

# Krankenhaus-Report 2011

## „Qualität durch Wettbewerb“

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

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 149-160



<b>11</b>	<b>Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen.....</b>	<b>149</b>
	<i>Günter Neubauer, Andreas Beivers und Dieter Paffrath</i>	
11.1	Ausgangslage: Qualitäts- und Preiswettbewerb sind unteilbar .....	150
11.2	Status quo: Qualitätswettbewerb bei Einheitspreisen. ....	152
11.3	Der Irrweg des einheitlichen Bundesbasisfallwerts .....	154
11.4	Ausgestaltungsoptionen des DRG-Systems im Rahmen eines geregelten Preiswettbewerbs .....	156
11.5	Ausblick: Einbeziehung der Patienten und Versicherten .....	158
11.6	Literatur .....	159

# 11 Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen

Günter Neubauer, Andreas Beivers und Dieter Paffrath

## Abstract

Die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems hat die Leistungstransparenz in Krankenhäusern deutlich gesteigert. Die gewünschten Effekte auf die Krankenhausverweildauern sind eingetreten. Völlig ausgeblendet bleibt jedoch die Lenkungsfunktion der Preise. Die Etablierung des DRG-Systems als Festpreissystem, wie im KHRG vorgesehen, führt nicht nur zu festen, sondern auch zu deutschlandweit einheitlichen Preisen innerhalb eines Basisfallwertkorridors. Im Ergebnis wird durch den Verzicht auf Preissteuerung eine Fehlallokation knapper Ressourcen hingenommen. Der verstärkt zu beobachtende Innovationswettbewerb zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, der zu einer Doppelvorhaltung von Kapazitäten führt, ist hierfür ein gutes Beispiel. Dies verdeutlicht, dass die Festsetzung von Einheitspreisen keinen Fortschritt bringt, sondern im Gegenteil zu einem Effizienzverlust führt. Denn wer ungleiche Leistungen gleich vergütet, lenkt die knappen Ressourcen in Unter-, Über- oder Fehlversorgung. In einem dynamischen Umfeld kann es nur aufgrund von staatlichen Verordnungen Einheitspreise geben. Aus ordnungstheoretischer Sicht besteht daher die Notwendigkeit für differenzierte Preise, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen. Wenn überhaupt staatliche Preisvorgaben Anwendung finden sollen, dann sollten diese als Richtpreise ausgestaltet werden. Der immer wieder geforderte Qualitätswettbewerb ohne Preiswettbewerb wird daher auf Dauer keinen Erfolg aufweisen, denn der Wettbewerb ist unteilbar! Ziel muss ein Preis-Leistungs-Wettbewerb sein unter Mitwirkung der Patienten und Versicherten.

The introduction of the DRG system has significantly increased the transparency of hospital performance. While the desired effects on the length of stay did come about, the steering function on the prices is lacking completely. The establishment of the DRG system as a fixed price system, as envisaged in the KHRG, leads not only to fixed, but also to Germany-wide uniform prices within a base rate corridor. The result of the omission of price control is a misallocation of scarce resources. The observed increased innovation competition between hospitals on different levels of care, leading to a double provision of capacities is a good example. It shows that setting uniform prices is no progress, but on the contrary leads to a loss of efficiency. After all, to pay the same amount for unequal benefits means steering scarce resources towards under-, over- or inappropriate supply. In a dynamic environment, uniform prices can only be fixed due to federal regulations. Therefore, from a regulatory point of view there is a need for differentiated prices which take into account the location, availability,

quality and volume of the performance. If government price limits are to be applied at all, then they should be designed as guidance only. The often required quality competition without price competition will therefore not be successful in the long run, because competition is indivisible! Instead, a price-performance competition with the participation of patients and insurees is needed.

## 11.1 Ausgangslage: Qualitäts- und Preiswettbewerb sind unteilbar

In einer Marktwirtschaft funktioniert der Wettbewerb über das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage und deren Ausgleich über den Preismechanismus. In fast allen Gesundheitssystemen wird jedoch die Preisbildung für Gesundheitsleistungen vom Staat mehr oder weniger reguliert. Dahinter steht die Vorstellung, dass Patienten im Krankheitsfalle weder über genügend Markttransparenz noch über Konsumentensouveränität verfügen sollen. Beide Gründe haben dazu geführt, dass die Staaten in unterschiedlicher Intensität in die Preisbildung eingreifen (vgl. Neubauer und Beivers 2008a). In Deutschland erfolgt dies auf allen Ebenen relativ massiv.

Das deutsche Gesundheitswesen ist somit hochgradig reguliert (vgl. Neubauer 2003). Es wird sowohl auf der Leistungserbringungs- wie auch auf der Nachfragerseite durch strikte Planungs- und Vergütungsvorgaben eingegriffen. Im Krankenhauswesen sind dies vor allem die staatliche Investitionslenkung über Krankenhauspläne und staatliche Fördermittel sowie staatlich regulierte landes- bzw. bundeseinheitliche Preise in Form von Basisfallwerten.

Insbesondere das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009 verstärkt die staatliche Regulierung in Richtung bundesweiter Einheitspreise (vgl. Neubauer und Beivers 2010). So ist im Krankenhaussektor durch noch landeseinheitliche und bald auch bundeseinheitliche Vergütungen im DRG-System kaum Preiswettbewerb möglich, solange die neue Bundesregierung kein neues Reformgesetz beschließt und das KHRG unverändert umgesetzt wird.

Durch diese strikte Regulierung wird somit fast gänzlich auf die Steuerungsfunktion des Preiswettbewerbs verzichtet und lediglich der u. a. von der deutschen Krankenhausgesellschaft geforderte Qualitätswettbewerb um die Patienten zugelassen. In der Gesundheitsversorgung, aber auch in anderen Lebensbereichen, werden Preisen jedoch zwei wichtige Funktionen zugeordnet: Zum einen die Funktion der Finanzierung der bedarfsnotwendigen Leistungsanbieter, zum anderen die Funktion der Steuerung der knappen Ressourcen in die effizientesten Verwendungen. Bei „fixierten Einheitspreisen“ stellt sich jedoch für jeden Ökonomen die Frage nach der Anreizfunktion für die Herstellung höchstmöglicher Qualität.

Die Option für eine wettbewerbliche Ausgestaltung der Preise darf aber nicht Preis- oder Qualitätswettbewerb lauten, sondern muss Qualitäts- **und** Preiswettbewerb heißen. Nur so kann letztlich dann jeder Akteur seine vorteilhafteste Strategie wählen. Qualität und Preis sind unteilbar.

Es kann zwar beobachtet werden, dass viele Krankenhäuser und auch die Ärzte den so genannten Qualitätswettbewerb bevorzugen, doch muss dabei deutlich gemacht werden, dass es letztlich im Wettbewerb immer um einen Preis-Leistungs-

Wettbewerb geht. In diesem Zusammenhang sollte berücksichtigt werden, dass Qualitätswettbewerb dazu führt, dass Leistungsanbieter, die eine weniger spektakuläre Behandlungsqualität anbieten können, wie z. B. die kleineren, v. a. ländlichen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, in einem Qualitätswettbewerb die Verlierer sein werden. Für sie ist ein Preiswettbewerb der bessere Weg, worauf wir im Folgenden noch detaillierter eingehen werden.

Um eine für den Bürger bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, sehen wir in der Einführung eines geregelten Preiswettbewerbs<sup>1</sup> – für die Kostenträger ebenso wie für die Patienten selbst – eine elementare Steuerungsfunktion, die dazu beitragen kann ein optimales Ergebnis zu erzielen. Im heutigen System haben die Krankenkassen kaum die Möglichkeit, individuelle Verträge mit den Krankenhäusern zu schließen und eigene Konditionen für ihre Versicherten – abweichend von den landeseinheitlichen bzw. bundeseinheitlichen Vorgaben – zu vereinbaren.<sup>2</sup>

Aufgrund von staatlich regulierten Einheitspreisen haben viele Leistungserbringer kaum einen direkten Anreiz, die bestmögliche Qualität sicherzustellen, da sich die Ergebnisqualität der erstellten Leistung nicht auf ihre Vergütung auswirkt. So hat das in Deutschland ausgestaltete DRG-System<sup>3</sup> den Nachteil, dass für die Krankenhäuser lediglich die Prozessqualität im Mittelpunkt steht, um mit den kalkulierten Fallpauschalen den Behandlungsprozess finanzieren zu können (vgl. Neubauer und Beivers 2008a). Auf die Ergebnisqualität wird dabei kein Bezug genommen.

Deshalb ist es angebracht, die Herstellung der Qualität auch über Vergütungsanreize zu steuern, um für die Krankenhäuser einen direkten monetären Anreiz zu schaffen. In anderen Ländern, wie in den Vereinigten Staaten von Amerika, wird die Steuerungsfunktion der Vergütungsanreize bereits seit mehreren Jahren vermehrt genutzt und mit dem Begriff „pay for performance“ beschrieben (vgl. Lindenauer et al. 2007).

Eine direkte Steuerung der Qualität über Vergütungsanreize impliziert jedoch, dass sich die Ergebnisqualität erfassen, messen und bewerten lässt, um dann von den Kostenträgern über entsprechende Entgelte entweder belohnt oder bestraft zu werden (vgl. Neubauer und Beivers 2008a). Abbildung 11–1 veranschaulicht die angedachte Vorgehensweise.

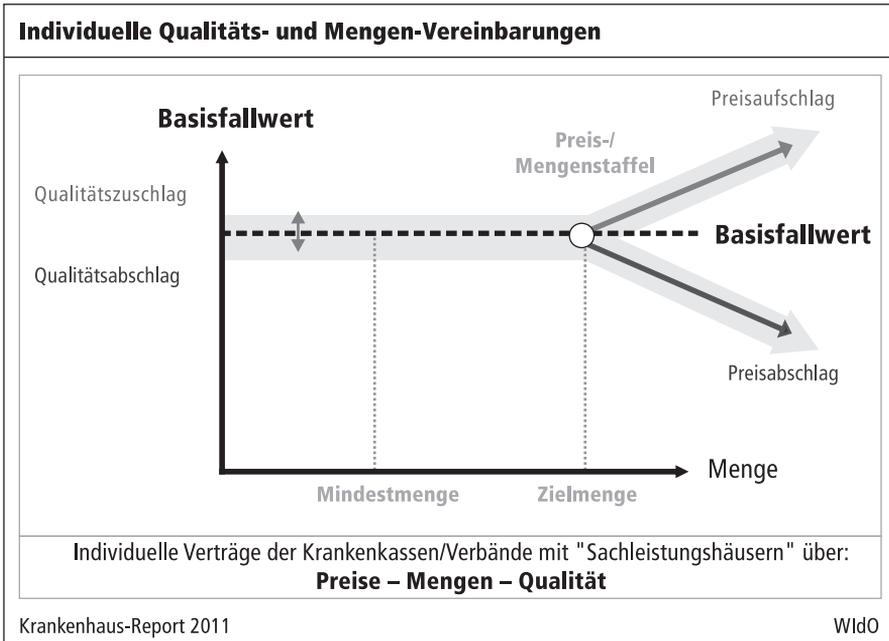
Es bleibt anzumerken, dass der vorliegende Beitrag in erster Linie eine ordnungspolitisch-theoretische Betrachtung der zukünftigen Ausgestaltung der Krankenhausvergütung vornimmt und hierbei die Möglichkeiten der preislichen Steuerung disku-

1 Mit reguliertem Preiswettbewerb ist gemeint, dass die Preise nicht vollkommen flexibel zu verhandeln sind, sondern beispielsweise innerhalb von Preiskorridoren, die jedoch einen größeren Spielraum haben als die im KHRG vorgesehenen Preiskorridore der Bundesbasisfallwerte

2 Auf die einzelnen Möglichkeiten und die aktuelle Diskussion über die Möglichkeiten der selektivvertraglichen Versorgung wird im Folgenden nicht weiter eingegangen. Für eine detaillierte Untersuchung des Sachverhalts siehe u. a. Albrecht et al. (2010).

3 Welches auf Durchschnittskosten kalkuliert wird, sogenannte „kostenorientierte Inputvergütung“ (vgl. Neubauer und Beivers 2008a).

Abbildung 11–1



tiert. Eine empirische Validierung sowie die Berücksichtigung der sich ergebenden Effekte auf die Versorgungssicherheit<sup>4</sup> werden hierbei nicht näher beleuchtet.

## 11.2 Status quo: Qualitätswettbewerb bei Einheitspreisen

Der in Deutschland im Durchschnitt zu beobachtende und immer wieder heftig diskutierte Bettenüberhang, der sich – gerade im internationalem Vergleich – in einer Überkapazität an Krankenhausbetten je 1000 Einwohnern ausdrückt, führte und führt bei den Krankenhäusern zu einem intensiven Wettbewerb um Patienten. Dieser Wettbewerb wird jedoch vor dem Hintergrund staatlich regulierter Einheitspreise, der auf einen staatlich gewollten Qualitätswettbewerb um die Patienten abzielt, vor allem wie folgt umgesetzt:

Die Krankenhäuser versuchen durch einen sogenannten Innovationswettbewerb, d.h. die Vorhaltung von Spezialzentren oder neuer medizinisch-technischer Ausstattung, die zur Attraktivität des Standortes beitragen sollen, eine Steigerung

<sup>4</sup> Wie jedoch Untersuchungen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (vgl. Pütz und Spangenberg 2006) sowie von Lauterbach und Lungen (2003) zeigen, weist die deutsche Krankenhausversorgung aus dem Aspekt der Standortoptimierung und somit der Versorgungssicherheit im Status quo hohe Kapazitäten und Rationalisierungsreserven auf.

der Patientenfallzahlen zu generieren. Dies unterstützt die Wahlmöglichkeiten der Patienten und zwingt vor allem kleinere, apparativ schlechter ausgestattete Krankenhäuser „nachzurüsten“. Dabei ist der Wettbewerb deswegen so intensiv, weil bereits wenige Prozente der Patientenabwanderung ein Krankenhaus in seiner Wirtschaftlichkeit gefährden (vgl. Neubauer und Beivers 2008a).

Da Patienten qualitätsorientiert und nicht direkt an den Kosten beteiligt sind, ist ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten bereit, ein besser ausgestattetes Haus mit evtl. höherer Versorgungsstufe aufzusuchen, auch wenn ein kostengünstigeres Krankenhaus mit niedrigerer Ausstattungsqualität und Versorgungsstufe schneller verfügbar wäre, wie auch empirische Untersuchungen anhand von AOK-Patientenfällen am Beispiel der Hüft-TEPs ergeben haben (vgl. Friedrich und Beivers 2009). Neben dem Effekt, dass die Krankenhaus(hierarchie)planung damit ausgehöhlt wird, kommt es so zu einer teuren Vorhaltung von Doppelkapazitäten, weil die kleineren Krankenhäuser versuchen, durch einen Ausbau ihrer Infrastruktur im Konkurrenzkampf mit den spezialisierten Krankenhäusern mithalten zu können (vgl. Neubauer 2006). Dies zeigt, dass ein reiner Qualitätswettbewerb ohne Preiswettbewerb tendenziell zu Mehrkosten und nicht zu den erhofften Einsparungen führt und schrittweise Krankenhäuser der Regelversorgung verdrängt.

Eine wettbewerbliche Steuerungsfunktion über Preise bedarf jedoch einer grundlegenden Reformierung der derzeitigen Vergütung. Ermöglicht man eine geregelte Preissteuerung, so gibt es prinzipiell zwei Akteure, über die der Preis seine Steuerungswirkung entfalten kann: Zum einen sind dies die sogenannten Kostenträger, also die Krankenversicherungen, die versuchen, gute Vertragsabschlüsse mit den Krankenhäusern zu erzielen, und zum anderen die Leistungsempfänger, also die Patienten.<sup>5</sup>

Verglichen mit der heutigen Situation würde eine geregelte Preisflexibilität dazu führen, dass die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich kalkulierte Preise<sup>6</sup> hätten. Dadurch würden zum einen die Höhe des Preises für die Krankenkassen, aber auch für die Patienten – erst recht wenn diese prozentuale Zuzahlungen leisten müssten – und zum anderen die Preiselastizität, die im heutigen System kaum eine Rolle spielt<sup>7</sup>, eine neue bedeutende Steuerungsrolle für die Beurteilung eines Krankenhauses erhalten. Niedrigere Preise einzelner Krankenhäuser könnten dann dazu führen, dass diese mehr Verträge mit den Kostenträgern abschließen könnten, während höhere Preise – ohne eine nachweislich signifikant höhere Behandlungsqualität – eine gewisse prohibitive Wirkung hätten (vgl. Neubauer, 2006).

Die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems hat unbestreitbar die Leistungstransparenz in Krankenhäusern gesteigert. Völlig ausgeblendet bleiben die Preise der Leistungen bzw. die Vergütungen der Krankenhäuser, die bei der Durchführung eines entsprechenden Falles abgerechnet werden. Selbst bei landes-

5 Voraussetzung dafür ist, dass die Patienten an den Kosten der Leistungserstellung prozentual beteiligt sind, beispielsweise über Zuzahlungstarife oder über Selbstbeteiligungstarife in ihrem Versicherungsvertrag, wie es das GWK-WSG aus dem Jahr 2007 auch zulässt.

6 Beispielsweise ausgedrückt in unterschiedlichen krankenhausesindividuellen Basisfallwerten.

7 Für das Vorgehen bei der empirischen Analyse der Preisreagibilität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, welche speziellen Probleme sich dabei ergeben und zu welchen Ergebnissen man kommt, siehe u. a. Graf Schulenburg und Greiner (2007).

weiten Einheitspreisen ergäbe sich eine psychologisch wichtige Transparenzfunktion, wenn den Patienten die Preise der erhaltenen Leistungen bekannt gemacht würden.

Zielführender ist es jedoch, wenn bei flexiblen Preisen die Patienten in die Bewertung des Preis-Leistungs-Verhältnisses eines Krankenhauses direkt eingebunden werden. Ob die Patienten nur die hohe Versorgungsqualität schätzen und nicht auch preisgünstigere Versorgungsformen haben wollen, wird in der derzeitigen Qualitätsdiskussion vollkommen ausgeblendet. (vgl. Neubauer und Beivers 2010).

### 11.3 Der Irrweg des einheitlichen Bundesbasisfallwerts

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2000 den Grundstein für die bundesweite Einführung des DRG-Systems gelegt. Seit 2005 wurden im Rahmen einer Konvergenzphase die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an die jeweiligen Landesbasisfallwerte angeglichen. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aus dem Jahr 2009 sieht nun eine „schrittweise Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder“ innerhalb eines „einheitlichen Basisfallwertkorridors in Höhe von +2,5 Prozent bis –1,25 Prozent“ vor. [...] „Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen“ (vgl. § 10 Abs. 6 KHRG). Die Einführung des bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridors bedarf jedoch – wie bereits angesprochen – der kritischen Betrachtung. Von Befürwortern eines Bundesbasisfallwerts wird häufig das Argument „gleiche Preise für gleiche Leistungen“ angeführt. Allerdings zeigen die heute unterschiedlichen Landesbasisfallwerte, dass erhebliche strukturelle Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen und somit nicht von gleichen Leistungen gesprochen werden kann.

Generell können staatliche Einheitspreise als Mindest-, Höchst- oder Richtpreise ausgestaltet werden. Aus Sicht der Bundesländer trägt die Einführung von Mindestpreisen zu einem Schutz der Anbieter, d. h. in diesem Fall der Krankenhäuser, bei. Aus der Perspektive des Bundes bzw. des Bundesgesundheitsministeriums und der Krankenkassen betrachtet, könnte eine Ausgestaltung des Bundesbasisfallwerts in Form eines Höchstpreises als Schutz für die Beitragszahler dienen. Es bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass eine Festlegung von Einheitspreisen stets mit wirtschafts- und sozialpolitischen Zielen des Staates verbunden ist, die dem demokratischen Wahlzyklus und den jeweiligen dominanten politischen Interessen unterliegen.

Der Staat nimmt dem Preis, d. h. dem Basisfallwert, die Funktion, die Knappheit anzuzeigen, und gibt der sozialpolitischen Funktion einer einheitlichen Vergütung den Vorrang – auch bei unterschiedlichen Versorgungsbedingungen. Damit wird ein wichtiger Bereich wie die Krankenhausversorgung dem politischen Willen untergeordnet und einer wettbewerblichen Preisbildung weitgehend entzogen.

Aus der Preistheorie lässt sich daraus ableiten, dass dort, wo der Festpreis zu hoch ist, die Anbieter in eine Art Konditionenwettbewerb treten. Solche Konditi-

onen können sich entweder als Rabatte auf die Festpreise auswirken oder nicht-preisliche Serviceleistungen für die Patienten sein. In den Gebieten aber, in denen der Festpreis zu niedrig ist, werden Krankenhäuser zunächst Wartezeiten aufbauen, da sie zu diesen Preisen nicht bereit sind, das Angebot auszudehnen. Gleichzeitig werden zum einen Leistungserbringer ausscheiden und sich zum anderen zusammenschließen, um Kosten zu senken und Marktmacht aufzubauen (vgl. Neubauer und Pfister 2008). Im Ergebnis können wir feststellen, dass sich nationale Einheitspreise nirgendwo als Gleichgewichtspreise einpendeln, sondern zu einer Fehlallokation führen. In Deutschland versucht man dies dadurch zu kompensieren, dass die Festpreise gemäß festgestellter regionaler Kostendifferenzen und Versorgungsunterschiede variiert werden. Es kommt letztlich zu staatlichen Lenkungspreisen, wie sie in Planwirtschaften üblich sind.

Dies verdeutlicht, dass die Festsetzung von Einheitspreisen keinen Fortschritt bringt, sondern im Gegenteil zu einem Effizienzverlust führen kann. Denn wer ungleiche Leistungen gleich vergütet, nimmt eine ineffiziente Allokation der knappen Ressourcen in Kauf und verstärkt die in Deutschland zum Teil existierende Unter-, Über- oder Fehlversorgung, die auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 attestiert (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001). In einem dynamischen Umfeld kann es nur aufgrund von staatlichen Verordnungen Einheitspreise geben. Aus ordnungstheoretischer Sicht sehen wir daher die Notwendigkeit für differenzierte Preise, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen.

Generell ist nur eine flexible Preisgestaltung effizient. Wenn überhaupt staatliche Ordnungspreise Anwendung finden sollen, dann sollten diese als Richtpreise ausgestaltet werden. Deshalb ist bereits die Festlegung von landeseinheitlichen Basisfallwerten nicht sinnvoll und abzulehnen. Ein Bundesbasisfallwert potenziert die genannten Probleme, da die Vergütung für ein deutlich größeres Gebiet vereinheitlicht wird. Um nicht lediglich bei einer Ablehnung von staatlichen Ordnungspreisen zu bleiben, zeigen wir im Folgenden wettbewerbliche Alternativen und deren mögliche Umsetzungsschritte auf.

### **1. Festpreise mit +/-10 %-Schwankungsbreite als Minimallösung**

Sollte tatsächlich ein staatlicher Einheitspreis festgelegt werden, so ist es notwendig, eine ausgedehnte Schwankungsbreite zuzulassen. Ein Korridor von etwa +/-5% würde den Akteuren, d.h. Krankenhäusern und Krankenkassen, einen ausreichenden Spielraum lassen. Die Schwankungsbreite sollte zumindest so groß gewählt werden, wie die Versorgungsunterschiede zwischen einzelnen Regionen bzw. Bundesländern sind.

### **2. Richtpreise als Orientierungsgröße als Übergangslösung**

Ein Bundesbasisfallwert sollte weder als Höchst- noch als Mindestpreis ausgestaltet werden, sondern als Richtwert für den Wettbewerbsprozess dienen. Um kleine Krankenhäuser und kleine Krankenkassen zu schützen, sollte der Richtpreis als vereinbart gelten, wenn keine eigenständigen Verhandlungen durchgeführt werden. Will man schwierige Diskussionen über „Gewinner-“ und „Verlierer-Bundesländer“ mit der gefährlichen Tendenz weiterer Kostensteigerungen vermeiden, kann

man es auch beim Status quo unterschiedlicher Landesbasisfallwerte als Richtwerte belassen.

### 3. Freie Preisbildung als Optimallösung

Auf lange Sicht sollte in der Krankenhausversorgung ein Preis-Leistungs-Wettbewerb mit individuellen Verträgen ohne Kontrahierungszwang ermöglicht werden. Der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt sollte (möglichst unter Einbeziehung der Patienten) auf dem Leistungsmarkt stattfinden. Im Rahmen einer rein wettbewerblich orientierten Alternative mit Verhandlungen auf Ebene von einzelnen Krankenhäusern bzw. Krankenhausgruppen und Krankenkassengruppen bzw. einzelnen Krankenkassen wird kein einheitlicher Basisfallwert zur Orientierung benötigt. Es können sich dann aufgrund der Verhandlungen für einzelne Krankenhäuser nach Krankenkassen differenzierte Basisfallwerte ergeben (vgl. Neubauer 2008).

Es bleibt zu hoffen, dass die neue Bundesregierung die geplante Entwicklungen, wie sie das KHRG vorsehen, nicht in dieser Form umsetzt und einige der genannten Alternativen bzw. Varianten zum einheitlichen Basisfallwertkorridor realisiert. Zumindest der Koalitionsvertrag scheint hier Hoffnung zu machen: „Das DRG-System begreifen wir als lernendes System. [...] Bundeseinheitliche Preise werden abgelehnt“ (vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP 2009).

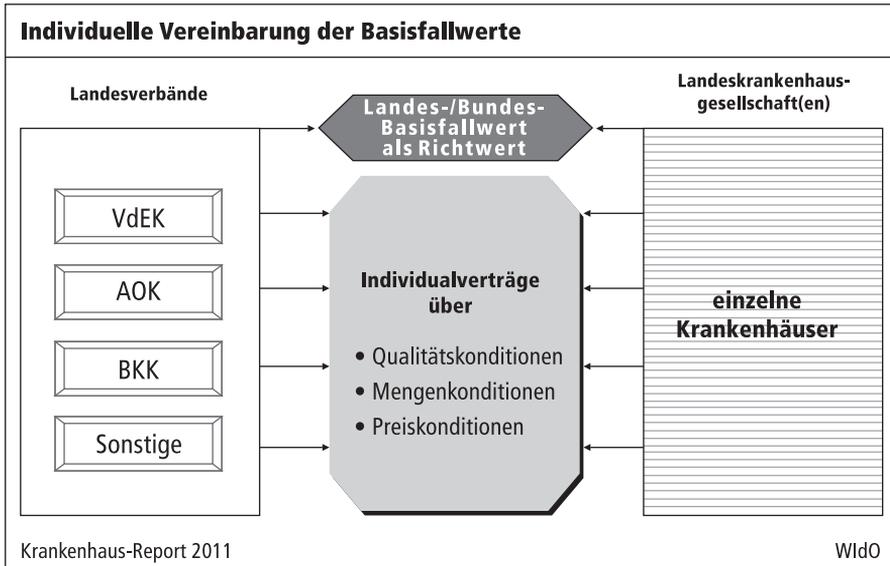
## 11.4 Ausgestaltungsoptionen des DRG-Systems im Rahmen eines geregelten Preiswettbewerbs

Die Krankenhäuser zählen heute zu den wichtigsten Wirtschaftssektoren und Arbeitgebern der deutschen und europäischen Wirtschaft. Von daher verbietet es sich, diesen Bereich nicht dem Wettbewerb zu öffnen. Für diesen Wettbewerb bieten die DRG-Fallpauschalen und individuelle Basisfallwerte eine hervorragende Unterstützung. In Deutschland dienen DRGs, wie in einigen europäischen Ländern auch, vorwiegend als Abrechnungseinheiten. Das Schlagwort lautet „gleiche Leistung, gleicher Preis“. Dabei wird unter gleicher Leistung die gleiche DRG-Eingruppierung verstanden und daraus der Anspruch auf eine bundesweit einheitliche Vergütung abgeleitet. Die DRG-Eingruppierung ist tatsächlich jedoch zunächst allenfalls eine Gleichstellung der Patienten aus medizinisch-technischer Sicht. Mit dem DRG-System ist es in Deutschland erstmals gelungen, ein differenziertes Spektrum von „Krankenhausprodukten“ zu definieren

Weitgehend unberücksichtigt bleibt dabei allerdings die Erreichung des Behandlungsziels sowie die zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Leistung. Aber auch die Versorgungslage schlägt sich üblicherweise in der Preishöhe nieder. Alle letztgenannten Faktoren werden im DRG-System ausgeblendet. Dies muss zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung im Krankenhausbereich führen, die sich mehr und mehr objektiv bemerkbar macht (vgl. Neubauer 2003). Wer mit DRGs die Versorgung steuern will, kommt um eine flexible Preissteuerung nicht herum!

Die Etablierung des DRG-Systems – letztlich als Einheitspreissystem – führt nicht nur zu festen, sondern auch deutschlandweit einheitlichen Preisen. Beides ist

Abbildung 11–2



zwar bei der Implementierung eines DRG-Systems nicht zwingend, jedoch eine durchaus verführerisch naheliegende Möglichkeit aufgrund der DRG-Philosophie, Krankenhausleistungen ökonomisch vergleichbar zumachen.

Die Analyse ergibt jedoch, dass Krankenhäuser über flexible Preise effizienter zu steuern sind als über eine Mengenregulierung. Dass die Krankenhäuser nicht ohne Mengenregulierung auskommen, solange die Preise als Fixpreise gelten, zeigen die letzten 20 Jahre deutscher Krankenhauspolitik. Es wäre ein Trugschluss zu glauben, dass die Politik auf eine Mengenregulierung verzichten kann, ohne die finanzielle Grundlage zu gefährden. Aus diesem Grunde wird eine Flexibilisierung der Preise in der Form vorgeschlagen, dass zwar weiterhin kollektive Preisverhandlungen substitutiv durchgeführt werden, jedoch einzelnen Krankenhäusern und auch einzelnen Krankenkassen substitutive Preisnachverhandlungen erlaubt sind. Nach den kollektiven Verhandlungen der Landesbasisfallwerte stünde es den Krankenhäusern und auch den Krankenkassen frei, davon abweichende individuelle Vereinbarungen zu treffen. Diese kommen aber nur zustande, wenn beide Seiten sie konkludent wollen. Ein Schiedsverfahren scheidet aus (vgl. Neubauer und Beivers 2010). Abbildung 11–2 stellt die angedachte Vorgehensweise graphisch dar.

Natürlich kann man bei einer solchen Auflockerung des Vertragsrechts davon ausgehen, dass vor allen Dingen große Krankenkassen und auch große, bzw. regional starke Krankenhausgruppen sich auf individuelle Preisverhandlungen einigen werden. Aber kleine Krankenkassen und Krankenhäuser können sich zu Vertragsgemeinschaften zusammenschließen, bis sie die wettbewerbskritische Grenze von 30% Marktanteil erreichen.

Dieser Ansatz unterscheidet sich von der Forderung von Leber et al. (2007), elektive Leistungen selektiv zu verhandeln oder gar auszuschreiben, da in diesem

Vorschlag nicht nur Teile von Krankenhausleistungen neu vereinbart werden, sondern das gesamte Leistungsspektrum eines Krankenhauses mit einer Krankenkasse insgesamt vereinbart wird. Allerdings sollten auch hier die Krankenkassen für DRG-Leistungsgruppen individuelle Preisauf- bzw. -abschläge mit den Krankenhäusern vereinbaren dürfen. Auf diesem Wege ist keine Gefährdung bzw. Aushöhlung der Notfallversorgung durch Krankenhäuser zu befürchten (vgl. Neubauer und Beivers 2010).

## 11.5 Ausblick: Einbeziehung der Patienten und Versicherten

Im derzeitigen System, in dem die Preise aller Kliniken für die Patienten gleich sind und sie diese weder direkt noch indirekt spüren, informieren sich die Patienten nur über die Qualität eines Krankenhauses.

Die Beurteilung des Preis-Leistungs-Verhältnisses von Krankenhäusern sollte aber, wie bereits angedeutet, nicht nur den Kostenträgern möglich sein. Vielmehr sollte auch Patienten wie Versicherten – soweit sie die Fähigkeit dazu haben – die Möglichkeit der Bewertung<sup>8</sup> eingeräumt werden.

Bei flexiblen Preisen würde z. B. eine prozentuale Beteiligung der Patienten an ihren Behandlungskosten zumindest ein Teil der Patienten auch die Preishöhe in ihre Krankenhauswahl mit einbeziehen (vgl. Neubauer und Beivers 2008b).

Zwar ist es korrekt, dass niemand ein Krankenhaus, wie man es z. B. von werdenden Müttern empirisch kennt, freiwillig aufsucht, doch ist gerade bei elektiven Behandlungsfällen davon auszugehen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten das Krankenhaus gezielt wählt (vgl. u. a. Schaeffer 2006). Die Möglichkeiten hierzu wären relativ einfach und schnell mit Hilfe des DRG-Systems zu schaffen bzw. sind schon gegeben. Schließlich bräuchte der Patient lediglich die Basisfallwerte der infrage kommenden Kliniken zu vergleichen.

Um Steuerungswirkungen zu entfalten, würde es genügen, wenn sich nur ein Teil der rund 17 Millionen Patienten preisreagibel verhalten würde. Ein solcher Mitwirkungsprozess der Patienten könnte, wie bereits angesprochen, die kleineren, kostengünstigeren Krankenhäuser unterstützen, da sie nun gegenüber den großen und spezialisierten Krankenhäusern den gegebenen Ausstattungsnachteil durch Preisvorteile zumindest teilweise kompensieren könnten. Zudem unterstützen preiselastische Patienten die Krankenkassen und Krankenhäuser, die sich in individuellen Preisverhandlungen um preisgünstige Behandlungsformen bemühen. Insofern wären dann auch stationärer und tagesklinische Behandlungen in die Zuzahlungspflicht einzubeziehen.

Sind diese Behandlungsalternativen hingegen teurer als entsprechende verfügbare Plankrankenhäuser, ist der Patient auf eine Mehrkosten-Regelung hinzuweisen. Ein solches Modell, das auch die Patientinnen und Patienten stärker in die ökonomische Entscheidung einbindet, setzt allerdings die im deutschen gesundheitspolitischen Kontext nicht einfache Entscheidung für eine prozentuale Beteili-

<sup>8</sup> Hier scheint vor allem auch die Bewertung der Servicequalität durch die Patienten möglich.

gung an den Krankenhaus- (und auch den krankenhauersetzenden) Kosten voraus. So bedeutend die Krankenhausaussgaben für die Gesamtausgaben der Krankenkassen sind, so wirtschaftlich entscheidend wäre diese Maßnahme für den jeweils Betroffenen. Selbst wenn damit eine Entlastung des allgemeinen Beitragsatzes verbunden wäre, müsste über die relative Höhe dieser Selbstbeteiligung, über Härtefallregelungen und über die Möglichkeit oder den Abschluss einer Versicherung gegen dieses Risiko noch intensiver diskutiert werden.

## 11.6 Literatur

- Albrecht M, Bleß H., Höer A, Kloos S, Schiffhorst G, Scholz C. Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung: Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Andorderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, IGES Institut GmbH, Berlin 2010.
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- Graf Schulenburg JM, Greiner W. Gesundheitsökonomik. 2. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck 2007.
- Greß S, Maas S, Wasem J. Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, vorgelegt im Oktober 2006. Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen 2006.
- KHRG – Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). Gesetz vom 17.03.2009, BGBl. I, Seite 534, Geltung ab 25.03.2009. Berlin.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (2009), WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT. 17. Legislaturperiode, Berlin.
- Lauterbach KW, Lungen M. Abschätzung der zukünftigen Auslastung, Bettenkapazität und Standortvorhaltung im akutstationären Bereich. G+S Gesundheits- und Sozialpolitik 2003; 1–2: 52–63.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv: Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007, Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer; 81–105.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. New Englands Journal of Medicine 2007; 356, 1: 486–96.
- Neubauer G. Ordnungspolitische Neuorientierung der Krankenhausversorgung auf der Basis von diagnosebezogenen Fallpauschalen. In: Klusen N, Straub C (Hrsg). Bausteine für ein neues Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2003; Band 6; 91–107.
- Neubauer G. Einfluss der DRG-Abrechnung auf die zukünftige Krankenhausstruktur. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg). Krankenhaus der Zukunft. Heidelberg: Kaden; 257–65.
- Neubauer G. Bundeseinheitlicher Basisfallwert für Krankenhausleistungen und seine Konsequenzen: Ein falscher Weg aus ordnungspolitischer Sicht. Studie im Auftrag der AOK Schleswig-Holstein. München: Institut für Gesundheitsökonomik 2008.
- Neubauer G, Beivers A. Die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft als Kompass zur Neuordnung der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Am Beispiel der vertragsärztlichen Versorgung. In: Funk L (Hrsg). Anwendungsorientierte Marktwirtschaftslehre und Neue Politische Ökonomie – Wirtschaftspolitische Aspekte von Strukturwandel, Sozialstaat und Arbeitsmarkt. Marburg: Metropolis 2008; 371–93.

- Neubauer G, Beivers A. Qualitäts- und Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize. In: Klusen N, Meusch A (Hrsg). Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2008a; 199–209.
- Neubauer, G, Beivers A. Teilstationäre Versorgung – Brücke zwischen ambulanter und vollstationärer Patientenbehandlung. In: Schütze L (Hrsg). Gesellschaftspolitische Kommentare gpk. 46. Jahrgang, Nr. 6. Berlin 2008b; 48–50.
- Neubauer G, Beivers A. Die Leistungen müssen die Vergütung bestimmen: Ein Plädoyer für das ordnungspolitische Resetting des DRG-Systems. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2010; 1: 38–42.
- Neubauer G, Pfister F. Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen. In: Franz W et al. (Hrsg). *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Gesundheitsökonomie*, Band 227. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft; 621–35.
- Pütz T, Spangenberg M. Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele zentrale Orte sind erforderlich? Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung. *Informationen zur Raumentwicklung* 2006; 6/7: 337–44.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Band 3, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Bonn 2001.
- Schaeffer D. *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus – Eine Literaturanalyse*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg). Gütersloh 2006.