

# Das Ende der „Gießkannenpolitik“

Johannes Wolff, Uwe Klein-Hitpaß, Dr. David Scheller-Kreinsen

Vier Jahre nach dem formalen Ende der Konvergenzphase werden ernsthafte strukturelle (Umsetzungs-)Probleme des DRG-Systems reklamiert. Entscheidend für die Zukunft des DRG-Systems wird sein, wie es in wirtschaftlichen Krisenzeiten wirkt. Die **regelgebundene Mittelverteilung über den Landesbasisfallwert** muss dafür unbedingt erhalten bleiben. Allerdings bedarf das DRG-System Mechanismen, um Tatbestände zu identifizieren, die eine Preisdifferenzierung legitimieren. Zu diesem Zweck können die gesetzlich angelegten **Zu- und Abschlagstatbestände** genutzt werden.

**D**as Leistungsgeschehen der Krankenhäuser ist mit dem DRG-System umfänglich transparent und vergleichbar. Nur dank dieser „Produktdefinition“ und der Erhebung der entsprechenden Aufwände via DRG ist es überhaupt möglich, nahezu alle Krankenhaus-

leistungen über einen einheitlichen Landespreis zu vergüten. Dieser Landesbasisfallwert behandelt alle Krankenhäuser gleich und ist im Zusammenspiel mit dem DRG-Bewertungsmaßstab leistungsgerecht. Das DRG-System definiert damit einen Rahmen, der es ermöglicht, die Vergütung von Krankenhausleistungen prospektiv zu definieren und so die Kostenverantwortung dort zu verankern, wo sie ordnungs-

politisch hingehört: auf die Seite der Leistungserbringer. Zielstellung des Systems ist es, Regeln zu definieren, die finanzielle Mittel so verteilen, dass Leistungserbringer den Anreiz haben, unter Berücksichtigung von wirtschaftlichen Aspekten

Patienten optimal zu versorgen. Nach dem Ende der Konvergenzphase sollte das DRG-System die volle Preiswirkung erzielen haben. Die Leistungserbringerseite hat es jedoch immer wieder erfolgreich geschafft, der Politik den Eindruck zu vermitteln, die unwirtschaftlichsten Krankenhäuser müssten der Maßstab für das Preisniveau des DRG-Systems insgesamt sein. Als Konsequenz lässt sich die Politik regelmäßig zu diskretionären Interventionen verleiten, die jedoch schnell hinsichtlich ihrer originären Zielstellung verpuffen und stattdessen in eine Vielzahl von Fehlanreizen münden.



Foto: Fotolia

Hintergrund ist, dass der DRG-Bewertungsmaßstab lediglich eine notwendige, aber nicht auch hinreichende Bedingung für eine leistungsgerechte Verteilung der Mittel darstellt. Jedoch stehen für die notwendigen flankierenden Maßnahmen in der bestehenden gesetzlichen Systematik sinnvolle Instrumente zur Verfügung. Für nicht direkt über Relativgewichte finanzierbare Tatbestände sind die Zu- und Abschläge des § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) anzuwenden. Diese und der gleichzeitige Verzicht auf diskretionäre Eingriffe lassen das DRG-System in Kombination mit den Landesbasisfallwertverhandlungen seine volle Preiswirkung entfalten. Auf diese Weise lassen sich die drei großen Zielbereiche des DRG-Systems – Transparenz, Strukturreform und Ausgabensteuerung – erreichen.

### Der Preis als zentrale Steuerungsgröße

Im Grundsatz erfolgt die Leistungssteuerung über den Preis, was nicht zuletzt die Existenz einer Preisentwicklungsobergrenze (Grundlohnrate oder Veränderungswert) belegt. Die zentrale Stellschraube ist der Landesbasisfallwert, der zwei wesentliche Wirkbeziehungen hat: Zum einen wirkt er direkt über seine Höhe auf den Umfang der stationären Leistungsmengen. Steigt der Preis, wird mehr Leistungsmenge erbracht, sinkt der Preis, wird weniger Leistungsmenge erbracht. Zum anderen wirkt der Preis über die Höhe und den daraus abgeleiteten Wettbewerbsdruck auf die Strukturen, mithin die stationär vorgehaltenen Kapazitäten und Standorte. Leistungsmengen und Preis sind wiederum die entscheidenden Parameter für die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Krankenhausplanung – oftmals nur noch als grobe Rahmenplanung existent – hat ihre Hauptfunktion fast vollständig verloren. Nichtsdestoweniger kann sie enormen Schaden anrichten und die stationären Versorgungsstrukturen massiv (negativ) beeinflussen. Denn aufgrund der fehlenden finanziellen Verantwortung der Länder für die Folgen ihrer Krankenhausplanung werden unnötige Kapazitäten konser-

viert und unter dem Aspekt der Wirtschaftsförderung sogar noch zusätzlich geschaffen. Vielfach überschatten und vermeiden insbesondere wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische Erwägungen versorgungspolitisch sinnvolle Lösungen. Viele der derzeit von der Krankenkassenseite in die politische Diskussion eingebrachten Vorschläge sollen dieses strukturelle Defizit korrigieren und stellen damit klassische Bypasslösungen zur bisherigen Krankenhausplanung dar. Direktvertragsmodelle sollen beispielsweise primär dazu dienen, schlechte Qualität und mithin unerwünschte Kapazitäten vom Markt auszuschließen. Das Modell des Handels mit Abrechnungslizenzen soll es primär erleichtern, (defizitäre) Krankenhausüberkapazitäten durch den Verkauf von Leistungsmengenrechten zwischen Krankenhäusern aufzulösen.

Ohne funktionierende Krankenhausplanung ist der Landesbasisfallwert als zentraler Parameter die einzige verbliebene Steuerungsgröße für Leistungsmengen, Strukturen und Ausgaben. Daher liegen sowohl das Mengen- als auch das Ausgabenproblem ursächlich im falschen (zu hohen) Preisniveau des DRG-Systems begründet. Sie sind letztlich Konsequenzen des gegenwärtigen Preisniveaus.

### Umsetzungsdefizite des DRG-Systems

Warum wurde das DRG-Preissystem in der Vergangenheit nicht konsequent zur Zielerreichung angewendet? Warum wurden lediglich die Transparenzziele über den DRG-Bewertungsmaßstab erreicht, nicht aber Strukturreformen und Ausgabenbegrenzung? Es existieren zwei zentrale Umsetzungsdefizite der bestehenden Regelungen:

- ☛ Umsetzungsdefizit der Politik bezüglich der Preiswirkung
- ☛ Umsetzungsdefizit der Selbstverwaltung bezüglich der Definition von Zu- und Abschlägen.

#### Umsetzungsdefizit der Politik

Aufgrund der regelgebundenen, leistungsorientierten Mittelverteilung im DRG-System kann die Politik nicht

mehr zielgenau Mittel in das System an spezielle Gruppen geben. Positiv formuliert: Das System ist so angelegt, dass die Vergabe von Mitteln nach ad-hoc-definierten sachfremden Kriterien in größerem Stil deutlich schwieriger geworden ist, da der Landesbasisfallwert in Kombination mit dem DRG-Katalog die Mittel immer ausschließlich nach dem Kriterium der Leistungsgerechtigkeit verteilt. So ist es der Politik beispielsweise nicht möglich, gezielt die defizitären Krankenhäuser (derzeit rund 30 Prozent) mit Finanzmitteln zu erreichen. Dies hat zu der paradoxen Situation geführt, dass sich die diskretionär gezahlten Tarifierhöhungsraten seit einigen Jahren häufen und dennoch vonseiten der Krankenhäuser immer wieder unmittelbar anschließend neue Forderungen nach weiteren Tarifierhöhungsraten kommen. Zu rund 70 Prozent erreicht dieses Geld Krankenhäuser, die bereits Gewinne machen oder ein ausgeglichenes Ergebnis erwirtschaften. Verschärfend wirkt, dass nicht alle Krankenhäuser versorgungspolitisch notwendig sind. Flächendeckende Preiserhöhungen lassen sich daher noch weniger rechtfertigen. Diese Politik nach dem Gießkannenprinzip ist ein teurer und nicht erfolversprechender Weg der Problemlösung.

Im Ergebnis ist der bundesweite Durchschnittspreis für stationäre Leistungen, (nahezu ausschließlich) durch politische Eingriffe motiviert, auf einem zu hohen Niveau angelangt (Abb.).

Positiv wirkt sich das primär auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser aus. Enorme zusätzliche jährliche Ausgaben seit Freigabe der Mengen (zusätzlich rund eine Milliarde Euro pro Jahr) für bisweilen auch medizinisch fragwürdige Leistungen sind die Kehrseite dieser Entwicklung. Die Politik hat nicht das Durchhaltevermögen bewiesen oder nicht die Notwendigkeit gesehen, das preisgesteuerte DRG-System auf Leistungsmengen und insbesondere Strukturen wirken zu lassen. Effizienzreserven wurden nicht ausreichend gehoben. Möglicherweise ist dies auch der ausgesprochen guten gesamtwirtschaftlichen Lage Deutschlands zuzuschreiben. Dies be-

deutet aber auch, dass sich die Politik derzeit aus Angst, Strukturen zu reformieren, ein Mengen- und Ausgabenproblem leistet.

### Umsetzungsdefizit der Selbstverwaltung

Neben der leistungsgerechten Verteilung der Mittel über den Landesbasisfallwert existieren im DRG-System Zu- und Abschlagstatbestände sowie Prüfaufträge derselben, die krankenhausspezifisch Mittel zuweisen, die sich nicht über die Leistung des Krankenhauses bestimmen lassen (unter anderem Ausbildungsfinanzierung, Zuschlag für Begleitpersonen, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte, Abschlag für Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, Prüfauftrag Extremkostenpatienten, Prüfauftrag ärztliche Weiterbildung). Diese Mittel sollten nach der gesetzlichen Logik zwischen den Krankenhäusern umverteilt und gezielt den betroffenen Häusern zugewiesen werden. Implizit werden somit Tatbestände definiert, nach denen entweder eine Preisdifferenzierung vorgenommen wird oder die Kostenverantwortung zumindest teilweise vom Leistungserbringer auf den Kostenträger übergeht. Eine Preisdifferenzierung oder eine (anteilige) Kostenverantwortung des Kostenträgers kann unter anderem dann ordnungspolitisch

angezeigt sein, wenn das Kostenniveau einzelner Leistungserbringer aufgrund exogener Vorgaben, quasi unverschuldet, systematisch beeinflusst wird. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene ist beauftragt, entsprechende Zu- und Abschläge zu konkretisieren. Bis auf den Zuschlag für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson ist dies aber nicht gelungen. Der Gesetzgeber hat oftmals alternative Festlegungen als Ersatz für die fehlenden Vereinbarungen getroffen. Vielfach ist die Situation allerdings hochgradig unbefriedigend. Zentren und Schwerpunkte sind derzeit eher weitverbreitete Türschildzuschläge, für Sicherstellungszuschläge fehlen klare und einheitliche Kriterien, Abschläge aufgrund der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung werden nur selten erhoben. Die Selbstverwaltung hat hier ihre Regelungskompetenz, insbesondere aufgrund divergierender Interessen aufseiten der Leistungserbringer, nicht wahrgenommen.

### Die Lösung des Mengenproblems

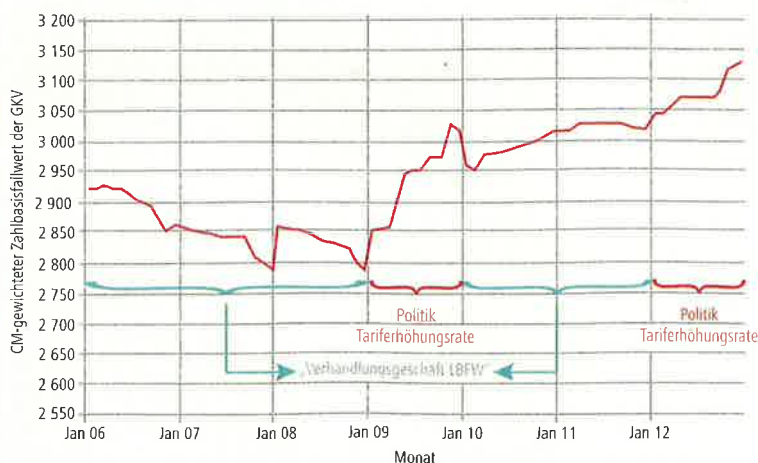
Durchschnittlich stieg der Casemix seit Einführung des DRG-Systems um rund drei Prozent jährlich. Die DRG-Begleitforschung sowie diverse andere Studien bestätigen, dass lediglich ein Drittel der jährlichen Leistungs-

steigerung auf die Alters- und Morbiditätsentwicklung zurückzuführen ist.

Auch der Gesetzgeber sieht inzwischen Handlungsbedarf bezüglich der Mengenentwicklung im stationären Bereich. Im Rahmen des Psychiatrie-Entgeltgesetzes (PsychEntgG) erhalten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene den Auftrag, einen gemeinsamen Forschungsauftrag mit dem Ziel zu vergeben, insbesondere die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten und deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung sowie die finanziellen Auswirkungen zu bewerten (Neufassung § 17 b Absatz 9 KHG).

Strukturproblem, Mengenproblem und Ausgabenproblem sind Konsequenzen der Umsetzungsdefizite hinsichtlich der Preiswirkung (Höhe des Landesbasisfallwerts) und der Preisdifferenzierung (Zu- und Abschläge). Der Preisfindungsprozess über den Landesbasisfallwert ist eine vorsichtig austarierte Balance zwischen den Argumenten der Krankenhäuser (Kostentwicklung) und den Argumenten der Krankenkassen (Wirtschaftlichkeitsreserven, Kostendegressionsargument). Besonders hart gehen die Leistungserbringer derzeit das Kostendegressionsargument auf der Landesebene an. Dieser notwendige Mechanismus beinhaltet die degressive Berücksichtigung der Zunahme von Leistungsmengen im Landesbasisfallwert, die sich aus sinkenden Stückkosten bei Leistungsausweitung ergibt. Dies verhindert, dass Fixkostenanteile doppelt vergütet werden. Darüber hinaus stellt dieser Mechanismus die einzige relevante Möglichkeit dar, dass der Versicherte am Produktivitätsfortschritt der Krankenhäuser teilhaben kann. Problematisch ist dies nur dann, wenn ein Krankenhaus, beispielsweise aufgrund der Bevölkerungsstruktur und -dichte, nicht wirtschaftlich betrieben werden kann, der entsprechende Standort zur Absicherung der Versorgung aber erforderlich ist. Leistungsgerechtigkeit und wirtschaftliche Betriebsführung allein reichen mithin nicht aus. Zu diesem Zweck können Sicherstellungszuschläge herangezogen

Preis: Zahlbasisfallwert (z-bax) 2006 bis 2012



Quelle: WIDO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbax.html>, eigene Darstellung

gen werden. Versorgungspolitisch notwendige, alleinstehende, in ihrem Bestand gefährdete Krankenhäuser erhalten via Zuschlag einen „gestützten“ Preis. Um einen Missbrauch des Sicherstellungszuschlags auszuschließen, beispielsweise flächendeckend Ineffizienzen zu fördern und Defizite auszugleichen, ist dieses Instrument aber sehr dosiert anzuwenden. Es bedarf klarer Kriterien als Zugangsvoraussetzung für die Vereinbarung des Zuschlags auf der Hausebene. Der Begriff der versorgungspolitischen Notwendigkeit eines Krankenhauses als Ganzes ist bundesweit einheitlich zu definieren. Es muss klargestellt werden, dass es insbesondere in Ballungsräumen keine Sicherstellungszuschläge geben darf. Hier soll der Wettbewerb über den Preis ja gerade auf die Krankenhäuser insgesamt wirken, um existierende Überkapazitäten abzubauen. Auch Sicherstellungszuschläge auf der Abteilungsebene müssen um jeden Preis vermieden werden. Nicht jede Abteilung eines Krankenhauses muss profitabel sein. Entscheidend ist hingegen, ob der Bestand des Krankenhauses gefährdet ist; hier bedarf es dringend einer gesetzlichen Änderung.

Ergänzend zu berücksichtigen ist, dass ein wesentlicher Grund für die finanzielle Schieflage der Krankenhäuser die mangelnde Investitionskostenfinanzierung der Länder darstellt. Vor diesem Hintergrund erscheint es fair, dass die Länder sich auch an der Lösung der von ihnen mitverantworteten Probleme beteiligen. Das heißt: Die Länder sind mindestens zur Kofinanzierung von Sicherstellungszuschlägen heranzuziehen. Werden Sicherstellungszuschläge vergeben, ist ferner mit großer Sorgfalt zu gewährleisten, dass diese Mittel sachgerecht verwendet werden. Denn mit einem Sicherstellungszuschlag werden Krankenhäuser ein Stück weit aus ihrer Kostenverantwortung entlassen. Die Verwendung von Sicherstellungszuschlägen sollte daher von einer „Troika“ – bestehend aus Landeskrankenhausesgesellschaft, den Krankenkassen sowie den kofinanzierenden Ländern – in regelmäßigen Abständen überwacht werden.

Insgesamt muss die Balance zwischen kollektiver Preissteuerung über den Landesbasisfallwert und individuellen, nicht leistungsbezogenen Zu- und Abschlagstatbeständen austariert werden. Ein Sicherstellungszuschlag kann dazu einen Beitrag leisten, wenn es gelingt, anhand messbarer und noch zu definierender Kriterien gezielt die versorgungspolitisch notwendigen Krankenhäuser, die unverschuldet aufgrund exogener Faktoren ein dauerhaft höheres Kostenniveau aufweisen, von den Krankenhäusern, die ineffizient arbeiten oder deren Standorte verzichtbar sind, zu trennen. Werden Krankenhäuser aufgrund schlechter Qualität von Patienten gemieden, sollen sie den daraus resultierenden wirtschaftlichen Druck, bis hin zur Insolvenz, weiterhin spüren.

### Preissteuerung des DRG-Systems nicht infrage stellen

Bis auf Weiteres sollte der Mehrleistungsabschlag erhalten bleiben, um das Mengenproblem bis zur Veränderung der Krankenhausstrukturen über den Landesbasisfallwert weiter erfolgreich über den krankenhausspezifischen Preis zielgenau zu adressieren. Die Gelegenheit zur Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen bietet sich beispielsweise im Zuge der Veröffentlichung der gemäß § 10 Absatz 13 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung über die Ursachen der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte. Zeigt sich, dass die Kostenunterschiede zwischen den Bundesländern weitgehend unbegründet sind und lediglich historisch erklärt werden können, so sollte zur Vermeidung weiterer Überfinanzierungen das Preisniveau insgesamt auf ein Durchschnittsniveau der Länder mit den kosteneffizientesten Landesbasisfallwerten gesenkt werden. Die konsequente Anwendung von Zu- und Abschlägen schützt den dann einsetzenden Strukturwandel vor ungewollten Verwerfungen im Hinblick auf die Versorgungssicherheit.

In keinem Fall sollte vorschnell die zentrale Preissteuerung des DRG-Sys-

tems auf der Landesebene und damit die Leistungsgerechtigkeit infrage gestellt werden, wie dies die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) tut. Sollen künftig wieder historische Leistungsmengenentwicklungen und Verhandlungsgeschick die Höhe der einzelnen Krankenhausbudgets grosso modo bestimmen? Nicht nur die direkten Kosten eines solchen Wechsels zurück auf die Einzelhausebene wären teuer, es wären die Folgekosten von Intransparenz und Ineffizienz.

Die Preissteuerung über das DRG-System muss erhalten werden, um das deutsche Gesundheitswesen in der stationären Versorgung krisenfest zu halten. Denn über die absolute Höhe der im Gesundheitswesen aufgewendeten Mittel entscheidet die Selbstverwaltung ohnehin nur mittelbar. Wichtiger ist hingegen die Auseinandersetzung mit der Frage, wie die Mittel verteilt werden. Hier punktet das DRG-System mit Transparenz, Leistungsorientierung und einem wettbewerblichen Ordnungsrahmen. Das eigentliche Potenzial des DRG-Systems liegt daher in seiner Anwendung in der Krise und ist bislang noch nicht einmal ansatzweise zum Tragen gekommen.

#### Anschrift der Verfasser:

Johannes Wolff  
 Uwe Klein-Hitpaß  
 Dr. David Scheller-Kreinsen  
 Referat Krankenhausvergütung  
 Abteilung Krankenhäuser  
 GKV-Spitzenverband  
 Mittelstraße 51  
 10117 Berlin  
 E-Mail: Johannes.Wolff@gkv-spitzenverband.de



Dieser Beitrag basiert auf  
 einem Vortrag im Rahmen des  
 12. Nationalen DRG-Forums.