Das Ende der „Gießkannenpolitik“

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


Fotocelle: Fotoklee
Finanzierung & Entgeltsystem


Der Preis als zentrale Steuerungsgröße

Im Grundsatz erfolgt die Leistungssteuerung über den Preis, was nicht zu letzt die Existenz einer Preisentwicklungssobergrenze (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 stationäre 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 existiert – hat ihre Hauptfunktion fast vollständig verloren. Nichtdestoweniger 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-


Umsetzungsdefizite des DRG-Systems


Umsetzungsdefizit der Politik


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 gebühren. Möglicherweise ist dies auch der ausgesprochen guten gesamtwirtschaftlichen Lage Deutschlands zuzuschreiben. Dies be-
Finanzierung & Entgeltsystem

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

Umsetzungsdefizit der Selbstverwaltung

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 Leistungssteigerung auf die Alters- und Morbiditätsentwicklung zurückzuführen ist.

Auch der Gesetzgeber sieht inzwischen Handlungsbedarf bezüglich der Mengenentwicklung im stationären Bereich. Im Rahmen des Psychiatrie-Entgeltesgesetzes (PsychEntgG) erhalten die Selbstverwaltungsbereiche auf Bundesebene den Auftrag, einen gemeinsamen Forschungsauftrag mit dem Ziel zu vergeben, insbesondere die Leistungs- 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 § 17b Absatz 9 KHG).

gen werden. Versorgungspolitisch notwendige, alleinstehende, in ihrem Be-
stand gefährdete Krankenhäuser erhalten via Zuschlag einen „gestütz-
ten“ Preis. Um einen Missbrauch des Sicherstellungszuschlags auszuschlie-
ßen, beispielsweise flächendeckend In-
effizienzen zu fördern und Defizite auszugleichen, ist dieses Instrument aber sehr dosiert anzuwenden. Es be-
darf klarer Kriterien als Zugangsvo-
raussetzung für die Vereinbarung des 
Zuschlags auf der Hausebene. Der Be-
griff der versorgungspolitischen Not-
wendigkeit eines Krankenhauses als 
Ganzes ist bundesweit einheitlich zu 
definieren. Es muss klargestellt wer-
den, dass es insbesondere in Ballungs-
räumen keine Sicherstellungszuschläge 
gar geben darf. Hier soll der Wettbewerb
über den Preis ja gerade auf die Kran-
kenhäuser insgesamt wirken, um exis-
tierende Überkapazitäten abzubauen.
Auch Sicherstellungszuschläge auf 
der Abteilungsebene müssen um jeden Preis vermieden werden. Nicht jede 
Abteilung eines Krankenhauses muss
profitabel sein. Entscheidend ist hin-
gegen, ob der Bestand des Kranken-
hauses gefährdet ist, hier bedarf es
dringend einer gesetzlichen Änderung.

Ergänzend zu berücksichtigen ist,
dass ein wesentlicher Grund für die
finanzielle Schieflage der Kranken-
häuser die mangelnde Investitionskos-
tenfinanzierung der Länder darstellt.
Vor diesem Hintergrund erscheint es
fair, dass die Länder sich an der Lösung der von ihnen mitverantwor-
teten Probleme beteiligen. Das heißt: Die Länder sind mindestens zur Ko-
finanzierung von Sicherstellungszu-
schlägen heranzuziehen. Werden 
Sicherstellungszuschläge vergeben, ist
ferner mit großer Sorgfalt zu gewähr-
leisten, dass diese Mittel sachgerecht
verwendet werden. Denn mit einem 
Sicherstellungszuschlag werden Kran-
kenhäuser ein Stück weit aus ihrer 
Kostenverantwortung entlassen. Die 
Verwendung von Sicherstellungszu-
schlägen sollte daher von einer „Troik-
a“ – bestehend aus Landeskranken-
hausgesellschaft, den Krankenkassen
sowie den kofinanzierenden Ländern
– in regelmäßigen Abständen über-
wacht werden.

Insgesamt muss die Balance zwi-
ischen kollektiver Preissteuerung über 
den Landesbasisfallwert und individu-
ell, nicht leistungsbezogenen Zu-
und Abschlagstätbeständen ausgeregelt 
werden. Ein Sicherstellungszuschlag
kann dazu einen Beitrag leisten, wenn
es gelingt, anhand messbarer und
noch zu definierender Kriterien ge-
zielt die versorgungspolitisch notwen-
digen Krankenhäuser, die unverschul-
det aufgrund exogener Faktoren ein 
dauerhaft höheres Kostenniveau auf-
weisen, von den Krankenhäusern, die
ineffizient arbeiten oder deren Stand-
orte verzichtbar sind, zu trennen.
Wer 
Krankenhäuser aufgrund schlech-
ter 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 Mehre-
leistungssabschlag erhalten bleiben, um
das Mengenproblem bis zur Verände-
 rung der Krankenhausstrukturen über
den Landesbasisfallwert weiter erfolg-
reich über den Krankenhaußpezifi-
 schen Preis zielgenau zu adressieren.
Die Gelegenheit zur Umsetzung der
beschriebenen Maßnahmen bietet sich 
beispielsweise im Zuge der Veröffent-
lichung der gemäß § 10 Absatz 13 
Krankenhausteilgeamtsgesetz (KHEntgG)
Vom Bundesgesundheitsministerium in
Auftrag gegebenen wissenschaftlichen
Untersuchung über die Ursachen der
unterschiedlichen Landesbasisfallwerte.
Zieht sich, dass die Kostenunterschiede
zwischen den Bundesländern weitge-
hend unbegründet sind und lediglich
historisch erklärt werden können, so
sollte zur Vermeidung weiterer Über-
finanzierungen das Preisniveau insge-
samt auf ein Durchschnittsniveau der
Länder mit den kostenintensivsten
Landesbasisfallwerten gesenkt wer-
den. Die konsequente Anwendung von
Zu- und Abschlägen schützt den dann
einsetzenden Strukturwandel vor un-
gewollten 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 ge-
stellt werden, wie dies die Deutsche
Krankenhausgesellschaft (DKG) tut.
Sollten künftig wieder historische Leis-
tungsmengenentwicklung und Ver-
handlungsgeschick die Höhe der ein-
zelnen Krankenhausbudgets gross-
modus bestimmen? Nicht nur die di-
rekten Kosten eines solchen Wechsels
rückt auf die Einzelhausebene wären
zutreffend, es wären die Folgekosten
von Intransparenz und Ineffizienz.

Die Preissteuerung über das DRG-
System muss erhalten werden, um das
deutsche Gesundheitswesen in der sta-
tionären Versorgung krisenfest zu hal-
ten. Denn über die absolute Höhe der
im Gesundheitswesen aufgewendeten
Mittel entscheidet die Selbstverwal-
tung ohnehin nur mittelbar. Wichtig
ist, dass der Entdet der Auseinandersetzung
mit der Frage, wie die Mittel verteilt
werden. Hier punktet das DRG-Sys-
tem mit Transparenz, Leistungsorient-
ierung und einem weltbewerblichen
Ordnungsrahmen. Das eigentliche Po-
tenzial des DRG-Systems liegt daher
in seiner Anwendung in der Krise und
ist bislang noch nicht einmal ansatz-
weise zum Tragen gekommen.

Anschreiben der Verfasser:

Johannes Wolff
Uwe Klein-Hippl
Dr. David Schildes-Kreines
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