

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 3–12



1	Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen	3
	<i>Günter Neubauer und Andreas Beivers</i>	
1.1	Ausgangssituation – Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser unter schwierigen Rahmenbedingungen	4
1.2	Suboptimale Strukturierung der Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich.....	6
1.3	Defizite als Folge des ordnungspolitischen Rahmens?	7
1.3.1	Defizitäre Investitionskostenfinanzierung	8
1.3.2	Sektoralisierte Vergütung und Versorgung	8
1.4	Ausblick: Bieten die aktuellen Reformgesetze Ansätze zur Defizitüberwindung?	9
1.5	Literatur	11

Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen

Günter Neubauer und Andreas Beivers

Abstract

Die deutschen Krankenhäuser haben in den letzten fünfzehn Jahren ihre Effizienz erheblich gesteigert. Dies geschah insbesondere vor dem Hintergrund schwieriger Rahmenvorgaben. Der Strukturwandel macht sich seit Beginn der 1990er Jahre durch die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens bemerkbar und äußert sich im Bereich der Krankenhausversorgung u. a. in einer zunehmenden Marktkonzentration. Das seit dem Jahr 2000 schrittweise eingeführte DRG-Fallpauschalensystem wirkt hierbei als Akzelerator. Ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt jedoch, dass die deutsche Krankenhausversorgung nur eine relative Optimierung aufweist. So werden in unseren europäischen Nachbarländern wesentlich weniger Patienten vollstationär – und mit einer kürzeren Verweildauer – behandelt. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass viele Leistungen stationsersetzend erbracht werden. Um diese Effizienzvorteile auch in Deutschland zu generieren, müssen jedoch die schwierigen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Investitions- und Kapazitätsplanung der Bundesländer, aber auch die strikte Trennung des stationären und ambulanten Vergütungssystems, angepasst und reformiert werden. Wie ein Blick auf die letzten Reformgesetze der Bundesregierung zeigt, sind dies nur kleine Schritte, die keinen wirklich neuen ordnungspolitischen Rahmen schaffen, der es den Krankenhäuser ermöglichen würde, sich an die veränderten Wettbewerbsbedingungen anzupassen.

Over the last 15 years, German hospitals have considerably enhanced their efficiency against the background of a difficult regulatory framework. Since the early 1990s, structural changes caused a certain “economising” of the health care system, e. g. a growing market concentration in the hospital sector. In this connection, the DRG system which was introduced step by step from 2000 onwards acts as accelerator. A comparison with other countries, however, reveals that Germany’s hospital care was optimised only relatively. In Germany’s neighbouring countries, there are a lot less inpatients whose stay at the clinics is shorter because many services are rendered in the ambulatory sector. In order to generate these efficiency benefits in Germany, the difficult parameters, such as the federal states’ investment and capacity planning or the strict separation between the inpatient and outpatient sector, must be adjusted and reformed. In this context, the most recent health care reforms are but small steps and did not really install a new regulatory framework which would allow hospitals to adjust to changed market conditions.

1.1 Ausgangssituation – Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser unter schwierigen Rahmenbedingungen

Im Bereich der Krankenhausversorgung ist ein erheblicher Strukturwandel zu beobachten, der in den letzten Jahren in raschen Effizienzsteigerungen deutscher Krankenhäuser sichtbar wird. Der erwähnte Strukturwandel macht sich seit Beginn der 1990er Jahre durch die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens bemerkbar und äußert sich im Bereich der Krankenhausversorgung u. a. in einer zunehmenden Marktkonzentration. (vgl. Augurzyk et al. 2009). Das seit dem Jahr 2000 schrittweise eingeführte DRG-Fallpauschalensystem wirkt hierbei als Akzelerator und führt zu drastischen Veränderungen. Deutliche Anzeichen dafür sind die sich häufenden Meldungen über den Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Klinikbetreiber oder gar die Schließung von Krankenhausstandorten.

In allen Industriestaaten stehen Krankenhäuser unter Kostendruck. So steigen einerseits die medizinisch-technischen Möglichkeiten und Ansprüche der Gesellschaft sprunghaft an (vgl. Schaeffer 2006), andererseits wachsen die Finanzierungsgrundlagen nicht dementsprechend mit (vgl. Neubauer, Neubauer 2007). Deshalb leiden auch die deutschen Krankenhäuser unter einem spürbaren Kostendruck. Auf der einen Seite steigen ihre Personal- und Sachkosten jährlich an, auf der anderen Seite sind aber die Ausgaben durch das Wachstum der Grundlohnsumme gedeckelt, die mit wesentlich geringerer Dynamik anwächst als die Kosten.¹ Daraus ergibt sich eine Unterfinanzierung der deutschen Krankenhäuser, die so genannte Deckungslücke.

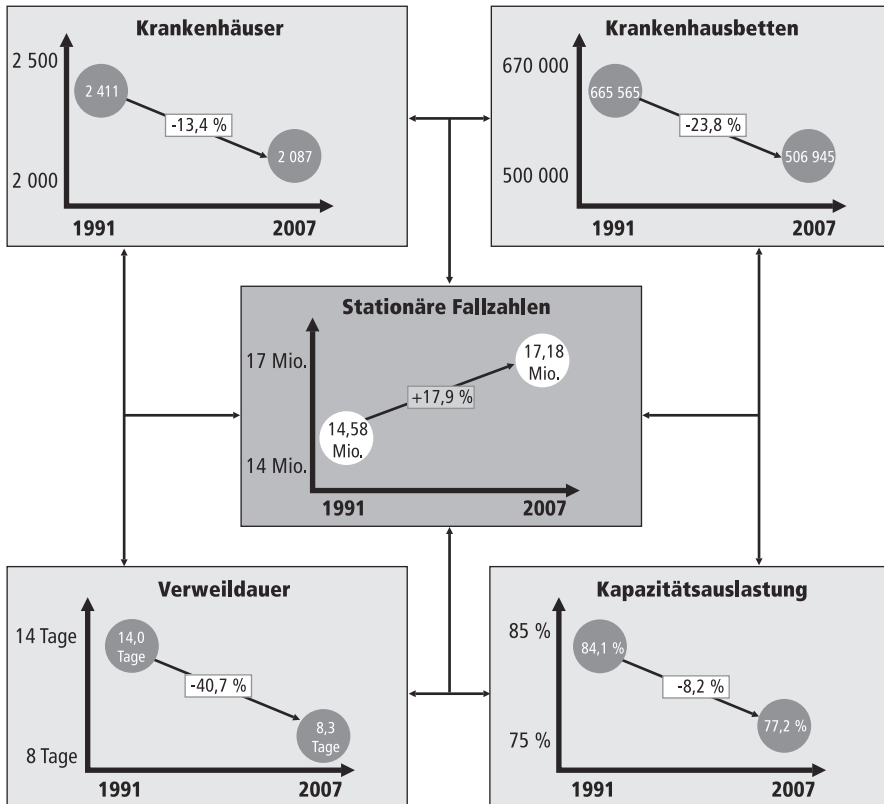
Erschwerend kommt hinzu, dass der Krankenhausbereich hoch reguliert ist, wobei der Staat insbesondere seit 1972 durch die Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) das Angebot und die Investitionen der Krankenhäuser lenkt (vgl. Kies 1998).

Um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung mit stationären Versorgungseinrichtungen zu gewährleisten, haben die Bundesländer die Hoheit, die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser in einem so genannten Landeskrankenhausplan auszuweisen. Die spezifischen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser werden somit durch die Krankenhausplanungsbehörden festgelegt. Durch den Versorgungsauftrag werden Leistungsumfang und Leistungsinhalt geplant und insoweit determiniert, als die einzelnen Plankrankenhäuser die Kapazitäten vorzuhalten haben, die zur Erfüllung des Versorgungsauftrages erforderlich sind (vgl. Bruckenberger et al. 2005).

¹ Nach § 71 SGB V dürfen die Vergütungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, und somit auch die der Krankenhausversorgung, maximal mit der Entwicklung der Grundlohnsumme ansteigen. Jedoch sieht das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine Ablösung der Grundlohnsummendeckelung vor. Demzufolge soll nun gemäß §10 KHRG das Statistische Bundesamt zur „Ermittlung eines Orientierungswerts für Krankenhäuser“ beauftragt werden, der die Kostenstrukturen und Kostenentwicklungen besser als die Grundlohnsummenveränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Werts ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; dieser Orientierungswert soll dann die Grundlohnsummenwachstumsrate ablösen.

Abbildung 1–1

Leistungs- und Effizienzsteigerung im deutschen Krankenhausmarkt (1991 bis 2007)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Den Krankenkassen fällt im heutigen System primär die Aufgabe zu, den Plankrankenhäusern dafür eine adäquate Vergütung zu gewährleisten. Nicht zuletzt führen diese strikten staatlichen Vorgaben, auf die wir im Folgenden noch im Detail eingehen werden, zu schwierigen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser, die versuchen, aufgrund von Finanzknappheit Effizienz- und somit Wettbewerbsvorteile zu generieren.

Bedingt durch diese Entwicklung sind v. a. in den letzten fünfzehn Jahren drastische Veränderungen zu beobachten (vgl. Pföhler 2004). So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2007 um rund 13% zurück. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten und der Verweildauer zu beobachten. (vgl. Abbildung 1–1). Spiegelbildlich dazu ist es zu einem stetigen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle um knapp 18% gekommen – ein deutliches Zeichen einer Effizienzsteigerung. Die Fallzahlsteigerung kann aber die Rationalisierungsfortschritte nicht voll kompensieren, sodass die Kapazitätsauslastung sinkt. (vgl. Augurzyk et al. 2009).

Neben einer ganzen Reihe anderer Effekte ist es insbesondere durch die DRG-Einführung zu der erwähnten Verkürzung der Verweildauer gekommen. Gleichzeitig wurden die vorgehaltenen Planbetten nur in einem unterproportionalen Maß abgebaut. Dies kann vor allem als ein Zeichen staatlicher Fehlplanung bezeichnet werden. Die Reduktion der Betten, die in Deutschland im Durchschnitt zu Überkapazitäten führt, ist deshalb unzureichend, weil die staatlichen Krankenhausplanungen in den einzelnen Bundesländern die letztendlich eingetretene Verkürzung der Verweildauer unterschätzt haben. So sind Bettenüberhänge entstanden, die die Krankenhäuser nur ungern abbauen. Ein Grund dafür ist, dass für die Krankenhausbetten entsprechendes Personal vorgehalten wird. Personal kann jedoch aufgrund der restriktiven Arbeitsgesetzgebung nur langsam abgebaut werden (vgl. Neubauer 2003). Demzufolge verfügen die Krankenhäuser über einen hohen Anteil an Fixkosten, weshalb sie aus betriebswirtschaftlichen Gründen versuchen, eine hohe Auslastung sicherzustellen. In Kombination mit den dargestellten Überkapazitäten führt dies zu einem intensiven „Belegungs-Wettbewerb“ der Krankenhäuser (vgl. Beivers 2009).

Die bereits erwähnte „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens und insbesondere der Krankenhausversorgung wird vor allem an der Veränderung der Eigentümerstruktur der Krankenhäuser deutlich. Die Verschiebung der Anteile an der Versorgung aller Krankenhauspatienten von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu privaten, gewinnorientierten Krankenhausunternehmen ist Ausdruck des Marktwandels. So ist die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser in dem Zeitraum von 1996 bis 2007 um 31,3% und die der freigemeinnützigen um 18,8% gesunken, während die Zahl der gewinnorientierten, privaten Krankenhäuser um 40,6% angestiegen ist (vgl. Augurzyk et al. 2009).

1.2 Suboptimale Strukturierung der Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich

Der Wettbewerb nimmt heute an Intensität zu, weil die Krankenhausversorgung eine Reihe von Effekten zeigt, die typisch für staatliche Planungssysteme sind. So hinkt die Krankenhausplanung bedeutenden medizinisch-technischen Entwicklungen hinterher, was – wie bereits erwähnt – dazu führte, dass die deutschen Krankenhäuser heute zu viele Betten aufweisen. Um die überzähligen Betten belegen zu können, sind die Krankenhäuser einerseits bestrebt, Patienten anzuwerben, andererseits aber auch die Liegezeit der Patienten tendenziell auszudehnen. Das Ergebnis ist, dass Deutschland bis heute in Europa zu den Ländern gehört, die eine hohe Krankenhausverweildauer und eine nicht minder hohe Krankenhaushäufigkeit aufweisen. In Tabelle 1–1 werden die entsprechenden Kennziffern für die Länder Deutschland, Spanien, Finnland, Schweden und Frankreich nebeneinander gestellt (vgl. Neubauer 2007).

Kennzeichnend ist, dass andere Länder – wie Finnland und Frankreich – bei hoher Krankenhaushäufigkeit deutlich niedrigere Verweildauern aufweisen als Deutschland und deswegen auch mit wesentlich weniger Krankenhausbetten auskommen. Hier ist zu vermuten, dass die Krankenhäuser aufgrund von Unterkapazi-

Tabelle 1–1

Deutsche Krankenhauskennzahlen im europäischen Vergleich (2006)

Land	Krankenhausfälle je 100 Einwohner	akutstationäre Verweildauer	Akutbetten je 1 000 Einwohner	Krankenhauskosten je Fall in US-\$ (PPP)
Schweden	16,2	4,6	2,2	4 929
Finnland	19,6	4,8	3,1	3 693
Spanien	10,7	6,7	2,5	4 992
Frankreich	28,4	5,4	3,7	3 685

Datenquelle: Aaltonen (2009) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009)

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

täten auf eine kurze Verweildauer drängen, während in Deutschland das Gegenteil der Fall ist.

Zwar ist zu beobachten, dass es auch in Deutschland zu einer Ambulantisierung der stationären Grundleistungen kommt, die dazu führt, dass Krankenhäuser immer mehr vormals stationäre Leistungen nun ambulant erbringen (vgl. Beivers 2009). Noch stärker drängen sie jedoch in den ambulanten, fachärztlichen Bereich, weil das hilft, ihre Überkapazitäten auszulasten, während eine Ambulantisierung stationärer Behandlungen die Überkapazitäten erhöht und so das Problem verschärft.

Diese Entwicklung tagesklinischer Behandlungen ist ein Ergebnis des medizinisch-technischen Fortschritts und wird vor allem in den Ländern verstärkt umgesetzt, in denen weder die Ärzte noch die Krankenhäuser ein (finanzielles) Interesse daran haben, ihre Leistungen vollstationär, d. h. über die Komponente „Bett“ abzurechnen (vgl. Neubauer und Beivers 2008). So kann man beispielsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika feststellen, dass die bettengebundenen Leistungen in den letzten Jahren drastisch an Bedeutung verloren haben. Dort ist es daher an der Tagesordnung, dass bis zu 60 Prozent aller Erlöse eines Krankenhauses aus nicht bettengebundenen, sondern aus ambulanten und teilstationären Leistungen erbracht werden (vgl. Neubauer und Beivers 2005). Es kann also festgehalten werden, dass in Deutschland noch zu viele Patienten vollstationär behandelt werden, obwohl eine ambulante bzw. teilstationäre Behandlung medizinisch möglich wäre. Auf die Gründe dafür wollen wir im nächsten Abschnitt eingehen.

1.3 Defizite als Folge des ordnungspolitischen Rahmens?

Das gegenwärtige Steuerungssystem der deutschen Krankenhausversorgung zeichnet sich im Wesentlichen durch zwei Steuerungsmodulen aus: Dem staatlichen Planungsmodul und dem wettbewerblich orientierten DRG-Vergütungsmodul. Damit werden zwei ordnungspolitisch unterschiedliche Steuerungssysteme nebeneinander eingesetzt. Eine Kombination von zwei ordnungspolitisch unterschiedlichen Steuerungsansätzen führt jedoch zu Konflikten, wie sie auch tatsächlich in Deutschland zu beobachten sind (vgl. Neubauer 2006).

1.3.1 Defizitäre Investitionskostenfinanzierung

Deutschland hat ein multiples Krankenhausfinanzierungssystem. Die Krankenhäuser erhalten aus mehreren Finanzierungsquellen Mittel. Die Hauptfinanziers sind hierbei die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungen, die Sozialhilfeträger, die einzelnen Bundesländer und die Selbstzahler. Wichtiger als die Zahl der Finanzierungsquellen ist die Art der Investitionsfinanzierung. Die deutschen Krankenhäuser haben gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (vgl. § 9 Abs. 1 KHG) einen Anspruch gegen die Bundesländer auf Finanzierung der Investitionskosten. Voraussetzung dafür ist die Aufnahme in den staatlichen Krankenhausplan. Plankrankenhäuser haben wiederum zwingenden Anspruch auf Versorgungsverträge mit den Krankenkassen.

Dieses System der zweigeteilten Finanzierung wird als „duale Krankenhausfinanzierung“ bezeichnet. Demzufolge sollen Investitionen voll aus Steuermitteln finanziert werden. Die tatsächlichen Fördervolumina unterscheiden sich dabei in ihrer Höhe von Bundesland zu Bundesland erheblich.² De facto kommen jedoch die Bundesländer aufgrund der angespannten Haushaltslage ihrem gesetzlichen Auftrag der Investitionsfinanzierung nicht adäquat nach. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2008) hat sich der Umfang der öffentlichen Förderung zwischen 1991 und 2007 um rund 28% verringert. Im Jahr 2007 stammten nur noch 64% der investierten Geldsummen aus öffentlichen Kassen. Der dadurch entstandene Investitionsstau beträgt inzwischen schätzungsweise 25 bis 50 Mrd. EUR. Aus diesem Grund wird immer mehr die Umstellung auf eine monistische Finanzierung gefordert. Man könnte auch attestieren, dass die gesetzlich vorgeschriebene, duale Finanzierung von den Bundesländern heimlich auf den Weg zu einer monistischen Finanzierung geschickt worden ist.

1.3.2 Sektoralisierte Vergütung und Versorgung

Im Vergütungsbereich ist die Ursache für die bereits angesprochene, bis dato unzureichende Ausschöpfung des ambulanten bzw. teilstationären Potenzials zu suchen. Es sind dies zwei zentrale Gründe: Zum einen ist es für Krankenhäuser nicht attraktiv, Patienten ambulant zu behandeln, da die Vergütung für ambulante Leistungen wesentlich niedriger ist als die stationäre DRG-Vergütung. Krankenhäuser verlieren somit (DRG-)Erlöse und auch Überschussquellen. Auf der anderen Seite müssen Krankenhäuser die ihnen gemäß Krankenhausplan zugewiesenen Betten zur Versorgung der Bevölkerung vorhalten – und wollen auch nicht gerne abgeben. In einigen Bundesländern dienen die Betten noch immer als Bemessungsgrundlage für die

² Die KHG-Mittel je Planbett unterschieden sich von Bundesland zu Bundesland erheblich. Die maximale Förderung je Planbett wurde im Jahr 2007 im Bundesland Thüringen mit 9 580 Euro gezahlt, die geringste im Bundesland Niedersachsen mit 3 034 Euro. Die neuen Bundesländer förderten im Jahr 2007 im Durchschnitt ein Planbett mit 7 468 Euro, die alten Bundesländer mit 5 325 Euro. Der bundesdeutsche Durchschnitt lag demzufolge bei 5 679 Euro je Planbett (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. 2009).

staatliche Investitionsförderung; eine Bettenreduktion ist dadurch mit einer Reduktion der Investitionsmittel verbunden (vgl. Beivers 2009).

Mit dem im Jahr 2004 eingeführten Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) erhielt die Verzahnung der einzelnen Sektoren, auch integrierte Versorgung genannt, einen Auftrieb und sollte durch eine spezifische Anschubfinanzierung für ausgewählte Projekte dazu beitragen, dass es zu dem gewünschten Zusammenwachsen der Sektoren kommt. Auch wenn in der Zwischenzeit eine große Anzahl integrierter Versorgungsverträge geschlossen wurde, ist es bis dato immer noch nicht zu dem gewünschten Ergebnis gekommen. Dabei ist die sektorspezifische Vergütung das wohl gewichtigste Hindernis zur vollständigen Umsetzung der integrierten Versorgung. Nachdem kein Sektor gerne Budgetmittel aufgibt, erfolgt keine systemoptimale, sondern lediglich eine sektoreoptimale Leistungserstellung (vgl. Neubauer 2005). Die Einführung neuer Vergütungssystematiken, wie teilstationäre DRGs, könnte hier entscheidend zu einer verbesserten Umsetzung des stationärendes Potentials beitragen (vgl. Neubauer und Beivers 2008).

Insgesamt zeigt sich, dass die Krankenhäuser durch fehlsteuernde ordnungspolitische Rahmenbedingungen im Gesamtkontext nur eine teilweise Optimierung erreichen.

1.4 **Ausblick: Bieten die aktuellen Reformgesetze Ansätze zur Defizitüberwindung?**

Betrachtet man die genannten, schwierigen Rahmenvorgaben des deutschen Krankenhausmarktes, so stellt sich die Frage, inwiefern die neuesten Reformgesetze zu einer Besserung beigetragen haben. Im Bereich der staatlichen Investitionsfinanzierung hat hier das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (kurz KHRG) einige Neuerungen gebracht. So sieht das KHRG ab 1. Januar 2012 eine Zusammenlegung der Pauschal- und Antragsförderung zu so genannten „leistungsorientierten Investitionspauschalen“ vor. Dafür werden „bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt“, so § 10 KHRG. Die Umsetzung der leistungsorientierten Investitionspauschalen verbleibt jedoch weiterhin in der Hoheit der Bundesländer.

Weiter sieht das KHRG eine Lockerung der Krankenhausdetailplanung hin zur so genannten Krankenhausrahmenplanung vor, lässt jedoch den Ländern die Freiheit, je nach den spezifischen Landeskrankengesetzen auch weiterhin ihre eigenen Planungsvorgaben umzusetzen. So hält § 10 KHRG wie folgt fest: „Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt“. Dies führt eher zu einer weiteren Heterogenisierung der länderspezifischen Krankenhausplanung wie auch -finanzierung als zu einem wirklichen ordnungspolitischen Neuanfang (vgl. Beivers 2009).

Auch um den genannten Investitionsstau im Krankenhausbereich zumindest teilweise zu reduzieren, sieht das KHRG eine Reihe von Maßnahmen bzw. Veränderungen vor:

Eine essentielle Neuregelung im Vergütungsbereich stellt dabei die anteilige Finanzierung der durch die Tarifabschlüsse sowohl des öffentlichen Dienstes als auch des Marburger Bundes in den Jahren 2008 und 2009 zu erwartenden Lohnerhöhungen direkt durch die Krankenkassen dar. Eine solche Erstattung von zusätzlichen Lohnkosten ist zwar grundsätzlich für die Krankenhäuser als positiv zu bewerten, doch kann dies als eine Art Rückfall in die Selbstkostendeckungsphilosophie bewertet werden. Gleiches gilt für die im KHRG vorgesehene Abkoppelung der Krankenhausbudgets von der Entwicklung der Grundlohnsumme. Zukünftig sollen die Krankenhausbudgets mit einem vom Statistischen Bundesamt zu berechnenden Index wachsen, der die Kostenentwicklungen adäquat abbildet.

Ein weiterer wesentlicher Teil der Vergütungsneuregelung im KHRG stellt die geplante Zurverfügungstellung von 21 000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst dar. Doch auch diese Maßnahme muss aus ordnungspolitischen Gründen kritisch betrachtet werden. Es ist der falsche Weg, Krankenhäusern durch die direkte Subventionierung von Personalkostenstellen zu Personaleinstellungen zu animieren. Dies ist ein Eingriff in betriebliche Prozessabläufe, die von außen niemand beurteilen kann. Insgesamt summieren sich die von der Bundesregierung im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz geplanten Finanzhilfen auf rund 3,5 Mrd. Euro. Negativ ist jedoch anzumerken, dass diese Mittel nicht zu einer Verbesserung des ordnungspolitischen Rahmens beitragen und primär über Beitragssatzerhöhungen finanziert werden, aber keine der fundamentalen Probleme lösen.

Eine weitere Neuerung ist die vorgesehene Normierung der Vergütung auf bundesweit einheitliche Basisfallwerte. Hiermit wird letztlich ein zentral administriertes Festpreissystem eingeführt. Nach dem KHRG sollen sich die bisher auf Landesebene vereinbarten Basisfallwerte in den kommenden fünf Jahren an einen bundeseinheitlichen Durchschnittswert annähern. Danach dürfen sie nur noch in einer Bandbreite von $-1,5\%$ bis $+2,5\%$ vom Durchschnittswert abweichen.

Die vorgesehene Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors ist jedoch ordnungspolitisch und betriebswirtschaftlich nicht zielführend. Eine derartige Festsetzung von Einheitspreisen muss letztlich zu Effizienzverlusten führen. So verliert der Preis mit der Einführung eines vorgegebenen Einheitspreises seine Funktion, das Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und -angebot herzustellen. Das führt zwangsläufig zu Über-, Unter- und Fehlversorgung und sicherlich nicht zu mehr Wettbewerb. Statt einer weiteren staatlichen Preisvorgabe ist vielmehr eine Flexibilisierung des Vertragsrechts notwendig. Kassen und Krankenhäuser sollten mehr Möglichkeiten erhalten, Leistungen und Preise individuell zu vereinbaren.

Wünschenswert wäre eine Öffnung der Einheitspreise hin zu flexiblen Preisen. Durch selektive Verträge von einzelnen oder mehreren Krankenversicherungen mit Leistungserbringergruppen jenseits der Kollektivpreise käme es zu einer Flexibilisierung der Preisbildung. Wichtige zu nennende Gesetze in Bezug auf das so genannte Selektive Kontrahieren sind das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2004, das AVWG und das GKV-WSG von 2007. Vor allem jedoch mit dem GKV-WSG wurden die Felder des selektiven Kontrahierens deutlich erweitert. Insbesondere für die vertragsärztliche Versorgung sowie für Arznei- und Hilfsmittel gibt es zusätzliche Spielräume. Im Dezember 2007 hat die AOK Baden-Württemberg die gesamte hausärztliche Versorgung für mehrere Millionen Versicherte bundesweit

ausgeschrieben. Fachleute rechnen mit einer Einsparung von mehr als einer Milliarde Euro im Jahr, was alleine schon die bisherige Vergütungssumme aller derzeitigen IV-Verträge übersteigen würde. Den Neuerungen gemein ist es, dass durch selektives Kontrahieren kassenspezifisch ein Versorgungsoptimum erreicht werden soll. Die bestehenden Einheitspreise fungieren dabei als Höchstpreise (vgl. Neubauer und Pfister 2008). Auch wenn ein Trend hin zu flexibleren Verträgen unterhalb der Kollektivverträge erkennbar ist, besteht hier noch ein erheblicher Nachholbedarf.

Die bereits erwähnte Einführung des bundeseinheitlichen Basisfallwertes ist hierfür ein gutes Beispiel. Dieser schließt sozusagen von vornherein einen Preiswettbewerb aus und impliziert lediglich einen Qualitätswettbewerb. Dieser Qualitätswettbewerb ist zwar wünschenswert, jedoch kann er seine ordnungspolitische Steuerungsfunktion nur in Kombination mit einem Preiswettbewerb voll entfalten. Ein reiner Qualitätswettbewerb ohne Preiswettbewerb ist hingegen auf lange Sicht eher preis- und kostensteigernd und führt somit in die falsche Richtung (vgl. Neubauer und Pfister 2008).

1.5 Literatur

- Aaltonen J. Efficiency of Hospital Care in Finland. Vortrag auf dem 18. Neubiberger Krankenhausforum „Gesundheitsfonds und Morbi-RSA: Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung“ am 3. Juli 2009. Neubiberger: Universität der Bundeswehr 2009.
- Augurzyk B, Beivers A, Neubauer G, Schwierz C. Factbook zur Bedeutung der privaten Krankenhausunternehmen. Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg). RWI: Materialien 52. Essen 2009.
- Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Dissertation. München: Universität der Bundeswehr 2009. Unveröffentlicht.
- Brucknerberger E, Klauke S, Schwintowski HP. Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2005.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. Stellungnahme der DKG zu den Formulierungshilfen des BMG für Änderungsanträge zum KHRG. das krankenhaus 2008; 12: 1287–89.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. Zahlen, Daten, Fakten 2008. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft 2009.
- KHRG – Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz). Gesetz vom 17.03.2009, BGBl I, S 534, Geltung ab 25.03.2009. Download unter: <http://www.buzer.de/gesetz/8675/index.htm> (Zugriff am 28. August 2009).
- Kies F. Der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses. Reihe II Rechtswissenschaft, Vol. 2567. Frankfurt a. Main: Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften 2005.
- Neubauer G. Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauke J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2003, Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart: Schattauer Verlag 2004; 101–19.
- Neubauer G. Von der staatlichen Angebotsplanung zur wettbewerblichen Nachfragesteuerung. In: Kampe DM, Bächstädt KH (Hrsg). Die Zukunft der Krankenhaus-Finanzierung. kma Reader. Wegscheid: Wikom-Verlag 2007; 56–73.
- Neubauer G. Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize: Braucht integrierte Versorgung integrierte Vergütung? In: Klauke J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer Verlag 2006; 37–54.
- Neubauer G, Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland und in den USA: Globale Ursachen der Krankenhausrestrukturierung und ihre Folgen. das krankenhaus 2005; 11: 961–66.

- Neubauer G, Beivers A. Teilstationäre Versorgung – Brücke zwischen ambulanter und vollstationärer Patientenbehandlung. In: Schütze L (Hrsg). Gesellschaftspolitische Kommentare gpk 2008; 6: 48–50.
- Neubauer G, Neubauer AS. Der Kranke als Gast: Patientenhotels. Schriftlicher Management-Lehrgang, Lektion 9. Düsseldorf: Euroforum Verlag 2007.
- Neubauer G, Pfister F. Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen. In: Franz W. et al. (Hrsg). Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Gesundheitsökonomie. Band 227. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft 2008; 621–35.
- Neubauer G. Krankenhausplanung in der Sackgasse: Eine ordnungspolitische Neubesinnung ist notwendig. In: Mantzavinos C, Daumann F, Okruch S. (Hrsg). Wettbewerb und Gesundheitswesen: Konzeptionen und Felder ordnungsökonomischen Wirkens. Festschrift für Peter Oberender zu seinem 65. Geburtstag. Budapest: Schriftenreihe Andrassy Universität; 305–19.
- Schaeffer D. Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2006.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2007. Wiesbaden 2008. Download unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html> (Zugriff am 28. August 2009).