

Die Fallpauschale als Vergütung für Krankenhausleistungen

Idee, Formen und vermutete Auswirkungen

Von Friedrich Breyer*

Das in der Bundesrepublik Deutschland geltende System der Vergütung von Krankenhausleistungen ist unbefriedigend, da es zu geringe Anreize zu Kosteneinsparungen in Krankenhäusern vermittelt und zudem eine Ausdehnung der Verweildauer der Patienten belohnt. Dieser Beitrag befaßt sich mit der Wirkungsweise eines alternativen Vergütungssystems, der Zahlung eines Pauschalbetrags je Behandlungsfall. Mögliche Ausgestaltungen dieser Honorierungsform werden beschrieben, und es wird diskutiert, welche Schwierigkeiten bei ihrer praktischen Umsetzung zu erwarten sind und wie diese überwunden werden könnten.

1. Krankenhausfinanzierung und effiziente Steuerung des Mitteleinsatzes im Gesundheitswesen

In der öffentlichen Diskussion über die Kostenentwicklung im Gesundheitssektor nimmt das Krankenhaus nicht von ungefähr eine zentrale Stellung ein. Denn die Ausgaben für stationäre Behandlung stellen den größten Einzelposten in der Bilanz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dar, und ihr Anteil an den Gesamtausgaben der GKV ist von 25,2 % im Jahre 1970 auf 31,9 % im Jahre 1982 kontinuierlich angestiegen.

Es herrscht weitgehend Einigkeit darüber, daß der relative und absolute Anstieg der Ausgaben im Krankenhauswesen nicht nur Ausdruck der medizin-technologischen Entwicklung ist, sondern zumindest teilweise auch Unwirtschaftlichkeit der Mittelverwendung widerspiegelt. Ursache für die vermutete Fehlallokation sind Mängel im Vergütungssystem für Krankenhausleistungen, das auf das Krankenhausfinanzie-

* Diese Arbeit wurde durch ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert. Außerdem profitierte der Verfasser von der Gastfreundschaft des National Bureau of Economic Research (Stanford, California). Wertvolle Anregungen gaben Dr. Hans Adam, Prof. Dr. Malte Faber, Prof. Dr. Jörg Finsinger, Prof. Victor R. Fuchs, Prof. Dr. Frank E. Münnich, Prof. James Silverman, Dr. habil. Joachim Neipp und Dipl.-Vw. Franz-Josef Wodopia.

rungs-Gesetz von 1972 (KHG) zurückgeht. Diese Mängel bestehen vor allem auf drei Ebenen:

- (1) Das Grundelement der Vergütung, ein pauschaler Pflegesatz je erbrachtem Behandlungstag, setzt dem einzelnen Krankenhaus einen Anreiz, für eine hohe Belegung seiner verfügbaren Betten zu sorgen und dazu die Verweildauer der Patienten weitestmöglich auszuweiten. Dadurch wird eine im internationalen Vergleich auffallend hohe Anzahl von stationären Behandlungstagen pro Kopf der Bevölkerung produziert, die vermutlich weit über das medizinisch erforderliche und ökonomisch gerechtfertigte Maß hinausgeht.
- (2) Die bestehende Kapazität an Krankenhausbetten ist, verglichen mit anderen Ländern, überaus groß, der Auslastungsgrad aber aus den in (1) genannten Gründen dennoch recht hoch. Versuche der Gesundheitspolitiker, die Krankenhausträger mit dem Instrument der Bedarfsplanung zu einem Abbau des „Bettenberges“ zu veranlassen, blieben bislang weitgehend erfolglos, da es an Wegen mangelte, den Trägern ein eigenes Interesse an dem wünschenswerten Kapazitätsabbau zu verleihen.
- (3) Die Berechnung der Pflegesätze ist nicht leistungsorientiert, sondern basiert auf dem „Selbstkostendeckungsprinzip“. Damit wird das Interesse der Entscheidungsträger im Krankenhaus gelähmt, durch wirtschaftlichere Verhaltensweise die Kosten je Leistungseinheit (Behandlungsfälle bzw. Pflegetage) niedrig zu halten.

Seit diese Mängel erkannt wurden, hat es nicht an Vorschlägen für eine Reform des Krankenhaus-Finanzierungssystems gefehlt.¹ Einige davon sind in die 1984 erfolgte Novellierung des Gesetzes (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz — KHNG) eingeflossen. So bezieht sich das Kostendeckungsprinzip in Zukunft nicht mehr auf die tatsächlich entstandenen Selbstkosten der Vorperiode, sondern auf die vorausskalierten Selbstkosten der kommenden Periode. Ferner sind in der Neufassung von § 17 des Gesetzes mehrere Vergütungsformen als mögliche Alternativen zum tagesbezogenen Pflegesatz aufgeführt. Eine davon verspricht zumindest auf den ersten Blick alle drei oben genannten Mängel des geltenden Systems zu beseitigen: die Erstattung eines vorher vereinbarten Fixums für jeden Behandlungsfall („Fallpauschale“).

Es ist das Ziel dieses Beitrags, die Möglichkeiten und Grenzen dieses alternativen Honorierungssystems für Krankenhausleistungen zu analysieren. In Abschnitt 2 skizzieren wir die Grundidee des Systems und seine möglichen Ausgestaltungen. Abschnitt 3 beschäftigt sich mit den

¹ Vgl. etwa Beratergruppe beim BMA (1983).

Schwierigkeiten, die bei seiner praktischen Anwendung auftreten können, und mit Wegen, diese Probleme zu lösen. In Abschnitt 4 werden Schlußfolgerungen gezogen, und es werden empirische Fragestellungen aufgezeigt, deren Beantwortung für die Beurteilung der Zweckmäßigkeit und der praktischen Einsetzbarkeit dieses Systems relevant ist.

2. Leistungsorientierte Vergütungsformen

2.1 Grundidee

Einigkeit besteht unter Ökonomen, daß die Entgelte regulierter Wirtschaftsunternehmen — und das trifft auf Krankenhäuser zu — sich an den erbrachten Leistungen orientieren und nicht einfach die angefallenen Kosten erstatten sollten.² Denn nur so können den Entscheidungsträgern Anreize zur effizienten Leistungserstellung vermittelt werden.

Wesentlich schwieriger als die Anerkennung dieses allgemeinen Prinzips ist jedoch die Bestimmung und Messung einer geeigneten Leistungseinheit. In Tabelle 1 sind fünf verschiedene Outputebenen aufgeführt und die dazu passenden Vergütungsformen angegeben.

Tabelle 1

Ebenen für leistungsbezogene Krankenhausvergütung

Outputebene	Vergütungsform
1 Verbesserung des Gesundheitszustands	Erfolgsprämie
2 Behandlungsfall	Fallpauschale
3 Pflegetag	pauschaler Tages-Pflegesatz
4 einzelne Verrichtung	Einzelleistungs-Gebühr
5 Bereitschaft zur Patientenaufnahme	festes Budget je Periode ³

Im folgenden soll die Eignung der hier aufgeführten (reinen) Vergütungsformen als leistungsorientierte Honorierungssysteme diskutiert werden. Mischformen bleiben dabei außer Betracht.⁴

² Vgl. *Pauly* (1970); *Thiemeyer* (1975), 127; *Metze* (1982), 118 ff.

³ Daneben werden auch Abteilungs-Budgets diskutiert, z. B. von *Cleverley* (1979) und *Dowling* (1974).

⁴ Dazu gehören etwa Methoden der flexiblen Budgetierung, bei denen die Vergütung aus einem mit der Belegung unterproportional steigenden Budget besteht (vgl. *Tuschen* (1984)), oder auch die Ergänzung des Pflegesatzes (je Behandlungstag) durch eine Bonus-Malus-Regelung bei Veränderungen der durchschnittlichen Verweildauer (vgl. *Breyer* (1985)).

Das zuerst genannte Maß der Verbesserung des Gesundheitszustandes drückt am besten aus, worin der „Output“ einer Gesundheitseinrichtung besteht. Seine Anwendung in der Praxis scheitert jedoch an der unüberwindlichen Schwierigkeit, den Gesundheitszustand vor und nach einer medizinischen Behandlung operational zu messen, den Einfluß der Behandlung auf die Zustandsveränderung von anderen Einflüssen zu isolieren und schließlich die Veränderung in Geldeinheiten zu bewerten.

Das andere Extrem, die feste Budgetierung des Krankenhauses, scheidet ebenfalls aus der Betrachtung aus, da die Bereitschaft zur Leistungserbringung nicht mit der tatsächlichen Leistung gleichgesetzt werden kann. Im Gegenteil, die Gewährung eines Budgets verleiht dem Krankenhaus einen Anreiz, die Menge an Leistungseinheiten *aller* anderen Outputebenen zu minimieren.

Die weitere Diskussion kann sich also auf die Outputebenen 2 bis 4 beschränken. Gegen alle drei Maße kann eingewendet werden, daß sie eigentlich Zwischenprodukte in der Produktion von Gesundheit erfassen. Werden sie zum Vergütungsmaßstab gemacht, so wird eine wesentliche Komponente der Effizienz nicht belohnt, nämlich die Erreichung eines möglichst großen Zuwachses an Gesundheit mit möglichst geringer Menge von Krankenhausaufenthalten, -tagen und Einzelleistungen. Es entsteht sogar ein Anreiz, die Anzahl der erstellten Zwischenprodukte zu maximieren.

Dieser Zusammenhang läßt sich wie folgt formalisieren. Sei x die Anzahl der Leistungseinheiten auf der jeweiligen Outputebene und p die feste Vergütung je Leistungseinheit. Es sei angenommen, daß die Gesamtkosten C eines Krankenhauses von der Produktmenge x und von den Bemühungen der Krankenhausleitung um effiziente Leistungserstellung abhängen.⁵ Sei E ($E \geq 0$) ein Maß für diese Anstrengungen, so gelte also

$$(1) \quad C = C(x, E) \quad C_x > 0, C_E < 0 .^6$$

Bezüglich der Ziele der Entscheidungsträger im Krankenhaus wollen wir annehmen, daß der erwirtschaftete Überschuß

$$(2) \quad G = px - C(x, E)$$

positiv⁷, die Effizienzanstrengungen als solche jedoch wegen der mit ihnen verbundenen Unannehmlichkeiten negativ bewertet werden:

⁵ Hierin geht u. a. die Wahl der Input-Kombination ein. Diese muß nicht die Minimalkostenkombination sein, so daß C nicht als (Minimal-)Kostenfunktion im Sinne der mikroökonomischen Theorie zu verstehen ist.

⁶ Wir schreiben C_x für die partielle Ableitung $\partial C / \partial x$, usw.

⁷ Die Erwirtschaftung eines Überschusses kann auch dann angestrebt werden, wenn dieser nicht in Form einer Dividende an den Krankenhausträger

$$(3) \quad U = U(G, E) \quad U_G > 0, U_E < 0 .$$

Das Verhalten der Krankenhausleitung kann dann als diejenige Wahl der Aktionsparameter x , G und E beschrieben werden, durch die die Zielfunktion (3) maximiert wird. Als Nebenbedingungen zu beachten sind dabei die Definitionsgleichung (2) sowie die Restriktion, daß Outputmenge x eine kurzfristig gegebene Kapazitätsgrenze z nicht überschreiten darf:

$$(4) \quad z - x \geq 0 .$$

Setzt man voraus, daß die Funktionen U und C die üblichen Konkavitätseigenschaften haben, so ist eine optimale Lösung nach dem Theorem von *Kuhn* und *Tucker* durch die Erfüllung der folgenden Marginalbedingungen charakterisiert:

$$(5) \quad U_G - \lambda = 0 ,$$

$$(6) \quad U_E - \lambda C_E = 0 ,$$

$$(7) \quad \lambda (p - C_x) - \mu = 0 ,$$

$$(8) \quad \lambda (px - C(x, E) - G) = 0 ,$$

$$(9) \quad \mu (z - x) = 0 ,$$

wobei λ und μ nichtnegative Lagrange-Multiplikatoren sind. Gleichungen (5) und (6) lassen sich zu

$$(10) \quad U_E = U_G \cdot C_E$$

zusammenfassen, wodurch das optimale Niveau der Effizienzanstrengung, E^0 , (für gegebenes x) determiniert wird. Bezüglich der Bestimmung der optimalen Outputmenge x^0 aus (7) und (9) ist nun der folgende Tatbestand zu berücksichtigen: Wegen der hohen Fixkostenbelastung der Leistungserstellung im Krankenhaus⁸ muß eine zur Leistungsmenge proportionale Vergütung, wie wir sie hier unterstellen, durch einen Vergütungssatz p gekennzeichnet sein, der für alle Outputniveaus deutlich über den Grenzkosten je Leistungseinheit liegt, falls das finanzielle Überleben zumindest der Mehrzahl der Krankenhäuser ermöglicht werden soll, d. h. es muß gelten:

oder als Prämie an die leitenden Ärzte und Manager ausgeschüttet wird, sondern zur Anschaffung medizinischer Geräte dient, an denen die Krankenhausärzte interessiert sind. Zu beachten ist ferner, daß die Maximierung des Überschusses in der Praxis vielfach die Minimierung eines Defizits bedeutet.

⁸ Vgl. *Eichhorn* (1976), 149.

$$(11) \quad p - C_x > 0 \quad \text{für alle } x \quad (0 \leq x \leq z) .$$

Wegen $\lambda > 0$ — aus (5) — folgt somit aus (7), daß $\mu > 0$ ist und daher — wegen (9) — $x^0 = z$ gelten muß. Die Outputmenge wird weitestmöglich, d. h. bis zur vollen Auslastung der Kapazität ausgedehnt. Langfristig ist aus den gleichen Erwägungen jedes Krankenhaus an einer Erweiterung seiner Kapazität interessiert.

Es läßt sich daraus das Ziel ableiten, eine Outputebene zu finden, bei der das einzelne Krankenhaus möglichst wenig Einfluß auf die Wahl der Leistungsmenge hat, so daß der Anreiz zur Mengenausdehnung möglichst ohne praktische Auswirkungen bleibt. Nach diesem Kriterium hat nun offensichtlich die Ebene „Behandlungsfall“ einen Vorteil gegenüber den beiden anderen Outputebenen. Die Anzahl der Behandlungsfälle wird durch die Anzahl der Einweisungen nach oben begrenzt. Diese wiederum werden überwiegend durch ambulant tätige Ärzte sowie durch andere Krankenhäuser (meist Häuser niedrigerer Versorgungstufe), also *krankenhausextern* verfügt und können somit nicht direkt durch das Krankenhaus selbst beeinflußt werden.⁹ Im Gegensatz dazu wird die Entscheidung über die Verweildauer bereits aufgenommener Patienten und über die einzelnen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ausschließlich von den im Krankenhaus beschäftigten Ärzten, also *krankenhausintern* getroffen, hier unterliegt die Mengenentscheidung also, abgesehen von einem relativ geringen Einfluß des Patienten selbst, völlig der Kontrolle des betreffenden Krankenhauses.¹⁰

Ein weiterer Vorzug der Wahl des „Behandlungsfalles“ als Leistungseinheit kann darin gesehen werden, daß dieses Maß dem idealen Outputmaß, nämlich der Heilung von Patienten, näher kommt als die beiden anderen hier diskutierten Leistungseinheiten, Pfl egetag und Ver richtung.¹¹ Diese können nämlich ihrerseits wieder als Inputs bei der Behandlung von Patienten („Fällen“) angesehen werden.

Diese theoretischen Eigenschaften legen es nahe, sich mit der Vergütungsform „Fallpauschale“ näher zu beschäftigen und die Probleme ihrer praktischen Anwendbarkeit vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Zielsetzungen zu diskutieren. Zu diesem Zweck werden wir im folgenden Abschnitt zunächst die möglichen Ausgestaltungen dieser Vergütungsform beschreiben.

⁹ Das Problem der indirekten Beeinflussungsmöglichkeit wird in Abschnitt 3.2 diskutiert.

¹⁰ Dies resultiert in einem signifikanten Anstieg der Krankenhausverweildauer bei zunehmender Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten, wie von Breyer (1984), 76 ff. in einer multiplen Regressionsanalyse ermittelt wurde.

¹¹ Vgl. Schellhaass (1971), 55.

2.2 Ausgestaltungen der Fallpauschale

Die oben dargelegte Grundkonzeption der Gewährung einer festen pauschalen Vergütung für jeden Behandlungsfall an das Krankenhaus kann in der Praxis in zahlreichen verschiedenen Ausgestaltungen eingesetzt werden. Einige davon sind bereits in den USA erprobt worden. Die folgende Typenklassifikation orientiert sich am Grad der Differenzierung der Pauschale nach Charakteristika der behandelten Patienten und nach Krankenhäusern.

a) Differenzierung der Fallpauschale nach Patiententyp

- aa) *Einheitlich*: Hier wird keine Unterscheidung zwischen einzelnen Behandlungsfällen vorgenommen. Für jeden Patienten erhält ein Krankenhaus dasselbe feste Entgelt.
- ab) *Nach Krankheitsart differenziert*: Kriterium für die Einteilung der Behandlungsfälle in Fallgruppen ist hier die Krankheitsart, die durch die Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose, z. B. nach dem ICD-Schlüssel¹², erfasst wird. Innerhalb einer Diagnosegruppe ist das Entgelt für alle Patienten einheitlich, zwischen den Gruppen jedoch unterschiedlich, womit den Unterschieden im Ressourcenbedarf bei verschiedenen Krankheiten Rechnung getragen werden soll.
- ac) *Nach Fachabteilung differenziert*: Eine Vergröberung der unter ab) genannten Klassifikation stellt die Differenzierung nach Krankenhaus-Fachabteilungen dar. Jeder Behandlungsfall in derselben Fachabteilung bringt dabei dem Krankenhaus das gleiche Entgelt. Die Fachabteilungen dienen also als Surrogate für die Krankheitsarten und den mit ihnen verbundenen Behandlungsbedarf.¹³
- ad) *Nach sonstigen Patientenmerkmalen differenziert*: Als weitere Kriterien für die Differenzierung der Fallpauschalen können objektiv feststellbare Eigenschaften der behandelten Patienten wie Alter, Geschlecht und frühere Krankenhausaufenthalte dienen. Sie werden als Proxy-Variablen für die Schwere einer Erkrankung verwendet.

Die unter ad) aufgeführten Merkmale können auch ergänzend zur Klassifizierung nach Krankheitsart oder Fachabteilung verwendet werden. So stützt sich die Einteilung der 467 „Diagnosis-Related Groups“ (DRG), die in den USA die Grundlage der pauschalen Vergütung von

¹² ICD = „International Classification of Diseases“ ist ein drei- bzw. vier-stelliger Krankheitsartenschlüssel.

¹³ Ein Anfang 1984 im Bonner St. Marien Hospital begonnener, aber nach kurzer Zeit abgebrochener Modellversuch verwendete Fallpauschalen, die nach 8 Fachabteilungen differenziert waren.

Krankenhausaufenthalten für alle im Medicare-System versicherten Rentner bilden, in erster Linie auf die Hauptdiagnose nach dem ICD-Schlüssel. Bei manchen Diagnosen wird jedoch eine weitere Staffelung nach Alter des Patienten vorgenommen.¹⁴ Ein weiteres Klassifikationsmerkmal ist im DRG-System die Vornahme eines chirurgischen Eingriffs. Damit wird allerdings gegen die Konzeption einer (reinen) Fallpauschale verstoßen, da hierin eine indirekte Vergütung für eine vom Krankenhaus durchgeführte Verrichtung zu sehen ist. Zu diesem Problemkreis vgl. Abschnitt 3.3.3.

b) Differenzierung der Fallpauschale nach Krankenhäusern

- ba) *Einheitlich:* Hier gelten für alle Krankenhäuser identische Fallpauschalen.
- bb) *Regional differenziert:* Durch regionale Abstufung wird unterschieden im Niveau der Faktorpreise zwischen geographischen Gebieten Rechnung getragen.
- bc) *Nach Versorgungsstufe differenziert:* Hierdurch wird der Umstand berücksichtigt, daß Krankenhäuser höherer Versorgungsstufe eine bessere Ausstattung mit medizin-technischen Geräten und das entsprechend qualifiziertere Personal vorhalten müssen, um kompliziertere Krankheitsfälle (auch bei gleicher Krankheitsart) behandeln zu können.
- bd) *Krankenhaus-spezifisch:* Für jedes Krankenhaus gelten individuelle Fallpauschalen. Diese können sich z. B. an den durchschnittlichen Fallkosten der Vorperiode in diesem Krankenhaus orientieren.

Krankenhaus-spezifische Fallpauschalen liegen dem Vergütungssystem zugrunde, das gegenwärtig im US-Bundesstaat Maryland für alle Patientengruppen angewendet wird.¹⁵ Allerdings ist die Teilnahme vonseiten der Krankenhäuser freiwillig.

Im Medicare-Vergütungssystem setzen sich die Pauschalen aus einer Krankenhaus-spezifischen Komponente (75 %) und einem nationalen Standard (25 %) zusammen, wobei der Anteil des nationalen Standards über eine Anpassungsperiode von vier Jahren bis auf 100 % angehoben wird. Diese Standards werden lediglich noch regional, und zwar nach städtischen und ländlichen Gebieten differenziert. Eine Kombination aus krankenhausspezifischem Satz und einheitlichem Standard wird auch in der Vergütungsformel im US-Bundesstaat New Jersey verwendet.¹⁶

¹⁴ Für eine Beschreibung der Klassifizierung siehe Fetter u. a. (1980), (1981).

¹⁵ Vgl. Kinzer / Warner (1983).

¹⁶ Vgl. zu diesem Experiment Reiss (1980); Davies / Westfall (1983).

3. Schwierigkeiten bei der Fallpauschalierung und ihre mögliche Überwindung

In diesem Abschnitt diskutieren wir die wichtigsten Schwierigkeiten, die mit der Verwendung von Fallpauschalen als Vergütungssystem verbunden sein können. Wie bei jedem Vergütungssystem kann man auch hier drei verschiedene Typen von Problemen antreffen, nämlich

- a) Manipulationsmöglichkeiten,
- b) „falsche“ ökonomische Anreize,
- c) ungerechte Belastung.

Kategorie c) umfaßt sowohl finanzielle Einbußen für Krankenhäuser, die nicht auf mangelnde Leistungsfähigkeit oder auf Mittelverschwendung zurückgehen, als auch eine etwaige Einschränkung des Zugangs zur stationären Behandlung für bestimmte Patientengruppen.

3.1 Abgrenzung eines „Behandlungsfalls“

Jede Form der Fallpauschalierung setzt eine eindeutige und zweckmäßige Definition dessen voraus, was als ein „stationärer Behandlungsfall“ betrachtet werden soll. Abgrenzungsschwierigkeiten können in einer Reihe von verschiedenartigen Fällen auftreten:

- (1) *Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung*: In vielen Grenzfällen stellt sich nach kurzer Zeit(und nachdem allenfalls Diagnoseleistungen erbracht worden sind) heraus, daß der Patient keiner stationären Behandlung bedarf. Wird bei der Definition, wann ein „Fall“ beginnt, die Aufenthaltsdauer als Kriterium verwendet, so entsteht ein ökonomisch nicht wünschenswerter Anreiz, solche Patienten erst nach dieser Mindestdauer wieder zu entlassen, um die Fallpauschale erheben zu können, die in der Regel höher sein wird als das alternative Honorar für die bis dahin erbrachten Einzelleistungen.
- (2) *„Drehtüreffekt“*: Eine mögliche Manipulation mit dem System besteht darin, daß das Krankenhaus Patienten vorübergehend nach Hause entläßt und zur Neuaufnahme nach einiger Zeit wiederbestellt.¹⁷ Dies ist vom medizinischen Standpunkt besonders bei chronisch kranken Patienten, die nicht in akuter Lebensgefahr sind, gerechtfertigt und wird vielfach vom Patienten selbst und seiner Familie als angenehme Unterbrechung begrüßt werden. Anstatt jede Aufnahme als Beginn eines neuen Falls zu definieren, müßten Kriterien entwickelt werden, die die Fortsetzung einer begonnenen

¹⁷ Vgl. z. B. Feldstein (1967), 25.

Behandlung von einer neuen Behandlung unterscheiden helfen. Eine von den Krankenkassen eingesetzte Kontrollinstanz hätte die Einhaltung dieser Kriterien zu garantieren.

- (3) *Überweisungen zwischen Krankenhäusern:* Stellt sich heraus, daß zur Behandlung eines Patienten Einrichtungen erforderlich sind, die nur in einem anderen Krankenhaus — in der Regel einer höheren Versorgungsstufe — vorhanden sind, so ist eine Überweisung geboten. Falls jede Aufnahme als Fall gewertet wird, so läßt dies zur Manipulation der folgenden Art ein: Ein und derselbe Krankenhausträger unterhält mehrere Häuser verschiedener Versorgungsstufen und bewegt die niedergelassenen Ärzte dazu, ihre Patienten zunächst in ein Krankenhaus der untersten Versorgungsstufe einzuweisen. Je nach Bedarf werden sie dann zu den Häusern höherer Stufe weitergeleitet.

Diese Manipulation würde verhindert, wenn jede ununterbrochene Kette von Aufenthalten als *ein Fall* gewertet und die Vergütung nach einer geeigneten Formel auf die an der Behandlung beteiligten Krankenhäuser aufgeteilt würde. Dies ist allerdings möglicherweise (z. B. bei einer Aufteilung nach der anteiligen Verweildauer) nicht fair gegenüber dem Krankenhaus der höchsten Stufe, in dem der Patient zuletzt und am intensivsten behandelt wird, da diesem Krankenhaus relativ zur Behandlungsdauer die höchsten Kosten der Behandlung entstehen. Im Medicare-Vergütungssystem der USA erhält daher das letzte Krankenhaus die volle Fallpauschale, die „Durchgangsstationen“ werden in Form von Tages-Pflegesätzen entgolten.

3.2 Anreize zur Erhöhung der Fallzahl

Auch abgesehen von den in Abschnitt 3.1 beschriebenen regelrechten Manipulationen mit dem System bestehen ökonomische Anreize für das (gewinnmaximierende) Krankenhaus, eine möglichst große Zahl von Behandlungsfällen pro Abrechnungsperiode zu erhalten. Dieser Anreiz geht unmittelbar aus der Analyse in Abschnitt 2.1 hervor. Sind die Erstattungssätze p so gewählt, daß ein repräsentatives Krankenhaus seine Durchschnittskosten damit decken kann, so bedeutet dies bei positiven Fixkosten, daß die Fallpauschale p über den variablen Fallkosten liegen muß, und zwar um so stärker, je höher die Fixkostenbelastung ist.

Eine Erhöhung der Fallzahl ist jedoch bei gegebener Zahl von Selbsteinweisungen nur dadurch möglich, daß niedergelassene Ärzte zu vermehrten Einweisungen veranlaßt werden. Dies setzt eine Interessensharmonie zwischen Krankenhäusern und ambulant tätigen Ärzten voraus, wie sie wohl nur im Belegarztsystem zu erwarten ist bzw. dort, wo

Krankenhaus(chef)ärzte daneben ambulante Praxen betreiben. Insofern ist diese Problematik in der Bundesrepublik Deutschland weitaus weniger ausgeprägt als in den USA, wo die überwiegende Zahl der Krankenhausärzte Belegärzte sind.¹⁸ Auch die ständig steigende Versorgungsdichte mit ambulant tätigen Ärzten in der Bundesrepublik dürfte dazu beitragen, daß diese kein Interesse daran haben, Patienten an die Krankenhäuser „abzugeben“, die auch ambulant behandelt werden können.

Wir stellen fest, daß den Möglichkeiten der Krankenhäuser, die Fallzahl gezielt auszudehnen, vermutlich enge Grenzen gesetzt sind.

3.3 Wahl einer geeigneten Staffelung der Pauschalen

Eine weitere Probleme ist davon abhängig, ob die Staffelung der Pauschale nach Patienten-Charakteristika sehr tief ist, so daß die verbleibenden Gruppen in sich ein hohes Maß an Homogenität aufweisen, oder ob nur eine sehr grobe oder gar keine Differenzierung der Sätze vorgenommen wird. Im folgenden diskutieren wir zunächst zwei Gefahren bei nicht ausreichender Differenzierung (Abschnitte 3.3.1 und 3.3.2) und schließlich ein wichtiges Problem, das gerade bei sehr genauer Differenzierung auftreten kann (Abschnitt 3.3.3).

3.3.1 Gefahr des Bankrotts von Krankenhäusern

Je weniger die Pauschalen nach Patientengruppen differenziert sind, um so größer ist die Heterogenität der Fälle, für die eine gleich hohe Vergütung gezahlt wird. Ein Krankenhaus, das eine moderne und hochtechnisierte Ausstattung besitzt und daher einen größeren Anteil schwererer und komplizierterer Behandlungsfälle innerhalb gegebener Vergütungsgruppen auf sich zieht, ist dadurch einem besonderen finanziellen Risiko ausgesetzt.¹⁹

Nehmen wir an, es käme bei Verwendung wenig differenzierter Fallpauschalen zu einem Bankrott von Krankenhäusern. Wäre dies als Erfolg oder als Mißerfolg des Vergütungssystems zu deuten?²⁰ Daß überhaupt Bankrotts eintreten, ist unter Effizienzgesichtspunkten eher positiv zu werten. Denn die ökonomische Motivation zur Kosteneinsparung kann nur dann wirksam werden, wenn derjenige Anbieter, der seine

¹⁸ Dort muß eine von Medicare eingesetzte Kontrollinstanz jeder stationären Aufnahme zustimmen.

¹⁹ Dabei ist natürlich unterstellt, daß die Höhe der Pauschalen den durchschnittlich notwendigen Behandlungskosten aller Patienten innerhalb der jeweiligen Gruppe entspricht.

²⁰ Vgl. *Sommer* (1983), 158.

Kosten nicht in den Griff bekommt, aus dem Markt ausscheiden muß. Auf der anderen Seite muß es natürlich unerwünscht sein, wenn ein Krankenhaus aufgrund von unvermeidbaren, durch die besondere Fallschwere seiner Patienten bedingten Kostenüberhängen zur Schließung gezwungen wird. Dadurch wäre die Qualität der stationären Behandlung gefährdet und die Versorgung gerade derjenigen Patienten, die sie wegen der Schwere ihrer Krankheit besonders benötigen, nicht mehr garantiert.

Die Zielsetzung einer gesicherten Krankenversorgung erfordert also, daß etwaige Schließungen nur eine begrenzte Anzahl besonders unwirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser betreffen.

3.3.2 Die Selektion leichter Behandlungsfälle

Ein mit der Bankrottgefahr eng verbundenes Problem ist der Anreiz für Krankenhäuser, zur Vermeidung hoher Kosten bereits bei der Aufnahme gegen Patienten mit hochkomplizierten und schweren Erkrankungen innerhalb einer Vergütungsgruppe zu diskriminieren und sich die leichteren Fälle herauszusuchen („cream skimming“).²¹ Auch diese Praxis muß unter der Zielsetzung einer optimalen Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen unerwünscht sein.

Damit die beschriebene Art der Selektion tatsächlich vorkommt, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

- a) Die Aufnahmediagnose muß mit einiger Wahrscheinlichkeit erkennen lassen, ob ein Patient zur Kategorie der „teuren“ Fälle innerhalb einer Vergütungsgruppe zählen wird,
- b) das Krankenhaus muß bereit und in der Lage sein, die schwereren Fälle an andere Häuser weiterzuleiten.

Bedingung a) ist um so eher erfüllt, je weniger die Fallpauschale differenziert ist. Denn bei geringer Differenzierung ist zwangsläufig die Heterogenität der Patienten innerhalb einer Vergütungsgruppe groß. Aber auch noch im amerikanischen DRG-System mit seinen immerhin 467 Gruppen verbleibt in vielen Gruppen eine erhebliche Variationsbreite im Behandlungsaufwand: So wurde in repräsentativen Stichproben eine erhebliche Varianz der Verweildauer innerhalb einzelner DRGs beobachtet.²² Manche dieser Unterschiede dürften vom Krankenhaus im voraus anhand bestimmter Merkmale wie Alter des Patienten oder Nebenleiden erkennbar sein.

²¹ Vgl. z. B. Newhouse (1983).

²² Vgl. Fetter u. a. (1980); Berki u. a. (1984).

Ferner sind die DRGs zwar nach Krankheitsart differenziert, jedoch nicht nach dem Stadium der Erkrankung. In vielen Fällen, besonders bei Krebserkrankungen, kommen jedoch mehrere aufeinanderfolgende Krankenhausaufenthalte mit großen Unterschieden im Behandlungsaufwand vor.²³ Bei Differenzierung der Pauschale nur nach der Krankheitsart würde jeder Aufenthalt in der gleichen Höhe vergütet werden.

Bedingung b) ist dagegen nicht so leicht zu erfüllen. Ein Krankenhaus, das Patienten mit schweren oder komplizierten Erkrankungen an andere Kliniken abschiebt, obwohl es von seinen Möglichkeiten her diese Patienten behandeln könnte und nicht voll belegt ist, wird seinem Ansehen unter den niedergelassenen Ärzten erheblich schaden. In der Folge wird daher die Zahl der Einweisungen aller Patiententypen, auch der „leichten“ Fälle, zurückgehen, so daß sich die Strategie der Selektion nicht auszahlt. Insofern erhöht die organisatorische Unabhängigkeit zwischen ambulant tätigen Ärzten und Krankenhäusern — im Gegensatz zum Belegarztsystem in den USA — den Grad der Qualitätskonkurrenz zwischen den Krankenhäusern. Ferner ist bei einem hohen Fixkostenanteil und niedriger Belegungsquote die Aufnahme eines zusätzlichen Patienten auch dann noch lohnend, wenn es sich bei ihm voraussichtlich um einen überdurchschnittlich komplizierten Fall handelt.

Schon eher wäre es denkbar, daß sich ein Krankenhaus bereits durch die Wahl seiner Einrichtungen auf die Behandlung relativ leichter und unkomplizierter Krankheiten spezialisiert.²⁴ Diese Überlegung spricht dafür, sofern eine Differenzierung der Pauschalen nach Krankheitsart und -schwere nicht praktikabel ist, zumindest eine Differenzierung nach der Versorgungsstufe der Krankenhäuser vorzunehmen, damit es nicht finanziell unattraktiv oder gar unmöglich wird, für die Behandlung schwerer Fälle gerüstet zu sein.

3.3.3 Der Einfluß des Krankenhauses auf die Falleinstufung

Nachdem wir uns bisher mit den Schwierigkeiten befaßt haben, die sich aus einer wenig differenzierten Fallpauschale ergeben können, betrachten wir nun ein Problem, das sich gerade bei einer tiefen Differenzierung der Pauschale bemerkbar machen kann. Es besteht in einem möglichen Einfluß des behandelnden Krankenhauses selbst auf die Eingruppierung seiner Patienten. Ein solcher Einfluß könnte von dem (gewinninteressierten) Krankenhaus dazu benutzt werden, eine möglichst

²³ Vgl. Young u. a. (1982).

²⁴ Einige Anzeichen sprechen dafür, daß dies im großen und ganzen die Strategie kommerzieller Krankenhäuser ist. Vgl. Bays (1977).

hohe Vergütungssumme zu begründen. Der Einfluß auf die Einstufung kann in mehreren Varianten auftreten:

a) Die Reihenfolge der Kodierung mehrerer zugleich vorliegender Leiden als Haupt- bzw. Nebendiagnose(n) hat im DRG-System Auswirkungen auf die Höhe der Pauschalen. Durch geschickte Handhabung der Codes kann ein Krankenhaus also erhebliche finanzielle Vorteile erringen („DRG creep“).²⁵ Man kann eine solche Manipulationsmöglichkeit allerdings mehr der Besonderheit der Vergütungsskala anlasten als dem System der differenzierten Fallpauschale als solchem. Durch geeignete Berechnung der Vergütungssätze ist es sicher möglich, solche auf der Art der Kodierung beruhende Unterschiede gering zu halten. Die medizinisch fragwürdige Umkehrung von Haupt- und Nebenleiden ließe sich auch mittels einer Qualitätskontrolle durch eine von der Versicherten-gemeinschaft eingesetzte Instanz verhindern, die (zumindest in Stichproben) überprüft, ob tatsächlich eine der Hauptdiagnose angemessene Behandlung durchgeführt wurde.²⁶

b) Sind die Pauschalen nicht nach Krankheitsarten, sondern nach Fachabteilungen differenziert, so lohnt es sich für das Krankenhaus, Patienten mit mehreren Leiden in derjenigen Fachabteilung mit dem höchsten Vergütungssatz zu behandeln — ein Vorgehen, das bei dieser Form der Gruppenbildung wohl kaum unterbunden werden kann, es sei denn durch eine relativ eingehende Überprüfung der erbrachten Leistungen.

c) Ein weiteres spezielles Problem des DRG-Systems ist es, daß in manchen Fällen die Eingruppierung endgültig erst durch Verrichtung (d. h. Operationen) bestimmt wird, die das Krankenhaus während des Aufenthalts durchführt²⁷, also der Pauschalcharakter der Vergütung zugunsten einer impliziten Gebühr für die Operationen verlorengeht. An dieser Stelle ist sicher einzuwenden, daß Ärzte im allgemeinen nicht allein aus finanziellen Motiven völlig unnötige Operationen an ihren Patienten vornehmen werden. Selbst wenn dies der Fall wäre, so lohnt sich die Durchführung einer Prozedur mit dem Zweck, eine höhere Fallpauschale zu erhalten, auch finanziell nur dann, wenn die Vergütungs-differenz die zusätzlichen mit der Prozedur verbundenen Behandlungskosten mehr als aufwiegt.²⁸ Wir vermuten daher, daß die hier geschilderte Gefahr in der Praxis sehr gering gehalten werden kann.

²⁵ Vgl. *Simborg* (1981).

²⁶ *Wood u. a.* (1981), S. 250.

²⁷ Interessanterweise wird z. B. die Diagnosegruppe „Appendectomy“ immer dann angewendet, wenn der Blinddarm entfernt wurde, gleichgültig ob er sich im nachhinein als krank oder normal herausstellt (vgl. *Hornbrook* (1982), 91).

²⁸ Vgl. *Pettengill / Vertrees* (1982).

3.4 Die Festsetzung der „richtigen“ Vergütungssätze

Im vergangenen Abschnitt ging es um die Frage, wie stark die pauschalen Vergütungssätze gestaffelt sein sollen. Ein weiteres wichtiges Problem besteht darin, eine geeignete *Höhe* der Sätze bei gegebener Staffelung zu bestimmen.²⁹

Es ist wichtig, daß die Sätze den erwarteten Ressourcenaufwand der Behandlung von Patienten in der jeweiligen Gruppe widerspiegeln. Dies spielt besonders bei einer hochdifferenzierten Staffelung der Fallgruppen wie im DRG-System eine entscheidende Rolle, in dem mehrere hundert „Preise“ festgelegt werden müssen. Eine detaillierte Kostenrechnung ist erforderlich, damit vermieden wird, daß die (adäquate) Behandlung bestimmter Fallgruppen für die Krankenhäuser von vornherein unrentabel ist und diese sich daher bei der Wahl ihrer Ausstattung auf diese Fallgruppen nicht einrichten.

3.4.1 Krankenhaus-spezifische Sätze

Betrachten wir zunächst die Festlegung individueller Pauschalen für jedes einzelne Krankenhaus. Orientierungsgrößen für die Höhe der Pauschalen könnten die in der Vorperiode beobachteten Fallkosten des jeweiligen Krankenhauses sein. Eine solche pragmatische Vorgehensweise wäre sinnvoll, wenn es das hauptsächliche Ziel der preissetzenden Instanz ist, eine stark inflationäre Entwicklung der Fallkosten abzubremsen, dabei jedoch die finanziellen Anpassungsprobleme beim Übergang vom alten Vergütungssystem zur Fallpauschalierung zu minimieren.

Der Nachteil dieser Art der Preisfestlegung ist allerdings ebenfalls offensichtlich: Krankenhäuser, die in der Vergangenheit wenig Anstrengungen zur Kosteneinsparung unternommen haben, erhalten auch unter dem neuen System hohe Vergütungssätze, während kostengünstig arbeitende Häuser für ihr Verhalten durch niedrige Sätze „bestraft“ werden. Wird auch die laufende Anpassung der Sätze — wie im geltenden Pflegesatzsystem — nach diesem Prinzip vorgenommen, so gehen Effizienzanreize völlig verloren. Deshalb und aus Gesichtspunkten der Gerechtigkeit erscheint es geboten, ein solches System der Berücksichtigung krankenhausspezifischer Kosten lediglich für eine Übergangsperiode zu verwenden und im Laufe der Zeit auf einheitliche Sätze einzugehen.

²⁹ Vgl. dazu *Joskow* (1983). Die folgenden Überlegungen beziehen sich nicht nur auf eine staatlich administrierte Preisfixierung, sondern sind auch für den Fall relevant, daß die Preise in freier Verhandlung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart werden.

3.4.2 Einheitliche Sätze: Minimal- oder Durchschnittskosten?

Bei für alle Krankenhäuser einheitlichen Sätzen in den einzelnen Fallgruppen stellt sich die Frage, woran sich die Sätze orientieren sollen. Ein theoretisch befriedigender Maßstab wären die Minimalkosten der Erbringung eines bestimmten Outputs, d. h. der Behandlung eines repräsentativen Patienten in der jeweiligen Fallgruppe. Diese Größe wird im allgemeinen nicht beobachtbar sein, da sie eine vollkommene Homogenität der Fallschwere innerhalb jeder Gruppe oder doch zumindest eine vollständige Transparenz der verbleibenden Heterogenität voraussetzt.

Wollte man die Minimalkosten aus einem Vergleich der fallspezifischen Kosten in verschiedenen Krankenhäusern gewinnen, so müßte ferner sichergestellt sein, daß die Qualität der Behandlung in diesen Häusern die gleiche ist. Alternativ dazu könnten die Minimalkosten durch einen Konsensus von Ärzten über den jedem Falltyp angemessenen Behandlungsaufwand und die Bewertung der zugehörigen Faktoreinsatzmengen in Geldgrößen vorgenommen werden. Jedoch dürfte die Herstellung eines solchen Konsensus utopisch sein.³⁰

Schließlich hätte eine Orientierung an Minimalkosten den Nachteil, daß ein großer Prozentsatz aller Krankenhäuser erhebliche Schwierigkeiten bei der Anpassung ihrer Kosten an dieses Vergütungsniveau bekämen. Falls die in der Übergangsperiode anfallenden Verluste nicht von den Krankenhausträgern oder von anderer Seite absorbiert werden könnten, so drohten eine große Zahl von Schließungen und damit eine Gefahr für die ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen.

Alternativ wäre eine Orientierung der Sätze an den durchschnittlichen in der Ausgangsperiode beobachteten Kosten verschiedener Krankenhäuser mit einer gegebenen Fallzusammensetzung denkbar. Dieses Vorgehen ist pragmatischer, da es finanziell weniger restriktiv ist, entbehrt jedoch eines normativen Anspruches, da die beobachteten Kosten im allgemeinen kein effizientes Verhalten reflektieren.³¹

Darüber hinaus gehen Effizienzanreize für diejenigen Krankenhäuser verloren, die in der Vergangenheit kostengünstig gearbeitet haben, aber wegen ihres nicht-kommerziellen Status an der Erwirtschaftung von Überschüssen nicht interessiert sind. Diese könnten einen Anreiz zur Verschwendung von Ressourcen oder zu übermäßigem Engagement auf dem Gebiet der Qualitätskonkurrenz erhalten.³² Um dieser Gefahr zu

³⁰ Vgl. *Hornbrook* (1982), 112.

³¹ Vgl. *Berki* (1983).

³² Vgl. *Joskow* (1983).

begegnen, müßten die Gewinnerzielungsanreize auch für nicht-kommerzielle Krankenhäuser gestärkt werden. Insbesondere sollte die freie Verwendung etwaiger Überschüsse nicht durch restriktive Vorschriften behindert werden. Dürfen Überschüsse als Prämien an die Leiter und sonstigen Mitarbeiter ausgeschüttet werden, so bleibt der Anreiz zur effizienten Leistungserbringung erhalten.

3.4.3 Vernachlässigung der Qualitätskomponente

Ein weiteres Problem bei einheitlichen Vergütungssätzen wird darin gesehen, daß Unterschiede in der Qualität und Intensität der Behandlung nicht belohnt werden könnten und daher gegen Krankenhäuser mit hoher Behandlungsqualität diskriminiert werde.³³ Gegen dieses Argument läßt sich einwenden, daß Qualität verschiedene Dimensionen hat³⁴, die aus der Sicht der Versichertengemeinschaft (als Träger der Vergütung) nicht alle denselben Stellenwert besitzen sollten.

Qualität kann sich zum einen in der Erfolgsquote bei der Behandlung bestimmter Krankheiten niederschlagen und wird dann vermutlich auf das Ansehen Einfluß haben, das ein Krankenhaus bei den niedergelassenen Ärzten und möglicherweise auch den (potentiellen) Patienten genießt. Eine Vernachlässigung dieses Aspektes der Qualität, z. B. ein Verzicht auf die Einstellung hochqualifizierter Ärzte, würde sich daher negativ auf die Zahl der Einweisungen auswirken und dem Krankenhaus langfristig auch finanziell schaden. Das gleiche gilt analog für die Intensität der Betreuung durch das Pflegepersonal.

In bezug auf andere Aspekte der Qualität, die weniger die medizinische als die „Hotel“-Dimension betreffen, ist es fragwürdig, ob sie durch das obligatorische Vergütungssystem gefördert werden sollten oder ob es für sie nicht geeignetere Finanzierungsformen gibt. Hier könnte die getrennte Abrechnung von Wahlleistungen (wie Zweibettzimmer, eigenes Bad, Menüauswahl) im jetzigen Pflegesatzsystem in der Bundesrepublik Deutschland als Vorbild dienen.

3.4.4 Anpassung der Sätze bei technischem Fortschritt

Bisher wurde in diesem Abschnitt argumentiert, wie wichtig es ist, daß die Vergütungssätze dem erwarteten Ressourcenbedarf der Behandlung von Patienten in der jeweiligen Fallgruppe entsprechen. Diese Forderung hat nun eine besondere Bedeutung im dynamischen Kontext, wenn technischer Fortschritt die Menge der möglichen Behand-

³³ Vgl. Berki (1983), Joskow (1983).

³⁴ Vgl. Lave / Lave (1970).

lungsverfahren erweitert. Dies kann die Anpassung von Vergütungssätzen in jeder von beiden Richtungen erforderlich machen.

Zum einen ist kostenreduzierender technischer Fortschritt denkbar, der die Senkung von Sätzen erfordert, wenn Krankenhäuser nicht auf Dauer ungerechtfertigte Gewinne aus der Behandlung von Patienten in den betreffenden Fallgruppen ziehen sollen. Andererseits werden ständig neue Verfahren gefunden, die bei der Behandlung einer Krankheit mit größerem Erfolg, aber auch höheren Kosten verbunden sind als die herkömmlichen Verfahren. Um die Einführung der neuen Verfahren finanziell tragbar zu machen, müßten die Vergütungssätze für die entsprechende Krankheitsart erhöht werden.

Angesichts des beachtlichen Tempos der medizin-technologischen Entwicklung wird daher eine laufende Überprüfung der Fallpauschalen in Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit dem Ressourcenaufwand der aktuell anerkannten Behandlungsverfahren erforderlich sein.

4. Schlußfolgerungen und offene Fragen

4.1 Ansätze zu einer abschließenden Bewertung

Ein gültiges Urteil über die Eignung der Fallpauschalierung als Vergütungsform für Krankenhausleistungen wird man erst nach einer sorgfältigen Auswertung empirischer Erfahrungen fällen können. Da diese gegenwärtig noch nicht verfügbar sind und da selbst die in den USA laufenden Versuche keine vollständig auf das deutsche Krankenhauswesen übertragbaren Schlüsse erlauben werden, sind wir vorerst auf rein theoretische Überlegungen angewiesen. Dabei sind die in dieser Arbeit diskutierten Vorzüge dieser Vergütungsform und die mit ihr verbundenen Schwierigkeiten gegeneinander abzuwägen.

Eine wichtige Funktion des Systems der Fallpauschalierung ist es, den Krankenhaus-Medizinern Anstöße zu geben, bei der Abwägung alternativer Behandlungsmethoden auch auf das Kriterium der Kosteneffektivität zu achten. Voraussetzung für die Wirksamkeit ist jedoch, daß die Entscheidungsträger im Krankenhaus, wie oben in Gleichung (3) unterstellt wurde, an der Erzielung von Überschüssen interessiert sind und daher Kosten vermeiden möchten. Dies ist nicht selbstverständlich, da Kosten auf der anderen Seite zu einem großen Teil wieder Einkommen der Ärzte und des Krankenhauspersonals darstellen.³⁵ Es ist daher für eine Abschätzung der Auswirkungen der Fallpauschalierung entschei-

³⁵ Vgl. Reinhardt (1982).

dend, richtige Vorstellungen über die Motivation der Ärzte und Manager in Krankenhäusern zu haben.³⁶

Unabhängig von den Zielen der Entscheidungsträger würde es bei einem Übergang vom geltenden Finanzierungssystem zu einer Fallpauschalisierung vermutlich zu einer Einschränkung der „Aufbewahrungsleistungen“ von Krankenhäusern kommen und als Konsequenz zu einem Belegungsrückgang, zu freiwilligem Betten- und Personalabbau und eventuell zu einer Stilllegung von Krankenhäusern. Berücksichtigt man die intensiven (und wenig erfolgreichen) Bemühungen der Gesundheitspolitiker, einen merklichen Bettenabbau auf administrativem Wege durchzusetzen, so scheint dieser Anreiz in die richtige Richtung zu weisen.

Versucht man, diesen Vorteilen die in Abschnitt 3 aufgezeigten Schwächen entgegenzuhalten, so ist zunächst zu bedenken, daß die Diskussion in Abschnitt 3 vor dem Hintergrund eines idealen Standards von Effizienz und Gerechtigkeit geführt wurde. Zweckmäßiger wäre jedoch ein Vergleich der Leistungsfähigkeit eines neuen Vergütungssystems mit den Ergebnissen existierender Systeme. Betrachtet man etwa eines der schwerwiegendsten Probleme der Fallpauschalisierung, nämlich den Anreiz zum „cream skimming“ (vgl. Abschnitt 3.3.2), so ist dem gegenüberzustellen, daß auch unter der geltenden Pflegesatzregelung die Krankenhäuser einen Anreiz haben, bestimmte Patientengruppen fernzuhalten, nämlich solche mit einem großen Ressourcenbedarf *je Pflegetag*.

Eine Reihe von Nachteilen der Fallpauschalisierung kann, wie wir gesehen haben, vermutlich nur auf dem Wege der Regulierung, d. h. durch eine Anwendung von Kontrollen durch die Organisation der Nachfrageseite verhindert werden. Dazu gehört insbesondere die problematische Beziehung zwischen „Aufnahme“ und „Behandlungsfall“ bei Patienten mit mehreren aufeinanderfolgenden Krankenhausaufenthalten. Die Wahl zwischen verschiedenen Vergütungsformen kann daher nicht einfach auf die Alternative „Marktsteuerung versus Regulierung“ reduziert werden.³⁷ Auch das geltende Vergütungssystem verlangt bei konsequenter Anwendung des Selbstkostendeckungsprinzips eine detaillierte Überprüfung der Einhaltung des Sparsamkeits- und Wirtschaftlichkeitsangebots. Daher geht es eher um die Wahl zwischen verschiedenen Formen der Regulierung. Auswahlkriterium sollte dabei sein, welchen der

³⁶ Vgl. dazu die Modelle von Newhouse (1970); Lee (1971); Davis (1972); Pauly / Redisch (1973); Sloan / Steinwald (1980), Kap. 2.

³⁷ Vgl. dazu die lebhafteste Diskussion über Wettbewerb in diesem Sektor, z. B. Greenberg (Ed.) (1978). Oberender (1980), Buchholz (1983), oder das Motto „Mehr Markt im Gesundheitswesen“ für das Symposium der Hanns-Martin-Schleyer-Stiftung im Januar 1984 in Mainz.

alternativen Inhalte der Regulierung eine krankenhausexterne Kontrollinstanz leichter und mit geringerem Informationsaufwand zu beurteilen vermag.

Unter diesem Gesichtspunkt scheint die Fallpauschalierung dem geltenden Finanzierungssystem überlegen zu sein. Sie verlangt zwar in Einzelfällen eine Begründung seitens des Krankenhauses, warum eine stationäre Behandlung bei dem betreffenden Patienten war bzw. ist. Dafür erspart sie es den regulierenden Instanzen, sich in die Details der Mittelverwendung in einzelnen Krankenhäusern einzuarbeiten. Darüber hinaus verhindern Vorschriften über „erlaubte“ und „unerlaubte“ Kosten oftmals effizienzsteigernde Substitutionen zwischen verschiedenen Kostenarten (d. h. Produktionsfaktoren) durch das Krankenhaus. Auch dieser Nachteil wird durch die mit der Fallpauschalierung verbundene Freiheit des Krankenhauses in der Mittelverwendung vermieden.

Insgesamt dürften nach dem Gesagten die Vorteile der Fallpauschalierung ihre Nachteile überwiegen, sofern eine geeignete Ausgestaltung dieser Vergütungsform gewählt wird. Die Vergütungssätze sollten möglichst weitgehend nach Charakteristika der zu behandelnden Patienten differenziert sein. Unterschiede zwischen den Krankenhäusern als solchen dürfen dagegen nur insoweit berücksichtigt werden, wie sie für das Management exogen und daher nicht-manipulierbar sind. Ferner ist es zur Sicherung der Existenzfähigkeit der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser zweckmäßig, die Vergütungssätze nicht an den Minimalkosten der Leistungserbringung, sondern an den Durchschnittskosten einer repräsentativen Gruppe von Krankenhäusern zu orientieren.

4.2 Offene empirische Fragen

Wie aus der Diskussion in Abschnitt 3.3 hervorgeht, sollte ein System der Fallpauschalierung so differenziert sein, daß die Fallgruppen, für die jeweils einheitliche Vergütungssätze gelten, in sich möglichst homogen sind. Zur Einteilung dieser Klassen benötigt man daher ein Maß, das möglichst stark mit dem Ressourcenaufwand der Behandlung korreliert. Die Güte alternativer Maße kann anhand von Krankenhauskosten-Studien beurteilt werden, in denen untersucht wird, ein wie großer Anteil der Unterschiede in den Fallkosten zwischen den Krankenhäusern sich durch das jeweilige Maß für die Fallzusammensetzung („Case-Mix“) erklären läßt.

Während für derartige ökonometrische Analysen der Krankenhauskosten zahlreiche Vorbilder aus den angelsächsischen Ländern vorliegen³⁸, gibt es unseres Wissens bislang nur zwei vergleichbare deutsche

Arbeiten: *Henning & Paffrath*³⁹ zeigen, daß die Aufteilung der Patienten auf 26 verschiedene Fachabteilungen für sich genommen ca. 56 % der Varianz in den Fallkosten zwischen den 706 Krankenhäusern ihrer Stichprobe (Daten aus dem Jahr 1975) erklären kann. Fast die Hälfte der verbleibenden Fallkosten-Varianz konnten durch Einbeziehung der Variablen „durchschnittliche Verweildauer“ erklärt werden, wohingegen Bettenzahl, Belegungsquote und Trägerschaft eine relativ geringe Rolle spielten. Vermutlich diente die Verweildauer dabei als Surrogat für die selbst nicht beobachtbare Fallzusammensetzung *innerhalb* der einzelnen Fachabteilungen. Zu ähnlichen Ergebnissen für eine Stichprobe von 80 Krankenhäusern aus demselben Jahr gelangt *Siebig*⁴⁰.

Die Verweildauer sollte jedoch nicht als Argument in der Vergütungsformel berücksichtigt werden, weil dies zum einen eine Aufweichung des Prinzips der Fallpauschalierung wäre und da zum anderen die Verweildauer vom Krankenhaus selbst beeinflusst werden kann. Die Vergütung sollte sich, wie oben argumentiert, statt dessen nur nach nicht-manipulierbaren Kriterien richten.⁴¹

Daher lautet eine wichtige Fragestellung für die empirische Forschung: Kann ein Maß für die Fallzusammensetzung gefunden werden, das einen größeren Anteil an der Varianz der Fallkosten zwischen den Krankenhäusern erklärt als das von *Henning & Paffrath* und *Siebig* benutzte Maß „Anteil der Patienten in den einzelnen Fachabteilungen“? Welche objektiv feststellbaren Merkmale der Patienten (wie Alter, Geschlecht oder frühere stationäre Behandlungen) spielen ebenfalls eine signifikante Rolle bei der Erklärung der Fallkosten?

Eine systematische Untersuchung dieser Zusammenhänge scheiterte bisher noch an einer mangelnden Datenbasis. Weder Daten über die Krankheitsart (nach ICD-Schlüssel) noch über Alter und Geschlecht ihrer Patienten werden nämlich von den Krankenhäusern systematisch erfaßt und zur statistischen Auswertung zur Verfügung gestellt. Dies wäre ein lohnendes Gebiet für weitere empirische Forschung.

Eine weitere wichtige Frage bezieht sich auf den durch den Case-Mix und die übrigen Determinanten nicht erklärten Rest der Kostenvariation zwischen den Krankenhäusern: Wie kann man unterscheiden, ob diese noch verbleibenden Kostenunterschiede auf nicht beobachtbare Unterschiede in der Fallschwere zurückgehen (die nach Möglichkeit in

³⁸ Einige Beispiele sind *Feldstein* (1967), *Evans* (1971), *Lee / Wallace* (1972), *Lave / Lave / Silverman* (1972), *Feldstein / Schuttinga* (1977), *Zaretsky* (1977) und *Barer* (1982). Vergleiche des Erklärungsgehalts verschiedener Case-Mix-Maße nehmen *Watts / Klastorin* (1980) sowie *Ament u. a.* (1982) vor.

³⁹ *Henning / Paffrath* (1978).

⁴⁰ *Siebig* (1980).

⁴¹ Vgl. *Lave / Lave / Silverman* (1973).

der Vergütungsformel berücksichtigt werden sollten), auf Unterschiede in der Qualität und Intensität der Behandlung (deren Honorierung zumindest strittig ist) oder einfach auf Verschwendung von Ressourcen („slack“)⁴², die auf keinen Fall honoriert werden darf? Erst wenn dieses konzeptionelle Problem gelöst werden kann, ist es möglich, Krankenhauskosten-Studien zur Grundlage der Berechnung von Vergütungssätzen im System der Fallpauschalierung zu machen.⁴³

Zusammenfassung

Eine Vergütung von Krankenhausleistungen anhand der Outputebene „Behandlungsfall“ vermittelt dem einzelnen Krankenhaus mehr Anreize zur Kosteneinsparung als andere Finanzierungssysteme, da es seine Gewinn-situation hierbei weniger durch gezielte Ausdehnung der Vergütungsbasis beeinflussen kann. Damit allerdings Manipulationen der Fallzahl, unerwünschte Anreize zur Patientenselektion und Ungerechtigkeiten gegenüber einzelnen Krankenhäusern verhindert werden können, sind 1. eine sinnvolle Definition des Begriffs „Behandlungsfall“, 2. eine hinreichend tiefe Staffe-lung der Pauschalen nach Krankheitsart und anderen Patientenmerkmalen und 3. die Festlegung der „richtigen“ Höhe der Vergütungssätze notwendig. Diese Probleme scheinen prinzipiell lösbar zu sein, die praktische Umsetzung des Konzepts der Fallpauschale erfordert jedoch weitere empirische Arbei-ten über die Abhängigkeit der Krankenhauskosten von der Zusammenset-zung der Behandlungsfälle.

Summary

Reimbursing hospital services on a per-case basis provides more incen-tives to contain costs than other payment schemes, since here the individual hospital is less able to improve its financial situation through a deliberate expansion of the payment basis. In order, however, to prevent manipulations of the number of cases, undesirable incentives for patient selection, and inequitable treatment of different hospitals, this system needs 1. a useful definition of the term “case”, 2. a sufficiently fine differentiation of re-imbusement categories according to illness type and other patient charac-teristics, and 3. the determination of the “right” level of rates. These problems seem to be solvable, in principle, but before this concept can be used in practice, further empirical studies on the relationship between case mix and hospital costs are required.

Literatur

- Ament, R. P. u. a. (1982), Three Case-Type Classifications: Suitability for Use in Reimbursing Hospitals. *Medical Care* 20, 460 - 467.
- Barer, M. L. (1982), Case Mix Adjustment in Hospital Cost Analysis: Infor-mation Theory Revisited. *Journal of Health Economics* 1, 53 - 80.

⁴² Nach *Pauly* (1970) muß in diesen Fällen jedoch begründet werden, warum „slack“ nur in einigen Krankenhäusern existiert und nicht in allen.

⁴³ Vgl. *Breyer* (1985 a).

- Bays, C. W.* (1977), Case-Mix Differences between Nonprofit and For-Profit Hospitals. *Inquiry* 14, 17 - 21.
- Beratergruppe beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1983), Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Bonn.
- Berki, S. E.* (1983), The Design of a Case-Based Hospital Payment System. *Medical Care* 21, 1 - 13.
- u. a. (1984), Length-of-Stay Variations within IDCA-8 Diagnosis-related Groups. *Medical Care* 22, 126 - 142.
- Breyer, F.* (1984), Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine empirische Analyse von Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin u. a.
- (1985), Bonus-Malus-System in der Krankenhausvergütung — Eine Analyse der Berliner Pflegesatzreform. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 8, 154 - 163.
- (1985 a), Ökonometrisch geschätzte Krankenhaus-Kostenfunktionen und ihre Verwendung in der Krankenhausvergütung. Referat auf der Jahrestagung „Ökonomie des Gesundheitswesens“ des Vereins für Socialpolitik, September 1985.
- Buchholz, W.* (1983), Krankenhäuser im Wettbewerb. Ansätze zu einer Neuordnung des Krankenhauswesens. Berlin.
- Cleverley, W. O.* (1979), Evaluation of Alternative Payment Strategies for Hospitals: A Conceptual Approach. *Inquiry* 16, 108 - 118.
- Davies, R. H.* und *G. Westfall* (1983), Reimbursement under DRGs: Implementation in New Jersey. *Health Services Research* 18, 233 - 244.
- Davis, K.* (1972): Economic Theories of Behavior in Nonprofit, Private Hospitals. *Economic and Business Bulletin* 24, No. 2, 1 - 13.
- Dowling, W. L.* (1974), Prospective Reimbursement of Hospitals. *Inquiry* 11, 163 - 180.
- Evans, R. G.* (1971), ‚Behavioural‘ Cost Functions for Hospitals. *Canadian Journal of Economics* 4, 198 - 215.
- Feldstein, M. S.* (1967), Economic Analysis for Health Service Efficiency. Amsterdam u. a.
- and *J. Schuttinga* (1977), Hospital Costs in Massachusetts: A Methodological Study. *Inquiry* 14, 22 - 31.
- Fetter, R. B.* u. a. (1980), Case-Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. *Medical Care* 18, No. 2 (Suppl.), 1 - 53.
- (1981), The New ICD-9-CM Diagnosis Related Groups Classification Scheme. Users Manual, Vol. I. New Haven.
- Greenberg, W.* (Ed.) (1978), Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future. Germantown/Md.
- Henning, J.* und *D. Paffrath* (1978), Der Krankenhausbetriebsvergleich der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen aus krankenhaushökonomischer Sicht. Vorüberlegungen und erste Ergebnisse einer ökonomischen Analyse der Selbstkostenblätter von Krankenhäusern. *Die Ortskrankenkasse* 60, 501 - 510 und 567 - 576.

- Hornbrook, M. C.* (1982), Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement, and Use. *Medical Care Review* 39, 1 - 43 und 73 - 123.
- Joskow, P. L.* (1983), Reimbursement Policy, Cost Containment and Non-Price Competition. *Journal of Health Economics* 2, 167 - 174.
- Kinzer, D. und M. Warner* (1983), The Effect of Case-Mix Adjustment on Admission-Based Reimbursement. *Health Services Research* 18, 209 - 225.
- Lave, J. R. und L. B. Lave* (1970), Economic Analysis for Health Service Efficiency: A Review Article. *Applied Economics* 1, 293 - 305.
- /— und *L. P. Silverman* (1972), Hospital Cost Estimation Controlling for Case-Mix. *Applied Economics* 4, 165 - 180.
- /—/— (1973), A Proposal for Incentive Reimbursement for Hospitals. *Medical Care* 11, 79 - 90.
- Lee, M. L.* (1971), A Conspicuous Production Theory of Hospital Behavior. *Southern Economic Journal* 38, 48 - 58.
- und *R. L. Wallace* (1972), Classification of Diseases for Hospital Cost Analysis. *Inquiry* 9, 69 - 72.
- Metze, I.* (1982), Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen. Stuttgart u. a.
- Newhouse, J. P.* (1970), Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Modell of a Hospital. *American Economic Review* 60, 64 - 74.
- (1983), Two Prospective Difficulties with Prospective Payment of Hospitals, or It's Better to Be a Resident than a Patient with a Complex Problem. *Journal of Health Economics* 2, 269 - 274.
- Oberender, P.* (1980), Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. *Jahrbuch für Sozialwissenschaft* 31, 145 - 176.
- Pauly, M. V.* (1970), Efficiency, Incentives, and Reimbursement for Health Care. *Inquiry* 7, No. 1, 114 - 131.
- und *M. Redisch* (1973), The Not-for-Profit Hospital as a Physicians' Co-operative. *American Economic Review* 63, 87 - 99.
- Pettengill, J. und J. Vertrees* (1982), Reliability and Validity in Hospital Case-Mix Measurement. *Health Care Financing Review* 4, No. 2, 101 - 128.
- Reinhardt, U. E.* (1982), Table Manners at the Health Care Feast, in: *D. Yaggy/W. G. Anlyan* (Hrsg.), *Financing Health Care: Competition vs. Regulation*. Cambridge/Mass.
- Reiss, J. B.* (1980), A Conceptual Model of the Case-Based Payment System for New Jersey Hospitals. *Health Services Research* 15, 161 - 175.
- Schellhaass, U.* (1971), Ökonomische Probleme des Krankenhauses und seiner Finanzierung. *Sozialer Fortschritt* 20, 54 - 60 und 92 - 95.
- Siebig, J.* (1980), Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus. *Schriften des Deutschen Krankenhausinstituts*, Band 15, Stuttgart u. a.
- Simborg, D. W.* (1981), DRG Creep: A New Hospital-Acquired Disease. *New England Journal of Medicine* 304, 1602 - 1604.
- Sloan, F. A. und B. Steinwald* (1980), *Insurance, Regulation, and Hospital Costs*. Lexington/Mass., Toronto.

- Sommer, J. H.* (1983), *Kostenkontrolle im Gesundheitswesen*. Diessenhofen.
- Thiemeyer, T.* (1975), *Krankenhausfinanzierung*, in: H. Lampert (Hrsg.), *Aktuelle Probleme der Gesundheitspolitik in der BRD*, Schriften des Vereins für Socialpolitik, Neue Folge, Bd. 82. Berlin.
- Tuschen, K. H.* (1984), Budgetierung der Benutzerkosten. *Krankenhaus-Umschau* 53, Nr. 5 (Mai), 373 - 379.
- Watts, C. A. und T. D. Klastorin* (1980), The Impact of Case Mix on Hospital Cost: A Comparative Analysis. *Inquiry* 17, 357 - 367.
- Wood, W. R. u. a.* (1981), A Foundation for Hospital Case-Mix Measurement. *Inquiry* 18, 247 - 254.
- Young, W. W. u. a.* (1982), The Measurement of Hospital Case Mix. *Medical Care* 20, 501 - 512.
- Zaretsky, H. W.* (1977), The Effects of Patient Mix and Service Mix on Costs and Productivity. *Topics in Health Care Financing* 4, No. 2, 63 - 82.