

Bataille, Marc; Coenen, Michael

Article — Published Version

Monistik in der Krankenhausfinanzierung - ist der Anfang gemacht?

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Bataille, Marc; Coenen, Michael (2009) : Monistik in der Krankenhausfinanzierung - ist der Anfang gemacht?, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 89, Iss. 2, pp. 119-127,
<https://doi.org/10.1007/s10273-009-0898-7>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/65554>

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.

Marc Bataille, Michael Coenen

Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht?

Im Dezember 2008 hat der Bundestag ein Gesetz zur Krankenhausfinanzierung verabschiedet. Ziel ist es dabei, die Investitionsförderung der Länder für Krankenhäuser zurückzuschrauben und die Krankenhausfinanzierung aus einer Hand (Monistik) in die Wege zu leiten. Was sind die Nachteile einer dualistischen Finanzierung? Welche Faktoren sind bei einer Reform zu bedenken? Welche unterschiedlichen Reformvorschläge gibt es und wie ist der Gesetzentwurf vor diesem Hintergrund zu bewerten?

Die überbordenden Kosten im Gesundheitswesen haben aufs Neue die Krankenhausfinanzierung ins Gespräch gebracht. Im Kreuzfeuer steht der seit 1972 eingeschlagene Weg, die Finanzierung der Krankenhäuser auf zwei Säulen zu stellen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bestimmt in § 4, dass die Bundesländer vorrangig für die Investitionskosten¹ der Krankenhäuser aufkommen, während die Betriebskosten über pauschalierte Pflegesätze von den Krankenkassen getragen werden. Das Bundeskabinett hat am 24. September 2008 einen Gesetzentwurf verabschiedet, mit dem die dualistische Finanzierung reformiert und einer monistischen Krankenhausfinanzierung der Weg geebnet werden soll. Am 18. Dezember 2008 hat der Bundestag das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz verabschiedet. Das Gesetz bedarf nun noch der Zustimmung durch den Bundesrat. Kern der Vereinbarungen sind Investitionspauschalen, die die Betriebskosten-Fallpauschalen ergänzen und das bisherige System der Einzelförderung ersetzen sollen.²

Neben politisch sicherlich sensiblen Fragen zur Aufteilung von Macht und Einfluss in einem föderalen Staat geht es bei dem Übergang zur Monistik aus ordnungspolitischer Sicht in erster Linie um die Schaffung geeigneter Strukturen im Krankensektor für Innovation und Fortschritt. Dieser soll sich entlang der Präferenzen der Bürger entwickeln, für die der Krankensektor betrieben wird und die ihn finanzieren.

Wettbewerbsverzerrung durch Investitionsförderung der Länder

Auf normalen Märkten dient Wettbewerb der Aufdeckung unbekannter Tatsachen und Problemlösungen.

Marc Bataille, 29, Dipl. Oec., und Dr. Michael Coenen, 33, sind wissenschaftliche Mitarbeiter der Monopolkommission. Der vorliegende Beitrag gibt die persönliche Meinung der Autoren wieder.

Unternehmen bieten Konsumenten stets Bündel aus Preis und Leistung an, mit denen sie untereinander im Wettbewerb stehen. Sie führen Investitionen aus, wenn diese Vorteile im Wettbewerb versprechen und einen positiven erwarteten Kapitalwert ausweisen. Jeder Investitionstätigkeit voraus gehen mehr oder minder fundierte Schätzungen der zukünftigen Nachfrage im Markt. Der Sanktionsmechanismus des wirtschaftlichen Wettbewerbs schützt dann zuverlässig vor der gegenseitigen Ausbeutung von Marktteilnehmern und allzu großen Fehlern.

Diese Grundprinzipien eines wettbewerblichen Angebotes gelten auch für den Krankenhausmarkt, jedoch unterscheidet sich der Krankenhausmarkt von normalen Wettbewerbsmärkten zum einen dadurch, dass keine freie Preisbildung existiert und die Patienten als Leistungsempfänger nicht zugleich auch Kostenträger sind. Die Kosten einer Krankenhausbehandlung werden in der Regel nicht von den Patienten getragen, sondern durch das umfangreiche Krankenversicherungssystem auf die Versichertengemeinschaft sozialisiert. Zum anderen erfolgt die Finanzierung des Krankensektors in Abgrenzung zur ambulanten Versorgung bislang nicht allein durch die Krankenversicherungen, sondern auch durch die Investitionskostenfinanzierung der Länder. Diese Aufspaltung in

¹ Die unter Investitionskosten subsumierten Fördertatbestände ergeben sich einerseits aus der Begriffsbestimmung in § 2 Ziff. 2 und 3 KHG sowie aus § 9 Abs. 1 KHG. Während für einen Teil der Investitionen Einzelförderungsanträge gestellt werden müssen, fördern die Länder kurzfristige Anlagegüter und kleine bauliche Maßnahmen gemäß § 9 Abs. 3 KHG durch feste jährliche Pauschalbeträge.

² Vgl. Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), Bundestags-Drucksache 16/10807. Im bisherigen System wird als Einzelförderung die explizite Investitionsfinanzierung einzelner Projekte bezeichnet. Neben dieser Einzelförderung existiert auch eine Pauschalförderung der Bundesländer, über die den Krankenhäusern Investitionsmittel ohne spezifischen Verwendungszweck im Sinne einer globalen Budgetierung zufließen. Diese können die Krankenhäuser dann frei für kleinere bauliche Maßnahmen oder für Wiederbeschaffungsinvestitionen verwenden.

zwei Finanzierungsquellen – ursprünglich eingeführt um die Finanzierung der Krankenhäuser abzusichern – erweist sich jedoch unter verschiedenen Gesichtspunkten als ökonomisch problematisch:³

- *Die Investitionsförderung schwächt den Leistungswettbewerb der Krankenhäuser untereinander.* Die Übernahme des Kostenrisikos von Investitionen durch einen staatlichen Planer führt dazu, dass Wettbewerbsprozesse bei der Investitionsplanung weitgehend unberücksichtigt bleiben. Ausrüstungsinvestitionen müssen sich nicht notwendigerweise durch entsprechende Fallzahlen refinanzieren. Mancherorts werden daher Überkapazitäten vorgehalten, Spezialisierung wird vermieden. Durch die Loslösung der Investitionsfinanzierung von der Patientennachfrage wird außerdem verpasst, die Steuerungsfunktion des Wettbewerbs um Patienten so zu nutzen, dass qualitätssteigernde und betriebskostensenkende Innovationen in einem volkswirtschaftlich rationalen Verhältnis zueinander ausgeführt werden. Schließlich werden die Nicht-Plankrankenhäuser durch die Investitionsförderung im Wettbewerb um privatversicherte Patienten benachteiligt, da sie anders als die Plankrankenhäuser die Kapitalkosten ihrer Investitionen selbst zu tragen haben.
- *Die Investitionsförderung verzerrt die Entscheidung über den Einsatz von Arbeit und Kapital.* Kapital und Arbeit sind in der Regel substituierbar, werden im Rahmen der dualistischen Krankenhausfinanzierung jedoch einer getrennten Betrachtung unterworfen. In einem betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozess sollte hingegen simultan über den Einsatz von Arbeit und Kapital entschieden werden. Im Krankenhaus bedeutet dies, dass die rein einzelwirtschaftlich effiziente Organisation eines Versorgungsprozesses möglicherweise nur zufällig mit

dem gesamtwirtschaftlich rationalen Wahlverhalten übereinstimmt.

- *Die Investitionsförderung führt zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor.* Zur Subventionierung der Krankenhäuser durch die Investitionsförderung gibt es im ambulanten Sektor keine Entsprechung. Es bestehen daher für die Krankenkassen und Versicherungen Anreize, zumindest Teile der Nachfrage nach ambulanter Versorgung in Krankenhäuser zu lenken, da sie in diesen nur einen Teil der Kosten übernehmen müssen.
- *Die Investitionsausstattung der Krankenhäuser wird durch einen kooperatistischen Planungsprozess determiniert.* Es muss davon ausgegangen werden, dass dieser die tatsächliche, absolute Nachfrage nach Investitionen nur unzureichend abbildet. Staatliche Stellen sind kaum in der Lage, die Nachfrage nach stationären Krankenhausleistungen und daher deren absolutes Niveau über Investitionszyklen von bis zu 25 Jahren zutreffend einzuschätzen.⁴
- *Durch die Investitionsfinanzierung aus den Länderhaushalten unterliegt die Krankenhausfinanzierung ständiger politischer Einflussnahme.* Die problematische Haushaltslage der Bundesländer hat neuen Investitionsvorhaben Restriktionen auferlegt. Diese können auch kurzfristig auftreten und politisch getrieben sein. Die Investitionsförderung der Bundesländer ist in den letzten 15 Jahren – wenn auch in je nach Bundesland unterschiedlicher absoluter Dimension, so doch stetig – zurückgegangen, insgesamt betrug sie zuletzt etwa 2,7 Mrd. Euro jährlich.⁵ Der durch fehlende Mittel über die Jahre verursachte Investitionsstau deutscher Plankrankenhäuser wird mit bis zu 50 Mrd. Euro angegeben.⁶

³ In groben Zügen gestalten sich die staatliche Planung und Finanzierung der Krankenhausversorgung gegenwärtig wie folgt: Die Bundesländer stellen gemäß § 6 KHG sogenannte Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf, um die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern und eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Krankenhauspläne legen allgemeine Versorgungsziele fest und prognostizieren den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden. An ihrer kollektiven Erstellung sind in der Regel alle wesentlichen Interessengruppen in der Krankenhausversorgung beteiligt. Die bedarfsgerechten Krankenhäuser werden beispielsweise in Bezug auf Standort, Größe und Leistungsspektrum ausgewiesen. Als sogenannte Plankrankenhäuser haben sie in der Folge Anspruch auf eine Förderung ihrer Investitionen durch das jeweilige Bundesland. Außerdem können sie ihre Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Neben den Plankrankenhäusern existieren auch Nicht-Plankrankenhäuser. Diese erhalten keine Investitionsförderung durch ihr Bundesland und können Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen auch nur abrechnen, wenn sie einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen eingegangen sind.

⁴ Vgl. Monopolkommission: Zusammenschlussvorhaben der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH mit der Krankenhaus Mariahilf gGmbH, Sondergutachten 52, Baden-Baden 2008, insb. Tz. 56 und Tz. 62-67.

⁵ Vgl. B. Augurzky, R. Budde, S. Krolop, C. M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz, C. Schwierz, S. Terkatz: Krankenhaus Rating Report 2008, RWI Materialien, Heft 41, Essen 2008, S. 47 ff.

⁶ Als grundsätzlich problematisch erweist sich bei der Feststellung der Höhe des Investitionsstaus die Tatsache, dass zwar kalkulatorisch ein irgendwie gearteter Betrag feststellbar ist, um den die tatsächlich geleisteten Investitionsförderungen der Bundesländer beispielsweise von den beantragten Fördermitteln abweichen; aus ökonomischer Sicht geht es hierbei jedoch um die deutlich schwerer zu beziffernde Abweichung des Bestandes an Anlagegütern von der sozial erwünschten Ausstattung. Diese Abweichung wird vermutlich weit weniger eindrucksvoll ausfallen als die in verschiedenen Gutachten veröffentlichten Zahlen zum Investitionsstau, da der oftmals herangezogene Wert der beantragten Fördermittel kein gutes Maß für die sozial erwünschte Ausstattung mit Anlagegütern darstellt. Vielmehr steht zu vermuten, dass die Krankenhäuser einen höheren Bedarf an Förderprojekten allein schon aus dem Grund angeben, als sie mit einer eingeschränkten Bewilligung durch die zuständige Planungsbehörde rechnen müssen.

Wie sollte eine monistische Krankenhausfinanzierung gestaltet werden?

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung hin zu einem eindimensionalen, monistischen Finanzierungssystem verfolgt das Ziel, diesen ökonomischen Fehlentwicklungen entgegenzutreten. In welcher Weise sollte eine solche Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“ aber ausgestaltet sein, damit Investitionsentscheidungen in optimaler Weise getroffen werden? Bestehende Vorschläge zur Beantwortung dieser Frage lassen sich grob in zwei Kategorien untergliedern: Eine Gruppe von Vorschlägen setzt ein funktionsfähiges selektives Kontrahieren⁷ zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen voraus; die Preisbildung bei Krankenhausleistungen, die heute mit Einheitspreisen exogen vorgegeben ist, wird daher im Marktprozess internalisiert und es bleibt noch Marktunvollkommenheiten und politischen Interessen Rechnung zu tragen, nicht länger aber der eigentlichen Preisbildung. Die zweite Gruppe von Vorschlägen basiert auf dem bestehenden Krankenhausfinanzierungssystem mit administrierten, einheitlichen Fallpauschalen. Ansatzpunkt für diese Vorschläge ist eine Angleichung der Finanzierungssystematik bei Investitionsmitteln und Mitteln zur Deckung von Krankenhausbetriebskosten. Hierbei ist es Aufgabe eines Regulierers oder eines Regulierungsgremiums, die Preise für Krankenhausleistungen in einer Weise festzulegen, dass Investitionsentscheidungen optimal getroffen werden können.

Wir werden uns im Folgenden zunächst mit zwei Vorschlägen aus jüngerer Zeit zur Einführung eines monistischen Krankenhausfinanzierungssystems auseinander setzen, die jeweils beispielhaft für ein Lösungskonzept stehen. Während die Monopolkommission ihre Forderung nach einer Rückkehr zur Monistik mit einem Krankenhausfinanzierungssystem kombiniert, das selektives Kontrahieren der Krankenkassen mit den Krankenhäusern vorsieht,⁸ erweitern Rürup und das IGES-Institut das bestehende Finanzierungs-

modell mit einheitlichen Fallpauschalen zur Monistik.⁹ Die Ergebnisse der Diskussion erlauben uns eine Beurteilung des Bundestagsbeschlusses zur Reform der Klinikfinanzierung vom 18. Dezember 2008.¹⁰ Der hier zu erkennende Weg einer fallspezifischen Investitionsförderung wird daraufhin im Einzelnen untersucht. Wir schließen mit einem Ausblick auf den aus unserer Sicht verbleibenden Reformbedarf.

Die Lösung der Monopolkommission

Das Modell der Monopolkommission erlaubt auf dem Krankenhausmarkt eine Internalisierung der Preisbildung über selektives Kontrahieren. Die Krankenkassen sollen um Versicherte mit einem Options-tarif konkurrieren, der die Versicherten in ihrer freien Krankenhauswahl beschränkt, den Krankenkassen als Kostenträgern daher Steuerungsmöglichkeiten über die Wahlentscheidungen der Patienten eröffnet und ihnen Anreize gibt, selektiv mit Krankenhäusern über Preis und Qualität der zu erbringenden Leistungen zu verhandeln. Das Leistungsspektrum jedoch, auf das ein Versicherter im Optionstarif Anspruch hat, soll gegenüber dem bisherigen gesetzlichen Standardtarif nicht eingeschränkt sein. Hierdurch wird einer möglichen Ausdünnung des Versicherungsschutzes im Wettbewerb der Krankenkassen vorgebeugt. Ebenso soll die freie Krankenhauswahl zur Notfallversorgung, bei der die Einlieferungszeit ins Krankenhaus entscheidend für den späteren Heilungserfolg ist, nicht eingeschränkt werden dürfen. Mithin beschränkt sich das selektive Kontrahieren der Krankenkassen mit den Krankenhäusern auf den Bereich der elektiven Krankenhausleistungen.¹¹

Bei den Verhandlungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern kann das bestehende DRG-Fallpauschalen-System¹² als eine Referenz für die Abschlüsse dienen. Grundsätzlich soll es den Vertragspartnern freigestellt sein, auch andere Vergütungsformen zu vereinbaren und gegebenenfalls ganz auf Fallpauschalen zu verzichten. Im Ideal kommt es daher zu freien, wettbewerblichen Preisverhandlungen der

⁷ Selektives Kontrahieren hebt den bislang weitgehend bestehenden Kontrahierungszwang in der Krankenhausversorgung auf. Dieser verpflichtet die Krankenkassen dazu, sämtliche Leistungen zu vergüten, die ihre Versicherten in Plankrankenhäusern oder Vertragskrankenhäusern in Anspruch nehmen. Selektives Kontrahieren hingegen strebt einzelvertragliche Regelungen an. Krankenkassen vergüten eine Leistung hiernach nur unter der Voraussetzung, dass ein expliziter Vertrag über die Erbringung dieser Leistung zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse besteht.

⁸ Vgl. Monopolkommission: Hauptgutachten 17, Weniger Staat, mehr Wettbewerb, Bundestag-Drucksache 16/10140.

⁹ Vgl. B. Rürup, IGES: Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin 2008.

¹⁰ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009, a.a.O.

¹¹ Für die Details der Ausgestaltung funktionsfähigen selektiven Kontrahierens vgl. Monopolkommission, a.a.O., Tz. 855-871. Wir beschränken uns in der Folge auf Implikationen für die monistische Finanzierung des Krankensektors.

¹² „DRG“ steht für „Diagnosis Related Groups“. Im Gegensatz zu den früher verwendeten tagesgleichen Pflegesätzen erhalten die Krankenhäuser heute zumeist eine auf die spezifische Diagnose zugeschnittene Fallpauschale als Vergütung.

Krankenkassen mit den Krankenhäusern. Die sich einstellenden Vergütungen sollten dann den langfristigen Grenzkosten der Leistungsbereitstellung entsprechen und neben den Kosten des Betriebs und des Unterhalts von Krankenhauseinrichtungen auch eine Prämie für die Beanspruchung von Anlagegütern enthalten. Wie hoch diese Prämie im Einzelfall ausfällt, hängt ganz davon ab, wie kapitalintensiv die jeweils in Anspruch genommenen Anlagen sind. Es ist keineswegs zu unterstellen, dass Prämien in irgendeiner Weise in absolut gleicher Höhe auf die unterschiedlichen Betriebskosten-Fallpauschalen aufgeschlagen werden oder sich zu deren Höhe proportional verhalten. Die Höhe der Prämie ist abhängig von der in dem Krankenhaus verwendeten Technologie und insbesondere davon, in welcher Weise der einzelne Fall Arbeit und Kapital beansprucht. Ist ein Fall in erster Linie pflegeintensiv, so wird er nur relativ geringe Kapitalkosten verursachen, verlangt er aber in der Behandlung nach teuren Apparaten, so werden seine Kapitalkosten höher sein.¹³

Der Vorteil selektiver Verträge ist insbesondere in der marktendogenen Bestimmung der verwendeten Technologien und ihrer Ausrichtung an den durchaus heterogenen Präferenzen unterschiedlicher Versicherungsgemeinschaften zu sehen. Der Wettbewerb von Krankenkassen und Krankenhäusern dient hierbei als Triebfeder eines kontinuierlichen, niemals endenden Anpassungs- und Optimierungsprozesses. Die unter idealen Voraussetzungen folglich auf dem Krankenhausmarkt vorherrschende Anbieter- und Leistungsstruktur kommt dem effizienten Versorgungsniveau nahe. Mögliche innovative Anpassungen können dann auch in marktstrukturellen Veränderungen gesehen werden, etwa in einer stärkeren Integration der ambulanten Versorgung in den Krankenhausbetrieb oder in der Umsetzung von Portalklinikkonzepten.

Auch die sich einstellende Verteilung von Angeboten im Raum ist aus ordnungspolitischer Sicht zunächst nicht zu beanstanden. Entsprechend soll die bisher auf die Gewährleistung einer allumfassenden Krankenhausversorgung gerichtete Krankenhauspla-

nung eines Bundeslandes künftig auf die Bereitstellung einer unbedingt erforderlichen Mindestversorgung reduziert werden. In der Diskussion um die Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung werden allerdings die Befürchtungen laut, dass dann einzelne Standorte insbesondere im dünn besiedelten ländlichen Raum in ihrem Bestand gefährdet sind und mithin die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit allgemeinen Krankenhausleistungen nicht gewährleistet werden kann. Bei der flächendeckenden Versorgung geht es jedoch in der Regel nicht um die Korrektur eines ökonomisch fundierten Marktversagens, sondern um die Bereitstellung eines politisch gewollten Gutes. Dieses politische Streben ist in einer Demokratie legitim; die Bereitstellung von Zusatzangeboten muss sich jedoch an Effizienzzielen orientieren. Vorstellbar ist hierzu die wettbewerbskonforme, wiederkehrende Auktion von Managementkontrakten, in deren Folge die politisch geforderte Versorgungsqualität zu für die öffentliche Hand geringstmöglichen Kosten bereitgestellt wird. Im Ergebnis entstünde wieder eine Form dualistischer Finanzierung, die diesmal jedoch nicht zwischen der Finanzierung von Investitionen auf der einen und der Finanzierung von Betriebskosten auf der anderen Seite unterscheiden würde.¹⁴

Die Lösung von Rürup und IGES

Die Expertise von Rürup und IGES entwickelt das bestehende, für alle Krankenhäuser einheitliche Fallpauschalensystem fort und erweitert es um Investitionszuschläge. Im Blickpunkt stehen zwei für den Übergang von der Dualistik zur Monistik wesentliche Fragestellungen: Zum einen wird erörtert, in welcher Weise und in welchem Umfang das bisher stark unterschiedliche Niveau der Krankenhausinvestitionsförderung zwischen den Ländern auszugleichen ist. Zum anderen wird untersucht, auf welche Weise ein

¹³ Wir haben an dieser Stelle das Ergebnis idealisiert und uns auf die Darstellung der Ergebnisse selektiven Kontrahierens beschränkt. Der Einfachheit halber sei beispielsweise unterstellt, alle Bürger seien in einem Optionstarif der gesetzlichen Krankenkassen versichert. Tatsächlich ignorieren wir die Vergütungsstruktur im eigentlich weiter bestehenden gesetzlichen Standardtarif. Nur so führt das selektive Kontrahieren in Bezug auf jenen Teil der Versicherten, der im Optionstarif versichert ist, zu einem optimalen Ergebnis. Andernfalls bestünde immer die Möglichkeit, dass die Krankenkassen den Optionstarif aus dem Standardtarif subventionieren. Die vereinbarten Preise im Optionstarif würden dann beispielsweise keine Komponente mehr enthalten, die der wahren Beanspruchung des Kapitals entspricht.

¹⁴ In der Diskussion um die monistische Krankenhausfinanzierung wird auch der bestehende Investitionsstau problematisiert, der vor ihrer Einführung abgebaut werden müsse. Hierzu ist zu bemerken, dass der Investitionsstau aus wettbewerbspolitischer Sicht unproblematisch ist, wenn er alle Krankenhäuser in symmetrischer Weise betrifft. Die in der monistischen Finanzierung um Investitionszuschläge ergänzten Fallpauschalen bieten dann ideale Anreize, um den Investitionsstau abzubauen. Trifft der Investitionsstau die Plankrankenhäuser in asymmetrischer Weise, so entspricht er im Wesentlichen einem First-Mover-Vorteil auf normalen Wettbewerbsmärkten. Dieser mag als ungerechtfertigt angesehen werden, weil ihm in den begünstigten Krankenhäusern keine originären wirtschaftlichen Leistungen in der Vergangenheit gegenüber stehen. Jeder Abbau ist dennoch bedenklich, da es aus heutiger Sicht nicht auf die vergangenheitsbezogene Größe des Investitionsbestandes ankommt, sondern auf die Unterschiede bei zu erwartenden zukünftigen Erträgen. Hier einen Ausgleich herbeizuführen, ist deutlich schwieriger als im Fall der zuverlässig zu ermittelnden Buchgröße des Investitionsbestandes. Alle Ausgleichsmodelle sind zusätzlich mit nicht zu unterschätzenden Bürokratiekosten behaftet.

Ausgleich zwischen den politischen Interessen des Bundes, der bislang für die Finanzierung der Krankenhäuser über die Krankenkassen verantwortlich ist, und den Ländern, die bislang die Investitionskosten tragen, hergestellt werden kann.

In einem monistischen Finanzierungsmodell ohne Vertragswettbewerb und mit einheitlichen Fallpauschalen für alle Krankenhäuser sind das Investitionsvolumen und die Struktur der Investitionszuschläge exogene Größen. Rürup und IGES stellen fest, dass sich ein angemessenes, richtiges oder zweckmäßiges Investitionsniveau wissenschaftlich nicht herleiten lässt. Eine Reihe von internationalen, intersektoralen und intertemporalen Vergleichen führt die Studie dann zu dem – wie sie selbst sagt – analytisch nicht weiter zu fundierenden Schluss, dass für den deutschen Krankenhaussektor kurzfristig ein Investitionsvolumen von 5 Mrd. Euro anzustreben ist. Dieses würde einer Investitionsquote von etwa 8,6% der auf stationäre Leistungen entfallenden Krankenhauskosten entsprechen.

Unter der Prämisse, dass die Finanzierungslast der Krankenhausinvestitionen weiterhin alleine durch die Bundesländer getragen werden soll, ist die Umstellung auf die Monistik dann so zu organisieren, dass möglichst nicht in den komplexen horizontalen Länderfinanzausgleich der Bundesländer eingegriffen wird.¹⁵ Die Mittel zur Finanzierung der Investitionen sollen zukünftig nicht mehr aus den Länderhaushalten abfließen, sondern im Rahmen eines Vorwegabzugs vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht, abgezogen und in den seit Beginn des Jahres 2009 bestehenden Gesundheitsfonds geleitet werden. Eine solche Vorgehensweise bietet Transaktionskostenvorteile aufgrund ihres Automatismus und würde den Anteil der Bundesländer an der Finanzierung der

Krankenhausinvestitionen nach ihrer Einwohnerzahl bemessen.¹⁶

Damit die Bundesländer ihrer Sicherstellungsverantwortung auch in strukturschwachen Regionen nachkommen können, soll die Investitionsfinanzierung über Fallpauschalen durch einen Infrastrukturfonds flankiert werden. In ihn soll ein Teil der Investitionsfördermittel geleitet werden, für den Anfang werden 10% der Gesamtsumme vorgeschlagen. Die Ausstattung des Fonds ist eine normative Entscheidung und eine originär politische Aufgabe. Seine Mittel sind dann von den Bundesländern ausschließlich in strukturschwachen Regionen zu verwenden, für ihre Zuteilung sollen bundeseinheitliche Verfahrensgrundsätze geschaffen werden. Damit die Bundesländer jedoch keine Möglichkeit bekommen, über ihre Verfahrensgrundsätze die Krankenhausförderung systematisch zulasten Dritter, also zulasten des Bundes oder der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, auszuweiten, muss darauf geachtet werden, dass die Mittelausstattung des Infrastrukturfonds fixiert ist und die notwendigen Aufteilungsregeln und Priorisierungen keine Rückwirkung auf seine Größe nehmen.

Schwächen des Vorschlags

Im Ergebnis sieht der Vorschlag von Rürup und IGES ein Finanzierungssystem für den Krankenhaussektor mit wenigen staatlichen Planungselementen zur Ressourcenallokation vor. Distributive Finanzierungsbestandteile – wie die erwünschten Hilfen zur flächendeckenden Versorgung – sollen getrennt von allokativen Finanzierungsbestandteilen organisiert werden. Allerdings kommt die vorgeschlagene Systematik nicht an den grundsätzlichen ökonomischen Schwächen jener Ansätze vorbei, die auf selektives Kontrahieren verzichten: Da keine über Marktpreise koordinierte Verbindung zwischen den Patienten als Nachfragern und den Krankenhäusern als Anbietern von Krankenhausleistungen existiert, muss der absolute Umfang zu tätiger Investitionen immer als eine exogene Größe vorgegeben werden.

¹⁵ Wichtige Grundsätze des Vorschlags sind ferner: 1. Es werden Investitionszuschläge auf die Fallpauschalen gezahlt. 2. Um das Prinzip der Dualistik nicht auszuhöhlen, darf zwischen Steuerzuschüssen, die die Finanzausstattung der Krankenkassen verbessern und der Förderung von Investitionstätigkeit dienen sollen, und den tatsächlichen Auszahlungen an die Krankenhäuser kein Zusammenhang bestehen. 3. Die explizite Investitionsförderung durch Krankenkassen ist ausgeschlossen, weil es ansonsten bei einer Dualität der Finanzierung bliebe. 4. Die detaillierte Krankenhausplanung wird aufgegeben und durch eine Aufsichtsfunktion der Bundesländer (Qualitätsmonitoring) ersetzt. 5. Die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung soll nicht zu einer finanziellen Besserstellung der Bundesländer und zu einer Verlagerung der Belastung auf die Versicherten bei den gesetzlichen Krankenkassen führen. Es sollen also die bislang für Krankenhausinvestitionen verwandten Mittel in einen monistischen Finanzierungsrahmen überführt werden. 6. Für die Mittelverteilung, die in die Zukunft gerichtete neue Investitionen betrifft, wird eine Orientierung an der Förderhistorie eines Bundeslandes abgelehnt. Für die Mittel, die einem Krankenhaus zustehen, sei folglich zunächst einzig die Menge und Struktur seines Fallaufkommens relevant.

¹⁶ Im Vergleich zu dem KHG-Investitionsfördevolumen des Jahres 2006 in Höhe von 2,7 Mrd. Euro liegt das in der Expertise von Rürup und IGES vorgeschlagene Investitionsvolumen um 2,3 Mrd. Euro höher. Durch die Umstellung der Finanzierung und die Bemessung der Beiträge der Bundesländer nach ihrer Einwohnerzahl werden alle Bundesländer zusätzlich belastet. Dies gilt auch, wenn man die Durchschnittsfördevolumina einer längeren Zeitreihe zur Grundlage nimmt. Da die Investitionsförderungen besonders in jüngster Zeit rückläufig sind, sind die zusätzlichen Lasten bei längerfristiger Betrachtung geringer. Auch fallen sie vor allen Dingen für diejenigen Bundesländer moderat aus, die bereits bisher ein überdurchschnittliches Förderaufkommen aufweisen.

Ein zweiter Schwachpunkt ist in der persistenten Benachteiligung des ambulanten Sektors durch die gesonderte staatliche Subventionierung der Krankenhausversorgung zu sehen. Solange sich der Krankenhaussektor aus zwei Quellen finanziert, also zu einem Teil aus Steuereinnahmen und zum anderen Teil aus den Mitteln der Krankenkassen, besitzt er auf dem Markt für ambulante Behandlungen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber dem ambulanten Sektor, der sich alleine aus den Mitteln der Krankenkassen trägt. Ohne eine diesen Punkt berücksichtigende Regulierung der Gebühren in der ambulanten Versorgung, werden die Krankenkassen ihre zunehmenden Einflussmöglichkeiten auf die Wahlentscheidungen ihrer Versicherten nutzen und Patienten zur ambulanten Versorgung zunehmend in Krankenhäuser lenken. Ob ein solches Vorgehen aber auch tatsächlich im Sinne einer effizienten Versorgung ist, kann aufgrund der durch die Subventionen im Krankenhaussektor verzerrten Preise nicht ad hoc beantwortet werden. Dies ist offenbar politischen und soziokulturellen Zielsetzungen geschuldet, deren allokativen Nachteile allerdings von der Politik nur wenig Beachtung geschenkt wird.

Die Lösung der Bundesregierung

Mit dem Gesetz vom 18. Dezember 2008 soll die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt werden. Gerade hinsichtlich der Investitionsfinanzierung jedoch wurde mit dem vorliegenden Gesetz im letzten Moment eine Rolle rückwärts vollzogen. Kam der Referentenentwurf vom 22. August 2008 noch seinem verheißungsvollen Titel eines ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 nahe, wurde der vom Kabinett am 24. September 2008 verabschiedete Regierungsentwurf auf eine Absichtserklärung reduziert.

Der neue § 10 KHG-E bestimmt, dass ab dem Jahr 2012 eine pauschale und nach Fallgruppen unterschiedene Investitionsförderung für Plankrankenhäuser möglich wird.¹⁷ Gemäß dem neuen § 10 Abs. 2 KHG-E sollen die Verbände der Vertragsparteien Bewertungsrelationen zur Differenzierung der Investitionskostenintensität von Diagnosegruppen entwickeln und kalkulieren. Ab dem Jahr 2012 können sich dann die von den Krankenhäusern für erbrachte Leistungen abgerechneten DRG-Fallwerte aus zwei Bestandteilen zusammensetzen: Zu dem bereits seit 2003 bestehenden Fallwert für die Abrechnung der Betriebs- und Pflegekosten tritt ein neuer fallspezifischer

Investitionsaufschlag hinzu. Letzterer, die eigentliche Neuerung, bleibt allerdings nur eine Option der Länder. Entgegen dem Referentenentwurf, der den Ländern lediglich unter bestimmten Bedingungen¹⁸ eine Einzelförderung zugestanden hat, die gleichzeitig mit der Gesamtförderung verrechnet werden sollte, lässt der neue § 10 Abs. 1 Satz 5 KHG-E den Ländern ausdrücklich die Wahl, „eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden“. Die Höhe der Investitionspauschalen ist wie das Investitionsniveau insgesamt nicht geregelt. Den Ländern wird der Auftrag erteilt, Grundsätze und Kriterien für den Investitionsfallwert zu entwickeln.

Keine grundsätzliche Änderung nimmt der Regierungsentwurf an der komplizierten Erlösplanung der Pflegesätze und den Mehr- und Mindererlösausgleichsregelungen des § 4 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)¹⁹ vor. Die Faktorallokation bleibt damit auch nach einem Übergang zu Investitionsfallpauschalen noch grundsätzlich verzerrt, da über das Plan-Soll hinausgehende Behandlungen im Bereich der Betriebskosten nur anteilig vergütet werden.²⁰ Für die neuen Investitionspauschalen sieht das Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz hingegen bisher keine Erlösausgleichsregeln vor. Jedoch werden die Krankenhäuser, die in Zukunft für Versorgungsleistungen zwei Pauschalen erhalten, durch die vorab festgelegten Fallzahlen im Betriebskostenbereich weiterhin daran gehindert, aus eigener Initiative einen wettbewerblichen Vorstoß zu wagen. Auch nach einer monetarischen Finanzierungsreform bleibt daher eine gewichtige Hürde im Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten bestehen.

Der aktuelle Gesetzentwurf verpasst es damit, dem Wettbewerb in der Krankenhausinvestitionsfinanzierung einen bundeseinheitlichen ordnungspolitischen Rahmen zu geben, und ist damit lediglich als „Türöffner“ zum Einstieg in eine Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen zu bewerten. Hintergrund der jüngst in den Gesetzentwurf eingeflossenen Änderungen dürfte Kritik der Bundesländer gewesen sein, die ihre Möglichkeiten zu diskretionären

¹⁷ Anders als bei der Betriebskostenfinanzierung sollen im Bereich der Investitionsmittel auch für den psychiatrischen Bereich Fallpauschalen kalkuliert werden. Die Umstellung auf Pauschalbeträge soll hier jedoch erst ab 2014 erfolgen.

¹⁸ Einzelförderungen sollten insbesondere dann zulässig sein, wenn die distributive Aufgabe der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen betroffen ist.

¹⁹ Gemäß Art. 2 des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes wird der alte § 4 Abs. 9 KHEntgG in § 4 Abs. 3 KHEntgG-E in seinen grundsätzlichen Wirkungen weitgehend unverändert übernommen.

²⁰ Bei gleichzeitigen Zuschlägen für die Unterschreitung des Plan-Solls.

Monistische Krankenhausfinanzierungsmodelle im Vergleich

Zielkriterium	Entwurf Bundesregierung	Modell Rürup/IGES	Modell Monopolkommission
Finanzierung aus einer Hand	nach Wahl der Bundesländer	einheitlicher Preis pro Leistung aus Sicht der Krankenhäuser durch Investitionsfallpauschalen, aber geteilte Finanzierung durch Bundesländer/ Krankenkassen	ja – durch Investitionsfallpauschalen, Ausnahme: Aufwendungen zur flächendeckenden Versorgung
Wettbewerbliche Allokation der Investitionsmittel	nach Wahl der Bundesländer	ja	ja
Kostensenkungs- und Effizienz-anreize	nach Wahl der Bundesländer	ja	ja
Fallvergütungsniveau je Krankenhaus	einheitlich	einheitlich	differenziert, verhandelbares Preis-/Leistungs-Portfolio
Wettbewerbsneutralität gegenüber dem ambulanten Sektor	nein	nein	weitgehend
Flächendeckende Versorgung: Trennung von allokativen und distributiven Finanzierungselementen	nein – nicht explizit geregelt, aber den Ländern verbleibt die Möglichkeit, nach eigener Maßgabe Einzelförderungen durchzuführen	ja – Verteilung eines Anteils des Gesamtvolumens an Investitionsmitteln nach festen Grundsätzen durch die Bundesländer	ja – distributives Element nach Präferenz der Gebietskörperschaften, z.B. durch Ausschreibung defizitärer Standorte
Eingriffe in das Krankenversicherungssystem	nein	nein	ja
Bestimmung des Gesamtinvestitionsniveaus entsprechend der Präferenzen der Krankenkassen	durch politische Einflussnahme	durch politische Einflussnahme	marktendogene Bestimmung bei leistungsdifferenzierten Tarifen der Krankenkassen

Eingriffen in den Krankenhaussektor bedroht sahen. Eine Abkehr von der Investitionsplanung durch die Bundesländer ist damit noch nicht geschafft, eine klare Trennung zwischen dem distributiven Ziel der flächendeckenden Versorgung und allokativen Elementen der Investitionsfinanzierung wurde verfehlt. Der Einstieg in die monistische Finanzierung von Seiten der Krankenhäuser steht mithin unter dem Vorbehalt einer Umsetzung in den jeweiligen Bundesländern.

Investitionsfallpauschalen, wie sie der Gesetzentwurf vorsehen könnte

Auch wenn der aktuelle Gesetzentwurf noch keine abschließende Regelung trifft, so scheint der Weg in eine monistische Finanzierung zumindest vorgezeichnet. Für die Investitionszuschläge auf die Betriebskosten-Fallpauschalen sollten fallspezifische Bewertungsrelationen ermittelt werden. Unter idealen Bedingungen sollen die Unterschiede in den Investitionszuschlägen die Unterschiede in der tatsächlichen Beanspruchung der verschiedenen Anlagegüter widerspiegeln. Durch die Kopplung der Mittelzuflüsse an die Fallzahlen werden besonders die Voraussetzungen für den Wettbewerb um Patienten gestärkt. Bleibt den Krankenhäusern eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Behandlungsmethoden, so lassen sich durch die Wahlfreiheit über arbeits- oder kapitalintensivere Behandlungsformen auch Vorteile hinsichtlich einer optimalen Faktorallokation umsetzen.

Das System fallspezifischer Investitionszuschläge birgt jedoch auch eigene Risiken, die innerhalb eines solchen Versorgungskonzeptes zu berücksichtigen sind: Investitionsfallpauschalen sind immer an eine Ex-post-Betrachtung der Fallkosten geknüpft. Die Anlehnung an Daten der Vergangenheit erschwert qualitätssteigernde Innovationen in der Krankenhausversorgung, da ihre Realisierung dann auf planerische Vorgaben vertrauen muss.

Aus ökonomischer Sicht entspricht das DRG-Fallpauschalen-System einer Price-Cap-Regulierung, wie sie üblicherweise zur Regulierung marktbeherrschender Unternehmen verwendet wird. Die Höhe der Preise wird jedoch anders als bei der Regulierung der Netzindustrien nicht von einem staatlichen Regulierer festgelegt, sondern in einem kooperatistischen Verfahren der im Gesundheitswesen beteiligten Interessengruppen. Großer Vorteil einer Price-Cap-Regulierung ist, dass von ihr für die Krankenhäuser systematische Kostensenkungsanreize ausgehen. Sofern sich die erzielten Effizienzgewinne längerfristig auch in niedrigeren Fallpauschalen niederschlagen und sie nicht über das kooperatistische Verfahren in Gänze an die Krankenhäuser und ihre Eigentümer weitergegeben werden, dienen Fallpauschalen daher der politischen Zielsetzung stabiler Krankenkassenbeiträge. Sie sind insbesondere nicht feindlich gegenüber jeder Form von Prozessinnovation. Der gesundheitspolitischen Zielsetzung einer hohen Versorgungsqualität aller-

dings können sie entgegenstehen, da sich Kosteneinsparungen aus Sicht der Krankenhäuser nicht alleine durch Effizienzverbesserungen, sondern naheliegender durch Qualitätsreduktionen erzielen lassen. Qualitätsverbessernde Produktinnovationen hingegen werden dann erschwert, wenn sie nicht zugleich auch die Kosten gegenüber der Standardtherapie absenken. Durch die Ausweitung des Fallpauschalensystems auf die Investitionsfinanzierung dehnen sich die beschriebenen Effekte auch auf Anlagegüter aus und betreffen somit das gesamte Spektrum krankenhausesmedizinischer Leistungen. Die Investitionsmittel müssen daher in einer Weise in die Krankenhausfinanzierung geleitet werden, die Qualitätsanreize in bestmöglicher Weise berücksichtigt.

Was bleibt zu tun?

Zu den Reformvorschlägen muss bemerkt werden, dass wesentliche Probleme stets mit den starken und für den Gesundheitssektor typischen Einflüssen externer Planung verbunden sind. Die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen über Investitionspauschalen in einem monistischen Finanzierungsrahmen bildet einen wesentlichen Beitrag zur Überwindung von politischer Einflussnahme und ökonomischen Fehlanreizen im gegenwärtigen System. In diese Richtung gehen der Ansatz von Rürup und IGES und der bislang als lediglich eine Option auf Monistik vorgezeichnete Weg der Bundesregierung. Beide Ansätze setzen systematische Anreize, produktionstechnische Effizienzen in der Versorgung stärker auszuschöpfen. Die Einbindung der Investitionsförderung in das Fallpauschalensystem ist wettbewerbsökonomisch zu begrüßen, da Krankenhausunternehmen anstatt um Planfördermittel zunehmend um Patienten konkurrieren. Mithin wird eine wesentliche Schwäche der bestehenden Dualistik konsequent angegangen. Es ist anzuraten, dass die Bundesländer diese Möglichkeit aufgreifen und aus den Ansätzen des Gesetzentwurfes ein einheitliches wettbewerbsorientiertes System der Investitionsfinanzierung generieren. Damit dies gelingen kann, darf die Tatsache, dass es nach der Reform auch Krankenhäuser geben wird, die gegenüber der heutigen Einzelförderung verlieren, nicht zu einem Ausschlusskriterium gemacht werden. Denn in einem wettbewerblichen System wird sich zum einen a priori nicht feststellen lassen, welche Einrichtung dies konkret betreffen wird. Und zum anderen führt nur eine Finanzierung entsprechend ökonomischer Rentabilität auch automatisch zu einer effizienten Verwendung knapper Mittel.

Von den Zielsetzungen einer monistischen Finanzierung ist die gemeinwirtschaftliche Verantwortung der öffentlichen Hand abzugrenzen, die sich auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Mindestversorgung mit Krankenhausleistungen beschränken sollte. Da in diesem Fall nicht alleine Effizienzerwägungen eine Rolle spielen können, muss eine Förderung zu allein diesem Zweck aus dem monistischen System herausgelöst und durch ein regelgebundenes Flächenförderungssystem der Länder ergänzt werden. Eine Trennung von allokativen und distributiven Finanzierungselementen, wie sie die Ansätze von Rürup und IGES und der Monopolkommission explizit vorsehen, ist unbedingt anzuraten, um eine Vermischung von sozialen mit betriebswirtschaftlichen Erwägungen auszuschließen.

Gegen einen Übergang zur Monistik kann nicht eingewandt werden, dass der Umgang mit dieser Finanzierungsform der betriebswirtschaftlichen Praxis von Krankenhäusern bisher fremd sei und es deshalb zu großen Schwierigkeiten bei der Anpassung komme. Vielmehr muss in diesem Zusammenhang auf den Investitionsstau im Krankenhaussektor und damit auf die sogenannte „schleichende“ Monistik hingewiesen werden. De facto bietet das bestehende Fallpauschalen-System, über das eigentlich nur die Krankenhausbetriebskosten finanziert werden sollen, insbesondere gut wirtschaftenden Krankenhäusern bereits heute Möglichkeiten zur monistischen Finanzierung von Investitionsprojekten, die sich aus den rückläufigen Fördermitteln allein nicht mehr tragen lassen. Offensichtlich beinhalten für solche Krankenhäuser die an den Durchschnittskosten des Sektors orientierten Preise für Krankenhausaufenthalte bereits hinlänglich hohe Deckungsbeiträge, mit denen sich die Ausfälle staatlicher Fördermittel überkompensieren lassen.

Durch die Einführung von Investitionspauschalen in einem monistischen Finanzierungsrahmen sollen Planungselemente durch Wettbewerbselemente ersetzt werden. Durch die dann größeren Differenzierungsmöglichkeiten im Wettbewerb wird den inhärenten Anreizen von Fallpauschalen entgegengewirkt, im Krankenhaussektor Qualitätsziele hinter Kostenziele zurückzustellen. Den wichtigsten Mechanismus zur Steuerung des Leistungsportfolios der Krankenhäuser stellt der Qualitätswettbewerb dar. Dieser Wettbewerb um Patienten darf nicht durch gesetzliche Stolpersteine eingeschränkt werden, da andernfalls die eigentlich intendierten Fortschritte der monistischen Finanzierungsmodelle ihre Wirkung nicht entfalten können. Daher ist bedauerlich, dass im vorliegenden Gesetzentwurf die Erlösausgleiche aus der

Krankenhausfinanzierung nicht ersatzlos gestrichen wurden. Denn eine Investition, die sich durch höhere Fallzahlen langfristig amortisieren soll und dabei auf zukünftig stabile Grenzerlöse angewiesen ist, bedarf auch unter der neuen Pauschalförderung einer Abstimmung mit den Kassen und der Landeskrankenhausplanung. Der auf diese Weise eingeschränkte Wettbewerb vergrößert zugleich den Verhaltensspielraum der Krankenhausunternehmen, die Qualität zugunsten der Gewinnmargen zu reduzieren. Die Erlösausgleiche sind somit ein Hemmschuh für den Innovationswettbewerb der Krankenhäuser.

Eine weitere Stärkung könnte der Qualitätswettbewerb dadurch erfahren, dass das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für Patienten transparenter gestaltet wird. Unter Berücksichtigung empirischer Ergebnisse lässt sich empfehlen, die begonnene Entwicklung zu einem Abbau der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Arzt und Patient durch weitergehende Transparenzaufgaben fortzusetzen.²¹

Der Struktur des Krankenhausmarktes ist geschuldet, dass der Qualitätswettbewerb zwar den wichtigsten Garant für eine Versorgungsqualität entsprechend der Patientenpräferenzen darstellt, er diese jedoch nicht immer allein gewährleisten kann. Beispielsweise kann in dünn besiedelten Gebieten ein einzelnes Krankenhaus ein natürliches Monopol bilden und sich daher einer qualitätsunelastischen Nachfrage gegenüber sehen. Zur Qualitätssicherung ist es dann notwendig, flankierend ein institutionelles Performance-Management aufzubauen, das dort Anreize zu einem hohen Qualitätsniveau setzt, wo andernfalls Qualitätsverschlechterungen aufgrund von Marktversagen drohen. Einen solchen Ansatz verfolgen bereits einzelne Regelungen nach Einführung der DRG-Fallpauschalen. Da die einzelnen Fälle innerhalb einer Fallpauschale keinen homogenen Behandlungsverlauf erwarten lassen, besteht die Gefahr der Risikoselektion bei der Aufnahme von Patienten im Krankenhaus. Umgekehrt bergen die hohen Kostensenkungsanreize des Fallpauschalen-Systems die Gefahr allzu früher, sogenannter bluti-

ger Entlassungen. In der Praxis wird deshalb versucht, diesen Fehlanreizen durch spezifische untere und obere Mindestverweildauern für Patienten im Krankenhaus entgegenzuwirken. Zur Sicherstellung der Qualität sind hier weitere Regelungen denkbar. So haben die Länder die Möglichkeit, ihre Fördergelder zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zumindest teilweise an Qualitätsparameter zu knüpfen, die in den Landeskrankenhausgesetzen festzulegen sind. Hierzu ließe sich auch eine systematische Evaluation der von den Patienten wahrgenommenen Qualität in das Anreizsystem aufnehmen.

Der Ansatz von Rürup und IGES und der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Krankenhausfinanzierung versprechen durch die geplante Einführung von Investitionsfallpauschalen einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Langfristig jedoch bleibt über diesen hinaus empfehlenswert, zur besseren Innovationssteuerung in der Krankenhausversorgung ein Vergütungssystem einzuführen, das den Patienten als Nachfrager mit seiner Zahlungsbereitschaft Einfluss auf das Leistungsgeschehen nehmen lässt. Der Vorschlag der Monopolkommission hat einen möglichen Weg zum Einstieg in ein solches Finanzierungssystem über selektive Verträge aufgezeigt: Innerhalb von Systemen mit undifferenzierten, einheitlichen Fallpauschalen für alle Krankenhäuser werden qualitätsverbessernde Innovationen typischerweise nur unzureichend honoriert. Anreize zur Investition bestehen für Krankenhäuser, solange diese einen positiven Kapitalwert aufweist. Eine medizintechnische Innovation nun, die in einer bestehenden Fallpauschalenstruktur betriebswirtschaftlich unrentabel ist, jedoch eine qualitativ bessere Therapie versprechen würde, kann nur eingeführt werden, wenn der DRG-Planer entweder eine neue Fallpauschale entwickelt und dafür die Pauschalförderung in anderen Bereichen reduziert, oder indem das Investitionsniveau im Krankenhaussektor insgesamt ausgeweitet wird. Beide Möglichkeiten lassen sich in dem Ansatz von Rürup und IGES und in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung jeweils nur durch einen expliziten planerischen Eingriff in die Fallvergütung bzw. in die Investitionsquote realisieren. Der Eingriff eines marktexogenen Planers zu deren Ermittlung, anstelle der Ausrichtung an der marktendogenen Patientennachfrage, bleibt somit unvermeidbar. Im Ergebnis wird durch Anpassungen stets lediglich eine mehr oder minder effiziente Bewirtschaftung der zur Verfügung stehenden Investitionsmittel erreicht, der aggregierte Investitionsaufwand von Krankenhäusern bleibt aber starr und kontinuierlich Planungs- und Politikprozessen unterworfen.

²¹ Hibbart, Stockard und Tusler zeigen in einer experimentellen und in den USA durchgeführten Studie, dass die Veröffentlichung von klinischen Ergebnisdaten zu einer Steigerung der Gesamtperformance der betroffenen Krankenhäuser führt; vgl. J. H. Hibbart, J. Stockard, M. Tusler: Hospital Performance Reports: Impact on Quality, Market Share, and Reputation, in: Health Affairs, Vol. 24, Nr. 4, 2005, S. 1150-1160; Propper, Burgess und Gossage ermittelten in einer Studie für die National-Health-Service-Krankenhäuser in Großbritannien, dass der Qualitätswettbewerb im britischen Gesundheitssystem nur in den öffentlich messbaren Bereichen, wie Patientenwartezeiten, zu einer Qualitätsverbesserung geführt hat; vgl. C. Propper, S. M. Burgess, D. Gossage: Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-9, in: The Economic Journal, Vol. 118, Nr. 525, 2008, S. 138-170.