierten Reorganisation von Abteilungen und Leistungsspektren ist vor allem der massive Anreiz zur ökonomisch motivierten Patientenselektion zu nennen.

Diese Veröffentlichung entstand im Rahmen des Forschungsprojektes „Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung“. Das Projekt wird im Rahmen des Berliner Zentrums Public Health aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung gefördert (FKZ 01EG9525/8).

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract	2
1. Die geplante Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem	5
1.1 Die Grundstrukturen des geplanten Systems	6
1.2 Verfahren zur Bestimmung der Bewertungsrelationen	8
1.3 Die “budgetneutrale” Einführung.....	11
2. Die Bedeutung der Reform für die stationäre Versorgung	13
2.1 Fallpauschalen und flächendeckende Versorgung	13
2.1.1 <i>Voraussetzungen für eine verlässliche Wirkungsabschätzung</i>	15
2.1.2 <i>Staatliche Krankenhausplanung als übergeordnetes Sicherungssystem</i>	16
2.2 DRGs und die Abteilungsstrukturen der Krankenhäuser	19
2.3 Risiken für die einzelfallbezogene Versorgung	22
3. Anforderungen an Fallpauschalensysteme	23
4. Zentraler Mangel der DRGs: geringer Differenzierungsgrad	25
5. Schlußbetrachtung	27
Literatur	29
Arbeitsgruppe Public Health	33

Abkürzungen

AP-DRG	All Patient DRG
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BverwGE	Entscheidungssammlung des Bundesverwaltungsgerichts (nachstehende Ziffer gibt den jeweiligen Band an)
DRG	Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HCFA	Health Care Financing Administration
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
StBA	Statistisches Bundesamt

Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang:

Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde für den Krankenhausbereich die Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems zum 1.1.2003 beschlossen, das sich am US-amerikanischen System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) orientieren soll. Während das derzeitige Mischsystem der Bundespflegesatzverordnung 1995 Fallpauschalen nur für einen Teil der Leistungen vorgibt, soll das neue System mit Ausnahme der Psychiatrie alle Abteilungen und vollstationären wie auch teilstationären Leistungen erfassen.

Sollte die geplante Umstellung tatsächlich erfolgen, könnte dies nicht nur die weitreichendste Reform der Krankenhausfinanzierung seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 werden, sondern nach Auffassung eines leitenden Fachbeamten des BMG sogar international “die revolutionärste Veränderung im Krankenhausbereich aller Zeiten” (Baum 2000: 120). Die Bewertung läßt sich allerdings weniger aus der zu erwartenden Qualität der Reform ableiten, als vielmehr aus dem Umstand, daß es sich um ein weltweit einmaliges Experiment handeln würde. Zum einen wurde keines der beiden favorisierten DRG-Systeme bisher als Vergütungssystem flächendeckend für alle Patienten eines Landes erprobt, zum anderen läßt der vorgegebene enge Zeitplan eine sorgfältige Vorbereitung der Umstellung nicht zu.

1. Die geplante Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem wird bereits seit Ende der 70er Jahre in der bundesdeutschen Krankenhauspolitik diskutiert.¹ Die wesentlichen konzeptionellen Grundlagen für eine Umstellung wurden in den 80er Jahren v.a. durch zwei Expertengutachten (Beratergruppe 1983; Krankenhausfinanzierung 1987) sowie ein krankenhauspoltisches Grundsatzpapier der damaligen Bundesregierung gelegt (BMA 1989). Ein erster wichtiger Schritt in Richtung auf ein Fallpauschalensystem wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG) vollzogen, das den Einstieg in ein Fallpauschalen- und Sonderentgeltsystem zum 1.1.1996 vorschrieb. Die daraufhin neu konstruierte Bundespflegesatzverordnung 1995 schuf ein Mischsystem aus tagesbezogenen Pflegesätzen und pauschalierten Entgelten, das nach den Vorstellungen der Konstrukteure schrittweise zu einem reinen Fallpauschalensystem ausgebaut werden sollte.

Dieses Vorhaben gilt im BMG jetzt offenbar als gescheitert, denn statt “unser selbstgestricktes Fallpauschal- und Sonderentgeltsystem” (Baum 2000) weiterzuentwickeln, soll nun ein bereits bestehendes ausländisches System übernommen werden. Für die Umstellung auf ein neues

¹ Zum Überblick über die Diskussion vgl. Simon 2000a; exemplarisch für die Argumentation der Befürworter einer Umstellung auf Fallpauschalen vgl. Arnold/Paffrath 1993; Breyer 1985; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987; Leidl 1987; Neubauer 1993; Oberender 1996.

Fallpauschalensystem gibt das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 einen konkreten Zeitplan vor (§ 17b Abs. 3 KHG):

- Bis zum 30.6.2000 sollen die Spitzenverbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbaren, welches DRG-System übernommen wird und wie die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie das Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen ausgestaltet werden.
- Bis zum 31.12.2001 haben die Spitzenverbände Bewertungsrelationen für alle Fallgruppen des neuen Fallpauschalensystems sowie die Gewichtung von Zu- und Abschlägen auf Fallpauschalen zu vereinbaren.
- Zum 1.1.2003 soll das neue Vergütungssystem das alte Mischsystem “budgetneutral” ersetzen (ebd.).

Sollten sich die Spitzenverbände nicht einigen, hat das BMG die anstehenden Entscheidungen “unverzüglich” durch Rechtsverordnung zu treffen.

1.1 Die Grundstrukturen des geplanten Systems

Artikel 4 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 legt die zentralen Merkmale des neuen Fallpauschalensystems sowie einen Zeitplan für die Umstellung fest und erteilt den Spitzenverbänden den Auftrag, ein neues Fallpauschalensystem auf Grundlage dieser Vorgaben zu vereinbaren. Die Spitzenverbände sollen ein “durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem” für die “allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen” schaffen, das in der Lage ist, “Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden” und dennoch nicht zu kompliziert wird, denn: “sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein” (§ 17b Abs. 1 KHG).

Wenn das neue Fallpauschalensystem *durchgängig* sein soll, so darf es zukünftig kein Mischsystem mehr geben, wie es die derzeit noch geltende Bundespflegesatzverordnung 1995 vorgibt. Dementsprechend müßten zum 1.1.2003 Basis- und Abteilungspflegesätze und Sonderentgelte fortfallen und es dürfte für alle Abteilungen nur noch eine Vergütungsform geben: die Fallpauschale. Lediglich die Psychiatrie ist bislang vom Fallpauschalensystem ausgenommen (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG). Wie deren Leistungen vergütet werden sollen, ist bisher nicht entschieden. Es hat den Anschein, daß sie auch zukünftig über tagesgleiche Pflegesätze finanziert werden soll. Dann aber würde es doch ein Mischsystem werden, zumindest für einen Teil der Krankenhäuser.

Wenn die neuen Fallpauschalen *leistungsorientiert* sein sollen, scheiden somit Fallpauschalensysteme aus, die eine Patientenzuordnung ausschließlich nach der Diagnose vorsehen. Damit wird der bereits mit der BPflV 1995 eingeschlagene Weg fortgesetzt, die Patientenzuordnung sowohl nach der Hauptdiagnose als auch nach der Hauptleistung vorzunehmen (z.B. Einbau einer künstlichen Hüftgelenk-Prothese nach Oberschenkelhalsbruch). Allerdings muß

auch festgehalten werden, daß “leistungsorientiert” weder so zu verstehen ist, daß alle am jeweiligen Patienten tatsächlich erbrachten Einzelleistungen vergütet werden, noch daß eine bestimmte Ergebnisqualität erreicht sein muß.

Und hier liegt bekanntermaßen eines der Hauptprobleme von Fallpauschalen: sie entfalten starke Anreize zur Leistungsminderung, die um so stärker sind, je weniger differenziert das zugrunde liegende Klassifikationssystem konstruiert ist. Beispielhaft für ein Fallpauschalensystem mit extrem geringem Differenzierungsgrad ist die geltende Bundespflegesatzverordnung. Sie bietet lediglich die Möglichkeit, nach Hauptdiagnose und Hauptleistung zu differenzieren. Maßgebliche Kosteneinflussfaktoren wie Nebenerkrankungen, Alter, Komplikationen etc. werden innerhalb des gegenwärtigen Fallpauschalensystems nicht berücksichtigt. Bei gleicher Diagnose und Hauptleistung wird die gleiche Fallpauschale unabhängig von Alter, Allgemeinzustand, Art und Anzahl der Nebenerkrankungen etc. gezahlt. Es besteht lediglich die Möglichkeit, bei Überschreiten einer für jede Fallpauschale festgelegten “Grenzverweildauer” zusätzlich für jeden weiteren Verweildauertag den Abteilungspflegesatz zu berechnen und so zumindest einen Teil der höheren Behandlungskosten, beispielsweise infolge von Komplikationen, zu decken. Die von dieser Undifferenziertheit ausgehenden Anreize zur Patientenselektion unter Kostengesichtspunkten werden allerdings bislang noch durch interne Quersubventionen zwischen Fallpauschalen- und Abteilungspflegesatzpatienten abgedeckt. Der sogenannte “Erlösabzug” nach § 12 Abs. 2 BPfIV 1995 führt dazu, daß Überschüsse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten durch niedrigere und Defizite durch höhere Abteilungspflegesätze ausgeglichen werden.

Da bei Fortfall der Abteilungspflegesätze eine solche Quersubventionierung nicht mehr erfolgen kann, muß das neu zu schaffende Fallpauschalensystem erheblich mehr Differenzierungsmöglichkeiten bei der Zuordnung der Patienten bieten, soll es nicht massive Anreize zur Patientenselektion setzen. Dementsprechend lautet die Vorgabe an die Spitzenverbände, daß das neue Fallpauschalensystem in der Lage sein soll, *Komplexitäten* und *Comorbiditäten* abzubilden. Ließ der ursprüngliche Gesetzentwurf vom 23.6.1999 alles Weitere offen, so wird die Selbstverwaltung im vorliegenden Gesetz nun verpflichtet, sich an einem “international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der *Diagnosis Related Groups* (DRG)” zu orientieren (§ 17b Abs. 2 KHG). Damit scheidet nach dem Willen des BMG eine Weiterentwicklung des gegenwärtigen Entgeltsystems ebenso aus wie beispielsweise eine Übernahme des österreichischen LKF-Systems (Rau/Schnürer 2000; Tuschen 2000).² Die Auswahl der möglichen Systeme wurde, den Forderungen der GKV-Spitzenverbände folgend, deutlich eingeschränkt.

Die gegenwärtige Diskussion in der Fachliteratur konzentriert sich vor allem auf die beiden US-amerikanischen Modelle HCFA-DRGs und AP-DRGs.³ Ausgangsmodell aller DRG-Sy-

² Seit dem 1.1.1997 wird in Österreich ein eigenes Fallpauschalensystem, die “Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung” (LKF), angewendet. Eine Übernahme der LKF hatten offenbar vor allem Teile der DRG in Erwägung gezogen. Zur LKF vgl. u.a. Fischer 1998; Laimböck 1998; Rochell 1999.

³ Zur gegenwärtigen Diskussion über die verschiedenen DRG-Systeme vgl. u.a. Dänzer/Pfaff 1999; Fischer 1998; Günster/Klauber/Schellschmidt 2000; Lauterbach/Lüngen 2000; Lüngen/Lauterbach 1999; Mansky 1998; Neubauer 2000; Rau/Schnürer 2000; Rochell 1999.

steme ist das von der US-amerikanischen *Health Care Financing Administration* 1983 für Medicare-Patienten eingeführte DRG-System mit inzwischen 495 Fallgruppen (HCFA-DRG). Auf Grundlage der HCFA-DRGs entwickelte die Firma 3M 1988 im Auftrag des Staates New York ein *All Patient DRG*-System mit 641 Fallgruppen (AP-DRG). Als weiteres System hält das BMG offenbar auch die *Australian National-DRGs* (AN-DRG) mit ca. 660 Fallgruppen für prinzipiell übertragbar (Rau/Schnürer 2000). Während die HCFA-DRGs allgemein zugänglich (gemeinfrei) sind, wären bei einer Anwendung der AP-DRGs Lizenzgebühren an die Firma 3M zu entrichten, die die Lizenzrechte für dieses Fallpauschalensystem besitzt. Ob eine kostenlose Übernahme der australischen DRGs möglich wäre, müßte nach Darstellung des BMG noch geklärt werden (Rau/Schnürer 2000: 48).

1.2 Verfahren zur Bestimmung der Bewertungsrelationen

Nicht nur in bezug auf die Grundstruktur des neuen Fallpauschalensystems enthält das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 Vorgaben, sondern auch für das zu vereinbarende Verfahren der Preisbildung. Wie bereits im gegenwärtigen System der Fallpauschalen und Sonderentgelte soll die Höhe der Pauschalen auch zukünftig in einem zweistufigen Verfahren vereinbart werden. Nach Vereinbarung eines Fallklassifikationssystems sind zunächst »Bewertungsrelationen« festzulegen und erst anschließend ist eine Bestimmung des jeweiligen Punktwertes in DM vorzunehmen. Die Bewertungsrelationen sollen bundeseinheitlich gelten und die Punktwerte auf der Landesebene vereinbart und jährlich fortgeschrieben werden.

In den Bewertungsrelationen werden zunächst nur die relativen Kostengewichte der einzelnen Fallgruppen zueinander ausgedrückt. Das Gesetz schreibt hierzu vor, daß die Bewertungsrelationen als "Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren" sind (§ 17b Abs. 1 KHG). Es müßte folglich eine solche Basisleistung bestimmt werden, beispielsweise die normale Geburt, die den Wert 1,0 erhält, und der Behandlungs- und Kostenaufwand für alle anderen Fallgruppen in Relation zu diesem Basiswert gesetzt werden. Erst wenn dies für alle Fallgruppen des neuen Fallpauschalensystems erfolgt ist, kann eine Überführung der sich daraus ergebenden Punktzahlen in DM-Beträge vorgenommen werden, indem der für alle Bewertungsrelationen einheitliche Wert eines Punktes bestimmt wird. Die Höhe der einzelnen Fallpauschale ergibt sich dann aus der Multiplikation der jeweiligen Punktzahl im Katalog mit dem Wert je Punkt. Es liegt auf der Hand, daß bereits zur Bestimmung der Bewertungsrelationen Kenntnisse über den Ressourcenverbrauch je Fallgruppe erforderlich sind. Diese Notwendigkeit stellt sich nicht nur für die Bezugsleistung, sondern für alle im Fallklassifikationssystem vorgesehenen Fallgruppen, und das wären bei den zur Diskussion stehenden DRG-Systemen mindestens ca. 500.

Für die Bestimmung der einzelnen Bewertungsrelationen kommen zwei grundsätzliche methodische Ansätze in Frage. Der eine Weg wäre die normative Festlegung von Standardleistungen und Standardkosten in einem »top down«-Verfahren durch ausgewählte Experten. Der andere Weg wäre die Ermittlung von aktuellen Ist-Kosten der Krankenhäuser und darauf aufbauende Ableitung von Durchschnittswerten. Diese Durchschnittswerte würden als

Grundlage für die Bestimmung der Bewertungsrelationen dienen. Beide Wege sind mit erheblichen methodischen Problemen verbunden, von denen an dieser Stelle nur einige angesprochen werden sollen.

Eine Vorgabe von Normleistungen und Normkosten – soll sie nicht als höchst zweifelhafte und gesundheitspolitisch nicht verantwortbare willkürliche Setzung erfolgen – setzt im Grunde die Einigung über ein hoch differenziertes System sowohl quantitativer wie auch qualitativer medizinisch-pflegerischer Standards für alle vorgesehenen Fallgruppen in einem ausführlichen und transparenten Expertendiskurs voraus. Auf Grundlage der Leistungsstandards müßten in einem zweiten Schritt die Normkosten für diese Leistungen ermittelt bzw. bestimmt werden. Normkosten könnten vereinfacht als die Kosten definiert werden, die bei einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entstehen.

Dazu wäre aber zunächst eine Einigung der Experten und Spitzenverbände darüber notwendig, was denn als wirtschaftliche Leistungserbringung im Krankenhaus gelten kann. Das aber war bisher nicht möglich. Erinnern wir uns: Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz hatte 1981 den Spitzenverbänden der GKV und der DKG den Auftrag erteilt, sich auf Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu einigen. Nach über 50 Gesprächsrunden wurden die Verhandlungen Ende der 80er Jahre für endgültig gescheitert erklärt (Mohr 1988), und auch heute noch gibt es keine allgemein anerkannte Vorstellung darüber, was als ‚wirtschaftlich‘ im Krankenhausbereich gelten kann.⁴

Bei dem Versuch der Vorgabe wissenschaftlich begründeter und konsensfähiger Normleistungen und Normkosten für mindestens 500 verschiedene Fallgruppen würde es sich folglich um eine Aufgabe handeln, die – wenn überhaupt – nur in einem Zeitraum von mehreren Jahren zu bewältigen wäre. Innerhalb der vom Gesetz zur Verfügung gestellten Frist von ca. einem Jahr ist sie mit Sicherheit nicht zu leisten.⁵

Auch der zweite Weg, die Ermittlung der tatsächlichen gegenwärtigen fallbezogenen Ist-Kosten der Krankenhäuser ist sehr aufwendig, wenn die zu ermittelnden Daten valide und repräsentativ sein sollen. Es müßten für alle vorgesehenen Fallgruppen in einer ausreichend großen Stichprobe die derzeitigen fallbezogenen Ist-Kosten erfaßt und daraus wie auch immer gear-tete Preise abgeleitet werden. Angesichts der weitreichenden Bedeutung der zu gewinnenden Daten, dürfte die Forderung wohl nicht unangemessen sein, daß die Stichprobe nicht kleiner ausfallen darf, als die in den USA vor der bundesweiten Einführung der DRGs gezogenen ca. 5 % aller Krankenhausfälle. Dies ergäbe für die Bundesrepublik Deutschland eine Stichprobe im Umfang von ca. 650.000 Fällen.⁶

⁴ Zur Problematik vgl. u.a. die immer noch gültigen Feststellungen des Sachverständigenrates der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen in seinen Jahresgutachten 1991 und 1992 (SVRKAiG 1991: 61; 1992: 83).

⁵ Zwar existieren bereits eine Reihe von Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, bei ihnen handelt es sich aber nur um unverbindliche Empfehlungen, die ausschließlich ärztlich-wissenschaftliche Aspekte berücksichtigen (zum aktuellen Stand der Leitlinien vgl. u.a. www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF).

⁶ Lauterbach/Lüngen (2000) halten bei einer Übernahme der HCFA-DRGs oder AP-DRGs eine eigene Kalkulation der Kosten für unabdingbar und eine Stichprobe von 1068 Fällen pro DRG für erforderlich. Das ergäbe für die HCFA-DRGs eine Stichprobe von knapp 640.000 und für die AP-DRGs von knapp 700.000 Fällen.

Um die Dimension dieser Aufgabe zu verdeutlichen, ein Vergleich zur Einführung des neuen Entgeltsystems in der BpflV 1995: Die mit der Kalkulation der ersten Fallpauschalen und Sonderentgelte beauftragten Institute waren bereits bei den teilweise noch dazu sehr eng beieinander liegenden 40 Fallpauschalen und 104 Sonderentgelten der Einstiegsversion nicht in der Lage, eine auf repräsentativen Daten basierende Kalkulation der Bewertungsrelationen innerhalb des vorgegebenen Zeitraums von ca. einem Jahr durchzuführen. Für die Kalkulation der ersten Fallpauschalen und Sonderentgelte der Einstiegsversion wurden lediglich ca. 20.000 Krankenakten nachträglich ausgewertet, und die Untersuchung konnte nach eigener Aussage der Institute "den Bedingungen einer mathematisch-statistischen Repräsentativität nicht genügen" (DKI-GmbH et al. 1994a: 24).

Eine Ermittlung der gegenwärtigen Fallkosten deutscher Krankenhäuser auf Basis repräsentativer Daten für die genannten Fallgruppennzahlen würde folglich mit Sicherheit mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Das vorliegende Gesetz räumt aber auch diesmal wieder nur eine Frist von ca. einem Jahr ein. Angesichts dieser Vorgabe ist es denn auch nicht überraschend, daß aus dem BMG vertreten wird, eine "flächendeckende Kalkulation" käme nicht in Frage (Rau/Schnürer 2000: 48).

Wenn aber weder die Entwicklung von Normleistungen und Normkosten noch eine repräsentative Erhebung von durchschnittlichen Ist-Fallkosten für alle Fallgruppen in dem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen möglich ist, könnte die Übernahme ausländischer Bewertungsrelationen als Mittel der Wahl erscheinen. Diese Option räumt das Gesetz den Spitzenverbänden ausdrücklich ein (§ 17b Abs. 3 KHG). Eine einfache 1:1-Übernahme kommt nach Auffassung des BMG allerdings nicht in Frage, u.a. weil die Kostenabgrenzungen in den verschiedenen Gesundheitssystemen unterschiedlich vorgenommen werden (Rau/Schnürer 2000: 48). So sind beispielsweise in den amerikanischen DRGs keine Arztkosten enthalten, dafür aber Investitionskosten, die in der Bundesrepublik zunächst einmal weiterhin im Rahmen öffentlicher Investitionsförderung aus den Länderhaushalten finanziert werden. Vor einer Übernahme wären aber auch noch andere Fragen zu klären, beispielsweise wie mit unterschiedlichen Lohnniveaus, Gehalts- und Qualifikationsstrukturen der Krankenhausbeschäftigten in den verschiedenen Ländern oder den bekannten Unterschieden in der Personalausstattung der Krankenhäuser umgegangen werden soll. Da die Bewertungsrelationen der DRG-Systeme auf Grundlage der Ist-Kosten des jeweiligen Landes entwickelt wurden, bilden sie auch unvermeidlich die dortigen Krankenhausstrukturen sowie Preisniveaus im Sach- und Personalkostenbereich ab. Es drängt sich der Eindruck auf, daß die Komplexität des Vorhabens bisher nur ansatzweise durchdacht wurde. Es bleibt jedenfalls festzuhalten: auch die Übernahme von "international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen" (§ 17b Abs. 3 KHG) käme nicht ohne die Ermittlung von fallbezogenen Ist-Kosten bundesdeutscher Krankenhäuser für alle vorgesehenen Fallgruppen aus.

1.3 Die "budgetneutrale" Einführung

Laut Begründung des Regierungsentwurfes vom 23.6.1999 werden mit der Reform "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). Auch die geplante Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem soll also dem Ziel der Beitragssatzstabilität dienen. Diese Wirkung wird offenbar erhofft dadurch zu erzielen, daß die Umstellung auf Fallpauschalen zu einer Reduzierung der Zahl der Krankenhausbetten führt, die wiederum die gesetzliche Krankenversicherung von Ausgaben für Krankenhausbehandlung entlastet.

Daß die Hoffnung, Bettenabbau würde zu Minderausgaben der GKV führen, im Widerspruch zur bisherigen Erfahrung in der Bundesrepublik steht und sich auch im internationalen Vergleich kein Zusammenhang zwischen Bettendichte und Höhe der Ausgaben für Krankenhäuser erkennen läßt, wurde bereits an anderer Stelle dargelegt (Simon 2000b). An dieser Stelle soll nur der Frage nachgegangen werden, worauf sich die Erwartung stützen könnte, daß die Umstellung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem zu Bettenreduzierungen führen kann. Dazu ist es notwendig, das in der Gesundheitsreform 2000 entworfene System der Krankenhausfinanzierung insgesamt zu betrachten, denn die Fallpauschalen stehen nicht für sich allein, sondern sind eingefügt in eine ihnen übergeordnete sektorale Budgetierung.

Die ursprünglichen Reformpläne der Bundesregierung hatten die Einführung eines landesweiten Gesamtbetrages für die Vergütungen aller Krankenhäuser eines Bundeslandes vorgesehen. Der Versuch einer Angleichung des stationären Sektors an das Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung scheiterte jedoch am Widerstand der Bundesratsmehrheit. Geblieben ist die Weiterführung der sektoralen Budgetierung auf der Ebene des einzelnen Krankenhausbudgets. Auch zukünftig ist bei der Vereinbarung der Krankenhausbudgets die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV je Mitglied zu beachten (§ 6 Abs. 1 BPflV). Maßgeblich ist ab dem 1.1.2000 aber nicht mehr eine für den anstehenden Budgetzeitraum vorausgeschätzte Veränderungsrate, sondern eine vom BMG nachträglich für einen vergangenen Zeitraum festgestellte. Für das Jahr 2000 ist die Veränderungsrate des zweiten Halbjahres 1998 und ersten Halbjahrs 1999 zugrunde zu legen, für die Budgetvereinbarungen des Jahres 2001 haben die Veränderungsrate des zweiten Halbjahrs 1999 und ersten Halbjahrs 2000 als Orientierung zu dienen (§ 71 Abs. 3 SGB V).

Diese Regelung setzt den finanziellen Gesamtrahmen auch für das neue Fallpauschalensystem, denn die Einführung des neuen Vergütungssystems zum 1.1.2003 hat gemäß § 17b Abs. 3 Satz 5 KHG "budgetneutral" zu erfolgen. Mit anderen Worten: Die Vertragsparteien der Budgetvereinbarungen vor Ort müßten Ende 2002 ein Krankenhausbudget für 2003 vereinbaren, das in seiner Gesamtsumme gegenüber dem Vorjahr nicht stärker steigt, als es die vom BMG bekanntgegebene Veränderungsrate zuläßt. Wenn der vorgesehen Zeitplan eingehalten wird, ist zum 30.6.2000 die Entscheidung für ein DRG-System getroffen und liegen zum

1.1.2003 die Bewertungsrelationen für alle Fallgruppen sowie eine vom BMG neu konstruierte Bundespflegesatzverordnung vor. Da sich der Gesamtbetrag aller Erlöse eines Krankenhauses durch die Einführung des neuen Fallpauschalensystems nicht verändern soll, käme den Fallpauschalen – ähnlich wie bislang den Pflegesätzen – somit zunächst nur die Funktion einer Abschlagszahlung auf das vereinbarte Budget zu.

Eine landesweit einheitliche Festlegung des Punktwertes könnte bei dieser Art des Umstiegs zunächst nur nachrichtliche Funktion haben, denn faktisch würde für jede Fallgruppe im ersten Jahr der Einführung des neuen Systems eine krankenhausspezifische Fallpauschale gezahlt. Die Höhe des einzelnen Punktwertes ergäbe sich aus der Division des jeweiligen Krankenhausbudgets durch die Gesamtpunktzahl der Bewertungsrelationen aller Fälle, die vom Krankenhaus mit den jeweiligen Krankenkassen vor Ort für den nächsten Budgetzeitraum vereinbart wurden. Zumindest im ersten Jahr dürfte sich die Einführung des neuen Fallpauschalensystems demnach nicht auf die Höhe der einzelnen Krankenhausbudgets auswirken.

Bleibe es so, ergäbe aber die im Gesetz vorgesehene Vereinbarung landesweit einheitlicher Punktwerte keinen Sinn. Eine Auflösung des Rätsels bietet der Gesetzentwurf nicht, wohl aber eine aktuelle Veröffentlichung des für diesen Regelungsbereich zuständigen Fachbeamten im BMG. Danach plant das BMG offenbar einen dreijährigen stufenweisen Übergang, “mit dem die krankenhausspezifischen Punktwerte schrittweise an den bundesweiten oder regionalen Punktwert herangeführt werden” (Tuschen 2000: 12).⁷ Die “Einzelheiten” des Übergangs sollen durch eine vom BMG erst noch zu schaffende “neue Krankenhaus-Entgeltverordnung” geregelt werden (ebd.).

Am Ende der Übergangsphase sollen offenbar bundesweit einheitliche Bewertungsrelationen und landesweit einheitliche Punktwerte stehen – ähnlich dem bisherigen Fallpauschalen- und Sonderentgeltsystem in der Bundespflegesatzverordnung 1995. Wenn ein Anstieg der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung insgesamt vermieden werden soll, müßte die Höhe der Punktwerte dann so festgelegt worden sein, daß die Addition aller Fallpauschalen nach Umstellung auf bundes- bzw. landesweit einheitliche Preise der Summe aller bisherigen Krankenhausbudgets entspricht.⁸ Bleibe es dabei, würde ein solches Fallpauschalensystem zu einer Neuaufteilung der GKV-Ausgaben auf die verschiedenen Krankenhausbudgets führen. Im stationären Sektor würden sozusagen ‘die Karten vollkommen neu gemischt’.

⁷ Damit scheint sich das BMG an dem US-amerikanischen Vorgehen bei Einführung der HCFA-DRGs zu orientieren, die schrittweise von krankenhausspezifisch kalkulierten zu national einheitlichen Fallpauschalen überführt wurden (vgl. Ernst&Whinney/GaWmbH Herdecke 1986; Neubauer/Unterhuber 1987).

⁸ Eine entsprechende Vorgabe fand sich denn auch im Regierungsentwurf vom 23.6.1999. Danach waren die Entgelte “prospektiv so festzulegen, daß der landesweite Gesamtbetrag nach § 17b insgesamt nicht überschritten wird” (BT-Drs. 14/1245: 41). Mit dem Scheitern des “landesweiten Gesamtbetrages” war dieser Bestimmung die Grundlage entzogen.

2. *Die Bedeutung der Reform für die stationäre Versorgung*

Nachdem das geplante System in seinen derzeit erkennbaren Grundzügen dargestellt wurde, bleibt die Frage, ob ein solches System denn zum Bettenabbau und dadurch eventuell zu einer Entlastung der GKV führen kann. Die Einhaltung der Beitragssatzstabilität wäre nach dem geplanten System bereits durch die Anbindung der Krankenhausbudgets an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder gewährleistet – sofern das auf einem solchen Weg überhaupt funktionieren kann.⁹ Dazu bedarf es folglich keines neuen Fallpauschalensystems, sondern nur der Fortschreibung der bestehenden Budgetdeckung. Dennoch – auch wenn die Gesamtsumme aller Krankenhausbudgets dauerhaft im vorgegebenen Rahmen bleiben sollte – die geplante Umstellung könnte durchaus, wie von der Bundesregierung angekündigt, “weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich” bewirken. Welche dies sein könnten, soll im folgenden herausgearbeitet werden.

2.1 *Fallpauschalen und flächendeckende Versorgung*

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem bedeutet auch dann einen tiefgreifenden Einschnitt für Krankenhäuser, wenn der finanzielle Gesamtrahmen – also die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung – in Anbindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen wachsen sollte. Die Veränderungsdynamik würde in diesem Fall vor allem von der zu erwartenden und offenbar auch politisch gewünschten Umverteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel ausgehen. Strukturveränderungen könnten sich ergeben, wenn es nach Einführung eines DRG-Systems und Ablauf der Übergangsphase Krankenhäuser gibt, die mit ihren Fallkosten insgesamt oder teilweise über den zu erzielenden Fallpauschalen liegen. Würden die daraus resultierenden Verluste nicht von den Trägern oder aus anderen Finanzierungsquellen gedeckt, müßten die verlustbringenden Leistungen reduziert und eingestellt oder gar das gesamte Krankenhaus geschlossen werden. Auf dieser – vereinfacht dargestellten – Annahme über den mit Fallpauschalen zu erzielenden Wirkungszusammenhang basieren im Prinzip alle bedeutenden im bundesdeutschen Expertendiskurs veröffentlichten konzeptionellen Beiträge seit Anfang der 80er Jahre.¹⁰ Aus dieser Annahme leitet sich letztlich auch die Hoffnung auf Bettenreduzierungen als Folge der Einführung von Fallpauschalen ab.

⁹ Zweifel an der Erreichbarkeit stabiler Beitragssätze mittels des vorgegebenen Systems stützen sich zum einen darauf, daß Beitragssatzstabilität seit Anfang der 80er Jahre vor allem ein Problem der Grundlohnsummenentwicklung ist (Kühn 2000). Zum anderen ermöglicht das derzeitige Regelungssystem durch die eingebaute Zeitverzögerung eine Deckungsgleichheit von aktueller Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen und gesetzeskonformer Budgetentwicklung nur als Zufallsprodukt. So sind bspw. die Budgets für das Jahr 2000 auf Grundlage der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen des zweiten Halbjahres 1998 und ersten Halbjahres 1999 zu vereinbaren (§ 6 Abs. 1 BPflV i.V.m. § 71 Abs. 3 SGB V). Es dürfte aber ein eher seltener Zufall sein, daß die Durchschnittsrate dieser beiden vergangenen Halbjahre identisch ist mit der des Jahres 2000. Ob dieser Zufallstreffer gelang, ist im übrigen erst Mitte des Jahres 2001 – also ca. 1½ Jahre nach den Budgetabschlüssen – feststellbar, wenn die Rechnungsergebnisse der GKV vorgelegt werden.

¹⁰ Vgl. hierzu insbesondere Beratergruppe 1983; BMA 1989; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987.

Soweit an den vorliegenden Reformplänen ablesbar, sollen sich die einzuführenden DRGs offenbar an – wie auch immer ermittelten – Durchschnittskosten orientieren. Allein aus diesem Umstand ergibt sich bereits, daß es nach Einführung der DRGs Krankenhäuser geben wird, die mit ihren fallbezogenen Kosten über oder unter den DRGs liegen. Während Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Fallkosten wenig Veränderungsdruck verspüren werden, müssen Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Kosten auf die daraus resultierenden Verluste kurzfristig reagieren.

Da bereits die Budgetdeckelung den Trend zur Rechtsformänderung und Verselbständigung kommunaler Krankenhäuser aber auch freigemeinnütziger Kliniken deutlich beschleunigt hat, dürfte die Aussicht auf dauerhafte Defizite in Folge überdurchschnittlicher Fallkosten die Rückzugstendenzen insbesondere öffentlicher Krankenhausträger weiter verstärken. Die Bedrohung trifft aber nicht nur öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser, auch private Kliniken, die beispielsweise als GmbH innerhalb eines Verbundes wirtschaftlich weitgehend eigenständig sind, müßten im Falle anhaltender Verluste damit rechnen, daß sie von der privaten Krankenhauskette abgestoßen werden.

Grundsätzlich sind zwei Varianten der Defizitenstehung denkbar: das Krankenhaus liegt insgesamt mit seinen Fallkosten über den Fallpauschalen oder nur einzelne Abteilungen machen Defizite bzw. nur einzelne Behandlungen können nicht kostendeckend erbracht werden. Liegt ein Krankenhaus insgesamt oder bei der weit überwiegenden Mehrzahl der Fallgruppen mit seinen Fallkosten deutlich über den Fallpauschalen, und ist der Träger nicht bereit, diese Defizite dauerhaft auszugleichen, dürfte diese Klinik in ihrer wirtschaftlichen Existenz bereits mittelfristig gefährdet sein. Die Entscheidung über eine Schließung würde relativ schnell auf die Tagesordnung gesetzt.

Als ‚Rettungsanker‘ könnte das Krankenhaus versuchen, von den Krankenkassen Zuschläge auf die national bzw. regional einheitlichen Preise zu erhalten. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 räumt die Möglichkeit der Gewährung von Zuschlägen ein, allerdings nur für bestimmte Ausnahmefälle. Zuschläge können zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart werden, wenn “der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt” (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG) oder einzelne Leistungen, die zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, “aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs” nicht kostendeckend erbracht werden können (ebd.). Während die erste Formulierung vermutlich auf Zuschläge insbesondere für Hochschulkliniken und Lehrkrankenhäuser zielt, dürften mit der zweiten Zuschlagsregelung vor allem kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen gemeint sein. Zuschläge für alle Leistungen eines Krankenhauses oder einer oder mehrerer Abteilung aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs dürften aus dieser Bestimmung aber kaum ableitbar sein. Gelingt es nicht, die Kosten kurzfristig auf das Niveau der Fallpauschalen zu senken, bliebe einem Krankenhaus mit insgesamt überdurchschnittlichen Kosten höchstwahrscheinlich nur die Schließung. Und dies scheint das Ziel sowohl von BMG als auch GKV-Spitzenverbänden zu sein.

Wenn sich die geplanten DRGs tatsächlich an Durchschnittskosten orientieren sollten, können sich allerdings erhebliche Probleme für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ergeben. Eine symmetrische Verteilung angenommen, könnte durch die Vorgabe von Durchschnittskosten als Höchstpreise rein theoretisch fast die Hälfte aller Krankenhäuser zu defizitären Einrichtungen werden und dadurch – im Extremfall – von der Schließung bedroht sein. Aber selbst wenn es bundesweit nur 20-30 % sein sollten: je nachdem wie sich diese Krankenhausschließungen regional und nach Fachdisziplinen verteilen, würde die bedarfsgerechte Versorgung zumindest in einigen Regionen oder für eine Reihe von Fachdisziplinen unter Umständen massiv gefährdet.

2.1.1 Voraussetzungen für eine verlässliche Wirkungsabschätzung

Sicher sind derartige Überlegungen rein spekulativ und überhaupt nicht empirisch belegbar, aber genauso wenig kann eine verlässliche gegenteilige Prognose abgegeben werden. Um die Wirkungen der geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem verlässlich abschätzen zu können, müßte eine verlässliche und ausreichend breite empirische Datenbasis über die tatsächlichen gegenwärtigen fallbezogenen Kosten der Krankenhäuser vorhanden sein, die nicht nur bundesweite Durchschnittswerte liefert, sondern für alle Versorgungsregionen, die in den gegenwärtigen Krankenhausplänen der Länder ausgewiesen sind, regionale Verteilungen für alle Fachdisziplinen ausweist. Erst dann könnte man halbwegs zuverlässig prognostizieren, welche Krankenhäuser in welchen Versorgungsregionen nach Einführung des Fallpauschalensystems voraussichtlich Verluste in welcher Höhe machen werden.

Wohlgemerkt: eine Differenzierung der Kostenstrukturen nur auf der Ebene der Bundesländer reicht für die Flächenstaaten mit Sicherheit nicht aus. Die Krankenhauspläne sind nicht von ungefähr in kleinteiligere Versorgungsregionen untergliedert, zumeist in der Größe von Regierungsbezirken, aus denen die jeweiligen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser abgeleitet sind. Dieser Differenzierungsgrad wäre auch für die Kalkulation der Bewertungsrelationen und Preisfestsetzung erforderlich.

Eine empirische Studie, die diese Anforderungen erfüllen könnte, sprengt aber nicht nur den eingeplanten Zeitrahmen, sondern vermutlich auch die Kapazitäten der in Frage kommenden Institute in der BRD, und die damit verbundenen Kosten dürften auch kaum konsensfähig in der Gesundheitspolitik sein. Erste Schätzungen, die von Kosten für eine Kalkulation in Höhe von ca. 60 Mio. DM ausgehen (Ossen 2000: 160), dürften vollkommen ungenügend sein, wenn man nicht eine höchst zweifelhafte retrospektive Kostenschätzung aufgrund von mehreren zehntausend Krankenakten durchführen will, sondern die im Grunde unerläßliche zeitnahe direkte Ermittlung des Ressourcenverbrauchs für eine Stichprobe von 650.000 Fällen (5 % der Krankenhauspatienten) mittels umfangreicher fallbezogener Arbeitszeitanalysen und Sachmittelverbräuchen. Wird eine solche breit angelegte Untersuchung nicht durchgeführt – wie es derzeit den Anschein hat – sind auch die Folgen für die bedarfsgerechte Versorgung nicht verlässlich abzuschätzen.

2.1.2 Staatliche Krankenhausplanung als übergeordnetes Sicherungssystem

Es kann aber dennoch kann wohl davon ausgegangen werden, daß es selbst bei grober Fehlkalkulation nicht zu dramatischen Verwerfungen in der Krankenhausversorgung kommen wird, sofern das gegenwärtige System der politischen Steuerung der stationären Versorgung in seinen Grundelementen auch zukünftig Bestand hat. Zu diesen Grundelementen zählt vor allem der staatliche Sicherstellungsauftrag für die bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhausleistungen, der Vorrang der Bedarfsdeckung gegenüber der Beitragssatzstabilität und der Primat der Krankenhausplanung gegenüber der Krankenhausfinanzierung. Die Länder unterliegen der verfassungsrechtlichen Verpflichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Bevölkerung und müssen nach § 6 KHG zu diesem Zweck Krankenhauspläne erstellen, in die alle bedarfsgerechten Krankenhäuser zwingend aufzunehmen sind.¹¹

Die als bedarfsgerecht in den Krankenhausplan aufgenommen Krankenhäuser sind wirtschaftlich zu sichern, da nur so eine bedarfsgerechte Versorgung auf Dauer gewährleistet werden kann. Der quasiamtliche und vom zuständigen Fachbeamten im BMG mitverfaßte Kommentar zur Bundespflegesatzverordnung stellt hierzu unmißverständlich fest, daß durch die Reformen der letzten Jahre zwar das Selbstkostendeckungsprinzip abgelöst, “die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses als Hauptziel des KHG (§ 1 Abs. 1) aber nicht aufgegeben wurde. Wirtschaftlich gesichert ist ein Krankenhaus aber nur, wenn es die Möglichkeit hat, seine Kosten aus den Erträgen zu finanzieren” (Tuschen/Quaas 1998: 176). Wie in einem verfassungsrechtlichen Gutachten, das immer noch Gültigkeit beanspruchen kann, festgestellt wurde, folgt die Krankenhausfinanzierung der Krankenhausplanung, nicht umgekehrt (Isensee 1990: 149). Diese Rangfolge, ebenso wie der Primat der Bedarfsdeckung gegenüber der Beitragssatzstabilität, ist durch zahlreiche Bestimmungen im Sozial- und Krankenhausrecht fest verankert.

Die angesprochenen Prinzipien bedeuten für die Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem, daß das geplante System so konstruiert sein muß, daß alle bedarfsgerechten Krankenhäuser auch weiterhin ausreichend wirtschaftlich gesichert werden. Welche Krankenhäuser bedarfsgerecht sind, wird nicht über die Bewertungsrelationen entschieden, sondern nach geltendem Krankenhausrecht immer noch durch die zuständigen Länderbehörden bei der Fortschreibung der Krankenhauspläne.

Die Entscheidungen der Länderbehörden wiederum unterliegen der uneingeschränkten gerichtlichen Überprüfung und müssen insbesondere den von Verwaltungsgerichten in den letzten zwei Jahrzehnten entwickelten und fortgeschriebenen Vorgaben folgen (vgl. hierzu exempl. Bruckenberger 1996; Bruckenberger/Runge 1999). Alle Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung können von den betroffenen Krankenhäusern oder Krankenkassen vor Gericht angefochten werden (BVerwGE 72; BVerwG NJW 1987). Aus diesem Steue-

¹¹ Zur diesbezüglichen Rechtsprechung vgl. u.a. BVerwG NJW 1987, 2318; zur krankenhauspolitischen und rechtswissenschaftlichen Diskussion vgl. u.a. Bruckenberger 1994; Depenheuer 1986; Quaas 1996, 1997; Tuschen/Quaas 1998.

runssystem auszuberechnen, ist weitaus schwieriger und mit erheblich höherem Aufwand verbunden, als Gesundheitspolitiker des Bundes und die GKV-Spitzenverbände trotz der zahlreichen gescheiterten Versuche des Bundes offenbar immer noch annehmen (zu den gescheiterten Reformversuchen vgl. Simon 2000a).

Bleiben die Länder bei ihrer bisherigen politischen Linie und verteidigen ihre Letztentscheidungskompetenz in der Krankenhausplanung und den Primat der Krankenhausplanung gegenüber der Krankenhausfinanzierung, wird daraus vermutlich resultieren, daß in das neue Fallpauschalensystem ein umfangreiches System von Zuschlägen zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung eingebaut werden muß, wenn die neue Krankenhaus-Entgeltverordnung die erforderliche Zustimmung des Bundesrates erhalten soll. Und die braucht die Bundesregierung, soll die geplante Reform nicht letztlich doch am Veto des Bundesrates scheitern.

Man darf auf die Verhandlungen zwischen BMG und Bundesrat gespannt sein, wenn die zuständigen Fachbeamten der Länderessorts ihre Forderungen formulieren und vermutlich auch diesmal wieder gute Aussichten haben, sich in entscheidenden Punkten durchzusetzen. Es könnte durchaus der Fall eintreten, daß der zuständige leitende Beamte im BMG nach Abschluß der anstehenden Verhandlungen – wie bei der BPfIV 1995 – erneut feststellen muß: “Von den ersten Diskussionsentwürfen bis zur verabschiedeten Verordnung war ein steiniger Weg zu gehen. Auch wir im Bundesministerium für Gesundheit haben uns an der einen oder anderen Stelle des Weges Blasen geholt, die zur Umkehr zwangen” (Baum 1994: 341).

Es bleibt also festzuhalten: das neue Fallpauschalensystem darf nicht zu größeren Verwerfungen in der flächendeckenden Versorgung führen, soll es nicht das in § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz festgeschriebene vorrangige Ziel staatlicher Krankenhauspolitik, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen, gefährden. Krankenhäuser, die bedarfsgerecht sind, müssen ausreichend wirtschaftlich gesichert werden, d.h. ihre tatsächlichen Selbstkosten müssen zumindest mittelfristig gedeckt werden. Welche Krankenhäuser und welche Betten in welchen Fachdisziplinen »bedarfsgerecht« sind, entscheidet bislang der Krankenhausplan, der von den zuständigen Behörden gemäß der gesetzlichen und verwaltungsgerichtlichen Vorgaben zu erstellen ist.

Da Fallpauschalensysteme nicht in der Lage sind, die “Bedarfsgerechtigkeit” von Behandlungen zu erkennen, kann auch kein Fallpauschalensystem die nach KHG zwingend vorgegebene Krankenhausplanung überflüssig machen oder ersetzen. Auch ein DRG-basiertes Vergütungssystem ist zunächst einmal nicht mehr als (a) ein System zur Klassifikation der aktuell in den Krankenhäusern versorgten Patienten und (b) eine monetäre Bewertung des einzelnen stationären Behandlungsfalls. Weder an dem einen noch an dem anderen kann abgelesen werden, ob alle Krankenhausbehandlungen bedarfsgerecht und medizinisch notwendig waren, wie sich der Versorgungsbedarf in den verschiedenen Fachdisziplinen und Regionen zukünftig entwickeln wird und welchen Krankenhäuser und Fachabteilungen in welchen Versorgungsregionen aufgrund ihrer sachlichen und personellen Ausstattung zur Bedarfsdeckung geeignet sind.

Das aber sind die entscheidenden Fragen für eine verantwortungsvolle politische Steuerung der stationären Versorgung, wie sie letztlich aus dem Sozialstaatsgebot abzuleiten sind, und diese Entscheidungskriterien werden nicht von ungefähr seit Jahrzehnten von der Rechtsprechung immer wieder sowohl den Länderbehörden als auch den Krankenkassen in Erinnerung gerufen.¹² Daraus wiederum ergibt sich: auch ein administriertes ‚Preissystem‘ muß so konstruiert sein, daß es zur Erfüllung der krankenhausplanerischen Ziele beiträgt und das heißt letztlich: die Preise haben sich nach den Zielvorgaben der Krankenhausplanung zu richten und nicht die Krankenhausplanung die Auswirkungen eines Preissystems lediglich nachvollziehend zu dokumentieren.

Dieser Zusammenhang bildet auch den Hintergrund dafür, daß bereits im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die Schaffung eines Systems von Zu- und Abschlägen auf die Fallpauschalen vorgesehen ist, mit denen versucht werden soll, die Gefahren für eine bedarfsgerechte Versorgung, die von einem reinen Preissystem ausgehen würden, einzudämmen. Das Gesetz sieht Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung, die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung bei nicht kostendeckend zu erbringenden geringen Leistungszahlen und die Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungvergütungen vor. Orientiert man sich an den US-amerikanischen HCFA-DRGs, könnten auch Zuschläge für Hochschulkliniken und Lehrkrankenhäuser oder eine isolierte regionale Lage in Betracht kommen (so Lauterbach/Lüngen 2000).

Allein die Tatsache, daß ein vollständiges Fallpauschalensystem nicht ohne ein umfangreiches und differenziertes Zuschlagsystem auskommt, ist im Grunde bereits das Eingeständnis, daß über Fallpauschalen eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung nicht gewährleistet, sondern nur gefährdet werden kann. Um die Gefahren halbwegs beherrschbar zu halten, sind umfangreiche Sicherungssysteme notwendig, die nicht nur weiteren bürokratischen Aufwand erfordern, sondern auch erhebliche Kosten verursachen.

Bereits angesprochen wurde der erhebliche Aufwand für eine im Grunde notwendige umfangreiche Untersuchung zur Ermittlung der gegenwärtigen fallbezogenen Ist-Kosten, die in regelmäßigen Intervallen wiederholt werden müßte, um aktualisierte Kostendaten zu erhalten und die Auswirkungen medizinisch-technischer Entwicklungen zu erfassen (z.B. neue OP-Techniken, neue diagnostische Verfahren etc.). Es müssen institutionelle Strukturen für die Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems auf der Ebene der Spitzenverbände geschaffen und eigens zu diesem Zweck neue Institutionen aufgebaut und mit sachlichen sowie personellen Mitteln ausgestattet werden. Es muß ein gut funktionierendes und flächendeckend erfassendes neues System der Qualitätssicherung entwickelt und angewendet werden, einschließlich fortlaufender umfangreicher Datenerhebungen und -auswertungen.

Folgt man den US-amerikanischen Erfahrungen, so müßte auch ein Überwachungssystem zur Kontrolle der Codierqualität¹³ geschaffen und finanziert werden. Würde hierfür der gleiche

¹² Zur ständigen Rechtsprechung in diesen Fragen vgl. u.a. BVerwGE 62; 72; zur neueren Rechtsprechung vgl. Bruckenberger/Runge 1999; Quaas 1996; 1997; Theissen-Langer 1999; Wagener/Meister 1999.

¹³ Mit „Codieren“ wird üblicherweise die Zuordnung eines Patienten zu einer vorgegebenen Fallgruppe bezeichnet.

Betrag je Patient und Jahr aufgewendet wie für das amerikanische Modell der Peer Review Organizations im Medicare-Bereich, müßte – eine Schätzung von Lauterbach/Lüngen (2000: 173) zugrunde gelegt – allein für die stichprobenartige Überprüfung der Richtigkeit der Patienteneinstufungen mit Kosten von mehr als 800 Mio. DM pro Jahr gerechnet werden.¹⁴ Weitere erhebliche, derzeit aber wohl kaum abzuschätzende Kosten wird die Umstellung des betrieblichen Rechnungswesens der Krankenhäuser von der derzeitigen Systematik der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach BPflV 1995 auf DRGs verursachen (Arbeitszeit, Hardware, Software etc.). Sollte die Entscheidung zugunsten des AP-DRG-Systems fallen, kämen noch zusätzlich Lizenzgebühren für die Firma 3M hinzu.

Für die Finanzierung der Einführung, laufenden Pflege und Weiterentwicklung eines DRG-Systems müßte mit Kosten in Höhe von mehreren Milliarden DM gerechnet werden. Würden hierfür keine zusätzlichen Mittel bereit gestellt, was unter dem Primat der Beitragssatzstabilität zu erwarten ist, müßten die zusätzlichen Aufwendungen aus den GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung und den einzelnen Krankenhausbudgets finanziert werden. Die Einführung eines DRG-Systems würde dadurch unmittelbar zu einer Reduzierung der für die Patientenversorgung zur Verfügung stehenden Mittel führen.

2.2 *DRGs und die Abteilungsstrukturen der Krankenhäuser*

Auch wenn größere Verwerfungen in der flächendeckenden Versorgung eher unwahrscheinlich sein dürften, auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses und der einzelfallbezogenen Versorgung besitzt das geplante Vergütungssystem aber dennoch das Potential, bedeutende Veränderungen auszulösen. Auf zwei Hauptimpulse soll im folgenden eingegangen werden: zum einen die zu erwartenden Verschiebungen zwischen Abteilungsbudgets und zum anderen die sich aus ökonomischer Sicht aufdrängende stärkere Betrachtung des einzelnen Patienten unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten.

Nach den bisher veröffentlichten Plänen des BMG sollen bis zum 31.12.2001 die Bewertungsrelationen vorliegen, und ab dem 1.1.2003 soll das neue Entgeltsystem flächendeckend in den Budgetverhandlungen angewendet werden. Das zwischen diesen beiden Terminen liegende Jahr 2002 soll zur Erprobung des neuen Fallpauschalensystems in den Krankenhäuser und Vorbereitung auf die ersten Budgetverhandlungen mit dem neuen System dienen (Tuschen 2000: 12). In einem dreijährigen Übergangszeitraum zwischen 2003 und 2005 sollen die Entgelte dann schrittweise von zunächst krankenhausesindividuellen Fallpauschalen zu bundes- bzw. landesweit einheitlichen Preisen werden. Dies könnte in Anlehnung an die Einführung der HCFA-DRGs so geschehen, daß der Anteil der krankenhausesindividuellen Kosten von zunächst 100 % in Jahresschritten auf Null reduziert wird. Ab dem 1.1.2006 gäbe es nur noch für alle Krankenhäuser einer Region einheitliche Fallpauschalen. Das jeweilige Krankenhausbudget ergäbe sich dann – vereinfacht dargestellt – aus der Multiplikation aller mit den Kas-

¹⁴ Lauterbach/Lüngen (2000) kommen bei der Umrechnung der US-amerikanischen Kosten des Jahres 1986 auf einen nicht inflationsbereinigten Betrag von ca. 625 Mio. DM. Legt man eine jährliche Preissteigerungsrate von 2 % zugrunde, würde der Betrag mittlerweile bei ca. 800 Mio. DM liegen.

sen vereinbarten Fälle mit den dazugehörigen Fallpauschalen. In den Budgetvereinbarungen wären im Grunde nur noch Fallzahlen für die einzelnen Fallgruppen und die bereits erwähnten Zu- und Abschläge zu vereinbaren.

Die Veränderungsdynamik im einzelnen Krankenhaus setzt spätestens mit der ersten internen Anwendung der DRGs und ihnen zugeordneter Bewertungsrelationen ein. Es steht zu erwarten, daß die Anwendung der DRGs zu Verschiebungen zwischen den Abteilungsbudgets führen wird. Entsprechende Erfahrungen werden aus Krankenhäusern berichtet, die in den letzten Jahren und Monaten DRGs oder AP-DRGs in Modellprojekten für interne Zwecke anwendeten (Dänzer/Pfaff 1999; Ramme/Vetter 2000).

Entsprechend der sich abzeichnenden Übergangsregelung müßten sowohl im Jahr 2002 als auch 2003 zunächst nur krankenhausesindividuelle Bewertungsrelationen bei der Anwendung der DRGs zugrunde gelegt werden. Diese Bewertungsrelationen würden sich ergeben aus der Division des jeweiligen Krankenhausbudgets durch die Gesamtzahl der Punkte aller Fälle. Resultat wäre ein krankenhausesindividueller Punktwert, der für interne Zwecke der Verteilung des Krankenhausbudgets auf die verschiedenen Abteilungsbudgets verwendet werden kann und soll.

Und genau hierdurch kann die Umstellung auf DRGs die internen Strukturen der Krankenhäuser in Bewegung bringen. Es wird interne ‚Gewinner‘ und ‚Verlierer‘ der Umstellung geben. Einige Fachabteilungen werden durch die Anwendung der DRGs höhere Erlöse erzielen, als sie bisher als Abteilungsbudget erhalten, in anderen Abteilungen wird die Umstellung auf DRGs zu einem geringeren Abteilungsbudget führen. Wenn die Abteilungsbudgets mit den jeweiligen Kosten der Abteilung deckungsgleich sind, ist ein höheres DRG-Budget mit Überschüssen und ein niedrigeres DRG-Budget mit Defiziten gleichbedeutend. Sowie die ersten Daten der internen DRG-Anwendung auf dem Tisch liegen, ergibt sich im Grunde sogleich auch die Frage nach Konsequenzen, vor allem natürlich in bezug auf Abteilungen mit niedrigerem DRG-Budget.

Bis Ende 2003 könnten Verteilungskonflikte zwischen Abteilungen unter Umständen durch eine Grundsatzentscheidung des Krankenhausmanagements für die Weiterführung der bisherigen Abteilungsbudgets versucht werden zu entschärfen. Mit dem Beginn des schrittweisen Übergangs zu landesweit einheitlichen Pauschalen – nach neueren Äußerungen aus dem BMG also voraussichtlich zum 1.1.2004 – wird der Handlungsdruck jedoch mit jedem Jahr stärker. Dieser Druck wird in dem Maße steigen, je mehr DRG-Abteilungsbudgets unter die bisherigen Budgets absinken, weil das Krankenhaus unter Umständen in der Mehrzahl seiner Abteilungen oder sogar insgesamt mit seinen Fallkosten über dem Durchschnitt aller Krankenhäuser liegt. Reichen die Überschüsse anderer Abteilungen nicht zur Deckung der auftretenden Defizite oder ist im Krankenhausmanagement kein Konsens für einen abteilungsübergreifenden Defizitausgleich herstellbar, stünde die Frage an, ob einzelne verlustbringende Fallgruppen – also Patientengruppen – nicht mehr versorgt werden oder sogar ganze Abteilungen geschlossen werden, um nicht die wirtschaftliche Existenz des gesamten Hauses zu gefährden.

Die Schließung einer gesamten Abteilung wäre gleichbedeutend damit, daß alle bisher in dieser Fachabteilung versorgten Patienten in diesem Krankenhaus nicht mehr versorgt würden.

Eine solche Entscheidung würde folglich nicht getroffen, weil kein Bedarf – sprich: Patienten – vorhanden oder die Leistungsqualität des Hauses unzureichend wäre, sondern weil diese Patienten in diesem Krankenhaus nicht kostendeckend behandelt werden können. Ausschlaggebend wären einzig Kosten-Erlös-Gesichtspunkte. Auch an diesem Punkt wird deutlich, daß allein über ein solches System eine bedarfsgerechte Versorgung nicht sichergestellt werden kann.

In dem konstruierten Fall würde, wenn das geplante Fallpauschalensystem den Zielen der Krankenhausplanung unterworfen wäre, was angesichts der bisherigen Krankenhauspolitik der Länder zu erwarten ist, der Krankenhausplan berührt. Die Schließung einer in den Krankenhausplan als bedarfsgerecht aufgenommenen Abteilung oder eines gesamten Krankenhauses aufgrund anhaltender Kostenunterdeckung dürfte daher eher unwahrscheinlich sein. Da die Krankenhauspläne in der Regel bis zur Ebene der Fachabteilungen gegliedert sind, würde ein Plankrankenhaus durch die Schließung einer im Krankenhausplan aufgeführten Fachabteilung seinen sich aus dem Plan ergebenden Versorgungsauftrag nicht erfüllen. Entweder müßte der Plan den Ergebnissen der Anwendung des DRG-Systems angepaßt werden oder – was wahrscheinlicher sein dürfte – die Vergütungen müßten mittels Zuschlägen soweit angehoben werden, daß das Krankenhaus in die Lage versetzt wird, „den Versorgungsauftrag zu erfüllen“ (§ 3 Abs. 1 BPflV 1995). Dieser Grundsatz findet sich im derzeitigen Pflegesatzrecht und er dürfte sich in dieser oder ähnlicher Formulierung mit hoher Wahrscheinlichkeit auch im zukünftigen Finanzierungsrecht wieder finden, wenn – und davon kann wohl ausgegangen werden – die zuständigen Länderressorts ihre bisherige krankenhauspolitische Linie in dieser Frage in den anstehenden Verhandlungen mit dem BMG weiter verfolgen.

Aber auch wenn es sehr unwahrscheinlich ist, daß in nennenswertem Umfang Abteilungen und Krankenhäuser aufgrund der DRGs schließen müssen, allein die Aussicht, dies könnte als Folge der Einführung des neuen Fallpauschalensystems eintreten, dürfte das Handeln und Denken in den Krankenhäusern beeinflussen. Für diese Annahme sprechen insbesondere die Auswirkungen der Budgetdeckelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993. Deren ‚mentale‘ Wirkung war zunächst erheblich stärker als die ökonomische. Die Jahre 1993 bis 1995 erwiesen sich im Rückblick für viele Krankenhäuser nicht zuletzt wegen der zahlreichen Ausnahmeregelungen von der Deckelung eher als ‚goldene Jahre‘, was auch in einem deutlichen Anstieg der Gesamtaufwendungen für Krankenhäuser zu Ausdruck kam.¹⁵ Die handlungsrelevante Situationsdeutung in den Krankenhäusern war dagegen vielfach von dem Eindruck existenzieller Bedrohung beherrscht, u.a. mit der Folge, daß zur Abwendung wirtschaftlicher Risiken ein Teil der Krankenhäuser oder Abteilungen besonders behandlungsaufwendige Patienten abwiesen oder verstärkt weiter verlegten (Simon 1996, 1998).

¹⁵ Die Ausgaben für Krankenhäuser in den alten Bundesländern stiegen nach der Abgrenzung des Statistischen Bundesamtes von 2,7 % des BIP im Jahr 1992 auf 2,9 % im Jahr 1995. Für Deutschland insgesamt stiegen die Aufwendungen von 2,9 % (1992) auf 3,1 % (1995) (StBA, Fachserie 12 Reihe S.2).

Die geplante Umstellung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem wird wegen der beschriebenen potentiellen Gefahren für Krankenhäuser mit Sicherheit erneute Verunsicherung und Befürchtungen hervorrufen und sie wird zu einer weiteren Ökonomisierung im Sinne eines weiteren Vordringens ökonomischer Kalküle in medizinisch-pflegerische Entscheidungsprozesse führen. Dies ist insofern zu erwarten, als von der geplanten Umstellung ein weitaus stärkerer Druck auf die Fachabteilungen ausgehen wird, als ihn bisher die Deckelung der Gesamtbudgets erzeugen konnte. Damit rückt der ökonomische Druck näher an die einzelnen Ärzte und Pflegekräfte heran, für die eine Bedrohung der eigenen Abteilung eng mit einer Bedrohung des eigenen Arbeitsplatzes verknüpft ist. Vor allem aber setzt die Umstellung einen deutlichen Impuls, den einzelnen Patienten stärker als bislang unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten und damit auch als wirtschaftliche Chance oder Gefahr für die Abteilung bzw. das Krankenhaus zu betrachten.

2.3 Risiken für die einzelfallbezogene Versorgung

Unter den beschriebenen Rahmenbedingungen dürften von der Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem vor allem Risiken für die einzelfallbezogene bedarfsgerechte Versorgung ausgehen. Auch unter den Befürwortern einer Umstellung herrscht seit Beginn des Expertendiskurses in der Bundesrepublik weitgehend Konsens, daß Fallpauschalen starke Anreize insbesondere zur Reduzierung der Leistungsqualität, zu vorzeitiger Entlassung und zu einer Patientenselektion unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten setzen (vgl. u.a. Kommission Krankenhausfinanzierung 1987; Neubauer/Unterhuber 1987). Die angesprochenen Anreize ergeben sich daraus, daß bei einem auf Basis von Durchschnittskosten kalkulierten Fallpauschalensystem ein quantitativ und qualitativ überdurchschnittlicher Versorgungsaufwand mit Verlustrisiken und ein unterdurchschnittlicher Aufwand mit – zumindest kurzfristigen – Gewinnchancen verbunden ist.

Im günstigen Fall setzen Fallpauschalen damit einen Anreiz, nicht notwendige Leistungen zu unterlassen und Ablaufprozesse zu verbessern. Von Fallpauschalen kann somit durchaus auch ein Anreiz zur Verbesserung der Struktur- und Prozeßqualität ausgehen, die zu einer verbesserten Ergebnisqualität im Einzelfall führen kann. Allerdings ist ein solcher Anreiz nicht allein Fallpauschalen eigen, sondern kann ebenso der Budgetdeckelung zugeschrieben werden, da in beiden Systemen der entscheidende Impuls für die Suche nach Rationalisierungsmöglichkeiten von der Begrenzung oder Verknappung von Ressourcen ausgeht. Es darf darum wohl durchaus bezweifelt werden, daß die Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem im Jahr 2003 in diesem Punkt mehr leisten kann als zehn Jahre Budgetdeckelung.

Ist jedoch die Bereitschaft zur Erschließung von qualitätsneutralen oder -verbessernden Rationalisierungen nicht vorhanden oder sind solche Potentiale nach über zehn Jahren Budgetdeckelung erschöpft, gehen von einem Fallpauschalensystem starke Anreize zur Qualitätsminderung und Patientenselektion unter Kostengesichtspunkten aus. Dieses Risiko kann versucht werden, durch einen möglichst hohen Differenzierungsgrad des Fallklassifikationssystems zu reduzieren, beseitigt werden kann es letztlich jedoch nicht. Auch in einem sehr diffe-

renzierten Fallgruppensystem bleibt eine Varianz innerhalb jeder Fallgruppe. Wenn der für eine Fallgruppe zu zahlende Preis nur die Durchschnittskosten dieser Gruppe deckt, wird es sowohl Fälle geben, deren Kosten unter der jeweiligen Fallpauschale liegen, als auch solche, deren Kosten darüber liegen.

3. Anforderungen an Fallpauschalensysteme

In jedem Fallpauschalensystem verbleiben Kostenvarianzen innerhalb der Fallgruppen, die jedoch je nach Konstruktion des Fallklassifikationssystems unterschiedlich hoch ausfallen. Der Differenzierungsgrad eines Fallklassifikationssystems ist von entscheidender Bedeutung für die Stärke des vom jeweiligen Fallpauschalensystem ausgehenden Anreizes zur Patientenselektion. Aus diesem Grund ist eine der zentralen Anforderungen an Fallpauschalensysteme, ein möglichst hohes Maß an »Kostenhomogenität« zu gewährleisten: Fallgruppen sollten so gebildet sein, daß bei gleicher Diagnose und Behandlung Kostenunterschiede aus keinem anderen Grund als unwirtschaftlicher Betriebsführung entstehen können. Um dieser Anforderung zu genügen, müßte ein Fallpauschalensystem insbesondere die folgenden Kosteneinflussfaktoren berücksichtigen:

- *Aufnahmediagnose:* Sowohl die Einweisungsdiagnose eines niedergelassenen Arztes als auch die Aufnahmediagnose des aufnehmenden Krankenhausarztes sind zumindest für die erste Phase der Diagnostik und Therapie richtungsweisend. Eine falsche Einweisungsdiagnose kann, wenn sie sowohl Diagnostik als auch Therapie fehlerhaft, zusätzliche Kosten verursachen, die nicht durch Unwirtschaftlichkeit bedingt sind.
- *Entlassungsdiagnose:* Da Patienten nicht selten mit unklarer oder falscher Diagnose in ein Krankenhaus eingewiesen bzw. eingeliefert werden, und die richtige Hauptdiagnose erst im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes gefunden wird, ist es notwendig, dem durch die Berücksichtigung der Hauptdiagnose zum Zeitpunkt der Entlassung Rechnung zu tragen.
- *Erkrankungsschweregrad:* Der Schweregrad einer Erkrankung kann auch bei gleicher Diagnose sehr unterschiedlich ausfallen und damit auch Art und Umfang der erforderlichen Leistungen.
- *Alter des Patienten:* Das Alter des Patienten hat in der Regel sowohl auf den Verlauf einer Erkrankung als auch auf den Umfang diagnostischer Maßnahmen und die Pflegeintensität Einfluß.
- *Pflegebedürftigkeit:* Insbesondere durch einen reduzierten Allgemeinzustand eines Patienten können im Bereich der Pflege zusätzliche Leistungen erforderlich werden, die nicht im Rahmen einer allein an ärztlicher Diagnostik und Therapie orientierten Klassifizierung erkennbar werden.
- *Nebenerkrankungen:* Hat ein Patient neben seiner Hauptdiagnose noch andere Erkrankungen, beispielsweise eine Zuckerkrankheit oder eine Herzinsuffizienz, so verkompliziert sich die Behandlung der Haupterkrankung, was sich auch in den Kosten niederschlägt.

- *Erbrachte Behandlung:* Allein die Diagnose reicht als Kriterium zur Fallgruppendefinition nicht aus, da zum einen an der Diagnose nicht ablesbar ist, ob überhaupt eine Behandlung erfolgte, und zum anderen aus ein und derselben Diagnose durchaus verschiedene Behandlungen abgeleitet werden können. Die durchgeführte Behandlung ist folglich unerlässliches Fallgruppenmerkmal.
- *Qualität der Behandlung:* Auch bei formal gleicher Diagnose und Therapie können die Kosten in Abhängigkeit von der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Versorgung variieren.
- *Komplikationen:* Treten während der Behandlung Komplikationen auf, so kann der Kostenverlauf dadurch massiv beeinflusst werden.
- *Versorgungsauftrag des Krankenhauses:* In Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses fallen unterschiedlich hohe Kosten beispielsweise für die Vorhaltung von Kapazitäten für aufwendigere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder die Notfallversorgung an. Sofern diese Vorhaltekosten nicht gesondert vergütet werden, müßten sie auch über Fallpauschalen verrechnet und somit in die Fallklassifikation aufgenommen werden.
- *Regionale Unterschiede im Preisniveau:* Erwiesenermaßen bestehen zwischen einzelnen Regionen Unterschiede in der Wirtschaftskraft und damit zusammenhängend auch im Niveau der Verbraucherpreise. Diese können über Mieten, Zinsen, Lieferantenpreise etc. die Kostensituation der Krankenhäuser beeinflussen.

Soll ein Fallpauschalensystem als alleiniges Vergütungssystem dienen, müßten alle aufgelisteten Einflußfaktoren bei der Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe abgefragt und der einzelne Patient aufgrund dieser Kriterien einer Fallgruppe zugewiesen werden. Die Bedeutung jedes einzelnen Einflußfaktors für den fallspezifischen Ressourcenverbrauch müßte anhand repräsentativer Daten gemessen und in den abgestuften Bewertungsrelationen zum Ausdruck gebracht werden. Wollte man ein Fallpauschalensystem mit diesem Differenzierungsgrad konstruieren, müßte es eine kaum überschaubare Zahl an Fallgruppen aufweisen. Ein solches Fallpauschalensystem wäre im Krankenhausalltag höchst wahrscheinlich nicht handhabbar, weil zu kompliziert. Damit aber wäre es auch für Abrechnungszwecke nicht geeignet, weil u.a. für fehlerhafte Patientenzuordnungen viel zu anfällig und für Überprüfungszwecke zu unübersichtlich.

»Praktikabilität« im Sinne einer Überschaubarkeit der Anzahl der Fallpauschalen und ihrer Gliederungssystematik ist daher eine weitere zentrale Anforderung an Fallpauschalensysteme. Kostenhomogenität und Praktikabilität stehen jedoch in einem umgekehrt proportionalen Verhältnis zueinander: je größer die Kostenhomogenität, desto geringer die Praktikabilität; je größer die Praktikabilität desto geringer die Kostenhomogenität.

4. Zentraler Mangel der DRGs: geringer Differenzierungsgrad

Für ein Fallpauschalensystem, das im Krankenhausalltag anwendbar sein soll, muß folglich ein Kompromiß zwischen beiden Anforderungen gefunden werden. Und dieser Kompromiß kann im Grunde nicht anders als zu Lasten der Kostenhomogenität ausfallen. Dies zeigt sich auch am Beispiel der Entwicklung der HCFA-DRGs. Vor Entwicklung der ersten DRG-Version wurde in den USA für statistische Zwecke mit einem Fallklassifikationssystem gearbeitet, daß fast 8000 Fallgruppen aufwies, „ohne dabei immer den geforderten Homogenitätskriterien zu genügen“ (Ernst&Whinney/GaWmbH Herdecke 1986: 42). Die Entwicklung der HCFA-DRGs diente vorrangig dem Zweck, ein Klassifikationssystem mit einer handhabbaren Zahl von Fallgruppen zu schaffen (ebd.: 43). Die dadurch bewirkten Einbußen bei der Kostenhomogenität dürften insofern vertretbar gewesen sein, als die DRGs zunächst nicht für Abrechnungszwecke, sondern nur als Instrument der Medicare-Versicherung zur Identifizierung überprüfungswürdiger Fälle dienen sollten. Zwar werden die HCFA-DRGs seit 1983 in den USA als Vergütungssystem eingesetzt, allerdings nur für die Vergütung der Krankenhausbehandlung von Medicare-Patienten, also Versicherten des staatlichen Sicherungssystems für über 65jährige. Da amerikanische Krankenhäuser bis zu 40% ihrer Budgets aus anderen Einnahmequellen als DRGs erwirtschaften (Ossen 2000), gibt es dort somit erhebliche Reserven für Quersubventionierungen und Kostenverschiebungen, die den Anreiz zur Patientenselektion dämpfen.

Eine Mitte der 80er Jahre im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung durchgeführte Studie zur Frage der Übertragbarkeit des DRG-Systems auf die Krankenhausfinanzierung der Bundesrepublik sprach sich eindeutig gegen eine Übernahme aus. Einer der wesentlichen Gründe für die Ablehnung war die infolge unzureichender Berücksichtigung von Kosteneinflussfaktoren auftretende „Inhomogenität der DRGs“ (Ernst&Whinney/GaWmbH Herdecke 1986: 61). Es wurde in diesem Zusammenhang auf „sehr große Kostenspannweiten pro DRG“ (ebd.: 153) hingewiesen. Exemplarische Untersuchungen Mitte der 80er Jahre in einer US-amerikanischen Universitätsklinik ergaben beispielsweise Kostenspannweiten innerhalb einer Fallgruppe von 1.000 bis 205.000 \$ bzw. 5.000 bis 289.000 \$. Selbst eine DRG mit niedriger Kostenspannweite wies immer noch eine Varianz von 400 bis 24.000 \$ auf (ebd.). Da die Zahl der DRGs seit Mitte der 80er Jahre nicht wesentlich erhöht wurde, dürfte auch das mit den HCFA-DRGs erreichbare Maß an Kostenhomogenität nicht wesentlich gestiegen sein.

Es erscheint auch wenig plausibel, daß mit den 641 Fallgruppen des AP-DRG-Systems die notwendige Kostenhomogenität erreicht werden kann. Von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde bereits darauf hingewiesen, daß der Differenzierungsgrad der AP-DRGs zumindest in Teilbereichen niedriger ist, als der des Fallpauschalen- und Sonderentgeltssystems nach BpflV 1995. So fasse das AP-DRG-System den teilweisen oder vollständigen prothetischen Ersatz des Hüft- und Kniegelenks in einer gemeinsamen Fallgruppe zusammen, während die BpflV 1995 dafür allein sechs verschiedene Fallpauschalen vorsehe, deren Bewertungsrelationen zwischen 9.570 und 17.510 Punkten variere (Rochell 1999: 287). Zwar gibt es mittlerweile neuere, ‚verfeinerte‘ DRG-Systeme mit mehr als tausend Fallgrup-

pen, da sie aber bislang noch in keinem Land als Vergütungssystem eingesetzt wurden, dürften sie für eine Übernahme ausscheiden.¹⁶

Die Übernahme eines DRG-Systems mit relativ niedrigem Differenzierungsgrad und unzureichender Kostenhomogenität, wie sie sich derzeit abzeichnet, wird erhebliche Anreize zur Patientenselektion unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten setzen. In erster Linie dürfte von einem solchen Fallpauschalensystem wirtschaftlicher Druck ausgehen, Patienten, deren Behandlungskosten voraussichtlich über den Erlösen aus der abrechenbaren Fallpauschale liegen werden, von der jeweils eigenen Klinik oder Abteilung fern zu halten. Welche Patienten dies sein werden, wird entscheidend vom Zuschnitt der Fallgruppen, dem System von Zuschlägen und vor allem der Zuverlässigkeit der Daten über die tatsächlichen durchschnittlichen fallbezogenen Ist-Kosten abhängen.

Das geplante neue Fallpauschalensystem wird in den Krankenhäusern den Blick weit stärker als bislang auf die Behandlungskosten der einzelnen Patienten richten. Diese Sichtweise wird sich – der Logik des Systems folgend – nicht nur auf die Kosten besonders behandlungsaufwendiger Patienten beschränken, sondern auf alle Patienten angewendet werden. Denn je nach Konstruktion des Fallpauschalensystems können durchaus auch normal oder weniger kostenaufwendige Fälle zu einem wirtschaftlichen Risiko für das einzelne Krankenhaus oder die einzelne Abteilung werden, beispielsweise wenn sich im Einzelfall zwar relativ geringe Verluste durch eine hohe Fallzahl zu einem ernst zu nehmenden Fehlbetrag addieren.

Zu einer neuen Qualität der Beeinflussung ärztlich-pflegerischer Entscheidungen durch ökonomische Kalküle wird sicherlich auch wesentlich beitragen, daß die Aussicht auf die Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems den Druck auf Krankenhäuser erheblich verstärkt, eine patientenbezogene Kosten-Leistungsrechnung (Kostenträgerrechnung) einzuführen. Unter dem bisherigen Mischsystem bestand aufgrund des Erlösabzugs keine Notwendigkeit hierzu, da sowohl Überschüsse wie auch Verluste aus der Versorgung von Fallpauschalenpatienten kalkulatorisch in den Pflegesatzbereich verschoben und dadurch krankenhauserintern ausgeglichen wurden. Überschüsse im Fallpauschalenbereich führten zu einer Senkung der Abteilungspflegesätze, Verluste zu einer Erhöhung. Dieser Ausgleichsmechanismus wird in einem vollständigen Fallpauschalensystem nicht mehr zur Verfügung stehen.

Wird aber eine patientenbezogene Kosten-Leistungsrechnung EDV-gestützt eingeführt, treibt die Logik des Systems dahin, den behandelnden Ärzten über EDV-Systeme zeitnahe Kosten-Erlös-Vergleiche für jeden einzelnen Patienten nicht nur bei Bedarf zur Verfügung zu stellen, sondern täglich bei der Betrachtung der aktuellen Patientendaten auf dem PC-Monitor – buchstäblich – vor Augen zu führen. Die technischen Möglichkeiten hierzu sind bereits seit längerem vorhanden, allerdings war es bislang aufgrund des Finanzierungsrechts noch nicht notwendig, die zu ihrer Nutzung erforderlichen Investitionen vorzunehmen. Es erscheint wenig

¹⁶ Auf Grundlage der HCFA-DRGs bzw. AP-DRGs wurden "Refined DRGs" entwickelt, die als RDRGs 1263 und als APR-DRGs 1530 Fallgruppen unterscheiden (vgl. hierzu u.a. Fischer 1998; Schmitz/Robbers/Roths 2000).

plausibel, daß derartige Entwicklungen sich nicht auf ärztliche Entscheidungen auswirken werden.

5. *Schlußbetrachtung*

Von der angestrebten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem gehen erhebliche Risiken für die bedarfsgerechte stationäre Versorgung aus. Das räumt im Grunde auch die Bundesregierung ein, beispielsweise dadurch, daß sie die Schaffung eines Systems von Zu- und Abschlägen auf Fallpauschalen vorgibt. Es bleibt die Frage, warum diese letztlich unkalkulierbaren Risiken überhaupt eingegangen werden sollen.

Die Hoffnung auf einen durch die Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems erreichbaren stärkeren Bettenabbau ist so lange nicht nachvollziehbar, wie die Grundprinzipien des Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrechts erhalten bleiben. Und diese Grundprinzipien sind im Sozial- und Krankenhausrecht so tief verwurzelt, daß zu ihrer Beseitigung ein sehr breiter sozialpolitischer Konsens erforderlich wäre, der in den letzten zwanzig Jahren nicht herstellbar war und dessen Herstellung sich zur Zeit auch nicht abzeichnet.

Es erscheint auch ausgesprochen zweifelhaft, daß ein DRG-System besser als die Fortführung der sektoralen Budgetierung zur Begrenzung der GKV-Ausgaben geeignet ist. Würde nach Abschluß des Übergangszeitraums und Fixierung bundeseinheitlicher Preise die Mengenentwicklung freigegeben, wie es die immanente Logik von Fallpauschalensystemen im Grunde fordert, wäre dies mit dem Risiko einer unkalkulierbaren Ausgabenentwicklung für die Krankenkassen verbunden.

Wenn aber die Mengenentwicklung nicht freigegeben wird, liefe die Umstellung darauf hinaus, daß – analog zur Vergütung der ambulanten ärztlichen Behandlung – innerhalb einer gedeckelten landesweiten Gesamtvergütung die Punktwerte in Abhängigkeit von der Zahl der erbrachten Einzelleistungen schwanken. Wieviel Geld ein Krankenhaus für die versorgten Fälle tatsächlich erhält, würde es erst nach Abschluß des Budgetzeitraums und Division der landesweiten Gesamtvergütung durch die Gesamtpunktzahl aller Krankenhäuser des Landes erfahren. Da die notwendigen Berechnungen erst nach Ablauf des Budgetzeitraums und Ablieferung der Daten aller Krankenhäuser an eine noch zu schaffende Rechnungsstelle durchgeführt werden können, würde das einzelne Krankenhaus unter Umständen erst sechs Monate nach Ablauf des betreffenden Budgetzeitraums erfahren, wieviel es im vergangenen Jahr tatsächlich eingenommen hat, und könnte beispielsweise auch erst dann seine Jahresabschlußrechnung durchführen und einen Gewinn oder Verlust feststellen. Ohne weiter in Details einzusteigen: ein solches bereits in der ambulanten ärztlichen Versorgung als gescheitert zu betrachtendes System dürfte für den Krankenhausbereich wohl weder rechtstechnisch solide noch verfassungsrechtlich einwandfrei konstruierbar sein.

An welcher Stelle man die Logik des bislang nur in groben Zügen erkennbaren neuen Systems auch analysiert, es verstärkt sich der Eindruck, daß die geplante Umstellung auf ein DRG-System nicht gründlich durchdacht ist. Auch diese Reform scheint sich einzureihen in einen seit Mitte der 90er Jahre in der deutschen Krankenhauspolitik zu beobachtenden Trend, Neuregelungen, die von den Akteuren der inneren Entscheidungszirkel auf Bundesebene in ihren Konsequenzen offenbar nur ansatzweise durchdacht sind, bereits in diesem Stadium in den Gesetzgebungsprozeß einzubringen und – soweit die notwendigen Mehrheiten vorhanden sind – auch ohne Änderungen zu verabschieden.

Wäre der einzige zu befürchtende Schaden nur ein Ansehensverlust der Autoren unausgereifter Reformkonzepte, so wäre dies lediglich im Hinblick auf das Ansehen der Gesundheitspolitik insgesamt ein Problem. Da krankenhauspolitische Experimente aber »am lebenden Objekt« durchgeführt werden, ihre Umsetzung sowohl die Krankenhausbeschäftigten als auch die Krankenhauspatienten betrifft, sind bei der Bewertung dieser Art von Krankenhauspolitik strengere Maßstäbe anzulegen.

Ob die geplante Reform wie vorgesehen überhaupt ‚handwerklich‘ machbar und politisch durchsetzbar ist, dürfte noch keineswegs entschieden sein. Unsicherheit bezüglich der Durchführbarkeit des vorgelegten Konzepts scheinen auch im BMG vorhanden zu sein. Der Leiter der zuständigen Unterabteilung räumte mittlerweile ein, der im Gesetz vorgegebene Zeitplan könne wohl nicht eingehalten werden und man sei bereits dabei, „Spielräume für eine Ausweitung der Einführungsphase“ (Baum 2000: 124) auszuloten.

Literatur

- Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.) (1993): Krankenhaus-Report '93. Schwerpunkt: Fallpauschale, Stuttgart/Jena: Gustav Fischer.
- Baum, Georg 1994 (1994): Das neue Pflegesatzrecht - der eingeschlagene Weg ist unumkehrbar, in: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 8, S. 340-344.
- Baum, Georg (2000): Die Krankenhäuser unter dem Zwang zur Anpassung. Die Gesundheitsreform in der Umsetzung: Auswirkungen für die Krankenhäuser und Ausblick auf die neue BPflV, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 2, S. 118-124.
- Beratergruppe (1983): Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung - erstattet von der beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gebildeten Beratergruppe, Bonn.
- BMA Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1989): Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984, Bonn.
- Breyer, Friedrich (1985): Die Fallpauschale als Vergütung für Krankenhausleistungen. Idee, Formen und vermutete Auswirkungen, in: Zeitschrift für Wirtschaft und Sozialwissenschaften, Jg. 105, Heft 6, S. 743-767.
- Bruckenberger, Ernst (1994): Auswirkungen der BPflV 1995 auf die Krankenhauspolitik der Länder, in: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 4, S. 154-160.
- Bruckenberger, Ernst (1996): Künftige Krankenhausplanung in Deutschland, in: Adam, Dietrich (Hrsg.): Krankenhausmanagement, Wiesbaden: Gabler, S. 133-143.
- Bruckenberger, Ernst/Runge, Heinz Helmut (1999): Tatsächlicher oder erwünschter Bedarf an Krankenhausbetten - Konsequenzen aus dem Urteil des OVG Lüneburg, in: Das Krankenhaus, Jg. 91, Heft 5, S. 276-280.
- Dänzer, Alfred/Pfaff, Uwe (1999): DRG-Klassifikationssystem - Ein Zukunftsmodell? Systembeschreibung, Auswertungen und Handlungsstrategien, in: Das Krankenhaus, Jg. 91, Heft 10, S. 649-653.
- Deppenheuer, Otto (1986): Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen, Berlin: Duncker&Humblot.
- DKI-GmbH/GEBERA/GsbG/IfG (1994a): Definition und Kalkulation von Fallpauschalen für die Einstiegsversion des Kataloges (Stufe I). Bericht zu den Forschungsprojekten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Düsseldorf; Köln; Kiel; Neubiberg.
- Ernst&Whinney/GaWmbH Herdecke (1986): Vorstudie zu diagnosebezogenen Fallpauschalen. Dokumentation, Analyse und Bewertung ausländischer Vorerfahrungen. Gesundheitsforschung Band 143, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Fischer, Wolfram (1998): Vergleich von Patientenklassifikationssystemen für fallorientierte Entgeltsysteme. Ein Blick auf die amerikanischen DRG-Systeme, das österreichische LDF-System und das deutsche FP/SE-System. Kurzgutachten erstellt im Auftrag der

- Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wolfertswil (CH): Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.
- Günster, Christian/Klauber, Jürgen/Schellschmidt, Henner (2000): Zur Implementierung eines AP-DRG basierten Entgeltsystems in Deutschland - Regelungsbedarfe und erste empirische Hinweise für die Gewichtskalkulation, in: Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.): Krankenhausreport '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker, Stuttgart; New York: Schattauer, S. 245-269.
- Isensee, Josef (1990): Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen einer Krankenhausreform, in: Stiftung, Robert Bosch (Hrsg.): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Verfassungsrechtliche Stellungnahmen, Gerlingen: Bleicher Verlag, S. 97-203.
- Krankenhausfinanzierung, 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 (2000): Globalbudget und Beitragssatzstabilität. Kommentar zum »Kernpunkt« einer intendierten Gesundheitsreform 2000, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 32, S. 17-37.
- Laimböck, Max (1998): Die "Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung" (LKF) in Österreich. Darstellung und Bewertung, in: Das Krankenhaus, Jg. 90, Heft 5, S. 261-269.
- Lauterbach, Karl W./Lüngen, Markus (2000): Auswirkungen von DRGs auf die Krankenhausfinanzierung, in: Das Krankenhaus, Jg. 92, Heft 3, S. 168-175.
- Leidl, Reiner (1987): Die fallbezogene Spezifikation des Krankenhausprodukts. Ein methodischer und empirischer Beitrag, Berlin: Springer.
- Lüngen, Markus/Lauterbach, Karl (1999): Welchen Krankenhäusern nützen die Diagnosis-Related Groups?, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 16, Heft 6, S. 506-510.
- Mansky, Thomas (1997): Fallgruppensysteme. Neue Entwicklungstendenzen bei der Bewertung von Krankenhausleistungen, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 14, Heft 3, S. 210-217.
- Mansky, Thomas (1998): Sind DRGs die Alternative zum deutschen Mischsystem?, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 67, Heft 12, S. 916-921.
- Mohr, Friedrich W. (1988): Morbus Neunzehn, in: Das Krankenhaus, Jg. 80, Heft 10, S. 452-456.
- Neubauer, Günter (1993): Auf dem Weg vom Pflegesatz zur Fallpauschale, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 10, Heft 1, S. 38-40.
- Neubauer, Günter (2000): Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausentgeltsystem, in: Das Krankenhaus, Jg. 92, Heft 3, S. 163-167.

- Neubauer, Günther/Unterhuber, Hans (1987): Ökonomische Beurteilung der Preisfindung im DRG-Konzept, in: Das Krankenhaus, Jg. 79, Heft 3, S. 113-118, Heft 4, 155-159.
- Oberender, Peter (1996): Das Krankenhaus: Ein unheilbarer Patient?, in: Giehl, Hermann/Oberender, Peter (Hrsg.): Reformen im Krankenhaus, Bayreuth: P.C.O., S. 15-22.
- Ossen, Peter (2000): Entgeltsystem und Zukunft des deutschen Krankenhauswesens. Weltweit einmaliges Experiment mit ungewissem Ausgang, in: Das Krankenhaus, Jg. 92, Heft 3, S. 159-161.
- Pföhler, Wolfgang (1999): Die Zukunft der DRGs aus Sicht der DKG, in: Das Krankenhaus, Jg. 91, Heft 11, S. 699-703.
- Quaas, Michael (1996): Neues Urteil zur Kündigung von Plankrankenhäusern, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 13, Heft 4, S. 376-378.
- Quaas, Michael (1997): Der Anspruch des Krankenhauses auf Abschluß eines Versorgungsvertrages. Zum Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 29 Mai 1996, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 14, Heft 1, S. 44-47.
- Ramme, Manfred/Vetter, Ulrich (2000): Die Bildung von Abteilungsbudgets auf der Basis von AP-DRGs, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 2, S. 156-158.
- Rau, Ferdinand/Schnürer, M. (2000): DRG-Systeme: Wer die Wahl hat, hat die Qual, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 1, S. 46-50.
- Rochell, Bernhard (1999): Fallgruppierung im deutschen Entgeltsystem. Bedeutung und Perspektiven, in: Das Krankenhaus, Jg. 91, Heft 5, S. 281-290.
- Schmitz, Harald/Robbers, Boris/Roths, Urban (2000): Die DRGs werden den Alltag im Krankenhaus verändern, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 1, S. 51-53.
- Simon, Michael (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, Michael (1998): Krankenhausfinanzierung und Rationierung. Zum Zusammenhang von ökonomischen Anreizen und Rationierung medizinischer Leistungen im Krankenhaus, in: Feuerstein, Günter/Kuhlmann, Ellen (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen, Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 81-96.
- Simon, Michael (2000a): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

- Simon, Michael (2000b): Monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zu einem umstrittenen Reformvorhaben, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 32, , S. 58-81.
- 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 (1992): Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992, Baden-Baden: Nomos.
- Theissen-Langer, Stephanie (1999): Krankenhausplanung im Spiegel der Rechtsprechung, in: Das Krankenhaus, Jg. 91, Heft 11, S. 802-804.
- Tuschen, Karl-Heinz (2000): Das zustimmungsfreie GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000: Verpflichtendes Qualitätsmanagement, integrierte Versorgung und DRG-orientierte Vergütung, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 1, S. 6-11.
- Tuschen, Karl-Heinz/Quaas, Michael (1998): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, Stuttgart: Kohlhammer.
- Wagener, Andreas/Meister, Jörg (1999): Rechtsprechung zur Planung, in: Das Krankenhaus, Jg. 91, Heft 5, S. 319-324.

Arbeitsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch faßbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Arbeitsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig (1999) auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben und Institutionen), Interventionen in die Lebensweise (an den Beispielen Aids und Ernährung) und Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Krankenhaussteuerung und Versorgung von Aids-Patienten).

Die AG Public Health im WZB ist Mitglied im Berliner Zentrum Public Health (BZPH), einer gemeinsamen Einrichtung der Technischen Universität Berlin (TU), der Freien Universität Berlin (FU) und der Humboldt Universität zu Berlin (HU).

E-mail: AG-PUBLIC-HEALTH@medea.wz-berlin.de

Homepage: <http://www.wz.berlin.de/forschung/p/ph/ph.html>

Wissenschaftliche Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. Eva Barlösius
Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Dipl.-Sozw. Susanne Jordan
Priv.-Doz. Dr. Hagen Kühn (Komm. Leiter)
Dr. Uwe Lenhardt

