

Zentrum für innovative  
Gesundheitstechnologie  
(ZiG)

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke  
k.henke@finance.tu-berlin.de

Telefon: 030/ 314-25 426  
Telefax: 030/ 314-26 926

## **Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung - Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG), BT-Drs. 16/10807**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren,

aus dem vorliegenden Regierungsentwurf ist eine nachhaltige Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, die ihren Namen verdient, nicht zu erkennen. Zu kompliziert und unübersichtlich sind die Einzelregelungen zur wirtschaftlichen Lage und Finanzausstattung der Krankenhäuser, zur Beibehaltung des Budgetdeckels, zur Personalsituation und zum bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor, zur zukünftigen Rolle des Wettbewerbs, der Selbstverwaltung und des Gesundheitsministeriums.

Bei einer längerfristigen Umorientierung zu einer stärker wettbewerblichen Ausrichtung der stationären Versorgung sollten m. E. folgende Dinge im Vordergrund stehen:

**1) Eine Neuordnung der Krankenhausbedarfsplanung** und damit ein Abbau in der Aufgabenhäufung bei den Landesgesundheits- bzw. Landessozialministerien. Die

- Planung der Sicherstellung, der Abteilungsstrukturen und fachlichen Ausrichtung der Krankenhäuser, die
- Gewährung von Investitionsmitteln für die Neu-, Ersatz und Erweiterungsinvestitionen, die
- Aufsicht über alle Krankenhäuser, also auch der eigenen kommunalen Krankenhäuser, die
- Aufsicht der landesunmittelbaren Krankenkassenarten und die
- Pflege- und Heimaufsicht

in einer Hand führt nicht immer zu wünschenswerten Ergebnissen.

Die Orientierung der gegenwärtigen Krankenhausplanung an Betten muss endgültig aufgegeben werden. Die Ausrichtung einer bundeseinheitlichen Casemix-Punkteregel wird weiter an Bedeutung gewinnen.

## **2) Eine Neuordnung des Sicherstellungsauftrags**

Bei der zunehmenden Rolle von Medizinischen Versorgungszentren und anderen Formen einer integrierten Versorgung muss die getrennte Sicherstellung ambulant erbrachter und stationärer Gesundheitsleistungen aufgegeben werden zugunsten einer übergreifenden Sicherstellung der Versorgung, z.B. in Form einer Landeszuständigkeit.

## **3) Ein Übergang von der schleichenden Monistik in die wirkliche Monistik**

Damit sollte zugleich die sektorale Budgetierung überwunden werden. Sektorübergreifenden Vergütungsformen gehört m. E. die Zukunft. Dem Wettbewerb und einer größeren Vielfalt könnten sich dann hochspezialisierte Kliniken, Allgemeinkrankenhäuser, Uni-Kliniken, Portalkliniken, Tageskliniken, medizinische Versorgungszentren einschließlich einer hausarztzentrierten Versorgung stellen. Regional differenzierte Versorgungssysteme werden sich mehr und mehr herausbilden. Die Einführung des selektiven Kontrahierens würde diese wettbewerbliche Ausrichtung weiter verstärken.

## **4) Selektives Kontrahieren und freie Preisbildung bei staatlicher Mindestversorgung verwirklichen**

Die Festlegung der Schwankungsbreiten des Basisfallwertkorridors von -1,5% und +2,5% um den Mittelwert ist willkürlich und relativ eng gewählt, sodass wir einem staatlichen fixierten Festpreissystem recht nahe kommen. Damit wird Wettbewerb (und freie Preisbildung) ausgehebelt. Zur Entfaltung der gewünschten Wirkungen des Wettbewerbs sollte sich der Preis in einer möglichst großen Schwankungsbreite bewegen können. Die Festlegung eines Mindestpreises wäre ausreichend, um ein gewisses, staatlich gewünschtes Versorgungsniveau zu gewährleisten. Dieser Mindestpreis sollte jedoch unterschritten werden können, wenn in selektivvertraglichen Regelungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus anderes bestimmt würde. Hierzu wäre es jedoch erforderlich, Versicherte und Patienten über Wahltarife zur Behandlung in den über selektivvertragliche Regelungen an die Krankenkasse gebundenen Krankenhäuser verpflichten zu können. Dann entstünde ein präferenzorientierter Wettbewerb um die richtige Versorgungsqualität. Darüber hinaus sollte Krankenkassen der Eigenbesitz von Krankenhäusern generell erlaubt werden, so wie es bei der Knappschaft-Bahn-See und auch in der Gesetzlichen Unfallversicherung der Fall ist.

## **5) Ein Qualitätsmanagement (BQS-Bericht, Krankenhausvergleich im Internet, Rolle der MVZs und Rolle der Patienten)**

Dieses Thema rückt immer stärker in den Vordergrund (siehe § 135 ff. SGB V). Soll es ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und eine Zertifizierung geben? Informationsüberflutung erfordert Patientenforen für terminierbare Eingriffe.

## **6) Trägervielfalt bewahren**

Die sich verändernden Trägerstrukturen im Gesundheitswesen generell und speziell auch bei den Krankenhäusern bedürfen einer steuerlichen Analyse. Durch die Entstaatlichung mit mehr Wettbewerb ergeben sich privatrechtliche Situationen, die einer steuerlichen Neuausrichtung von Gesundheitsleistungen bedürfen.

Mit den besten Grüßen aus der TU Berlin  
Klaus-Dirk Henke

# VSSR

---

## Vierteljahresschrift für Sozialrecht

Herausgegeben von  
Winfried Boecken und Rainer Pitschas

*Sonderdruck*



Carl Heymanns Verlag

# Ökonomische Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland

von Klaus-Dirk Henke

## Übersicht

- |   |   |
|---|---|
| <p>I. Worüber wird im Zusammenhang mit der Krankenhausreform diskutiert?</p> <p>II. Was sind »ökonomische Grundlagen« der Krankenhausreform?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip aus betriebs- und aus volkswirtschaftlicher Sicht</li><li>2. Die bisherigen Reformschritte: Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den Kassen und die Einführung von Preisen im Krankenhaus</li><li>3. Die betriebs- und volkswirtschaftlichen Grundlagen der Krankenhausreform und zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven</li></ol> <p>III. Ausgewählte Beispiele für die ökonomischen Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland</p> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Privatisierung der städtischen Krankenhäuser in Berlin: Die Net-Ge-GmbH (Netzwerk Gesundheit)<ol style="list-style-type: none"><li>a) Die Berliner Privatisierung und ihre ökonomischen Grundlagen</li><li>b) Die Aufgabenvielfalt der Landesgesundheitsministerien als übergreifendes Problem</li></ol></li><li>2. Der Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Hand<ol style="list-style-type: none"><li>a) Der sogenannte Optionsnutzen</li><li>b) Zwei Grundmodelle zur Lösung der Finanzierung des Optionsnutzens</li><li>c) Die monistische Krankenhausfinanzierung existiert(e) bereits</li></ol></li><li>3. Anmerkungen eines Ökonomen zur integrierten Versorgung</li></ol> <p>Literatur</p> |
|---|---|

### I. Worüber wird im Zusammenhang mit der Krankenhausreform diskutiert?

Es ist im Zusammenhang der Diskussion über die integrierte Krankenhausversorgung und Krankenhausfinanzierung nicht ganz einfach, ökonomische Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland darzulegen. Vielleicht müsste man sich vorher genauestens nach den unterschiedlichen individuellen Erwartungen der Teilnehmer erkundigen. Aber vermutlich hätte auch dabei am Anfang die Frage gestanden: Worüber wird im Kontext meines Themas in Deutschland eigentlich diskutiert? Diese Themen bzw. Probleme um die Krankenhausreform sind in der folgenden ersten Übersicht zusammengetragen:

- Monistische versus duale Krankenhausfinanzierung;
- Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen Leistungsanbietern und Leistungsnachfragern (Krankenkassen) in Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung; Modellvorhaben, Strukturvorhaben, § 140 SGB V und integrierte Versorgung;
- Qualitätsmanagement und »evidenced-based medicine« im stationären Bereich;
- Umgang mit der Einführung der DRGs;
- Träger- und Organisationsstrukturen von Krankenhäusern (städtische, private, gemeinnützige Häuser, Universitätskliniken);

- Regionale Gesundheitskonferenzen, regionale Ziele der Gesundheitspolitik und regionales Qualitätsmanagement;
- Der Krankenhausmarkt als eine personalintensive Dienstleistungs- und Wachstumsbranche;
- Die Industrialisierung der Dienstleistungen in Krankenhäusern als betriebswirtschaftliche Aufgabe;
- Der ärztliche Dienst, das Pflegepersonal und die Krankenhausverwaltung: mehr Frust als Lust im Versorgungsalltag der Umsetzung von Krankenhausreformen;
- Europäischer Binnenmarkt und Krankenhäuser: Das Management von Warteschlangen (Beispiel Norwegen) und die Rolle der Krankenhausketten;
- Der vernachlässigte Mittelpunkt der Krankenhausversorgung: Der Patient mit seinen Angehörigen.

Man könnte nun vor diesem Hintergrund den Beitrag gestalten und damit den vorgesehenen Raum deutlich überschreiten, da jedes dieser Themen einer gesonderten Bearbeitung bedürfte. Dies ist jedoch nicht möglich, so dass ich mich hier auf die wesentlichen Punkte beschränke und ansonsten auf die im Literaturverzeichnis aufgeführten Arbeiten und Veröffentlichungen verweisen möchte.

## II. Was sind »ökonomische Grundlagen« der Krankenhausreform?

Neben der pragmatischen Auflistung von Fragen und Problemen kann man an das mir gestellte Thema auch anders herangehen. Es heißt nämlich in der Überschrift auch »Ökonomische Grundlagen«, zu denen ich als Volkswirt und Gesundheitsökonom etwas ausführen möchte, zumal im Rahmen der Diskussion überwiegend und zu Recht juristischer Sachverstand eingebracht werden wird. Zu Recht deswegen, weil neben einer bedarfsgerechten Krankenversorgung und der wirtschaftlichen Erbringung der dafür erforderlichen Dienstleistungen stets der Rechtsrahmen zu beachten ist, innerhalb dessen beides, also die Qualität und die Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung, zur Verfügung gestellt wird.

### 1. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip aus betriebs- und aus volkswirtschaftlicher Sicht

Die ökonomischen Grundlagen kann man unterteilen in die betriebswirtschaftliche und die volkswirtschaftliche Perspektive. In beiden Fällen geht es zunächst um die Wirtschaftlichkeit, deren beiden Ausprägungen man graphisch wie in der folgenden Abbildung darstellen kann.

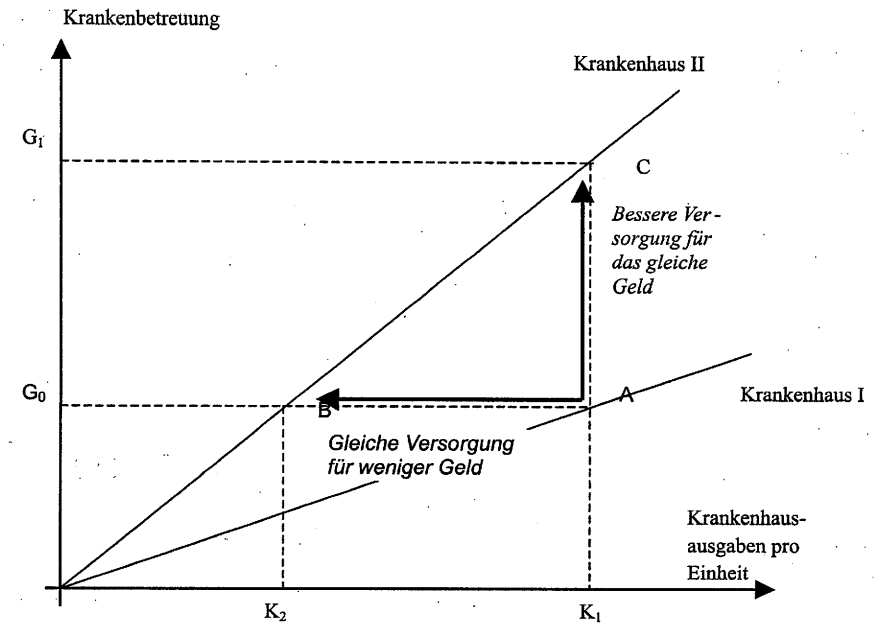


Abb. 1: Zum Wirtschaftlichkeitsprinzip im Krankenhaus

In Abbildung 1 kann man das Wirtschaftlichkeitsprinzip im Vergleich zweier Krankenhäuser I und II in seiner einfachsten Darstellung wiederfinden. Bei gleicher Versorgung für weniger Geld ist also Krankenhaus II billiger als Krankenhaus I. Bei gleicher Höhe der Ausgaben erreicht das Haus II einen höheren Leistungsstand als das Krankenhaus I.

Mit der Abbildung ist allerdings nichts über die Aussagekraft von Krankenhausvergleichen gesagt. Die Diskussion über den institutionalisierten Betriebsvergleich in der stationären Versorgung rückt aber mit der Einführung der DRGs in den Hintergrund, weil bei festgelegten, einheitlichen Preisen der Markt den »Vergleich« übernimmt und Häuser mit zu hohen Kosten schließen müssen.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht heißt die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven nichts anderes, als dass man zum gleichen Beitragssatz in der GKV eine bessere Versorgung für die Bevölkerung ermöglichen kann oder eine gleich gute Versorgung zu einem niedrigeren Preis, sprich zu einem geringeren Beitragssatz, erbracht werden kann. Aus Abbildung 2 ist diese Aussage deutlich zu erkennen. Für die auf der Abszisse abgetragene Höhe der Gesundheitsausgaben lässt sich zeigen, dass für eine gleiche Versorgungsleistung, abgetragen auf der Ordinate, unterschiedlich viel Geld erforderlich ist. Mit einer unterschiedlichen Höhe von Beitragssätzen lässt sich nach dieser Abbildung also die gleiche Gesundheitsversorgung verwirklichen.

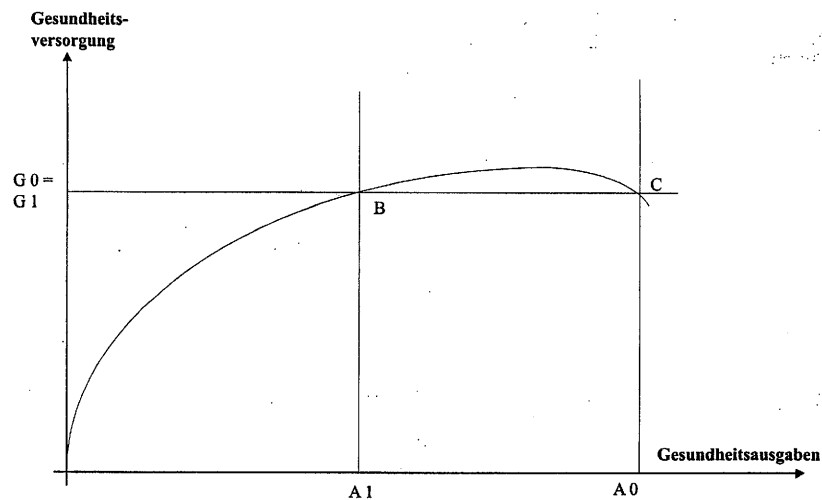


Abb. 2: Zum Wirtschaftlichkeitsprinzip aus volkswirtschaftlicher Sicht

Nicht nur auf einzelwirtschaftlicher Ebene im Krankenhaus und zwischen Krankenhäusern, sondern auch bei gesamtwirtschaftlicher Betrachtung kann also ein Systemvergleich angestellt werden. Aus volkswirtschaftlicher Sicht gewinnt er vor dem Hintergrund eines sich entwickelnden europäischen Binnenmarktes eine besondere Bedeutung.

## 2. Die bisherigen Reformschritte: Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den Kassen und die Einführung von Preisen im Krankenhaus

Die nach »Lahnstein« (1992) eingeführten Reformen haben Schritte in Richtung mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen gebracht, die eine bessere und billigere Krankenversorgung der Bevölkerung ermöglichen sollen. Zum einen erfolgte das durch die Einführung von Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und zum anderen durch die Einführung von Preisen bzw. ersten Ansätzen der pauschalierenden Leistungsvergütung im Krankenhaus. Beide Reformschritte sind zunächst nur halbherzig auf den Weg gebracht worden, da es gar nicht so einfach ist, Solidarität und Wettbewerb miteinander zu verbinden.

Im Krankenhausbereich hat sich am 1. Januar 2000 mit dem in Kraft getretenen GKV-Reformgesetz 2000 und dem § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz die Situation deutlich verändert. Die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf der Basis von »diagnosis related groups« (DRGs) ab dem 1.1.2003 ist auf der Grundlage des australischen Patientenklassifikationsverfahrens durch die deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherungen entschieden worden. Damit wird das in der Bundespflegegesetzverordnung verankerte und seit Januar 1995 gel-

tende Vergütungssystem von Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie krankenhaushäufig individuell vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen abgelöst.

Hinsichtlich der Wahl- und Wechselmöglichkeiten, dem zweiten Hauptelement der Beschlüsse von Lahnstein, erleben wir gerade die Reform des erforderlichen Risikostrukturausgleichs unter den gesetzlichen Krankenkassen und die damit einhergehende hoheitliche Anhebung der Beitragssätze auf 12,5 % bei allen Kassen, deren Beitragssatz derzeit niedriger liegt. Außerdem werden im Frühjahr 2001 die Wahl- und Wechselmöglichkeiten für die pflichtversicherten Mitglieder in der GKV wieder eingeschränkt. Ich bin froh, dass ich zu dieser Thematik nicht referieren muss, denn meine Kritik an diesen aus meiner Sicht grotesk anmutenden Neuregelungen geht weit über das hinaus, was vielleicht im Kontext der Einführung von Preisen in Krankenhäusern an Kritik vorgebracht werden könnte (siehe hierzu im einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band II, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Gutachten 2000/2001, S. 331 ff.).

## 3. Die betriebs- und volkswirtschaftlichen Grundlagen der Krankenhausreform und zur Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Die Betriebswirte gehen mit Hilfe der Methoden der Krankenhausbetriebslehre an die Arbeit und untersuchen Fragen der Finanzierung und Vergütung, der Investition und Instandhaltung, der Leistungserstellung, der Kostenrechnung, des Controlling, des Qualitätsmanagements, der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung u.v.m. unter dem Gesichtspunkt einer Optimierung der Betriebsabläufe.

Die Volkswirte orientieren sich an der Allokation der Produktionsfaktoren, die sie mit Hilfe des Wettbewerbs besser zu organisieren glauben als durch eine politische Planung, und überlassen in aller Regel lieber dem Markt die Steuerung als der Politik oder der Selbstverwaltung. Aber auch die Distribution, also eine politisch zu definierende Gerechtigkeit, und die kurz- und langfristige Stabilisierung der Volkswirtschaft, also Beschäftigung und Wachstum, stehen auf der Tagesordnung der Volkswirte ganz oben. Diese Grundüberlegungen werden genau wie in der BWL dann vom allgemeinen auf die speziellen Fragestellungen im Gesundheitswesen übertragen. Krankenhausbetriebslehre und Gesundheitsökonomie heißen die entsprechenden akademischen Subdisziplinen.

Egal ob nun eine volks- oder eine betriebswirtschaftliche Betrachtung im Vordergrund steht: immer geht es um die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Wirtschaftlichkeitsreserven wird es immer geben, da in einer dynamischen Entwicklung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung immer strukturelle Veränderungen auf allen Ebenen der Versorgung stattfinden werden. Insoweit ist die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven eine Daueraufgabe, die es schon aus ethischer Sicht permanent zu verwirklichen gilt. Solidarität und Wirtschaftlichkeit geraten also nicht in Konflikt miteinander; vielmehr ist Wirtschaftlichkeit ein Gebot der Solidarität.

Allerdings wird die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch sich automatisch verändernde oder durch politisch gezielt veränderte Rahmenbedingungen oft

beschleunigt eingefordert. Und damit ist man wieder bei den Reformen, die das Krankenhaus betreffen. Sie werden als erforderlich angesehen, weil ohne Eingriffe von außen die wünschenswerte Entwicklung der stationären Versorgung der Patienten unter den gegebenen Rahmenbedingungen nach Ansicht der Fachleute, der Gesundheitspolitiker und der Ministerialbürokratie nicht schnell genug verläuft. Sogar von Praktikern ist bisweilen hinter vorgehaltener Hand zu hören, dass erst die Reformschritte seit 1989 echtes Kostenbewusstsein in das Gesundheitswesen hineingetragen haben, wenngleich über die Einzelregelungen die Meinungen natürlich weit auseinander gehen.

Nach dieser etwas längeren Einleitung in mein Thema möchte ich einige Einzelfragen bzw. Probleme herausgreifen, an denen sich a) der Reformbedarf besonders gut illustrieren lässt, die mich b) derzeit besonders interessieren und zu denen ich c) gern ein paar Anregungen geben möchte.

### III. Ausgewählte Beispiele für die ökonomischen Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland

#### 1. Privatisierung der städtischen Krankenhäuser in Berlin: Die Net-Ge-GmbH (Netzwerk Gesundheit)

##### a) Die Berliner Privatisierung und ihre ökonomischen Grundlagen

Es wird Sie sicher nicht überraschen, dass ich Ihnen als erstes das aufzeigen möchte, was in meiner immer noch »neuen« Wahlheimat Berlin zur Zeit zum Thema Krankenhausreform nicht nur diskutiert, sondern auch umgesetzt wird. Einige Anmerkungen zum Thema der Privatisierung der Berliner Krankenhäuser, also zur Net-Ge-GmbH (Netzwerk Gesundheit), und zu den ökonomischen Grundlagen dieser landesweiten Krankenhausreform seien daher erlaubt.<sup>1</sup>

Das Land hat seine nicht rechtsfähigen Betriebe, die nach dem Landeskrankenhausgesetz selbstständig und mit eigenen Organen geführt wurden, nach Abwägung mit den Rechtsformen der AG und der Anstalt des öffentlichen Rechts (Modell Hamburg) in eine privatrechtliche GmbH überführt. Neun städtische Häuser wurden im November 2000 mit ihren 6.600 Betten, 17.000 Angestellten und einem Gesamtumsatz in Höhe von 1,8 Mrd. DM in eine GmbH umgewandelt, deren alleiniger Gesellschafter jedoch das Land Berlin geblieben ist.

Als Begründung für diese Berliner Form der Privatisierung wurde eine Steigerung der Effizienz angeführt, also wohl der Einsparmöglichkeiten im Sinne des zuvor beschriebenen Wirtschaftlichkeitsprinzips.

Der insbesondere in Berlin erforderliche Bettenabbau lässt sich in einem privatrechtlichen Gewande leichter umsetzen, da im Vergleich zum öffentlich-rechtlichen Rechtsrahmen der politische Einfluss geringer sein dürfte. Auch die Mitarbeiterstellen gingen

<sup>1</sup> Dieser Abschnitt ist in Zusammenarbeit mit Rechtsanwalt Hans-Wilhelm Groscurth, Berlin, entstanden, dem ich für seine Mitwirkung und Unterstützung recht herzlich danke.

von dem in Berlin besonders überbesetzten öffentlichen Dienst zur GmbH über, so dass es zumindest formal zu einem Stellenabbau im öffentlichen Dienst kam. Außerdem musste die neue GmbH 220 Millionen DM Altschulden übernehmen. Hierdurch wurde zumindest der hoch verschuldete Berliner Landeshaushalt entsprechend entlastet.

Aus ökonomischer Sicht fragt man sich jedoch, warum nicht anstelle einer GmbH mehrere GmbHs gegründet worden sind. Die angestrebte Effizienzsteigerung durch mehr Wettbewerb im Leistungsvergleich würde sicherlich höher ausfallen, ließe man darüber hinaus auch noch private Kapitalgeber in der GmbH zu. Das Argument der Synergieeffekte z. B. durch gemeinsamen Einkauf trägt hier nicht, weil auch mehrere rechtlich selbstständige Häuser zusammenarbeiten könnten. Wahrscheinlich ist der aus ökonomischer Perspektive sinnvolle Schritt in Richtung mehrerer GmbHs und privater Anteilseigner unter dem starken Einfluss der Gewerkschaft ÖTV in Berlin gescheitert. Politische Rationalität hat also ökonomisch gebotene Rationalität verdrängt.

Die Net-Ge-GmbH wurde sehr schnell gegründet, so dass beim Startschuss ein Geschäftsführer fehlte und ein in Ruhestand befindlicher ehemaliger Staatssekretär die Interimsleitung übernahm. Zum 1. April 2001 wurde ein neuer Geschäftsführer eingesetzt und auf die Dauer von 5 Jahren bestellt. In einem Personalüberleitungsvertrag nach § 613 BGB wurde den Beschäftigten Besitzstandswahrung zugesichert. Ohne an dieser Stelle auf die personalrechtlichen Einzelheiten einzugehen, die sicherlich noch Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung sein werden, sei aber noch darauf hingewiesen, wie die Übernahme der Schulden vollzogen wurde.

Eine Eröffnungsbilanz lag Anfang 2001 noch nicht vor. Da zu dem Übergabezeitpunkt die in Aussicht gestellte Übereignung der Grundstücke wegen der noch fehlenden Bewertung nicht vollzogen werden konnte, konnten diese auch nur bedingt zur Sicherstellung von Hypotheken verwendet werden. Die Gewährträgerhaftung des Landes Berlin entfiel durch die neue Rechtsform. Die Banken mussten einspringen, um die Zahlungsfähigkeit der GmbH zu gewährleisten. Die aus der Sicht der Banken durchaus erfreulich hohen Zinszahlungen belasten damit nicht nur die Krankenhäuser, sondern vor allem die Krankenkassen und damit die Beitragszahler direkt (und indirekt über den Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen auch Westdeutschland).

In diesem Zusammenhang kann auch die Urteilsfindung des Landessozialgerichts gesehen werden, wonach die Krankenkassen strittige Behandlungsfälle aus der Vergangenheit den Krankenhäusern gegenüber zu bezahlen haben. Es wird beklagt, dass das Land seiner Aufsichtspflicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen nicht nachgekommen sei bzw. nicht nachkommt. Das ist auch schwierig und wird künftig noch schwieriger werden, da die nicht unerheblichen Gründungskosten ebenfalls auf die Beitragszahler überwälzt und nicht vom Land Berlin übernommen wurden. Über den Pflegesatz werden also Kosten weitergegeben, die nichts mit der Behandlung von Patienten in den ohnehin schon überbelegten Berliner Krankenhäusern zu tun haben.



Kosten im Jahre 1998	Durchschnitt Bundesrepublik Deutschland	Teuerstes Bundesland	Preiswertestes Bundesland
Kosten je Behandlungsfall	6.085 DM	8.813 DM (Berlin)	5.106 DM (Mecklenburg-Vorpommern)
Kosten je Pflegetag	568 DM	734 DM (Berlin)	487 DM (Brandenburg)
Kosten je aufgestelltes Bett	169.808 DM	225.867 DM (Berlin)	145.231 DM (Thüringen)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, 1998

Tabelle 1: Kennzahlen zum Vergleich der Kosten in der stationären Versorgung

Schließlich noch ein Wort zur Besetzung der Gremien und leitenden Positionen, die den Zweifel an der eigentlichen Absicht der Privatisierung weiter verstärken. So ist der Verhandlungsführer der ÖTV bei der Ausarbeitung des Personalüberleitungsvertrags als Arbeitsdirektor in die Net-Ge-GmbH gewechselt und wird nun durch den Aufsichtsrat überwacht, dem die ÖTV stellvertretend vorsitzt. Seitens der Anteilseigner sitzen im Aufsichtsrat der GmbH fast nur Politiker (Senatorin für Arbeit, Soziales und Frauen; Senator für Finanzen; der Vorstandsvorsitzende der Berliner Landesbank; drei ehemalige Staatssekretäre bzw. Senatoren und ein Facharzt). Die Arbeitnehmerseite ist nicht viel anders besetzt. Bei dieser rein Berliner Lösung vermisst man ausgewiesene Fachleute, die überorts schon einmal Krankenhäuser geleitet und umgewandelt haben. Der Rat von Betreibergesellschaften wurde bisher noch nicht eingeholt. Und Transparenz und Öffentlichkeit bei der Beantwortung dieser und anderer Fragen wurde nur unzureichend hergestellt.

Als Beobachter gewinnt man den Eindruck, dass die Zielsetzung der Privatisierung nicht die dringend erforderliche Effizienzsteigerung in der Krankenhauslandschaft Berlins ist, sondern die Sanierung des Berliner Haushalts auf Kosten der Sozialversicherung im Vordergrund stand.

Trotz der aufgeworfenen Probleme und Fragen ist die öffentliche GmbH ein erster Berliner Schritt nach vorn in Richtung auf mehr Öffentlichkeit und in Richtung zu mehr unternehmerischer Verantwortung. Allerdings kann sich Berlin nur mit zunehmender Politikferne als internationales Dienstleistungszentrum profilieren und als medizinisch-klinische Metropole ausweisen. Man darf gespannt sein, ob der Landesrechnungshof, das Landessozialgericht, die Selbstverwaltungsorgane der Gesetzlichen Krankenkassen und der politische Senat genügend Kraft dazu entwickeln werden. Die fachliche Rationalität müsste über die politische Rationalität zu diesem Zweck die Oberhand gewinnen.

Als Fazit vor dem Hintergrund meines Themas »ökonomische Grundlagen« der Krankenhausreform kann man bei dem gewählten Beispiel der Berliner Krankenhauslandschaft also nur ambivalent antworten. Die Finanzlage Berlins war der Hauptgrund für die Reform und weniger der ökonomische Sachverstand, der eine Reform der Berliner Krankenhäuser erfordert.

Allerdings muss man eine neuere Entwicklungen auch positiv in das Bild aufnehmen. Zum einen zeichnet sich in einem anderen Berliner Krankenhaus in Berlin-Buch eine »richtige« Privatisierung und damit mehr Vielfalt in der Krankenhauslandschaft ab.

b) Die Aufgabenvielfalt der Landesgesundheitsministerien als übergreifendes Problem Am Beispiel der Krankenhaus-»Privatisierung« in Berlin wird für mich auch deutlich, dass die Vielzahl der Funktionen der Landesgesundheitsminister bzw. Sozialsenatoren nicht nur in Berlin zum Problem geworden ist, sondern anderswo ebenfalls auf den Prüfstand gehören.

Zu dieser gesundheitspolitischen Aufgabenhäufung bei den Landesgesundheitsministerien gehören in Deutschland:

1. Krankenhausplanung mit dem Sicherstellungsauftrag (Planungsbehörde);
2. Gewährung von Investitionsmitteln für Neu-, Ersatz- und Erweiterungsbauten (Förderbehörde);
3. Die Festlegung der Krankenhausträger, ihrer Struktur und fachlichen Ausrichtung (länderspezifische Unterschiede);
4. Aufsicht über alle Krankenhäuser, also auch der eigenen kommunalen Krankenhäuser und Landeskrankenhäuser (länderspezifische Unterschiede);
5. Aufsicht über alle landesunmittelbaren Krankenkassen(arten) nach § 274 SGB V;
6. Pflege- und Heimaufsicht;
7. Öffentlicher Gesundheitsdienst.

Diese Politisierung und Politikverflechtung wird von allen Betroffenen und Beteiligten und nicht nur in Berlin als dringend reformbedürftig angesehen. Letztlich geht es um das Zurückdrängen und die Entlastung der Exekutive, der Politiker und damit um die Stärkung der unternehmerischen Verantwortung für die Krankenhäuser als moderne Dienstleistungsunternehmen. Selbstverantwortung und Wettbewerb müssen auch hier mehr und mehr in den Vordergrund treten. Weniger politische Einmischung ist allenthalben ein aus meiner Sicht unverzichtbares Ziel, um die Effizienz der Krankenhausversorgung zu stärken. Eine neue Versicherungsaufsicht auf der Bundesebene gehört bei einer über die Krankenhäuser hinausreichenden und die neuen Gremien des Bundesausschusses einschließenden Diskussion ebenfalls dazu.

## 2. Der Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Hand

Als dritten Problembereich möchte ich im Zusammenhang mit der erforderlichen Neuordnung von Träger- und Organisationsstrukturen von Krankenhäusern den Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Hand, der viel zu selten hinterfragt wird, thematisieren. Aus der Sicht der Ökonomie kommt man hier auch zu interessanten Überlegungen, wie man sehen wird.

Im gegenwärtigen System der Krankenhausfinanzierung haben wir seit dem Jahre 1972 ein gemischtes System. So finanzieren die Bundesländer die Krankenhausinvestitionen, während die laufenden Betriebsausgaben über die Pflegesätze bzw. über pauschalierte Entgelte mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

## a) Der sogenannte Optionsnutzen

Die Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand wird mit dem sogenannten Optionsnutzen begründet. Dieser besteht darin, dass dem Bürger ein Nutzen aus der Option erwächst, das Gut bzw. die Dienstleistung eines Krankenhauses jederzeit »konsumieren« zu können. Es wird vorgebracht, dass die bloße Inanspruchnahmemöglichkeit nicht über die Pflegesätze abgerechnet werden könnte. Der soziale Wert der Krankenhäuser übersteige die Summe der Behandlungsentgelte. Die praktische Folge der Idee des Optionsnutzens ist die, dass die Vorhaltung von Krankenhäusern zur öffentlichen Aufgabe wurde und über die Krankenhausbedarfsplanung der Länder geregelt wird. Die Länder übernehmen die Investitionskosten der Krankenhäuser also unter der Annahme, dass damit die Vorhaltekosten abgedeckt werden. Ob diese Regelung, die ihren Niederschlag in der dualen Krankenhausfinanzierung findet, eine sachgerechte Antwort auf die Problematik des Optionsnutzens ist, lässt sich in Frage stellen.

Bleibt man bei der beschriebenen Vorstellung des Optionsnutzens, so könnten die potentiellen Nutzer auch durch »Anliegerbeiträge«, also eine Art Bereitstellungsprovision, an den Vorhaltekosten beteiligt werden. Es wäre sogar denkbar, Personen, die sich an der Finanzierung nicht beteiligen, im Notfall von Leistungen auszuschließen. Aus rechtlichen und humanitären Gründen würde eine solche Regelung wahrscheinlich schnell an ihre politischen Grenzen stoßen. Damit ist aber ein Ausschluss von Personen nicht mehr möglich, und die bekannten Probleme des Trittbrettfahrerverhaltens treten auf. Die Bevölkerung würde sich darauf verlassen, im Notfall die Versorgung zu erhalten, und eine Finanzierung ablehnen bzw. anderen überlassen.

Aus systematischer Sicht besteht zwischen den Leistungen eines Krankenhauses und denen eines Hotels, eines Mietwohnhauses oder einer Autowerkstatt kein Unterschied. In allen Fällen trägt zunächst der Anbieter die »Vorhaltekosten«. Er wird aber versuchen, diese Kosten auf die Nutzer der Einrichtung umzulegen, d. h. die Nutzer müssen letztlich die »Vorhaltekosten« tragen. Diese Kosten können beträchtlich sein, insbesondere durch das Vorhalten von Kapazitäten für Katastrophenfälle.

## b) Zwei Grundmodelle zur Lösung der Finanzierung des Optionsnutzens

Für die Sicherstellung der notwendigen Infrastruktur gibt es zwei Grundmodelle. In einem sogenannten Konsensmodell einigen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften, also die Träger der Selbstverwaltung, auf die erforderliche Kapazität und Angebotsstruktur im stationären Bereich. Oder, und dieser Ansatz steht hier im Vordergrund, man wählt ein wettbewerbsorientiertes »Einkaufsmodell«, in dem die Krankenkassen allein die erforderlichen Kapazitäten planen und entsprechende Verträge abschließen. Sicherzustellen wäre dann »nur« noch die Qualität der Versorgung; und das könnte im Rahmen einer ohnehin zu verändernden Versicherungsaufsicht erfolgen.

An die Stelle der bestehenden korporatistischen Lösung, die den Wettbewerb weitgehend ausschließt, muss also aus ökonomischer Sicht eine neue Lösung treten. Die Krankenkassen sollten im Rahmen einer Neuregelung nicht nur die finanzielle Absiche-

rung von Krankheitsrisiken übernehmen, sondern auch die Leistungserbringung sicherstellen. Das einfachste Modell wäre das einer neuen Krankenversicherungsform, bei der die Mitglieder für eine feste Prämie eine umfassende Behandlung bei den dafür vorgesehenen Krankenhäusern und Ärzten angeboten bekommen. Im Grunde ist das die Idee der »Health Maintenance Organisation« (HMO). Mit den erforderlichen Anpassungen ließe sich dieses Modell auch in Deutschland einführen. Mit einem Einschreibemodell und einer Versicherungspflicht ließe sich ein praktikables System entwickeln, das allerdings durch entsprechende Änderungen im Sozialrecht ergänzt werden müsste und deshalb als derzeit politisch nicht durchsetzbar anzusehen ist.

Um in diese Richtung einen großen Schritt nach vorne zu kommen, müsste zunächst die vorherrschende duale durch die monistische Krankenhausfinanzierung ersetzt werden. Die Entscheidungen der Länder über Investitionen führen zu einem zu Überkapazitäten und dazu, dass die Folgekosten von den Krankenkassen übernommen werden müssen, die bei den überwiegend politisch bestimmten Investitionsentscheidungen gar nicht beteiligt sind. Auf der anderen Seite unterbleiben wünschenswerte Investitionen, die sich aus der Sicht der Krankenkassen rechnen würden, nur deswegen, weil die Länder mit ihrer Exekutive überwiegend politische Kalkulationen anstellen. Für die Krankenhausträger führt das Vorhandensein zweier Finanziers zu dem unerwünschten Ergebnis, Investitions- und Betriebskosten nicht unter allein wirtschaftlichen Aspekten abwägen zu können.

Insgesamt gesehen ergibt sich bei der ökonomischen Betrachtung, dass in Bezug auf die Investitions- und Krankenhausplanungsprozesse ein zu großes Gewicht bei den Landesbehörden und damit in politischer Hand liegt. Krankenkassen und Krankenhausträger müssten daher stärker eingebunden werden, um eine dezentrale, d. h. aus regionaler und lokaler Sicht bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten.

Bei der Finanzierung der bisher nicht angesprochenen Universitätskliniken müsste darüber hinaus der Landeszuschuss für Forschung und Lehre in die Überlegungen einbezogen werden. Inwieweit die Versorgungsaufgaben der Hochschulkliniken sauber von ihrer Lehr- und Forschungstätigkeit getrennt werden können, bleibt abzuwarten, denn die finanzielle Lage vieler Landeshaushalte macht erfinderisch und selbst in dem Bereich der Universitätskrankenhäuser sind erste Schritte in die Richtung einer Privatisierung erfolgreich abgeschlossen.

## c) Die monistische Krankenhausfinanzierung existiert(e) bereits

Die monistische Krankenhausfinanzierung und damit eine Planung und Finanzierung der laufenden Betriebsausgaben und Investitionskosten aus einer Hand ist in den Niederlanden gang und gäbe, und wird im Bereich der Rehabilitationskliniken auch in Deutschland erfolgreich angewendet. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurden darüber hinaus Rationalisierungsinvestitionen ermöglicht, deren Voraussetzung eine Amortisationszeit von sieben Jahren ist. Auch mit diesem Schritt geht es in Richtung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Mit der Zusammenführung der Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten sowie mit den oben angesprochenen leistungsbezogenen Entgelten für die von den Krankenhäusern erbrachten personalintensiven Dienstleis-

tungen wird ein großer Schritt getan, nicht mehr, wie in der Vergangenheit<sup>2</sup>, nur Fixkosten zu subventionieren, sondern tatsächlich erbrachte Leistungen zu vergüten. In diesem Zusammenhang gewinnen auch private Träger eine neue Bedeutung. Nicht-öffentlich geführte Häuser führen zwar nicht automatisch zu einer effizienteren Versorgung, weisen aber eine Reihe von Vorteilen auf, da sie nicht dem öffentlichen Dienst-, Bau- und Einkaufsrecht unterliegen.

Am Beispiel der kommunalen und Landes-Krankenhäuser lässt sich zeigen, dass ihre noch immer im Vordergrund stehenden Organisationsformen kommunaler Wirtschaftstätigkeit nicht den Anforderungen der Zeit und den Herausforderungen der Zukunft genügen. Werden sie noch in Form von Regiebetrieben geführt, sind sie rechtlich und vor allem wirtschaftlich unselbständig und der Gemeindeverwaltung weitestgehend unterstellt. Aber auch im Falle der Eigenbetriebe, bei denen die wirtschaftliche Aktivität aus der Verwaltung ausgegliedert ist, bleiben die Unternehmen ohne eigene Rechtspersönlichkeit. Wichtige Entscheidungen werden weiterhin von der Gemeinde- und Kreisvertretung getroffen. Rechtlich bleiben sie unselbständig, aber wirtschaftlich erhalten sie einen gewissen Freiraum. Ihre Verankerung erfolgt über die Eigenbetriebsverordnung des jeweiligen Landes, die es erlaubt, dass die Versorgungsbetriebe nur mit dem Saldo ihrer Ausgaben und Einnahmen im Gemeinde- oder Landeshaushalt geführt werden.

Wichtiger als die Eigen- und Regiebetriebe sind die Eigengesellschaften als die zukünftige Organisationsform kommunaler Einrichtungen, insbesondere auch der Krankenhäuser. Wirtschaftliche Unternehmen sind als Eigengesellschaft privatrechtlich organisiert (GmbH, AG) und damit ausgegliederte Sondervermögen<sup>3</sup>. Die Gemeinde, die Stadt sowie das Land können alleiniger Gesellschafter sein, aber auch landesübergreifend tätig werden. Der erhöhte unternehmerische Freiraum und die geringere Einflussnahme der öffentlichen Hand erleichtern den Übergang zu einer echten Privatisierung, bei der das Angebot an stationär erbrachten Gesundheitsleistungen auch in private Hände übergeht, wie es in vielen Fällen, selbst im Falle von Teilen der Universitätskliniken, gelungen ist.

### 3. Anmerkungen eines Ökonomen zur integrierten Versorgung

Um dieses im Interesse einer besseren Ressourcennutzung als ökonomisch äußerst sinnvollen Ziel zu verwirklichen, ist ein abgestuftes und flexibles Versorgungssystem mit einer differenzierten Binnenstruktur erforderlich. Ein für die Patienten aufeinander abgestimmtes Angebot von Gesundheitsleistungen müsste zu diesem Zweck zur Verfügung stehen. Die Leistungen müssten nicht nur verfügbar, sondern auch zugänglich und finanzierbar sein. Dieses Postulat ist leichter aufgestellt als in die Praxis umgesetzt, wie am Beispiel älterer Patienten, die meist unter chronischen Erkrankungen leiden, gezeigt werden soll.

<sup>2</sup> Rechtlich gilt das Selbstkostendeckungsprinzip zwar nicht mehr, de facto wird aber nach wie vor sehr kosten- und wenig leistungsbezogen über die Krankenhausbudgets verhandelt.

<sup>3</sup> Randbemerkung aus dem Statistischen Jahrbuch 1999: Die Daten der Krankenhäuser mit kaufmännischem Rechnungswesen werden in Anpassung an die neue Abgrenzung des Staatssektors in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen ab 1998 nicht mehr den öffentlichen Haushalten zugeordnet. Siehe auch Monatsbericht der Deutschen Bundesbank, Juni 2000.

Die Abbildung 3 über die wünschenswerte Kooperation der Akteure bei der Versorgung älterer Menschen soll den Leistungsumfang und den Finanzierungsgegenstand einer integrierten Versorgung zeigen.

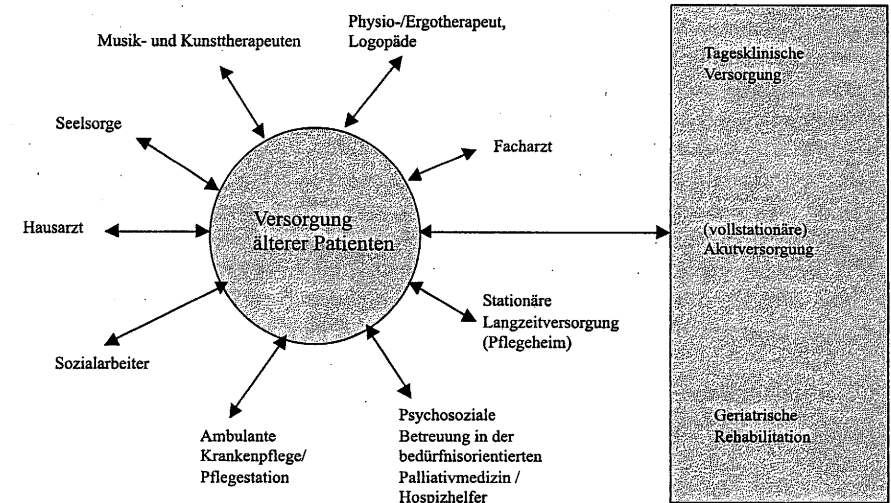


Abb. 3: Wünschenswerte Vernetzung der Akteure bei der Versorgung älterer Patienten

Mit diesem Bild sollte der Hintergrund beschrieben werden, vor dem die Versorgung der älteren Menschen zunächst einmal gesehen werden muss. Zu der bestehenden bekannten Segmentierung der Versorgungsbereiche nach Krankenhäusern und Pflegeheimen, der ambulanten-ärztlichen Versorgung und der Arzneimittelbudgets treten die in der Abbildung 3 genannten Akteure noch hinzu. Das ebenfalls unterschiedlich geregelte Vertragsgeschäft zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern kompliziert zusätzlich und müsste im einzelnen beschrieben werden. Ob es zweckmäßig war, in diesem schon aus globaler Betrachtung zu erkennenden »Patchwork-System« der integrierten Versorgung, Finanzierung und Vergütung, die gesetzliche Krankenkassen von den gesetzlichen Pflegekassen rechtlich zu trennen und ihr jeweiliges Vertragsgeschehen unterschiedlich zu regeln, sei an dieser Stelle nur erwähnt und nicht näher untersucht (siehe hierzu im einzelnen den Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation, Bundestagsdrucksache 14/5130 vom 19.01.2001).

Was nun die stationäre Versorgung anbelangt, tragen die Kranken- und Pflegekassen in ihrer Gesamtheit die Folgekosten der politischen Entscheidungen im Krankenhaus- und Pflegebereich, ohne maßgeblich daran beteiligt zu sein. Die gegebenen Möglichkeiten werden in aller Regel noch nicht hinreichend genutzt (§ 109 Abs. 1 und § 140 SGB V). Mit der Aufnahme in die Krankenhausbedarfsplanung unterliegen die Häuser der sogenannten Kontrahierungspflicht der Kassen; diese schließen noch immer »kassenartenübergreifend und gemeinsam« Versorgungsverträge ab, die alljährlich erneuert und

stets zumindest von der Kassenseite in Zusammenhang mit der Beitragssatzstabilität gestellt werden. In der Realität ist der Einigungsprozess im Rahmen des Vertragsgeschäfts schwieriger geworden. Nicht nur in Berlin landeten viele Entscheidungen bei den Schiedsstellen, in denen paritätisch die Krankenhauspflegesätze festgelegt werden, oder es wird ex post das Landessozialgericht angerufen, wie es in Berlin der Fall war.

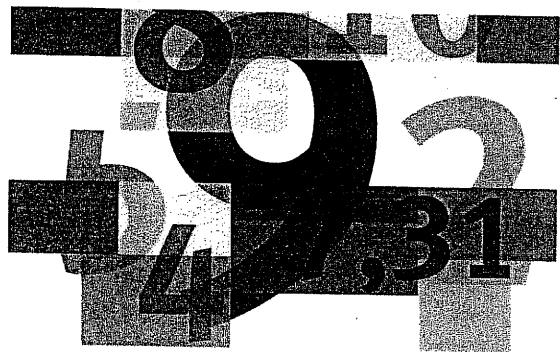
Eine Besonderheit wird sich im Bereich der Geriatrie ergeben, da die dort versorgten Behandlungsfälle zu einem der Ausnahmebereiche bei der Identifikation bzw. Klassifikation stationärer Versorgungsfälle gehören. Die für diese Personen erforderliche Integration (siehe Abbildung 3) und Vernetzung der Versorgung geht weit über die derzeitige jährliche Betrachtung der Krankenkassen hinaus, zumal in den Pflegeheimen nach Pflegestufen abgerechnet wird, wobei im Falle von vorübergehenden Überweisungen von Pflegeheimbewohnern in eine akutstationäre Versorgung ein Freihaltgeld in Höhe von 85 % des Pflegegeldes für jeweils drei Tage von den Pflegekassen gewählt wird.

Die integrierte Versorgung wird damit zu dem zukünftigen Finanzierungsgegenstand im Krankenversicherungsschutz, und hier ist aus ökonomischer Sicht – sowohl was die Finanzierung als auch die Vergütung der Behandlungsfälle anbelangt – noch viel zu tun.

#### Literatur

- Henke, K.-D., Prioritätensetzung im Gesundheitswesen durch ordnungspolitische Erneuerung – Krankenversicherungspflicht für alle und individuelle Wahlfreiheit, Bad Oerber Gespräche, in: Wille, E./Albring, M. (Hrsg.), Qualitätsorientierte Gesundheitssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung, Frankfurt/Main 2001.
- Henke, K.-D./v. Troschke, J./Mühlbacher, A., Die Integrierte Versorgung: Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung, Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Hippokrates-Verlag, Stuttgart 2000, S. 592-598.
- Henke, K.-D./Göpfarth, D., Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung, in: Hentze, J./Huch, B./Kehres, E. (Hrsg.), Krankenhaus-Controlling – Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, 2. Auflage, Stuttgart 2000, S. 1-15.
- Buchholz, W./Edener, B./Grabka, M./Henke, K.-D./Huber, M./Ribhegge, H./Ryll, A./Wagener, H.-J./Wagner, G.G., Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken, DIW Diskussionspapier Nr. 247, Berlin März 2001.
- Henke, K.-D./Hansmeyer, K.-H., Zur zukünftigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen, Staatswissenschaften und Staatspraxis 8 (1997), S. 345-354.
- Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Bundestagsdrucksache 14/5130 vom 19.01.2001.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I, Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Band II, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden 2001.

# KRANKENHAUS



Hentze, Huch, Kehres (Hrsg.)

## Krankenhaus- Controlling

Konzepte, Methoden und Erfahrungen  
aus der Krankenhauspraxis

3., überarbeitete und  
aktualisierte Auflage

Hentze, Huch, Kehres (Hrsg.)

## Krankenhaus-Controlling

Controlling als Konzept betriebswirtschaftlicher Steuerung ist auch für Krankenhäuser unverzichtbar. In der nun bereits in 3. Auflage vorliegenden Veröffentlichung werden theoretische Konzepte und praktische Methoden des Controlling in ihrer Relevanz für den Krankenhausbetrieb erläutert. Es ist das Anliegen der Autoren (ausgewiesene Wissenschaftler, Berater und erfahrene Krankenhauspraktiker), die gesamte Thematik stets unter Einbezug praktischer Erfahrungen zu beleuchten.

Behandelt werden folgende Bereiche:

- Das Krankenhaus als betriebswirtschaftliches System
- Operatives Krankenhaus-Controlling
- Strategisches Krankenhaus-Controlling
- Controlling-Informationssysteme im Krankenhaus
- Qualitätssicherung
- Führung im Krankenhaus

Neu hinzugekommen sind die Themen des Medizin-Controlling und der damit verbundenen Anforderungen an ein Krankenhausinformationssystem sowie strategisches Krankenhausmanagement mit Mergers & Acquisitions.

Die Herausgeber: Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Joachim Hentze, Technische Universität Braunschweig, Institut für Wirtschaftswissenschaften, Abteilung Unternehmensführung. Prof. Dr. Burkhard Huch, Technische Universität Braunschweig, Institut für Wirtschaftswissenschaften, Abteilung Controlling und Unternehmensrechnung. Dr. Erich Kehres, ehem. WRG – Wirtschaftsberatungs- und Revisionsgesellschaft mbH, Hannover.

ISBN 3-17-018417-2



9 783170 184176 © [D] 42

**Die Herausgeber**

**Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Joachim Hentze**

Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig,  
Institut für Wirtschaftswissenschaften,  
Abteilung Unternehmensführung, Braunschweig

**Prof. Dr. Burkhard Huch**

Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig,  
Institut für Wirtschaftswissenschaften,  
Abteilung Controlling und Unternehmensrechnung, Braunschweig

**Dr. Erich Kehres**

ehem. WRG – Wirtschaftsberatungs- und Revisionsgesellschaft mbH,  
Hannover

Joachim Hentze

Burkhard Huch

Erich Kehres (Hrsg.)

# Krankenhaus-Controlling

Konzepte, Methoden und Erfahrungen  
aus der Krankenhauspraxis

3., überarbeitete und  
aktualisierte Auflage

# Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung

von Klaus-Dirk Henke und Dirk Göppfarth

## 1 Das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Eine Definition und inhaltliche Abgrenzung des Gesundheitssystems, die allgemein anerkannt ist, gibt es nicht. Für den Zweck einer gesundheitsökonomischen Betrachtung muss man sich deshalb auf eine enumerative Abgrenzung einigen, die aufzählt, welche Bereiche dem Gesundheitswesen zugerechnet werden und welche nicht. Dabei ist grundsätzlich eine funktionale Vorgehensweise denkbar, bei der die Intention, mit der eine bestimmte Tätigkeit durchgeführt wird, über die Zugehörigkeit zu dem Gesundheitswesen entscheidet. Das Gesundheitswesen umfasst demnach die Gesamtheit aller Personen und Institutionen, die dem Ziel dienen, die Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen. Dieses Ziel lässt sich in weitere Unterziele unterteilen, etwa Vorsorge und Aufklärung, Behandlung, Pflege und Rehabilitation, sowie Ausbildung, Forschung und Lehre. Auch Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall lassen sich zum Gesundheitswesen zählen.

Weiterhin lassen sich diesen funktionalen Zielen die einzelnen institutionellen Einrichtungen des Gesundheitswesens zuordnen, die sich historisch entwickelt haben und größtenteils auch sozialrechtlich verankert sind. Insbesondere gehören hierzu die Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung, der Rehabilitation, der Arzneimittelversorgung und der öffentliche Gesundheitsdienst.

Im Rahmen eines derart abgegrenzten Gesundheitswesens spielen Krankenhäuser sowohl qualitativ als auch quantitativ eine hervorgehobene Rolle. Tabelle 1 zeigt den Anteil der Einrichtungen des Gesundheitswesens an den Gesundheitsausgaben. Krankenhäuser sind mit zur Zeit etwa 27% der quantitativ bedeutendste Ausgabenposten, der auch im Zeitverlauf (1980–2001) gegenüber anderen Einrichtungen, z. B. der ambulanten Gesundheitsversorgung, nicht an Bedeutung verloren hat, wenn man die seit 1992 ausgewiesenen Investitionen mit berücksichtigt, die zum größten Teil im stationären Sektor getätigt werden.

Die Entwicklung der stationären Behandlung bzw. der Krankenhauskosten beeinflusst daher in hohem Maße die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Allerdings sind die Wachstumsraten der Ausgaben für stationäre Behandlung zurückgegangen. Lagen sie zwischen den Jahren 1991 und 1995 jährlich bei durchschnittlich neun Prozent, so sind sie inzwischen auf etwa zwei Prozent jährlich zurückgegangen.

Bei den gesundheitspolitischen Bemühungen um eine „Kostendämpfung“ steht der Krankenhausbereich immer noch im Vordergrund. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass sich bei der Aufteilung der Gesundheitsausgaben auf die verschiedenen Einrichtungen immer Willkürlichkeiten ergeben. Zudem muss im Rahmen einer gesundheitspolitisch gewünschten Hinwendung des Gesundheitswesens zu mehr Ergebnis- und Patientenorientierung insbesondere die strikte institutionelle Trennung zwischen Einrichtungen des ambulanten und stationären Sektors in Frage gestellt werden. Dies gilt sowohl unter medizinischen Gesichtspunkten, da

	1980		1992		2001	
	Mio. €	v.H.	Mio. €	v.H.	Mio. €	v.H.
Gesundheitsschutz	1.757	2,69%	2.764	1,69%	3.955	1,75%
Ambulante Gesundheitsvorsorge	32.465	49,67%	75.811	46,46%	105.086	46,51%
davon: <i>Arztpraxen</i>	9.757	14,93%	21.876	13,41%	30.695	13,59%
<i>Zahnarztpraxen</i>	8.793	13,45%	12.761	7,82%	14.786	6,54%
<i>Praxen sonst. med. Berufe</i>	1.523	2,33%	3.741	2,29%	5.391	2,39%
<i>Apotheken</i>	9.356	14,31%	22.549	13,82%	30.931	13,69%
<i>Gesundheitshandwerk</i>	2.719	4,16%	12.358	7,57%	16.152	7,15%
<i>ambulante Pflege</i>	248	0,38%	2.025	1,24%	6.054	2,68%
<i>sonstige Einrichtungen</i>	70	0,11%	502	0,31%	1.077	0,48%
Stationäre und teilstationäre Versorgung	25.462	38,95%	62.796	38,49%	86.725	38,39%
davon: <i>Krankenhäuser</i>	19.790	30,28%	46.466	28,48%	61.961	27,42%
<i>Vorsorge-/Reha-Einrichtungen</i>	2.424	3,71%	5.651	3,46%	7.535	3,34%
<i>stationäre/teilstationäre Pflege</i>	3.197	4,89%	10.099	6,19%	15.873	7,03%
<i>berufliche/soziale Rehabilitation</i>	52	0,08%	580	0,36%	1.357	0,60%
Rettungsdienste	44	0,07%	1.324	0,81%	2.184	0,97%
Verwaltung	3.882	5,94%	8.696	5,33%	12.885	5,70%
Sonstige	1.745	2,67%	4.788	2,93%	8.416	3,73%
Ausland	10	0,02%	379	0,23%	406	0,18%
Investitionen	0	0,00%	6.605	4,05%	6.275	2,78%
Summe	65.365		163.164		225.931	

**Tab. 1:** Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten und Ausgabenträgern  
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2000, 2003a)

es zu Brüchen in der Behandlung, Betreuung und der Verantwortlichkeit für den Patienten kommt, als auch aus ökonomischer Sicht, da es zu Kommunikationsaufwand und doppelter Kapazitätsvorhaltung kommt. Vor allem muss aus Effizienzüberlegungen gefordert werden, dass die Versorgung dort vorzunehmen ist, wo sie bedarfsgerecht und am kostengünstigsten erbracht werden kann; dazu werden aber bei einer scharfen organisatorischen Trennung nicht immer die richtigen Anreize gesetzt.<sup>1</sup>

Krankenhäuser definieren sich als Einrichtungen, „in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden und Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“ (§ 2, Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz).<sup>2</sup> Eine Beschreibung der Leistungen, die ein Krankenhaus innerhalb des Gesundheitssystems erbringt, ist schwierig, da der Output eines Krankenhauses inhomogen ist und ausgeprägten Zurechenbarkeits- und Messbarkeitsproblemen unterliegt. Abstrakt lässt sich das Ziel eines Krankenhauses als die positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes des Patienten definieren. Konkreter bedeutet dies die Kuration oder Eindämmung einer Krankheit, oder zumindest die Linderung von Schmerzen. Eine weitere Leis-

tung der Krankenhäuser ist die Gewährleistung von Versorgungssicherheit, d.h. die gesamte Einwohnerschaft im Einzugsgebiet des Krankenhauses profitiert von der Sicherheit, dass im Fall einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls eine stationäre Behandlung möglich ist. Man spricht in diesem Fall vom Optionsnutzen, der entsteht, ohne dass das entsprechende Gut auch wirklich in Anspruch genommen wird. Im Falle der Universitätskliniken ist die Situation wesentlich differenzierter, da noch die Aufgaben der Universitäten in Forschung, Lehre und Weiterbildung hinzutreten und die Versorgung von Patientengruppen sichergestellt werden muss, soweit sie von niedergelassenen Ärzten und nicht-akademischen Häusern nicht angeboten werden kann.

Krankenhäuser erbringen diese Leistungen aber nicht vollkommen losgelöst von den anderen Sektoren des Gesundheitssystems, sondern sind mit diesen durch vielfältige Substitutionalitäts- und Komplementärbeziehungen verbunden. Bei der vor- und nachstationären Behandlung ergänzt die stationäre Behandlung ambulante Gesundheitsleistungen. Hingegen können stationäre Behandlungen durch gewisse Facharztleistungen ersetzt werden. Schließlich verwischt das ambulante Operieren die Grenze zwischen ambulanten Einrichtungen und stationären Leistungsarten. Vom Standpunkt einer stärkeren Ziel- und Ergebnisorientierung des Gesundheitswesens soll der Gesundheits- bzw. Krankenstand der Bevölkerung als Ausgangspunkt aller Überlegungen an die Stelle einer ausschließlich finanziellen Betrachtung treten. Um eine entsprechende Integration der Versorgungsbereiche zu gewährleisten, spielen sowohl die Organisationsstrukturen des Gesundheitssystems als auch die Vergütungsformen als Steuerungsinstrument eine wesentliche Rolle.

Dieser Beitrag untersucht zum einen, wie das Krankenhauswesen besser in das Gesundheitssystem integriert werden kann, um eine effizientere und bedarfsgerechtere Versorgung anzubieten. Zum anderen wird die Frage gestellt, wie die notwendigen Aufgaben der Krankenhäuser innerhalb des Gesundheitssystems auch bei zunehmender wettbewerblicher Orientierung des Gesamtsystems gewährleistet werden können. Dabei wird in Kapitel 2 die Rolle des Krankenhauses im mehrschichtigen System der Gesundheitsversorgung mit seinen unterschiedlichen Versorgungsangeboten untersucht, um dann in Kapitel 3 die Integrationsmöglichkeiten verschiedener Versorgungsformen zu betrachten. Die von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden in Kapitel 4 einer genaueren Analyse unterzogen, um in Kapitel 5 daraus entsprechende Konsequenzen für die Finanzierung und Steuerung zu ziehen.

## 2 Das Krankenhaus und seine Funktionen

### 2.1 Das Krankenhauswesen in Deutschland

Die Krankenhäuser sind ein bedeutender Wirtschaftszweig in Deutschland. Im Jahre 2001 wurden 53 Mrd. € für die Krankenhausversorgung ausgegeben. Dieser Wirtschaftszweig bietet 1,1 Mio. Menschen Beschäftigung. Es entstehen Einkommen in Höhe von 35 Mrd. €, so dass die volkswirtschaftliche Bedeutung dieses Sektors vor allem durch die Einkommenswirkung entsteht (Statistisches Bundesamt 2003c, vgl. auch Göppfarth und Milbrandt 1998).

<sup>1</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003: Tz. 96

<sup>2</sup> Diese Definition ist primär finanzierungs- und förderrechtlich orientiert. Vgl. zur Legaldefinition von Krankenhäusern auch § 107 Abs. 1 SGB V. Finanzierungsrechtlich nehmen sowohl Universitätskliniken (nach Hochschulfinanzierungsgesetz) und Bundeswehrkrankenhäuser einen Sonderstatus ein.



	Allgemeine Krankenhäuser			Sonstige Krankenhäuser	Krankenhäuser insgesamt
	Öffentliche Träger	Freigemeinnützige Träger	Private Träger		
Krankenhäuser	723	804	468	245	2.240
Aufgestellte Betten	276.754	198.205	41.283	36.438	552.680
Pflege tage (in Mio.)	82,1	57,0	11,9	11,8	162,8
Fallzahl (in Mio.)	8,8	6,1	1,2	0,4	16,6
Verweildauer (Tage)	9,3	9,3	9,7	28,8	9,8
Personal (Vollzeitkräfte im Jahresdurchschnitt)	477.322	255.721	52.441	47.046	832.530
davon hauptamtliche Ärzte	66.463	32.939	6.345	4.405	110.152

Tab. 2: Grunddaten der Krankenhäuser 2001 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2003b)

In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Jahr 2001 insgesamt 2.240 Krankenhäuser mit 552.680 Betten.<sup>3</sup> Sowohl die Zahl der Einrichtungen als auch der Betten ist in der Vergangenheit kontinuierlich gesunken. 1991 gab es noch 2.411 Häuser mit 665.565 Betten. Im selben Zeitraum stieg die Fallzahl von 13,9 Mio. Behandlungsfälle auf 16,6 Mio. Fälle, während die durchschnittliche Verweildauer von 14,6 Tagen auf 9,8 Tage sank. Der Versorgungsgrad, im Sinne der Zahl der Betten je 10.000 Einwohner, sank seit Beginn der neunziger Jahre von 83,2 auf 67,0. Hierin spiegelt sich das gesundheitspolitische Bestreben wider, Pflegefälle und ambulante Erkrankungen nicht mehr in Kliniken, sondern möglichst in speziellen Pflege- und Versorgungseinrichtungen behandeln zu lassen.

Hinsichtlich der Krankenhaustypen unterscheidet man in Deutschland Allgemeine Krankenhäuser und Sonstige Krankenhäuser. Dabei fallen unter die 245 Sonstigen Krankenhäuser die Einrichtungen, die ausschließlich über psychiatrische oder neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- und Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden. Bei den 1995 Allgemeinen Krankenhäusern gibt es 34 Hochschulkliniken, 1713 Plankrankenhäuser – das sind Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind –, 123 Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag mit einer Krankenkasse (§ 108 Nr. 3 SGB V) sowie 284 sonstige allgemeine Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag.

Weitere Unterscheidungskriterien bei den Krankenhäusern sind die Ausrichtungen und die Anzahl der Fachabteilungen sowie die Versorgungsstufe. Dabei unterscheidet man – abhängig von der Größe und der Zahl der Fachabteilungen – die folgenden Versorgungsstufen: Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Zentralversorgung. Für diese Typen bestehen bestimmte Größenvorstellungen und je nach Land auch Einzugsgebiete.

## 2.2 Trägerstruktur der Krankenhäuser

Der Träger eines Krankenhauses betreibt und bewirtschaftet das Krankenhaus. In Deutschland gibt es eine historisch gewachsene pluralistische Trägerstruktur, bestehend aus öffentlichen Krankenhäusern, freigemeinnützigen Krankenhäusern

<sup>3</sup> Diese und die folgenden Zahlen sind entnommen aus: Statistisches Bundesamt 2003b.

und privaten Krankenhäusern. Öffentliche Krankenhäuser werden von den Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden), Zusammenschlüssen von Gebietskörperschaften (Kreise, Landschaftsverbände etc.) oder den Parafisci (Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherungen, Knappschaft, Gesetzliche Unfallversicherung) getragen. 32 % der allgemeinen Krankenhäuser sind in öffentlicher Trägerschaft, in diesen sind aber 50 % der Betten aufgestellt (vgl. Tabelle 2). Dies liegt daran, dass sich vor allem Kliniken mit einer hohen Bettenzahl in öffentlicher Hand befinden.

Zu den freigemeinnützigen Trägern zählen die Kirchen, kirchliche Vereinigungen, freie Wohlfahrtsverbände und Stiftungen. Diesen Trägern ist die Gemeinnützigkeit anerkannt, d.h. sie sind der „Förderung der Allgemeinheit“ verpflichtet. Der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser ist mit 36 % inzwischen sogar höher als der der öffentlichen Einrichtungen, allerdings liegt der Anteil an den aufgestellten Betten mit 36 % erheblich niedriger, da diese Träger vor allem Krankenhäuser mittlerer Größenordnung betreiben.

Die 468 Privatkliniken (21 %) sind in der Regel kleine, hochspezialisierte Kliniken, die sich im Eigentum der Ärzte befinden. Im Jahr 2001 gab es nur 8 Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit mehr als 500 Betten. Zunehmend gibt es aber auch Kapitalgesellschaften, die größere Einrichtungen betreiben. Die zunehmende Rolle privater Krankenhausgesellschaften schlägt sich auch in der Entwicklung der aufgestellten Betten nieder: so ist der Anteil der aufgestellten Betten in privaten Einrichtungen von 5,7 % im Jahr 1997 auf 7,5 % im Jahr 2001 gestiegen.

Die Frage, ob und wie sich Krankenhäuser nach ihrem Träger in Bezug auf Effektivität, Effizienz und Qualität unterscheiden, ist Gegenstand einer umfangreichen empirischen und theoretischen Literatur.<sup>4</sup> Insgesamt zeigen diese Studien, dass die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern einer Trägerart größer sind, als die Unterschiede zwischen den Trägerarten. Vor allem findet die Befürchtung keine Bestätigung, dass die Qualität der Versorgung in privaten Krankenhäusern leidet. Andererseits haben private Krankenhäuser nicht per se einen Effizienzvorteil; vielmehr können sich auch staatliche und freigemeinnützige Häuser bei guter Führung erfolgreich dem zunehmenden Wettbewerb stellen (vgl. Henke und Mackenthun 2003).

## 3 Integrationsmöglichkeiten der Versorgungsbereiche

### 3.1 Schnittstellen zu anderen Sektoren des Gesundheitswesens

Der stationäre Sektor hat vielfältige Schnittstellen zu den anderen Sektoren des Gesundheitswesens. Praktisch sind aber zwei Schnittstellen von herausragender Bedeutung: die Schnittstelle zu den niedergelassenen Ärzten – hier insbesondere zum einweisenden Arzt – und die Schnittstelle zu den nachgelagerten Versorgungsbereichen – hier vor allem die Rehabilitation und Pflege.

An der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung fehlt die Rolle eines Koordinators, der den Behandlungsverlauf des Patienten durch die verschiedenen Einrich-

<sup>4</sup> Für einen Überblick siehe Sloan 2000.

tungen einschließlich der nicht-medizinischen Nachbetreuung begleitet und für die Abstimmung der medizinischen Maßnahmen sorgt. Ein weiteres Problem besteht darin, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Als Maßnahmen kommen hier in Frage:

- persönliche Ermächtigung von angestellten Krankenhausfachärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- finanzielle Anreize für das Krankenhaus, durch eine prästationäre Untersuchung die Aufnahme zu vermeiden
- Kontrolle der Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme, z. B. durch den medizinischen Dienst, anhand von Leitlinien oder durch Einholung einer Zweitmeinung
- Ausweitung des ärztlichen Notdienstes und Beteiligung von Gebietsärzten an der Notaufnahme der Krankenhäuser
- Der einweisende Arzt wird an der stationären Behandlung beteiligt, indem er z. B. an Visiten und ärztlichen Besprechungen teilnimmt.
- EDV-Vernetzung von Krankenhäusern und Praxen
- Niedergelassene Ärzte verlegen einen Teil ihrer Sprechstunden in Räume des Krankenhauses.

Solche vorgeschlagenen Instrumente werden zur Zeit in Modellen erprobt, deren Ergebnisse vor einer flächendeckenden Einführung abzuwarten sind.

Neben der verstärkten Kooperation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten muss die Kooperation zwischen Krankenhäusern und die Koordination und Kooperation im Bereich der pflegerischen Versorgung treten. Fusionen zwischen Häusern sind genauso erforderlich wie Schwerpunktbildungen. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern erleichtern und verbessern die Beschaffung von Vorleistungen, das Krankenhausmanagement und die Budgetverhandlungen mit den Kassen. Unterhalb von Zusammenschlüssen sind auch Kooperationen beim Notfalldienst, in der ärztlichen Weiterbildung bis hin zu mobilen OP-Teams denkbar.

Im Bereich der pflegerischen Versorgung geht es um ein Entlassungsmanagement, das eine frühzeitige Entlassung ermöglichen und die anschließende pflegerische Versorgung organisieren soll. Hierzu wird die Einführung von Komplexpauschalen gefordert, die neben der eigentlichen kurativen Behandlung auch die pflegerische Anschlussbehandlung umfassen. Die Einrichtungen müssen bei der Aufteilung der Pauschale kooperieren und sich über Behandlungsstandards und Versorgungsziele einigen. Damit wird die institutionelle Trennung, bei der das Interesse am Patienten meistens an der Grenze der jeweiligen Institution endet, überwunden. Insbesondere um sicherzustellen, dass die frühzeitigeren Entlassungen aufgrund der DRG-Abrechnungen nicht nur zu einer Kostenverlagerung in die nachgelagerten Versorgungsbereiche führen, muss die Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation nahtlos definiert werden. So schlagen Neubauer und Novy (2002) auch für den Reha-Bereich eine fallorientierte Vergütung vor. Hieraus könnten dann für ausgewählte Indikationsgebiete Komplexpauschalen gebildet werden, um die Kooperation der beiden Versorgungsbereiche zu verbessern.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Diesen Weg hat der Verordnungsgeber mit der Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) auch beschritten.

### 3.2 Formen der Integration

Trotz dieser bedeutenden Schnittstellen existiert noch immer eine scharfe Grenze zwischen den einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, die historisch in dieser Form gewachsen ist. Diese Grenze bezieht sich nicht nur auf die rigide organisatorische Trennung, sondern auch darauf, dass diese Trennung durch getrennte Budgets und unterschiedliche Honorierungsverfahren bzw. Abrechnungsmodalitäten noch gestärkt wird. Mit der Einweisung in das Krankenhaus endet im Allgemeinen der Versorgungsauftrag des niedergelassenen Arztes. Diese strikte Trennung der Leistungsbereiche ist sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen Gründen kritisch zu sehen. Medizinisch problematisch ist die Diskontinuität der Behandlung, Betreuung und der Verantwortlichkeit für den Patienten. Dies kann zu Behandlungsunterbrechungen, schlecht aufeinander abgestimmten Behandlungen sowie zu unzureichender Nachsorge führen. Aus ökonomischer Sicht kommt es zu einem erhöhten Kommunikationsaufwand und einer parallelen Vorhaltung von Kapazitäten. Insgesamt sind die Folgen also Reibungsverluste, d. h. vermeidbare Effektivitäts- und Effizienzverluste, die die Forderung nach einer größeren Durchlässigkeit und Verzahnung der Sektoren begründen. Eine solche Integration kann grundsätzlich auf zwei Wegen erfolgen: Durch eine stärkere personelle Verknüpfung der in den Einrichtungen beschäftigten Personen oder durch eine institutionelle Verzahnung.

Die personelle Verzahnung kann vor allem stattfinden durch Belegärzte sowie durch die Beteiligung und Ermächtigung von Krankenhausärzten. Bei letzterem geht es um die Teilnahme von ermächtigten Krankenhausärzten an der vertragsärztlichen medizinischen Versorgung. Dies scheint angebracht, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung es erfordert. Es besteht aber die Gefahr einer Interessenkollision, zum einen durch ungerechtfertigte Einweisungen der Patienten, als auch durch eine Ausweitung der persönlichen Leistungserbringung durch den Arzt bis hin zur poliklinischen Behandlung durch Krankenhäuser. Entsprechend restriktiv wird die Ermächtigung von Krankenhausärzten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gehandhabt. Erfolgversprechender scheint der Ausbau des Belegarztwesens. Belegärzte sind in eigener Praxis tätige Ärzte, die zusätzlich aufgrund eines Vertrags mit einem Krankenhaus Betten mit Patienten belegen und stationär behandeln dürfen. Attraktiv hieran ist die Tatsache, dass die ambulante und stationäre Betreuung durch dieselbe Person erfolgt, aber gleichzeitig die freie Arztwahl für den Patienten besteht. Allerdings kann es auch hier zu einer Interessenkollision kommen, da Belegärzte in die Interessen ihres Krankenhauses eingebunden sind und wenig Anreize zu einer Verlagerung ambulant durchführbarer Leistungen aus dem stationären Sektor haben. Auch wird die freiberufliche ärztliche Tätigkeit am Krankenhaus unter Verweis auf Kosten teilweise kritisch bewertet. Vergütungstechnische Unterschiede machen im Übergang zum pretialen DRG-System keinen Sinn mehr. Insgesamt bestehen hier aber Fortentwicklungsmöglichkeiten, bei denen auch die Bedeutung der Ambulanzen an den Hochschulkliniken für Forschung und Lehre einbezogen werden muss.

Diese Nachteile der personellen Verzahnung führen zur Forderung einer institutionellen Verzahnung, die mittlerweile eine Vielzahl möglicher Organisationsformen angenommen hat:

- Tageskliniken, die eine sog. „short stay surgery“ ermöglichen sollen. Vollstationäre Behandlungen werden, wo dies medizinisch sinnvoll ist, durch eine tagesklinische Behandlung am Krankenhaus ersetzt.
- Praxiskliniken, in denen unterschiedliche Gebietsärzte als Belegärzte und zugleich als niedergelassene Ärzte unter einem Dach zusammenarbeiten.
- Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlungen, die bei stationären Behandlungen die Diagnostik und die Nachsorge ambulant im Krankenhaus ermöglichen. Damit sollen unnötige Doppel- und Paralleluntersuchungen wegfallen.
- Aufbau medizinisch-technischer Gemeinschaftseinrichtungen. Im Bereich der technikintensiven medizinischen Funktionsdienste gilt es, eine parallele Vorhaltung von Kapazitäten zu vermeiden. Denkbar wären die Bereitstellung von Großgeräten durch Krankenhäuser und die Nutzung durch niedergelassene Ärzte, das Outsourcing dieser Tätigkeiten durch das Krankenhaus an Spezialisten oder die Gründung spezieller Einrichtungen, die für beide Sektoren entsprechende Dienstleistungen unternehmen.
- Integrierte Versorgung. Hierbei handelt es sich um sektorübergreifende Versorgungsverträge im Verband mehrerer Leistungserbringer mit fall- oder versichertenbezogener Vergütung und der Übernahme einer gewissen Budgetverantwortung durch die Leistungserbringer.

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, vor allem der Entwicklung endoskopischer und minimal-invasiver Techniken, nehmen die Möglichkeiten des ambulanten Operierens und integrierter Versorgungsformen immer weiter zu. Die wesentliche Schwierigkeit bei der Umsetzung besteht darin, Finanzierungs-, Vergütungs- und Honorierungsformen zu finden, die hier die richtige Lenkungswirkung entfalten, um sicherzustellen, dass Versorgungsmaßnahmen jeweils in dem Bereich erfolgen, in dem dies medizinisch und ökonomisch angezeigt erscheint. Es gilt aber auch, das Entstehen einer ambulanten Krankenhausversorgung, die dem bewährten freiberuflichen System der niedergelassenen Ärzte ruinöse Konkurrenz machen würde, zu verhindern.

### 3.3 Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitssystem

Insgesamt wurden in den letzten Jahren in Deutschland wesentliche Schritte in die Richtung einer integrierteren Versorgung unternommen. So wurden im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes aus dem Jahre 1992 die Behandlungsformen „vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus“ sowie die „ambulanten Operationen im Krankenhaus“ geschaffen. Mit der Gesundheitsreform 2000 kamen die Integrationsverträge hinzu. Auch das GKV-Modernisierungsgesetz, das zum 1.1.2004 in Kraft trat, sieht eine stärkere Integration der ambulanten und stationären Versorgung vor. So dürfen Krankenhäuser zwar nicht direkt eine Zulassung als „Gesundheitszentrum“ erhalten, sie können sich aber über eine Management-Gesellschaft an der unternehmerischen Führung beteiligen und das Gesundheitszentrum auf dem Gelände des Akutkrankenhauses betreiben. Zur Schließung von Versorgungslücken im fachärztlichen Bereich können Krankenkassen Einzelverträge mit zugelassenen Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung schließen. Auch im Rahmen von Disease-Management-Programmen kann

eine ambulante Behandlung durch Krankenhäuser ermöglicht werden. Schließlich wird eine Teilöffnung der Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen per institutioneller Ermächtigung ermöglicht. Inwieweit sich diese (vorsichtigen) Öffnungen der Krankenhäuser in der Praxis durchsetzen können, bleibt abzuwarten. Die Erfahrungen mit den bisherigen Maßnahmen, die eine Verzahnung der Sektoren ohne eine Integration auch der Organisations- und Finanzierungsstrukturen erreichen wollten, lassen skeptisch stimmen. Es wurde zwar die rigide Trennung aufgehoben – die Interessengegensätze der Sektoren bestehen aber unverändert.

Die Probleme, die die Umsetzung von Maßnahmen zur Verzahnung der Versorgungsbereiche bei unveränderten Organisations- und Finanzierungsstrukturen bereiten, zeigen, dass ein für die Patienten aufeinander abgestimmtes Angebot von Gesundheitsleistungen erst dann möglich ist, wenn sektorübergreifende Organisationsstrukturen und Vergütungsformen ermöglicht werden. Zudem macht es die vorgesehene Neuordnung der Zulassung zur ambulanten fachärztlichen Versorgung einschließlich der Beteiligung von Krankenhäusern und Krankenhausärzten erforderlich, in das DRG-Vergütungssystem stärker das ambulante Leistungsgeschehen einzubeziehen. Mit dem DRG-System wird es für das Krankenhaus auch finanziell interessant, eine qualifizierte ambulante Weiterbehandlung sicherzustellen, denn diese ermöglicht oft erst eine frühe Entlassung. Diesen finanziellen Anreiz kann das Krankenhaus aber nicht an den weiterbehandelnden Arzt weitergeben. Erst die integrierte Versorgung macht dies möglich.

## 4 Die Leistungen des Krankenhauses und ihre Bereitstellung

### 4.1 Medizinische und pflegerische Leistungen

Innerhalb des Gesundheitssystems haben die Krankenhäuser die Aufgabe, die Behandlungen von Patienten zu übernehmen, wenn eine kontinuierliche Unterbringung und medizinische Überwachung erforderlich ist. Insofern ließe sich die Hauptleistung eines Krankenhauses als die positive Beeinflussung des Gesundheitszustands des Patienten definieren. Eine Operationalisierung dieser Definition scheitert aber schon an der strittigen Definition des Begriffs „Gesundheit“. Aber selbst wenn man sich auf eine Definition einigen könnte, blieben umfassende Probleme der Messbarkeit und Zurechenbarkeit. Man müsste in der Lage sein, den Gesundheitszustand des Patienten objektiv zu Beginn und am Ende der Behandlung messen zu können. Um den Anteil der Gesundheit, die auf die Krankenhausleistung zurückzuführen ist, zu bestimmen, müsste ferner auch der fiktive Zustand bestimmt werden, der ohne die Krankenhausbehandlung eingetreten wäre (Breyer 1992, S. 87 f.). Aus diesen Gründen werden zu der Bestimmung des Krankenhausoutputs gewöhnlich nicht die Änderungen des Gesundheitszustandes herangezogen, sondern die für diesen Zweck erbrachten Leistungen, d.h. Inputs und Zwischenprodukte im Produktionsprozess von Gesundheit. Dieses Vorgehen hat zur Folge, dass die Leistungsspezifikation operationalisierbarer und messbarer wird, andererseits sinkt die Interpretierbarkeit des Ergebnisses als Beitrag zum Gesundheitsprozess. Diese Erkenntnis ist wichtig, da sie beim Übergang zu den so genannten „outputorientierten“ Vergütungsformen eine Rolle spielt.

Weiterhin spielt auch das körperliche und seelische Wohlbefinden während des Krankenhausaufenthalts in den Präferenzen des Patienten eine Rolle. Neben der seelsorgerischen Betreuung sind insofern auch die Hotelleistungen, d. h. die Qualität von Unterkunft und Verpflegung als Leistung des Krankenhauses zu betrachten.

Aus ökonomischer Sicht handelt es sich bei der – wie auch immer definierten – Leistung des Krankenhauses um ein privates Gut, d. h. wir können vom Markt die Lösung des Allokationsproblems erwarten. Hiergegen wird eingewandt, Unsicherheiten und externe Effekte könnten in diesem Fall vorliegen. Die Unsicherheit kann zwei Bereiche betreffen: Zum einen besteht Unsicherheit bezüglich der Wahrscheinlichkeit, mit der Krankenhausleistungen in Anspruch genommen werden müssen und der (finanziellen) Schadenshöhe, zum anderen kennt der einzelne die Qualität der angebotenen medizinischen Leistungen nicht. Die erste Form von Unsicherheit kann zwar durch den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages nicht beseitigt, wohl aber in ihren Konsequenzen derart gemildert werden, dass sich die relevante Unsicherheit auf die Unkenntnis der Qualität und Effektivität der Behandlung reduziert. Diese Unsicherheit resultiert aus der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Patienten und Ärzten. In der Literatur werden vielfältige Mechanismen überlegt, um die Probleme dieser asymmetrischen Informationsverteilung zu mildern (Breyer, Zweifel 1997, S. 161ff.); jedoch ist nicht davon auszugehen, dass eine staatliche Bereitstellung oder Finanzierung von Krankenhausleistungen an diesen Konflikten grundsätzlich etwas ändert.

Externe Effekte liegen dann vor, wenn die Produktions- oder Konsumaktivitäten eines Wirtschaftssubjektes Auswirkungen auf das Wohlergehen eines anderen Wirtschaftssubjektes haben, ohne dass dies durch den Preismechanismus ausgeglichen wird. Ein klassisches Beispiel ist der Impfschutz. Dessen Nutzen kommt nicht nur der geimpften Person zugute sondern auch Dritten in Form einer niedrigeren Ansteckungsgefahr. Im Krankenhausbereich spielen derartige Externalitäten eine nur untergeordnete Rolle; ferner würde die durch den obligatorischen Krankenversicherungsschutz bewirkte nahezu „kostenlose“ Bereitstellung von Krankenhausleistungen selbst im Falle von externen Effekten nicht zu einer Unterkonsumtion des Gutes führen.

## 4.2 Kapazitätsvorhaltung als Versorgungssicherheit

Die Leistungen eines Krankenhauses beziehen sich aber nicht nur auf diejenigen, die tatsächlich als Patienten im Krankenhaus behandelt werden. Die Vorhaltung von Krankenhausbetten einschließlich der zugehörigen Ausstattung mit Personal und Geräten gibt allen Einwohnern im Einzugsbereich des Krankenhauses die Sicherheit, dass im Notfall eine adäquate stationäre Versorgung sichergestellt ist. Diesen Nutzen, der bei den Patienten durch die Option entsteht, das Gut in der Zukunft konsumieren zu können, nennt man Optionsnutzen (vgl. Weisbrod 1964). Ein Problem ist, dass diese Konsumenten, da sie das Gut ja nicht in Anspruch nehmen, diesen Nutzen nicht über Pflegesätze honorieren. Der soziale Wert der Einrichtung übersteigt aber somit die Summe der Behandlungsentgelte. Den Aspekt des Optionsnutzens kann man auch als Form der Kuppelproduktion interpretieren: Krankenhäuser erzeugen zugleich das private Gut der medizinischen Behandlung und das Optionsgut der Kapazitätsvorhaltung.

Die ökonomische Problematik aus der Existenz des Kuppelproduktes „Versorgungssicherheit“ entsteht daraus, dass dieses Gut die Eigenschaften eines öffentlichen Gutes aufweist. Ein vorgehaltenes Krankenhausbett kann – bis zu einer gewissen Kapazitätsgrenze – die Optionsnachfrage mehrerer potentieller Besucher befriedigen. In diesem Sinne liegt hier Nicht-Rivalität im Konsum bis zur Kapazitätsgrenze vor. Von der Versorgungssicherheit durch die Kapazitätsvorhaltung kann auch niemand ausgeschlossen werden. Rein technisch gesehen wäre ein Ausschluss von dem privaten Kuppelgut der medizinischen und pflegerischen Versorgung möglich. Es wäre theoretisch denkbar, Personen, die sich an der Finanzierung nicht beteiligt haben, im Notfall von den Leistungen auszuschließen. Aus humanitären und rechtlichen Gründen würde aber eine solche Regelung schnell an ihre Grenzen stoßen. Für die Bereitstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch die Krankenhäuser ist es unbedeutend, dass das Ausschlussprinzip nicht angewandt werden kann, da der Gesetzgeber durch die Versicherungspflicht sichergestellt hat, dass die Krankenhäuser für ihre Aufwendungen bezahlt werden.

Entgeltfähig ist jedoch aus Sicht des Krankenhauses zunächst nur die medizinische Leistungserbringung, nicht aber die Kapazitätsvorhaltung. Das Ausmaß der Unterdeckung hängt aber entscheidend davon ab, ob die beiden Güter in einem Komplementär- oder Substitutionalitätsverhältnis stehen. Nur wenn die Inanspruchnahme der medizinischen und pflegerischen Leistungen des Krankenhauses ein geeigneter Indikator für die Inanspruchnahme des Optionsnutzens ist – die beiden Güter demnach Komplemente sind –, kann ein Aufschlag auf die Entgelte das Finanzierungsproblem der Vorhaltekosten relativieren. In der vorliegenden Situation wird dies nur eingeschränkt der Fall sein: So dürfte in einem Landkreis die tatsächliche Inanspruchnahme in einem anderen Verhältnis zum Optionsnutzen stehen als in einer Großstadt. Darüber hinaus ist fraglich, ob Krankenhäuser entsprechende Zuschläge in einem kompetitiven Umfeld durchsetzen könnten.

Eine optimale Kapazitäts- und Bereitstellungsentscheidung erfordert daher nicht-lineare Preise, zum Beispiel in Form einer Pauschale zur Abgeltung des Optionsnutzens und (Markt-) Preisen für die medizinischen und pflegerischen Leistungen. Für eine solche Lösung werden drei institutionelle Ausgestaltungen genannt: Die Abgeltung des Optionsnutzens durch staatliche Zahlungen, die Club-Lösung und die Versicherungslösung.

Die erste Lösung entspricht im Wesentlichen dem Status Quo. Die Vorhaltung der Krankenhäuser wurde zur öffentlichen Aufgabe erklärt und in der Form der Krankenhausplanung durch die Länder geregelt. Gleichzeitig übernehmen die Länder die Investitionskosten der Krankenhäuser unter der Annahme, dass damit die Vorhaltekosten abgedeckt seien. Jedoch ist fraglich, ob die Investitionskosten als Indikator für den Optionsnutzen geeigneter sind als die Pflegesätze. Zudem wird die Logik der Krankenhausplanung durch die zunehmende wettbewerbliche Orientierung des Gesundheitswesens in Frage gestellt: Weder können die Krankenhäuser nach individuellem betriebswirtschaftlichen Kalkül entscheiden, noch können die Krankenkassen Einfluss auf Umfang und Struktur der stationären Leistungserbringung nehmen. Als grundsätzliche Alternativen hierzu sind die Club-Lösung und die Versicherungs-Lösung denkbar (Kopetsch 1996, S. 212).

Bei der Club-Lösung treten potentielle Patienten einem „Krankenhausclub“ bei, der ihnen im Bedarfsfall die stationäre Versorgung garantiert; ein Mitgliedsbeitrag sichert die Kapazitätsvorhaltung, während über die Pflegesätze die Inan-

spruchnahme abgegolten wird. Da aber das Ausschlussprinzip in dieser Situation nicht greift, also Nicht-Mitglieder nicht glaubwürdig von der Behandlung ausgeschlossen werden können, ist dieses Konzept nicht tragfähig. Ein „Krankenhausclub“ wäre nur dann tragfähig, wenn der staatliche Zwang hinzukäme, um „Trittbrettfahren“ zu unterbinden. Jeder wäre verpflichtet, sich in einen „Krankenhausclub“ einzuschreiben und dort über Abgaben, analog z.B. zum Anliegerbeitrag, die Sicherstellung von Krankenhausleistungen mitzufinanzieren.

Anders sieht es mit der Versicherungslösung aus. Da nahezu die gesamte Bevölkerung in Deutschland krankenversichert ist, besteht hier das Trittbrettfahrerproblem nicht. Die Krankenkassen können also die Zahlungsbereitschaft ihrer Mitglieder für die Optionsnachfrage über die Zwangsbeiträge abschöpfen und an die Krankenhäuser weiterleiten. Man könnte die Krankenversicherungen dabei im obigen Sinne als Mehrprodukt-Clubs interpretieren, die neben der Krankenhaus-Versorgungssicherheit auch andere Gesundheitsgüter bereitstellen. Bei einer solchen Lösung handelt es sich um eine monistische Finanzierung nur in dem Sinne, dass die Vergütung der Krankenhäuser aus einer Hand erfolgt; praktisch müssten die Krankenversicherungen aber eine gesplante Vergütung der Krankenhäuser vornehmen. Konsequenterweise müsste aber nicht nur die Finanzierungsfunktion auf die Krankenkassen übergehen, sondern auch die Steuerungsfunktion.

## 5 Finanzierung und Steuerung

### 5.1 Wiedereinstieg in die monistische Krankenhausfinanzierung?

Im gegenwärtigen System der Krankenhausfinanzierung gibt es eine Mischfinanzierung; die Bundesländer finanzieren die Krankenhausinvestitionen, während die laufenden Betriebsausgaben über die Pflegesätze von den Krankenkassen übernommen werden. Bei der Investitionsfinanzierung unterscheidet man einerseits die Pauschalförderung, die den Krankenhäusern unabhängig von der Bedürftigkeit, aber gestaffelt nach der Versorgungsstufe für die Beschaffung kurzfristiger Anlagegüter ausgezahlt wird. Für größere Investitionen, d.h. insbesondere Neubau, Umbau oder Erweiterungsbau gibt es Zuschüsse, die beantragt werden müssen und entsprechend den nachgewiesenen Kosten vergeben werden. Unabdingbare Voraussetzung dafür, staatliche Investitionszuschüsse zu erhalten, ist die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan des entsprechenden Landes.

Von ökonomischer Seite wird immer wieder auf die Nachteile dieser dualen Finanzierung hingewiesen (Hansmeyer und Henke 1998, Neubauer 2003). Die Investitionsfinanzierung ist von unmittelbarer Auswirkung auf die Betriebsausgaben des Krankenhauses, da mit den Investitionen auch die Betriebsabläufe im Krankenhaus festgelegt werden. Damit kommt es aber zwangsläufig zu einer Interessenskollision der beiden Finanzierungsträger. Im Zweifel werden die Landesbehörden einen Aufschub von Investitionen hinnehmen und dabei nicht berücksichtigen, dass diese Entscheidung durch unterbliebene Rationalisierungsinvestitionen oder nicht optimale Betriebsabläufe unnötig hohe Betriebsausgaben

verursachen kann. Andererseits werden Krankenkassen ein Interesse haben, durch ein Vorziehen von Investitionen und übermäßige Investitionen in betriebskostensenkende Großgeräte, wie z.B. Nierensteinertrümmerer, die Pflegesätze zu Lasten der Investitionsausgaben zu senken. Gegen die duale Krankenhausfinanzierung kann weiterhin eingewandt werden, dass, wenn sich das Investitionsvolumen letztlich durch die Länderhaushalte und somit durch die unterschiedliche Länderfinanzkraft bestimmt, eine bundeseinheitliche Krankenhausversorgung gefährdet sein kann. Schließlich ist mit der Gesundheitsreform eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der Leistungsanbieter erwünscht. Dafür müssen aber die Geschäftsführungen der Krankenhäuser auch die Möglichkeit haben, sich wie Unternehmen zu verhalten. Vor diesem Hintergrund wirkt das Ausmaß der staatlichen Eingriffe in die Planung und die betriebswirtschaftlichen Abläufe nunmehr systemfremd.

Die Überlegungen in Abschnitt 4.2 haben gezeigt, dass eine duale Finanzierung der Krankenhäuser nicht per se abzulehnen ist. Vielmehr richtet sich die Kritik gegen die konkrete Ausgestaltung der dualen Finanzierung im Sinne der gesplante Vergütung. Zwar könnte auch der Staat versuchen, neben den Pflegesätzen eine Pauschale zu definieren, durch die der Optionsnutzen aus der Versorgungssicherheit abgegolten wird. Praktisch dürfte es aber realistischer sein, diese Aufgabe dem Such- und Entdeckungsprozess des Marktes zu überlassen. Dies entspricht auch eher der gewünschten wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens.

Mit dem im Jahr 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz begannen erste vorsichtige Schritte in Richtung Monisitik (Henke et al. 1995). Nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 21.1.1993<sup>6</sup> sind bauliche Instandhaltungsaufwendungen nicht zu den förderungswürdigen Investitionskosten zu zählen. Seit dem Jahr 1997 sind diese Ausgaben pflegesatzfähig und werden durch einen Aufschlag von 1,1 % auf alle Vergütungssätze finanziert. In der Tendenz geht die Entwicklung also immer weiter zur Krankenhausfinanzierung aus einer Hand.<sup>7</sup> Diese Tendenz wird noch verstärkt durch die Investitionslücke, die die aus Gründen der Haushaltskonsolidierung rückläufigen Landesfördermittel hervorrufen (vgl. Henke, Mackenthun 2003). Krankenhäuser mussten diese Lücke zwangsläufig monistisch – d.h. mit Eigenmitteln – auffüllen. Vorreiter sind hier die privaten Krankenhausunternehmen.

### 5.2 Steuerungswirkung des Vergütungssystems

Von den Regelungen der Vergütungs- und Honorierungssysteme, d.h. der Mittelverwendung, gehen Anreize aus, die das medizinische Leistungsgeschehen in den verschiedenen Versorgungsbereichen wesentlich beeinflussen können. Sie sind Gegenstand von Reformüberlegungen, bei denen die Behandlungsergebnisse und ihre Qualität stärker in den Vordergrund rücken sollen. Mit der Wahl des Vergütungssystems werden folgende Steuerungsziele verfolgt: Zum einen sollen Anreize

6 BVerwG Neue Juristische Wochenschrift 1993, S. 2391 ff.

7 Allerdings scheiterte die in der Gesundheitsreform 2000 geplante Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung im Bundesrat.

zu wirtschaftlichem Handeln gesetzt werden, um technische Effizienz und ein optimales Faktoreinsatzverhältnis zu erreichen. Weiterhin wird Leistungsgerechtigkeit bezweckt, d.h. grundsätzlich soll gelten, dass es – über Einrichtungen und Sektoren hinweg – eine gleiche Vergütung für die gleiche Leistung geben soll, sowie mehr Geld für höherwertige Leistungen. Schließlich soll mit dem Vergütungssystem die maximale Behandlungsqualität gesichert werden. Die wesentlichen Folgen dieser Ziele sind einerseits, dass beim Bewertungsverfahren versucht wird, von retrospektiven Vergütungssystemen überzugehen zu prospektiven. Retrospektive (rückblickende) Verfahren setzen an Vergangenheitswerten an, in diesem Fall in der Regel an den Selbstkosten. Will man gemäß dem Motto „Leistung honorieren statt Kosten subventionieren“ zu prospektiven Verfahren übergehen, so erhält die Vergütung für das Krankenhaus immer stärker den Charakter von Preisen. Dies müssen aber keine Marktpreise sein, sondern können auch Verhandlungspreise, administrierte Preise oder Kostenfestpreise sein. Bezüglich der Abrechnungseinheiten ist die Folge, dass versucht werden muss, von einer inputorientierten zu einer stärker outputorientierten Bemessungsgrundlage überzugehen (vgl. Abschnitt 4.1). Wegen der bekannten Probleme der Leistungsdefinition im Krankenhaus müssen jedoch geeignete Indikatoren für den Krankenhausoutput gefunden werden.

Der erste Schritt vom Selbstkostendeckungsprinzip zu leistungsorientierten Vergütungsformen wurde in Deutschland im Jahr 1996 mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten gemacht. Diese deckten jedoch nur einen kleinen Teil des Leistungsgeschehens ab. Andere Bereiche wurden weiterhin kostenbezogen vergütet, was zu Kostenverlagerungen führte. Deshalb wurde dieses Mischsystem zum 1.1.2003 schrittweise durch ein neues, durchgängiges Entgeltssystem abgelöst. Dieses neue Entgeltssystem wird auf DRGs (Diagnosis Related Groups), einem international bewährtem Klassifikationssystem für Behandlungsfallgruppen, basieren und die Vergütung für alle allgemeinen Krankenhausleistungen – mit Ausnahme der psychiatrischen Leistungen – für diese Fallgruppen pauschalisieren. Die Selbstverwaltung hat sich zur Übernahme der Australian Refined DRGs (AR-DRGs) entschieden, die an deutsche Verhältnisse angepasst wurden (G-DRG). Nach der budgetneutralen Einführungsphase in den Jahren 2003 und 2004 werden die Entgelte in der Konvergenzphase der Jahre 2005 und 2006 in landesweit einheitliche Basisfallpauschalen überführt. Damit kommt es zu einer Art Festpreissystem in der stationären Versorgung, welches unter dem Aspekt des Anreizes zu kostengünstiger Leistungserstellung zu begrüßen ist. Weil aber die vorgesehenen landeseinheitlichen Basisfallwerte einen Preiswettbewerb verhindern, können die Krankenhäuser mögliche Effizienzvorteile nicht in Form niedrigerer Preise als unmittelbaren Wettbewerbsvorteil nutzen. Über die Weiterentwicklung des Systems über das Jahr 2006 hinaus wurde noch nicht entschieden.

Die DRGs ermöglichen einen Leistungswettbewerb, der allerdings Transparenz der Qualität voraussetzt, die bisher für die Patienten nur unzureichend gegeben ist. Daher muss die Vergütung über DRGs von intensiven Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet werden. Der Gesetzgeber hat hier verschiedene Maßnahmen vorgesehen. Zum einen werden für bestimmte Behandlungsformen Mindestbehandlungsmengen definiert, die hohe Qualität durch ein Mindestmaß an Routine sicherstellen sollen. Dies wird zu einer zunehmenden Spezialisierung und zur Bildung von Kompetenzzentren für bestimmte medizinische Leistungen füh-

ren. Des Weiteren werden bundesweite Mindestanforderungen an Struktur- und Ergebnisqualität definiert und die Krankenhäuser ab 2005 verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen.

Über die genauen Auswirkungen der DRGs kann Anfang 2004 nur spekuliert werden. Eindeutig ist jedoch, dass die den DRGs zugrunde liegenden mittleren Verweildauern erheblich unter den bisher beobachteten Verweildauern liegen. Durch die Umstellung der Vergütung ist daher mit einer erheblichen Verweildauerverkürzung zu rechnen – nach Expertenmeinung um zwei bis vier Tage über alle Fälle. Die Krankenhausverweildauer in Deutschland würde sich damit dem internationalen Durchschnitt annähern (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2002).

Dieses System wird den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander verstärken.<sup>8</sup> Leistungsfähige Krankenhäuser werden profitieren, während unwirtschaftliche Stationen, Abteilungen und Häuser sich anpassen müssen und im Extremfall aus dem Markt ausscheiden. Davon wird auch die staatliche Krankenhausplanung betroffen sein. Zukünftig wird es unmöglich sein, Krankenhäuser an unwirtschaftlichen Standorten zu erhalten. Wird dies bei der Planung nicht berücksichtigt, kommt es zu Investitionsruinen.

Eine wichtige Aufgabe, die den Vergütungs- und Honorierungssystemen zukommt, ist, dafür Sorge zu tragen, dass keine falschen Anreize gesetzt werden, was den Ort der Leistungserbringung angeht. Dies bedeutet, dass sich langfristig die Honorierungs- und Vergütungssysteme der einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen annähern müssen.

### 5.3 Sicherstellung der notwendigen Infrastruktur

Seit dem In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes ist es erklärtes politisches Ziel, mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen zuzulassen, und damit auch mehr Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungsanbietern. Im Krankenhausbereich ist dieser Prozess – bedingt auch durch die Umstellung auf leistungsorientierte Vergütungsformen – besonders weit fortgeschritten, so dass allgemein gefordert wird, dass Krankenhäuser sich als Unternehmen verstehen müssen. Von einem noch bestehenden Hindernis des Wettbewerbs, der dualen Finanzierung mit ihren verzerrenden Wirkungen, ist zu erwarten, dass sie zukünftig eine geringere Rolle spielen wird. Damit bleibt aber die Frage, wie der staatliche Sicherstellungsauftrag einer regional ausgeglichenen und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung im Wettbewerb noch aufrechterhalten werden kann. Dieses Problem wird noch dadurch verstärkt, dass es sich, wie bereits gezeigt, bei der Bereitstellung von Krankenhauskapazitäten um ein öffentliches Gut handelt.

Bisher erfolgt der staatliche Sicherstellungsauftrag über die Krankenhausplanung, die in den Verantwortungsbereich der einzelnen Bundesländer fällt. Bei dieser Planung handelt es sich um jährlich fortzuschreibende Investitionsprogramme, die für jeweils autark anzusehende Planungsregionen (Versorgungsgebiete) eine abgestufte Versorgung, das ist ein System aus verschiedenen Krankenhausty-

<sup>8</sup> Für eine Darstellung der Auswirkungen der Einführung von DRGs auf den Verdrängungswettbewerb siehe Neubauer (2004).

pen (Versorgungsstufen), gewährleisten sollen. Ausgangspunkt dabei ist der Grundsatz der zumutbaren Erreichbarkeit. Über die so genannte Bettenbedarfsformel

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Einwohnerzahl} \cdot \text{Krankenhaushäufigkeit} \cdot \text{durchschnittliche Verweildauer}}{\text{Bettennutzung}}$$

wird der Bedarf eines Versorgungsraums – gewöhnlich durch Extrapolation – bestimmt und mit dem Ist-Zustand verglichen. Daraus leiten sich dann die Planungen bezüglich Errichtung, Wiederbeschaffung, Ergänzung, Stilllegung, Umstellung oder Auflagen ab. Weiteres Ziel ist die überbetriebliche Abstimmung bei der Beschaffung von Großgeräten.

Bei der Krankenhausplanung handelt es sich um eine indikative Planung. Durch die enge Verzahnung zwischen Planung und Finanzierung ist sie aber mit Sanktionen versehen. Die Aufnahme in den Krankenhausplan des entsprechenden Landes ist für jedes Krankenhaus Voraussetzung dafür, in den Genuss der staatlichen Investitionsfinanzierung und Pauschalförderung zu kommen. Da die Pflegesätze auch so bemessen sind, dass durch sie eine Refinanzierung von Investitionen in der Regel ausgeschlossen ist, ist für ein Krankenhaus die Aufnahme in den Krankenhausplan eine Frage seiner Existenz. Dadurch hat die Krankenhausplanung einen sehr hohen Grad an Verbindlichkeit.

Die Krankenhausplanung wird sehr stark in ihrer Methodik kritisiert (Gäfgen 1990, S. 286 ff.). Problematisiert werden beispielsweise die methodische Verzerrung zugunsten bestehender Verhältnisse, die Unbestimmbarkeit des Bedarfsbegriffs und systematische Fehlplanungen. Bei der Planung wird die Optimalität der abgestuften Versorgung und gegebener Planungsgrößen vorausgesetzt. Als rein sektorale Planung wird sie sektorübergreifenden und prozessorientierten Angebots- und Leistungsstrukturen nicht gerecht. Viel gravierender ist aber die Auswirkung der Bedarfsplanung auf die krankenhausbetriebliche Entscheidungsfreiheit. Investitionen sind die zentrale unternehmerische Entscheidungsvariable im Krankenhaus über die zukünftige Entwicklung, Spezialisierung und Betriebsstruktur. Ohne diese Freiheit macht der gewünschte Wettbewerb wenig Sinn. Die mit der bestehenden Krankenhausplanung über Jahrzehnte aufgebauten Überkapazitäten werden insbesondere mit der Umstellung der Vergütung auf DRGs noch weiter unter Druck geraten. Der damit angestoßene Wettbewerb um das „knappe Gut“ Patient steht im direkten Gegensatz zur Krankenhausplanung, die den Patienten geplanten Kapazitäten zuweist. Wie kann also bei zunehmender wettbewerblicher Ausrichtung der staatliche Sicherstellungsauftrag gewährleistet werden? Hier gibt es zwei ordnungspolitische Grundmodelle: Entweder man entscheidet sich für ein Konsensmodell, bei dem die Planung kooperativ durch Staat und Selbstverwaltung, das heißt die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und eventuell die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt wird, oder man entwickelt ein wettbewerblich ausgerichtetes „Einkaufsmodell“, in dem jede Krankenkasse für sich die erforderlichen Kapazitäten plant und durch Verträge mit Krankenhäusern sicherstellt.

Vom Standpunkt der politischen Ökonomie fällt die Grundsatzentscheidung leicht. Das gegenwärtige System leidet unter dem capture-Syndrom: Die Regulierungsbehörden werden zu Gefangenen der Produzenteninteressen, d. h. sie versuchen, den Interessen der Krankenhäuser weitgehend selbst Rechnung zu tragen,

da sie auch auf deren Zusammenarbeit und Informationsgrundlagen angewiesen sind. Tatsächlich kann man beobachten, dass hoher Bedarf gerade dort nachgewiesen wird, wo ohnehin schon die Bettendichte hoch ist und Entscheidungen immer auf die Sicherung bestehender Betriebe ausgerichtet sind, d. h. die Krankenhausplanung trägt eine inhärente Verzerrung zugunsten des Status quo in sich. Insofern scheint die im Bundesrat gescheiterte Regelung der Gesundheitsreform 2000 plausibel zu sein, die Gegenseite, also die Krankenkassen als Ausgabenträger, als Gegengewicht mit an den Verhandlungstisch zu ziehen. Dies hätte zudem den Vorteil, dass die Planungskompetenz unterhalb der Länder weiter dezentralisiert werden kann und der Staat sich auf eine Rahmenplanung zurückziehen kann, die dann von den Vertragspartnern mit Inhalt gefüllt wird. Doch eine solche Situation des bilateralen Monopols zwischen den gemeinsam und einheitlich handelnden Krankenkassen auf der einen Seite und den Krankenhäusern auf der anderen birgt immer die Gefahr einer Einigung auf Kosten Dritter und stellt die Frage nach der Kontrollierbarkeit der Verbandsvertreter. Insgesamt ist von einer solchen korporatistischen Lösung eher eine Schwächung von Markt und Wettbewerb zu befürchten.

Wie könnte aber eine „Einkaufslösung“ aussehen? Das einfachste Modell wäre das einer „Health Maintenance Organization“ (HMO). Dort wird dem Mitglied für eine fixe Prämie pro Jahr eine umfassende Behandlung durch HMO-Ärzte und in HMO-Krankenhäusern angeboten. Die HMO übernimmt also zusätzlich zu der finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos auch die Sicherstellung der Leistungserbringung. Mit entsprechenden Anpassungen ließe sich ein solches Modell auch auf den deutschen Krankenversicherungsschutz übertragen.<sup>9</sup> Das System einheitlicher und gemeinsamer Versorgungsverträge mit beidseitigem Kontrahierungszwang würde durch einen wirksamen Vertragswettbewerb ersetzt. Gleichzeitig sollte dieser Vertragswettbewerb auch um eine Preisdimension erweitert werden. Damit müsste aber nicht vollständig auf die staatliche Aufsicht verzichtet werden; die Krankenkassen könnten weiterhin einem gewissen Kontrahierungszwang unterworfen werden und zu gewissen Mindestleistungsvolumina für definierte Versichertenpopulationen verpflichtet werden. Die anbieter- und objektorientierte Planung müsste zu leistungsorientierten Mindestvorgaben übergehen (vgl. Leber 2003). Einige Vorschläge, wie bei einem solchen Verfahren zwischen Kassen und Krankenhäusern abgerechnet werden könnte, z. B. durch ein Einschreibesystem, wurden schon entwickelt. Hier ist aber weitergehende Forschung notwendig, um ein anwendbares und praktikables System zu entwickeln, das auch bei einer wettbewerblichen Ausgestaltung eine regional ausgewogene Versorgung garantiert.

<sup>9</sup> Voraussetzung hierfür ist aber auch, dass über einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich den Krankenkassen die richtigen Anreize für eine Optimierung der Versorgung gegeben werden.

## Literatur

- Breyer F (1992) Preisbildung und Vergütung im stationären Sektor. In: Andersen HH et al. (Hrsg) Basiswissen Gesundheitsökonomie. Band 1: Einführende Texte. Berlin
- Breyer F, Zweifel P (1997) Gesundheitsökonomie. 2. Aufl., Berlin
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2002) Zahlen, Daten, Fakten. Düsseldorf
- Gägen G (1990) Gesundheitsökonomie. Grundlagen und Anwendungen. Baden-Baden
- Göppffarth D, Milbrandt B (1998) Das Gesundheitswesen als Beschäftigungs- und Wachstumsfaktor. Zeitschrift für Gesundheitswissen 6: 233–247
- Hansmeyer KH, Henke KD (1998) Zur zukünftigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen. Staatswissenschaften und Staatspraxis 8: 345–354
- Henke KD (1997) Die Zukunft der Gesundheitssicherung. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 216: 478–497
- Henke KD (2000) Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser, dargestellt am Beispiel Berlins. In: Vereinigte Krankenversicherung der Allianz, Festschrift anlässlich 75 Jahre Vereinte, München
- Henke KD (2002) Ökonomische Grundlagen der Krankenhausreform in der Bundesrepublik Deutschland. Vierteljahresschrift für Sozialrecht 5: 327–340
- Henke KD, Mackenthun B (2003) Johanniter-Krankenhäuser vor erheblichen Herausforderungen. Johanniter-Orden: 2–4
- Henke KD, Ade C, Lutz PF (1995) Der Krankenhaussektor im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) – Volkswirtschaftliche Auswirkungen ausgewählter Reformschritte. Zeitschrift für Gesundheitswesen 3: 6–20
- Herder-Dorneich P, Wasem J (1986) Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden
- Kopetsch T (1996) Krankenhausfinanzierung – Eine grundsätzliche Betrachtung. Sozialer Fortschritt 45: 208–214
- Leber, WD (2003) Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs. führen & wirtschaften im Krankenhaus 20: 185–189
- Neubauer G (1997) Probleme der Krankenhausfinanzierung aus ökonomischer Sicht. Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 86: 347–361
- Neubauer G (2003) Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen. In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhausreport 2002. Stuttgart, 71–91
- Neubauer G (2004) Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber J, Robra, BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhausreport 2003. Stuttgart, 101–119
- Neubauer G, Nowy R (2002) Das DRG-System erfordert Fallpauschalen in der Rehabilitation. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus: 170–181
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg) (2003) Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Drucksache 15/530. Deutscher Bundestag, Berlin
- Sloan FA (2000) Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior. In: Culyer AJ, Newhouse JP (Hrsg) Handbook of Health Economics, Volume 1b. Elsevier, Amsterdam, 1141–1174
- Statistisches Bundesamt (2000) Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe S. 2, Ausgaben für Gesundheit, Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (2003a) Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe S. 2, Ausgaben für die Gesundheit 1992 bis 2001, Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (2003b) Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001. Stuttgart
- Statistisches Bundesamt (2003c) Fachserie 12 Gesundheitswesen, Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser 2001. Stuttgart
- Weisbrod BA (1964) Collective-Consumption Services of Individual-Consumption Goods. Quarterly Journal of Economics 78: 471–477