

Kalle Kunkel\*

## Die politische Ökonomie des Fallpauschalen- systems zur Krankenhausfinanzierung

**Zusammenfassung:** Der Artikel befasst sich mit der Vermarktlichung und der Kostensenkungspolitik in den Krankenhäusern. Er zeigt, dass die Zusammenfassung dieser Prozesse unter dem Begriff der »Ökonomisierung« zu kurz greift. Zwar sind die entsprechenden Politiken eng miteinander verbunden. Jedoch stellt die Vermarktlichung eine spezifische Form einer Regierungstechnik dar, in deren Mittelpunkt die Zurückdrängung des demokratischen Einflusses auf die Krankenhauspolitik steht. Abschließend wird argumentiert, dass die Regierungsweise der marktförmigen Steuerung sich aktuell in einer Krise befindet, die dominante Krankenhauspolitik das Ziel der Kostensenkung und Kapazitätsreduzierung dennoch weiter verfolgt.

**Schlagwörter:** Krankenhäuser, Ökonomisierung, Vermarktlichung, DRG

### The Political Economy of the Case-Based Lump Sum System of Financing Hospitals

**Abstract:** The article deals with the marketisation and cost-cutting policy in hospitals. It shows that summarising these processes under the term »economisation« falls short. It is true that these policies are closely linked. However, marketisation is a specific form of a governmental technique that focuses on the repression of democratic influence on hospital policy. In conclusion, it is argued that the governance of market-based control is currently in crisis, nevertheless the dominant hospital policy is further pursuing the goal of cost reduction and capacity reduction.

**Keywords:** Hospitals, Economisation, Marketisation, DRG

---

\* Kalle Kunkel hat als Gewerkschaftssekretär im Krankenhausbereich gearbeitet. Er promoviert aktuell zu den Tarifikämpfen zu Personalstandards in den Krankenhäusern und ihren Wechselwirkungen mit der Krankenhauspolitik.

## 0. Einleitung

Während Beschäftigte, Gewerkschaften und Berufsverbände seit Jahren Personalabbau und Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern kritisieren und zusammen mit den Krankenhausbetreibern die unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser anprangern, werden vonseiten der Krankenkassen regelmäßig die Kostensteigerungen in diesem Bereich moniert.<sup>1</sup> Sind diese widersprüchlichen Stellungnahmen lediglich das berühmte Klappern, das zum (Lobby-)Handwerk gehört? Wie passen diese unterschiedlichen Beschreibungen zusammen? Die Krankenhauspolitik ist geprägt durch das um die Jahrtausendwende eingeführte sogenannte DRG-Fallpauschalensystem (*Diagnosis Related Groups*) zur Krankenhausfinanzierung. Zwar wurde es mit der Begründung eingeführt, es müsse einer vermeintlichen Kostenexplosion in den Krankenhäusern entgegengewirkt werden. Der langjährige Cheflobbyist für Krankenhauspolitik des GKV-Spitzenverbands, Dr. Wulf-Dieter Leber, brachte jedoch die paradoxe Haltung des Spitzenverbands der Krankenkassen zu den DRG auf die Formel, diese seien eine »teure Erfolgsgeschichte« (Leber/Schneller-Kreinsen 2014: 28). Worin aber besteht der Erfolg der DRG, wenn nicht in der Reduzierung der Kosten? Ihre Implementierung dahingehend zu verstehen, als ginge es allein darum, greift zu kurz. Im Folgenden wird nach einer kurzen Darstellung der Kostenentwicklung in den Krankenhäusern (1) gezeigt, welche Wirkung die DRG in Abgrenzung zu einer tatsächlichen Budgetbegrenzung haben (2). Im Anschluss argumentiere ich, dass die Einführung der DRG als Vermarktlichungsstrategie sowohl spezifische krankenhauspolitische Probleme adressierte (3), aber vor allem eingebettet war in eine Konzeption neoliberaler Ordnungspolitik, die darauf abzielt, demokratische Gestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik zurückzudrängen (4). Abschließend werden die laufenden Umbrüche im DRG-System skizziert (5) und ein Ausblick auf die Krise der DRG und die »Rückkehr der Planung« im Krankenhausbereich gegeben (6).

## 1. Die Kostenentwicklung der Krankenhäuser unter DRG

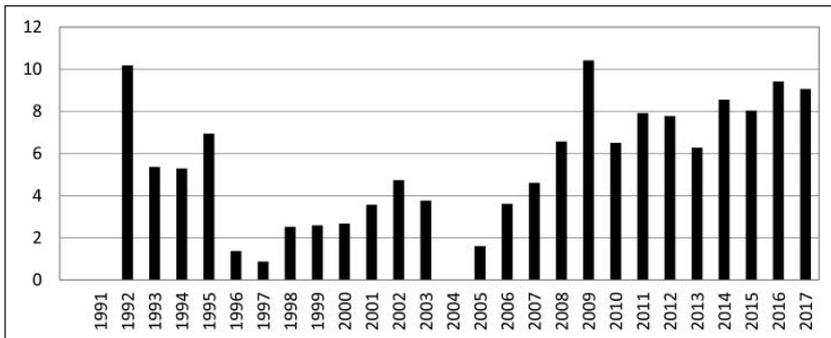
Die Einführung der DRG wurde in entsprechenden Gesetzesentwürfen der rot-grünen Bundesregierung im Jahr 2000 und 2002 mit der Notwendigkeit begründet, die Kostenentwicklung im stationären Sektor zu begrenzen, um die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenkasse zu stabilisieren (Simon 2007:

---

1 »Minister Gröhe wird zusätzlich 40 Milliarden Euro ausgeben« – AOK-Chef Litsch im Interview (26.3.2016), <https://rp-online.de>.

44). Die DRG sollten nach offizieller Begründung zu einer bedarfsgerechteren Verteilung der vorhandenen Ressourcen, zum Abbau von vermeintlichen Überkapazitäten und einer Verkürzung der Liegezeiten der Patient\*innen führen (ebd.). Tatsächlich wurde aber der Kostenanstieg für die stationäre Versorgung nach Einführung der DRG nicht reduziert – im Gegenteil.

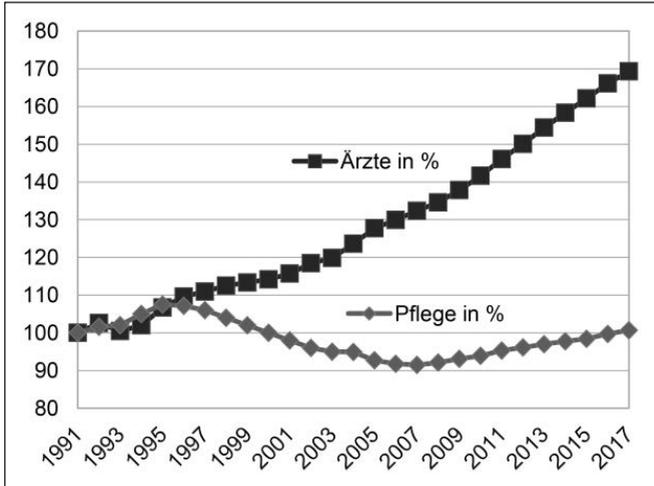
Zwar gingen sowohl die Zahl der Krankenhausbetten als auch die Liegezeiten seit Einführung der DRG zurück. Dieser Rückgang war jedoch schon in den Jahrzehnten davor zu verzeichnen. Allein von 1991 bis zur Einführung der DRG 2003 reduzierte sich die Anzahl der Betten um fast 20 Prozent. Im vergleichbaren Zeitraum unter der DRG-Finanzierung (2004-2016) betrug die Reduzierung der Betten lediglich etwas über 8 Prozent (Destatis 2019). Auch die Verweildauer der Patient\*innen reduzierte sich mit Einführung der DRG nicht signifikant, bzw. schwächt sich sogar etwas ab (ebd.; Krankenhaus statt Fabrik 2020: 39). Signifikante Veränderungen vollzogen sich jedoch auf der Ebene der Kostenentwicklung in den Krankenhäusern.



Jährliche Steigerung der »Bereinigten Kosten« im Krankenhaus; © Destatis: Kostendaten Krankenhäuser 2018, eigene Berechnungen

Auffällig ist, dass die Kosten nach Einführung der DRG in den meisten Jahren stärker stiegen als in den Jahren zuvor. Die Kostensteigerungen in den Jahren 1991 bis 1995 gingen jedoch mit einem Personalzuwachs im Pflegebereich von ca. 7,5 Prozent einher – vor allem aufgrund der Einführung der gesetzlichen Pflege-Personal-Regelung (PPR) (Simon 2000). Mit der Suspendierung und schließlich Abschaffung der PPR in den Jahren 1996/97 begann dagegen ein Personalabbau in der Pflege, der erst 2009 zu einem Ende kam. Aufgrund zahlreicher politischer ad-hoc-Maßnahmen gegen den Personalabbau in der Pflege erreichte der Personalbestand im Jahr 2017 wieder den Stand von 1991 (Destatis 2019). Trotz Personalabbau und einem ab 2009 im Vergleich zum Vergleichszeitraum in den 1990er-Jahren eher zaghaften

jährlichen Personalzuwachs, wurde der Kostenanstieg nicht nur nicht gedämpft, sondern fiel in diesem Zeitraum sogar stärker aus. Dies erklärt sich unter anderem damit, dass im gleichen Zeitraum die Anzahl der ärztlichen Stellen beständig gestiegen ist.

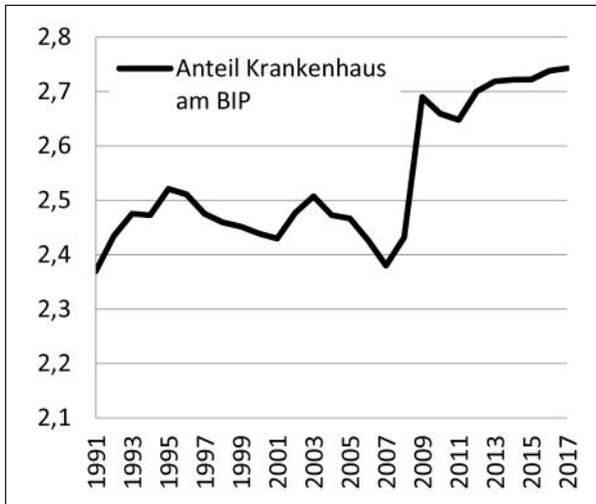


Entwicklung von Pflegekräften- und Arztstellen in Vollkräften (Indexiert); © Destatis: Grunddaten Krankenhäuser, eigene Berechnungen

Noch drastischer fällt der Kostenvergleich aus. Während die Personalkosten für Pflege und Ärzte sich bis 2001 ungefähr parallel zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser entwickelten, bewegten sie sich in den Folgejahren signifikant auseinander. Die Personalkosten in der Pflege sanken ab 2003 für mehrere Jahre absolut und haben sich 2017 (ohne Inflationsbereinigung) gegenüber 1991 in etwa verdoppelt. Die Kosten für die Ärzte stiegen demgegenüber seit der Jahrtausendwende signifikant an. Zwischen 1991 und 2017 sind sie um den Faktor 3,7 gewachsen, haben sich also fast vervierfacht. Setzt man diese Steigerung ins Verhältnis zu der Personalsteigerung im ärztlichen Bereich von ca. 70 Prozent im gleichen Zeitraum, wird deutlich, dass ein wesentlicher Teil dieser Kostensteigerungen durch den Anstieg der ärztlichen Personalkosten pro Kopf erklärt werden muss. Wie sich dies auf die verschiedenen ärztlichen Hierarchieebenen verteilt, kann hier nicht weiter vertieft werden.

Die Wahrnehmung von Personalmangel einerseits und Kostensteigerungen andererseits bildet also durchaus jeweils einen Teil der Realität ab. Auch für das ärztliche Personal muss jedoch der Eindruck relativiert werden, dass die Personal(kosten) überproportional gewachsen sind. Denn mit dem Personalzuwachs ging auch eine Steigerung der behandelten Fälle um ca. 33 Prozent einher. Zugleich hat sich die Schwere sowie die Behandlungsintensität

der Fälle gesteigert und Arztstellen mussten wegen Urteilen des Europäischen Gerichtshofs zur Vergütung von Bereitschaftszeiten ausgebaut werden (Herrmann 2004). Bezogen auf die Kostenentwicklung konnte das DRG-System die propagierten Ziele also nicht erfüllen. Zugleich hat es aber auch unter dem DRG-System keine »Kostenexplosion« gegeben. Denn in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) sind die Kosten – mit Ausnahme der Weltwirtschaftskrise ab 2007 – relativ konstant geblieben.



Entwicklung der »bereinigten Kosten« im Verhältnis zum BIP; © Destatis: Kostendaten Krankenhäuser 2018, BIP, eigene Berechnung

## 2. Kostendämpfung und Vermarktlichung – gleichursprünglich, aber nicht identisch

Die Selbstbeschreibung der Krankenhauspolitik als »Kostendämpfungspolitik« kann also nicht unkritisch übernommen werden. Dieser Eindruck drängt sich jedoch auf, weil hier zwei Politiken ineinandergreifen, die sowohl parallel implementiert als auch politisch ähnlich begründet wurden: Kostendämpfung und Vermarktlichung. Beide Elemente werden in der kritischen Literatur unter dem Begriff der »Ökonomisierung« zusammengefasst (vgl. Gerlinger/Mosebach 2009; Kühn 2004). Dabei gab es zahlreiche Versuche, »Ökonomisierung« genauer (gesellschafts-)theoretisch zu fassen (Vogd u.a. 2017; Molzberger 2020; Kritisch zur Ökonomisierungsthese: Bär/Pohlmann 2016). Insbesondere sollte sie von Kommerzialisierung (Mohan 2018) abgegrenzt werden, gleichwohl steht diese Diskussion vor dem Problem, dass sie verschiedene politische Strategien und damit verbundene sozialtechnologische Zugriffe auf einen Begriff zu bringen versucht.

Gerlinger/Mosebach (2009: 10, Fn. 1) etwa begreifen »Ökonomisierung als ein hegemoniales Projekt«, das nicht einfach in einem »Katalog technokratischer Steuerungselemente« besteht, sondern in der Durchsetzung von »kongruenten Deutungsmustern über den Problembestand und die Problemlösungen«. Diese würden »die Bildung neuer Bündnisse« und die »Implementierung von Politikprogrammen« ermöglichen. Die konkrete Umsetzung der Ökonomisierung sehen sie in der Schaffung von »finanziellen Anreizen« durch Gewinnermöglichung und Verlustrisiken, der »Begrenzung der öffentlichen Mittel (Budgetierung)« und der »zunehmende[n] administrative[n] Kontrolle des Leistungsgeschehens« (ebd: 10).

Tatsächlich verweisen jedoch die verschiedenen Steuerungstechnologien jedoch auf unterschiedliche politische Strategien und sie folgen auch verschiedenen Legitimationsmustern. Im Folgenden soll gezeigt werden, dass unter dem Begriff »Ökonomisierung« zwei verschiedene Prozesse betrieben werden: zum einen eine betriebswirtschaftliche Rationalisierung, zum anderen die Etablierung einer neuen Regierungsweise, in der der Markt als politische Technologie eingesetzt wird. Obwohl sie ideologisch und historisch eng miteinander verwoben sind, sollten sie jedoch getrennt voneinander betrachtet werden.

### **Kostenkontrolle**

Als übergreifende Legitimationsfolie für die Krankenhauspolitik seit Mitte der 1970er-Jahre dient die Behauptung von der »Kostenexplosion« und der daraus abgeleiteten Notwendigkeit der Kostenkontrolle bzw. der Kostendämpfung. Die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern wird dabei für den Anstieg der Krankenkassenbeiträge verantwortlich gemacht, die von Arbeitgebern und Arbeitnehmer\*innen paritätisch bezahlt werden und was als Gefährdung für die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland dargestellt wurden (Kühn 1997). Damit wurde die Notwendigkeit begründet, die Kostensteigerungen zu deckeln. Der wichtigste Schritt hierfür war die Begrenzung der Budgets mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (Simon 2000: 162f.). Mit ihm sollte festgeschrieben werden, dass die Ausgaben der Krankenhäuser nicht stärker steigen würden als die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen (Grundlohnsummensteigerung).

Die Kritik an der hegemonialen Deutung der Probleme im stationären Sektor als »Kostenexplosion« stellte vor allem infrage, ob es tatsächlich die Ausgabenentwicklungen waren, die für die Finanzierungsprobleme der Krankenkassen verantwortlich waren. Hagen Kühn (1997) und Michael Simon (2000) haben gezeigt, dass die wesentlichen Probleme für die Finanzierung der Krankenkassen vor allem eine Folge der allgemeinen wirtschaftlichen

Entwicklung waren (Arbeitslosigkeit, Rückgang der Lohnquote) sowie einer Politik der »Verschiebebahnhöfe« (ebd.: 146) waren, bei der den Krankenkassen finanzielle Belastungen aus anderen Bereichen aufgebürdet wurden. Zwar stand auch schon die Politik der Kostendämpfung durch Budgetdeckung im Kontext einer neoliberalen Delegitimierung des Sozialstaates, der für wirtschaftliche Stagnation und Arbeitslosigkeit verantwortlich gemacht wurde (SVR 1987: 78). Zugleich ist diese Politik jedoch von ihren Instrumenten her noch einem »administrativen Paradigma« verhaftet. Neben dem Versuch, die Ausgabenentwicklung der Krankenhäuser an die Einnahmen der Krankenkassen zu binden, ging es vor allem darum, die individuellen Krankenhausleistungen sichtbar zu machen, um sie besser administrativ steuern zu können. Den Hintergrund für dieses Problem bildet die Kritik der Krankenkassen, dass sie in den Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern zwar die Ausgaben der Krankenhäuser kontrollieren könnten, es aber an einer Definition der damit erbrachten Leistungen fehlen würde (Eichhorn 1984: 170). Damit sei die »Wirtschaftlichkeit« der Krankenhäuser insbesondere im Vergleich nicht zu überprüfen. Mit der Einführung der DRG wurde zwar dieses Problem zwar adressiert, aber gleichzeitig in einem viel weiter gefassten ideologischen Projekt bearbeitet.

### **Vermarktlichung**

An die Problembeschreibung der »Kostenexplosion« knüpfen auch die Strategien zur Vermarktlichung an, um jedoch einen weitreichenderen Paradigmenwechsel zu legitimieren. Allerdings haben Vergleiche zwischen marktwirtschaftlichen Versuchen der Kostendämpfung in den USA und entsprechenden administrativ geprägten Versuchen in Kanada gezeigt, dass zwischen 1965 und 1980 die Ausgaben für das Gesundheitswesen in den USA gemessen am BIP um 56 Prozent gestiegen sind, in Kanada hingegen nur um 16 Prozent (Sommer 1983: 291f.). Tatsächlich steht die Einführung der DRGs in einem Zielkonflikt mit der Deckelung der Gesamtausgaben, was bereits in den frühen konzeptionellen Überlegungen zur Einführung der DRGs thematisiert wurde. Eine hochrangig besetzte Kommission hatte im Auftrag der Robert-Bosch Stiftung (RBS) schon 1987 in der wegweisenden Denkschrift »Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung« auf die Gefahren der Einzelleistungsvergütung, wie sie mit dem deutschen DRG-System eingeführt wurde, verwiesen. Dieses würde den Anreiz schaffen, »Erlöse durch die Steuerung der Fallzahl und der Fallzusammensetzung zu beeinflussen«, und damit »zur Ausdehnung der Fallzahl« und »zur Selektion von Fällen mit relativ hohem Deckungsbeitrag« einladen (Robert Bosch Stiftung 1987: 179). Zur Steuerung und Kontrolle der Gesamtkosten, so die Kommission, sei ein zentrales staat-

lich geplantes System dagegen gut geeignet, weil die »Lenkung und die Begrenzung der Gesamtausgaben [...] für eine staatliche Planungsbehörde, wenn der politische Wille existiert, relativ einfach« sei (ebd.: 146, Herv.: KK). Auch hinsichtlich der Finanzierung kommt die Kommission zu der Einschätzung, dass sich durch Krankenhausbudgets »die Ausgaben besser steuern« lassen als mittels der Vergütung einzelner Leistungen (ebd.: 223). Trotzdem sprach sich die Kommission für die Einführung eines Fallpauschalensystems aus, wie es seinerzeit gerade in den USA implementiert wurde.

Die in der Denkschrift der RBS formulierten Probleme bestätigte ca. 15 Jahre später der für die Einführung der DRG zuständige Beamte im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Karl Heinz Tuschen: »Im Gegensatz zur Vorgabe eines Landesbudgets wird die Entwicklung der Leistungsmenge [...] nicht gedeckelt. [...] Risiken für die Ausgaben der Krankenkassen entstehen somit aus der Mengentwicklung« (Tuschen/Trefz 2004: 118f.). Tatsächlich ist die Wirkung der DRG auf die Deckelung der Ausgaben widersprüchlich. Die DRG sind ein Instrument der Kostenreduktion auf der Ebene des einzelnen Falls, ohne jedoch zugleich eine effektive Kontrolle der Gesamtausgaben garantieren zu können.

Um das deutsche DRG-System zur Krankenhausfinanzierung zu verstehen, muss zwischen dem technischen Instrument der DRG als Klassifikationssystem für Patient\*innen und Behandlungen sowie dem politischen und institutionellen Setting, in dem es eingesetzt wird, unterschieden werden. Als Klassifikationssystem stellen die DRG ein statistisches Instrument dar (Samuel u.a. 2004; Vogd u.a. 2017: 16ff).<sup>2</sup> Mit ihm werden Patient\*innen mit bestimmten Diagnosen (und zum Teil bestimmte Behandlungen), für die möglichst gleiche Kosten anfallen (Kostenhomogenität), zu einer Gruppe zusammengefasst. Im nächsten Schritt werden sie in Bezug auf diese Kosten zu allen anderen DRG ins Verhältnis gesetzt. Die Information, die dieses System liefert, ist also im Kern, um wie viel teurer oder billiger die Behandlung einer Gruppe von Diagnosen im Verhältnis zu allen anderen Gruppen ist. Dieses Verhältnis wird jedes Jahr von dem eigens dafür gegründeten Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (IneK) ermittelt. Doch wie viele Euro sind die DRG schließlich wert? Der tatsächliche Preis der DRG wird durch den Landesbasisfallwert (LBFW) bestimmt – ein Wert, der jedes Jahr für jedes Bundesland im Rahmen eines bundesweiten Korridors zwischen den lokalen Spitzenverbänden von Krankenkassen und Krankenhäusern ausgehandelt wird. Der Erlös der Krankenhäuser ist also vom Preis der einzelnen DRG und der Menge der Leistung abhängig.<sup>3</sup>

---

2 Zum Folgenden: Fischer (2003).

Wie Tuschen und die RBS beschrieben hatten, erschwert ein solches System die unmittelbare Deckelung der Kosten, da die Krankenhäuser ihre Erlöse über die Menge der Leistung steuern können. Zusätzlich bieten sie einen Anreiz, in jenen Bereichen die Leistung zu steigern, in denen sie mit ihren Kosten unterhalb der Erlöse bleiben – also Gewinn machen können (Schreyögg u.a. 2014). Um diesem Effekt gegenzusteuern, etablierte man indirekte finanzielle Anreize in Form von sogenannten Mehrleistungsabschlägen (ab 2016 Fixkostendegressionsabschlag): Wenn Krankenhäuser eine Leistungssteigerung mit den Krankenkassen vereinbaren, wird für die zusätzliche Leistung nicht mehr der volle Preis bezahlt (Reimbursement.Institut 2017).

Die Entwicklung der Erlöse der Krankenhäuser wird also zum einen durch die Steigerungen der LBFW und zum anderen durch die Steigerungen der Leistungsmenge – gemessen in RG – bestimmt. Das 1993 etablierte Prinzip, dass die Kosten nicht stärker steigen sollen als die Einnahmen der Krankenkassen, lebt in diesem System mit einer entscheidenden Modifikation fort: Es bezieht sich mit Einführung der DRG nicht mehr auf das Gesamtbudget, sondern begrenzt den Anstieg der LBFW. Seit Einführung der DRG hat diese sogenannte Deckelung zahlreiche Überarbeitungen erfahren die zeigen, wie hart umkämpft diese Regeln politisch sind (Leber 2013). Unabhängig von den Überarbeitungen des Mechanismus verändert die Verschiebung der Deckelung vom Gesamtbudget auf den Preis für die einzelne Leistung grundsätzlich die Wirkungsweise der Deckelung. Unter dem System der Deckelung des Gesamtbudgets konnten die Krankenhäuser durch die Reduzierung der Belegung ihre Budgets einhalten, denn auf diese Art konnte es »wirtschaftlich sinnvoll sein, eine niedrigere als die vereinbarte Belegung und damit niedrigere Kosten zu erreichen, da die Mindererlöse dem Krankenhaus nachträglich von den Kassen zu erstatten waren« (Simon 2000: 257). Diese Deckelung wurde jedoch schon vor Einführung der DRG mit dem Einstieg in eine stärker pauschalierte Finanzierung von Einzelleistungen ab 1996 brüchig (ebd.: 280ff.).

In dem Moment, in dem sich die Deckelung vollständig auf den »Preis« für die einzelne erbrachte Leistung bezieht, verändert sich die Wirkung des Prinzips. Denn damit wurde der finanzielle Anreiz vollständig auf die Kostensenkung pro Fall gelenkt. Für die Krankenhäuser setzte dies einen zusätzlichen Anreiz, die Leistungen in gewinnträchtigen Bereichen auszuweiten (Schreyögg/Busse 2014: 12) – auch um Verluste in defizitären Bereichen auszugleichen – und die Leistungen nach Möglichkeit mit reduziertem Personaleinsatz zu erbringen. Diese beiden Bearbeitungsformen drücken sich

---

3 Für die Gesamterlöse der Krankenhäuser spielen noch zahlreiche Sonderentgelte und Zuschläge eine Rolle. Das muss hier jedoch aus Platzgründen vernachlässigt werden.

in der Personalentwicklung von Pflegekräften und Ärzt\*innen aus. Denn mit den DRG werden ärztliche Tätigkeiten (Diagnose und Behandlung) gemessen – und indem sie ein Preisschild bekommen, auch vergütet. Die pflegerischen Tätigkeiten erscheinen dagegen in der DRG-Logik lediglich als Kosten, die so weit wie möglich reduziert werden sollen (Beivers/Emde 2020: 8). Zugleich wird im DRG-System – wie oben gezeigt – die Entwicklung der Gesamtkosten im DRG-System nur noch über indirekte finanzielle Anreize (Abschläge für Mehrleistungen) gesteuert.

Obwohl sowohl die Kommodifizierung von Krankenhausleistungen durch die DRG als auch die Budgetdeckelung parallel und mit demselben Legitimationsmuster betrieben wurden, können sie nicht einfach als Teil eines kohärenten politischen Projekts betrachtet werden. Im Gegenteil: Die in den konzeptionellen Vorüberlegungen zur Einführung des DRG-Systems formulierten Probleme bei der Kostenbegrenzung machen dessen Implementierung als Instrument der Vermarktlichung der Krankenhaussteuerung erklärungsbedürftig.

### 3. Der Doppelcharakter der DRG

Die Einführung der DRG im Jahr 2003 bildete der vorläufige Abschluss eines längerfristigen Prozesses von Versuchen der Budgetdeckelung auf der einen und Kommodifizierung und Vermarktlichung auf der anderen Seite. Als statistisches Instrument waren die DRG dabei nicht von vorneherein eine Form der Kommodifizierung. Sie legten aber die Grundlage für dieselbe. Samuel u.a. (2004) haben gezeigt, dass die Intention hinter der Entwicklung der DRG in den USA zunächst darin bestand, medizinische Leistungen zum Zweck der Qualitäts- und Kostenkontrolle vergleichbar zu machen. Dies zielte auf eine Infrage-Stellung der Ärzteschaft als alleinige Instanz zur (auch kostenmäßigen) Bewertung von Gesundheitsleistungen. Über die Vergleichbarkeit der Leistungen sollte dieses Deutungsmonopol gebrochen werden (ebd.: 257). Die DRG können in diesem Sinne als ein Macht-Wissens-Komplex gedeutet werden, der »determiniert, was überhaupt sag- und denkbar ist« (Vormbusch: 2004: 38). Damit wurde ein Wissen produziert, über welches das Finanzcontrolling in die Domäne der Medizin zur Beurteilung von Krankheit einbrechen konnte. Den Krankenhäusern fehlte bis dahin eine spezifische Definition ihrer »Leistung« (Eichhorn 1984: 170). Dies erschwerte eine Bewertung der Kosten im Verhältnis zu den erbrachten »Leistungen«. Die DRG lieferten hierauf eine Antwort, indem sie diese als statistisches Artefakt der verschiedenen Fallgruppen definierten. Bereits diese Form der Leistungsdefinition bringt Veränderungen in der Ökonomie des Krankenhauses mit sich. Denn

indem die Leistung primär als Output im Sinne von abgeschlossen behandelten Patient\*innen definiert wird, treten andere »Leistungen« des Krankenhauses – insbesondere ihre Funktion als soziale Infrastruktur, die unabhängig von ihrer konkreten Nutzung vorgehalten werden muss – in ihrer Bedeutung zurück. Zugleich werden damit Leistungen auf der Kostenebene gleichgesetzt, obwohl die jeweiligen Kosten in verschiedenen Häusern aus verschiedenen Gründen stark voneinander abweichen können (bauliche Substanz, Lohngefüge, lokale Preisdifferenzen, Möglichkeiten zur Fallselektion, Spezialisierung etc.) (Düllings 2003: 12).<sup>4</sup>

Durch die Verwandlung von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Praxen in vergleichbare statistische Artefakte hatten die DRG eine wichtige Voraussetzung zur Kommodifizierung von Gesundheitsleistungen geschaffen. Diese vollzieht sich jedoch erst, indem – wie im deutschen DRG-System – den statistischen Artefakten unmittelbar Preise zugeordnet werden (Vogd u.a. 2017). Dadurch werden die Krankenhäuser für ihre Einnahmen davon abhängig, die so definierten Gesundheitsleistungen auch zu verkaufen – also die Behandlungen auch zu erbringen.

Die Bedeutung dieses Schritts wird darüber hinaus im Vergleich zu der Art und Weise deutlich, wie die DRG in Australien zum Zeitpunkt ihrer »Übertragung« nach Deutschland verwendet wurden. Aus Australien hatte man zwar die konkrete Klassifikationssystematik der DRG übernommen. Das institutionelle Setting unterscheidet sich jedoch stark.<sup>5</sup> Denn in Australien dienen die DRG nicht zur Einzelfallabrechnung auf der Grundlage einheitlicher Festpreise, sondern als Informationsgrundlage für die Aushandlung individueller Krankenhausbudgets. Dabei können in den Verhandlungen Kostenunterschiede begründet und für das Budget geltend gemacht werden. In einigen Bundesstaaten können sogar nicht begründbare Kostenunterschiede bis zu einem gewissen Grad geltend gemacht werden, da man davon ausgeht, dass »Schwere und Komplexität zwischen den Patienten [...] nicht angemessen in der AR-DRG-Klassifikation gemessen werden« können (NSW Episode Funding Guidelines for Acute Inpatient Services 2001/2002 zit. nach Schlottmann/Steiner 2002: 285). Sollten die Krankenhäuser wegen ungeplanter Kostensteigerungen Verluste machen, werden diese von der »öffentlichen Hand gedeckt« (ebd.: 287).

Im BMG lehnte man es jedoch ab, die DRG lediglich als Informationsbasis für Verhandlungen über individuelle Krankenhausbudgets zu verwenden. Die

4 Diese Probleme werden inzwischen auch von langjährigen Befürwortern des DRG-Systems gesehen. Vgl dazu: Schreyögg 2020).

5 Zum Folgenden vgl. Schlottmann/Steiner 2002.

Begründung für diese Ablehnung ist aufschlussreich für die Funktion, die der DRG-Einführung zugeschrieben wurde. Denn das Problem bestehe vor allem in »erheblichen Überkapazitäten« (Tuschen 2002: 292) im deutschen Krankenhaussektor. Diese würden nicht reduziert, weil »ein durch die Krankenhausplanung der Länder vorgesehener Abbau von Betten [...] regelmäßig auf erheblichen Widerstand von Seiten des Krankenhausträgers, örtlicher Vertreter von politischen Parteien und der Bevölkerung« (ebd.) stoßen würde.

Tuschen geht es vor diesem Hintergrund ausdrücklich darum, die Spielräume für politische Aushandlungen vor Ort, wie sie in Australien bestehen, möglichst weitgehend zu beschränken. Denn diese würden – so seine Kritik an dem australischen System der Budgetaushandlung – dazu führen, dass die Finanzzuweisungen ein »hochpolitische[r] Vorgang« seien und dabei die »Sachgerechtigkeit der Mittelzuteilung nicht immer in Vordergrund steht« (ebd.: 293). In diesem Kontext lehnt er Spielräume für Aushandlungen vor Ort ab. Die von den australischen Behörden selbst angeführte Begründung für diese Verhandlungsspielräume, dass nicht alle Kostenunterschiede in statistischen Kennziffern erfasst werden könnten, ließ er nicht gelten (ebd.: 295). Dies darf jedoch nicht als eine schlichte Überschätzung der statistischen Abbildbarkeit der Versorgungsrealität missverstanden werden. Den Hintergrund bildet vielmehr das politische Ziel, den lokalen Entscheidungsträger\*innen möglichst wenig Spielraum zu belassen, da sie als politisch beeinflussbar gelten.

#### 4. Demokratische Kontrolle und Vermarktlichung

Die Kosten für die Krankenhausbehandlung sind seit DRG-Einführung also stärker gestiegen als zuvor. Das Problem der erschwerten Kostenkontrolle war schon vor ihrer Einführung sowohl den konzeptionellen Vordenker\*innen, als auch den operativ Verantwortlichen bewusst. Sie betonen dagegen jedoch eine politische Dimension: Die Einführung der DRG steht im Zusammenhang mit einem grundsätzlichen Misstrauen gegenüber der demokratischen Gestaltungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Damit sind die DRG nicht mehr in einem engen Korsett der Kostendämpfung zu interpretieren, sondern müssen als eine Neukonfiguration des Zusammenhangs von Macht, Wissen und Kontrolle im Krankenhaus verstanden werden. Dies hängt eng zusammen mit dem Aufstieg der Gesundheitsökonomie zur zweiten Leitwissenschaft neben der Medizin im Gesundheitswesen (Ulrich 2012: 605f). Diese entwickelte, neoklassisch geprägt (Greiner 2010: 329), eine spezifische Interpretation des Verhältnisses von Markt, Demokratie und Steuerung, die wichtig für die Deutung der Probleme im Gesundheitswesen und damit auch für deren vereinheitlichte Lösung wurde.

Wie bei Tuschchen bereits angedeutet, liegt der Kommodifizierung der Krankenhausleistungen ein spezifisches Verständnis der Grenzen staatlicher Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zugrunde. Dieses Verständnis ist geprägt von der »Neuen Politischen Ökonomie« bzw. Public-Choice-Theorie, die sich in den 1950er-Jahren in den USA entwickelt hat (Himmelman 1984; Schäfer 2008; Chamayou 2019: 267ff). In Deutschland wird sie von einem der Pioniere der Gesundheitsökonomie – Philipp Herder-Dorneich – in die wissenschaftliche Debatte eingebracht (Herder-Dorneich/Groser 1977) und erhielt in der Gesundheitsökonomie eine paradigmatische Bedeutung. Demokratische Politik – so die Public-Choice-Theorie – werde durch die Notwendigkeit sich in allgemeinen Wahlen politisch legitimieren zu lassen, dazu gezwungen, verteilungspolitische Versprechungen und Zugeständnisse zu machen, um sich Wähler\*innenstimmen zu sichern (Huntington 1975: 164). Dies führe zu einer »Anspruchsspirale« gegenüber der Politik (Herder-Dorneich 1983). Die zugespitzte politische Konsequenz aus dieser Diagnose hat Friedrich August v. Hayek mit der Formel der »Entthronung der Politik« auf den Punkt gebracht: Der Regierung müsse die Möglichkeit genommen werden »die sogenannte ›soziale‹ oder ›Verteilungsgerechtigkeit‹ anzustreben.« (v. Hayek 1978: 23). Dafür müssten politische Regeln so ausgestaltet werden, dass Politiker\*innen gar nicht erst die Möglichkeit hätten, auf soziale Forderungen des Wahlvolks einzugehen. »Nur wer unter Verweis auf übergeordnete Regeln, Prinzipien oder Organisationen ›Nein‹ sagen muss, kann auch ›Nein‹ sagen.« (Wohlgemuth 2007: 573f.). Der Schaffung von vermeintlich nicht beeinflussbaren Regeln und Märkten kommt in dieser Regierungstechnik eine zentrale Bedeutung zu (Wohlgemuth 2012: 157).

Diese politische Disziplinierungsfunktion übergeordneter Regeln und nicht beeinflussbarer Märkte bei der Durchsetzung unpopulärer Maßnahmen wird ergänzt durch eine neue Legitimation von Profiten als Entlohnung für die Übernahme unternehmerischen Risikos im Rahmen der sogenannten Transaktionskostentheorie der Firma (Fama 1980; Jensen/Meckling 1976; zu einer kritischen Genealogie dieser Denkfigur: Chamayou 2019: 127ff.). Während alle Stakeholder in Unternehmen ihre Einkommen im Vorhinein garantiert bekämen, sei allein der Profit abhängig vom wirtschaftlichen Erfolg am Markt und der möglichst kostengünstigen Produktion. Profit wird damit neu konzipiert als sogenanntes Residualeinkommen. Der durch den Markt disziplinierte Empfänger des Residualeinkommens sei damit die einzige Instanz im Unternehmen, die ein genuines Interesse an der Steigerung von Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit habe (Fama 1980: 290). Die Schaffung von Profitmöglichkeiten auf möglichst kompetitiven Märkten wurde damit als Gegenmodell zu staatlicher Regulierung legitimiert. Eine solche marktförmige Steu-

erung sei der politischen Steuerung und Regulation durch Instanzen, die sich demokratisch legitimeren müssten, überlegen (Davis/Thompson 1994: 145).

Die gesundheitsökonomische Diskussion ist bereits seit ihrer Frühphase von diesen Paradigmen geprägt. Sie formierte sich zunächst über einen Diskussionskreis im Rahmen der RBS, dessen Kolloquien unter dem Titel »Wege zur Gesundheitsökonomie« veröffentlicht wurden. Hier wurde schon früh diskutiert, wie sich die Ansätze der Transaktionskostentheorie und das Konzept des Residualeinkommens als Anreizsystem für den Gesundheitsbereich fruchtbar machen lassen (Metze 1982).<sup>6</sup> Diese krankenhauspolitischen Diskussionen wurden schließlich gebündelt in der bereits oben zitierten Denkschrift zur »Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung«, die darauf zielte, die Reformoffensive der 1982 ins Amt gekommenen CDU/CSU/FDP-Regierung im Krankenhausbereich konzeptionell zu beeinflussen. Zahlreiche Mitglieder der Kommission, der die Ausarbeitung dieser Denkschrift oblag, wurden vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung ab 1982 in eine Arbeitsgruppe zur Zukunft der Krankenhausfinanzierung kooptiert (Robert Bosch Stiftung 1987: 5)

Obwohl der Kommission die Probleme einer auf Einzelleistung basierenden Finanzierung der Krankenhäuser bewusst waren (s.o.), sprach diese sich für die Einführung eines Fallpauschalensystems und von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten für die Krankenhäuser aus. Begründet wurde dies nicht in erster Linie mit der mangelnden politischen Steuerungsfähigkeit der Krankenhäuser, sondern mit dem mangelnden politischen Steuerungswillen. Denn da »Abgeordnete auf Wählerstimmen angewiesen sind, wird der Entscheidungsprozeß (in der Krankenhausplanung –KK) nicht zuletzt vom Wettbewerb um Wählerstimmen geprägt sein« (ebd.: 143). Die »einzelnen Bürger« könnten dabei ihrem Willen gar keinen unmittelbaren Ausdruck verleihen und seien auf die periodischen Wahlen verwiesen (ebd.: 147). Bei der »Bedarfsfeststellung über einen gesellschaftlichen Willensbildungsprozeß« sei deshalb zu erwarten, »dass ideologische und wahltaktische Überlegungen bei den Entscheidungen der staatlichen Behörden großen Einfluss gewinnen«. Vor diesem Hintergrund plädiert die Kommission dafür, »[n]icht imperati-

---

6 Noch heute findet sich diese Legitimationsfigur bei Boris Augurzyk, der regelmäßig Studien im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes und des BMG durchführt: »Die Rendite fällt umso höher aus, je effizienter ein Betrieb arbeitet. Der Eigenkapitalgeber bzw. Eigentümer des Betriebs hat daher einen starken Anreiz, seinen Betrieb effizient aufzustellen.« Damit die Eigentümer die Profite nicht mit unlauteren Mitteln erreichen müssten sie weiterhin, möglichst stark in Konkurrenz zueinander gesetzt werden, denn die Möglichkeit auf »unethische« Art und Weise Gewinn zu machen« sei »nur dauerhaft möglich, wenn es auf den Gütermärkten keine Konkurrenz gibt« (Augurzyk 2020: 190f.).

ve Planungsvorgaben, sondern die Betonung von ökonomischen Anreizen in Form von Überschußchancen oder Verlustrisiken sollten in Zukunft Instrumente zur Steuerung der Krankenhäuser sein.« (ebd. 163) Demzufolge sollte die Krankenhausplanung durch die Krankenkassen als Finanzierungsträger und die Krankenhäuser als Leistungsträger erfolgen. De facto sollte damit die Krankenhausplanung der Länder durch kollektive Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern abgelöst werden (vgl. ebd.: 164). Aufschlussreich sind dabei die Vorschläge für die Rahmenbedingungen dieser Verhandlungen. Denn die Kommission war sich durchaus bewusst, dass der hier geschaffene Quasi-Markt in seinen Wirkungen von seiner konkreten Ausgestaltung abhängig ist. Während die Kommission ansonsten die Forderung nach größtmöglicher Subsidiarität vertrat (ebd.: 160), riet sie jedoch bei der Ausgestaltung des Verhandlungssettings zwischen Kassen und Krankenhäusern dringend davon ab, die Verhandlungen auf örtlicher Ebene anzusiedeln, da dort »harte« Maßnahmen nicht so einfach durchzusetzen sind, wie auf einer anonymen überörtlichen Ebene« (ebd.: 183).

Die Argumentation der RSB ist vor dem Hintergrund der Diskussion um Kostendämpfung und die Steuerungsfähigkeit des Gesundheitswesens unter verschiedenen Gesichtspunkten bemerkenswert. Zunächst griff die Kommission zeitgenössische Kritiken an den Beteiligungsmöglichkeiten der Bürger\*innen an politischen Entscheidungsprozessen auf (Roth 1980). Dem wurde aber kein Modell der erweiterten politischen Partizipation entgegengestellt, sondern die Idee einer marktförmigen Steuerung, die es den Krankenhäusern besser erlauben soll, auf individuelle Wünsche einzugehen. Die Patient\*innen sollen als Konsument\*innen gestärkt werden, wohingegen die Möglichkeit zur effektiven politischen Einflussnahme abgewertet wurde. An die Stelle staatlicher Regulierungen sollen deshalb Gewinnmöglichkeiten und Verlustgefahren für auf dem Markt konkurrierende Krankenhäuser gesetzt werden. Dadurch wurde im Übrigen auch die Möglichkeit, Gelder aus der gesetzlichen Krankenversicherung in Gewinne umzuleiten, legitimiert. Denn nicht mehr der unmittelbare Abfluss der Mittel aus der konkreten Gesundheitsversorgung steht im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern der vermeintlich wohlfahrtsfördernde Anreizeffekt des als Residualeinkommen reformulierten Profits.

Das Problem, dass die damit geschaffenen finanziellen Anreize zu einer Verringerung der erbrachten Leistungen, Patientenselektion und Überversorgung führen könnten, wurde zwar angesprochen (ebd.: 178.), aber als wenig relevant bewertet. Schließlich würden solche Minderleistungen im Wettbewerb der Krankenhäuser durch eine Abwanderung der Patient\*innen bestraft. Die Probleme könnten also nur in einer Situation der Unterversorgung auftreten, in denen keine ausreichenden Alternativangebote bestehen

(ebd.). Die Implementierung von Gewinnen und die Etablierung von Konkurrenzmechanismen zwischen den Krankenhäusern legitimieren sich somit wechselseitig. Das Gewinnmotiv soll den Anreiz für Effizienzsteigerung setzen, während die Konkurrenz zugleich die auf den eigenen Vorteil bedachten Akteure disziplinieren und auf den Kundenwillen orientieren soll (so auch Greiner 2010: 340).

Während jedoch einerseits der Staat als nicht zugänglich für die individuellen Bedürfnisse der Bürger\*innen wahrgenommen wurde, wird auf der anderen Seite in der Anlage des Verhandlungssettings zwischen Kassen und Krankenhäusern deutlich, dass das System bewusst gegen Ansprüche aus der Bevölkerung verriegelt werden sollte. Die Kommodifizierung wird damit als politisches Projekt sichtbar, das vor allem darauf zielt, die Gestaltung des Gesundheitswesens der demokratischen Aushandlung und darin formulierten Ansprüchen aus der Bevölkerung zu entziehen.

## 5. Dauerbaustelle und Doppelherrschaft

Die Kommodifizierung der Krankenhaussteuerung hat mit den DRG zwar ihren bisherigen Höhepunkt erreicht. Trotzdem beinhaltet das System zahlreiche Kompromisse und Abweichungen von den reinen gesundheitsökonomischen Modellen einer preislichen Steuerung. Denn die DRG konstituieren keine Marktpreise. Sie sind einheitlich festgelegte administrative Festpreise. Insofern erfüllen sie eine wesentliche Preisfunktion nicht: Die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern kann nicht über billigere Angebote auf dem Markt geführt werden. Zugleich haben weiterhin die Bundesländer die Hoheit über die Krankenhausplanung. Sie entscheiden über die Versorgungsaufträge an die einzelnen Kliniken. Die Krankenkassen sind verpflichtet, mit allen zugelassenen Krankenhäusern die Leistungen abzurechnen (Kontrahierungszwang). Auf der anderen Seite haben die DRG ihre Wirkung entfaltet, indem sie zahlreiche Krankenhäuser unter finanziellen Druck setzen – bis hin zur Insolvenz – und damit de facto die Landeskrankenhausplanung untergraben. Hier besteht also eine Doppelherrschaft zwischen dem Planungsanspruch der Bundesländer einerseits und der Wirkung der finanziellen Steuerung, die durch die Bundesgesetzgebung geprägt wird, andererseits. Die potenziellen Konflikte um die Krankenhauslandschaft sind in diese Konstellation gewissermaßen eingepreist. Denn der finanzielle Druck hatte ja ausdrücklich zum Ziel, Krankenhausschließungen auch dann durchzusetzen, wenn sie nicht dem politischen Willen vor Ort entsprechen. Etwa 30 Prozent aller Krankenhäuser, die durch die Planfeststellung der Bundesländer als berufsnotwendig bestimmt wurden, schreiben rote Zahlen (Ärzteblatt 2020). Dies

führt sowohl zu einem entsprechenden Druck auf die Arbeitsverhältnisse in Form von Arbeitsverdichtung und Versuche der Lohnkürzungen einerseits als auch zu einer Veränderung der Perspektive auf die Patient\*innen und den Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses andererseits.

Eine große Bedeutung für die finanziellen Probleme der Kliniken hat in diesem Zusammenhang die Investitionsfinanzierung. Zu dieser sind die Bundesländer im Rahmen ihrer Planungskompetenz verpflichtet, kommen dieser Verpflichtung aber nicht ausreichend nach: Nur noch etwa die Hälfte aller real getätigten Investitionen werden aus Landesmitteln finanziert (DKG/Verband der Privaten Krankenkassen/GKV-Spitzenverband 2021). Die Krankenkassen skandalisieren die damit verbundene Zweckentfremdung der Krankenkassengelder zwar regelmäßig, zugleich kommt sie einer ihrer zentralen Forderungen entgegen: der Einführung einer einheitlichen Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten aus der Hand der Krankenkassen – die sogenannten Monistik (Ärzteblatt 2019). Denn auf diese Art würde ihre Stellung in der Krankenhauslandschaft enorm gestärkt werden. Während jedoch in der Einführungsphase der DRG die Monistik offen als weitere Etappe der Krankenhausreformen eingefordert wurde (Neugebauer 2003), ist es darum in den letzten Jahren stiller geworden. Seit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2015 wird jedoch die Flexibilisierung des Festpreissystems der DRG hin zu tatsächlich frei verhandelbaren Marktpreisen stärker vorangetrieben. Zum einen durch den – vorerst gescheiterten – Versuch, qualitätsorientierte Zu- und Abschläge für einzelne Behandlungen einzuführen. Zum anderen durch die Etablierung von sogenannten Selektivverträgen – also Verträge von einzelnen Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern (Kunkel 2021). Diese werden von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen schon seit Jahren gefordert (Leber u.a. 2008) und unterlaufen insofern die Planungskompetenz der Länder, als den Kassen damit Schritt für Schritt ermöglicht wird, unabhängig von der Landesplanung Verträge mit den Krankenhäusern abzuschließen.

## 6. Fazit – das DRG-System im Umbruch

Das DRG-System ist im Umbruch. Möglicherweise steht sogar ein Paradigmenwechsel bevor. Langjährige Befürworter\*innen wenden sich ab und machen sich auf die Suche nach alternativen marktförmigen Steuerungsmechanismen (Benstetter u.a. 2020; Schreyögg 2020). Die Bundesregierung hat in Reaktion auf den Pflegenotstand in der aktuellen Legislaturperiode die Finanzierung für die »Pflege am Bett« aus den DRG herausgelöst. Zugleich greift zunehmend die Erkenntnis um sich, dass die erwünschte Umstrukturierung der Krankenhausstruktur und die politische gewollte Reduzierung

der Bettenkapazitäten nicht über finanzielle Anreize durchsetzbar ist. Vor diesem Hintergrund erlebt die Krankenhauspolitik aktuell eine »Rückkehr der Planung«, für die vor allem das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen eine Vorreiterrolle einnimmt (PD – Berater der öffentlichen Hand 2019).

Der hier sichtbare Paradigmenwechsel macht deutlich warum es notwendig ist, konzeptionell zwischen dem Ziel einer Austeritätspolitik und deren Begründung einerseits und der politischen Technologie der Vermarktlichung und Kommodifizierung andererseits zu unterscheiden. Denn indem es der Gesundheitsökonomie ideologisch gelungen ist, Anreize durch Wettbewerb und Profitmöglichkeiten mit der Frage der Kosteneffizienz zu verbinden, konnte sie z.B. Versichertenvertreter mit einem Interesse an geringen Beitragssätzen in das hegemoniale Projekt der Kommerzialisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens einbinden. Auf der anderen Seite werden die Pläne zum Kapazitätsabbau im Krankenhausesektor zunehmend wieder direkt politisch betrieben. Das Vertrauen auf den Markt als politische Technologie ist hier zurückgegangen. Zugleich – und dies weist über den Krankenhausbereich hinaus – erleben wir mit der Rückkehr der Planung auch die Rückkehr zu einer neuen politischen Zurechenbarkeit. Es gelingt zunehmend weniger, politische Entscheidungen hinter vermeintlich objektiven Zwängen zu verstecken. Dies kann bedeutende Auswirkungen auf die politische und ideologische Konfiguration der Auseinandersetzungen in den nächsten Jahren haben.

## Literatur

- Ärzteblatt (2020): Krankenhäuser: Mehr Krankenhäuser in roten Zahlen. URL: <https://www.aerzteblatt.de/>, Zugriff: 8.9.2021.
- (2019): Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt bei sechs Milliarden Euro pro Jahr. URL: <https://www.aerzteblatt.de/>, Zugriff: 8.9.2021.
- Augurzyk, Boris (2020): Gewinne im Krankenhaus. In: Klauber, Jürgen / Geraedts, Max / Friedrich, Jörg / Wasem, Jürgen / Beivers, Andreas (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin: 185-204. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_10).
- Bär, Stefan / Pohlmann, Markus (2016): Kurswechsel im Krankenhaus. Auf dem Weg zu einer markt- und profitorientierten Dienstleistungsorganisation? In: Bode, Ingo / Vogd, Werner (Hg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: 229-250.
- Beivers, Andreas / Emde, Annika (2020): DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Klauber, Jürgen / Geraedts, Max / Friedrich, Jörg / Wasem, Jürgen / Beivers, Andreas (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin: 3-24. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_1).
- Benstetter, Franz / Lauerer, Michael / Negele, Daniel / Schmid, Andreas (2020): Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen. In: Klauber, Jürgen / Geraedts, Max / Friedrichs, Jörg / Wasem, Jürgen / Beivers, Andreas: Krankenhaus-Report 2020. Berlin: 69-90. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_5).

- Chamayou, Grégoire (2019): Die unregierbare Gesellschaft. Eine Genealogie des autoritären Neoliberalismus. Frankfurt/M.
- Davis, Gerald F. / Thompson, Tracy A. (1994): A Social Movement Perspective on Corporate Control. In: *Administrative Science Quarterly* 39(1): 141-173. DOI: <https://doi.org/10.2307/2393497>.
- Destatis (2019): Grunddaten der Krankenhäusern 2019.
- (2018): Kostendaten der Krankenhäuser 2018.
- DKG / Verband der Privaten Krankenkassen / GKV-Spitzenverband (2021): Auswertung bestätigt anhaltende Unterfinanzierung der notwendigen Investitionen der Krankenhäuser im Umfang von über 3 Milliarden Euro. Berlin.
- Düllings, Josef (2003): Einführung des DRG-Systems und seine Auswirkung auf die Krankenhausplanung. In: Thiele, Günter (Hg.): Einführung der DRGs in Deutschland. Heidelberg: 1-22.
- Eichhorn, Siegfried (1984): Möglichkeiten und Grenzen der Beurteilung und Sicherung von Effektivität Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung insbesondere der Krankenhäuser. In: Eichhorn, Siegfried / Schmidt, Reinhart (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 5: Planung und Kontrolle im Krankenhaus. Gerlingen: 153-181.
- Fama, Eugene F. (1980): Agency Problems and the Theory of the Firm. In: *Journal of Political Economy* 88(2): 288-307.
- Fischer, Wolfram (2003): Elemente von DRG-Systemen. In: Thiele, Günter (Hg.): Einführung der DRGs in Deutschland. Heidelberg: 21-28.
- Gerlinger, Thomas / Mosebach, Kai (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke, Nils / Gerlinger, Thomas / Schmucker, Rolf / Schulten, Thorsten (Hg.): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg: 10-40.
- Greiner, Wolfgang (2010): Gesundheitsökonomie: Über die rationale Allokation knapper Ressourcen im Versorgungsalltag. In: Schott, Thomas / Hornberg, Claudia (Hg.) *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: 329-343.
- Herder-Dorneich, Philipp (1983): Die Anspruchsspirale. Das Grundproblem. In: Herder-Dorneich, Philipp / Schuller, Alexander (Hg.): *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart u.a.: 11-27.
- / Groser, Manfred (1977): Ökonomische Theorie des politischen Wettbewerbs. Göttingen.
- Hermann, Lars (2004): Arbeitszeit-Innovation im ärztlichen Dienst. In: *Krankenhausreport 2003*. Stuttgart: 289-307.
- Himmelmann, Gerhard (1984): Neue Politische Ökonomie als Theorie politischer Entscheidung über öffentliche Güter. In: Oettle, Karl (Hg.): *Öffentliche Güter und öffentliche Unternehmen. Beiträge zur Relevanz der Theorie der öffentlichen Güter für die öffentlichen Unternehmen*. Baden-Baden: 137-157.
- Huntington, Samuel P. (1975): Chapter III – The United States. In: Crozier, Michael / Huntington, Samuel P. / Watanuki, Joji: *The Crisis of Democracy*. New York: 59-118.
- Jensen, Michael C. / Meckling, William H. (1976): Theory of the Firm: Managerial Behavior Agency Costs and Ownership Structure. In: *Journal of Financial Economics* 3(4): 305-360. DOI: [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X).
- Krankenhaus statt Fabrik (2020): Das Fallpauschalensystem und die Krankenhäuser. Kritik und Alternativen. Maintal.
- Kühn, Hagen (1997): Gesundheitspolitik für den »Standort Deutschland«. Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen. In: *Jahrbuch für kritischen Medizin* 28: 15-32.
- (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, Gine / Gerlinger, Thomas / Stegmüller, Klaus (Hg.): *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*. Hamburg: 25-41.

- Kunkel, Kalle (2021): Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser. Über Kompetenzen und opportunistische Konstellationen. In: Soziale Sicherheit 70(1): 25-28.
- Leber, Wulf-Dieter (2013): Fair finanzieren. Kostenentwicklung im Krankenhaus je Casemixpunkt. In: Arzt und Krankenhaus 8: 233-235.
- / Malzahn, Jürgen / Wolff, Johannes (2008): Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber, Jürgen / Robra, Bernt-Peter / Schellschmidt, Henner: Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: 81-106.
  - / Scheller-Kreinsen, David (2014): Teure Erfolgsgeschichte. In: f&w. führen und wirtschaften im Krankenhaus 1: 28-31.
- Metze, Ingolf (1982): Marktwirtschaftliche Lenkung als Alternative zur staatlichen Planung. Ein Konzept zur Organisation des Gesundheitswesens. In: Gäfgen, Gérard / Lampert, Heinz (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Bd. 3: Betrieb, Markt und Kontrolle im Gesundheitswesen. Gerlingen: 329-370.
- Mohan, Robin (2019): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit. Bielefeld.
- Molzberger, Kaspar (2020): Autonomie und Kalkulation. Zur Praxis gesellschaftlicher Ökonomisierung im Gesundheits- und Krankenhauswesen. Bielefeld.
- Neugebauer, Günter (2003): Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen. In: Klauber, Jürgen / Robra, Bernt-Peter / Schellschmidt, Henner: Krankenhaus-Report 2002. Stuttgart: 71-91.
- PD – Berater der öffentlichen Hand: (2019) Gutachten – Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen. Berlin.
- Reimbursement.Institute: Eintrag: Fixkostendegressionsabschlag. URL: <https://reimbursement.institute/>, Zugriff: 5.9.2021.
- Robert Bosch Stiftung (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Teil 1. Gerlingen.
- Roth, Roland (1980): Parlamentarisches Ritual und politische Alternativen. Frankfurt/M.-New York.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (1987): Jahresgutachten 1987. Medizin und ökonomische Orientierung.
- Samuel, Sajay / Dirsmith, Mark W. / McElroy, Barbara (2005): Monetizes medicin: from the physical to the fiscal. In: Accounting, Organization and Society 30(3): 249-278.
- Schäfer, Armin (2008): Krisentheorien der Demokratie Unregierbarkeit, Spätkapitalismus und Postdemokratie. MPIfG Discussion Paper 2008.
- Simon, Michael (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklungen und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden.
- (2007): Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen. In: Jahrbuch für kritische Medizin 44: 41-63.
- Schlottmann, Nicole / Steiner, Peter (2002): DRGs in Australien – Möglichkeiten und Grenzen. Ein Erfahrungsbericht. In: Das Krankenhaus 4: 283-291.
- Sommer, Jürgen H. (1983): Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Die nordamerikanischen Erfahrungen mit staatlich regulierenden und wettbewerblich orientierten Ansätzen. Diessenhofen.
- Schreyögg, Jonas (2020): Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. Hamburg.
- / Bäuml, Matthias / Dett, Tilman / Busse, Reinhard / Geissler, Alexander (2014): Endbericht Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach §17b Abs. 9 KHG. Hamburg-Berlin.

- Tuschen, Karl Heinz (2002): DRG-Einführung in Deutschland vor dem Hintergrund »australischer Erfahrungen«. In: Das Krankenhaus 4: 292-296.
- / Trefz, Ulrich (2004): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart.
- Ulrich, Volker (2012): Entwicklung der Gesundheitsökonomie in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55: 604-613.
- Vogd, Werner / Feißt, Martin / Molzberger, Kaspar / Ostermann, Anne / Slotta, Juliane (2017): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Wiesbaden
- von Hayek, Friedrich A. (1978): Die Entthronung der Politik. In: Frei, Daniel (Hg.): Überforderte Demokratie? Zürich 1978: 17-30.
- Vormbusch, Uwe (2004): Accounting. Die Macht der Zahlen im gegenwärtigen Kapitalismus. In: Berliner Journal für Soziologie 14(1): 33-50.
- Wohlgemuth, Michael (2007): Reformdynamik durch Selbstbindung – Zur Politischen Ökonomie von Meinungen, Emotionen und Interessen. In: Wirtschaftsdienst 87(9): 571-575.
- (2012): Wirtschaftsverfassung statt Wirtschaftsregierung. In: Wirtschaftsdienst 92(3): 153-157.

**Quellen  
stellen  
statt quer-  
lesen**

**ak**  
**analyse & kritik**  
Zeitung für linke  
Debatte und Praxis

Jetzt testen: 4 Ausgaben für 10 Euro. Bestellungen unter [www.akweb.de](http://www.akweb.de)