

DRG-Fallpauschalen als Kern einer Reform der Krankenhausentgelte

Ein Vorschlag zur Strukturreform im Krankenhausbereich

In der Regierungskoalition werden langsam die Konturen der nächsten Reformaktivitäten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sichtbar. Ob der Krankenhausbereich, traditionell als zentraler Problembereich bezeichnet, wirklich zum Herzstück der Reform wird, ist allerdings noch unklar. Folgt man den Eckpunkten von Gesundheitsministerium und den Koalitionsfraktionen, dann stehen eine Überwälzung der Pauschalfördermittel von den Bundesländern auf die Krankenkassen und ein – nicht näher definierter – Übergang zu einem „pauschalierten Preissystem“ an. Der nachfolgende Artikel zeigt, daß eine Überwälzung der Pauschalfördermittel von den Bundesländern auf die Krankenkassen keines der Probleme der dualen Finanzierung löst. Vielmehr sollte die Neuordnung der Entgelte in Form eines kompletten Fallpauschalsystems zum Kernpunkt der Reform werden.

■ Wulf-Dietrich Leber

Reformbedarf

Die Eckpunkte der Regierungskoalition beginnen im Krankenhaus mit einer Fundamentalkritik: „Die bestehende duale Finanzierung der Krankenhäuser hat sich nicht bewährt, da sie zwar die Planungsverantwortung bei den Ländern, die finanziellen Folgelasten aber bei den Krankenkassen beläßt. Dies hat zu unwirtschaftlichen Strukturen und Fehlsteuerung geführt.“¹

In der Tat besteht Reformbedarf. Die Ausgabendynamik im stationären Sektor ist nach wie vor ungebremst: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für stationäre Leistungen sind trotz der zahlreichen Kostendämpfungsgesetze im Zeitraum von 1992 – 1997 um 24,5 % gestiegen und haben sich damit weit über Grundlohn entwickelt.

Eine der wesentlichen Ursachen sind die anhaltenden Überkapazitäten, die zum Teil um das Doppelte über den Werten vergleichbarer westlicher Länder liegen – ohne daß die gesundheitlichen Ergebnisse (z.B. Lebenserwartung) signifikant besser wären.

Die ersten Sofortmaßnahmen der Regierungskoalition, verabschiedet als „Solidaritätsstärkungs-Gesetz“, haben im Krankenhausbereich keinerlei Entlastung gebracht. Im Gegenteil: Die Einziehung des Krankenhaus-Notop-

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter „Stationäre Versorgung, Rehabilitation“ im AOK-Bundesverband. Der Artikel gibt die persönliche Meinung des Verfassers wieder.

fers wurde beseitigt, die Pflegesatzfähigkeit der Instandhaltungskosten blieb aber unverändert. Dadurch entsteht den Krankenkassen in 1998 und 1999 eine Finanzierungslücke von jährlich mehr als 700 Mio DM.

Die Budgetierung der Krankenhausaussgaben für das Jahr 1999 stellt für diese Zusatzbelastung keinen Ausgleich dar, da sie nicht einmal Beitragssatzstabilität garantiert. Mehrere Ausnahmetatbestände wie z.B. BAT-Steigerungen und zusätzliche Krankenhauskapazitäten erlauben Ausgabensteigerung über die Grundlohnsummensteigerung hinaus. Zudem wurde darauf verzichtet, Mehrerlöse aufgrund von Mengenausweitungen auszuschließen.

Auch bei der anstehenden Strukturreform zeichnet sich ab, daß vermeintlich „strukturelle Reformen“ zu erheblichen Belastungen der Krankenkassen werden könnten.

Krankenhausplanung und -finanzierung

Nach Vorstellung der Regierungskoalition sollen die Krankenkassen zur Beseitigung der strukturellen Fehlsteuerung in die Verantwortung eingebunden werden und bei den Entscheidungen für die Kapazitäten einbezogen werden. Die Rahmenplanung müsse einvernehmlich zwischen den Ländern und den Kassen vorgenommen werden. Voraussetzung dafür aber sei eine schrittweise Übernahme von Investitionskosten durch die Krankenkassen. Die zum Jahresende auslaufende Finanzierung der Instandhaltungskosten soll verlängert werden und in

einem zweiten Schritt übernehmen die Kassen die Finanzierung der pauschalen Fördermittel von den Ländern.

Der vorgesehene Schritt in Richtung monistische Krankenhausfinanzierung scheint argumentativ sauber abgeleitet. Gleichwohl bleiben Zweifel, ob die Überwälzung der Pauschalförderung wirklich einen Beitrag zur Lösung der Strukturprobleme leistet. Die gegenwärtige duale Finanzierung hat zwei wesentliche Probleme:

1. Die Abhängigkeit von Genehmigungsverfahren zur Einzelförderung einerseits und die Finanzierung von „Benutzerkosten“ andererseits führt zu Allokationsverzerrungen. Das Krankenhaus muß sich beispielsweise – unabhängig von der Wirtschaftlichkeit – für Reparaturen statt Neuinvestitionen entscheiden (oder auch umgekehrt).
2. Es entstehen Überkapazitäten, weil die Länder planen und die Kassen die Folgekosten tragen.

Keines dieser Probleme wird durch die Überwälzung der Pauschalförderung gelöst – im Gegenteil: Die Länder hätten wegen der abnehmenden Haushaltsbelastung noch weniger Anlaß, vorhandene Überkapazitäten abzubauen. Die Problematik einer verzerrten Politikabwägung der Landes- und Kommunalpolitik verschärft sich, weil Entscheidung und Finanzverantwortung noch mehr auseinanderfallen.²

Ein Übergang der Krankenhauspläne zu einem „Rahmenplan“ ändert an der Problematik wenig³ – zumal derzeit noch kaum absehbar ist, wie dieser konkret ausgestaltet werden soll. Zwei unterschiedliche Ansätze firmieren derzeit unter dieser Überschrift. Zum einen ist es der Versuch, die Planungsgröße „Bett“ durch mehr medizinisch orientierte Bezugsgrößen zu ersetzen; Vorreiter ist hier Schleswig-Holstein, wo erstmals der Versuch gemacht wird, einen regionalen medizinischen Versorgungsbedarf zu formulieren.⁴ Zum zweiten steht der Begriff „Rahmenplanung“ für einen Dezentralisierungsansatz, bei dem vom Landesministerium nur noch Anhaltspunkte vorgegeben werden, die dann auf einer darunter liegenden Planungsebene ausgefüllt werden. Bislang verbindet sich diese Denkrichtung fast ausschließlich mit dem Land Nordrhein-Westfalen, das erst nach Unterteilung in mehrere Planungsregionen die Überschaubarkeit eines durchschnittlichen Bundeslandes erreicht. In beiden Fällen liegt allerdings die Letztentscheidung beim Ministerium, so daß im besten Fall Ineffizienzen auf der kommunalen Ebene verhindert werden; ein Wirkungsmechanismus, der die zur der Überkapazität tendierenden Planungsentscheidungen der Länder korrigieren würde, ist aber in beiden Fällen nicht erkennbar.

Echte Lösungen der Probleme sollten bei der Krankenhausplanung ansetzen. Ein erster Schritt ist die avisierte Planung im Einvernehmen mit den Kostenträgern – den gesetzlichen Krankenkassen. Dies würde die Letztverantwortung für die Krankenhausplanung in gemeinsame Hände der Finanzierungsträger legen und zu mehr Bedarfsgerechtigkeit in der Krankenhausversorgung beitragen.

Das Problem verzerrter Allokationsentscheidungen der Krankenhäuser würde dadurch allerdings noch nicht gelöst. Hierzu müßte das System von Antragstellung und Einzelfallgenehmigung abgeschafft werden und durch eine Abschreibungsfinanzierung über die Krankenhausentgelte ersetzt werden (echte monistische Finanzierung). Dies würde den Krankenhäusern die notwendige unternehmerische Freiheit für eine wirtschaftliche und qualifizierte Versorgung geben.

200 DM Notopfer?

Gegen die sofortige Einführung einer solchen Finanzierungsform spricht vor allem die Belastung der Lohnnebenkosten. Derzeit umfassen die Aufwendungen der Bundesländer für die Investitionsfinanzierung im Krankenhaus rund 8 Mrd DM – zwei Drittel als Förderung von Einzelmaßnahmen und ein Drittel als pauschale Fördermittel. In der Politik ist ein Übergangszeitraum von 10 Jahren im Gespräch, innerhalb dessen die Investitionsfinanzierung sukzessive auf die Krankenkassen übergeht. Auch wenn die daraus abzuleitende Belastung im ersten Jahr (800 Mio DM) verkraftbar scheint, so steht doch am Ende eine Belastung, die beitragsatzrelevant ist. Würde man die Summe auf dieselbe Art wie das Krankenhausnotopfer erheben, so ergäbe das rund 200 DM je Mitglied!

Zusammenfassend läßt sich folgendes Fazit ziehen: Die Überwälzung der pauschalen Krankenhausförderung von den Landeshaushalten auf die Krankenkassen erhöht die Lohnnebenkosten und ist daher der falsche Weg zur Beseitigung der Arbeitslosigkeit. Die Probleme der dualen Finanzierung werden durch diesen Schritt nicht geringer sondern verschärfen sich. Echte Schritte in Richtung einer monistischen Finanzierung müssen zunächst beim System der Einzelförderung ansetzen und dies zugunsten einer Abschreibungsfinanzierung ablösen. In allen Fällen bedarf es einer einvernehmlichen Krankenhausplanung mit denjenigen Institutionen, die die Finanzverantwortung tragen: die gesetzlichen Krankenkassen.

Wenn nun die zu erwartende Reform im Bereich der Krankenhausfinanzierung kaum den Anspruch einlösen kann, eine weiterführende Strukturreform zu sein, dann bedarf es der Konzentration auf den zweiten wesentlichen Reformansatz im Eckpunktepapier: die Neuordnung der Krankenhausentgelte.⁶ Sie ist noch weitgehend unbestimmt, könnte aber eine „richtige“ Strukturreform herbeiführen.

Reform des Entgeltsystem: Komplettsystem mit Fallpauschalen

Das Eckpunktepapier der Regierungskoalition sieht einen „Quantensprung“ bei den Krankenhausentgelten vor – den Übergang zu einem pauschalierten Preissystem. Damit wird der derzeit vorgezeichnete Weg, durch die

Ausweitung von Sonderentgelten und Fallpauschalen zu einer Beseitigung des Selbstkostendeckungsprinzips zu kommen, verlassen. Aus gutem Grund: Es wird in absehbarer Zeit keine nennenswerte Reduktion des Restbudgets (derzeit 80%) geben, da die DKG nicht an der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips interessiert ist und die Kassen einen großen Fallpauschalenbereich ohne jede Mengenbegrenzung nicht akzeptieren können. Die Entscheidung für die Fortsetzung des jetzigen Weges wäre eine Entscheidung für den Stillstand.

Die Selbstverwaltungspartner (DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen) hatten im Herbst 1998 noch den Versuch gemacht, die Weiterentwicklung in einem inhaltlich weitgehenden Eckpunktepapier vorzuzeichnen, dessen wesentliche Inhalte durch folgende Punkte charakterisiert werden können:

- Einführung eines Komplettsystems
- Praxistest mit DRGs, dem österreichischem System LKF und dem modifizierten BMG-System im Verbund mit dem Kalkulationssystem MOKKA.
- Kalkulation der Entgelte nach EBM-Muster (Entgelt = Punktzahl x Punktwert)
- Berücksichtigung krankenhausesindividueller Besonderheiten wie Ausbildung, Notfallversorgung etc.
- Erlösausgleich bei Fallzahlabweichung.

Bis zum heutigen Tag wurde dieses Eckpunktepapier von den DKG-Gremien nicht verabschiedet. Ursächlich dafür waren vor allem das Ausmaß der krankenhausesindividuellen Besonderheiten; letztlich wurde wohl eine Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips befürchtet.

Die anstehende Strukturreform erübrigt wahrscheinlich eine unnötige Phase von Modellversuchen. Die Entscheidung zwischen den drei vermeintlich gleichwertigen Systemen BMG/MOKKA, LKF und den DRGs kann auch ohne Modellversuche sinnvoll entschieden werden. Das „Modulare Klassifikations- und Kalkulationssystem“ (MOKKA) ist vor allem ein Bewertungsansatz und kein Klassifikationssystem. Das österreichische leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem (LKF) ist zwar in einigen Teilen am DRG-System orientiert, erlaubt aber durch additive Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten eine Kumulation von Leistungen und würde damit die EBM-Problematik in vollem Umfang in den stationären Sektor bringen. Da sich Fälle weniger leicht als Leistungen vermehren lassen, sollte ein reines Fallpauschalensystem gewählt werden. Es gibt also eine klare Präferenz für eine deutsche Adaption des DRG-Systems.⁷

All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRGs)

Die DRGs sind das international führende Patientenklassifikationssystem. Die Entwicklung begann Ende der 60er Jahre in den USA und wurde seit 1983 von der Medicare-Versicherung (staatliche Seniorenversicherung) als Basis für Fallpauschalen verwendet. Dies war möglich,

weil – neben der medizinischen Kriterienbildung – Gruppen mit ähnlichen Kostenaufwand zusammengefaßt wurden. Die Grundprinzipien sind:⁸

- Jedem Patient wird pro Krankenhausaufenthalt genau eine DRG zugeordnet.
- Ähnlich wie bei den Fallpauschalen gibt es eine „Grenzverweildauer“, deren Wert statistisch ermittelt wird.
- Multimorbidität wird durch Nebendiagnosen und Schweregrad berücksichtigt.
- Die Relativgewichte – also der relative Preis einer Fallgruppe – werden aus den durchschnittlichen Kosten je Fall ermittelt.
- Die Vergütung für die Fallpauschalen ergibt sich aus dem Relativgewicht und einer „base rate“ – einem Punktwert, der den durchschnittlichen Fallwert widerspiegelt.

Die ursprünglich von der Yale-Universität entwickelte Klassifikation wurde inzwischen erheblich weiterentwickelt. Um auch Patientengruppen außerhalb des Medicare-Klientel zu erfassen, wurden die AP-DRGs definiert – die All Patient Diagnosis Related Groups. Diese unterscheiden zwischen signifikanten Nebendiagnosen und Komplikationen (sogenannte CCs und Major CCs).⁹ Die 12. Version enthält 641 Patientengruppen.

Anders als der Name vielleicht vermuten läßt, berücksichtigen die DRGs nicht nur Diagnosen, sondern auch Prozeduren. Nach Einordnung in eine Hauptkategorie erfolgt eine Unterscheidung in operative und nicht-operative Fallgruppen. Die Einordnung im einzelnen ist streng algorithmisiert und ergibt sich eindeutig aus Diagnosen und Prozeduren. Außer dem Geburtsgewicht bei Frühgeborenen sind alle Daten routinemäßiger Bestandteil des bundesdeutschen Datenträgeraustausches zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen (§ 301 SGB V). Lediglich die klare Definition einer Hauptdiagnose mußte noch in der diesbezüglichen Vereinbarung geregelt werden.

Die Eingruppierung eines Krankenhausfalles in eine der DRG-Fallgruppen erfolgt in der Regel EDV-gestützt mit Hilfe eines sogenannten „Groupers“. Eine deutsche Version ist inzwischen verfügbar, das zugehörige Handbuch erscheint im Sommer.¹⁰

Das ursprünglich amerikanische DRG-System existiert zwischenzeitlich als jeweils leicht modifiziertes Klassifikationsprinzip in einer Vielzahl von Ländern. Die Einführung des DRG-Systems in Portugal und Ungarn ist abgeschlossen, in der Schweiz wird sie derzeit vorbereitet. Pilotprojekte gibt es in Italien, einigen skandinavischen Ländern, Tschechien und einigen asiatischen Ländern. Erfahrungen mit dem Klassifikationssystem (in jeweils unterschiedlichen KH-Finanzierungssystemen) gibt es auch in Frankreich, Belgien und Australien.

Deutsche Relativgewichte

Eine der wesentlichen Aktivitäten bei der Adaption der DRGs auf deutsche Verhältnisse ist die Ermittlung deutscher Relativgewichte.¹¹ Die Kalkulation solcher Gewichte ist allerdings in einem Komplettsystem sehr viel einfacher und valider als die Kostenkalkulation in einem Mischsystem. Letztlich müssen nur die Gesamtkosten einer Reihe von repräsentativen Krankenhäusern mittels Kostenträgerrechnung auf die Patientengruppen aufgeteilt werden. Diese wiederum sind klar definiert aufgrund ihrer Diagnose- und Operationsdaten. Im Unterschied zum Mischsystem entfällt die konflikträchtige und methodisch extrem unsaubere Definition des „medizinisch Üblichen“, wie sie derzeit bei der Pflege des Entgeltsystems notwendig ist. Da es sich um Relativgewichte handelt, verzerrt eine „falsche“ Auswahl der Häuser die Ergebnisse wesentlich weniger als bei einem Mischsystem, bei dem die Wahl des Krankenhauses zugleich das Niveau der Entgelte im Vergleich zu den Restbudgets determiniert.

Das Beispiel Schweiz zeigt, daß man mit einem pragmatischen Vorgehen durchaus in kurzer Zeit zu landesspezifischen Gewichten kommen kann. In den Jahren 1997/1998 wurden für die 641 Fallgruppen des AP-DRG (12. Version) schweizer Relativgewichte berechnet, so daß nunmehr auch Gewichte für ein Land vorliegen, das eine größere Nähe zu den Verhältnissen im bundesdeutschen Gesundheitswesen aufweist.¹² An der Berechnung beteiligten sich vier Krankenhausträger mit insgesamt rund 90.000 Krankenhaufällen. Grundlage der Berechnung waren die patientenbezogenen Kosten nach einem einheitlichen Bewertungsschema, wobei die Patientengruppierung aufgrund von Routinedaten erfolgte – dem ICD-10 und einem Prozedurenschlüssel CH-OP. Wegen zu geringer Fallzahl wurde in einigen wenigen Fälle auf New Yorker Gewichte zurückgegriffen. Die Ergebnisse weisen eine erstaunliche hohe Korrelation mit den amerikanischen Gewichten auf ($r = 0,92$), sind aber wegen der geringen Fallzahl und der Kodierungsqualität noch mit Vorsicht zu verwenden.

Die Probleme bei der Bestimmung deutscher Relativgewichte sind nicht medizinischer Natur; vielmehr müssen vor der endgültigen Kalkulation die ökonomischen Rahmenbedingungen klar geregelt sein. Vor allem die einzubeziehenden Kostenarten hängen stark vom ordnungspolitischen Rahmen ab. Wenn z.B. Instandhaltungskosten oder andere investive Komponenten über die Entgelte finanziert werden, dann müssen diese Kosten auch bei der Ermittlung der Relativgewichte einbezogen werden. Ein ähnliches Problem ergibt sich bei der Abgrenzung von Forschung, Notfallversorgung und Ausbildung oder bei möglichen Zuschlägen für bestimmte Krankenhausstrukturgruppen wie sie weiter unten noch diskutiert werden. Insgesamt stellt die Ermittlung deutscher Relativgewichte kein grundsätzliches Problem dar. Sie ist allemal einfacher als der Aufwand, der getrieben werden muß, um im bestehenden System den Fallpauschalenanteil auch nur um einige wenige Prozentpunkte zu erweitern.

Ordnungsrahmen: Landesbudgets und variabler Punktwert

Entscheidend für die ökonomische Wirkung des Fallpauschalsystems ist weniger die (medizinische) Klassifikation als vielmehr der Ordnungsrahmen, in dem die Fallpauschalen angewendet werden. Schon der kurze internationale Überblick zeigt, daß Klassifikationssysteme in ganz unterschiedlichen Ordnungssystemen angewendet werden können. Mit der Einführung von DRGs ergibt sich deshalb noch nicht automatisch der Übergang zu einem Preissystem. Würde man beispielsweise im bundesdeutschen Krankenhausrecht weiterhin kostenorientierte Budgetverhandlungen vorsehen und den durchschnittlichen Fallwert errechnen, so würde möglicherweise das Selbstkostendeckungsprinzip trotz Fallpauschalsystem erhalten bleiben. Nichts wäre gewonnen.

Die Neuordnung des Entgeltsystems ergibt sich also erst durch Einführung eines kompletten Klassifikationssystems in Verbindung mit zusätzlichen Entscheidungen über Kalkulation, Preisbestimmung, Mengenkontrollen und das Verhandlungsregime. Neben den Regelungen im KHG ist vor allem eine grundlegende Neuordnung der Bundespflegegesetzverordnung notwendig, da deren Systematik mit Basis- und Abteilungspflegesätzen nicht mehr sinnvoll angewendet werden kann.¹³

Bei der Neuordnung ist auch der politische Wille zur Schaffung eines Globalbudgets zu berücksichtigen. Die Preisfestsetzung muß explizit die Mengenproblematik berücksichtigen, damit der Grundsatz der Beitragsstabilität auch in der strengen Form eines Globalbudgets einzuhalten ist. Es bietet sich – vorbehaltlich konkreterer Vorstellungen zur Mechanik eines Globalbudgets – eine Anleihe aus dem ambulanten Sektor an: stationäres Gesamtbudget mit variablem Punktwert.

Konkret könnte dies auf folgenden föderalen Ebenen etabliert werden: Bundesweit und kassenübergreifend gilt ein einheitliches DRG-Fallpauschalsystem mit einheitlichen Relativgewichten. Dies entspricht dem Instrument des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der ambulanten Versorgung. Die Weiterentwicklung der Klassifikation und die Aktualisierung der Relativgewichte obliegt den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der DKG.

Auf Landesebene werden zwischen Kassen und Krankenhäusern Budgets für stationäre Leistungen vereinbart; der Punktwert paßt sich möglichen Mengenentwicklungen an. Die Punktwerte sind landeseinheitlich. Für eng definierte Strukturmerkmale z.B. Teilnahme an der Notfallversorgung oder Ausbildung werden auf Landesebene Zu- und Abschläge auf die Entgelte mit Wirkung für die jeweils betroffenen Häuser vereinbart.

Die beschriebene Systematik erlaubt sowohl die Einhaltung eines GKV-Budgets auf der Makroebene als auch die wettbewerbliche Weiterentwicklung der stationären Ver-

sorgung auf der Mikroebene. Effiziente Häuser mit besserer Erlös-Kosten-Situation werden tendenziell Marktanteile gewinnen. Abteilungen, die mehr Ressourcen verbrauchen als sie durch Fallpauschalen erwirtschaften, werden zu Anpassungsmaßnahmen gezwungen.

Beachtenswert ist, daß mit dem Fallpauschalsystem erstmals eine Budgetierung auf sektoraler Ebene möglich ist; im bestehenden System sind lediglich „Hospital-Budgetierungen“ möglich, also eine Begrenzung auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Dies ist extrem strukturkonservierend und für eine mittelfristige Steuerung nicht akzeptabel.

Auch wenn der Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ eine gewisse Popularität genießt, werden doch gegen ein solches Preissystem eine Reihe von Bedenken vorgetragen. Einige sollen im folgenden diskutiert werden.

Einwand 1:

Für die Kassen ist es insgesamt günstiger, wenn hausspezifisch verhandelt werden kann.

In der Tat können die Krankenhausaufgaben reduziert werden, wenn bei wirtschaftlichen Häusern ein niedrigeres Preisniveau vereinbart wird – ökonomisch gesprochen: die Produzentenrente abgeschöpft wird. In dynamischer Betrachtung kehrt sich dieser Vorteil allerdings um, weil in Systemen, bei denen Effizienzgewinne sofort abgeschöpft werden, solche Effizienzgewinne gar nicht mehr entstehen. Wirtschaftliche Krankenhausführung lohnt nicht. Es droht bei hausspezifischen Verhandlungen die Fortsetzung des Selbstkostendeckungsprinzips mit anderen Mitteln.

Einwand 2:

Durch landesweite Budgets kommt es zur Verkörper-schaftung der Krankenhausesseite und es entsteht neben der kassenärztlichen Vereinigung ein zweites teures und innovationsfeindliches Monopol.

Die Verkörper-schaftung ist ein mögliches und auch weitgehend ausformuliertes Modell.¹⁴ Allerdings ist sie nicht zwingend und nach Möglichkeit zu vermeiden. In mehreren Bereichen verhandeln Krankenkassen Leistungsentgelte, ohne daß die Leistungserbringer dazu in einer Zwangskörperschaft vereinigt werden. Konstruktionen wie ein Honorarverteilungsmaßstab sind allerdings nur mit einem Körperschaftsmodell möglich. Wenn der Punktwert sich – wie z.B. bei einem Globalbudget – weitgehend rechnerisch ergibt und nur bedingt Ergebnis eines Verhandlungsprozesses ist, erübrigt sich die Verkörper-schaftung der Anbieterseite.

Einwand 3:

Die Versorgung – insbesondere auf dem Land – kann bei einheitlichen Preisen nicht sichergestellt werden; es kommt zur Unterversorgung.

Zunächst sei angemerkt, daß Unterversorgung derzeit nicht das Problem im bundesdeutschen Krankenhauswesen ist und wohl auf einige Zeit auch nicht sein wird. Zum zweiten muß man konstatieren, daß das gegenwärtige Planungssystem seinen eigenen Anspruch auf gleichmäßige Versorgung nicht eingelöst hat und erhebliche Überangebote in den Ballungszentren geschaffen hat – immer mit dem Hinweis auf die Unterversorgung im ländlichen Bereich. In der oben beschriebenen Systematik lassen sich durchaus Instrumente für dünn besiedelte Regionen schaffen, so z.B. durch Zuschläge für solche Regionen. Es ist aber eher wahrscheinlich, daß die Häuser in ländlichen Regionen durchaus mit dem durchschnittlichen Punktwert auskommen (wegen niedrigerer Preise) und der ländliche Raum lediglich als Argument für die Aufrechterhaltung von Ineffizienzen im städtischen Bereich dient.

Einwand 4:

Es droht im Gefolge einer Mengenausweitung ein Punktwertverfall wie im ambulanten Sektor.

Leistungspreise können sinken, wenn Mengen ausgeweitet werden. Bedenklich wird dies erst, wenn die Preissenkung den Produktivitätsfortschritt, der zweifellos im Krankenhaus vorhanden ist (man denke nur an die Verweildauerverkürzung), erheblich übersteigt. Dafür spricht wenig, wenn die Mengenausweitung nur durch den vergleichsweise langsam verlaufenden Fallzahlenanstieg zustande kommt. Das „EBM-Debakel“ würde sich erst einstellen, wenn durch Sonderentgelte eine Leistungsausweitung je Fall erfolgen würde. Dies wird jedoch beim vorgeschlagenen DRG-System vermieden. Allerdings kann es durchaus sinnvoll sein, im Rahmen des beschriebenen Ordnungsrahmens ergänzende mengenbegrenzende Maßnahmen einzuführen, um einen Punktwertverfall zu vermeiden.

Kassenspezifische Verhandlungen?

Unbestimmt ist im eben beschriebenen Modell, ob die Landesbudgets GKV-weit oder kassen(arten)spezifisch verhandelt werden. Es wäre letztlich die konsequente Umsetzung des Wettbewerbsmodells für Krankenkassen, wenn der stationäre Sektor ebenso kassenspezifisch gesteuert würde wie der ambulante. Gemeinsame Verhandlungen konkurrierender Vertragspartner verhindern eine konsequente Verhandlungsführung auf Kassenseite. Der Reformfahrplan sollte deshalb auch kassenbezogene Verhandlungen enthalten.

Das Selbstkostendeckungsprinzip bedingt derzeit noch gemeinsame Verhandlungen (sonst stände immer der zuletzt Verhandlende in der Verantwortung, die Selbstkosten zu decken). Überwindet man dieses Prinzip, so sind auch kassenspezifische Entgelte möglich. Beispielsweise könnten die Relativgewichte der Fallpauschalen – wie beschrieben – bundeseinheitlich vereinbart werden, für den Punktwert würde es jedoch kassenspezifische, landesweite Verhandlungen geben – analog zu den KV-Verhandlungen im ambulanten Bereich.

Die Entscheidung für kassenspezifische Verhandlungen ist abhängig von gewissen ordnungspolitischen Grundentscheidungen insbesondere der Ausgestaltung eines globalen Budgets. Sie wird gegenwärtig noch nicht von allen Kassenarten einheitlich beurteilt.

Qualitätssicherung

Die Probleme bei Fallpauschalsystemen sind weitestgehend bekannt und müssen frühzeitig adressiert werden, um Fehlentwicklungen zu vermeiden. Insbesondere bedarf es zur Vermeidung unverantwortlich kurzer Verweildauern einer intensiven medizinischen Qualitätssicherung. Auch die Kodierung muß einem Kontrollsystem unterworfen werden. In einem System, bei dem beispielsweise die Erfassung einer Nebendiagnose bares Geld bedeutet, ist bei Einführung natürlich mit einer „statistisch signifikanten“ Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitsstandes zu rechnen. Es empfiehlt sich auf Landesebene Qualitätssicherungs-Kommissionen einzusetzen, die durch Landesärztekammern, Krankenhausgesellschaften, Kassen und evtl. die aufsichtsführenden Landesministerien gesteuert werden.

Auf Bundesebene ist über die Abrechenbarkeit bestimmter Methoden zu entscheiden. Ganz unabhängig vom Entgeltsystem erweist es sich zunehmend als hinderlich, daß im stationären Bereich keine Institution zur Begrenzung der Ausgaben und der Finanzierungspflichten der gesetzlichen Krankenkassen existiert. Es fehlt zur Abgrenzung des medizinisch Sinnvollen ein Pendant zu dem im ambulanten erfolgreich tätigen Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen. Die Einrichtung eines weiteren Bundesausschusses bzw. die Erweiterung (bei veränderter Zusammensetzung) des bestehenden Ausschusses sollte Teil der Strukturreform sein.

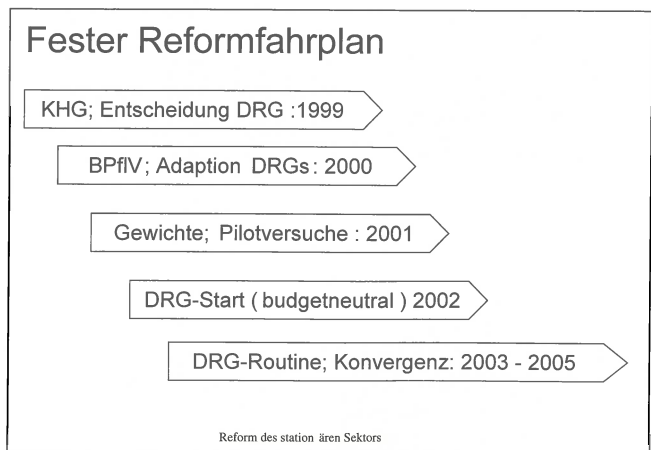
Fester Reformfahrplan

Im gegenwärtigen Gesetzgebungsverfahren besteht die Gefahr, daß man mit Rücksichtnahme auf die verschiedensten Interessengruppen auf eine schlüssige Gesamtreform verzichtet und zunächst eine längere Phase von Modellvorhaben vereinbart, um dann das eigentliche Reformvorhaben in vermeintlicher Abhängigkeit von der Auswertung dieser Modelle in die nächste Legislaturperiode hinauszuschieben. De facto können die wesentlichen Entscheidungen auch jetzt gefällt werden – nicht als Systemwechsel über Nacht, wohl aber als fester Reformfahrplan, dessen Jahresschritte bereits heute gesetzlich verankert werden.¹⁶ Dies Verfahren ist durchaus üblich und schafft allen Beteiligten Anpassungszeit und Sicherheit über die rechtlichen Rahmenbedingungen – ein Zustand, der in den vergangenen Jahren durchaus keine Selbstverständlichkeit im Krankenhausbereich war.

Wie könnte der Fahrplan aussehen? In diesem Jahr würden vor allem die Regelungen im KHG verabschiedet

und die Umstellung der Krankenhausentgelte auf ein international verfügbares, komplettes Fallpauschalsystem ohne Sonderentgelte kodifiziert. Die Entscheidungen über die Wahl des Systems und die Adaption sollten in die Hände der gemeinsamen Selbstverwaltung gelegt werden – mit festen Terminvorgaben und möglicherweise mit Schiedstellenregelungen oder Ersatzvornahmen. Die korrespondierenden Regelungen in der Bundespflegegesetzordnung mit den Details zur Ablösung der alten Entgelte könnten bis Ende 2000 erarbeitet werden. Parallel laufen die Arbeiten zur Adaption der DRGs. Vergleichsweise einfach sind dabei Übersetzung, EDV-technische Anpassung und Ermittlung deutscher Gewichte. Schwieriger ist der Aufbau der komplementären Qualitätssicherungsstrukturen. Das Jahr 2001 stünde für Pilotregionen oder Pilotkrankenhäuser zur Verfügung – nicht um danach über die DRG-Einführung zu entscheiden, sondern als Vorlauf, um mögliche Anpassungsschwierigkeiten zu reduzieren. Ein ähnliches Verfahren wurde bei der Einführung der Krankenversicherungskarte gewählt.

Im Pflegesatzzeitraum 2002 könnte erstmals das DRG-Fallpauschalsystem bundesweit zur Anwendung kommen (vgl. Abbildung). Um die Risiken für die Krankenhäuser zu begrenzen, ist für das Jahr 2002 ein „budgetneutraler Übergang“ denkbar, bei dem traditionell verhandelt wird, die Abrechnung jedoch bereits komplett über Fallpauschalen erfolgt. Bis zum Jahr 2004 würde dann eine Übergangsphase erfolgen, in der sukzessive die hausbezogenen Zu- und Abschläge abgeschmolzen werden. Im Pflegesatzzeitraum 2005 gäbe es dann erstmals ein Krankenhausvergütungssystem, das voll der Maxime „gleicher Preis für gleiche Leistung“ folgt.



Der Systemwechsel vom Mischsystem zu einem DRG-Komplettsystem könnte vergleichsweise friktionslos verlaufen, weil im deutschen Gesundheitswesen schon wesentliche Vorerfahrungen vorhanden sind:

1. Die Krankenhäuser haben bereits Erfahrung mit Fallpauschalen; entsprechende EDV-Lösungen sind vorhanden.

2. Es gibt Erfahrungen mit der Kalkulation von Fallpauschalen und der Weiterentwicklung von Relativgewichten.
3. Die Handhabung von landesweiten Budgets und variablen Punktwert ist aus dem ambulanten Bereich vertraut.
4. Es gibt Vorerfahrungen mit dem „Kaltstart“ von Systeminnovationen; so wurde beim der Einführung des Risikostrukturausgleichs zunächst mit vorläufigen Profilen und Abschlagswerten gearbeitet. In den Folgejahren wurde dann die notwendige Verfeinerung und statistische Absicherung vorgenommen.

Im Übrigen sollte nicht vergessen werden, daß bereits rund achtzig bundesdeutsche Krankenhäuser an Benchmarking-Projekten mit DRGs teilnehmen. In diesen Projekten werden auf der Basis von DRG-Eingruppierungen Wirtschaftlichkeitsvergleiche innerhalb der Projektgruppenhäuser durchgeführt. Die Tatsache, daß sich fortschrittliche Häuser – ganz ohne gesetzliche Vorgabe – für Wirtschaftlichkeitsvergleiche auf der Basis von DRGs entscheiden, ist nicht zuletzt ein Indiz für die ordnungspolitische Tauglichkeit dieses Fallpauschalsystems. Die Einführung von DRGs sollten der Kern einer Stukturreform im Krankenhausbereich sein.

Fußnoten

- 1 Vgl. Punkt 5 „Bedarfsgerechte Investitionen im stationären Bereich“ des Eckpunktepapieres zur Gesundheits-Reform 2000, vereinbart zwischen den Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium, Bonn 02.03.1999.
- 2 Der Tatbestand, daß Landes- und Kommunalpolitiker die Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte stärker wichten als die Folgen für die Beitragssatzstabilität, ist u.a. der Verletzung des finanzpolitischen Grundsatzes der „fiskalischen Äquivalenz“ geschuldet. Durch die zunehmend bundesweiten Finanzstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Folgekosten von Krankenhauskapazitätsentscheidungen nicht nur außerhalb der Landeshaushalte wirksam, sie werden auch außerhalb des eigenen Landes bundesweit umgelegt. In einer solchen Situation ist es rational, Überkapazitäten zu schaffen, da die positiven Versorgungs- und Arbeitsmarkteffekte im eigenen Land entstehen, die negativen Finanzierungspflichten aber auf der höheren föderalen Stufe anfallen. Der Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz verlangt, daß Nutzung, Finanzierung und Entscheidung auf der gleichen föderalen Ebene angesiedelt werden. Dies würde beispielsweise durch regionale Beitragssätze erreicht.
- 3 Strittig ist derzeit auch noch die Frage, ob der Bundesgesetzgeber die Kompetenz hat, den Ländern den Detaillierungsgrad ihrer Planung vorzuschreiben.
- 4 Vgl. Rüschmann H-H: Neuorientierung der Krankenhausplanung – Staatlicher Dirigismus im Planungssystem versus Wettbewerbselemente im Finanzierungssystem; in: Arnold M, Paffrath D (Hrsg): Krankenhaus-Report '98 Stuttgart 1998, 110-135 sowie: Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG (Hrsg) Krankenhausplanung des Landes Schleswig-Holstein. Medizin und Systemforschung, Kiel 1988.
- 5 Es soll nicht verschwiegen werden, daß Beobachter der Szene davon ausgehen, daß zunächst das Gegengeschäft „Mitsprache gegen Haushaltsentlastung der Länder“ in den Gesetzentwurf hineingeschrieben wird, daß dann aber beim Gang durch den Bundesrat die Einvernehmenslösung so weit ausgehöhlt wird (Position: Letztverantwortung der Länder), daß letztlich nur die Überwälzung der pauschalen Fördermittel auf die Krankenkassen übrig bleibt.
- 6 Eine Reihe weiterer Eckpunkte tangiert ebenfalls den Krankenhausbereich, so z.B. die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und das Globalbudget.
- 7 Vgl. als ausführliche Abwägung mit ähnlichem Ergebnis: Neubauer G: Systematische Bewertung der wichtigsten Vorschläge zur Weiter-

entwicklung der Krankenhausvergütung, in: Das Krankenhaus 11/1998 652-656 sowie: Fischer W: Vergleich von Patientenklassifikationssystemen für fallorientierte Entgeltsysteme – Ein Blick auf die amerikanischen DRG-Systeme, das österreichische LDF-System und das deutsche FP/SE-System, Kurzgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wolferswil 1998.

- 8 Vgl. Mansky T: Sind DRGs die Alternative zum deutschen Mischsystem?; in: Krankenhaus-Umschau 1998/12 916-921; Fischer W: Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Prinzipien und Beispiele. Bern und Wolferswil 1997.
- 9 Eine der neueren Weiterentwicklungen sind die APR-DRGs (All Patient Refined Diagnosis Related Groups) mit 1530 Gruppen, die aber vorwiegend im Bereich der Qualitätssicherung eingesetzt werden.
- 10 Die Rechte für die AP-DRGs liegen bei der Firma 3M Medica und beim Staat New York.
- 11 Natürlich könnte man auch ein deutsches Klassifikationssystem entwerfen. Das wäre aber mit Sicherheit teurer, unsystematischer und würde wesentlich mehr Zeit in Anspruch nehmen. Schon ein kurzer Einblick in die basarhafte und von jeder Methodik unberührte Weiterentwicklung der bundesdeutschen Fallpauschalsystems läßt jeden kritischen Beobachter dankbar zu einer internationalen Klassifikation zurückkehren. Wesentlich ist noch ein weiteres: Internationale Klassifikationen mit methodisch klarer Berechnungsmethode schützt das Entgeltsystem vor berufspolitischen Fehden. Diese sind ein wesentlicher Grund für die Fehlentwicklungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes im ambulanten Bereich.
- 12 Vgl. im folgenden: Institut de santé et d'économie (ISE): Handbuch APDRG Schweiz Version 1. Lausanne 1998 (www.hospvd.ch/public/ise/apdrg)
- 13 Dies ist auch das Ergebnis eines Rechtsgutachtens, das die Anwaltskanzlei Zuck&Quaas, Stuttgart, kürzlich im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erstellt hat.
- 14 Vgl. den „Entwurf eines Bundeskrankenhausesgesetzes für das Körperschaftsmodell“ im Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung: Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung, Gerlingen 1987, 246 ff.
- 15 Die auf Verbandsebene heiß umkämpfte Frage, ob kassenspezifisch oder kassenartenspezifisch verhandelt werden soll, ist ordnungspolitisch von nachrangiger Bedeutung. Kleinere Kassen würden sich bei kassenspezifischen Modell sinnvollerweise zu „Einkaufsgemeinschaften“ zusammenschließen. Auch Verbände könnte solche Einkaufsgemeinschaften sein.
- 16 Beispiele für einen solchen mehrjährigen festen Reformplan sind die Euro-Einführung oder die wettbewerbliche Neuordnung der GKV mit Risikostrukturausgleich und Wahlfreiheit im Gesundheitsstruktur-Gesetz (GSG) 1992; dies regelte die Einführung des RSA in der allgemeinen Krankenversicherung für das Jahr 1994, die Einbeziehung der KVdR in 1995 und ab 1996 die allgemeine Wahlfreiheit.