

Kuchinke, Björn A.

Working Paper

Fallpauschalen als zentrales Finanzierungselement für deutsche Krankenhäuser: eine Beurteilung aus gesundheitsökonomischer Sicht

Diskussionspapier, No. 21

Provided in Cooperation with:

Ilmenau University of Technology, Institute of Economics

Suggested Citation: Kuchinke, Björn A. (2001) : Fallpauschalen als zentrales Finanzierungselement für deutsche Krankenhäuser: eine Beurteilung aus gesundheitsökonomischer Sicht, Diskussionspapier, No. 21, Technische Universität Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, Ilmenau

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/27960>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Diskussionspapier Nr. 21

**Fallpauschalen als zentrales Finanzierungselement für
deutsche Krankenhäuser: Eine Beurteilung aus gesund-
heitsökonomischer Sicht**

Björn A. Kuchinke

Februar 2001

Institut für Volkswirtschaftslehre
Helmholtzplatz
Oeconomicum
D-98684 Ilmenau
Telefon 03677/69-4030/-4032
Fax 03677/69-4203
<http://www.wirtschaft.tu-ilmenau.de>

ISSN 0949-3859

**Fallpauschalen als zentrales Finanzierungselement für deutsche
Krankenhäuser: Eine Beurteilung aus gesundheitsökonomischer Sicht**

Björn A. Kuchinke*

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	III
1. Einleitung und Problemstellung	1
2. Das pauschalierte Entgeltsystem nach § 17b KHG	1
3. Die Krankenhauskosten und die Vergütung: Ein theoretischer Überblick	2
3.1 Der Krankenhausoutput	2
3.2 Die Vergütung in Abhängigkeit von der Outputgröße	3
3.2.1 Der Basis- und der Abteilungspflegesatz und ihre Berechnung	3
3.2.2 Die Fallpauschalen und ihre Berechnung	5
3.3 Das Patienten-Kosten-Profil	6
3.4 Die Kosten eines Krankenhauses aus industrieökonomischer Sicht und die Gewinnfunktion	8
4. Implikationen und mögliche Auswirkungen des neuen Entgeltsystems	10
4.1 Grundsätzliche Erläuterungen zu Fallpauschalen und tagesgleichen Pflegesätzen	10
4.2 Fallpauschalen und tagesgleiche Pflegesätze: Ein Vergleich	12
4.2.1 Die Auswirkungen bei unterschiedlichen durchschnittlichen Kosten pro Tag und bei unterschiedlichen durchschnittlichen Liegezeiten	12
4.2.2 Die möglichen Auswirkungen auf die durchschnittliche Liegezeit	13
4.2.3 Die möglichen Auswirkungen auf die Qualität	15
4.3 Die Beurteilung des neuen Entgeltsystems	16
5. Wirtschaftspolitische Empfehlungen	19
Literaturverzeichnis	20

* Für wertvolle Anregungen und konstruktive Anmerkungen dankt der Autor H. H. Kallfass, G. Sichelstiel, H. Walterscheid, M. Czygan, T. Steinrücken, A. Brassler und A. Schmidt.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
bzw.	beziehungsweise
d_i	angefallene Pflgetage in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
d_i^t	angefallene Pflgetage in einer Abteilung/Station (t) in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
d.h.	das heißt
DKF	durchschnittliche Kosten pro Fall
DKF_i^g	durchschnittliche Kosten pro Fall in der Behandlungsklasse (g) in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKH_i	durchschnittliche Hotelkosten pro Tag (und Patient) in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
$DKPA_i^g$	durchschnittliche Kosten in einer Behandlungsklasse (g) für pflegerische und ärztliche Leistungen pro Tag in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
$DKPA_i^t$	durchschnittliche Kosten auf einer Abteilung/Station (t) für pflegerische und ärztliche Leistungen pro Tag in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
DKT	durchschnittliche Kosten pro Tag
DKT_i^g	durchschnittliche Kosten pro Tag in einer Behandlungsgruppe (g) in einem Krankenhaus (i)
DLZ	durchschnittliche Liegezeit
DLZ_i^g	durchschnittliche Länge des Aufenthaltes (durchschnittliche Liegezeit) in einer Behandlungsklasse (g) in einem Krankenhaus (i)
DRG	Diagnoses Related Groups
E	Elastizität
f.	folgend
ff.	folgende
G	Gewinn
i.d.R.	in der Regel
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LZ	Liegezeit
n_i^g	Gesamtzahl der behandelten Fälle in einer Behandlungsklasse (g) in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
Nr.	Nummer
S.	Seite
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
TK_i	totale Kosten eines Krankenhauses (i) in einem definierten Zeitraum
TK_i^g	totalen Kosten für eine Behandlungsklasse (g) in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum
TK_{ij}	totalen Kosten eines Krankenhauses (i) für einen Behandlungsfall bzw. Patienten (j)

TKH _i	totale Hotelkosten eines Krankenhauses (<i>i</i>) in einem definierten Zeitraum
TKPA _i [†]	totale Kosten für pflegerische und ärztliche Leistungen auf einer Abteilung in einem definierten Zeitraum
u.	und
u.a.	und andere
vgl.	vergleiche
VEPE	Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems nach § 17 b KHG
v.H.	von Hundert
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Das Patienten-Kosten-Profil, der tagesgleiche Pflegesatz und die Fallpauschale	7
Abbildung 2: Die Kostenverläufe	9
Abbildung 3: Der Zusammenhang von DKT, DKF und DLZ	11
Abbildung 4: Die Wirkung von Fallpauschalen bei unterschiedlichen DKF am Beispiel unterschiedlicher DKT	13
Abbildung 5: Die Kosten und die Erlöse pro Fall	14

1. Einleitung und Problemstellung

Seit dem 1.1.2000 gilt das novellierte Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Durch Einfügung des § 17b KHG ist ein pauschaliertes Entgeltsystem für Krankenhäuser zum 1.1.2003 gesetzlich verankert worden.¹ Die Frage, ob dadurch die Ziele der *Ausgabenbegrenzung*, der *Qualitätssicherung* und einer *höheren Effizienz* erreicht werden, soll in diesem Papier beantwortet werden.² Dabei wird zum einen das bestehende Entgeltsystem mit dem neuen verglichen. Zum anderen wird überprüft, ob die ansonsten unveränderten Rahmenbedingungen ausreichen, um die genannten Ziele zu verwirklichen.

In Kapitel 2 wird zunächst § 17b KHG im Rahmen des gesamten Finanzierungssystems kurz vorgestellt.

Im folgenden Kapitel werden kostentheoretische Überlegungen angestellt, die dazu dienen, das neue Entgeltsystem im Kapitel 4 bewerten zu können.

Im letzten Kapitel erfolgen wirtschaftspolitische Empfehlungen.

2. Das pauschalierte Entgeltsystem nach § 17b KHG

Durch die Einfügung des § 17b KHG ergibt sich zum Jahre 2003 eine Neuerung für Krankenhäuser im Hinblick auf die Finanzierung, denn bis heute stellen *tagesgleiche Pflegesätze* das zentrale Finanzierungselement in Deutschland dar.³ Tagesgleiche Pflegesätze werden pro Tag und Patient bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt von der Versicherung an das Krankenhaus gezahlt, die neuen *Fallpauschalen* dagegen pro Patient in Abhängigkeit von seiner Erkrankung.⁴

Die Grundlage der neuen Fallpauschalen bildet das System der *Diagnoses Related Groups* (DRG).⁵ Mit diesem System ist es möglich, Erkrankungen nach ihrer Diagnose in Behand-

¹ Das KHG wurde zuletzt geändert durch das „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“ vom 22.12.1999. Vgl. BGBL. I S. 2626.

² Vgl. dazu z.B. Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer in der Pressemitteilung Nr. 99 vom 16. Dezember 1999 des Bundesministeriums für Gesundheit u. FISCHER, A. (2000), S. 1 ff.

³ Vgl. § 17 KHG. Es ist zur Zeit eine dreijährige Übergangsphase geplant, nach der das neue Fallpauschalensystem vollständig umgesetzt sein soll. Vgl. FISCHER, A. (2000), S. 3.

⁴ Es sollen auch Fallpauschalen für teilstationäre Leistungen eingeführt werden. Vgl. §17b Abs. 1 KHG. Diese werden hier nicht weiter betrachtet.

⁵ Die DRG sind ein international häufig verwendetes Klassifizierungssystem für Erkrankungen. Vgl. GLASMACHER, CH. (1996), S. 107 ff. Die Vor- und Nachteile sollen hier nicht weiter diskutiert werden. Vgl. hierzu GLASMACHER, CH. (1996), S. 116 ff.

lungsklassen einzuteilen. Anschließend wird einer Behandlungsklasse eine Punktzahl zugewiesen, d.h. je nach Fall gibt es unterschiedlich viele Punkte. Die Punktzahl entspricht letztendlich einem bestimmten Betrag in Geldeinheiten, der von den notwendigen Leistungen und der Länge des Klinikaufenthaltes abhängt. Somit erhält das Krankenhaus für jeden Patienten einer Behandlungsklasse eine Pauschale. Festgelegt werden die Fallpauschalen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.⁶

Die Fallpauschalen sollen bundesweit gelten, wobei regionale Zu- und Abschläge zulässig sind. Das deutsche Bewertungssystem soll aufgrund von Fallkosten aus Stichproben von Krankenhäusern und aufgrund von internationalen Bewertungsrelationen entstehen.⁷ Für diese gilt ab dem Jahre 2003 Budgetneutralität.⁸

3. Die Krankenhauskosten und die Vergütung: Ein theoretischer Überblick

3.1 Der Krankenhausoutput

Zum Krankenhausoutput werden grundsätzlich die Leistungen gezählt, die *Auswirkungen auf den Gesundheitszustand* haben. Um den Output zu definieren, werden verschiedene Indikatoren herangezogen.⁹

Einige Autoren sehen als Output den *Gesundheitszustand* bzw. die Veränderung desselben an.¹⁰ Die Outputgröße „Veränderung des Gesundheitszustandes“ erscheint aus drei Gründen jedoch nicht sinnvoll:

- Erstens müssten sich objektive Kriterien finden lassen, um den Gesundheitszustand zu messen. Es lassen sich solche Indikatoren wie die Überlebensrate finden, aufgrund der Mehrdimensionalität von Gesundheit und der Subjektivität, die Gesundheit mit sich bringt,

⁶ Diese Gruppierungen sind auch für die laufende Pflege des Fallpauschalensystems zuständig. Vgl. §17 b Abs. 3 KHG.

⁷ Vgl. § 17 b Abs. 3 KHG.

⁸ Was Budgetneutralität genau heißt, ist bislang nicht definiert worden. Vgl. VEPE (2000), S. 2. Zur Zeit wird davon ausgegangen, dass, zumindest im Jahre 2003, das Gesamtbudget, welches noch nach altem Recht erstellt wird, in die Verhandlungen über die Höhe von Fallpauschalen mit einbezogen werden soll.

⁹ Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1999), S. 327. Ferner wird zum Output eines Krankenhauses *die Vorhaltung von Kapazitäten* für Ausnahmestände oder Krisensituationen gezählt. Dieser Teil des Outputs soll im Folgenden nicht weiter betrachtet werden. Vgl. hierzu KOPETSCH, TH. (1996), S. 211 f.

¹⁰ Vgl. WISMAR, M., BUSSE, R., SCHWARTZ, F. (1998), S. 6 ff.

erscheint das Unterfangen eine solche Outputgröße zu konstruieren, jedoch als aussichtslos.¹¹

- Zweitens ist es äußerst fragwürdig die Entlohnung eines Krankenhauses an die Veränderung des Gesundheitszustandes zu koppeln, selbst wenn ein solcher definiert werden könnte. Es müsste nämlich der (fiktive) Gesundheitszustand, der sich im angegebenen Zeitraum ergeben hätte, wenn keine Behandlung erfolgt wäre, mit dem jetzigen Zustand des Patienten verglichen werden. Hieraus ergeben sich unüberwindbare Messprobleme, insbesondere erscheint die Messung bei unheilbaren Krankheiten als unmöglich, wenn es um die „verhinderte Verschlechterung des Gesundheitszustandes“ geht.¹² Außerdem hängt die Gesundheit eines Patienten auch vom eigenen Verhalten ab.
- Drittens stellt das Verlangen nach Gesundheit das Bedürfnis des Patienten dar, welches durch die Konsumtion von Krankenhausleistungen erreicht werden soll. Bei ökonomischen Untersuchungen stehen immer diese Leistungen als handelbare Güter im Vordergrund.

In der gesundheitsökonomischen Literatur lassen sich weitere Indikatoren für den Output ausmachen. Als gängigste Indikatoren lassen sich folgende Größen finden¹³:

1. die Anzahl der *Pflegetage*,
2. die Anzahl der Patienten bzw. der *Behandlungsfälle*,
3. die Mengen der erbrachten medizinischen und nicht-medizinischen *Einzelleistungen*.

Im Folgenden stehen zunächst die Größen „Behandlungsfall“ und „Pflegetag“ aufgrund der Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen hin zu Fallpauschalen im Vordergrund.

3.2 Die Vergütung in Abhängigkeit von der Outputgröße

3.2.1 Der Basis- und der Abteilungspflegesatz und ihre Berechnung

Seit 1995 gelten für deutsche Krankenhäuser tagesgleiche *Basispflegesätze* und tagesgleiche *Abteilungspflegesätze*. Der Basispflegesatz fällt bei allen Patienten eines Krankenhauses gleichermaßen an und soll die Kosten der hotelmäßigen Unterbringung decken.¹⁴ Der Abteilungs-

¹¹ Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1999), S. 326.

¹² Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1999), S. 326.

¹³ Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1999), S. 327.

¹⁴ Wenn im Folgenden vom „Pflegesatz“ gesprochen wird, so ist damit die Summe aus Basis- und Abteilungspflegesatz gemeint.

pflegesatz gilt für die Patienten einer Abteilung bzw. Station (t) eines Krankenhauses und vergütet die dort erbrachten ärztlichen und pflegerischen Leistungen.

Es ergibt sich für den Basispflegesatz:

$$(1) \frac{TKH_i}{d_i} = DKH_i \hat{=} \text{Basispflegesatz}$$

mit: $TKH_i \hat{=}$ totale Hotelkosten eines Krankenhauses (i) in einem definierten Zeitraum;

$DKH_i \hat{=}$ durchschnittliche Hotelkosten pro Tag (und Patient) in einem Krankenhaus in einem definierten Zeitraum; $d_i \hat{=}$ angefallene Pflgetage in einem definierten Zeitraum

bzw.

$$(2) TKH_i = DKH_i \times d_i$$

Für den Abteilungspflegesatz gilt:

$$(3) \frac{TKPA_i^t}{d_i^t} = DKPA_i^t \hat{=} \text{Abteilungspflegesatz}$$

mit: $TKPA_i^t \hat{=}$ totale Kosten für pflegerische und ärztliche Leistungen auf einer Abteilung (t) eines Krankenhauses (i) in einem definierten Zeitraum; $DKPA_i^t \hat{=}$ durchschnittliche

Kosten auf einer Abteilung für pflegerische und ärztliche Leistungen pro Tag (und Patient) in einem definierten Zeitraum; $d_i^t \hat{=}$ angefallene Pflgetage in einer Abteilung in einem definierten Zeitraum

bzw.

$$(4) TKPA_i^t = DKPA_i^t \times d_i^t$$

Die totalen Kosten eines Krankenhauses können also folgendermaßen dargestellt werden:

$$(5) TK_i = TKH_i + \sum_{t=1}^h TKPA_i^t = DKH_i \times d_i + \sum_{t=1}^h DKPA_i^t \times d_i^t$$

Als zusätzliche Maßnahme wurden Budgets für einzelne Leistungsbereiche eingeführt, die bis heute fortgeschrieben worden sind.¹⁵ Die totalen Kosten nach (5) durften in Folge dessen nur noch nach festgelegten Raten steigen.¹⁶

3.2.2 Die Fallpauschalen und ihre Berechnung

Mit einer Fallpauschale sollen die Kosten eines Behandlungsfalls vergütet werden. Die totalen Kosten TK_{ij} eines Krankenhauses (i) für einen Behandlungsfall bzw. Patienten (j) mit einer gegebenen Behandlungsdauer (d_{ij}) ergeben sich wie folgt:

$$(6) \quad TK_{ij} = \sum_{k=1}^{d_{ij}} (H_{ijk} + P_{ijk} + A_{ijk})$$

mit: $H_{ijk} \hat{=}$ Kosten für Hotelleistungen für einen Patienten (j) an einem Behandlungstag (k) in einem Krankenhaus (i); $P_{ijk} \hat{=}$ Kosten für Pflegeleistungen für einen Patienten an einem Behandlungstag in einem Krankenhaus; $A_{ijk} \hat{=}$ Kosten für ärztliche Leistungen für einen Patienten an einem Behandlungstag in einem Krankenhaus

Für die Kosten H_{ijk} , P_{ijk} und A_{ijk} gilt:

$$(7) \quad \sum_{k=1}^{d_{ij}} H_{ijk} = H_{ij1} + H_{ij2} + \dots + H_{ijd_{ij}} \quad \text{analog:} \quad \sum_{k=1}^{d_{ij}} P_{ijk}, \quad \sum_{k=1}^{d_{ij}} A_{ijk}$$

Die Fallpauschale wird aber nicht separat für jeden Behandlungsfall berechnet und entspricht damit (6), sondern vergütet die durchschnittlichen Kosten für einen Patienten aus einer *Behandlungsklasse*. Die Kosten TK_{ij} für einen Patienten müssen also den Behandlungsklassen (g) zugeordnet werden.

Die totalen Kosten für eine Behandlungsklasse TK_i^g in einem Krankenhaus (i) sind dann bei insgesamt r Patienten folgendermaßen zu bestimmen:

$$(8) \quad TK_i^g = \sum_{j=1}^r TK_{ij}^g = \sum_{j=1}^r \sum_{k=1}^{d_{ij}} (H_{ijk}^g + P_{ijk}^g + A_{ijk}^g)$$

¹⁵ Es wurden sog. „selektive Budgets“ eingeführt. Vgl. § 141 Abs. 2 SGB V u. § 14 BPFLV.

¹⁶ Es wurde in diesem Zusammenhang von einer „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ gesprochen.

$$\text{mit: } H_{ijk}^g = \begin{cases} H_{ijk}, & \text{falls Patient } j \text{ zur Behandlungsklasse } g \text{ gehört} \\ 0, & \text{sonst} \end{cases}$$

$$\text{analog: } P_{ijk}^g, A_{ijk}^g, TK_{ij}^g$$

Für die einzelne Behandlungsklasse bzw. für die Fallpauschale einer Behandlungsklasse in einem Krankenhaus (i) gilt:

$$(9) \quad \frac{TK_i^g}{n_i^g} = DKF_i^g \hat{=} \text{Fallpauschale}$$

mit: $DKF_i^g \hat{=}$ durchschnittliche Kosten pro Fall in der jeweiligen Behandlungsklasse (g) in einem Krankenhaus (i) in einem definierten Zeitraum; $n_i^g \hat{=}$ Gesamtzahl der behandelten Fälle in einer Behandlungsklasse in einem Krankenhaus in einem definierten Zeitraum

bzw.

$$(10) \quad TK_i^g = DKF_i^g \times n_i^g$$

Die totalen Kosten eines Krankenhauses, also die Summe der totalen Kosten über alle Behandlungsklassen (g) für einen bestimmten Zeitraum, ergeben sich nach:

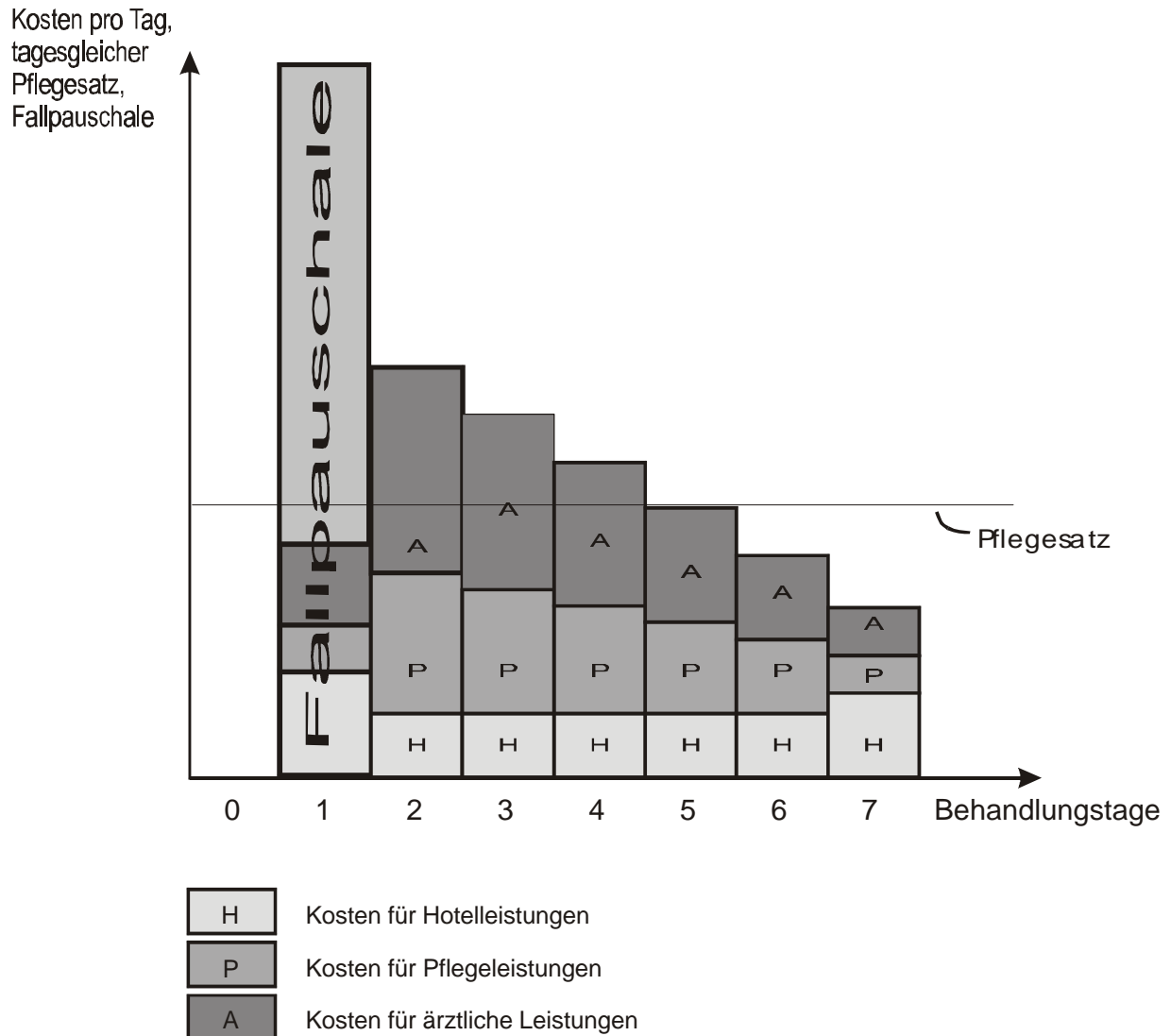
$$(11) \quad TK_i = \sum_{g=1}^z TK_i^g = \sum_{g=1}^z \sum_{j=1}^r \sum_{k=1}^s (H_{ijk}^g + P_{ijk}^g + A_{ijk}^g)$$

3.3 Das Patienten-Kosten-Profil

Aus theoretischen Überlegungen und empirischen Untersuchungen ergibt sich bei einer vollstationären Behandlung normalerweise ein Kostenverlauf wie in Abbildung 1 dargestellt¹⁷:

¹⁷ Die Abbildung unterstellt, dass keine weiteren Nebenerkrankungen auftreten und dass es sich um keinen Notfallpatienten handelt. Zur Abgrenzung von verschiedenen Patientengruppen vgl. KUCHINKE, B. (2000), S. 14 ff. Die zugrunde gelegten empirischen Untersuchungen, die diesen Verlauf nach BUTLER, J. (1995), S. 64 nachweisen, sind dem Autor vom Centrum für Krankenhausmanagement nicht zur Verfügung gestellt worden.

Abbildung 1: Das Patienten-Kosten-Profil, der tagesgleiche Pflegesatz und die Fallpauschale



Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an BUTLER, J. (1995), S. 64.¹⁸

Die Grundaussage ist, dass die Kosten für den Patienten (hier sieben Behandlungstage unterstellt) z.B. vor der Operation (hier bis zum Tag zwei) ansteigen, am Tag der Hauptbehandlung (hier Tag zwei) am höchsten sind und anschließend abnehmen. Die Hotelkosten sind an den Tagen der Aufnahme und der Entlassung höher als an den dazwischen liegenden Tagen.¹⁹ Wie

¹⁸ Die Fallpauschale müsste nach (9) genauso hoch sein, wie die Summe der Kosten für diesen Fall.

¹⁹ Insofern gilt (7) mit $H_{ij1}, H_{ijd_{ij}} > H_{ij1 < k < d_{ij}}$.

die Zusammensetzung der totalen Kosten pro Tag ist bzw. die Anteile von H, P und A sind, hängt von der Erkrankung ab.²⁰

Fallpauschalen werden für den gesamten Behandlungszeitraum veranschlagt, d.h. das Krankenhaus bekommt nach dem durchschnittlichen Kostenprofil einer Behandlungsklasse einen Betrag in Geldeinheiten für den definierten Behandlungszeitraum. Die Fallpauschale ist praktisch am ersten Behandlungstag von der Versicherung zu zahlen. Tagesgleiche Pflegesätze werden dagegen pro Tag gezahlt (vgl. Abbildung 1).

3.4 Die Kosten eines Krankenhauses aus industrieökonomischer Sicht und die Gewinnfunktion

Bei den vorgestellten Vergütungssystemen wurde deutlich, dass ausschließlich mit durchschnittlichen bzw. totalen Kosten gerechnet wird. Dies ist eine grobe Vereinfachung im Hinblick auf die Bestimmung der tatsächlichen Kosten eines Behandlungsfalles. Zum einen fallen dem Krankenhaus unabhängig davon, ob es Patienten behandelt oder nicht, *Fixkosten der Kapazität* an. Hierzu sind z.B. Gehälter oder Abschreibungen zu zählen. Die Fixkosten hängen z.B. von der Anzahl und Größe von Geräten und Operationssälen ab.²¹

Zum anderen hat das Krankenhaus *fixe und variable Kosten je Fall*. Zu den festen Kosten gehören zentral die Kosten für den erforderlichen chirurgischen Eingriff sowie die Kosten, die aus der zwingend notwendigen ärztlichen und pflegerischen Nachsorge entstehen. Die variablen Kosten je Fall setzen sich aus den variierbaren pflegerischen, ärztlichen und Hotelleistungen zusammen.²²

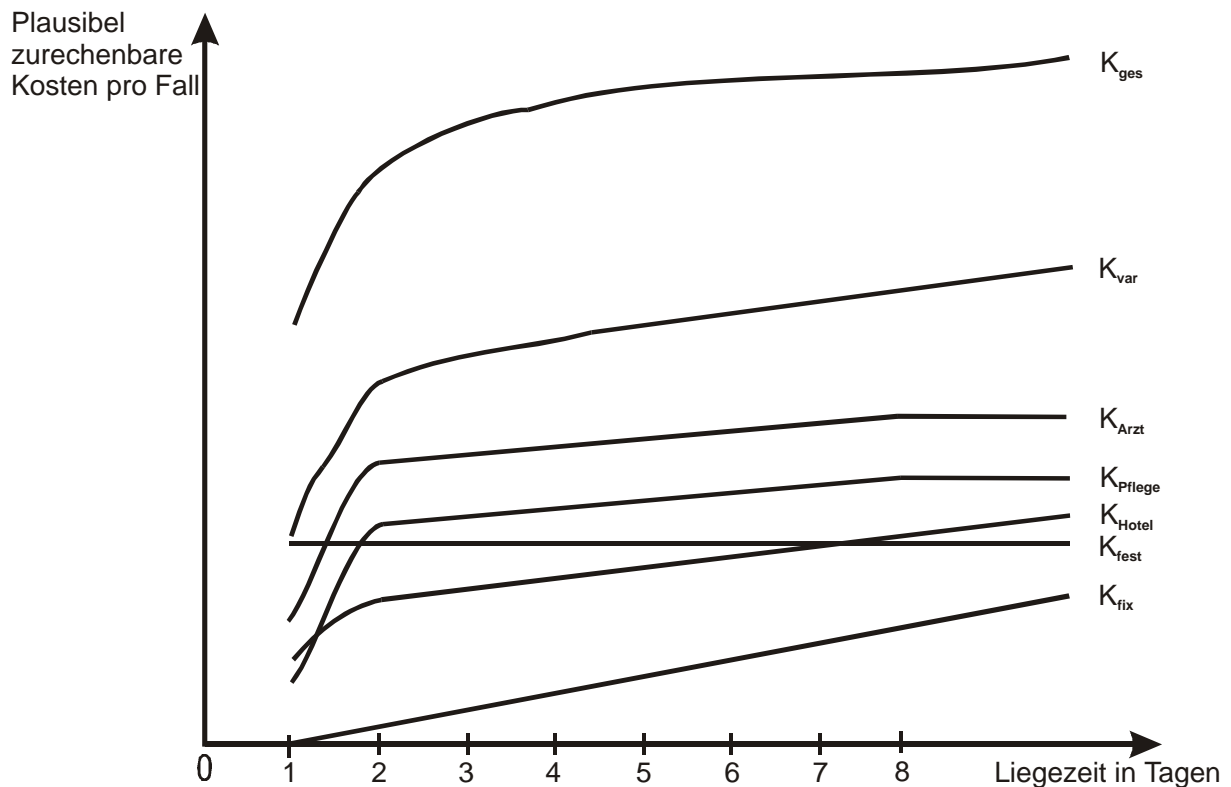
Die einzelnen Kostenverläufe verdeutlicht Abbildung 2:

²⁰ Das Kostenprofil kann zwischen Krankenhäusern variieren.

²¹ Ein weitere Einflussfaktoren wäre die Art der Stationen.

²² Vgl. auch (6). Desweiteren fallen, beispielsweise durch den Krankenhausaufenthalt des Patienten, *Opportunitätskosten* an. Diese werden im Folgenden vernachlässigt.

Abbildung 2: Die Kostenverläufe



Quelle: Eigene Darstellung.

Aus den Kosten K_{fix} , K_{fest} und K_{var} ergeben sich die Gesamtkosten K_{ges} .²³ Die K_{fest} sind unabhängig von der Liegezeit und fallen bei der gleichen Erkrankung immer an, während K_{var} mit der Liegezeit variieren. Kurzfristig sind die K_{var} vom Krankenhaus beeinflussbar. Die Hotel-, Pflege- und Arztkosten können in die oben genannten Kostenkategorien überführt werden; insofern sind Teile fix, variabel oder fest.

Bei beiden Vergütungsarten erzielt das Krankenhaus *Erlöse*. Ein Krankenhaus, welches über Pflegesätze vergütet wird, ist mit folgender Gewinnfunktion für einen bestimmten Fall konfrontiert²⁴:

$$(12) \quad G_{max;i} = [(\text{Erlös je Tag} (\hat{=} \text{Basis-} + \text{Abteilungspflegesatz}) \times \text{Anzahl der Tage} (\hat{=} d_i)] - \\ [\text{Fixkosten der Kapazität} + (\text{feste} + \text{variable Kosten je Fall})]$$

²³ Es wird davon ausgegangen, dass das Krankenhaus dauerhaft eine Normalauslastung der Kapazitäten hat. Dadurch ist es möglich die Fixkosten anteilig auf die verschiedenen Tage zu verteilen.

²⁴ Es wird unterstellt, dass alle Krankenhäuser *Gewinnmaximierer* sind.

Mit dem neuen Vergütungssystem ergibt sich folgende Gewinnfunktion bei einem bestimmten Fall:

$$(13) \quad G_{max;i} = [\text{Erlös je Fall} (\hat{=} \text{Fallpauschale})] - [\text{Fixkosten der Kapazität} + \\ (\text{feste} + \text{variable Kosten je Fall})]$$

Bei den Gewinnfunktionen ist der Kostenblock identisch. Beide Gewinnfunktionen könnten auch für eine Behandlungsgruppe bzw. das gesamte Krankenhaus ermittelt werden. Da das Krankenhaus jedoch immer bei einem bestimmten Fall, beispielsweise über eine Entlassung, zu entscheiden hat, ist die Gewinnfunktion hier fallbezogen aufgestellt worden.²⁵

4. Implikationen und mögliche Auswirkungen des neuen Entgeltsystems

4.1 Grundsätzliche Erläuterungen zu Fallpauschalen und tagesgleichen Pflegesätzen

Die Frage ist nun, welche Schlüsse daraus gezogen werden können, wenn als Output der Pflgetag und/oder der Behandlungsfall angesehen wird und unterstellt wird, dass beide Größen einen Einfluss auf die Kosten haben und die Vergütung an diesen Größen anknüpfen kann.

Aus (2), (4) und (8) lassen sich die totalen Kosten einer Behandlungsklasse berechnen. Durch (2) und (4) sind die totalen Kosten einer Behandlungsklasse in bezug auf den Pflgetag ermittelbar, wenn davon ausgegangen wird, dass die Patienten einer Behandlungsgruppe stets derselben Station zugewiesen werden:

$$(14) \quad TK_i^g = DKH_i^g \times d_i^g + DKPA_i^g \times d_i^g = (DKH_i^g + DKPA_i^g) \times d_i^g = DKT_i^g \times d_i^g$$

Setzt man nun (10) und (12) gleich, so ergibt sich:

$$(15) \quad TK_i^g = DKF_i^g \times n_i^g = DKT_i^g \times d_i^g$$

Und weiter:

$$(16) \quad DKF_i^g = DKT_i^g \times \frac{d_i^g}{n_i^g} = DKT_i^g \times DLZ_i^g$$

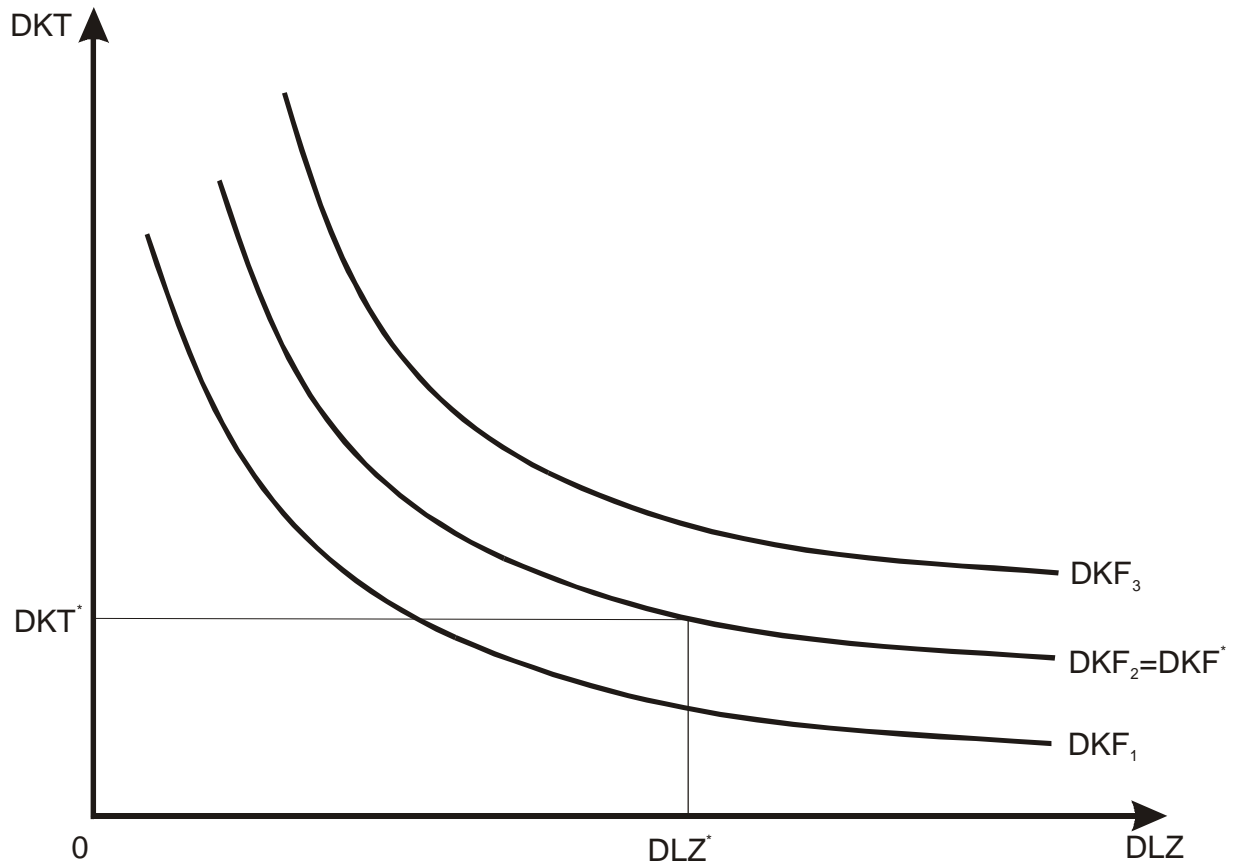
mit: $DLZ_i^g = \frac{d_i^g}{n_i^g} \hat{=} \text{durchschnittliche Liegezeit (durchschnittliche Länge des Aufenthaltes)}$

eines Patienten einer Behandlungsklasse (g) in einem Krankenhaus (i)

²⁵ Die Erlöse pro Fall sind in Abbildung 5 dargestellt.

(16) ist in Abbildung 3 grafisch dargestellt:

Abbildung 3: Der Zusammenhang von DKT, DKF und DLZ



Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an BUTLER, J. (1995), S. 61.

Jede Kurve in der Grafik steht für bestimmte durchschnittliche Kosten eines Krankenhauses für einen Fall aus einer Behandlungsklasse (z.B. DKF_1).²⁶ Entlang dieser Kurve kann das Krankenhaus bei gleichen DKF zwischen einer niedrigeren (höheren) DLZ und höheren (niedrigeren) DKT gemäß (16) substituieren.²⁷ Die DKF können zwischen Krankenhäusern variieren.

Wie in Kapitel 3.2.2 gezeigt, wird mit Hilfe der Fallpauschale die DKF für eine Behandlungsklasse aufgrund einer Stichprobe zentral festgelegt (hier DKF^*). Gleichzeitig wird prinzipiell die maximale DLZ bestimmt (hier DLZ^*). Zu dieser durchschnittlichen Liegezeit gehören die durchschnittlichen Kosten pro Tag DKT^* .

²⁶ Es sei zunächst eine *konstante Qualität* unterstellt. Die Qualität soll hier definiert werden als „der subjektive Nutzen, den die Produkte und Dienstleistungen dem Patienten stiften.“ EICHHORN, S. (1998), S. 163.

²⁷ Es wird eine Elastizität von $E = \frac{\Delta DLZ / DLZ}{\Delta DKT / DKT} = -1$ unterstellt.

Mit einem Pflegesatz werden die DKT (zum Beispiel DKT^*) über alle Erkrankungen einer Station krankenhausspezifisch festgelegt (vgl. (1) und (3)). Bereits hier werden die Nachteile des Pflegesatzes deutlich: Erstens spielt das Kostenprofil des einzelnen Falles keine Rolle, denn nach (1) und (3) stellt der Pflegesatz einen Durchschnittswert über alle behandelten Erkrankungen auf einer Station dar. Darüber hinaus ist der Pflegesatz krankenhausspezifisch berechnet, was wiederum zweitens dazu führt, dass ab einem bestimmten Behandlungstag der Pflegesatz höher ist als die tatsächlich anfallenden Kosten (vgl. Abbildung 1 und Abbildung 5).²⁸

4.2 Fallpauschalen und tagesgleiche Pflegesätze: Ein Vergleich

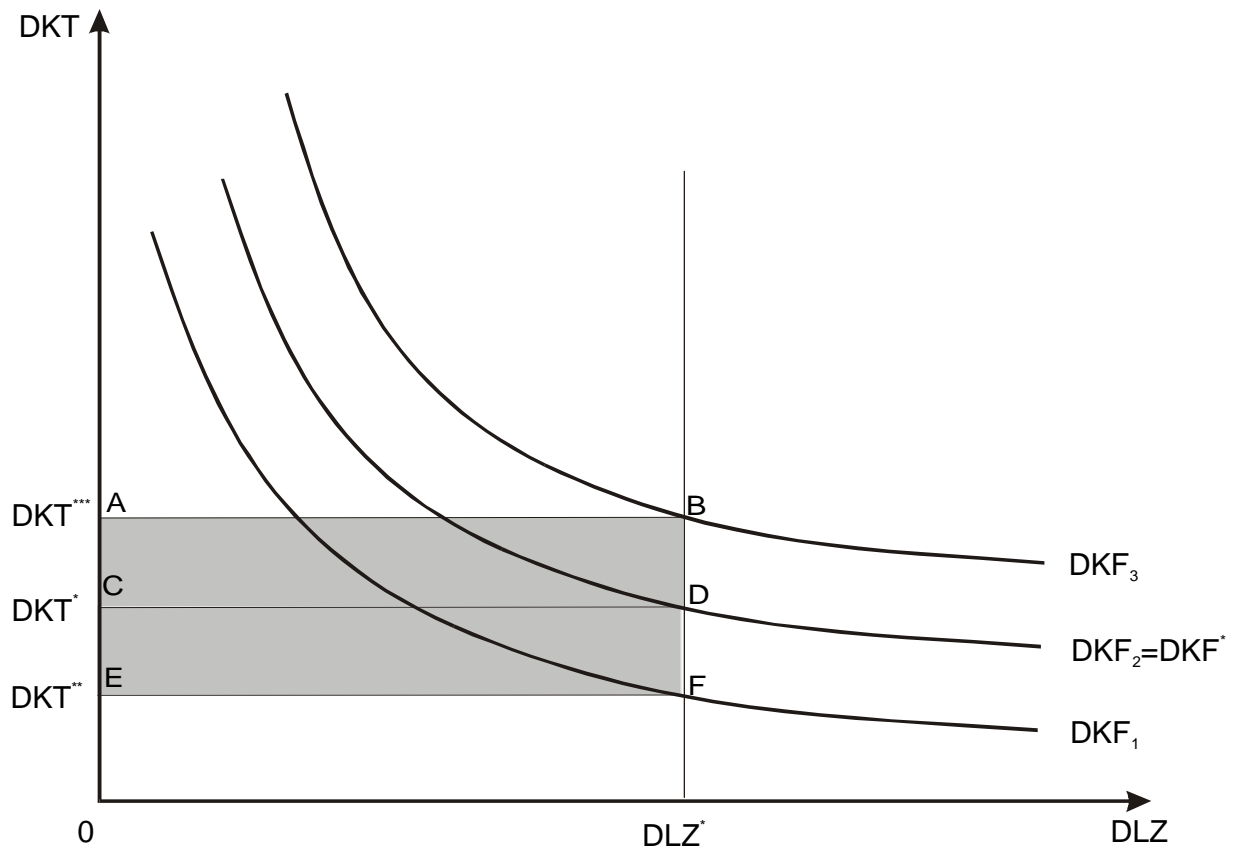
4.2.1 Die Auswirkungen bei unterschiedlichen durchschnittlichen Kosten pro Tag und bei unterschiedlichen durchschnittlichen Liegezeiten

Die Konsequenz aus der Einführung von Fallpauschalen ist zunächst, dass diejenigen Krankenhäuser, die höhere DKF als DKF^* aufweisen, ihre (durchschnittlichen) Kosten (Mehrkosten) pro Fall nicht decken können (vgl. ABDC in Abbildung 4). Umgekehrtes gilt für Krankenhäuser mit einer niedrigeren DKF (vgl. CDFE in Abbildung 4). Insofern ergibt sich der Anreiz zu einer kostengünstigeren Produktion, denn diese wird positiv belohnt, wohingegen eine kostenintensivere, gemessen an DKF^* , sanktioniert wird. DKF_1 ist in diesem Sinne die technisch effiziente Produktion. Diesen Sachverhalt veranschaulicht Abbildung 4.²⁹

²⁸ Vgl. AMELUNG, V., SCHUMACHER, H. (1999), S. 90.

²⁹ Niedrigere DKF können auch durch eine geringere DLZ begründet sein, wenn DKT^* als konstant unterstellt wird, und umgekehrt. Auf diese grafische Darstellung wird ebenso verzichtet wie auf die grafische Darstellung, wenn ein Krankenhaus eine geringere (höhere) DLZ bei geringeren (höheren) DKF aufweist.

Abbildung 4: Die Wirkung von Fallpauschalen bei unterschiedlichen DKF am Beispiel unterschiedlicher DKT



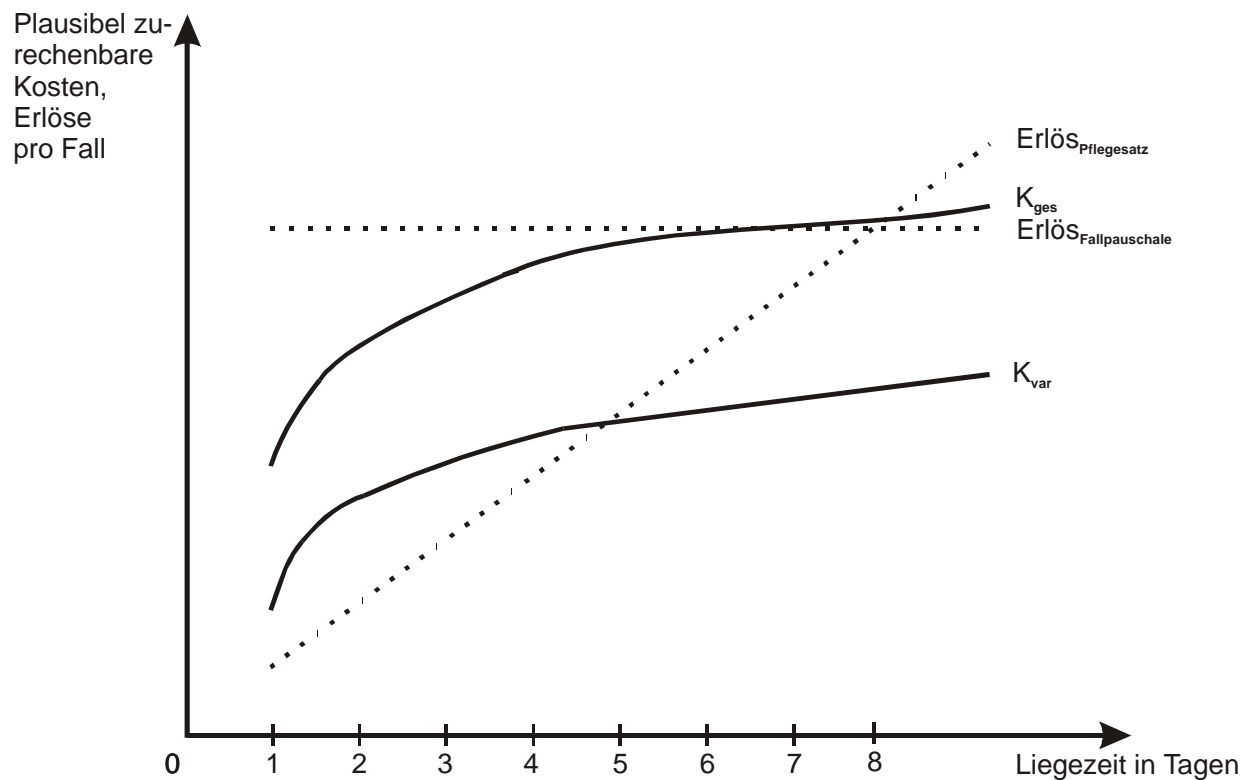
Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an BUTLER, J. (1995), S. 61.

Pflegesätze werden krankenhausindividuell festgelegt. Insofern spielen Kostenüberlegungen bzw. mögliche Verluste bei Krankenhäusern zunächst keine Rolle. Es kann nur dann zu Verlusten kommen, wenn die vorausgerechneten totalen Gesamtkosten bzw. die DKT des Krankenhauses höher liegen als veranschlagt (vgl. (1), (3) und (5)) und umgekehrt. Es ergibt sich also eine ähnliche Sanktionierung bzw. Belohnung wie bei Fallpauschalen.

4.2.2 Die möglichen Auswirkungen auf die durchschnittliche Liegezeit

Für die bisherige Analyse sind nur Durchschnittskosten verwendet worden. Eine genauere Untersuchung weiterer Wirkungen von den beiden Vergütungssystemen in Abhängigkeit vom einzelnen Fall sind bei Durchschnittskostenbetrachtungen nicht möglich. Die einzelnen Kostenverläufe und die Erlöse sind in Abbildung 5 skizziert:

Abbildung 5: Die Kosten und die Erlöse pro Fall



Quelle: Eigene Darstellung.

Werden Fallpauschalen zentral festgelegt, so gibt es für ein Krankenhaus den Anreiz, Patienten eher zu entlassen als vorgesehen.³⁰ Die Liegezeit wird z.B. von sieben auf fünf Tage verkürzt. Das Krankenhaus kann so kurzfristig einen zusätzlichen Gewinn erzielen und verlagert womöglich Kosten in den niedergelassenen oder in den Rehabilitationsbereich.³¹ Der zusätzliche Gewinn ist in Abbildung 5 der Abstand zwischen der waagerechten Erlöskurve und der Gesamtkostenkurve.

Langfristig gesehen ist die Strategie von Krankenhäusern, Patienten verfrüht und womöglich kränker zu entlassen, nicht unbedingt sinnvoll. Da der Preis zentral fixiert wird, bleibt dem Krankenhaus nur die Möglichkeit, sich über eine gute Qualität am Markt gegenüber Konkurrenten einen Vorteil zu verschaffen. Eine kürzere Liegezeit wird der Patient jedoch nur dann in Kauf nehmen, wenn das Krankenhaus gleichzeitig denselben Heilungserfolg in Aussicht stellt.

³⁰ Vgl. KEUN, F. (1999), S. 51.

³¹ Dieses Verhalten wird mit dem Schlagwort „quicker and sicker“ beschrieben, d.h. der Patient wird verfrüht und kränker entlassen. Vgl. AMELUNG, V., SCHUMACHER, H. (1999), S. 92.

Abbildung 5 zeigt, dass bei tagesgleichen Pflegesätzen Krankenhäuser dazu tendieren, die Liegezeit möglichst auszudehnen. Dann kann das Krankenhaus zusätzliche Gewinne erzielen, denn der Tagessatz wird ab einem bestimmten Punkt die tatsächlich anfallenden Kosten pro Tag überschreiten.³² Das Krankenhaus müsste nach Abbildung 5 bestrebt sein, den Patienten länger als sieben Tage aufzunehmen. Der zusätzliche Gewinn ergibt sich aus der Differenz zwischen der Gesamtkostenkurve und der ansteigenden Erlöskurve.

Gegen diese Strategie spricht jedoch die Tatsache, dass Krankenhäuser miteinander im *Qualitätswettbewerb* stehen. Eine Qualitätsdimension, die im übrigen vom Patienten relativ einfach zu erfahren ist, ist die Liegezeit. Durch verlängerte Liegezeiten würde dem Krankenhaus also ein Wettbewerbsnachteil entstehen.

4.2.3 Die möglichen Auswirkungen auf die Qualität

Krankenhäuser können die Gesamtkosten (auch kurzfristig) beeinflussen. Wird z.B. die Qualität gesenkt, so verringern sich die variablen Kosten und damit die Gesamtkosten.³³

Bei tagesgleichen Pflegesätzen besteht der Anreiz, die Qualität möglichst anzuheben, um Vorteile im Qualitätswettbewerb gegenüber Konkurrenten zu erzielen. Sämtliche Kosten für eine Qualitätssteigerung sind über die Pflegesätze auf die Versicherungen abwälzbar, wenn auch unter Berücksichtigung einer gesetzlich vorgeschriebenen maximalen Steigerungsrate für das Gesamtbudget für das kommende Jahr (vgl. (1), (3) und (5)). Eine Verringerung der Qualität macht womöglich deshalb keinen Sinn, weil dann eine Reduktion des Gesamtbudgets für das folgende Jahr für das Krankenhaus zu erwarten ist. Kurzfristig ist es jedoch denkbar, dass Krankenhäuser über die Verringerung der Qualität und somit der gesamten Kosten pro Fall eine Gewinnmaximierungsstrategie verfolgen (vgl. Abbildung 5).

Eine Konsequenz aus dem neuen Entgeltsystem kann sein, dass die Qualität der Hotel-, pflegerischen und ärztlichen Leistungen verringert wird und somit die variablen Kosten sinken. Dann kann kurzfristig ein zusätzlicher Gewinn erzielt werden.³⁴ Auch diese Strategie ist bei längerfristiger Sichtweise fraglich. Da Qualitätswettbewerb herrscht, wird das Krankenhaus bestrebt

³² Vgl. auch Abbildung 1.

³³ Umgekehrtes wird für die Anhebung der Qualität angenommen. Die bisher geltende Annahme einer konstanten Qualität wird hier aufgegeben. Die variablen Kosten sinken dann, wenn die Qualität der variablen Anteile der ärztlichen, pflegerischen und hotelmäßigen Leistungen verringert wird.

³⁴ Vgl. AMELUNG, V., SCHUMACHER, H. (1999), S. 92.

sein, die Qualität seiner Leistungen bei konstanten Kosten zu maximieren, um sich Wettbewerbsvorteile zu verschaffen (vgl. Abbildung 5).

4.3 Die Beurteilung des neuen Entgeltsystems

a) Das Ziel der Ausgabenbegrenzung

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass Fallpauschalen gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen den Vorteil haben, dass Krankenhäuser nicht mehr ihre totalen Kosten in nahezu beliebiger Höhe über den Pflegesatz abwälzen können. Über die Festlegung von Steigerungsraten für Krankenhausbudgets wird jedoch eine Gesamtausgabenbegrenzung bei Pflegesätzen erreicht (vgl. (5)).

Mit dem neuen Entgeltsystem wird zunächst eine kostenmäßige Obergrenze pro Fall gesetzt (vgl. (6) bzw. (9)). Das Ziel der Ausgabenbegrenzung wird durch Fallpauschalen also sehr wohl erreicht, wenn es darum geht, die Ausgaben pro Fall zu fixieren. Da die Fallpauschalen in Deutschland zentral festgelegt werden und die Pauschale aus einer Stichprobe von Krankenhäusern im Sinne eines Durchschnittswertes ermittelt werden soll, kann es jedoch nur zu einer durchschnittlichen Ausgabenbegrenzung pro Fall kommen (vgl. (9)).

Bei der Einführung von Fallpauschalen ist nicht gesehen worden, dass diese vom Grundgedanken her als Finanzierungselement auf wettbewerblich organisierten Krankenhausmärkten dienen. Beispielsweise kontrahieren in den USA Managed Care Organisationen, also Versicherungen, selektiv mit verschiedenen Krankenhäusern.³⁵ Fallpauschalen werden dort also als ein mögliches Finanzierungselement dezentral eingesetzt.³⁶ Die Fallpauschale gilt für ein Krankenhaus. Krankenhäuser machen gewissermaßen einen Preis für eine Behandlung und listen Qualitäten im Hinblick auf Hotel-, pflegerische und ärztliche Leistungen auf.³⁷ Amerikanische Krankenhäuser bieten ihre Produkte im Idealfall zu Grenzkosten an. Fallpauschalen stellen damit als Preise für Behandlungen in Amerika einen Wettbewerbsparameter dar, der in Deutschland ausgeschaltet ist.

³⁵ Vgl. KAYSER, B., SCHWEFING, B. (1998), S. 54 u. AMELUNG, V., SCHUMACHER, H. (1999), S. 60 ff.

³⁶ Vgl. AMELUNG, V., SCHUMACHER, H. (1999), S. 88 ff.

³⁷ Das „richtige“ Preis-Leistungs-Verhältnis legt der Versicherte indirekt dadurch fest, dass er sich für eine Managed Care Organisation entscheidet, die mit solchen Krankenhäusern kontrahiert hat, die seinen Ansprüchen genügen. Krankenhäuser mit einem nicht angemessenen oder nicht nachgefragten Preis-Leistungs-Verhältnis werden also vom Markt verdrängt.

Wenn die Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlungen politisch begrenzt werden sollen, so stellt sich zunächst die Frage, welches Gesamtausgabenniveau angestrebt wird.³⁸ Wird davon ausgegangen, dass das heutige Niveau zunächst gehalten werden soll, dann muss zwangsläufig eine Beschränkung der Gesamtfallzahl in den verschiedenen Behandlungsklassen eingeführt werden. In Managed Care Organisationen wird die Fallzahl dadurch beeinflusst, dass niedergelassene Ärzte in den Versicherungsverbund mit eingebunden werden.³⁹ Diese überweisen nur dann in ein Krankenhaus, wenn beispielsweise keine Behandlung im niedergelassenen Bereich möglich ist. Aufgrund der mangelnden Möglichkeit der Einflussnahme der deutschen Versicherungen auf die Fallzahl ist zu erwarten, dass die Gesamtausgaben eher steigen werden, wenn unterstellt wird, dass der Trend der steigenden Fallzahlen aus den letzten Jahren anhält.⁴⁰

b) Qualitätssicherung

Durch die obigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass Krankenhäuser, zumindest langfristig gesehen, bei beiden Entgeltsystemen bestrebt sein werden, eine möglichst hohe Qualität anzubieten. Jedoch ist die Qualität insbesondere von medizinischen Leistungen in Deutschland von Patienten und Versicherungen nicht unmittelbar zu erkennen. Es fehlen Institutionen, die Transparenz schaffen, um einen Qualitätswettbewerb sinnvoll zu ermöglichen.⁴¹

In Amerika werden nicht nur Fallpauschalen mit den Krankenhäusern ausgehandelt, sondern gleichzeitig Qualitäten festgelegt, die im übrigen zwischen Krankenhäusern variieren können.⁴² Insbesondere werden Prozessqualitäten festgelegt, d.h. die Leistungserstellung ist genormt. In Deutschland ist jedoch keine ausreichende Aufstellung von Qualitätsrichtlinien als flankierende Maßnahme vorgesehen. Dadurch würde auch einer möglichen Absenkung des Qualitätsniveaus vorgebeugt. Qualitäten von Leistungen werden nicht über das System der DRG erfasst. Durch die Verpflichtung von Krankenhäusern sich an definierte Qualitäten oder Normen zu halten, geben Krankenhäuser gewissermaßen eine Garantie auf ihre Leistungen. Dies wird in Deutschland nur unzureichend über Leit- und Richtlinien bewirkt.

³⁸ Es müssten z.B. die Gesamtausgaben für eine Behandlungsgruppe nach (8) über alle Krankenhäuser festgelegt werden.

³⁹ Vgl. AMELUNG, V., SCHUMACHER, H. (1999), S. 58 ff.

⁴⁰ Vgl. DKG (1998), S. 45.

⁴¹ Vgl. SAUERLAND, D. (1999), S. 3 u. S. 6.

⁴² Vgl. AMELUNG, V., SCHUMACHER, H. (1999), S. 61.

c) Das Ziel der Effizienzerhöhung

Der Gesetzgeber betont immer wieder, dass die Effizienz auf Krankenhausmärkten erhöht werden soll. In der Ökonomie werden die technische, die qualitative und die allokativen Effizienz unterschieden.⁴³

Durch die bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass bei tagesgleichen Pflegesätzen nur ein geringer Anreiz zu einer effizienten Produktion besteht, denn das Gesamtbudget wird mit einer festgelegten Steigerungsrate fortgeschrieben. Insofern werden Krankenhäuser kaum mit den technisch geringst möglichen Kosten (definierte Krankenhausleistungen) produzieren. Im Rahmen eines pflegesatzbasierten Entgeltsystems stehen Krankenhäuser im Qualitätswettbewerb, d.h. Krankenhäuser sind bestrebt eine möglichst hohe Qualität anzubieten. Es wird dann von einer Erhöhung der qualitativen Effizienz gesprochen, wenn bei gleichem Kostenniveau eine höhere Nachfrage erzielt werden kann.⁴⁴ Ob die angebotene Qualität der vom Patienten gewünschten entspricht, ist jedoch fraglich, weil der Patient aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen kaum in der Lage ist, Qualitäten zu beurteilen. Gleichfalls kann keine allokativen Effizienz vorliegen, denn die Höhe von Pflegesätzen wird nicht in einem wettbewerblichen Prozess bestimmt. Es wäre daher Zufall, wenn ein Pflegesatz den Grenzkosten und somit dem Marktpreis entsprechen würde.

Mit Blick auf die technische Effizienz wird durch Fallpauschalen zunächst sichergestellt, dass Krankenhäuser höchstens auf dem fixierten Durchschnittskostenniveau pro Fall produzieren dürfen.⁴⁵ Ein Anreiz zu einer kostengünstigeren Produktion als die geforderte bei gleicher Qualität ist dadurch gegeben, dass zusätzliche Gewinne erzielt werden können. Der Anreiz ist jedoch nicht so stark wie in Amerika, denn dort werden Krankenhäuser mit einem falschen Preis-Leistungs-Verhältnis vom Markt verdrängt. Dieser Prozess wird in Deutschland durch die Krankenhausbedarfspläne der Länder verhindert. In Deutschland reicht es aus mit dem veranschlagten durchschnittlichen Kostenniveau zu produzieren. Somit wird eine technische Effizienz kaum erreicht werden.

Aus den Überlegungen zur Qualitätssicherung kann gefolgert werden, dass auf ein einzelnes Krankenhaus ein höherer Anteil der Nachfrage entfällt, wenn es eine höhere Qualität anbietet

⁴³ Vgl. KRUSE, J. (1985), Kap. 2.

⁴⁴ Qualitative Effizienz wird dann erreicht, wenn die maximale Zahlungsbereitschaft abgeschöpft wird.

⁴⁵ Die technisch effiziente Produktion wäre in Abbildung 3 die Kurve DKF_1 .

als seine Konkurrenten. Doch gesamtwirtschaftlich gesehen wird die Nachfrage nach einer Behandlung jedoch nicht unbedingt steigen, weil die Nachfrage vielmehr von der durch die Diagnose begründeten Gesamtfallzahl abhängt.⁴⁶ Es sind prinzipiell die gleichen Schlussfolgerungen wie bei tagesgleichen Pflegesätzen zu ziehen.

Mit Blick auf die allokativen Effizienz gilt ähnliches, wie für bei tagesgleichen Pflegesätzen. Da Fallpauschalen in Deutschland keine Marktpreise darstellen, wird eine allokativen Effizienz nicht erreicht werden können, es sei denn, die Fallpauschale entspricht zufällig dem Marktpreis.

5. Wirtschaftspolitische Empfehlungen

Eine bessere Alternative, im Vergleich zu den beschriebenen Fallpauschalen, könnten *Komplexpauschalen* sein, die in einem Modellversuch in Schleswig-Holstein getestet werden.⁴⁷ Diese werden auch pro Fall gezahlt, jedoch gibt das Krankenhaus eine Garantie auf seine medizinischen Leistungen. Treten Mängel innerhalb einer bestimmten Frist auf, so hat das Krankenhaus die weiteren erforderlichen Leistungen kostenlos zu erbringen. Die Garantie bezieht sich im Vergleich zu Amerika direkt auf die Ergebnisqualität. Damit wird jedoch indirekt auch eine bestimmte Prozessqualität garantiert. Die aufgezeigte Strategie, die Qualität abzusenken oder die Liegezeit zu verkürzen, ist bei diesen Pauschalen nicht sinnvoll, denn die Kosten durch die Inanspruchnahme von Garantieleistungen übertreffen womöglich den kurzfristigen zusätzlichen Gewinn. Außerdem sind diese Komplexpauschalen direkt zwischen der Krankenversicherung und den teilnehmenden Krankenhäusern vereinbart worden. Insofern hat sich die Krankenversicherung für ein bestimmtes Preis-Leistungs-Verhältnis entschieden. Einen Einfluss auf die Fallzahl hat die Krankenversicherung jedoch nach wie vor nicht.

In Kapitel 3.1 wurde ein weiterer Indikator für den Krankenhausoutput vorgestellt, nämlich die Einzelleistungen. Krankenhäuser bieten unterschiedliche Güterbündel aus materiellen und immateriellen Gütern bzw. Einzelleistungen je nach Erkrankung des Patienten an, für die Produktionsfaktoren eingesetzt werden. Es ergeben sich nach (6) drei große Bereiche, in die Einzelleistungen eingeordnet werden können, nämlich in die Hotel-, die pflegerischen und die ärztli-

⁴⁶ Der Patient kann unter Umständen die Qualitäten nicht erkennen.

⁴⁷ Vgl. KIESELBACH, K. (2000), S. 15. In diesem Versuch der AOK Schleswig-Holstein mit vier Krankenhäusern geht es ausschließlich um Hüftgelenksoperationen.

chen Leistungen. Eine Einzelleistung ist z.B. das Essen, ein Verbandswechsel oder eine Operation. Warum sollte es nicht möglich sein, die Finanzierung an diesem Indikator auszurichten?

Der Vorteil bei einer Bezahlung nach Einzelleistungen wäre, dass Krankenhäuser die Qualität dieser variieren und auch für nahezu identische medizinische Fälle unterschiedliche Preise verlangen können. Das Krankenhaus macht dann gewissermaßen einen Kostenvoranschlag für einen bestimmten Fall bezogen auf die einzelnen Behandlungstage. Der Patient könnte letztendlich entscheiden, welche Qualität er in Anspruch nehmen möchte.

Eine einfache Qualitätsvariation ist im Bereich von Hotelleistungen denkbar. Der Patient könnte wählen zwischen Ein- oder Mehrbettzimmer, WC und Bad im Zimmer oder auf dem Gang oder aber über das Essen und das Ambiente. Das Gleiche gilt für die ärztlichen und pflegerischen Leistungen (Operation durch den Chefarzt oder durch andere Ärzte, Wahl des Behandlungsverfahrens, Grad der Betreuung durch Krankenschwestern auf der Station etc.). Das Krankenhaus wäre in der Lage, für die einzelnen Tage unterschiedliche Preise entsprechend des in Abbildung 1 dargestellten Patienten-Kosten-Profiles zu veranschlagen. Insbesondere bei Patienten mit nicht akuten Erkrankungen ist dieses Entgeltsystem denkbar. Kämen hierzu die bereits angesprochenen Maßnahmen der Einsetzung von Normen und Qualitätsrichtlinien, die Möglichkeit der Einflussnahme von Versicherungen auf die Fallzahl sowie ein Anreizsystem für die Patienten im Rahmen von Beitragsrückerstattungen oder gestaffelten Versicherungstarifen flankierend hinzu, würde ein wirksamer Qualitäts- und Preiswettbewerb auf Krankenhausmärkten installiert, durch den die genannten Ziele erreicht würden.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

- AMELUNG, VOLKER ERIC und HARALD SCHUMACHER (1999): *Managed Care*, Wiesbaden.
- BREYER, FRIEDRICH und PETER ZWEIFEL (1999): *Gesundheitsökonomie*, 3. Aufl., Berlin u.a.
- BUTLER, JAMES R. G. (1995): *Hospital Cost Analysis*, Norwell.
- DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (1998): Zahlen, Daten, Fakten '98, in: *Das Krankenhaus*, S. 1-107.
- EICHHORN, SIEGFRIED (1998): Strukturmodell der Krankenhausqualität, in: Matschke, Manfred Jürgen und Thomas Schildbach (Hrsg.): *Unternehmensberatung und Wirtschaftsprüfung*, Stuttgart, S. 161-173.
- FISCHER, ANDREA (1999): Pressemitteilung Nr. 99 vom 16. Dezember 1999 des Bundesministeriums für Gesundheit; abzurufen im Internet unter:
<http://www.bmg.esundheit.de/presse/1999/presse99/99.htm>.

- FISCHER, ANDREA (2000): Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer für den 23. Deutschen Krankenhaustag am 22.11.00 in Düsseldorf; abzurufen im Internet unter: <http://www.bmggesundheit.de/presse/reden/221100.htm>.
- GLASMACHER, CHRISTIAN J. A. (1996): Statische Preisentscheidungen im Rahmen eines wettbewerbsorientierten Krankenhausfinanzierungssystems: Eine Untersuchung vor dem Hintergrund des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 und der Bundespflegegesetzverordnung 1995, Frankfurt a. M. u.a.
- KAYSER, BJÖRN und BERND SCHWEFING (1998): Managed Care und HMOs: Lösung für die Finanzkrise der Krankenversicherung?, Bern u.a.
- KEUN, FRIEDRICH (1999): Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung, 3. Aufl., Wiesbaden.
- KHG (2000): Krankenhausfinanzierungsgesetz zuletzt geändert durch das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 22.12.1999 (BGBl. I S. 2626); im Internet abzurufen unter: <http://www.bmggesundheit.de/rechts/gkv/kfina/krfinanz.htm>.
- KIESELBACH, KURT (2000): Ministerin begrüßt Leistungshonorare, in: Die Welt vom 26.4.2000, S. 15.
- KOPETSCH, THOMAS (1996): Krankenhausfinanzierung - Eine grundsätzliche Betrachtung, in: Sozialer Fortschritt, 45. Jg., H. 9, S. 208-214.
- KRUSE, JÖRN (1985): Ökonomie der Monopolregulierung, Göttingen.
- KUCHINKE, BJÖRN (2000): Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, Diskussionspapier Nr. 19, TU Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, Ilmenau.
- SAUERLAND, DIRK (1999): Gesundheitspolitik durch staatlich gesetzte Fehlanreize?, Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge Münster Nr. 298, Münster.
- VEPE (2000): Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems nach § 17 b KHG; abzurufen im Internet unter: <http://www.med1.de/36138>.
- WISMAR, MICHAEL, REINHARD BUSSE und FRIEDRICH WILHELM SCHWARTZ (1998): Gesundheitsziele: Konzeptionelle, methodische und politische Überlegungen zu ergebnisorientierten Gesundheitszielen, Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und -systemforschung Hannover, Diskussionspapier Nr. 14, Hannover.

**Diskussionspapiere aus dem Institut für Volkswirtschaftslehre
der Technischen Universität Ilmenau**

- Nr. 1 *Voigt, Eva:* Die Universität als regionaler Wirtschaftsfaktor - Eine Analyse am Beispiel der TU Ilmenau, August 1995. Unter dem Titel „Die Universität als Wirtschaftsfaktor am Beispiel der TU Ilmenau. Eine regionalökonomische Analyse“ erschienen in: Raumforschung und Raumordnung, Heft 4, 1996, 4. Jg., S. 283 - 289.
- Nr. 2 *Kallfass, Hermann H.:* Thüringen im Standortwettbewerb der Industrie, Dezember 1995.
- Nr. 3 *Kroll, Bernhard:* Die Leistungsfähigkeit von Wirtschaftssystemen - eine systemtheoretisch-allgemeine Untersuchung mit Bezug zu Aufstieg und Niedergang der Polis Athen, März 1996.
- Nr. 4 *Kallfass, Hermann H.:* Wettbewerbliche Prozesse in der Managementkontrolle durch Haftung und Anreize stärken, März 1996. Unter dem Titel “Wettbewerbliche Prozesse stärken” erschienen in: Wirtschaftsdienst, Nr. 4, 1996, 76. Jg., S. 167-171.
- Nr. 5 *Kroll, Bernhard:* Anpassungspotential und Irreversibilität im ökonomischen Evolutionsprozess, Mai 1996.
- Nr. 6 *Rissiek, Jörg:* Subventionierung der individuellen Humankapitalinvestitionen?, Oktober 1996. In einer veränderten Fassung unter dem Titel “Subsidies for Individual Human Capital Investments under Uncertainty” erschienen in: Lefebvre, E., Cooper, R. (Hrsg.): Uncertainty, Knowledge and Skill, Vol. II, Diepenbeck, Keele 1997, S. 267-283.
- Nr. 7 *Kallfass, Hermann H.:* Konzepte und Indikatoren zur Abgrenzung räumlicher Märkte in der europäischen Zusammenschlusskontrolle, November 1996. Erschienen in: Jörn Kruse, Kurt Stockmann, Lothar Vollmer (Hrsg.), Wettbewerbspolitik im Spannungsfeld nationaler und internationaler Kartellrechtsordnungen. Festschrift für Ingo Schmidt zum 65. Geburtstag, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1997, S. 111 – 129.
- Nr. 8 *Sideras, Jörn:* Eigentumsrechtliche Dezentralisierung und institutioneller Wettbewerb, Mai 1997.
- Nr. 9 *Kroll, Bernhard:* Die Zusammenführung wirtschaftlich-materieller und informationell-institutioneller Sichtweisen der Evolution von Wirtschaftssystemen - eine Herausforderung für die Evolutorische Ökonomik, Juni 1997.
- Nr. 10 *Rissiek, Jörg:* Wirtschaftswachstum und Strukturwandel als Einflußfaktoren auf das individuelle Humankapitalinvestitionskalkül, Juni 1997.

- Nr. 11 *Voigt, Eva*: Technische Universität als regionales Innovationspotential - Auswertung einer Unternehmensbefragung in der Region Ilmenau, September 1997. In veränderten Fassungen erschienen als: "Regionale Wissens-Spillovers Technischer Hochschulen. Untersuchungen zur Region Ilmenau und ihrer Universität", in: Raumforschung und Raumordnung, 56. Jahrgang, Heft 1.1998, S. 27-35. "Indikatoren der Wirksamkeit regionaler Innovationsaktivitäten - Eine Analyse zur Rolle der TU Ilmenau", in: Fritsch, M., Meyer-Krahmer, F., Pleschak, F. (Hrsg.): Innovation in Ostdeutschland, Potentiale und Probleme in Technik, Wirtschaft und Politik, Bd. 34, Schriftenreihe des Fraunhofer-Instituts für Systemtechnik und Innovationsforschung (ISI), Physica-Verlag, Heidelberg 1998, S. 281-292.
- Nr. 12 *Knorr, Andreas*: Modell Neuseeland? Reformen und Reformergebnisse im Überblick, September 1997. In erweiterten Fassungen erschienen als: "Erfolge und Misserfolge des neuseeländischen Reformexperiments", in: Verein der Freiburger Wirtschaftswissenschaftler (Hrsg.), Offen für Reformen? Institutionelle Voraussetzungen für gesellschaftlichen Wandel im modernen Wohlfahrtsstaat, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 1998. "Das Konzept der ‚Light-handed regulation‘", in: Wirtschaft und Wettbewerb, Jg. 48, 1998, S. 541-553.
- Nr. 13 *Czygan, Marco*: Wettbewerb bei der Distribution des Fernsehens und Auswirkungen der Digitalisierung, November 1997.
- Nr. 14 *Rissiek, Jörg*: Wirkungen staatlicher Eingriffe auf Humankapitalinvestitionen, September 1998.
- Nr. 15 *Kallfass, Hermann H.*: Vertikale Verträge und die europäische Wettbewerbspolitik, Oktober 1998. In veränderter Fassung erschienen als: „Vertikale Verträge in der Wettbewerbspolitik der EU“, in: Wirtschaft und Wettbewerb, 49. Jg., 1999, S. 225-244.
- Nr. 16 *Steinrücken, Torsten*: Wirtschaftspolitik für offene Kommunikationssysteme - Eine ökonomische Analyse am Beispiel des Internet, März 1999.
- Nr. 17 *Kallfass, Hermann H.*: Strukturwandel im staatlichen Einfluss, April 1999.
- Nr. 18 *Czygan, Marco*: Wohin kann Wettbewerb im Hörfunk führen? Industrieökonomische Analyse des Hörfunksystems der USA und Vergleich mit Deutschland, Dezember 1999.
- Nr. 19 *Kuchinke, Björn*: Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, September 2000.
- Nr. 20 *Steinrücken, Torsten*: Der Markt für „politische Zitronen“, Februar 2001.
- Nr. 21 *Kuchinke, Björn A.*: Fallpauschalen als zentrales Finanzierungselement für deutsche Krankenhäuser: Eine Beurteilung aus gesundheitsökonomischer Sicht, Februar 2001.