



Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets

**Eine kritische Bestandsaufnahme
von Prof. Dr. Michael Simon, Fachhochschule Hannover**



Studie im Auftrag von ver.di
Juni 2008

*Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen*

**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets

**Eine kritische Bestandsaufnahme von
Prof. Dr. Michael Simon, Fachhochschule Hannover**

Studie im Auftrag von ver.di

Juni 2008

Impressum

Studie von Prof. Dr. Michael Simon, Fachhochschule Hannover
Im Auftrag von ver.di-Bundesverwaltung,
Bereich Gesundheitspolitik, Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorwort zur Studie

Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme

Seit sechzehn Jahren unterliegen die Budgets der Krankenhäuser einer gesetzlich vorgeschriebenen Deckelung. Das heißt, die Krankenhausaussgaben dürfen nicht höher steigen als die jährliche Grundlohnsumme. Damit werden Krankenhausaussgaben an Kriterien gebunden, die mit ihrem Zweck, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, gar nichts zu tun haben. In welchem Umfang die Grundlohnsumme steigt, hängt von vielen Faktoren ab: vom Ausmaß der Arbeitslosigkeit, vom Umfang der Erwerbstätigkeit, von den Tarifabschlüssen und anderen mehr. Die Kosten der Gesunderhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit unterliegen anderen Einflüssen. So einleuchtend es auf den ersten Blick erscheint, die Ausgaben von den Einnahmen abhängig zu machen, so problematisch erscheinen die Auswirkungen.

Von den vielfach beschworenen Rationalisierungsreserven der Krankenhäuser ist nicht viel zu merken. Deutlich erkennbar ist ein rigoroser Personalabbau bei Servicediensten und in der Pflege. Durch Privatisierung, Outsourcing und Ausstieg aus der Tarifbindung versuchen Krankenhausträger, sich Kostenentlastung zu verschaffen. So wird die Deckelung der Budgets auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen.

Mit der Veröffentlichung dieser von Prof. Dr. Michael Simon erstellten Studie leisten wir einen Beitrag zur Analyse der Funktionsweise und zu den Auswirkungen der Budgetdeckelung und ihrer Anbindung an die Grundlohnsumme. Von der Diskussion um eine Neuregelung der Krankenhausfinanzierung erwarten wir intelligente Lösungen, mit denen die benötigte Personalausstattung und eine angemessene Patientenversorgung in den Krankenhäusern sichergestellt werden können.

Ellen Paschke
Mitglied des ver.di-Bundesvorstands

Berlin, im Juni 2008

Glossar

AiP	Arzt im Praktikum
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
BAT	Bundes-Angestelltentarifvertrag
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (bis 2005 BMWA)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis 2005 BMGS)
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BSichG	Beitragssatzsicherungsgesetz 2003
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BT-PIPr	Bundestagsplenarprotokoll
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DMP	Disease Managment Programm (Chroniker-Behandlungs-Programm)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnose bezogene Gruppen = Fallpauschalen)
G-DRG-System	German DRG-System, sh. DRG
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SolG	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
PPR	Pflegepersonalregelung
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SWR	Südwestrundfunk
VdAK/AEV	Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V

Zusammenfassung

Seit Anfang 2008 verschärft sich die politische Diskussion über die Lage der Krankenhäuser, begleitet von zunehmend beunruhigenden Medienberichten über die Verhältnisse in deutschen Krankenhäusern. Eines der zentralen Themen der gegenwärtigen krankenhaupolitischen Diskussion ist die sogenannte Budgetdeckelung. Damit ist die durch Gesetz vorgegebene Begrenzung der jährlichen Budgeterhöhungen für Krankenhäuser auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder gemeint. Die Deckelung wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeführt und sollte ursprünglich als »Sofortbremsung« die Krankenkassen kurzfristig vor überproportionalen Steigerungen der Krankenhausaufgaben in den Jahren 1993 bis 1995 schützen. Entgegen der 1992 von der damaligen Bundesregierung ausdrücklich gegebenen Zusage, dass die Deckelung 1995 ende, wurde sie bis heute in verschiedenen Modifikationen fortgeführt.

Seit 2007 und verstärkt seit Anfang 2008 erhebt sich zunehmend schärferer Protest von Seiten der Krankenhausträger und auch von gewerkschaftlicher Seite. Sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft als auch die Gewerkschaft ver.di fordern ein Ende der Deckelung zum 1. Januar 2009. Die politische Führung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wollen die Budgetdeckelung jedoch offenbar auch nach 2009 fortsetzen.

Mit der vorliegenden Studie wird eine kritische Bestandsaufnahme von sechzehn Jahren Budgetdeckelung vorgenommen. Im Zentrum steht allerdings nicht die Rekonstruktion der Entwicklung und detaillierte Aufbereitung vorhandenen Wissens über die Auswirkungen der Budgetdeckelung, sondern eine Analyse und kritische Bewertung des Regelungssystems zur Deckelung der Krankenhausbudgets. Es wird einer zweifachen Analyse und Kritik unterzogen.

Im Rahmen einer *technisch-funktionalen Analyse* wird der Frage nachgegangen, ob eine in solcher Art konstruierte Budgetdeckelung überhaupt geeignet ist, Beitragssatzstabilität sicherzustellen. Die Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass Beitragssatzstabilität durch die Anbindung der Vergütungen von Leistungserbringern an die beitrags-

pflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder nicht erreichbar ist. Ein solcher Versuch steht vor dem Problem, dass die Budgetvereinbarungen der Krankenhäuser für einen zukünftigen Zeitraum im Voraus getroffen werden müssen, die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder aber erst ca. eineinhalb Jahre nach der Budgetvereinbarung feststellbar ist. So war beispielsweise die Budgetvereinbarung für 1993 bis Ende 1992 abzuschließen, die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder im Jahr 1993 konnte jedoch erst Mitte 1994, nach Feststellung des endgültigen GKV-Haushaltes, vom Bundesministerium für Gesundheit bekannt gegeben werden.

Das Problem wurde in der Vergangenheit dadurch zu lösen versucht, dass entweder eine Vorausschätzung der Veränderungsrate vorgenommen oder die Veränderungsraten vergangener Zeiträume als Richtwert für einen nachfolgenden Zeitraum genutzt wurden. Ein Vergleich der zwischen 1993 und 2005 vom BMG vorausgeschätzten oder bekannt gegebenen Veränderungsraten zeigt, dass die vorausgeschätzten oder vorgegebenen Veränderungsraten in keinem Jahr mit den tatsächlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen des betreffenden Jahres übereinstimmten. Sie lagen teilweise bis zu mehreren Hundert Prozent zu hoch oder zu niedrig.

Der mit dem Deckelungssystem erhobene Anspruch, Beitragssatzstabilität zu gewährleisten, kann somit auf Grund unüberwindbarer Probleme nicht eingelöst werden. Denn: Um die Budgets der Krankenhäuser nur in dem Umfang steigen zu lassen, wie die beitragspflichtigen Einnahmen wachsen, müsste das BMG in der Lage sein, eine Zahl zuverlässig vorherzusagen, die erst ca. eineinhalb Jahre nach der Vorhersage berechnet werden kann.

In der vorliegenden Studie wird die Deckelung auch einer *grundsätzlich-normativen Analyse* und Kritik unterzogen. Diese führen zu dem Ergebnis, dass die Budgetdeckelung im Widerspruch zu zentralen Grundsätzen des Sozialrechts und den zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik steht. Die gesetzliche Krankenversicherung wird getragen von dem Grundsatz, dass Versicherte einen Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen haben. Dieser Grundsatz hat eindeutig Vorrang auch gegenüber dem

Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Dementsprechend war bislang der Beitragssatz auch so zu bemessen, dass er die Finanzierung der medizinisch notwendigen Leistungen sicherstellt. Kann mit einem gegebenen Beitragssatz diese Finanzierung nicht sichergestellt werden, so verpflichtet das Sozialgesetzbuch die Krankenkassen dazu, ihren Beitragssatz zu erhöhen. Kommen sie dieser Pflicht nicht nach, hat die zuständige Aufsichtsbehörde eine Beitragssatzerhöhung anzuordnen. Im Zentrum der GKV steht somit nicht – wie vielfach in der Gesundheitspolitik behauptet – die Verpflichtung der GKV zu einer »einnahmeorientierten Ausgabenpolitik«, sondern die Pflicht zu einer »ausgabeorientierten Einnahmepolitik«.

Die Budgetdeckelung ist zudem hoch problematisch, weil sie den Keim eines gesetzlichen Auftrags zur Rationierung medizinischer Leistungen in sich birgt. Rationierung ist zwar gegenwärtig nicht expliziter Gesetzesauftrag, die Vorgabe einer Deckelung zielt aber auf die Umkehr der Zielhierarchie in der GKV: nicht die Bedarfsdeckung soll an erster Stelle stehen, sondern Stabilität der Beitragssätze.

Die Budgetdeckelung steht auch im Widerspruch zu den zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik. Nach § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) hat vorrangiges Ziel staatlicher Krankenhauspolitik die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sein. Da die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern eng mit ihrer wirtschaftlichen Sicherung zusammenhängt, erfordert die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung auch die wirtschaftliche Sicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser. Das dritte in § 1 KHG genannte Ziel, zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen, ist den anderen beiden Zielen eindeutig untergeordnet und wurde in einem Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts als »Nebenziel« klassifiziert. Die Budgetdeckelung ist dagegen im Kern auf eine Umkehr dieser Zielhierarchie gerichtet und will die Beitragssatzstabilität der GKV an die erste Stelle setzen.

Die Analyse der Budgetdeckelung schließt mit dem Verweis darauf, dass das zentrale Problem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht auf der Ausgabenseite, sondern auf der Einnahmeseite liegt. Seit langem hält die

Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder nicht mit dem volkswirtschaftlichen Wachstum Schritt, mit der Folge, dass die Einnahmegrundlage der GKV schrumpft. Soll Beitragssatzstabilität angestrebt werden, so ist es in erster Linie notwendig, die Einnahmesituation der Krankenkassen zu verbessern. Die Einnahmebasis müsste verbreitert und dauerhaft stabilisiert werden.

Die finanzielle Bedeutung der erodierenden Einnahmegrundlage der GKV für die Situation der Krankenhäuser kann an einer einfachen Modellrechnung verdeutlicht werden: Wäre der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2005 auf dem gleichen Niveau gewesen wie im Jahr 1996, hätten der GKV bei gleichem Beitragssatz wie 1996 ca. 10 % mehr Beitragseinnahmen zur Verfügung gestanden. Kumuliert über den Zeitraum 1996 bis 2005 ergibt sich eine Summe von ca. 60 Mrd. Euro. Damit hätten die Krankenkassen – vorausgesetzt die Mehreinnahmen wären in vollem Umfang in den Krankenhausbereich geflossen – jedem Krankenhaus im Jahr 2005 ein Jahresbudget zusätzlich auszahlen können, ohne dass sie ihren Beitragssatz auch nur um einen Zehntelprozentpunkt hätten erhöhen müssen.

Inhalt

Einleitung	8
Historischer Rückblick und Auswirkungen	10
Historischer Rückblick	10
Die 1. Phase (1993–1995): Ein Deckel mit Löchern	11
Die 2. Phase (1996–2002): Verschärfte Budgetdeckelung	12
Die 3. Phase (2003–2008): Einführung eines gedeckelten DRG-Systems	13
Auswirkungen der Budgetdeckelung	16
Keine dramatische Zunahme von Krankenhausschließungen	18
Reduzierung der Personalkosten als wichtigste Überlebensstrategie von Krankenhäusern	20
Stellenabbau trotz steigender Fallzahlen	21
Auswirkungen auf die Versorgungsqualität	23
Ausgaben steigen stärker als die Veränderungsrate nach § 71 SGB V: Die wichtigsten Gründe	25
Kritik der Budgetdeckelung	28
Eine technisch-funktionale Kritik der Budgetdeckelung	28
Das Problem der Vorhersagbarkeit zukünftiger beitragspflichtiger Einnahmen	28
Das zweistufige Deckelungsverfahren von 1993 bis 1998	28
Das Deckelungssystem ab 1999/2000	31
Weitere technisch-funktionale Einwände	32
Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied: Eine ungeeignete Orientierungsgröße	32
Einheitliche Veränderungsrate für finanzstarke und finanzschwache Kassen	32
Der willkürliche Charakter der Budgetdeckelung	34
Zwischenfazit	35
Eine grundsätzlich-normative Kritik der Budgetdeckelung	36
Zur Bedeutung des Bedarfsdeckungsprinzips in der GKV für die	
Deckelung der Krankenhausbudgets	36
Zur Verwendung der Begriffe ›Wirtschaftlichkeit‹ und ›Wirtschaftlichkeitsreserven‹	38
Die Zielhierarchie staatlicher Krankenhauspolitik und ihre Bedeutung für die Budgetdeckelung	41
Das Kernproblem der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Erosion der Einnahmegrundlage	43
Schlussbetrachtung	48
Literatur	50

Einleitung

Seit mehreren Monaten wird in Deutschland zunehmend kontrovers über die Deckelung der Krankenhausbudgets diskutiert. Hintergrund ist die anstehende Reform der Krankenhausfinanzierung, mit der ein neuer ›ordnungspolitischer Rahmen‹ für die Krankenhausversorgung ab 2009 festgelegt werden soll. Dieser neu zu justierende Rahmen muss auch eine Entscheidung darüber enthalten, ob die seit 1993 bestehende Deckelung der Krankenhausbudgets weitergeführt wird.

Während sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als auch die Gewerkschaft ver.di ein Ende der Deckelung fordern und darin von mehreren Landesregierungen unterstützt werden, scheint die politische Führung des BMG eine Fortsetzung der Budgetdeckelung anzustreben. Zwar hielt sich das BMG mit einer eindeutigen Aussage über die Zukunft der Budgetdeckelung in den vergangenen Monaten zurück, indirekt deuten die Stellungnahmen allerdings doch darauf hin, dass an eine Fortsetzung gedacht wird.

Der Ton der öffentlichen Auseinandersetzung wurde im Frühjahr 2008 insbesondere zwischen BMG und Deutscher Krankenhausgesellschaft zunehmend schärfer. So zeichnet die DKG die Lage der Krankenhäuser in zunehmend dramatischeren Farben, kritisiert eine »Unterfinanzierung« des Krankenhausbereichs und »fast aussichtslose Situation« vieler Krankenhäuser, die bereits zu offener »Rationierung« medizinischer Leistungen geführt habe (DKG 2008d). Die Veröffentlichung der GKV-Finanzergebnisse für das Jahr 2007 kommentierte sie mit »GKV saniert, Krankenhäuser ruiniert« (DKG 2008a) und weist darauf hin, dass zunehmend mehr Krankenhäuser »von Insolvenz bedroht« seien (DKG 2008c) und eine »Finanzierungskatastrophe« drohe, falls die »Kostenlawine« und »massiven Preissteigerungen« infolge des Tarifabschlusses 2008/2009 die Krankenhäuser ohne entsprechenden Ausgleich auf der Einnahmeseite »überrollt« (DKG 2008b). Die politische Führung des BMG wirft der DKG dagegen vor, »Schwarzmalerei« zu betreiben und zu Unrecht das »generalisierende ›Horror-Szenario‹ einer dahinsiechenden Krankenhauslandschaft« zu verbreiten (Caspers-Merk 2008). Auch von Seiten der Krankenkassen werden die Darstellungen der DKG als unberechtigte »Schwarzmalerei« zurückgewiesen, denn: »Noch nie war der Anteil

gesunder Krankenhäuser so hoch!« (VdAK/AEV 2008). Die zitierte Pressemitteilung des Ersatzkassenverbandes ist dementsprechend auch überschrieben mit: »Appell an die Krankenhäuser: Situation nicht schlechtreden – Patienten nicht verunsichern« (ebd.).

In der zunehmend emotional geführten Debatte dürfte es für unbeteiligte Beobachter und die interessierte Öffentlichkeit zunehmend schwieriger sein, sich ein von den streitenden Parteien unabhängiges Bild zu machen. Je mehr die Debatte emotionalisiert wird, desto mehr dürfte auch die Glaubwürdigkeit der betreffenden Akteure leiden. Die Vorwürfe der Deutschen Krankenhausgesellschaft als interessengeleitete »Schwarzmalerei« der Krankenhausträger abzutun, stößt allerdings auf das Problem, dass die Kritik an der Budgetdeckelung nicht nur von den Krankenhausträgern vorgetragen wird, sondern auch von Mitarbeitervertretungen der Krankenhäuser und der Gewerkschaft. So fordert die Gewerkschaft ver.di unmissverständlich: »Der Deckel muss weg!« (ver.di 2008).

Offenbar haben Zweifel an der Richtigkeit einer Fortsetzung der Budgetdeckelung auch bereits Abgeordnete der Regierungskoalition erreicht, zumindest sah sich die politische Führung des BMG veranlasst, am 2. April 2008 einen Brief an die Abgeordneten der CDU/CSU- und SPD-Bundestagsfraktionen zu schreiben, in dem ausführlich auf die Vorwürfe der DKG eingegangen und die Sicht des BMG zur Lage der Krankenhäuser dargelegt wurde (Caspers-Merk 2008).

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, sich mit dem Thema aus unabhängiger wissenschaftlicher Perspektive zu befassen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, auf Grundlage einer eingehenden Analyse der Thematik eine Bewertung der Budgetdeckelung im Krankenhausbereich vorzunehmen und Entscheidungsgrundlagen bereitzustellen für die anstehende Reform der Krankenhausfinanzierung.

Die Studie ist in zwei Teile untergliedert. Im ersten Teil wird ein historischer Rückblick auf mittlerweile sechzehn Jahre Budgetdeckelung vorgenommen, der auch die Auswirkungen der Deckelung mit einbezieht. Die Einbeziehung der Auswirkungen steht allerdings vor dem Problem, dass hierüber nur sehr wenige und sehr lückenhafte wissenschaftliche Erkenntnisse verfügbar sind. Eine Begleit-

forschung zu den Auswirkungen der geänderten Krankenhausfinanzierung wurde nur für den Zeitraum 1996 bis 1998 durchgeführt. Sie wurde jedoch vom BMG auf rein ökonomische Fragestellungen beschränkt, wie beispielsweise die Frage, welche Vergütungsformen wie viel Anteil an den Krankenhausbudgets hatten. Einen Auftrag des BMG oder der Spitzenverbände im Krankenhausbereich, die Auswirkungen auf die Arbeitssituation in Krankenhäusern und die Qualität der Patientenversorgung zu untersuchen, hat es im gesamten Zeitraum nicht gegeben. Dem unabhängigen Beobachter drängt sich die Frage auf, ob die genannten Akteure überhaupt an einer unabhängigen Untersuchung der Auswirkungen auf die Patientenversorgung interessiert sind.

Im zweiten Teil der Studie wird die Budgetdeckung zunächst einer technisch-funktionalen und daran anschließend einer grundsätzlich-normativen Analyse und Kritik unterzogen. Die technisch-funktionale Analyse zielt auf die Frage, ob mit einer Budgetdeckung, wie sie seit 1993 vorgegeben ist, überhaupt das angegebene Ziel der Beitragssatzstabilität erreichbar ist. Die grundsätzlich-normative Analyse geht der Frage nach, ob eine strikte Budgetdeckung mit zentralen Grundsätzen des Sozialrechts für diesen Bereich vereinbar ist.

Die Studie schließt mit einem Kapitel zu dem eigentlichen und zentralen Problem der gesetzlichen Krankenversicherung, der Erosion ihrer Einnahmegrundlage. Seit Anfang der 1980er Jahre hielt in der ehemaligen BRD die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, die sogenannte Grundlohnsumme, nicht mit der volkswirtschaftlichen Entwicklung Schritt. Der Prozess setzte sich auch im vereinten Deutschland fort. Der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen am Bruttoinlandsprodukt sank in der ehemaligen BRD seit ca. 25 Jahren und im vereinten Deutschland seit 1991 kontinuierlich ab. Eine einfache Modellrechnung kann zeigen, dass bei einem gleich bleibenden Anteil der Grundlohnsumme am Bruttoinlandsprodukt den Krankenhäusern erheblich mehr Mittel hätten zur Verfügung gestellt werden können, ohne dass die Krankenkassen ihre Beiträge hätten erhöhen müssen.

Historischer Rückblick und Auswirkungen

Historischer Rückblick

Seit sechzehn Jahren sind die Krankenhausbudgets der Anbindung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied unterworfen. Unter diesen sechzehn Jahren waren zudem fünf Jahre, in denen Krankenhausbudgets pauschal gekürzt wurden, so dass auch die ohnehin sehr niedrige Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nicht zum Tragen kam. Kürzungen erfolgten in den Jahren 1997, 1998 und 1999 um jeweils 1 Prozent und in den Jahren 2007 und 2008 insgesamt im Durchschnitt aller Krankenhäuser um 0,8 %.¹

Darauf hinzuweisen, dass es sich um einen insgesamt sehr langen Zeitraum der Deckelung handelt, ist keine »interessante Randnotiz«, sondern von hoher Bedeutung für die richtige Einschätzung und Bewertung der gegenwärtigen Situation des Krankenhausbereichs. Die gegenwärtige Lage der Krankenhäuser insgesamt ist nur zu verstehen, wenn man sie vor dem Hintergrund einer sechzehnjährigen Budgetdeckelung sieht. Viele der ge-

genwärtigen wirtschaftlichen Probleme und Defizite sind auch oder vor allem dieser über einen langen Zeitraum gehenden Begrenzung von Budgetzuwächsen geschuldet. Darauf wird an späterer Stelle näher eingegangen.

Zunächst soll die historische Entwicklung in ihren wichtigsten Schritten nachgezeichnet werden. Sechzehn Jahre sind ein langer Zeitraum und der Kreis derjenigen, die die Entwicklung seit 1993 aus eigener unmittelbarer Erfahrung oder interessierter externer Betrachtung verfolgt haben, dürfte nicht zuletzt durch das sukzessive Ausscheiden damaliger Führungskräfte aus Altersgründen mittlerweile relativ klein geworden sein.

Der Rückblick erfolgt entlang einer Phaseneinteilung, die sich an gesetzgeberischen Interventionen orientiert, die für die Budgetdeckelung von besonderer Bedeutung waren. Die Darstellung kann dabei nur einen relativ groben oberflächlichen Überblick bieten und nicht in die zahlreichen Details und Feinheiten der Regelungsmaterie einsteigen. Das Krankenhausfinanzierungsrecht enthält für den Zeitraum 1993 bis 2008 eine auch für Experten letztlich nicht mehr überschaubare Fülle an Einzelregelungen, die zudem teilweise nur eine »Halbwertszeit« von einem Jahr oder sogar weniger aufweisen. Für einen ausführlicheren Überblick über die Entwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts seit 1993 sei hier auf einschlägige Fachliteratur verwiesen (u.a. Tuschen/Quaas 1998; Tuschen/Trefz 2004).

¹ Das Volumen von –0,8 % in den Jahren 2007 und 2008 ergibt sich aus drei Teilkürzungen: Eine Kürzung der Krankenhausrechnungen um pauschal 0,5 %, die Absenkung des Mindererlösausgleichs von 40 % auf 20 % (0,2 %) und die Streichung der Rückzahlungspflicht der Kassen für in den Jahren 2004 und 2005 nicht verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung (0,1 %). Die Angaben des jeweiligen Volumens der drei Teilkürzungen basieren auf der amtlichen Begründung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (BT-Drs. 16/3100: 194). Ursprünglich sollte der »Sanierungsbeitrag« der Krankenhäuser bei 1 % Gesamtvolumen liegen. Im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde die pauschale Kürzung der Krankenhausrechnungen jedoch von ursprünglich 0,7 % auf 0,5 % herabgesetzt, so dass sich insgesamt ein Volumen von 0,8 % ergibt. Das Volumen ist in seiner Summe folglich höher als die in den letzten Monaten vielfach in Pressemitteilungen und Medienberichten genannten 0,5 %. Die häufig zu lesende Darstellung, dass von den für 2008 vorgegebenen 0,64 % Veränderungsrate nach § 71 SGB V nur 0,14 % verbleiben würden, dürfte demnach die Lage nicht zutreffend wiedergeben. Rechnet man die Steigerungsrate von +0,64 % und die Gesamtkürzung von –0,8 % gegeneinander auf, so ergibt dies für den Krankenhausbereich insgesamt eine Kürzung von –0,16 % gegenüber dem Vorjahr. Allerdings handelt es sich bei der Absenkung des Mindererlösausgleichs nicht um eine direkte Kürzung, wohl aber um eine Minderung des Finanzvolumens, das den Krankenhäusern 2007 und 2008 zur Verfügung stand bzw. steht. Die Streichung der Rückzahlungspflicht für nicht verbrauchte Mittel aus der IV-Anschubfinanzierung stellt dagegen eine Kürzung dar, weil die von den Kassen nicht mehr zurückzahlenden Mittel in vorhergehenden Jahren von den Krankenhäusern einbehalten wurden.

Die 1. Phase (1993–1995): Ein Deckel mit Löchern

Der Einstieg in die Deckelung erfolgte mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zum 1.1.1993. Nicht nur die Krankenhausbudgets wurden der Deckelung unterworfen, sondern auch die Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung. Damaliger Gesundheitsminister war Horst Seehofer (CSU) und die Initiative zu einer strikten Anbindung der Vergütungen an die beitragspflichtigen Einnahmen ging von der CDU/CSU-Fraktion aus (zu Entstehung und Inhalten des GSG vgl. Simon 2000). Da die damalige Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP zwar über eine Mehrheit im Bundestag, nicht aber im Bundesrat verfügte, musste sie den Kompromiss mit der SPD suchen. Das GSG wurde in seiner endgültigen Fassung darum erst nach langwierigen Verhandlungen zwischen den Regierungsparteien sowie Vertretern der SPD-Bundestagsfraktion und der SPD-Länderregierungen gemeinsam von Regierung und SPD-Opposition beschlossen.

Die Deckelung sollte zunächst – so die ausdrückliche Zusage der Regierung – nur für die Jahre 1993, 1994 und 1995 gelten.² Die Begrenzung der Budgets war keineswegs strikt, sondern enthielt zahlreiche Ausnahmeregelungen und kann darum im bildhaften Vergleich als ein »Deckel mit Löchern« bezeichnet werden (zu den Ausnahmeregelungen vgl. u.a. BMGS 1993; Tuschen/Bechtholdt 1993). Dies war dem Umstand geschuldet, dass eine absolut strikte und ausnahmslose Begrenzung der Krankenhausbudgets auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen mit Grundsätzen des Krankenhausrechts sowie anderen Teilen des GSG nicht vereinbar war.

Exemplarisch sei hier auf die Ausgleiche für Mehr- und Mindererlöse der Vorjahre verwiesen, die auch schon das Finanzierungsrecht der Bundespflegesatzverordnung von 1986 kannte. Ein anders Problem war die bereits

1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung mit dem darin enthaltenen Anspruch auf Finanzierung des Personalmehrbedarfs, der sich aus der Anwendung dieser Rechtsvorschrift ergab. Gleiches galt auch für die Pflegepersonalregelung (PPR), die Teil des GSG war. Die PPR enthielt Vorschriften für die Ermittlung und Vereinbarung von Stellen für den allgemeinen Pflegedienst der Krankenhäuser (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995; Simon 1993). Sie war die Antwort der damaligen Bundesregierung auf eine breite öffentliche Diskussion seit Ende der 1980er Jahre über einen »Pflegenotstand« in Krankenhäusern (Alber 1990; Bartholomeyczik 1993; Mergner 1990; Schmidbauer 1992).

Die zahlreichen Ausnahmeregelungen trugen denn auch dazu bei, dass in den Jahren 1993 bis 1995 die Budgets und Gesamtausgaben für Krankenhäuser deutlich stärker stiegen als die vom BMG vorausgeschätzte Veränderungsrate. Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass in dieser ersten Deckelungsphase Kostensteigerungen auf Grund von Vereinbarungen der Tarifvertragsparteien über die Vergütungen weitgehend erstattet wurden.

² Die Budgetdeckelung war nach Darstellung des Gesundheitsministers »eine Sofortbremsung, die verhindert, daß sich ab 1993 die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen weiter auseinanderentwickelt. Dies heißt konkret, daß wir zeitlich befristet – nicht, wie oft behauptet wird, unbefristet – im Gesetz dafür sorgen, daß sich die Pflegesätze im Krankenhaus und die Arzthonorare 1993, 1994 und 1995 nicht stärker als die Löhne und Gehälter der Beschäftigten nach oben entwickeln können« (Horst Seehofer, 1. Lesung des GSG, 11. September 1992, BT-PlPr. 12/105: 8991).

Die 2. Phase (1996–2002): Verschärfte Budgetdeckelung

Entgegen der festen Zusage der Bundesregierung wurde die Deckelung über das Jahr 1995 hinaus fortgesetzt und zudem verschärft durch die Schließung wichtiger ›Löcher‹. Eine der wichtigsten Maßnahmen in diesem Zusammenhang war sicherlich die Aussetzung der PPR im Jahr 1996 und direkt anschließend ihre Aufhebung zum 1. Januar 1997 (Simon 1995). Über die Verschärfung der Deckelung hinaus wurde zur kurzfristigen Entlastung der Krankenkassen im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes 1996 eine pauschale Kürzung der Krankenhausbudgets um 1 % für die Jahre 1997, 1998 und 1999 beschlossen (Art. 1 Beitragsentlastungsgesetz).

Eine weitere bedeutsame Verschärfung war die Herabsetzung des Anspruchs auf Deckung zusätzlicher Personalkosten durch Tarifsteigerungen. Durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz wurde er ab 1997 auf ein Drittel der Differenz zwischen linearer BAT-Erhöhung und der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder begrenzt. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 setzte den Anspruch auf 50 % der Differenz fest, allerdings bestand kein genereller Anspruch, denn die Refinanzierung durfte nur erfolgen, »soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen« (§ 6 Abs. 3 BPflV). Die Krankenhäuser standen in einer nur schwierig zu erfüllenden Beweispflicht und konnten entsprechende Vereinbarungen zur Refinanzierung nur sehr selten erreichen (Schmidt/Flöttmann 2003a; Tuschen/Trefz 2004: 48). In der Folge öffnete sich eine so genannte »BAT-Schere« (Schmidt/Flöttmann 2003a, 2003b). Die Differenz zwischen tatsächlichen Personalkostensteigerungen und Refinanzierungen durch die Krankenkassen wurde zunehmend größer.³

Dies in Erinnerung zu bringen ist insofern von Bedeutung, als Krankenhäuser besonders personalintensive Organisationen sind. Wenn Unternehmen, deren Betriebskosten im Durchschnitt zu ca. zwei Drittel aus Personalkosten bestehen, Mehrkosten auf Grund von Tarifierhöhungen nicht über die Erlöse refinanzieren können, werden sie dadurch

gezwungen, Personalkosten zu reduzieren, um wirtschaftlich überleben zu können. Dafür stehen grundsätzlich zwei Ansatzpunkte zur Verfügung: die Mengenkomponente und die Preiskomponente. Beide Ansatzpunkte wurden ab 1996 von immer mehr Krankenhäusern in zunehmendem Maße genutzt (Simon 2007c, 2008).

Als Reaktion auf die Verschärfung der Budgetdeckelung und Budgetkürzungen wurde ab 1996 in erheblichem Maße Personal abgebaut. Betroffen waren in erster Linie die Wirtschafts- und Versorgungsdienste, klinisches Hauspersonal (z.B. Reinigungsdienste) sowie der Pflegedienst (Simon 2007c, 2008). Im Zeitraum zwischen Anfang 1996 und Ende 2006 wurden in deutschen Krankenhäusern insgesamt 95.650 Vollzeitstellen abgebaut. Der Stellenabbau traf allerdings nicht alle Berufsgruppen in gleichem Umfang. Während im ärztlichen Dienst in dieser Zeit 22.125 Stellen neu hinzukamen, wurden in den nichtärztlichen Diensten 117.774 Stellen gestrichen (s. Tab., S 20),. allein im Pflegedienst waren es 51.243.

³ Einen Überblick über alle Tarifabschlüsse im Krankenhausbereich zwischen 1992 und 2003 bieten Schmidt/Flöttman (2003a: 209).

Die 3. Phase (2003–2008): Einführung eines gedeckelten DRG-Systems

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde der Grundsatzbeschluss für die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes DRG-Fallpauschalensystem getroffen. (DRG= Diagnosis Related Groups) Spätestens nach Verabschiedung des Fallpauschalengesetzes 2002 begann in vielen Kliniken die Vorbereitung auf ein DRG-System, das die Krankenhäuser – so die politische Zielvorgabe – in »Gewinner« und »Verlierer« aufteilen sollte (Baum/Tuschen 2000).

Primäres Ziel der Einführung von DRG-Fallpauschalen war nicht die Senkung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung insgesamt, sondern eine Umverteilung der Finanzmittel unter den Krankenhäusern. Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen Fallkosten (Verlierer) sollten – vereinfacht dargestellt – durch die Angleichung der krankenhausspezifischen Basisfallwerte an landesweite Durchschnittskosten (Landesbasisfallwert) Budgetanteile verlieren, die an Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Fallkosten (Gewinner) verteilt werden.

Damit die Umstellung auf ein umfassendes Fallpauschalensystem nicht zu unkalkulierbaren Ausgabenrisiken für die Krankenkassen führt, blieb der Deckel auf dem Ganzen erhalten. Allerdings waren in den Jahren 2002 bis 2004 die Budgets der einzelnen Krankenhäuser nicht unmittelbar der Deckelung unterworfen. Die Anbindung an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen war nur für die auf Landesebene zwischen den Landeskrankenhausesgesellschaften und Landesverbänden der GKV zu vereinbarenden »Landesbasisfallwerte« vorgegeben (§ 10 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz). Verschiedene andere Teilregelungen der Krankenhausfinanzierung liefen aber faktisch sehr wohl auf eine Anbindung der Krankenhausbudgets an die beitragspflichtigen Einnahmen hinaus. Ab 2005 wurden sie auch unmittelbar wieder der Anbindung an die Veränderungsrate nach § 71 SGB V unterworfen (§ 4 Abs. 4 Krankenhausentgeltgesetz, i.d.F.d. Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes).

Die Einführung des DRG-Systems begann im Jahr 2003 mit einer zunächst nur freiwilligen Anwendung der DRG-Fallpauschalen, im Jahr 2004 war die Abrechnung mit

DRG-Fallpauschalen für alle Krankenhäuser verpflichtend und seit 2005 wird der zunächst krankenhausspezifische Basisfallwert jedes Krankenhauses schrittweise an einen landesweit einheitlichen »Landesbasisfallwert« angeglichen (zur Einführung in das DRG-System vgl. u.a. Metzger 2004; Simon 2007b; Tuschen/Trefz 2004).

Die Einführung des DRG-Systems war zudem mit zusätzlichen Verschärfungen der Deckelung und pauschalen Budgetkürzungen für Krankenhäuser verbunden. Das Fallpauschalengesetz war kaum in Kraft getreten, da reagierte die Regierung auf erneute Defizite der Krankenkassen mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz (Schmidt/Flöttmann 2003b; Tuschen/Trefz 2004). In Artikel 5 dieses Gesetzes wurde eine Nullrunde für alle Krankenhäuser verfügt. »Nullrunde« bedeutete, dass die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 SGB V durch Gesetzesbeschluss auf Null gesetzt wurde. Ausgenommen waren lediglich Krankenhäuser, die bereits 2003 auf die Abrechnung mit DRG-Fallpauschalen umsteigen wollten (die sogenannten »Optionskrankenhäuser«).

In den Jahren 2004, 2005 und 2006 galt die Veränderungsrate zwar uneingeschränkt, sie lag aber für das gesamte Bundesgebiet deutlich unter 1 % und war damit in der Regel nicht ausreichend, um unabwendbare Kostensteigerungen sowohl bei den Sachkosten als auch bei den Personalkosten aus dem mit den Krankenkassen vereinbarten Budget zu finanzieren.

In den Jahren 2007 und 2008 wurde darüber hinaus eine erneute pauschale Kürzung verfügt, bestehend aus drei Teilkürzungen, die nach Schätzung des BMG insgesamt ein Volumen von –0,8 % ausmachen. Rechnet man die beiden Veränderungsrate nach § 71 SGB V für das gesamte Bundesgebiet gegen die Kürzung um –0,8 % auf, so verbleibt für 2007 eine Veränderungsrate von –0,4 % und für 2008 eine Veränderungsrate in Höhe von –0,16 %.⁴ Auch ohne genaue Kenntnis der Ergebnisse von Tarifvertragsverhandlungen und Preissteigerungen im Sachmittelbereich dürfte es auf der Hand liegen, dass für gesetzlich zugestandene Budgeterhöhungen von 0,17 % (2004), 0,38 % (2005) und 0,63 % (2006) –0,4 %

⁴ Veränderungsrate nach § 71 SGB V für 2007: +0,4 %; Kürzung: –0,8 %; Veränderungsrate nach § 71 SGB V für 2008: +0,64 %; Kürzung: –0,8 %

und –0,16 % für die Deckung der gestiegenen Personal- und Sachkosten nicht ausreichen.

Wenn dennoch viele Krankenhäuser ein ausgeglichenes Betriebsergebnis erreichten, so lag es nicht daran, dass diese Veränderungsraten auskömmlich waren, sondern an anderen Faktoren:

- In zahlreichen Kliniken wurde das zumeist ohnehin bereits rigorose Sparregime noch einmal verschärft. Auf das Spektrum der verschiedenen Maßnahmen wird an späterer Stelle eingegangen.
- Durch die ›Scharfschaltung‹ des DRG-Systems änderte sich die Situation für all diejenigen Krankenhäuser, deren durchschnittliche Fallkosten (Basisfallwert) unter den Landesbasisfallwerten lagen. Sie erhielten ab dem 1.1.2005 für ihre Leistungen höhere Vergütungen, ohne dass sich an der Art und Qualität der Leistungen irgendetwas geändert haben musste. Die angesprochene Umverteilung bescherte ihnen Mehrerlöse ohne eigene Anstrengung. In den ersten Jahren waren es vielfach kleine und sehr kleine Kliniken, die davon profitierten, dass das System noch erhebliche Mängel aufwies, beispielsweise weil die sehr kostenintensiven Leistungen der Universitätsmedizin nicht adäquat abgebildet wurden. Durch unzureichend kalkulierte und nicht ausreichend kostenhomogene Fallgruppen floss ein Teil des Geldes, das eigentlich den Krankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung zustand, in diese kleinen Spezialkliniken (zu Problembereichen des DRG-Systems vgl. u.a. Billing et al. 2004; Drösler/Schwenger-Holst 2003; Heumann 2005; Knorr/Kraemer 2006; Mohr 2005; Roeder 2003, 2004, 2005).
- Bei einem weiteren Teil der Krankenhäuser trug die Kombination zuvor genannter Faktoren zur Verbesserung des Betriebsergebnisses bei. Dies dürften vor allem solche Krankenhäuser sein, die als ›Verlierer‹ mit überdurchschnittlichen Basisfallwerten und daraus resultierenden Defiziten in das System hineingegangen sind und durch teilweise erhebliche Kostenreduzierungen ihren Basisfallwert unter den Landesbasisfallwert senken konnten.
- Wieder ein anderer Teil von Krankenhäusern erreichte eine Verbesserung zumindest zum Teil durch den sogenannten ›Katalogeffekt‹. Durch die jährlichen Verände-

rungen des DRG-Fallpauschalenkataloges und dadurch vollzogene Neujustierungen von Fallgruppen und Bewertungsrelationen wurde ihr Leistungsspektrum ohne eigenes Zutun allein auf Grund der Katalogänderungen höher bewertet, mit dem Ergebnis, dass sie für gleiche Leistungen wie im Vorjahr ein höheres Entgelt erhielten (Friedrich/Leclerque/Paschen 2007).

Es soll hier nicht näher auf all die Systemzusammenhänge eingegangen werden, die die Umverteilung bewirkten und beeinflussten und immer noch bewirken, sondern nur auf die Tatsache der Umverteilung deutlich hingewiesen werden. Dies erscheint insofern wichtig, als die politische Führung des BMG und auch andere Akteure der Gesundheitspolitik hier einem Irrtum erliegen beziehungsweise eine irreführende Vermischung vornehmen.

Die Tatsache, dass in den letzten Jahren (seit 2005) ein Teil der Krankenhäuser trotz Budgetdeckelung und sehr niedriger Veränderungsraten ein ausgeglichenes Betriebsergebnis oder sogar Überschüsse erzielten, kann nicht als Beleg für die These verwendet werden, die Deckelung sei offenbar doch nicht so dramatisch und die Lage der Krankenhäuser sei insgesamt so gut wie noch nie (so bspw. VdAK/AEV 2008). Es ist davon auszugehen, dass es sich bei Krankenhäusern mit Überschüssen zumeist entweder um ›Gewinner‹ der Umverteilung durch das DRG-System handelt oder um Kliniken, die durch erhebliche Kostenreduzierungen trotz Budgetabsenkung und Deckelung ein positives Jahresergebnis erreichten. Diese Kostenreduzierungen waren zumeist nur dadurch zu erreichen, dass in erheblichem Umfang Personalstellen abgebaut und Teile der Belegschaften im Rahmen von Ausgründungen in den Niedriglohnbereich verlagert wurden.

Für ›Gewinner‹ der Umverteilung hat sich der ökonomische Druck durch die Budgetdeckelung gelockert, da sie auf Grund der ihnen im Rahmen der Konvergenz zugesprochenen Erhöhung von Vergütungen Budgetzuwächse erzielten, die über der gesetzlich vorgegebenen Veränderungsrate lagen. Es muss bei der Bewertung der daraus resultierenden Überschüsse allerdings bedacht werden, dass der Preis für diese ›Entspannung‹ auf Seiten der Gewinner die Verschärfung des Kostendrucks auf Seiten der ›Verlierer‹ ist. Die ›Verlierer‹ zahlen mit ihren Bud-

getkürzungen die Budgetsteigerungen und Überschüsse der ›Gewinner‹.

Rückblickend wäre es aus Sicht vieler Krankenhäuser sicherlich wünschenswert gewesen, wenn das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) in der Aufbereitung der Ergebnisse seiner jährlichen Umfragen, dem Krankenhaus-Barometer, deutlicher auf diese Zusammenhänge hingewiesen hätte. Ohne Hinweis auf die zuvor dargelegten Zusammenhänge ist beispielsweise die Feststellung, dass im Jahr 2007 immerhin 55,3 % der befragten Krankenhäuser einen Jahresüberschuss erzielten und auch für 2007 knapp 40 % der Kliniken ein positives Betriebsergebnis erwarteten (DKI 2007: 77), schwierig mit der Kritik der Krankenhäuser an der Budgetdeckelung in Einklang zu bringen. Diese Zahlen laden geradezu dazu ein, den Krankenhäusern vorzuhalten, die Deckelung könne angesichts dieser Daten offenbar nicht so dramatische Auswirkungen haben, wie von der Krankenhauseite behauptet (Caspers-Merk 2008; VdAK/AEV 2008).⁵

Die Überschüsse von ›Gewinnerkrankenhäusern‹ als Indikator für höhere Wirtschaftlichkeit anzusehen, wie dies sowohl in der Politik als auch den Medien weit verbreitet ist, wird den tatsächlichen Funktionsmechanismen des DRG-Systems nicht gerecht. Das BMG selbst bezeichnet das DRG-System als »lernendes System« und räumt damit im Grunde ein, dass es auch nach mehreren Jahren der Anwendung und Weiterentwicklung immer noch nicht ausgereift ist. Ohne hier in die Tiefe gehen zu wollen, sei nur daran erinnert, dass beim Start des DRG-Systems die Leistungen der universitären Hochleistungsmedizin vollkommen unzureichend abgebildet waren und dies dazu führte, dass Universitätskliniken zum Teil weit überdurchschnittliche Basisfallwerte aufwiesen und dadurch

zunächst überwiegend zu Verlierern der Umstellung wurden (Billing et al. 2005; Billing/Thalhammer/Pflaum 2003; Hansen/Braun 2003; Roeder 2003, 2004; Roeder/Schick 2003; Strehl 2004). Spiegelbildlich waren die Leistungen der kleinen und kleinsten Krankenhäuser offensichtlich überbewertet, was diese Kliniken überproportional oft zu ›Gewinnern‹ machte.

In Anbetracht der aus der Einführung des DRG-Systems resultierenden Konsequenzen erscheint das Label »lernendes System« als Euphemismus. Auch wenn dies gegenwärtig nicht im Zentrum der Diskussion steht, wird in absehbarer Zeit sehr wohl die Frage zu diskutieren sein, ob die ›Scharfschaltung‹ eines offensichtlich unausgereiften DRG-Systems wirklich zu verantworten war. Es geht hier nicht um ein virtuelles Computerspiel oder eine neue Runde ›Monopoly‹, sondern um tief greifende Eingriffe der Politik in einen gesellschaftlichen Funktionsbereich, der – durchaus in Analogie zur Medizin zu sehen – erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder sogar ernsthafte und dauerhafte Schädigungen des ›Patienten‹ zur Folge haben kann.

⁵ So die Staatssekretärin des BMG, Caspers-Merk, in einem Schreiben vom 2. April 2008 an die Parlamentarier von CDU/CSU und SPD: »Die Schwarzmalerei der DKG mit ihren drastischen und pauschalen Zuspitzungen ist einer sachlichen Diskussion eher abträglich. Schon das von der Krankenhauseite selbst herausgegebene Krankenhaus-Barometer 2007 zeichnet ein differenzierteres Bild der Lage der Krankenhäuser. Im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen stellt sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser eher besser als schlechter dar. Danach ist erkennbar, dass im Jahr 2006 55 % der Krankenhäuser Überschüsse und 15 % der Häuser ein ausgeglichenes Ergebnis erzielten.« (Caspers-Merk 2008: 2)

Auswirkungen der Budgetdeckelung

Im Zentrum der Sparregime in Krankenhäusern, mit denen versucht wurde, das wirtschaftliche Überleben unter den Bedingungen einer verschärften Deckelung und eines »scharf geschalteten« DRG-Systems zu sichern, standen in der Regel die Personalkosten. Sie machen ca. zwei Drittel der Krankenhauskosten aus. An dieser Stelle soll nur ein kurzer Überblick über Maßnahmen zur Reduzierung von Personalkosten gegeben werden. Näheres ist der einschlägigen Fachliteratur der letzten fünfzehneinhalb Jahre zu entnehmen (vgl. u.a. DKI 2002a, 2003: 24 ff., 2004: 30 ff.; Lauterbach et al. 2004).

Wie bereits angesprochen, können Maßnahmen der Personalkostenreduzierung an der Mengenkomponente und der Preiskomponente ansetzen. Maßnahmen, die an der Preiskomponente ansetzen, waren in den vergangenen Jahren (und sind es weiterhin) unter anderem:

- Outsourcing oder Ausgründung von Betriebsteilen und Ersetzen der selbst erbrachten Dienstleistungen durch extern bezogene Dienstleistungen,
- Kürzung übertariflicher Zahlungen, Durchsetzung betrieblicher Vereinbarungen zur Streichung von Gehaltsbestandteilen (z.B. des Urlaubsgeldes oder des 13. Monatsgehaltes),
- Abschluss eines Notlagentarifvertrages mit zeitlich befristeten Gehaltskürzungen zur Überwindung einer aktuellen wirtschaftlichen Notlage des Unternehmens,
- Ausstieg aus dem öffentlichen Tarifgefüge durch Austritt aus dem entsprechenden Arbeitgeberverband,
- Abschluss eines Haustarifvertrages, der im Gesamtvolumen zu einer Kostenentlastung des Krankenhauses führt oder
- Beibehaltung eines tariflosen Zustandes, in dem Arbeitsverträge und Gehälter individuell zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ausgehandelt werden.

Ansatzpunkte für eine Kostenentlastung durch Mengenreduzierung waren (und sind):

- zeitlich befristete Wiederbesetzungssperren für frei werdende Stellen,
- Umwandlung unbefristeter Arbeitsverhältnisse in befristete Beschäftigungen,

- Umwandlung von Vollzeitbeschäftigungen in Teilzeitbeschäftigungen,
- schrittweiser Abbau von Stellen durch die dauerhafte Nichtbesetzung frei werdender Stelle
- Ersetzung fester Beschäftigungen durch Leiharbeit, insbesondere im Pflegedienst
- und als letzter Schritt auch betriebsbedingte Kündigungen, wenngleich – allem Anschein nach – insgesamt in geringem Umfang.

Über das tatsächliche Ausmaß der meisten dieser Maßnahmen liegen nur unvollständige und nicht repräsentative Daten vor. Insgesamt ist das Wissen über die Auswirkungen der Deckelung auf den Krankenhausbereich sehr lückenhaft und unbefriedigend. Zwar liegen mittlerweile Längsschnittdaten aus mehreren Befragungen zu den Auswirkungen von Deckelung und DRG-System vor, diese können aufgrund des Studiendesigns aber keine verlässlichen Ergebnisse zu den Auswirkungen auf die ökonomische Situation der Krankenhäuser und vor allem nicht auf die Qualität der Patientenversorgung liefern.⁶ Mit schriftlichen Befragungen oder qualitativen Interviews zu diesen Themen können letztlich nur Wahrnehmungen und Interpretationsmuster von Befragten erhoben werden. Befragungen von Krankenhausleitungen zu den ökonomischen Auswirkungen stehen zudem unter dem Vorbehalt, dass ihre Antworten durch eigene Interessen beeinflusst sein können. Schließlich kritisieren die Verbände der Krankenhausträger und Krankenhausleitungen seit langem die Budgetdeckelung und fordern deren Abschaffung.

Um sich ein umfassendes und repräsentatives Bild von den vielfältigen Entwicklungen im Krankenhausbe-

⁶ Seit dem Jahr 2000 befragt das Deutsche Krankenhausinstitut jährlich die Krankenhausleitungen zur Lage der Krankenhäuser (»Krankenhaus-Barometer«). Für die Jahre 2004, 2005 und 2006 hat die AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) eine eigene Befragung von Krankenhausleitungen zur Lage der Krankenhäuser durchgeführt (AG-Krankenhauswesen 2004, 2005, 2006; DKI 2000a, 2000b, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b, 2002c, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007). Im Rahmen eines unabhängigen sozialwissenschaftlichen Forschungsprojektes wurde eine Auswahl von Pflegekräften (2003, 2006) und Krankenhausärzten (2004, 2005) zu den Auswirkungen des DRG-Systems befragt (Braun/Kühn/Rosenbrock 2006; Braun/Müller 2003, 2005; Braun/Müller/Timm 2004; Buhr/Klinke 2006a, 2006b).

reich und den sehr komplexen Auswirkungen von Budgetdeckelung und DRG-System machen zu können, reichen die bisherigen Untersuchungen jedoch nicht aus. Letztlich wäre eine unabhängige wissenschaftliche Forschung notwendig, die mit entsprechenden Designs versuchen würde, repräsentative Daten des Krankenhausbereichs zu erheben und ein wirklichkeitsnahes Bild der Entwicklungen nachzuzeichnen. Die Notwendigkeit, die Wirkungen einschneidender Veränderungen der Krankenhausfinanzierung wissenschaftlich evaluieren zu lassen, ist nicht neu. Der erste, 1996 gestartete Versuch der Umstellung auf ein Fallpauschalensystem sollte bereits durch eine wissenschaftliche Begleitforschung untersucht werden. Eine entsprechende Vorgabe war in der Bundespflegesatzverordnung 1996 enthalten. Entgegen des gesetzgeberischen Auftrags wurde diese »Begleitforschung« allerdings auf rein ökonomische Fragen beschränkt. Das BMG war als Auftraggeber nicht bereit, einen Forschungsauftrag auch für die Untersuchung der Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung zu erteilen und beendete die Begleitforschung vorzeitig (DKI 1999: 15).

Auch die Auswirkungen der Einführung des DRG-Systems sollten durch eine unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung untersucht werden. Der Gesetzgeber verpflichtete 2002 die Spitzenverbände des Krankenhausbereichs dazu, entsprechende Forschungsaufträge aususchreiben und insbesondere die Veränderungen der Versorgungsstrukturen und die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Qualität der Versorgung beobachten zu lassen (§ 17b Abs. 8 KHG). Erste Ergebnisse der Begleitforschung hätten im Jahr 2005 veröffentlicht werden sollen. Bislang sind derartige Forschungsaufträge nicht ausgeschrieben worden und es konnten dementsprechend auch keine Ergebnisse vorgestellt werden. Es gibt bisher lediglich eine Aufbereitung von Leistungsdaten der Krankenhäuser, die diese gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz in den Jahren 2005 und 2006 an das InEK geliefert haben (InEK o.J.). Diese Datenzusammenstellung kann eine eigenständige »Begleitforschung« aber nicht ersetzen.

Es hat den Anschein, als ob die Spitzenverbände im Krankenhausbereich kein ernsthaftes Interesse daran haben zu erfahren, wie sich die Änderungen der Krankenhausfinanzierung auf die Qualität der Krankenhausver-

sorgung ausgewirkt haben. Auch das BMG sah bislang offensichtlich noch keinen Handlungsbedarf für eine eigene Initiative, um auf dem Wege einer Ersatzvornahme, beispielsweise durch eine entsprechende Verordnung, diese Begleitforschung endlich in die Wege zu leiten.

Es bleibt letztlich nur der Blick in die amtliche Krankenhausstatistik, will man verlässliche, den gesamten Krankenhausbereich abbildende Daten zu den Veränderungen seit Anfang der 1990er Jahre erhalten. Was man dort findet, ist allerdings von sehr eingeschränkter Aussagekraft, da auf relativ wenige Datenbereiche beschränkt. Dennoch besitzt die amtliche Statistik gegenüber anderen Datenquellen einen gewichtigen Vorteil: es handelt sich um eine Vollerhebung aller Krankenhäuser mit gesetzlicher Pflicht zur Datenlieferung. Systematische Verzerrungen, wie sie sich bei schriftlichen und mündlichen Befragungen durch die Auswahl der Befragten und deren unterschiedliche Antwortbereitschaft ergeben können, dürften dort ausgeschlossen sein.

Für die hier diskutierte Thematik bietet die Krankenhausstatistik verwertbare Daten vor allem zur Zahl der Krankenhäuser und Betten sowie zu Leistungskennzahlen, Personalanzahl und Personalqualifikation.

Keine dramatische Zunahme von Krankenhausschließungen

Die Betrachtung der Daten zur Zahl der Krankenhäuser und Betten zeigt zunächst einmal, dass die Zahl der Krankenhäuser insgesamt von 1991 bis 2006 um 307 oder 12,7 % zurückgegangen ist (Tab. 1). Es wäre jedoch voreilig, daraus zu schlussfolgern, dass es sich dabei in allen Fällen um Krankenhausschließungen handelte. In der angegebenen Zahl ist eine unbekannte Zahl von Krankenhausfusionen enthalten, die – folgt man den zahlreichen Berichten in der Tagespresse und Fachliteratur – ungefähr seit dem Jahr 2000 deutlich zugenommen hat. Die Zahl tatsächlicher Schließungen dürfte somit weit unter 300 liegen.

Die Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser ist für die krankenhauspolitische Diskussion insofern interessant,

weil mit den gesetzgeberischen Interventionen seit 1991 auch das Ziel verfolgt wurde, »Überkapazitäten« zu beseitigen, die nach Einschätzung des BMG und der Krankenkassen seit Jahrzehnten im Krankenhausbereich bestehen (vgl. u.a. Arnold/Paffrath 1998; Gerdemann 1994). Vergleicht man jedoch die Entwicklung der Jahre 1991 bis 2006 mit der zwischen 1975 und 1989, so zeigt sich, dass im Vergleichszeitraum seit 1975 mit insgesamt –12,5 % offenbar mehr Krankenhäuser geschlossen wurden als nach 1991.

Dies nährt Zweifel daran, dass mit dem Instrument der Krankenhausfinanzierung die gewünschte Kapazitätsreduzierung zu erreichen ist. Im Vergleichszeitraum 1975 bis 1989 wurden Krankenhausschließungen, davon kann wohl ausgegangen werden, nicht über Budgetkürzungen und Budgetumverteilungen (DRG-System) erreicht, son-

Tabelle 1: Krankenhäuser nach Trägerschaft

	Krankenhäuser insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser	nach Trägerschaft			Sonstige Krankenhäuser
		insgesamt	öff.	freigem.	private	
1991	2.411	2.164	996	838	330	247
1992	2.381	2.145	959	845	341	236
1993	2.354	2.112	917	847	348	242
1994	2.337	2.089	876	848	365	248
1995	2.325	2.081	863	845	373	244
1996	2.269	2.040	831	835	374	229
1997	2.258	2.020	818	820	382	238
1998	2.263	2.030	788	823	419	233
1999	2.252	2.014	753	832	429	238
2000	2.242	2.003	744	813	446	239
2001	2.240	1.995	723	804	468	245
2002	2.221	1.898	712	758	428	323
2003	2.197	1.868	689	737	442	329
2004	2.166	1.827	671	712	444	339
2005	2.139	1.846	647	712	487	293
2006	2.104	1.817	617	696	504	287
1991-2006						
Anzahl	-307	-347	-379	-142	174	40
in %	-12,7	-16,0	-38,1	-16,9	52,7	16,2
1991-1995						
Anzahl	-86	-83	-133	7	43	-3
in %	-3,6	-3,8	-13,4	0,8	13,0	-1,2
1995-2000						
Anzahl	-83	-78	-119	-32	73	-5
in %	-3,6	-3,7	-13,8	-3,8	19,6	-2,0
2000-2006						
Anzahl	-138	-186	-127	-117	58	48
in %	-6,2	-9,3	-17,1	-14,4	13,0	20,1

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

dern vor allem mit den Instrumenten der politischen Steuerung im Rahmen der staatlichen Krankenhausplanung.

Dies kann damit erklärt werden, dass die Herausnahme aus dem Krankenhausplan ein weit wirksameres Instrument ist, als die sukzessive Verknappung finanzieller Mittel. Mit der Herausnahme aus dem Plan entfällt die wichtigste wirtschaftliche Grundlage des Krankenhauses, da sie ihren »fingierten« Versorgungsvertrag mit den Kassen verlieren. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, erhalten mit der Aufnahme zugleich einen »fingierten« Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen. Die Aufnahme in den Plan gilt als Versorgungsvertrag. Verlieren sie ihren Status als Plankrankenhäuser, endet damit zugleich auch der »fingierte« Versorgungsvertrag. Kann die betroffene Klinik nicht direkt anschließend einen »echten« Versorgungsvertrag mit den Kassen vereinbaren, bleibt nur die Schließung, da die Kassen nicht mehr verpflichtet sind, für die Versorgung ihrer Versicherten in diesem Krankenhaus Vergütungen zu zahlen.

Bei einer sukzessiven Kürzung des Budgets bleibt dem Krankenhaus dagegen Zeit, durch ein entsprechendes Kostenmanagement das finanzielle Aus hinauszuzögern oder sogar abzuwenden. Wie dies in der Praxis aussieht, war in den letzten Jahren insbesondere an zahlreichen öffentlichen Krankenhäusern zu beobachten, die Verluste machten, diese Verluste durch die verschiedensten Maßnahmen auszugleichen versuchten und schließlich an eine private Krankenkette verkauft wurden.

Dass relativ wenige Krankenhäuser unter dem steigenden ökonomischen Druck der letzten Jahre geschlossen wurden, lässt sich vor allem mit dem zentralen und höchsten Ziel von Organisationen erklären: der Selbsterhaltung. Organisationen haben ein absolut elementares Interesse an der Erhaltung ihrer eigenen Existenz und reagieren auf Umweltveränderungen, wie beispielsweise die Verknappung von finanziellen Ressourcen, vor allem damit, dass sie versuchen, ihre Überlebensfähigkeit unter den geänderten Bedingungen zu sichern bzw. wiederherzustellen. Deshalb haben Budgetdeckelung und Einführung des DRG-Systems bislang auch nicht zu einem »massenhaften Kliniksterben« geführt, wie dies in den letzten 10–15 Jahren mehrfach vorhergesagt wurde.

Dass vor allem öffentliche Krankenhäuser in den letzten Jahren vermehrt an private Träger verkauft wurden, widerspricht diesem Erklärungsansatz in keiner Weise. Der Verkauf ist in diesem Zusammenhang als Strategie zur Sicherung der Überlebensfähigkeit des betreffenden Krankenhauses zu deuten. Verkauft wird nicht, damit der neue Eigentümer die Klinik schnell »abwickelt«, sondern damit er die gefährdete Überlebensfähigkeit der Klinik sichert, beispielsweise durch umfangreiche Investitionen, zu denen sich die Kommune oder das Land nicht in der Lage sah.

Reduzierung der Personalkosten als wichtigste Überlebensstrategie von Krankenhäusern

Hauptsächliche Überlebensstrategie von Krankenhäusern war in den sechzehn Jahren der Budgetdeckelung die Sicherung oder Wiederherstellung der Überlebensfähigkeit aus eigener Kraft, in der Regel durch Reduzierung vor allem von Personalkosten. Die Ergebnisse dieser Strategien können, zumindest was die Mengenkomponente betrifft, an der Krankenhausstatistik abgelesen werden.

Im Zeitraum 1995 (als Ausgangsjahr vor der Verschärfung der Deckelung) bis 2006 wurden in den Krankenhäusern insgesamt 95.650 Vollkräfte bzw. Vollzeitstellen oder 10,8 % des Ausgangsstandes abgebaut. Die

Auswirkungen der Deckelung trafen die verschiedenen Dienstarten jedoch in sehr unterschiedlichem Maße (Tab. 2). Hauptsächlich betroffen vom Stellenabbau in Krankenhäusern war der nichtärztliche Bereich. Dort wurden zwischen 1995 und 2006 insgesamt 117.774 Vollzeitstellen gestrichen. Die Differenz zu 95.650 über alle Dienstarten abgebauten Stellen resultiert daraus, dass im ärztlichen Dienst in diesem Zeitraum insgesamt 22.125 Vollzeitstellen neu geschaffen wurden. Unter der Deckelung fand somit offensichtlich eine Umverteilung zu Gunsten des ärztlichen Dienstes statt. Sie begann nicht erst nach Inkrafttreten des neuen Arbeitszeitrechts und der Abschaffung des »Arztes im Praktikum« (AiP), wie dies vielfach angenommen wird, sondern fand über den gesamten Zeitraum statt (Tab. 2).

Tabelle 2: Personal in Krankenhäusern

Jahr	Beschäftigte am 31.12.						Vollkräfte im Jahresdurchschnitt				
	davon						davon				
	ärztlicher Dienst			nichtärztlicher Dienst			nichtärztlicher Dienst				
							darunter Pflegedienst				Veränd. gegenüber Vorjahr
	insgesamt	zusammen	darunter hauptamtliche Ärzte/ Ärztinnen	zusammen	darunter Pflege- dienst	insgesamt	ärztlicher Dienst	zusammen	Anzahl		
1991	1.119.791	110.569	98.051	1.009.222	389.511	875.816	95.208	780.608	326.072		
1992	1.133.050	112.602	98.186	1.020.448	399.915	882.449	97.673	784.776	331.301	5.229	
1993	1.134.690	113.063	98.627	1.021.627	405.848	875.115	95.640	779.474	332.724	1.423	
1994	1.146.779	115.714	100.919	1.031.065	417.272	880.150	97.105	783.045	342.324	9.600	
1995	1.161.863	117.805	103.093	1.044.058	429.183	887.564	101.590	785.974	350.571	8.247	
1996	1.150.857	119.419	104.746	1.031.438	427.271	880.000	104.352	775.648	349.423	-1.148	
1997	1.133.409	119.936	106.338	1.013.473	420.306	861.549	105.618	755.930	341.138	-8.285	
1998	1.124.881	121.232	108.367	1.003.649	419.284	850.948	107.106	743.842	337.716	-3.422	
1999	1.114.178	121.918	109.888	992.260	415.865	843.452	107.900	735.552	334.890	-2.826	
2000	1.108.646	123.381	111.580	985.265	414.478	834.585	108.696	725.889	332.269	-2.621	
2001	1.109.420	125.156	113.593	984.264	416.319	832.530	110.152	722.379	331.472	-797	
2002	1.120.773	127.401	116.061	993.372	417.282	833.541	112.763	720.778	327.384	-4.088	
2003	1.104.610	130.298	118.486	974.312	408.183	823.939	114.105	709.834	320.158	-7.226	
2004	1.079.831	131.175	129.817	948.656	396.691	805.988	117.681	688.307	309.510	-10.648	
2005	1.070.655	132.380	131.115	938.275	393.186	796.097	121.610	674.488	302.346	-7.164	
2006	1.071.995	135.135	133.649	936.860	392.711	791.914	123.715	668.200	299.328	-3.018	
1991-2006											
Anzahl	-47.796	24.566	35.598	-72.362	3.200	-83.902	28.507	-112.408	-26.744	-	
in %	-4,3	22,2	36,3	-7,2	0,8	-9,6	29,9	-14,4	-8,2	-	
1995-2006											
Anzahl	-89.868	17.330	30.556	-107.198	-36.472	-95.650	22.125	-117.774	-51.243	-	
in %	-7,7	14,7	29,6	-10,3	-8,5	-10,8	21,8	-15,0	-14,6	-	
2000-2006											
Anzahl	-36.651	11.754	22.069	-48.405	-21.767	-42.671	15.019	-57.689	-32.941	-	
in %	-3,3	9,5	19,8	-4,9	-5,3	-5,1	13,8	-7,9	-9,9	-	

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Im nichtärztlichen Bereich waren vor allem drei Dienstarten vom Stellenabbau betroffen: das klinische Hauspersonal (Reinigungsdienste etc.), der Wirtschafts- und Versorgungsdienst und -seit dem Jahr 2000 verstärkt- der Pflegedienst (zur ausführlicheren Analyse des Stellenabbaus vgl. Simon 2008). Die Zahl der Vollzeitstellen in der Pflege lag im Jahr 2006 bereits um knapp 7 % unter dem Wert von 1991. Die personelle Besetzung des Pflegedienstes im Jahr 1991 galt nach allgemeiner Überzeugung als unzureichend und war Anlass für eine breite gesellschaftliche Diskussion über einen »Pflegenotstand« in Krankenhäusern.

Stellenabbau trotz steigender Fallzahlen

Der Stellenabbau erfolgte trotz kontinuierlich steigender Fallzahlen. So stieg die Zahl der vollstationären Behandlungen zwischen 1995 und 2006 um 12,2 %. Allein im Zeitraum 2002 bis 2006 nahm die Zahl der teilstationären Behandlungen um 66 %, die der vorstationären Behandlungen um 94 % und die der ambulanten Operationen sogar um 162 % zu.

Als Kennzahl für die Entwicklung der Arbeitsbelastung wird üblicherweise die sogenannte »Belastungsziffer« genutzt, die die Zahl der Fälle angibt, die von einer Vollkraft pro Jahr versorgt werden. Da diese Kennzahl nur auf Grundlage der vollstationären Behandlungsfälle berechnet wird und in den letzten Jahren die Zahl der ambulanten Operationen sowie der vor- und teilstationären Behandlungen erheblich gestiegen ist, gibt sie die Leistungsentwicklung nur unvollständig wieder. Aber auch ohne Berücksichtigung der ambulanten und teilstationären Leistungen zeigt sich am Beispiel des Pflegedienstes eine stark ansteigende Kurve (Abb. 1). Danach lag die Zahl der je Vollkraft im Pflegedienst zu versorgenden Fälle im Jahr 2006 um ca. 25 % über dem Wert des Jahres 1995.⁷ Darin eine »Effizienzerhöhung« zu sehen und dies als positive Entwicklung zu werten, erscheint sehr zweifelhaft, nicht zuletzt angesichts der zahlreichen Erfahrungsberichte aus Kliniken, in denen insbesondere das Pflegepersonal über eine zunehmende Überlastung klagt. Auch vorliegende Forschungsergebnisse weisen auf eine zunehmende Überlastung im Pflegedienst der Krankenhäuser hin (Braun/Müller 2005; Braun/Müller/Timm 2004; Grabbe/Nolting/Loos 2005; Hasselhorn/Müller/Tackenberg et al. 2005).

Wer den seit Mitte der 1990er Jahre zu verzeichnenden Personalabbau, Outsourcing, Ausgründungen,

⁷ Die hier verwendete Fallzahl schließt auch die Zahl der sogenannten »Stundenfälle« ein. Als Stundenfälle werden in der Krankenhausstatistik Patienten bezeichnet, die noch am selben Tag wieder entlassen werden, versterben oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Einbeziehung der Stundenfälle ist bei einer Längsschnittbetrachtung notwendig, weil die Krankenhausstatistik die Zahl der Stundenfälle seit 2002 nicht mehr wie zuvor gesondert ausweist, sondern als Teil der Gesamtfallzahl. Um eine Vergleichbarkeit für den Gesamtzeitraum zu erreichen, wurden hier die Stundenfälle auch für den Zeitraum vor 2002 der Fallzahl zugerechnet.

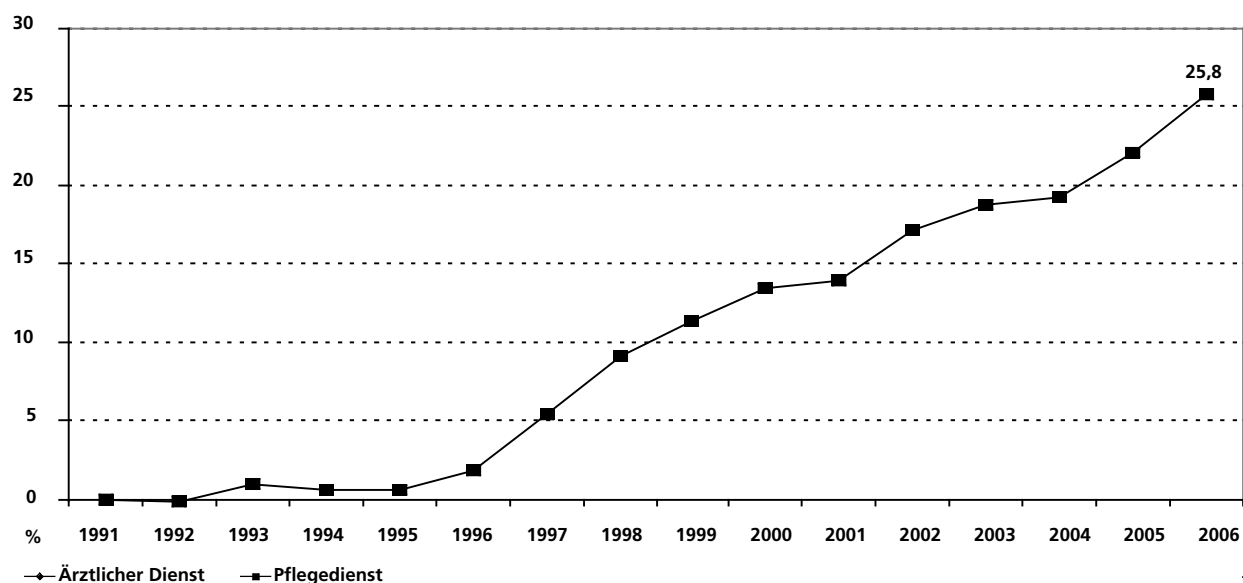
Ausstieg aus dem öffentlichen Tarifgefüge, Gehaltskürzungen, Notlagentarifverträge etc. dennoch als ›Hebung von Effizienzpotenzialen‹ oder ›Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven‹ deutet, begibt sich auf sehr dünnes Eis und muss damit rechnen, dass dies von vielen Krankenhausbeschäftigten angesichts der mittlerweile erreichten Arbeitsbelastung und -überlastung in zahlreichen Kliniken als zynisch empfunden wird.

Es kann wohl als weitgehend anerkannt gelten, dass personenbezogene Dienstleistungen insgesamt und im Gesundheitswesen im Besonderen nur sehr begrenzt rationalisierbar sind, ohne die Qualität dieser Dienstleistungen zu mindern. Darauf wies beispielsweise auch die Rürup-Kommission in ihrem Abschlussbericht hin, als sie empfahl, die Vergütungssätze der Pflegeversicherung zu dynamisieren und die als dringend notwendig angesehenen Erhöhungen höher als die allgemeine Preissteigerungsrate anzusetzen,

um damit dieser sehr entscheidenden Besonderheit personenbezogener Dienstleistungen gerecht zu werden (BMGS 2003: 193).

Im Unterschied zu Deutschland scheinen andere vergleichbar entwickelte Länder diese besondere Problematik eher anzuerkennen und entsprechende Mittel für eine höhere Personalausstattung der Krankenhäuser bereitzustellen. Ein Vergleich der Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zur Zahl des Krankenhauspersonals je 1.000 Einwohner zeigt, dass in fast allen Ländern, für die entsprechende Daten verfügbar sind, nicht nur die Zahl des Krankenhauspersonals (gemessen in Vollzeitäquivalenten) höher liegt als in Deutschland, sondern diese Länder die Zahl des Krankenhauspersonals seit 1995 auch zum Teil erheblich gesteigert haben (Abb. 2). Anders dagegen Deutschland, das sich anscheinend von den westeuropäischen Standards wegbe-

Abbildung 1: Fälle (einschl. Stundenfälle) je Vollkraft im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser (Belastungsziffer), Veränderung gegenüber 1991



Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Anmerkungen: In der Krankenhausstatistik wurde die Zuordnung der Krankenhäuser zu allgemeinen und sonstigen Krankenhäusern 2002 und 2004 geändert, so dass eine Längsschnittbetrachtung des Gesamtzeitraumes nur eingeschränkt möglich ist. Da die Zuordnung bis 2001 und ab 2005 identisch ist, können diese Werte allerdings miteinander verglichen werden. Aus diesem Grund wurde eine andere Darstellung der Verbindungslinie zwischen den betreffenden Jahren gewählt. Die Auswirkungen der geänderten Zuordnung der Krankenhäuser hat für diese Kennzahl aber offenbar nur eine geringe Bedeutung.

wegt, hin zu solchen Gesundheitssystemen, die seit Jahren unter einer chronischen Unterfinanzierung leiden.

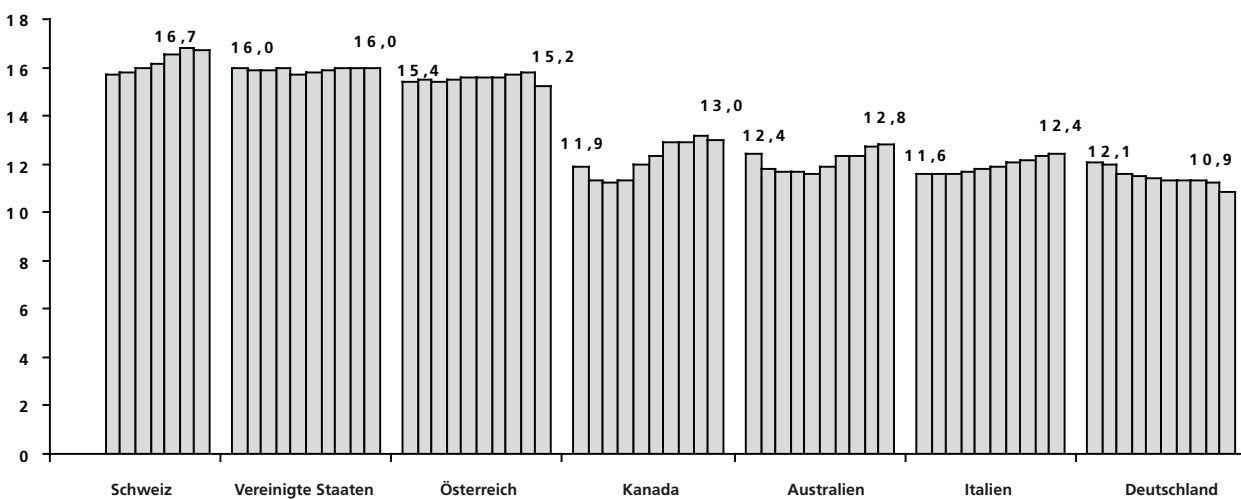
Das gleiche Bild ergibt sich bei einem Vergleich der Ausgaben für Krankenhausbehandlung (gemessen in Dollar Kaufkraftparitäten). Mit 952 Dollar lag Deutschland im Jahr 2005 deutlich unter den Werten anderer, vom Wohlstandsniveau her vergleichbarer Staaten (Abb. 3).

Bei einem internationalen Vergleich der personellen Ausstattung von Krankenhäusern und Ausgaben für vollstationäre Krankenhausbehandlung ist allerdings zu bedenken, dass sehr unterschiedlich organisierte Systeme verglichen werden. So findet in einem Teil der Gesundheitssysteme die ambulante fachärztliche Versorgung überwiegend oder fast ausschließlich in Krankenhäusern statt, in anderen – wie dem deutschen – erfolgt sie überwiegend in ambulanten Praxen niedergelassener Fachärzte. Dies kann jedoch die Unterschiede zwischen den in Abb. 2 und 3 verglichenen Systemen nicht erklären, da beispielsweise die Schweiz, die USA oder Österreich eine ähnliche Arbeitsteilung in der fachärztlichen Versorgung praktizieren wie Deutschland.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Welche Auswirkungen der Stellenabbau in deutschen Krankenhäusern auf die Versorgungsqualität hat, ist weitgehend unbekannt. Wie bereits erwähnt, fehlen hierzu in Deutschland bislang umfassende und repräsentative empirische Studien. Soweit unabhängige sozial- bzw. gesundheitswissenschaftliche Forschungsprojekte durchgeführt wurden oder werden, arbeiten sie bei der Erforschung der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität primär mit Methoden der empirischen Sozialforschung. Ihre Ergebnisse deuten auf Beeinträchtigungen der Versorgungsqualität hin (Braun/Kühn/Rosenbrock 2006; Klinker/Kühn 2006). Ob und inwieweit diese Ergebnisse aus einer kleinen Zahl von Fallstudien, Interviews und schriftlichen Befragungen verallgemeinerbar sind, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Die seit mehreren Monaten verstärkte Medienberichterstattung über Missstände in Krankenhäusern legt allerdings die Annahme nahe, dass die Arbeitsbelastung insbesondere im Pflegedienst vielfach bereits eine kritische Grenze überschritten hat (Becker-Wenzel/Sperling 2007; Nagel/Reutter 2008; Schrey 2008; SWR 2007).

Abbildung 2: Krankenhauspersonal im internationalen Vergleich (1995–2004)



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007.

Angaben in Vollzeitäquivalenten je 1.000 Einwohner.

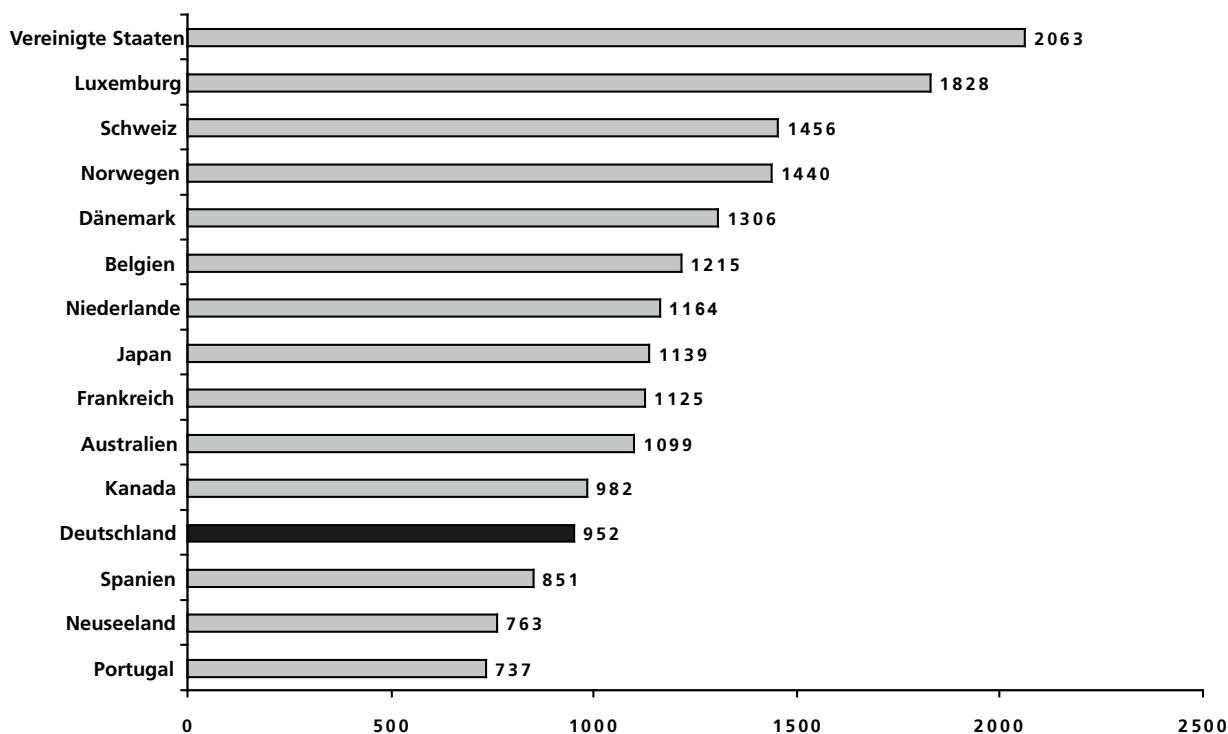
Bezeichnend für die gegenwärtige Situation ist, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Mitte 2006 aus eigener Initiative – also ohne Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses – eine internationale Literaturrecherche zum Stand des Wissens über den Zusammenhang von Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Ergebnisqualität erstellte (IQWiG 2006). Offenbar war man im Institut über die Entwicklung besorgt und wollte mit der Initiative darauf hinweisen, dass in Deutschland in dieser Frage dringender Handlungsbedarf besteht.

Die Recherche ergab, dass zwar keine einzige hochwertige quantitative deutsche Studie zu den Auswirkungen des Stellenabbaus verfügbar war, wohl aber zahlreiche internationale Studien und auch bereits mehrere systema-

tische Übersichtsarbeiten zum internationalen Stand der Forschung vorliegen. Seit mehr als zehn Jahren gibt es zu dieser Thematik eine intensive internationale Forschungstätigkeit und Diskussion. Mehrere hochwertige systematische Übersichtsarbeiten kamen in den letzten Jahren überwiegend zu dem Ergebnis, dass es einen Zusammenhang zwischen quantitativer und qualitativer Personalausstattung des Pflegedienstes und Ergebnisqualität gibt (Heinz 2004; Lang/Hodge/Olson et al. 2004; Langsbear/Sheldon/Maynard 2005; Numata/Schulzer/Wal et al. 2006; Tourangeau/Cranley 2006).

Die Diskussion über diese Thematik wird in Deutschland nicht nur durch das Fehlen unabhängiger Forschung erschwert, sondern auch dadurch, dass von Krankenhäusern nicht erwartet werden kann, dass sie die Öffentlich-

Abbildung 3: Ausgaben für Krankenhausbehandlung im internationalen Vergleich (2005).



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2007.

Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung in Dollar Kaufkraftparitäten.

keit über negative Auswirkungen des Stellenabbaus auf die eigene Versorgungsqualität informieren. Krankenhäuser, die über Qualitätsprobleme als Folge des Stellenabbaus berichten, laufen Gefahr, dass dies als individuelles Problem nur dieser Klinik gedeutet wird und dass Patienten dieses Krankenhaus auf Grund der Berichte zukünftig meiden. Auch dies belegt einmal mehr die dringende Notwendigkeit unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, die nicht einzelne Kliniken an den Pranger stellen, sondern zuverlässiges Wissen über allgemeine Entwicklungen und den gegenwärtigen Stand insgesamt beschaffen will.

Nur so ist auch das gegenwärtige Dilemma zu lösen, dass die Politik entsprechende Hinweise der Krankenhausesseite als verbandspolitisch motiviertes »Horror-Szenario« und »Schwarzmalerei« zurückweist (so bspw. Caspers-Merk 2008) und die Krankenhausesseite aus den genannten Gründen nicht in der Lage oder bereit ist konkrete Belege für Qualitätsprobleme zu liefern.

Ausgaben steigen stärker als die Veränderungsrate nach § 71 SGB V: Die wichtigsten Gründe

Abschließend soll noch auf ein Argument eingegangen werden, mit dem der Kritik an der Budgetdeckelung in letzter Zeit insbesondere von Seiten des BMG und der Krankenkassen begegnet wird. Es wird darauf verwiesen, dass die tatsächlichen Krankenkassenausgaben für Krankenhausbehandlung in den letzten Jahren stärker gestiegen seien, als die Veränderungsrate nach § 71 SGB V es vorgegeben habe. Die Darstellung, die Krankenhäuser unterlägen einer strikten Grundlohnbindung, entspreche darum auch nicht der Realität (Caspers-Merk 2008: Anlage S. 2; ähnlich VdAK/AEV 2008).

In der Tat bestätigen die vorliegenden amtlichen Daten diese Darstellung (Tab. 3). Dazu ist jedoch zunächst festzuhalten, dass der Vergleich einzelner Jahre den Besonderheiten des Krankenhausfinanzierungsrechts nicht gerecht wird und im Grunde irreführend ist. Wie bereits erwähnt, enthält das Krankenhausrecht seit mindestens ca. zwanzig Jahren so genannte Ausgleichs- und Berichtigungen für Abweichungen tatsächlicher Entwicklungen von der für das betreffende Jahr in den Budgetverhandlungen vereinbarten Entwicklung. In erster Linie waren und sind dies Ausgleichszahlungen für Über- oder Unterschreitungen vereinbarter Belegungstage, Fallzahlen oder Erlöse.

Die Abweichungen konnten naturgemäß erst nach Ablauf des betreffenden Budgetzeitraumes festgestellt werden und waren gemäß Finanzierungsrecht über das nächstfolgende Budget auszugleichen. Mehrerlöse auf Grund von nicht mit den Kassen vereinbarten Mehrleistungen mussten in der Vergangenheit je nach aktuell geltender Gesetzeslage zu einem bestimmten Teil vom Krankenhaus zurückgezahlt werden. Mindererlöse auf Grund von Unterschreitungen vereinbarter Belegungstage oder Fallzahlen wurden durch nachträgliche zusätzliche Zahlungen der Krankenkassen teilweise kompensiert.

Da das nächstfolgende Budget nach Feststellung der Abweichungen in der Regel erst das vom Abweichungszeitraum ausgehend übernächste Budget sein kann, fielen die Ausgleichszahlungen zumeist im jeweils übernächsten Jahr an und erschienen auch erst in diesen Jahren in den

Bilanzen der Krankenhäuser und Haushalten der Krankenkassen. Nur so ist es beispielsweise erklärbar, dass im Jahr 1997 die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung trotz pauschaler Kürzung der Krankenhausbudgets in Höhe von –1 % um über 3 % stiegen. In dieser Steigerung waren unter anderem auch Ausgleichs- und Berichtigungen für das Jahr 1995 enthalten, die unabhängig von der neuen Gesetzeslage gezahlt werden mussten.

Auf Grund dieser Besonderheiten ist der Vergleich zwischen der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen und den GKV-Ausgaben für einzelne Jahre sachlich unangemessen. Aussagekräftiger ist der Vergleich durchschnittlicher Veränderungsrate von Mehrjahreszeiträumen. Die Berechnung dieser durchschnittlichen Mehrjahres-Veränderungsrate bestätigt zunächst einmal die vorherigen Ausführungen zu den einzelnen Budgetierungsphasen. Im Zeitraum 1993–1995 stiegen die tatsächlichen Ausgaben insgesamt durchschnittlich um knapp 6 % pro Jahr. Seit 1996 liegt diese Mehrjahres-Veränderungsrate nur noch bei ca. 2 % oder darunter (Tab. 3).

Der Vergleich zwischen tatsächlicher Ausgabenentwicklung und der nach § 71 SGB V vorgegebenen Veränderungsrate ist für das gesamte Bundesgebiet nur ab dem Jahr 2000 möglich, da zuvor keine solche bundeseinheitliche Veränderungsrate vom BMG festgestellt bzw. vorausgeschätzt wurde. Für den Zeitraum 2001 bis 2005 zeigt sich eine Differenz zwischen beiden Werten in Höhe von ungefähr einem Prozentpunkt. Während die Veränderungsrate im Durchschnitt dieser fünf Jahre bei 1,03 % lag, stiegen die tatsächlichen Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung durchschnittlich um 1,96 % jährlich.

Dies wirft die Frage nach den Ursachen auf. Ein wesentlicher Teil der Ursachen wurde bereits an früherer Stelle erwähnt. Auch die nach 1996 verschärfte Deckelung enthielt Ausnahmen von der strikten Grundlohnsummenanbindung. Bereits angesprochen wurde der gesetzliche Anspruch auf teilweise Refinanzierung von Personalkostensteigerungen auf Grund linearer Tarifierhöhungen. Dazu

Tabelle 3: Ausgaben für Krankenhäuser und Veränderungsrate nach § 270a bzw. 71 SGB V

	Ausgaben für Krankenhäuser insgesamt (o. Investitionsförderung)			Veränderungsrate nach § 270a SGB V bzw. § 71 SGB V			GKV-Ausgaben für Krankenhäuser (Deutschland)		
	in Mio. Euro	Veränderung gegenüber Vorjahr in %	Ausgaben in % des BIP	Bundesgebiet	West	Ost	in Mio. Euro	Veränderung gegenüber Vorjahr in %	Anteil an den Krankenhausauss- gaben insgesamt
1992	42.634		2,59	-			34.948		81,97
1993	45.468	6,65	2,68	-	4,00	16,50	37.188	6,41	81,79
1994	49.103	7,99	2,76	-	2,40	8,90	40.355	8,52	82,18
1995	51.073	4,01	2,76	-	0,70	0,40	41.928	3,90	82,09
1996	51.509	0,85	2,75	-	0,86	1,11	42.569	1,53	82,64
1997	53.213	3,31	2,78	-	1,30	2,30	43.663	2,57	82,05
1998	54.938	3,24	2,80	-	1,00	0,80	44.984	3,03	81,88
1999	55.660	1,31	2,77	-	1,66	0,27	45.227	0,54	81,26
2000	56.426	1,38	2,74	1,43	1,43	1,43	46.008	1,73	81,54
2001	57.167	1,31	2,71	1,63	1,63	1,63	46.431	0,92	81,22
2002	58.593	2,49	2,73	1,89	1,84	1,87	47.692	2,72	81,40
2003	59.193	1,02	2,74	1,06	0,81	2,09	48.207	1,08	81,44
2004	60.567	2,32	2,74	0,17	0,02	0,71	49.237	2,14	81,29
2005	62.107	2,54	2,77	0,38	0,38	0,38	50.689	2,95	81,62
Durchschnittliche jährliche Veränderung in Mehrjahreszeiträumen									
1993-1995	-	6,22	-	-	2,37	8,60	-	6,27	-
1996-2000	-	2,02	-	-	1,25	1,18	-	1,88	-
2001-2005	-	1,94	-	1,03	0,94	1,34	-	1,96	-

Quelle: Statistisches Bundesamt; BMG; VdAK; eigene Berechnungen.

kamen in den letzten Jahren weitere Ausnahmen. Die bedeutendste Neuerung dürften die von den Krankenkassen zu zahlenden zusätzlichen Mittel für eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen sein, mit denen die aus der Anwendung des neuen Arbeitszeitrechts resultierenden Mehrkosten zumindest teilweise gedeckt werden sollen. Eine weitere Ausnahmeregelung war die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Mehrkosten durch die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte zu übernehmen. Mit der Änderung wurde zum 1. Oktober 2004 der »Arzt im Praktikum« (AiP) abgeschafft, eine gering entlohnte Phase ärztlicher Berufstätigkeit direkt im Anschluss an das Studium. Die aus der Umwandlung von AiP-Stellen in volle Arztstellen resultierenden Mehrkosten waren unstrittig Folgekosten einer gesetzlichen Neuregelung und insofern war es folgerichtig, dass der Gesetzgeber dafür auch die finanzielle Verantwortung übernommen hat und die Kassen zur Finanzierung der Folgekosten verpflichtete.

Zur Steigerung der Krankenkassenausgaben könnte zudem auch die Regelung beigetragen haben, dass Krankenhäuser, die mehr Fälle behandelt haben, als mit den Krankenkassen vereinbart war, die daraus resultierenden Mehrerlöse zum Teil behalten durften. Auf der anderen Seite wurde den Kliniken, die weniger Fälle als geplant versorgten, aber auch nur ein Teil der Mindereinnahmen erstattet. Da die Krankenhausstatistik keine Angaben zu den sogenannten »Mehr- und Mindererlösausgleichen« enthält, kann über deren Volumina auch keine sichere Aussage getroffen werden.

Da der Unterschied zwischen der Veränderungsrate nach § 71 SGB V und der Veränderungsrate der tatsächlichen Krankenkassenausgaben in den Jahren 2001 bis 2005 durchschnittlich weniger als einen Prozentpunkt jährlich betrug, kann festgestellt werden, dass die Veränderungsrate nach § 71 SGB V für den Krankenhausbereich offensichtlich sehr wohl eine wirksame Obergrenze bildete, zumal ein wesentlicher Teil der Überschreitung durch Mehrkosten aufgrund gesetzlicher Regelungen zu erklären ist.

Der Vergleich zwischen den gesetzlich vorgegebenen Veränderungsraten und der Entwicklung der tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung kann somit die Kritik nicht entkräften, dass die dauerhafte Anbindung der Krankenhausbudgets an die Entwicklung

der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder zu einer Unterfinanzierung des Krankenhausbereichs insgesamt geführt hat.

Auch die Daten eines internationalen Vergleichs von Ausgabenindikatoren und Personalausstattung der Krankenhäuser unterstützen eher den Befund einer Unterfinanzierung deutscher Krankenhäuser, als die Annahme, es gäbe auf den gesamten Krankenhausbereich bezogen noch weitere Einsparpotenziale.

Kritik der Budgetdeckelung

Nachdem im ersten Teil ein historischer Rückblick auf sechzehn Jahre Budgetdeckelung vorgenommen und auf die Auswirkungen der Deckelung eingegangen wurde, soll die Budgetdeckelung im zweiten Teil einer grundsätzlichen Analyse und Kritik unterzogen werden. Die Analyse und Kritik ist in eine technisch-funktionale und eine grundsätzlich-normative unterteilt.

Zunächst wird im Rahmen einer technisch-funktionalen Kritik untersucht, ob die Budgetdeckelung in der bisher praktizierten Weise überhaupt geeignet ist, Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen und die Kassen vor Defiziten zu bewahren. Daran schließt sich eine grundsätzlich-normative Kritik der Budgetdeckelung an, die der Frage nachgeht, ob und inwieweit die Budgetdeckelung mit grundlegenden Prinzipien des Sozialrechts und den Zielen der Krankenhauspolitik vereinbar ist.

Eine technisch-funktionale Kritik der Budgetdeckelung

Die folgenden Ausführungen sollen dazu dienen, auf einige grundsätzliche und letztlich nicht lösbare technische Probleme der Deckelung hinzuweisen, die vor allem darin begründet sind, dass Vergütungsvereinbarungen für zukünftige Zeiträume getroffen werden (müssen), die tatsächliche Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aber erst mit erheblicher Verzögerung rückblickend festgestellt werden kann.

Das Problem der Vorhersagbarkeit zukünftiger beitragspflichtiger Einnahmen

Der Versuch, über die Vorgabe eines Richtwertes für die Budgetvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen Beitragssatzstabilität zu erreichen, steht vor einem letztlich unlösbaren Problem. Krankenhausbudgets sind gemäß Finanzierungsrecht seit 1986 prospektiv zu vereinbaren, also für einen zukünftigen Zeitraum. Die tatsächliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen kann aber nur retrospektiv, nach dem Ablauf des Kalenderjahres und dem Haushaltsabschluss der gesetzlichen Krankenversicherung festgestellt werden. Beitragssatzstabilität in der Logik der Budgetdeckelung kann jedoch nur sichergestellt werden, wenn die Budgets in dem Jahr, für das Beitragssatzstabilität erreicht werden soll, lediglich in dem gleichen Maße steigen, wie die beitragspflichtigen Einnahmen. Dieses Problem, dass die Budgetvereinbarungen sich an einem Wert orientieren müssten, der noch nicht vorliegen und erst ca. eineinhalb bis zwei Jahre später rückblickend ermittelt werden kann, wäre nur dann lösbar, wenn es Wahrsager gäbe, die auch wirklich und verlässlich die Zukunft voraussagen könnten. Aber dennoch soll ein Orientierungswert vorgegeben werden.

Das zweistufige Deckelungsverfahren von 1993 bis 1998

Im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde versucht, das Problem dadurch zu lösen, dass ein zweistufiges Verfahren vorgegeben wurde. Für die anstehenden Budgetverhandlungen hatte das BMG bis zum 15. Februar des betreffenden Jahres eine Vorausschätzung über die voraussicht-

liche Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen im laufenden Jahr vorzunehmen und bekannt zu geben.⁸ Die tatsächliche Entwicklung hatte das Ministerium bis zum 1. Juli des darauf folgenden Jahres festzustellen. Für das Jahr 1993 war somit bis zum 15. Februar 1993 eine Vorausschätzung bekannt zu geben und die tatsächliche Veränderung war bis zum 1. Juli 1994 festzustellen. Die Vorausschätzung war zwar bindend für die anstehenden Budgetverhandlungen, die auf seiner Grundlage getroffenen Budgetvereinbarungen waren allerdings nur vorläufiger Natur. Letztlich entscheidend war die Feststellung der tatsächlichen Veränderungsrate im Folgejahr. Wich die nachträglich festgestellte tatsächliche Veränderungsrate von der Vorausschätzung ab, war das betreffende Budget entsprechend zu berichtigen (§ 4 Abs. 7 BPflV 1993 i.d.F.d. Gesundheitsstrukturgesetzes 1993).

Der aus der Abweichung resultierende Unterschiedsbetrag war über ein folgendes Budget auszugleichen. Fiel die Vorausschätzung zu hoch aus, mussten die Vergütungen der Krankenhäuser für den folgenden Budgetzeitraum entsprechend gekürzt werden. Fiel die Vorausschätzung zu niedrig aus, erhielten die Krankenhäuser Nachzahlungen in Form anteilig erhöhter Vergütungen für zukünftige Leistungen. Da der Unterschiedsbetrag erst nach Feststellung der tatsächlichen Veränderungsrate ermittelt werden konnte, war beispielsweise ein Ausgleich für das Budget 1993 erst mit dem Budget für das Jahr 1995 möglich. Fehlschätzungen des BMG für das Jahr 1993 wirkten somit noch bis in die Budgets des Jahres 1995. Das heißt aber auch, dass in den Ausgaben der GKV im Jahr 1995 Ausgaben für Krankenhausbehandlung enthalten sind, die eigentlich dem Jahr 1993 zugerechnet werden müssten.

In den Jahren 1996 und 1997 wurde von diesem Verfahren vorübergehend abgewichen und der Bezug zu den beitragspflichtigen Einnahmen vollständig aufgegeben. Primärer Maßstab für die Budgetvereinbarungen waren stattdessen die durchschnittlichen linearen BAT-Erhöhungen, Kostensteigerungen auf Grund von strukturellen Veränderungen

des BAT durften nicht berücksichtigt werden. Im Jahr 1996 durften die Budgets der Krankenhäuser nur um den Prozentsatz erhöht werden, in dem die Löhne und Gehälter im öffentlichen Dienst stiegen. Für das Jahr 1997 legte das BMG die Obergrenze für die Budgeterhöhung auf 1,3 % für Westdeutschland und 2,3 % für Ostdeutschland fest und orientierte sich dabei an der erwarteten voraussichtlichen BAT-Erhöhung (§ 28 Abs. 3 BPflV).

Ab 1998 erfolgte wieder die Orientierung an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, allerdings wurde die Aufgabe der Vorausschätzung auf die DKG und die GKV-Spitzenverbände verlagert. Sie hatten auf Bundesebene eine Vorausschätzung zu vereinbaren, die bindend für die Vertragsparteien vor Ort waren.

Vor dem zuvor skizzierten Problemhintergrund kann es nicht überraschen, dass sowohl die Vorausschätzungen des BMG als auch die Vorgabe für das Jahr 1996 und die von den Spitzenverbänden vereinbarten Vorausschätzungen in keinem Jahr mit der tatsächlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen übereinstimmten (Tab. 4). Die höchsten Abweichungen waren in den Jahren 1995 und 1998 zu verzeichnen. Im Jahr 1995 lag die Vorausschätzung für Westdeutschland um +183 % über der tatsächlichen Veränderung, im Jahr 1998 lag sie für Ostdeutschland um -364 % zu niedrig.

Dass es sich bei den absoluten Werten der Veränderungsrate und somit der Fehlschätzungen in der Regel nur um Werte im Bereich von 1 – 2 Prozentpunkten handelte, darf nicht beruhigen, denn es ging und geht bei diesem ›Spiel‹ insgesamt um Milliarden. Für ein Krankenhaus mit einem Budget in Höhe von ca. 100 Mio. Euro bedeutet ein Schätzfehler von 1 – 2 Prozentpunkten ca. 1 – 2 Mio. Euro Mehr- oder Mindereinnahmen, in Anbetracht der nach mehreren Jahren Budgetdeckung sehr angespannten wirtschaftlichen Situation vieler Kliniken eine sehr ernst zu nehmende Größenordnung.

⁸ Der Termin 15. Februar wurde in der Begründung des Gesundheitsstrukturgesetzes daraus abgeleitet, dass die Vorausschätzung auf Grundlage der relevanten Daten des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung erfolgen sollte, der üblicherweise im Januar veröffentlicht wird (BT-Drs. 12/3608: 120).

Tabelle 4: Veränderungsraten im Vergleich

Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bzw. Versicherten gegenüber dem Vorjahr (Angaben in Prozent)						
	tatsächliche Veränderung		Veränderungsrate gemäß § 270a SGB V bzw. § 71 SGB V		Abweichung der Veränderungsraten nach § 270a bzw. § 71 SGB V von der tatsächlichen Veränderung	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost
1993	3,90	16,50	3,10	9,50	-20,5	-42,4
1994	2,40	8,90	3,20	5,40	33,3	-39,3
1995	0,60	2,80	1,70	3,50	183,3	25,0
1996	1,02	1,68	0,86	1,11	-16,2	-34,2
1997	0,76	0,00	1,30	2,30	70,0	-
1998	1,65	-0,30	1,00	0,80	-39,5	-364,6
1999	1,63	0,94	1,66	0,27	2,1	-71,4
2000	1,96	1,03	1,43	1,43	-27,0	38,2
2001	1,16	2,87	1,63	1,63	39,9	-43,2
2002	0,32	1,05	1,84	1,87	475,0	78,1
2003	-0,16	-0,46	0,81	2,09	-606,3	-554,3
2004	1,51	0,11	0,02	0,71	-98,7	545,5
2005	0,41	3,21	0,38	0,38	-7,3	-88,2

Quelle: Statistisches Bundesamt; VdAK; BMG; eigene Berechnungen.

Das Deckelungssystem ab 1999/2000

Mit dem Jahr 1999 wurde das zweistufige Verfahren aus Vorausschätzung der Veränderungsrate und nachträglicher Berichtigung der Budgets vollständig aufgegeben, vermutlich auch, weil das BMG mit der Treffsicherheit der Vorausschätzungen wenig zufrieden sein konnte. An die Stelle einer Vorausschätzung wurde die Vorgabe einer Veränderungsrate gesetzt, die aus vorhergehenden Zeiträumen errechnet wird.

Die 1998 neu gewählte rot-grüne Regierungskoalition vollzog den Umstieg zunächst mit einem ›Vorschaltgesetz‹ zur geplanten größeren Gesundheitsreform. Art. 18 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) enthielt die Vorgabe, dass das BMG die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 1998 auf Grundlage der vorläufigen Rechnungsergebnisse der GKV zu ermitteln und das Ergebnis bis zum 5. März 1999 bekannt zu geben hatte. Diese bekannt gegebene Veränderungsrate galt als Obergrenze für die Budgetvereinbarungen für 1999 (Art. 7 GKV-SolG).⁹

Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde dieses Verfahren etwas modifiziert und in die Form gebracht, die auch 2008 noch gültig ist (§ 71 SGB V). Es gibt seitdem keine Vorausschätzung mehr, sondern nur noch eine Feststellung, allerdings nicht der tatsächlichen Veränderungsrate des Jahres, für das die Budgetvereinbarung zu treffen ist, sondern vorhergehender Zeiträume. Das BMG hat dazu bis zum 15. September eines jeden Jahres die für die Vergütungsverhandlungen des folgenden Jahres geltende Veränderungsrate festzustellen. »Grundlage der Feststellung haben die Veränderungsraten der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres gegenüber dem entsprechenden Zeitraum der jeweiligen Vorjahre zu sein.« (§ 71 Abs. 3 SGB V) Abweichungen der nachträglich festgestellten Veränderungsrate für den Ver-

einbarungszeitraum von der zuvor festgestellten Veränderungsrate werden nicht mehr ausgeglichen. Dies ist insofern auch logisch, als gar nicht mehr der Anspruch erhoben wird, dass sich die Budgets an der Veränderungsrate des jeweiligen Jahres zu orientieren haben. Maßstab sind nun die Veränderungsraten früherer Zeiträume.

Dass auch dieser Kunstgriff das Problem nicht lösen kann, liegt auf der Hand. Beitragssatzstabilität in der Logik dieser Art von Budgetdeckelung könnte nur dann erreicht werden, wenn die Veränderungsraten der beiden vorherigen Zeiträume genau mit der des Jahres übereinstimmen, für das die Budgetvereinbarungen getroffen werden. Wie die entsprechenden Daten belegen, ist dieser extrem seltene Zufall bisher nicht eingetreten (Tab. 4). Im Gegenteil: Die Abweichungen sind seit dem Jahr 2000 sogar größer geworden. So lag beispielsweise die Veränderungsrate nach § 71 SGB V für Westdeutschland im Jahr 2002 um 475 % über der tatsächlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen desselben Jahres. Im Jahr 2002 wurde für Westdeutschland eine Veränderungsrate vorgegeben, die um 606 % oder das Fünffache über der tatsächlichen lag. In ähnlichen Dimensionen bewegten sich die Unterschiede für Ostdeutschland in den Jahren 2003 und 2004. Eines dürfte damit offensichtlich sein: So lässt sich Beitragssatzstabilität nicht herstellen.

Beitragssatzstabilität ließe sich aber auch nicht dadurch erreichen, dass die Erhöhung von Entgelten der Leistungserbringer strikt an die tatsächliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder angebunden würde, denn dazu müssten Budget- und Vergütungsverhandlungen abgeschafft und durch eine rückwirkend in Kraft gesetzte Veränderungsrate ersetzt werden. Bis zur Feststellung der tatsächlichen Veränderungsrate dürften dementsprechend für das Vorjahr keine Budgeterhöhungen gezahlt werden. Erst nach Bekanntgabe der Veränderungsrate dürften die Krankenkassen die Budgetsteigerung für das Vorjahr auszahlen. Dies würde in der Regel sicherlich über das Budget des jeweils folgenden Jahres geschehen. Am Beispiel des Jahres 1993 hieße es das: Es hätte keine Erhöhung der Krankenhausbudgets gegenüber dem Vorjahr geben dürfen. Das Budget des Jahres 1993 wäre unverändert geblieben, Mitte 1994 hätte das BMG die tatsächliche Veränderungsrate festgestellt und

⁹ Dass die Veränderungsrate für die Budgets 1999 erst mehr als zwei Monate nach Beginn des Jahres bekannt gegeben wurde und die Budgetvereinbarungen für 1999 eigentlich bereits im Herbst 1998 hätten erfolgen müssen, ist nicht mehr als eine Randnotiz. Seit 1993 ist es auf Grund der zahlreichen Gesetzesänderungen und häufigen Verzögerungen des Gesetzgebungsprozesses zum Normalfall geworden, dass Budgetvereinbarungen erst Mitte oder sogar Ende des zu verhandelnden Budgetjahres abgeschlossen werden.

diese Erhöhung wäre mit dem Budget des Jahres 1995 ausgezahlt worden. Damit wäre man im Kern aber wieder bei dem System, das zwischen 1993 und 1995 praktiziert wurde und sich als nicht geeignet erwiesen hat. Der einzige Unterschied wäre, dass keine ›vorläufige‹ Budgeterhöhung gezahlt würde. Die Krankenhäuser hätten ihre in dem jeweiligen Jahr angefallenen Kostensteigerungen somit erst mit dem Budget des übernächsten Jahres erstattet bekommen.

Abgesehen davon, dass ein solches System im Gegensatz zu zentralen Grundsätzen des Finanzierungsrechts stünde, wäre auch mit ihm das Ziel der Beitragssatzstabilität nicht zu erreichen. Die nachträgliche Budgeterhöhung für 1993 hätte den GKV-Haushalt des Jahres 1995 belastet und da beide Veränderungsraten nicht identisch waren, wäre der Beitragssatz ›destabilisiert‹ worden. Wollte man dennoch Beitragssatzstabilität erreichen, müsste man auch die Beitragssätze nur ›vorläufig‹ festsetzen und die Krankenkassen dürften ihre Beiträge nur unter dem Vorbehalt einer späteren, rückwirkenden Neufestsetzung des Beitragssatzes einziehen. Analog zur Regelung der Krankenhausfinanzierung müssten dann von den Krankenkassen rückwirkende Beitragserhöhungen oder Beitragsrückerstattungen vorgenommen werden.

Für die Festsetzung der Beitragssätze gilt aber auch dasselbe Grundproblem, wie es für die Budgetbemessung herausgearbeitet wurde. Wenn die Beitragssätze so bemessen sein sollen, dass sie die Ausgaben der Krankenkassen decken, wie dies § 220 SGB V vorschreibt, so ist auch dies nicht prospektiv, sondern nur retrospektiv leistbar. Einmal angenommen, die Leistungsausgaben blieben gegenüber dem Vorjahr konstant, so wäre die Höhe des Beitragssatzes in einem Kalenderjahr allein davon abhängig, wie sich die Einnahmen der Krankenkassen in diesem Jahr entwickeln würden. Das aber ist aus den genannten Gründen zum Zeitpunkt der Beitragssatzfestsetzung, die ebenfalls für zukünftige Zeiträume erfolgt, nicht bekannt und kann auch nicht verlässlich vorausgeschätzt werden.

Weitere technisch-funktionale Einwände

Über die bisher angeführten Gründe hinaus ist Beitragssatzstabilität mit einem System der Budgetdeckelung, wie es in der Vergangenheit praktiziert wurde, auch aus weiteren Gründen nicht erreichbar.

Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied:

Eine ungeeignete Orientierungsgröße

Die bisherige Budgetdeckelung gab als Orientierungsgröße die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied vor (2007: je Versichertem). Für die Beitragssatzstabilität ist aber nicht diese Kennzahl entscheidend, sondern die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder, früher ›Grundlohnsumme‹ genannt. Der Beitragssatz ist laut § 220 SGB V so festzusetzen, dass die *Einnahmen insgesamt* die *Ausgaben insgesamt* decken.

Es liegt auf der Hand, dass die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und die der beitragspflichtigen Einnahmen insgesamt in der Regel nicht deckungsgleich sind, da sie beispielsweise in unterschiedlichem Maße von der Entwicklung der Mitgliederzahl beeinflusst werden. Gewinnt oder verliert die GKV beitragszahlende Mitglieder, so beeinflusst das ihre Beitragseinnahmen insgesamt. Es muss aber nicht in gleichem Umfang auch die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied verändern. Wollte man Beitragssatzstabilität erreichen, wäre es angebracht, nicht die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied, sondern die Einnahmen insgesamt als Orientierungsgröße zu nutzen.

Einheitliche Veränderungsrate für finanzstarke und finanzschwache Kassen

Ein weiteres Problem der bisherigen Budgetdeckelung ist die Orientierung an den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen als einem bundesweit einheitlichen Durchschnittswert bzw. einem Durchschnittswert für alle west- und alle ostdeutschen Bundesländer. Die Beitragssätze werden bislang allerdings nicht einheitlich für die GKV insgesamt festgesetzt, sondern für jede Einzelkasse gesondert. Deren Beitragssatz ist außer von den jeweiligen Ausgaben vor allem von den kassenspezifischen beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder

abhängig. Bekanntlich variieren die beitragspflichtigen Einnahmen zwischen den verschiedenen Krankenkassen zum Teil erheblich in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Mitgliederstruktur. Es gibt einnahmestärke Kassen und es gibt einnahmeschwache Kassen. Es gibt Kassen mit Mitgliedern, deren beitragspflichtige Einnahmen überproportional gestiegen sind bzw. steigen und solche mit unterdurchschnittlichem Zuwachs oder sogar Rückgang. Nach Eröffnung des Wettbewerbs in der GKV gab es erhebliche Wanderungen insbesondere von Mitgliedern mit überdurchschnittlichem Einkommen (vgl. u.a. Kühn 1998; Lauterbach/Wille 2001). Gewinner dieser Wanderungsbewegungen waren vorwiegend bestimmte, eher kleinere Betriebskrankenkassen. Hatte eine Krankenkasse Zuwanderungen einkommensstarker Mitglieder zu verzeichnen, führte dies zu einer überdurchschnittlichen Steigerung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Eine andere Kasse, die einkommensstarke Mitglieder verlor, hatte dementsprechend eine unterdurchschnittliche Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zu verzeichnen.

Nimmt man nun den Mittelwert der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied über die verschiedenen Kassenarten und Einzelkassen hinweg und setzt ihn als Maßstab für die Erhöhung von Vergütungen, so begünstigt dies Kassen mit überdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bzw. überdurchschnittlichen Veränderungsraten und benachteiligt Kassen mit unterdurchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied. Die einen können ihren Beitragssatz senken, die anderen müssen ihn erhöhen, selbst wenn die Vergütungen der Leistungserbringer nur entsprechend der durchschnittlichen Veränderungsrate für die gesamte GKV steigen.

Zwar sah der Risikostrukturausgleich den Ausgleich insbesondere auch von Unterschieden bei den beitragspflichtigen Einnahmen vor, er steht jedoch seit Eröffnung des Wettbewerbs in der Kritik, dass er die unterschiedlichen Risiken und Einkommen der Mitglieder und Versicherten nicht in ausreichendem Maße ausglich.

Unterschiede in der Finanzkraft der Krankenkassen bestehen aber nicht nur bundesweit zwischen Kassenarten und Einzelkassen, sondern auch zwischen Regionen.

Durch die Vorgabe unterschiedlicher Veränderungsraten für West- und Ostdeutschland wurde versucht, diese Unterschiede zumindest teilweise zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt wurden jedoch regionale Unterschiede innerhalb dieser beiden Gebiete. So galt und gilt die Veränderungsrate für Westdeutschland beispielsweise sowohl für eher einkommensschwache Länder wie Bremen und Berlin als auch für eher einkommensstarke Regionen wie Bayern und Baden-Württemberg. Diese Unterschiede in der Finanzkraft zwischen den Bundesländern und das Vorhaben, sie zu nivellieren, sorgen bekanntlich gegenwärtig für sehr kontroverse Diskussionen über den geplanten Gesundheitsfonds.

Der willkürliche Charakter der Budgetdeckelung

Es dürfte hinreichend deutlich geworden sein, dass die Budgetdeckelung keineswegs ein in sich stimmiges Steuerungssystem ist, das lediglich objektiv vorhandene Daten aufgreift und in einen Automatismus umsetzt, der Beitragssatzstabilität sicherstellt. Das System enthält eine Vielzahl normativer Entscheidungen und vor allem auch – gemessen an seinem Anspruch – zahlreiche schwer wiegende Konstruktionsfehler oder technische Mängel, von denen einige letztlich unlösbar sind. Dennoch wurde an diesem System sehr lange festgehalten und die Bundesregierung will es für den Krankenhausbereich offenbar auch über das Jahr 2008 hinaus beibehalten (Schmidt 2008). Dies wirft die Frage nach den Gründen auf. Einer der Gründe dürfte in dem Nutzen zu finden sein, den ein automatisiertes Steuerungssystem für die Politik bieten könnte, wenn es funktionieren würde.

Budgetdeckelung kann als Versuch einer »entsprachlichten«, pseudo-objektiven, automatisierten Steuerung von Teilbereichen des Gesundheitswesens angesehen werden. Vermeidet man es, gründlich darüber nachzudenken und in die Details einzudringen, so kann es die Illusion bieten, es sei nicht der Gesetzgeber, der beschließt, dass die Krankenhausbudgets nur um einen bestimmten Prozentsatz steigen dürfen, sondern ein »automatisiertes« Verfahren. Nicht das BMG gibt eine Veränderungsrate vor, sondern diese »entspringt« von sich aus dem Haushalt der GKV. Das Ministerium liest die entsprechenden Daten nur ab, berechnet den Durchschnittswert und gibt ihn bekannt.

Als »entsprachlicht« kann es bezeichnet werden, da die Entscheidung über die zentrale Kennzahl der Budgetveränderung nicht mehr, wie noch bis 1992, im Rahmen von Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort und somit über sprachliche Kommunikation und den Austausch von Argumenten gefällt wird, sondern über einen der Argumentation nicht mehr zugänglichen Automatismus. Die Ermittlung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V könnte letztlich auch durch ein autonom funktionierendes Computerprogramm errechnet und ausgegeben werden.

Der Nutzen für Akteure des politisch-administrativen Systems liegt auf der Hand: Da nicht sie die niedrigen Veränderungsraten beschließen, sondern diese lediglich aus

vorliegenden Daten errechnet werden, können sie auch die Verantwortung für die niedrigen Veränderungsraten und ihre Folgen von sich weisen.

Diese Illusion ist jedoch spätestens seit der Umstellung des Deckelungssystems im Jahre 2000 nicht mehr aufrechtzuerhalten. Im System des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 war immerhin noch versucht worden, die Krankenhausbudgets des betreffenden Jahres an die beitragspflichtigen Einnahmen auch dieses Jahres anzubinden; deshalb der Kunstgriff der nachträglichen Feststellung und des Ausgleichs für ein folgendes Budget. Das seit dem Jahr 2000 geltende Deckelungssystem gibt diesen Zusammenhang vollständig auf. Es kann von daher für dieses System noch nicht einmal seiner inneren Logik nach der Anspruch erhoben werden, damit solle und könne Beitragssatzstabilität hergestellt werden. Beitragssatzstabilität ist – wenn man meint, sie über eine Budgetdeckelung erreichen zu wollen – nur herstellbar, wenn die Budgets in dem Jahr, in dem sie gezahlt werden, an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen genau dieses Jahres und keines anderen Jahres angebunden werden. Das aber ist, wie gezeigt, rein technisch nicht machbar.

Allerdings ist der Schritt des Jahres 2000 in gewisser Hinsicht ein konsequenter: konsequent insofern, als der Kern des Deckelungssystems deutlicher hervortritt. Es ist letztlich ein Akt der Willkür: Willkür in dem Sinne, dass die Entscheidung durchaus auch anders ausfallen könnte, ohne dass dadurch eine Regel verletzt würde. Sicherlich könnte dem entgegengehalten werden, dass die in der Gesundheitsreform 2000 gewählten Bezugsdaten die aktuellsten verfügbaren Zeiträume des GKV-Haushaltes seien. Aber woher will man wissen, dass diese Zeiträume genau die Veränderungsrate liefern, die der des zukünftigen Zeitraumes am besten entspricht? Es könnten doch auch die von vor drei oder sieben Jahren sein oder irgendeines anderen, letztlich nur willkürlich zu bestimmenden Haushaltszeitraumes der GKV.

Der Willkürcharakter des Deckelungssystems tritt um, so deutlicher zu Tage, wenn selbst die niedrigen Veränderungsraten durch Gesetzesbeschluss auch noch außer Kraft gesetzt und pauschale Kürzungen oder »Nullrunden« verfügt werden. Es kann aber wohl davon ausgegangen werden, dass solche »groben« Interventionen aus Sicht der

Politik wenig befriedigend sind, da hierbei die unmittelbare Verantwortung der abstimmenden Abgeordneten und Parteien deutlich sichtbar wird. Der Reiz des Systems der Budgetdeckelung liegt gerade darin, dass die politische Verantwortung der Politik durch einen scheinbar unabhängig funktionierenden Automatismus verdeckt wird.

Zwischenfazit

Die vorstehenden Ausführungen sollten nicht als Plädoyer für eine »verbesserte« Budgetdeckelung missverstanden werden, sondern sollen vielmehr aufzeigen, dass Beitragsatzstabilität auf dem Weg der Anbindung von Krankenhausbudgets und vertragsärztlichen Gesamtvergütungen an die beitragspflichtigen Einnahmen allein aus technisch-funktionalen Gründen nicht zu erreichen ist.

Darüber hinaus drängt sich bei genauerer Betrachtung des Deckelungssystems der Eindruck auf, dass es nur unzureichend durchdacht ist und zahlreiche Ungereimtheiten und logische Inkonsistenzen aufweist. Dies provoziert die Frage, warum überhaupt damit begonnen wurde. Die Rekonstruktion des Gesetzgebungsprozesses zum Gesundheitsstrukturgesetz 1993 zeigt, dass die Budgetdeckelung offenbar auf Grund einer Ad-hoc-Intervention von Parlamentariern der CDU/CSU-Fraktion in den Gesetzentwurf aufgenommen wurde (Simon 2000: 193ff.). Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) war insgesamt eine in hohem Maße »zusammengesetzte« Reform aus zahlreichen Einzelteilen, die nicht einer einheitlichen Konzeption aus einem Guss entstammten. Die einzelnen Fragmente wurden von einer Vielzahl von Akteuren eingebracht, nicht zuletzt auch, weil die damalige Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP auf Grund der Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat die Verständigung mit der SPD suchen musste und das GSG in seinen zentralen Bestandteilen Ergebnis des sogenannten Lahnstein-Kompromisses war (Reiners 1993).

Da die Deckelung rechtstechnisch nur schwierig in das geltende Finanzierungsrecht einzufügen war, bereitete die Erarbeitung eines konsistenten Regelwerkes offenbar erhebliche Probleme und führte zu einer deutlichen Verkomplizierung des Krankenhausfinanzierungsrechts. Anscheinend gab es auch unter den Konstrukteuren des Gesundheitsstrukturgesetzes Bedenken gegen eine Budgetdeckelung. Im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung wurde eindeutig festgestellt:

»Gesetzliche Eingriffe zur unmittelbaren Begrenzung der Ausgaben in den einzelnen Leistungsbereichen sind als dauerhaftes Instrument untauglich; sie können und dürfen auch nicht wiederholt eingesetzt werden.« (BT-Drs. 12/3608: 69)

Dem ist an dieser Stelle nichts hinzuzufügen.

Eine grundsätzlich-normative Kritik der Budgetdeckelung

Im Folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit die Budgetdeckelung mit grundlegenden Prinzipien des Sozialrechts und normativen Fundamenten der Sozialpolitik vereinbar ist. Wie aus der Begründung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 ablesbar ist, galt die Budgetdeckelung auch ihren ursprünglichen Schöpfern nur als eine vorübergehende und unbedingt zeitlich zu begrenzende Maßnahme, die im Grunde ein Fremdkörper im Sozialrecht ist, der darum auch von Anfang an rechtstechnisch schwierig in das übrige Recht zu integrieren war. Die nachfolgende Analyse wird sich zunächst dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) zuwenden und anschließend dem Recht der Krankenhausfinanzierung. Die Erörterung wird abgeschlossen mit dem Verweis darauf, dass die Budgetdeckelung das zentrale Problem der GKV nicht lösen kann, da dies auf der Einnahmeseite liegt. Seit über 25 Jahren schrumpft die Einnahmegrundlage der GKV, ohne dass die Gesundheitspolitik bislang bereit und in der Lage war, dieses Problem einer Lösung zuzuführen. Auch der gegenwärtig sehr kontrovers diskutierte Gesundheitsfonds wird dieses Problem nicht lösen können.

Zur Bedeutung des Bedarfsdeckungsprinzips in der GKV für die Deckelung der Krankenhausbudgets

Das deutsche System der sozialen Sicherung im Krankheitsfall baut bei genauer Betrachtung letztlich auf einem zentralen und grundlegenden Prinzip auf. Es ist der Grundsatz, dass alle Versicherten einen uneingeschränkten Anspruch auf alle im Bedarfsfall notwendigen medizinischen Leistungen haben. Dieser Anspruch ist primär in § 11 SGB V normiert. Die Kompetenz zur Feststellung des Bedarfs liegt bei der Profession der Mediziner. Es sind in erster Linie die jeweils behandelnden Ärzte und gegebenenfalls weitere Ärzte wie beispielsweise Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder medizinische Gutachter im Falle von Rechtsstreitigkeiten, die darüber entscheiden, was im Einzelfall für einen Patienten notwendig ist. Was als medizinisch notwendig gilt, hat die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren. Gibt es Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit einer einzelnen Leistung, so ist gegebenenfalls der Rechtsweg zu beschreiten, um die medizinische Notwendigkeit gerichtlich überprüfen und feststellen zu lassen.

Diese Finanzierungspflicht der Krankenkassen wird auch nicht durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität eingeschränkt oder gar aufgehoben. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität besagt eindeutig – und dies auch in früheren Versionen des SGB V –, dass die Vereinbarungen von Vergütungen der Leistungserbringer so zu gestalten sind, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, »es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)« (§ 71 Abs. 1 SGB V).¹⁰ Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bezieht sich somit ausschließlich auf die Vergütungen der Leistungserbringer und nicht auf den Anspruch der Versicherten auf eine bedarfsgerechte Versorgung.

10 Bis Ende 2003 befand sich diese Definition in § 141 SGB V (Konzertierte Aktion). Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde der § 141 SGB V zum 1. Januar 2004 aufgehoben und die Definition des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den § 71 SGB V übernommen.

Ein weiterer zentraler Grundsatz des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Bestimmung, dass die Beitragssätze so zu bemessen sind, »dass sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsplan der Krankenkasse vorgesehenen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken« (§ 220 Abs. 1 SGB V). Es wird auch ausdrücklich klargestellt: Sollte sich im Laufe des Haushaltsjahres ergeben, dass die Mittel nicht zur Deckung der Ausgaben ausreichen, »sind die Beiträge zu erhöhen« (§ 220 Abs. 2 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung).

Die entsprechende Vorschrift geht sogar so weit, dass die für die Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde gesetzlich verpflichtet ist, eine notwendige Beitragssatzerhöhung anzuordnen, wenn dies zur Sicherstellung der Leitungsfähigkeit der Krankenkasse erforderlich ist, die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkasse einen entsprechenden Beschluss aber nicht treffen (§ 220 Abs. 2 Satz 3 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung).

Der Grundsatz, dass der Beitragssatz zu erhöhen ist, wenn die Mittel zur Deckung der Ausgaben nicht reichen, wird auch nach Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 weiterhin Gültigkeit haben. So ist der zukünftig vom BMG festzusetzende allgemeine Beitragssatz zu erhöhen, wenn die Einnahmen die Ausgaben nicht decken (§ 220 Abs. 2 SGB V in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung).

Der Kern der solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos im Modell der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland kann somit stark vereinfacht wie folgt zusammengefasst werden:

- Alle Versicherten haben einen uneingeschränkten Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen (§ 11 SGB V).
- Die zur Finanzierung dieser Leistungen erforderlichen Mittel sind solidarisch von der Gemeinschaft der Beitragszahler aufzubringen (§ 3 SGB V).
- Reichen die geltenden Beitragssätze nicht zur Finanzierung der medizinisch notwendigen Leistungen aus, sind die Beitragssätze anzuheben (§ 220 SGB V).

Auch wenn seit Ende der 1970er Jahre in der Gesundheitspolitik vom Ziel einer »einnahmenorientierten Ausgabenpolitik« in der GKV die Rede ist und der »Grundsatz der Beitragssatzstabilität« in der gesundheitspolitischen Diskussion seit Jahren eine beherrschende Stellung innehat: im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung findet sich eindeutig die Verpflichtung der Krankenkassen zu einer »ausgabenorientierten Einnahmenpolitik«. Die Selbstverwaltungsorgane der GKV sind gesetzlich verpflichtet, einen ausgeglichenen Haushalt vorzulegen. Ist dies auf Grund unabwendbarer nicht eingeplanter Ausgabensteigerungen nicht möglich, haben sie – durch Gesetz verpflichtet – ihre Beitragssätze zu erhöhen. Tun sie dies nicht, hat die zuständige Aufsichtsbehörde Beitragssatzerhöhungen anzuordnen.

Bleibt nun die Frage, welche Bedeutung diese Grundsätze und Rechtsvorschriften für die Diskussion und Bewertung der Budgetdeckelung haben.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass sich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nur auf die Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bezieht. Aus dem Grundsatz lässt sich allerdings keine ausreichende Legitimation für eine strikte Begrenzung der Vergütungen der Leistungserbringer ableiten, denn er enthält ausdrücklich eine Öffnungsklausel, um die Finanzierung medizinisch notwendiger Leistungen sicherzustellen. Diese Offenheit, die letztlich auf den Anspruch der Versicherten auf Bedarfsdeckung zurückzuführen ist, zeigt sich auch direkt in § 71 Abs. 1 SGB V. Dort wird unmittelbar nach der Formulierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgestellt, dass Ausgabensteigerungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie Disease-Management-Programme (DMP) sehr wohl über die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V hinausgehen können, ohne dass dies eine Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität darstellt. Bekanntlich dürfen auch Vergütungen für die Integrierte Versorgung stärker steigen als die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V. Eine gründliche Analyse des SGB V würde vermutlich zahlreiche solcher ausdrücklich genannten Ausnahmen zutage fördern. Auch das Krankenhausfinanzierungsrecht der letzten sechzehn Jahre kennt zahlreiche solcher »Ausnahmen«.

Hierzu ist aber ausdrücklich noch einmal festzuhalten, dass es sich dabei im Grunde nicht um Ausnahmen handelt, sondern diese Regelungen nur dem gegenüber der Beitragssatzstabilität eindeutig höherwertigen Grundsatz der Bedarfsdeckung Geltung verschaffen.

Aus dem Vorhergehenden ergibt sich, dass die Vorgabe einer Veränderungsrate als bindende Obergrenze für Vergütungsvereinbarungen, wie beispielsweise Krankenhausbudgets, nicht dem Sinngehalt des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität entspricht. Nicht von ungefähr war der Grundsatz früher deutlich offener formuliert worden. Bis Ende 1999 war der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bei den Vergütungsvereinbarungen nur »zu beachten« (§ 71 Abs. 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung). Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 erhielt er seine heute noch geltende restriktivere Fassung, nach der die Vergütungsvereinbarungen so zu gestalten sind, dass »Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden« (§ 71 Abs. 1 SGB V in der seit dem 1. Januar 2000 geltenden Fassung). Ausdrücklich ist seitdem in § 71 Abs. 2 SGB V festgelegt, dass die Veränderung der jeweiligen Vergütung die vom BMG ermittelte und festgesetzte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied »nicht überschreiten« darf.

Dass diese strikte Begrenzung in § 71 Abs. 2 SGB V mit dem älteren Grundsatz der Beitragssatzstabilität in § 71 Abs. 1 SGB V überhaupt vereinbar ist, soll hier nachdrücklich in Frage gestellt werden. Gegebenenfalls wäre es gerichtlich zu klären, ob § 71 Abs. 2 SGB V überhaupt mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität vereinbar ist und es sich bei der strikten Budgetdeckelung nicht um einen Verstoß gegen Grundprinzipien des Sozialrechts handelt.

Zur Verwendung der Begriffe »Wirtschaftlichkeit« und »Wirtschaftlichkeitsreserven«

Die Legitimation einer Begrenzung der Vergütungen könnte nun daraus abzuleiten versucht werden, dass die Öffnung für Vergütungsvereinbarungen nur dann gilt, wenn »Wirtschaftlichkeitsreserven« zuvor vollständig ausgeschöpft wurden und somit kein anderer Weg verfügbar ist, um die notwendige medizinische Versorgung sicherzustellen. Solange Wirtschaftlichkeitsreserven existieren, sind diese zunächst zu erschließen, bevor Vergütungen über das zur Sicherung der Beitragssatzstabilität erforderliche Niveau erhöht werden. Hier setzen seit Jahren immer wieder Teile der Gesundheitspolitik an und legitimieren die Anbindung der Krankenhausbudgets an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen mit der Behauptung, es gebe noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich, so auch das BMG in seinem Schreiben vom 2. April 2008 (Caspers-Merk 2008).

Die Diskussion über Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich steht allerdings vor einem bislang nicht gelösten Problem, dem Problem einer allgemein anerkannten Definition dessen, was als »Wirtschaftlichkeit« im Krankenhaus zu gelten hat. Es gibt bis heute keine Legaldefinition des Begriffs im Sozialrecht und die krankenhäusökonomische Literatur kann auf die Frage keine befriedigende Antwort geben (Simon 2007a). Auch die gemeinsame Selbstverwaltung konnte sich in der Vergangenheit nicht auf eine Definition einigen. Zur Veranschaulichung der Problematik sei an dieser Stelle ein kurzer Exkurs in die Geschichte erlaubt.

Vor dem Hintergrund zahlreicher Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen um die Angemessenheit von Pflegesatzforderungen erteilte der Gesetzgeber 1981 den Spitzenverbänden im Krankenhausbereich den Auftrag, Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu vereinbaren, die als Bezugspunkte für Budgetverhandlungen dienen sollten (§ 19 KHG i. d. F. d. Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes 1981). Nach über fünfzig Verhandlungsrunden und dem mehrmaligen Erklären des Scheiterns der Verhandlungen erkannte das damals zuständige Bundesministerium für

Arbeit und Sozialordnung (BMA) Ende der 1980er Jahre endlich das Scheitern der Verhandlungen an (Mohr 1988). Damit ging – wie in § 19 KHG festgelegt – die Verantwortung für die Bestimmung der Grundsätze und Maßstäbe für Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus auf das BMA über. Aber weder das BMA noch das seit 1991 zuständige BMG haben bislang eine solche Legaldefinition vorgelegt.

Dies ist insofern nicht verwunderlich, als sich auch die krankenhausökonomische Fachliteratur und die neuere gesundheitsökonomische Literatur mit einer eindeutigen und operationalisierbaren Definition schwertut (vgl. u.a. Eichhorn/Seelos/Schulenburg 2000; Haubrock/Schär 2002; Lauterbach/Schrappe 2004). Mag die Definition des Inputs noch vergleichsweise einfach sein, wenn man ihn rein monetär in Geldeinheiten bestimmt, so treten letztlich nicht lösbare Probleme auf, will man den Output oder Outcome so definieren, dass er in quantitativen Kenngrößen messbar wird. In welcher Maßeinheit will man den Outcome messen, wenn man die »spezifische Leistung des Krankenhauses« – um einen Begriff von Eichhorn (1975: 13-19) zu verwenden – analog zu § 107 Abs. 1 SGB V als das Erkennen und Heilen von Krankheiten, die Verhütung ihrer Verschlimmerung, die Linderung von Krankheitsbeschwerden oder die Hilfestellung bei Geburten definiert?

Dass diese Frage nicht befriedigend zu beantworten ist, stellte beispielsweise auch der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 1991 klar:

»Der medizinische Nutzen des Krankenhauses ist – wegen der Heterogenität der behandelten Fälle – ebenso wenig wie der soziale Nutzen (z.B. Zufriedenheit des Patienten und Beruhigung der Angehörigen) aus den verfügbaren Globaldaten zu bestimmen: Es ist unmöglich, die mit dem Gesamtaufwand erzielten Effekte diesem gegenüberzustellen und zu einer schlüssigen Aussage über den Nutzen der stationären Versorgung als Ganzes zu kommen. Es ist deshalb auch nicht möglich, ein Urteil über die Wirtschaftlichkeit zu fällen, wobei unter Wirtschaftlichkeit der Quotient aus medizinischem und sozialem Nutzen (Ertrag) und Gesamtaufwand verstanden wird.« (SVRKAiG 1991: 61)

Zur Umgehung dieses Problems wurden und werden im Krankenhausbereich statt der »Primärleistung« (Eich-

horn 1975: 17) in der Regel »Sekundärleistungen« wie Fallzahlen, Verweildauer, Belegungstage, diagnostische Einzelleistungen, Operationszahlen etc. zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses verwendet (oder neuerdings solche Kennzahlen wie Casemix, Casemix-Index oder Basisfallwert/Baserate). Derartige Kennzahlen geben allerdings keine Auskunft darüber, ob und in welchem Umfang tatsächlich Krankheiten geheilt oder Krankheitsbeschwerden gelindert wurden.

Unbeeindruckt von den angesprochenen Schwierigkeiten, und sicherlich zumeist auch ohne vertiefte Beschäftigung mit der Thematik, wird aber dennoch seit Jahren immer wieder über »Wirtschaftlichkeit« oder »Unwirtschaftlichkeit« und »Wirtschaftlichkeitsreserven« in Krankenhäusern diskutiert. Dabei wird in der Regel mit einem diffusen und nebulösen Wirtschaftlichkeitsbegriff operiert, bei dem Effizienz in der Regel in Verweildauertagen, Operationszahlen oder »Fällen je Vollkraft« gemessen wird. Auch dass Rentabilität und Wirtschaftlichkeit verwechselt werden und Gewinn oder Verlust eines Krankenhauses als Indikator für dessen Wirtschaftlichkeit gelten, passt zum Gesamtbild einer Diskussion, die eher dem Niveau eines Stammtisches würdig sind, als einer auf höchster staatlicher Ebene geführten Debatte.¹¹

Es bleibt festzuhalten, dass es sich bei dem Begriff der »Wirtschaftlichkeit« im Krankenhaus ebenso um einen unbestimmten und auch unbestimmbaren Rechtsbegriff

¹¹ Vom Begriff der **Wirtschaftlichkeit** zu trennen ist der Begriff der **Rentabilität** als Verhältnis von eingesetztem Kapital zum Gewinn. Dass beide in der krankenhauspolitischen Diskussion verwechselt werden, ist kein neues Phänomen, sondern veranlasste bereits Eichhorn Anfang der 1970er Jahre zu der Feststellung: »Es ist sehr wohl möglich, daß ein Krankenhaus, das 2 Millionen DM Verlust ausweist, wirtschaftlicher arbeitet, als ein anderes Krankenhaus, das mit 1 Million DM Überschuß abschließt.« (Eichhorn 1975: 21) Durch die Umverteilung im Rahmen des DRG-Systems hat die Bedeutung der Unterscheidung beider Begriffe einen neuen Stellenwert erlangt, da ein erheblicher Teil der Überschüsse von »Gewinnerkrankenhäusern« diesen durch Konstruktionsmängel des Systems (z.B. unzureichende Abbildung der Hochleistungsmedizin) ohne eigenes Zutun zugefallen ist. Dass in den ersten Jahren des deutschen DRG-Systems vor allem kleine und kleinste Kliniken überproportional oft zu den »Gewinnern« gehörten, ist mit Sicherheit nicht mit deren überdurchschnittlicher Wirtschaftlichkeit zu erklären, ebenso wenig wie die Tatsache, dass die Mehrzahl der Universitätskliniken zu »Verlierern« wurden, nicht mit deren genereller Unwirtschaftlichkeit erklärt werden kann.

handelt wie beim Begriff der »Wirtschaftlichkeitsreserven« in § 71 Abs. 1 SGB V. Wenn überhaupt, ließe sich die Frage, ob Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, nur auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses klären, beispielsweise auf dem Weg einer externen Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie sie bis 1992 vielfach in Krankenhäusern durchgeführt wurde, um Streitfragen zu klären, die im Rahmen von Budgetverhandlungen auftraten. Diesen Weg hat aber gerade die Einführung der Budgetdeckelung abgeschnitten. Selbst wenn eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt würde, wäre ihr Ergebnis ohne Belang, da die vorgegebene Veränderungsrate unabhängig vom Ergebnis einer einzelfallbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung in jedem Fall bindend ist.

Auch daran wird deutlich, dass es sich bei dem Begriff Wirtschaftlichkeitsreserven um eine Worthülse handelt. Ob und in welchem Umfang in einem Krankenhaus Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, ist im System der Budgetdeckelung überhaupt nicht von Interesse und nicht von Belang. Die vorgegebene Veränderungsrate ist in der jeweiligen Budgetverhandlung anzuwenden, unabhängig davon, ob in dem betreffenden Krankenhaus tatsächlich Wirtschaftlichkeitsreserven existieren oder nicht.

Der Widerspruch zwischen der strikten Anbindung der Krankenhausbudgets an die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen und der Öffnungsklausel zur Sicherstellung der notwendigen medizinischen Versorgung lässt sich letztlich nur dadurch auflösen, dass man die Veränderungsrate zum Maßstab für Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus erklärt.

Und genau das macht die politische Führung des BMG. Sie behauptet, dass Krankenhäuser nur deshalb mit der Veränderungsrate nicht auskommen und Verluste erleiden weil sie noch vorhandene »vielfältige (...) Wirtschaftlichkeitsreserven« nicht heben (Caspers-Merk 2008). Im Umkehrschluss enthält diese Argumentation die These, dass die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V zur Finanzierung der notwendigen medizinischen Versorgung ausreicht. Die Beweisführung für eine solche Behauptung setzt nicht nur eine allgemein anerkannte Definition des Wirtschaftlichkeitsbegriffs voraus, die auch das BMG bislang nicht erbracht hat, sondern darüber hinaus einen umfassenden Bestand an repräsentativen und validen Daten

zur Messung und Bestimmung des Effizienz- oder Ineffizienzgrades des deutschen Krankenhauswesens, der nicht existiert. Insofern verbietet sich für jeden an einer ernsthaften Erörterung der Thematik Interessierten eine generalisierende Aussage über Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit des deutschen Krankenhauswesens. Es wirft denn auch ein bezeichnendes Licht auf die Qualität dieser Argumentation des BMG, dass sie lediglich mit Verweisen auf einige wenige Publikationen und PowerPoint-Folien von leitenden Mitarbeitern der Beraterfirma McKinsey gestützt wird (ebd.).

Die Zielhierarchie staatlicher Krankenhauspolitik und ihre Bedeutung für die Budgetdeckung

Der Grundsatz, dass der Bedarf der Versicherten an medizinisch notwendigen Leistungen zu decken ist und die dafür erforderlichen Mittel aufzubringen sind, ist nicht nur für die gesetzliche Krankenversicherung zentral, sondern auch maßgebend für die staatliche Krankenhauspolitik. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 wurden erstmals für die Bundesrepublik Deutschland auch die Ziele staatlicher Krankenhauspolitik festgelegt:

»Zweck des Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.« (§ 1 Abs. 1 KHG)

In dieser Satzkonstruktion sind zwar drei Ziele genannt, sie stehen aber keineswegs gleichberechtigt nebeneinander, sondern werden in ein hierarchisches Verhältnis zueinander gesetzt. Sowohl die historische Auslegung des Sinngehalts als auch die sprachliche und rechtssystematische Interpretation führen zu dem Ergebnis, dass das KHG der staatlichen Krankenhauspolitik die folgende Zielhierarchie vorgibt (zur ausführlicheren Erörterung vgl. Simon 2000: 73-78):

1. Die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern.
2. Die wirtschaftliche Sicherung der für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlichen Krankenhäuser.
3. Sozial tragbare Pflegesätze.

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung wurde vom Bundesverwaltungsgericht in einer Grundsatzentscheidung als das »überragende Ziel« des KHG klassifiziert, die beiden anderen Ziele haben lediglich den Status von Nebenzielen (BVerwG 72: 38ff., 47).¹² Der Begründungs- und Bedingungszusammenhang lässt sich darum wie folgt darstellen: Ausgehend vom Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes hat der Staat im Rahmen der von ihm ge-

forderten Daseinsvorsorge für die Bürger auch eine ausreichende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen. Diesen sogenannten Sicherstellungsauftrag haben die Länder als eigentliche Träger staatlicher Hoheit zu erfüllen. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist aber nur dann sicherzustellen, wenn es ausreichend leistungsfähige Krankenhäuser gibt. Die wiederum können nur dann ihre Leistungsfähigkeit erhalten, wenn sie ausreichend wirtschaftlich gesichert werden.

Das zweite Nebenziel, sozial tragbare Pflegesätze, wurde 1972 in das KHG aufgenommen, da es erklärter politischer Wille der Bundesregierung war, innerhalb weniger Jahre erhebliche zusätzliche Mittel in den bis dahin unterfinanzierten Krankenhausbereich zu geben. Um zu starke Mehrbelastungen der Krankenkassen zu vermeiden, wurde in das KHG die Regelung aufgenommen, dass jährliche Pflegesatzsteigerungen von mehr als 10 % aus öffentlichen Fördermitteln ausgeglichen werden. Langfristig sollte dieses zweite Nebenziel dadurch erreicht werden, dass den Krankenhäusern nur ein Anspruch auf Deckung der »Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses« (§ 4 Abs. 1 KHG 1972) eingeräumt wurde, also keineswegs ein uneingeschränkter Anspruch auf Deckung aller Selbstkosten, wie dies teilweise in der späteren Kritik am Selbstkostendeckungsprinzip behauptet wurde. In der Beschränkung war die Grundlage für die in den nachfolgenden Jahren vielfach durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Krankenhäusern gelegt. Diese Prüfungen hatten in erster Linie das Ziel, festzustellen, ob die von einem Krankenhaus geltend gemachten Kosten denen eines solchen »sparsam wirtschaftenden Krankenhauses« entsprachen.

Auch hier kann der Bogen zur Kritik der Budgetdeckung ab 1993 gezogen werden. Die Frage der Wirtschaftlichkeit ist – wenn überhaupt – nur auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu stellen und zu beantworten, nicht für das gesamte hochkomplexe System der Krankenhausversorgung in Deutschland.

Die Bedeutung dieses Exkurses zu den Zielen staatlicher Krankenhauspolitik liegt darin, zu verdeutlichen, dass Beitragssatzstabilität – gleichgesetzt mit »sozial tragbaren Pflegesätzen« – gegenüber den anderen beiden Zielen eindeutig nachrangig ist und in § 1 KHG den anderen beiden

¹² Zu dieser Rechtsauffassung vgl. auch Depenheuer (1986); Harsdorf/Friedrich (1975); Wiemeyer (1984); zur ausführlicheren Diskussion der Frage vgl. Simon (2000: 73ff.).

Zielen untergeordnet wird. Genau genommen ist Beitragsstabilität auch kein originäres krankenhauspoltisches Ziel, sondern ein Ziel der Sozialversicherungspolitik des Bundes. Die Budgetdeckelung zielt im Grunde darauf, die Zielhierarchie des KHG umzudrehen und die finanzielle Stabilität des Sozialversicherungszweiges GKV faktisch zum »überragenden Ziel« der Krankenhauspolitik zu machen.

Dass der Bund ein starkes Interesse an einer solchen Umkehr der Zielhierarchie hat, kann darauf zurückgeführt werden, dass er laut Verfassung die Verantwortung für die finanzielle Stabilität der Sozialversicherungen trägt. Für ihn müssen schon allein aus eigenen haushaltspolitischen Interessen heraus die finanziellen Interessen der GKV Vorrang gegenüber denen der Krankenhäuser haben. Bei der Verfolgung dieser Interessen muss er auch keine Grenzen beachten, bei deren Überschreitung negative Folgen für die Sicherstellung einer leistungsgerechten Krankenhausversorgung zu befürchten sind. Die Verantwortung für die Sicherstellung einer ausreichenden und leistungsgerechten Krankenhausversorgung liegt allein bei den Ländern.

Sollten sich – den schlimmsten Fall einmal angenommen – die freigemeinnützigen und privaten Träger aus der Krankenhausversorgung zurückziehen, weil die finanziellen Rahmenbedingungen für sie inakzeptabel geworden wären, so müssten gegebenenfalls die Länder aus ihren Haushaltsmitteln selbst für die notwendigen Krankenhausleistungen sorgen (Bruckenberg 1996: 141). Der Bund unterliegt keinerlei Verpflichtung für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Bevölkerung, er unterhält lediglich ein paar Bundeswehrkrankenhäuser.

Nun ist die gegenwärtige Situation nicht so, dass in größerem Umfang Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen schließen. Dies sollte aber nicht als Beleg dafür gedeutet werden, dass eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gewährleistet ist. Das Problem sind weniger die stattfindenden Krankenhausschließungen, sondern vielmehr die Zustände in Krankenhäusern, über die – aus den oben genannten Gründen – viel zu wenig zuverlässiges Wissen verfügbar ist. Das Wenige, das nach außen dringt, beispielsweise durch Zeitungsberichte und Fernsehreportagen, spricht dafür, dass der erhebliche Stellenabbau der letzten Jahre in zunehmendem Maße zu Überlastungen des Personals geführt hat und durch diese Überlastungen

Patienten zu Schaden kommen oder unzureichend versorgt werden (Becker-Wenzel/Sperling 2007; Nagel/Reuter 2008; Schrey 2008; SWR 2007).

Es ist davon auszugehen, dass durch die Krankenhauspolitik des Bundes, die der finanziellen Entlastung der Krankenkassen Vorrang gegenüber den originären Zielen staatlicher Krankenhauspolitik einräumt, die Leistungsfähigkeit eines zunehmenden Teils der Krankenhäuser gefährdet wird und in einem unbekannten Umfang bereits beeinträchtigt ist.

Allerdings ist dabei auch festzuhalten, dass die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung in Deutschland nicht nur durch die Krankenhauspolitik des Bundes beeinträchtigt wird, sondern ebenso durch die Unterdeckung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser (DKG 2006; Steiner/Mörsch 2005). Das Investitionsdefizit infolge der unzureichenden öffentlichen Investitionsförderung durch die Länder trägt ebenfalls wesentlich zur Minderung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser bei, wenngleich je nach Bundesland in unterschiedlichem Umfang und auch innerhalb der Länder sehr unterschiedlich, je nach »Förderphilosophie« des jeweiligen Bundeslandes (zum Überblick vgl. DKG 2007).

Deshalb ist der Kritik des BMG an den Ländern zuzustimmen, dass diese durch die unzureichende Investitionsförderung wesentlich zur Unterfinanzierung des Krankenhausbereichs beigetragen haben und gegenwärtig beitragen (Caspers-Merk 2008; Schmidt 2008). Offensichtlich entspricht es der Praxis in zahlreichen Krankenhäusern, dass Einsparungen bei den Personalkosten auch vorgenommen werden, um längst überfällige Investitionen finanzieren zu können. Ein Teil des Stellenabbaus in Krankenhäusern dürfte darum auch auf die Kürzungen der öffentlichen Investitionsförderung der Länder zurückzuführen sein. Im Umkehrschluss kann daraus abgeleitet werden: Hätten alle Länder ihre gesetzliche Verpflichtung zur Finanzierung der notwendigen Investitionen in Krankenhäuser erfüllt, wäre der wirtschaftliche Druck auf Kliniken nicht so groß, dass sie dringende Investitionen mangels anderer Finanzierungsmöglichkeiten durch Kürzung der Personalkosten und Stellenabbau finanzieren.

Das Kernproblem der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Erosion der Einnahmegrundlage

Kritisiert man die Budgetdeckelung und plädiert für ihre Abschaffung, so wird man sich der Frage stellen müssen, wie denn die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung gelöst werden sollen, wenn nicht durch strikte Begrenzung der Ausgabenentwicklung und Anbindung der Vergütungen der Leistungserbringer an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Hierzu ist zunächst einmal festzustellen, dass in der Frage bereits eine Einengung der Problemsicht allein auf die Ausgabenseite enthalten ist. Die Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung wird als gegebene und nicht zur Diskussion stehende Rahmenbedingung gesetzt. Spätestens seit Mitte der 1990er Jahre ist aber bekannt, dass das Hauptproblem der GKV nicht auf der Ausgabenseite, sondern auf der Einnahmeseite liegt.

Anfang der 1980er Jahre setzte in der alten Bundesrepublik eine Entwicklung ein, die sich im vereinten Deutschland fortsetzte und mit nur kurzen Unterbrechungen bis heute anhält: Die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung, die Gesamtsumme der beitrags-

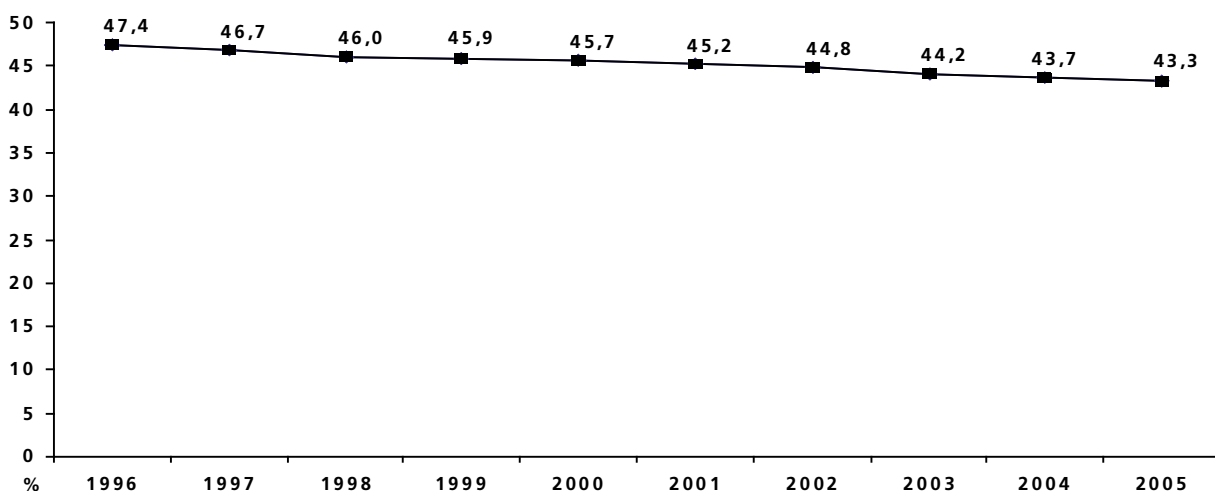
pflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder hält nicht mit der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts Schritt, sondern bleibt hinter dieser zurück. In der Folge schrumpft der Anteil der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung, der für die Finanzierung der GKV zur Verfügung steht.

In der früheren BRD lag der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (insgesamt) am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 1981 noch bei 41,1 % und sank bis 1991 auf 37,8 %. Im vereinten Deutschland lag er 1996 bei 47,4 % und war 2005 bereits auf 43,3 % gesunken (vgl. Abb. 4).¹³

Die Erosion der Finanzierungsgrundlage der GKV führt dazu, dass trotz eines weitgehend konstanten Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt und des Anteils der GKV an den Gesamtgesundheits-

13 Das Jahr 1996 wird hier als Ausgangsjahr verwendet, weil bis 1995 die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner nicht in die Grundlohnsumme einbezogen wurden und ab 1996 die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV einschließlich der Einnahmen der Rentner errechnet wird. Durch die geänderte Berechnungsgrundlage stieg die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV von 1995 auf 1996 sprunghaft an, was aber keine reale Einnahmeverbesserung abbildet, sondern nur ein statistisches Artefakt ist, da die Rentner auch zuvor Beiträge entrichtet haben.

Abbildung 4: Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt – Anteil am Bruttoinlandsprodukt



Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

ausgaben die Beitragseinnahmen der GKV nicht zur Deckung der GKV-Ausgaben ausreichen. Um entstandene oder absehbare Haushaltsdefizite auszugleichen, mussten Krankenkassen in diesem Zeitraum ihre Beiträge mehrfach anheben, so dass in der früheren BRD der durchschnittliche Beitragssatz der GKV von 11,4 % im Jahr 1980 auf 12,5 % im Jahr 1990 stieg und im vereinten Deutschland von 12,4 % im Jahr 1991 bis auf 14,3 % im Jahr 2003.

Die Ursachen dieser Beitragssatzentwicklung sind zu vielfältig, als dass sie an dieser Stelle angemessen dargestellt werden könnten. Ohne Zweifel gab es auch einzelne Leistungsbereiche, die zeitweise überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen in der GKV verursachten. Die Leistungsausgaben der GKV insgesamt stellen aber nicht das primäre Problem und die Hauptursache der Defizite und Beitragssatzsteigerungen in der GKV dar. Dies wurde in den letzten ca. fünfzehn Jahren in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen herausgearbeitet und kann mittlerweile zum weitgehend anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesem Bereich der Sozialpolitik gezählt werden (für die Vielzahl der Veröffentlichungen vgl. stellvertretend Bäcker 2001; Kruse/Kruse 2001; Kühn 1995; Pfaff/Rindsfüßer/Busch 1996; SVRKAiG 1996, 2003; Wille 2003).

Auch der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat in mehreren seiner Gutachten darauf hingewiesen und sich für politische Interventionen zur Verbesserung der Einnahmegrundlage der GKV ausgesprochen. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang auch an die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme« (bekannter unter dem Namen »Rürup-Kommission«), die in ihrem Endbericht für eine Verbreiterung und Verstetigung der Finanzierungsgrundlage der GKV plädiert (BMGS 2003: 143-184). Zwar konnte sich die Kommission nicht auf einen gemeinsamen Vorschlag für ein Reformmodell einigen, den beiden alternativen Modellen gemeinsam ist aber, dass sie beide zum Ziel haben, die Erosion der Einnahmegrundlage der GKV aufzuhalten und die GKV auf eine dauerhaft breitere und stabilere Finanzierungsbasis zu stellen.

Bekanntlich haben sowohl CDU/CSU als auch SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vor der letzten Bundestags-

wahl die Verbesserung der Einnahmegrundlage der GKV zu einem der zentralen Themen der Gesundheitspolitik gemacht und für eines der beiden alternativen Grundmodelle geworben: die Bürgerversicherung oder die Gesundheitsprämie bzw. Kopfpauschale. Da sich die Parteien der gegenwärtigen Regierungskoalition nicht auf eines der beiden Modelle einigen konnten, wurde als Kompromissformel der »Gesundheitsfonds« in die Gesundheitsreform 2007 aufgenommen. Angesichts der gegenwärtig sehr kontroversen Diskussion über den Gesundheitsfonds und über die Frage der Fortsetzung der Budgetdeckelung scheint es angebracht daran zu erinnern, dass der Gesundheitsfonds seine Berechtigung in erster Linie darin hat, dass damit die Einnahmen der Krankenkassen verbessert und auf eine dauerhaft stabile Grundlage gestellt werden sollen. Hinter ihm stehen immer noch die beiden konträren Finanzierungsmodelle und es ist damit zu rechnen, dass der Gesundheitsfonds – sofern er tatsächlich kommt – nach der nächsten Bundestagswahl in eines der beiden Modelle überführt wird.

Dieser Exkurs in die Gesundheitspolitik der jüngeren Vergangenheit sollte verdeutlichen, dass es der Gesundheitspolitik auf Bundesebene sehr wohl bekannt ist, dass die GKV vor einem gravierenden Einnahmeproblem steht, das dringend einer politischen Lösung bedarf.

Die Ursachen des Einnahmeproblems der GKV sind sehr komplex und können in diesem Zusammenhang nicht vertiefend erörtert werden. Es sollen hier nur einige Problembereiche angesprochen werden, um anzudeuten, in welche Richtung die notwendigen Reformschritte gehen könnten oder müssten. Von zentraler Bedeutung für die chronische Einnahmeschwäche der Krankenkassen dürfte sicherlich der Rückgang des Anteils der Bruttolohn- und Bruttogehaltssumme an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung sein. Dazu trugen nicht nur die seit vielen Jahren sehr geringen Lohn- und Gehaltssteigerungen bei, sondern ebenso die seit Anfang der 1980er Jahre anhaltend hohe Arbeitslosigkeit. Auch die seit langem zunehmend größer werdende Einkommensschere zwischen unteren und oberen Einkommen führt zu Einnahmeproblemen der GKV, da hierdurch zunehmend mehr Arbeitnehmer mit hohen Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreiten und in eine private Krankenversicherung wechseln kön-

nen. Eine weitere, oftmals unbekannte oder vernachlässigte Ursache der schrumpfenden Einnahmegrundlage der GKV ist eine seit Ende der 1970er Jahre zu beobachtende ›Politik der Verschiebebahnhöfe‹, durch die Finanzierungslasten von anderen Sozialversicherungszweigen, dem Bundeshaushalt oder den Länderhaushalten auf die GKV verschoben wurden (zur Kritik dieses Politikmusters vgl. u.a. Berg 1986a; Berg 1986b; Beske/Drabinski/Michel 2002; Nullmeier 1992; Paffrath/Reiners 1987; Zacher 1984). Im Rahmen dieses Politikmusters wurden der GKV in den letzten drei Jahrzehnten immer wieder Einnahmen entzogen und/oder zusätzliche Finanzierungslasten übertragen. Ziel der betreffenden gesetzgeberischen Maßnahmen war und ist letztlich zumeist die Entlastung des Bundeshaushaltes, da der Bund sowohl gegenüber der Rentenversicherung als auch der Arbeitslosenversicherung in einer finanziellen Verantwortung stand und steht, beispielsweise durch eine gesetzliche Verpflichtung zur Deckung von Haushaltsdefiziten der Arbeitslosenversicherung oder die Anbindung des Bundeszuschusses für die Rentenversicherung an die Entwicklung des Rentenbeitrages. Drohte der Arbeitslosenversicherung ein Defizit oder in der Rentenversicherung

eine Beitragssatzerhöhung, nutzte der Bund seine Gesetzgebungskompetenz in der Vergangenheit mehrfach, um beispielsweise Beitragsüberweisungen dieser beiden Sozialversicherungszweige an die GKV zu kürzen oder Finanzierungsverpflichtungen von anderen Haushalten auf die GKV zu verlagern.

Die Bedeutung der Erosion der Einnahmegrundlage der GKV soll im Folgenden anhand einer einfachen Modellrechnung erläutert werden (Tab. 5). Geht man von der Annahme aus, dass der Anteil der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder am Bruttoinlandsprodukt zwischen 1996 und 2005 gleich geblieben und auch alle anderen Rahmenbedingungen im Jahr 2005 unverändert auf dem Stand von 1996 gewesen wären, so hätte für die Finanzierung der GKV im Jahr 2005 eine um 92,6 Mrd. Euro oder 9,55 % größere Grundlohnsumme zur Verfügung gestanden. Bei gleichem Beitragssatz wie 1996 hätten die Einnahmen der GKV um ca. 10 % über den tatsächlichen Einnahmen der GKV des Jahres 2005 gelegen.

Daraus kann abgeleitet werden, dass die GKV im Jahr 2005 bei gleichem Beitragssatz wie 1996 ca. 12 Mrd. Euro

Tabelle 5: Beitragspflichtige Einnahmen der GKV-Mitglieder – tatsächliche und fiktive Entwicklung bei gleich bleibendem Anteil der Grundlohnsumme am Bruttoinlandsprodukt

	Bruttoinlandsprodukt (BIP)	Beitragspflichtige Einnahmen der GKV-Mitglieder						Beitragseinnahmen bei gleichbleibendem Beitragssatz von 13,48 %		
		tatsächliche Entwicklung		fiktive Entwicklung bei gleichbleibendem Anteil am BIP		Differenz zwischen tatsächlicher und fiktiver Entwicklung				
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in % des BIP	in Mio. Euro	in % des BIP	in Mio. Euro	in %	tatsächliche Entwicklung der GLS (1)	bei gleich bleibendem Anteil der GLS am BIP	Differenz
1996	1.876.180	889.070	47,387	889.070	47,387	-	-	119.847	119.847	-
1997	1.915.580	895.432	46,745	907.736	47,387	12.304	1,37	120.704	122.363	1.659
1998	1.965.380	904.786	46,036	931.335	47,387	26.548	2,93	121.965	125.544	3.579
1999	2.012.000	923.440	45,897	953.426	47,387	29.987	3,25	124.480	128.522	4.042
2000	2.062.500	942.955	45,719	977.357	47,387	34.402	3,65	127.110	131.748	4.637
2001	2.113.160	955.801	45,231	1.001.363	47,387	45.563	4,77	128.842	134.984	6.142
2002	2.143.180	960.391	44,812	1.015.589	47,387	55.197	5,75	129.461	136.901	7.441
2003	2.161.500	954.661	44,167	1.024.270	47,387	69.609	7,29	128.688	138.072	9.383
2004	2.207.200	964.612	43,703	1.045.926	47,387	81.314	8,43	130.030	140.991	10.961
2005	2.241.000	969.354	43,255	1.061.943	47,387	92.588	9,55	130.669	143.150	12.481

1) GLS: Grundlohnsumme.

Quelle: Statistisches Bundesamt; BMG; VdAK; eigene Berechnungen.

mehr Beitragseinnahmen erzielt hätte als tatsächlich eingenommen wurden.¹⁴ Addiert man die jährliche Differenz zwischen tatsächlichem Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen und einem unterstellten gleichen Anteil wie 1996, so ergibt sich eine Summe von ca. 60 Mrd. Euro. Anders formuliert: zwischen 1996 und 2005 hätten die Krankenkassen bei gleich bleibendem Beitragssatz ca. 60 Mrd. Euro mehr an Beiträgen eingenommen, wenn die Einnahmegrundlage der GKV nicht weiter geschrumpft wäre.

Mit der vorstehenden sehr einfachen Modellrechnung soll und kann nicht der Anspruch erhoben werden, eine genaue Schätzung der Auswirkungen einer erodierenden Einnahmegrundlage der GKV vorgenommen zu haben. Sie kann nur eine sehr grobe Annäherung an die finanziellen Dimensionen dieses Problems sein und soll vor allem verdeutlichen, dass es sich dabei um ein Problem von überragender Bedeutung handelt.

Um auf die Budgetdeckelung im Krankenhausbereich zurückzukommen, kann festgestellt werden, dass ohne die Erosion der Einnahmegrundlage der GKV bei unverändertem Beitragssatz wie 1996 im Jahr 2005 deutlich mehr Geld für eine Verbesserung der Krankenhausfinanzierung zur Verfügung gestanden hätte. Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung lag 2005 bei ca. 36 % der GKV-Ausgaben. Geht man davon aus, dass von den Mehreinnahmen in Höhe von ca. 12 Mrd. Euro ca. 36 % für die Krankenhausfinanzierung zur Verfügung gestellt worden wären, so hätten die Krankenhäuser im Jahr 2005 insgesamt ca. 4,3 Mrd. Euro mehr von den Krankenkassen erhalten können, ohne dass deshalb der Beitragssatz hätte erhöht werden müssen.

Addiert man die Differenz zwischen tatsächlicher Summe der beitragspflichtigen Einnahmen und fiktiver Gesamtsumme bei angenommen gleich bleibendem Anteil am BIP, so ergibt sich für den Zeitraum 1996 bis 2005 ein Betrag von insgesamt ca. 60 Mrd. Euro, der – unter ansonsten gleich bleibenden Bedingungen – den Krankenkassen 2005 bei unverändertem Beitragssatz gegenüber 1996 mehr zur Verfügung gestanden hätte. Auf die Krankenhäuser hätten davon, einen Anteil von 36 % an den Gesamtausgaben unterstellt, ca. 22 Mrd. Euro entfallen können. Das entspricht ca. 40 % der Gesamtausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung im Jahr 2005. Wären die Mehreinnahmen von 60 Mrd. Euro in vollem Umfang in den Krankenhausbereich geflossen, hätten die Kassen damit jedem Krankenhaus im Jahr 2005 ein Jahresbudget zusätzlich auszahlen können, ohne dass sie ihren Beitragssatz auch nur um einen Zehntelprozentpunkt hätten erhöhen müssen.

Die zuvor verwendeten Zahlen ergeben sich, wenn man als Ausgangsjahr das Jahr 1996 nimmt. Verlegt man den Ausgangspunkt weiter zurück, beispielsweise auf das Jahr 1992 (vor Beginn der Budgetdeckelung) oder gar auf Anfang der 1980er Jahre, so steigt die Differenz mit jedem Jahr, das man zurückgeht, weiter an. Das Jahr 1996 wurde in der hier vorgestellten Berechnung lediglich aus pragmatischen Gründen genutzt, da bei der Verwendung eines weiter zurückliegenden Ausgangsjahres umfangreichere Basisberechnungen erforderlich wären, um die Vergleichbarkeit der Zeit bis 1995 und ab 1996 zu erreichen. Wie bereits erwähnt, enthält die vom BMG veröffentlichte Grundlohnsumme bis 1995 keine beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner, ab 1996 schließt sie auch die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner ein.

Das zentrale Problem der GKV, die Erosion ihrer Einnahmegrundlage, können weder die Krankenkassen noch die Leistungserbringer lösen. Eine dauerhafte Verbreiterung und Verstetigung der Einnahmebasis erfordert umfangreiche gesetzgeberische Interventionen. Die Krankenkassen konnten in der Vergangenheit nur die daraus resultierenden Defizite auffangen, indem sie immer wieder ihre Beitragssätze erhöhten, wozu sie – wie zuvor dargelegt – durch Gesetz verpflichtet waren.

¹⁴ Eine genauere Angabe kann hier nicht erfolgen, da die Höhe der Beitragseinnahmen von zahlreichen weiteren Faktoren abhängig ist. So wird nicht nur ein allgemeiner Beitragssatz für die Mitglieder der allgemeinen Krankenversicherung erhoben, sondern das Sozialrecht schreibt mehrere verschiedene Beitragssätze für verschiedene Gruppen von Mitgliedern vor. Auch bleibt der seit 2004 gezahlte Bundeszuschuss unberücksichtigt (zu näheren Informationen über die Finanzierung der GKV vgl. u.a. Simon 2007b). Die Zahl von ca. 12 Mrd. Euro Mehreinnahmen bezieht sich auf die Differenz zwischen tatsächlicher Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und einer fiktiven (angenommenen) Entwicklung, basierend auf der Annahme, dass der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV am Bruttoinlandsprodukt gleich geblieben wäre.

Es ist seit Mitte der 1990er Jahre bekannt, dass die gesetzliche Krankenversicherung seit Anfang der 1980er Jahre vor allem ein Einnahmeproblem hat (Kühn 1995; Pfaff/Rindsfüßer/Busch 1996). Seit ca. fünf bis acht Jahren beschäftigt sich auch die Gesundheitspolitik auf Bundesebene damit. Dennoch wurden bislang nur kleine und vollkommen unzureichende Maßnahmen ergriffen, wie beispielsweise eine über das übliche Maß hinausgehende Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2003 und eine dauerhafte Fixierung dieser Grenze auf dem höheren Niveau.¹⁵ Auch die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 enthaltene schrittweise Anhebung des Bundeszuschusses zur GKV kann dieses Problem nicht lösen, da das gegenwärtige Volumen des Zuschusses in Höhe von 2,5 Mrd. Euro (2007 und 2008) bei weitem nicht ausreicht.

Es besteht bei diesem Problem dringender Handlungsbedarf angesichts der gegenwärtigen volkswirtschaftlichen Entwicklungen und gesellschaftlichen Diskussionen, die durch eine zunehmende Einkommensungleichheit und eine sich immer weiter öffnende Einkommensschere, eine Ausweitung des Niedriglohnbereichs, wachsende Armut, eine steigende Zahl von Teilzeitbeschäftigten etc. gekennzeichnet ist. All diese Entwicklungen sind von höchster Bedeutung für die finanzielle Entwicklung der GKV, denn sie verschärfen die Finanzprobleme der GKV, da sie die Erosion der Einnahmegrundlage forcieren. Diese Entwicklungen sind keineswegs neu und kein Phänomen nur der letzten zwei bis drei Jahre. Ihre Auswirkungen zeigen sich an dem ca. 25 Jahren kontinuierlich sinkenden Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder am Bruttoinlandsprodukt- und dieses Absinken nimmt offenbar analog zu der sich öffnenden Einkommensschere an Fahrt auf. Lag die Differenz zwischen tatsächlichem Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV am Bruttoinlandsprodukt und einem unterstellten gleich bleibenden

Anteil ausgehend vom Jahr 1996 im Jahr 2000 noch bei 3,65 %, so betrug sie im Jahr 2005 bereits 9,55 %. Es ist davon auszugehen, dass die Differenz nach 2005 weiter zugenommen hat.

¹⁵ Die überproportionale Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze war Bestandteil des Beitragssatzsicherungsgesetzes 2003 (Art. 1 BSichG). In einer Erklärung zum Gesetzentwurf begründete die Gesundheitsministerin Schmidt die Maßnahme mit der hinter den Prognosen zurückbleibenden Einnahmeentwicklung der Sozialversicherungen und kündigte die Einsetzung einer Kommission an, die Vorschläge zur Verbesserung der Einnahmesituation aller Sozialversicherungszweige erarbeiten sollte (die spätere, nach ihrem Vorsitzenden benannte, »Rürup-Kommission«) (BMG 2002).

Schlussbetrachtung

Die vorliegende Analyse und kritische Bewertung der Budgetdeckelung im Krankenhausbereich führte zu dem Ergebnis, dass mit dem seit sechzehn Jahren praktizierten System der Budgetdeckelung Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erreichbar ist.

Dies zeigt zum einen die *technisch-funktionale Analyse* des Deckelungssystems, die die Unlösbarkeit des zentralen Problems eines solchen Steuerungsansatzes herausarbeitete. Um die Budgetvereinbarungen exakt auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied begrenzen zu können, müsste die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zum Zeitpunkt der Budgetvereinbarung bekannt sein. Dies ist nicht möglich, da sie erst ca. ein halbes Jahr nach Ablauf des Haushaltsjahres der GKV rückblickend aus den Haushaltsdaten der GKV ermittelt werden kann. Die Budgetvereinbarungen sind jedoch prospektiv für einen zukünftigen Zeitraum zu schließen.

Dieses Dilemma wurde zunächst ab 1993 dadurch aufzulösen versucht, dass zunächst eine Vorausschätzung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen vorgenommen wurde. Auf Grundlage der Vorausschätzung waren vorläufige Budgetvereinbarungen zu treffen, die nach Feststellung der tatsächlich eingetretenen Veränderungsrate rückwirkend korrigiert wurden. Beitragssatzstabilität kann ein solches Verfahren aber allein deshalb nicht gewährleisten, weil die aus der rückwirkenden Korrektur resultierenden Rückzahlungen der Krankenhäuser oder Nachzahlungen der Krankenkassen nur einem folgenden GKV-Haushalt gutgeschrieben oder aus diesem gezahlt werden können. Selbst wenn man einen zwei Jahre zurückliegenden und bereits endgültig festgestellten GKV-Haushalt wieder »öffnen« und Ausgleichszahlungen für falsche Vorausschätzungen vornehmen würde, könnte dies keine Beitragssatzstabilität sicherstellen, da nicht auch zugleich die dem mittlerweile ca. zwei Jahre zurückliegenden GKV-Haushalt zu Grunde liegenden Beitragssätze und Beitragszahlungen rückwirkend neu festgesetzt und kassiert werden könnten. Je mehr man in die Logik dieses Deckelungssystems einsteigt, desto deutlicher wird die logische Inkonsistenz dieses Systems.

Ab 1999 wurde das Deckelungssystem dahingehend modifiziert, dass keine Vorausschätzungen mehr vorgenommen, sondern die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen vergangener Zeiträume den Vertragsparteien der Budgetvereinbarungen als Richtwert gemäß § 71 SGB V vorgegeben werden. Es ist offensichtlich, dass auch damit keine Beitragssatzstabilität erreicht werden kann. Es wäre ein außerordentlich unwahrscheinlicher Zufall, dass die Veränderungsrate zweier zurückliegender Halbjahreszeiträume identisch sind mit der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen eines nachfolgenden Jahres.

Vor dem Hintergrund der technisch-funktionalen Analyse ist es nicht überraschend, dass die Veränderungsrate nach § 270 bzw. § 71 SGB V in keinem der sechzehn Jahre Budgetdeckelung mit der tatsächlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Jahres übereinstimmten. Die Vorausschätzungen oder Vorgaben lagen teilweise bis zum Fünffachen über oder unter den nachträglich festgestellten tatsächlichen Veränderungsrate.

Die *grundsätzlich-normative Analyse* führte zu dem Ergebnis, dass die Budgetdeckelung ein Fremdkörper im Recht der GKV ist und letztlich im Widerspruch zu dem zentralen Prinzip der Bedarfsdeckung in der GKV und auch den zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik steht. Sozialer Kern der GKV ist der Anspruch der Versicherten auf alle Leistungen, die medizinisch notwendig sind, und die solidarische Finanzierung dieser Leistungen durch die Gemeinschaft der Beitragszahler. Aus diesem Anspruch lässt sich ableiten, dass die Beiträge so zu bemessen sind, dass sie zur Finanzierung der medizinisch notwendigen Leistungen ausreichen. Entgegen der seit vielen Jahren üblichen Darstellung verpflichtet das Sozialrecht die Krankenkassen zu einer »ausgabenorientierten Einnahmenpolitik« und nicht zu einer »einnahmenorientierten Ausgabenpolitik«. Sofern die Einnahmen nicht zur Deckung der notwendigen Leistungen ausreichen, haben sie – und hier ist das SGB V seit langem sehr eindeutig – die Beitragssätze zu erhöhen. Kommt die Krankenkasse dieser Pflicht nicht nach, so steht die zuständige Aufsichtsbehörde in der Pflicht, eine Beitragssatzerhöhung gegebenenfalls anzuordnen.

Die Budgetdeckelung steht, genau betrachtet, im Widerspruch zum Bedarfsdeckungsprinzip, da sie den Keim für gesetzlich vorgegebene Rationierung medizinischer Leistungen in sich birgt. Rationierung ist insofern in der Budgetdeckelung angelegt, als mit der Deckelung versucht wird, der Beitragssatzstabilität Vorrang vor der Bedarfsdeckung zu verschaffen. Nicht von ungefähr wird die Budgetdeckelung denn auch seit Jahren von zahlreichen Akteuren der Gesundheitspolitik dahingehend kritisiert, dass sie Leistungserbringer zur verdeckten Rationierung zwingt.

Dem wird häufig mit dem Verweis auf »Wirtschaftlichkeitsreserven« begegnet, die noch in Krankenhäusern vorhanden wären, und dass darum die Gefahr einer Rationierung nicht gegeben sei. Diese Argumentation steht allerdings vor dem Problem, dass es bislang weder eine anerkannte und überzeugende Definition des Begriffs der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus gibt noch Daten, die es erlauben würden, qualifizierte Aussagen über sogenannte Wirtschaftlichkeitsreserven zu machen. Wenn man aber Wirtschaftlichkeit nicht zweifelsfrei definieren kann, kann man sie und die Wirtschaftlichkeitsreserven auch nicht messen.

Will die Politik ein weiteres Ansteigen der Beitragssätze in der GKV verhindern, so muss sie die Lösung des Kernproblems der GKV in Angriff nehmen. Die gesetzliche Krankenversicherung hat seit über zwei Jahrzehnten in erster Linie ein Einnahmeproblem, da die Entwicklung ihrer Einnahmegrundlage nicht mit der volkswirtschaftlichen Entwicklung Schritt hält. Der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV am Bruttoinlandsprodukt sinkt in der ehemaligen BRD seit Anfang der 1980er Jahre und in Deutschland seit Herstellung der Einheit.

Eine einfache Modellrechnung konnte zeigen, dass für die Finanzierung der Krankenhäuser ohne jede Erhöhung der Beitragssätze deutlich mehr Mittel zur Verfügung stehen könnten, wenn die Einnahmegrundlage der GKV bereits vor zehn bis fünfzehn Jahren verbreitert und stabilisiert worden wäre. Wäre der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2005 auf dem gleichen Niveau gewesen wie im Jahr 1996, hätten der GKV bei gleichem Beitragssatz wie 1996 ca. 10 % mehr Beitragseinnahmen zur Verfügung gestanden. Kumuliert über den Zeitraum 1996 bis 2005 ergibt

sich eine Summe von ca. 60 Mrd. Euro, die den Krankenkassen ohne jegliche Beitragssatzerhöhung mehr zur Verfügung gestanden hätte, wenn ihre Einnahmegrundlage nicht geschrumpft wäre. Damit hätten die Krankenkassen – vorausgesetzt die Mehreinnahmen wären in vollem Umfang in den Krankenhausbereich geflossen – jedem Krankenhaus im Jahr 2005 ein Jahresbudget zusätzlich auszahlen können, ohne dass sie ihren Beitragssatz auch nur um einen Zehntelprozentpunkt hätten erhöhen müssen.

Für die anstehende Reform der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 lässt sich aus der vorliegenden Studie ableiten, dass ein Ende der Budgetdeckelung überfällig ist und auch vollzogen werden kann, ohne dass dies zu einer »Destabilisierung« des Beitragssatzes führen muss, wenn die Gesundheitspolitik auf Bundesebene ihre Verantwortung für eine nachhaltige Verbesserung der Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenversicherung wahrnimmt. Sollte der Gesundheitsfonds wie geplant am 1.1.2009 beginnen, könnte dies insofern die Rahmenbedingungen für ein Ende der Budgetdeckelung verbessern, als die unmittelbare Verantwortung für die Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes der GKV auf das BMG übergeht.

Die Aufhebung der Budgetdeckelung kann und darf allerdings nicht an die Bedingung geknüpft werden, dass erst die Einnahmeprobleme der GKV gelöst sein müssen, bevor die Unterfinanzierung der Krankenhäuser in Angriff genommen werden kann. Bei der Unterfinanzierung der Krankenhäuser besteht dringender unmittelbarer Handlungsbedarf, soll nicht die Qualität der Patientenversorgung weiter leiden.

Literatur

- AG Krankenhauswesen, der AOLG (2004):** 1. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen 2004. Ergebnisse einer Länderumfrage bei den Krankenhausträgern im Juli/August 2004. Online verfügbar unter: http://www.publicgovernance.de/pdf/Lage_der_Krankenhauser.pdf (02.06.2008).
- AG Krankenhauswesen, der AOLG (2005):** 2. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen 2004. Ergebnisse der Länderumfrage bei den Krankenhausträgern. Online verfügbar unter: http://www2.bremen.de/krankenhaus/pdf_www/AOLG_Bericht_Umfrage_2005_12_01.pdf (02.06.2008).
- AG Krankenhauswesen, der AOLG (2006):** 3. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen 2004. Ergebnisse der Länderumfrage bei den Krankenhausträgern. Online verfügbar unter: http://www2.bremen.de/krankenhaus/pdf_www/Bericht_zur%20Lage_der_Krankenhauser.pdf (02.06.2008).
- Alber, Jens (1990):** Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 1, 3: 335–362.
- Arnold, Michael/ Paffrath, Dieter (Hg.) (1998):** Krankenhaus-Report '98. Schwerpunkt: Überkapazitäten im Krankenhaus. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Bäcker, Gerhard (2001):** GKV – Reformnotwendigkeiten und -optionen. In: Die Krankenversicherung 53, 2: 51–56.
- Bartholomeyczik, Sabine (1993):** Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard/ Feuerstein, Günter/ Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, 83–99.
- Baum, Georg/ Tuschen, Karl Heinz (2000):** Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 17, 5: 449–460.
- Becker-Wenzel, Anke/ Sperling, Joe (2007):** Gefährdete Patienten Pflegenotstand in Krankenhäusern. Beitrag in der ZDF-Sendung »Frontal 21« vom 13. November 2007. Online verfügbar unter: <http://www.zdf.de/ZDF/download/0,5587,7001272,00.pdf> (14.11.2007).
- Berg, Heinz (1986a):** Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977–1984. Sankt Augustin: Asgard.
- Berg, Heinz (1986b):** Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen seit 1977. In: Soziale Sicherheit 35, 5: 148–155.
- Beske, Fritz/ Drabinski, Thomas/ Michel, Claus (2002):** Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung.
- Billing, Arend/ Thalhammer, M./ Hornung, H. et al. (2004):** DRG und Krankenhäuser der Maximalversorgung: Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 21, 4: 375–378.
- Billing, Arend/ Thalhammer, M./ Hornung, H. et al. (2005):** Die Behandlung von Schwerkranken ist ein Zuschussgeschäft. Das Klinikum der Universität München ermittelt Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung im DRG-System 2005. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 22, 5: 472–477.
- Billing, Arend/ Thalhammer, Monika/ Pflaum, Michael (2003):** Hauseigene Kalkulation der DRG-Kosten als Hilfe für die Zukunftsplanung. Das Controlling des Universitätsklinikums München ermöglicht eine Standortbestimmung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 20, 5: 450–452.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (1993):** Ermittlung der Budgets und der Pflegesätze in den Jahren 1993–1995. Berechnungsschema aufgrund des ab dem 1. Januar 1993 geltenden Rechts. In: Das Krankenhaus 85, 3: Redaktionsbeilage.
- BMG, (2002):** Ulla Schmidt: Kostenstopp-Gesetze für eine Qualitäts- und Effizienzoffensive in der gesetzlichen Krankenversicherung. Pressemitteilung des BMG vom 6. November 2002. Online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_040/n_600228/DE/Presse/Pressemitteilungen/Archiv/Presse-BMG-2002/PM-06-11-2002-8925,param=.html (02.06.2008).
- BMGS, (2003):** Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Online verfügbar unter: <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Soziale-Sicherung/berichte,did=105578.html> (30.03.2007).
- Braun, Bernard/ Kühn, Hagen/ Rosenbrock, Rolf (2006):** Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP). Online verfügbar unter: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2004-642-4-2.pdf (12.03.2008).
- Braun, Bernard/ Müller, Rolf (2003):** Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. Schwäbisch Gmünd: GEK.

- Braun, Bernard/ Müller, Rolf (2005):** Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: *Pflege & Gesellschaft* 10, 3: 131–141.
- Braun, Bernard/ Müller, Rolf/ Timm, Andreas (2004):** Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Schwäbisch Gmünd: GEK.
- Bruckner, Ernst (1996):** Künftige Krankenhausplanung in Deutschland. In: Adam, Dietrich (Hrsg.): *Krankenhausmanagement*. Wiesbaden: Gabler, 133–143.
- Buhr, Petra/ Klinke, Sebastian (2006a):** Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, SP I 2006-311. Berlin.
- Buhr, Petra/ Klinke, Sebastian (2006b):** Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
- Caspers-Merk, Marion (2008):** Situation der Krankenhäuser in Deutschland. Brief an die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im Deutschen Bundestag vom 2. April 2008.
- Deppenheuer, Otto (1986):** Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen. Berlin: Duncker & Humblot.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006):** Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Januar 2006. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/9/title/Downloads> (06.02.2007).
- DKG, (2007):** KHG-Investitionsförderung – Überblick. Online verfügbar unter: <http://www.dkgev.de/pdf/1566.pdf> (13.03.2007).
- DKG, (2008a):** DKG zu den GKV-Finanzergebnissen für 2007: GKV saniert, Krankenhäuser ruiniert – Rechtfertigung für Sanierungsabgabe endgültig entfallen. Pressemitteilung vom 4. März 2008. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4774/title/DKG_zu_den_GKV-Finanzergebnissen_fuer_2007 (02.06.2008).
- DKG, (2008b):** DKG zur dramatischen Situation der Krankenhäuser. Finanzielle Belastung der Krankenhäuser steigt auf 7 Mrd. Euro – Budgetdeckelung aufheben! Pressemitteilung vom 24. April 2008. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4907/title/DKG_zur_dramatischen_Situation_der_Krankenhaeuser (30.05.2008).
- DKG, (2008c):** Finanzloch von 2,2 Mrd. Euro gefährdet Patientenversorgung - Ein Drittel der Krankenhäuser wirtschaftlich in Not. Pressemitteilung vom 18. März 2008. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4798/title/DKG_zum_%E2%80%9EKrankenhaus_Rating_Report_2008%E2%80%9C_und_zum_Ruerup-Gutachten (02.06.2008).
- DKG, (2008d):** Katastrophenjahr 2008: Finanzloch von 2,2 Mrd. Euro provoziert weiteren Stellenabbau in den Kliniken. DKG zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser. Pressemitteilung vom 7. Februar 2008. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4731/start/10/title/Katastrophenjahr_2008%3A_Finanzloch_von_2_2_Mrd._Euro_provoziert_weiteren_Stellenabbau_in_den_Kliniken (02.06.2008).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (1999):** Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995. Abschlußbericht. Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- DKI, (2000a):** Krankenhaus Barometer – Frühjahrsumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2000b):** Krankenhaus Barometer – Herbstumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2001a):** Krankenhaus Barometer – Frühjahrsumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2001b):** Krankenhaus Barometer – Herbstumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2002a):** Krankenhaus-Trends 2002: 27.300 Stellen in deutschen Krankenhäusern gefährdet! Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=113> (01.02.2007).
- DKI, (2002b):** Krankenhaus Barometer – Frühjahrsumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2002c):** Krankenhaus Barometer – Herbstumfrage. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2003):** Krankenhaus Barometer – Umfrage 2003. Online

- verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2004):** Krankenhaus Barometer – Erhebung 2004. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2005):** Krankenhaus Barometer – Umfrage 2005. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2006):** Krankenhaus Barometer – Umfrage 2006. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (01.02.2007).
- DKI, (2007):** Krankenhaus Barometer. Umfrage 2007. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202007.pdf>.
- Drösler, Saskia/ Schwenger-Holst, Ingeborg (2003):** Das DRG-System bestraft die Prozessoptimierer. Abschlüsse für beste Leistung in kürzester Zeit. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 20, 6: 592-593.
- Eichhorn, Peter/ Seelos, Hans-Jürgen/ Schulenburg, Johann-Matthias Graf von der (Hg.) (2000):** Krankenhausmanagement. München: Urban & Fischer.
- Eichhorn, Siegfried (1975):** Krankenhausbetriebslehre Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Friedrich, Jörg/ Leclerque, Gregor/ Paschen, Katrin (2007):** Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. Die Verlierer- und Gewinnerrolle ist nicht auf ewig festgeschrieben. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 24, 4: 425-427.
- Gerdemann, Werner (1994):** Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus. In: Arbeit und Sozialpolitik, 11-12: 47-52.
- Grabbe, Yvonne/ Nolting, Hans-Dieter/ Loos, Stefan (2005):** DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Online verfügbar unter: http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf (22.02.2008).
- Hansen, Diethelm/ Braun, Jan (2003):** Unterfinanzierung der Intensivmedizin im deutschen DRG-System. Die Auswirkungen des Kompressionseffektes werden unterschätzt. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 20, 2: 156-160.
- Harsdorf, Herbert/Friedrich, Gottfried (1975):** Krankenhausfinanzierungsgesetz. Textausgabe mit Materialien zur Entstehungsgeschichte der Bundespflegesatzverordnung und einer erläuternden Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hasselhorn, Hans-Martin/ Müller, Bernd Hans/ Tackenberg, Peter et al. (2005):** Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft.
- Haubrock, Manfred/ Schär, Walter (Hg.) (2002):** Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber.
- Heinz, Diane (2004):** Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. A Review of Current Literature. In: Dimensions of Critical Care Nursing 23, 1: 44-50.
- Heumann, Martin (2005):** Nicht nur große Krankenhäuser sind die Verlierer des ersten Konvergenzschrittes. Ein Sachstandsbericht aus dem KHZV. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 22, 5: 460-462.
- INEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (o.J.):** Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG. Online verfügbar unter: http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/begleitforschung_gem_17b_abs_8_khg (02.06.2008).
- IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006):** Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Online verfügbar unter: <http://www.iqwig.de/pm-pflegekapazitaet.458.html> (05.10.2006).
- Klinke, Sebastian/ Kühn, Hagen (2006):** Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Knorr, Gerhard/ Kraemer, Alexander (2006):** Drei Jahre G-DRG-System – Zwischenbilanz und Ausblick. In: Das Krankenhaus 98, 4: 275-279.
- Kruse, Udo/ Kruse, Silke (2001):** Muss die einkommensabhängige Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung überdacht werden? In: Sozialer Fortschritt 4: 90-97.
- Kühn, Hagen (1995):** Zwanzig Jahre »Kostenexplosion«. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. In: Jahrbuch für kritische Medizin 24: 145-160.
- Kühn, Hagen (1998):** Wettbewerb im Gesundheitswesen und sozial ungleiche Versorgungsrisiken. In: Sozialer Fortschritt 6: 131-136.

- Lang, Thomas A./ Hodge, Margaret; Olson, Valerie et al. (2004):** Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. In: *Journal of Nursing Administration* 34, 7/8: 326–337.
- Langsbear, Annette J./ Sheldon, Trevor A./ Maynard, Alan (2005):** Nurse Staffing and Healthcare Outcomes. A Systematic Review of the International Research Evidence. In: *Advances in Nursing Science* 28, 2: 163–174.
- Lauterbach, Karl W./ Lungen, Markus/ Meurer, Uta et al. (2004):** Hemmen die DRG den Zahlungsfluss? f&w-Trendanalyse zur Liquiditätssituation der Krankenhäuser. In: *f&w* 21, 2: 108–109.
- Lauterbach, Karl W./ Schrappe, Matthias (Hg.) (2004):** Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based-Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer.
- Lauterbach, Karl W./ Wille, Eberhard (2001):** Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostruktureausgleich. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen Verbandes e.V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV). Köln/ Mannheim.
- Mergner, Ulrich (1990):** Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege: oberflächlicher Konsens, begrenztes Wissen und unzulängliche Veränderungen. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 15: 140–166.
- Metzger, Franz (2004):** DRGs für Einsteiger. Lösungen für Kliniken im Wettbewerb. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Mohr, Cornelia (2005):** Das G-DRG-System 2005 – ein durchgängiges, leistungsorientiertes und praktikables Fallpauschalensystem? In: *Die BKK* 93, 4: 180–186.
- Mohr, Friedrich W. (1988):** Morbus Neunzehn. In: *Das Krankenhaus* 80, 10: 452–456.
- Nagel, Sylvia/ Reutter, Thomas (2008):** Die Krankenfabrik. Patienten in Not – Schwestern am Limit. Das Erste: gesendet am 5. Mai 2008.
- Nullmeier, Frank (1992):** Der Zugriff des Bundes auf die Haushalte der Gemeinden und Parafiski. In: Hartwich, Hans-Hermann/ Wollmann, Helmut (Hrsg.): *Finanz- und wirtschaftspolitische Bestimmungsfaktoren des Regierens im Bundesstaat – unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Vereinigungsprozesses*. Opladen: Leske+Budrich, 147–180.
- Numata, Yuka/ Schulzer, Michael/ Wal, Rena van der et al. (2006):** Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta analysis. In: *Journal of Advanced Nursing* 55, 4: 435–448.
- Paffrath, Dieter/ Reiners, Hartmuth (1987):** 10 Jahre Kostendämpfungspolitik. Eine empirische Bilanz. In: *Die Ortskrankenkasse* 69, 13: 369–372.
- Pfaff, Anita/ Rindsfüßer, Christian; Busch, Susanne (1996):** Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Endbericht an die Hans-Böckler-Stiftung. Stadtbergen: Hans-Böckler-Stiftung.
- Reiners, Hartmut (1993):** Das Gesundheitsstrukturgesetz-Ein »Hauch von Sozialgeschichte«? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 20: 21–53.
- Roeder, Norbert (2003):** Anpassung des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group, Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2004):** Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group, Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert (2005):** Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Münster: DRG-Research Group, Universitätsklinikum Münster.
- Roeder, Norbert/ Schick, Jens (2003):** Vorbereitung der deutschen Krankenhäuser auf die G-DRG-Einführung. Ergebnisse der 2. Umfrage der DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster. In: *Das Krankenhaus* 95, 4: 311–318.
- Schmidbauer, Wolfgang (Hrsg.) (1992):** Pflegenotstand – das Ende der Menschlichkeit. Reinbeck.
- Schmidt, Michael/ Flöttmann, Carsten (2003a):** BAT-Tarifabschluss und Nullrunde: Quo vadis Krankenhaus? In: *Das Krankenhaus* 95, 3: 207–211.
- Schmidt, Michael/ Flöttmann, Carsten (2003b):** BSSichG – BAT-Scheren-Sicherungs-Gesetz. In: *Das Krankenhaus* 95, 1: 13–16.
- Schmidt, Ulla (2008):** Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des Frühlingsempfangs der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 11. März 2008. Online verfügbar

- unter: http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Presse/Reden/Reden-BMGS/Rede-11-03-08.html (25.03.2008).
- Schöning, Brigitte/ Luithlen, Eberhard/ Scheinert, Hanns (1995):** Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schrey, Martina (2008):** Störfaktor Patient. Mängel in Pflege und Behandlung – Wie der Alltag in Berliner Krankenhäusern aussieht. Der Tagesspiegel, 6. Juni 2008: 10.
- Simon, Michael (1993):** Pflege-Personalreglung und Kostendämpfung. In: Die Schwester/Der Pfleger 32, 12: 1025–1030.
- Simon, Michael (1995):** Aufhebung der Pflege-Personalregelung geplant. In: Die Schwester/Der Pfleger 34, 12: 1110–1114.
- Simon, Michael (2000):** Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, Michael (2007a):** Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 44: 41–63.
- Simon, Michael (2007b):** Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2007c):** Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. Online verfügbar unter: http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/de/aktivitaeten/efh_papers/index.php (25.02.2008).
- Simon, Michael (2008):** Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen. Bern: Hans Huber (im Erscheinen).
- Steiner, Peter/ Mörsch, Michael (2005):** Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. In: Das Krankenhaus 97, 6: 473–477.
- Strehl, Rüdiger (2004):** Die Hochleistungsmedizin bleibt auf der Strecke. Das diagnoseorientierte Fallpauschalensystem benachteiligt die Maximalversorger und Universitätskliniken. In: Deutsches Ärzteblatt 101, 39: 2584–2590.
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991):** Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991. Baden-Baden: Nomos.
- SVRKAiG (1996):** Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden: Nomos.
- SVRKAiG (2003):** Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bonn.
- SWR, Report Mainz (2007):** Pflegenotstand in deutschen Kliniken. Presseinformation vom 16. Juli 2007. Online verfügbar unter: <http://www.swr.de/report/presse/-/id=1197424/nid=1197424/did=2384576/upb2ga/index.html> (20.07.2007).
- Tourangeau, Ann E./ Cranley, Lisa A. (2006):** Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. In: Quality and Safety in Health Care 15: 4–8.
- Tuschen, Karl Heinz/ Bechtholdt, Anneli (1993):** Budgetfortschreibung 1993 bis 1995. Berechnungsschema. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 10, 2: 86–92.
- Tuschen, Karl Heinz/ Quaas, Michael (1998):** Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tuschen, Karl Heinz/ Trefz, Ulrich (2004):** Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- VdAK/AEV (2008):** Lage der Krankenhäuser stabil: 51 Mrd. Euro Jahresumsatz mit den Krankenkassen. Appell an Krankenhäuser: Situation nicht schlechttreden – Patienten nicht verunsichern. Pressemitteilung vom 21. April 2008. Online verfügbar unter: http://www.vdak.de/presse/presseerklarungen-2007-2008/vdak_aev_pe_2008_2007/vdakaev_2008/20080421/index.htm (02.06.2008).
- ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2008):** Der Deckel muss weg! Online verfügbar unter: http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/deckel_weg (02.06.2008).
- Wiemeyer, Joachim (1984):** Krankenhausfinanzierung und -planung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Drucker & Humblot.
- Wille, Eberhard (2003):** Finanzierungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformüberlegungen aus der Sicht des Sachverständigenrates. In: Die Krankenversicherung 55, 4: 107–112.
- Zacher, Hans (1984):** Der gebeutelte Sozialstaat in der wirtschaftlichen Krise. In: Sozialer Fortschritt 33, 1: 1–12.

