

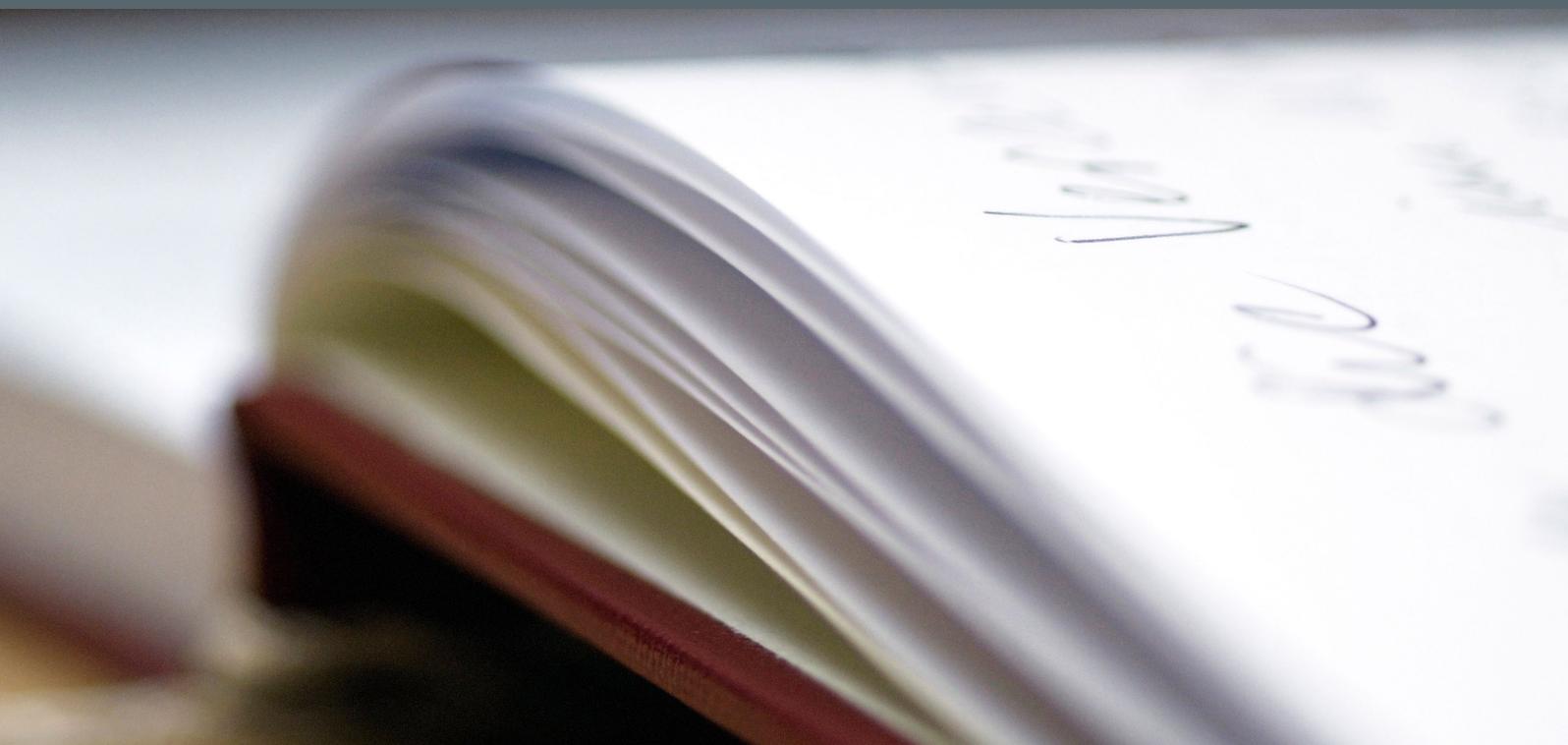


Bundesministerium
der Finanzen

Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats
beim Bundesministerium der Finanzen

01/2018



Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen

Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats
beim Bundesministerium der Finanzen

April 2018

Inhalt

	Seite
Kurzfassung	5
1. Ausgangslage	9
2. Über- und Fehlversorgung im deutschen Krankenhauswesen?	12
3. Ursachen von Über- und Fehlversorgung	17
3.1 Übernachfrage	17
3.2 Angebotsinduzierte Nachfrage	19
3.3 Krankenhausplanung in Deutschland	23
3.4 Krankenhausfinanzierung in Deutschland	25
3.5 Die Zuständigkeit der Länder	29
4. Reformoptionen	31
4.1 Der Stand der Reformen nach dem Krankenhausstrukturgesetz	31
4.2 Unzulängliche Reformüberlegungen	33
4.3 Selektivvertragliches Versorgungsmanagement in der GKV	36
4.3.1 Versorgungsmanagement als Konzept	36
4.3.2 Einkommensunabhängige Boni und Beitragsgerechtigkeit	39
4.3.3 Selektives Kontrahieren	41
4.3.4 Eine andere Sicht zum Versorgungsmanagement	44
4.4 Kapazitätsteuerung	46
4.4.1 Selektivvertragliches Versorgungsmanagement als Regeltarif	46
4.4.2 Selektivvertragliches Versorgungsmanagement als Wahltarif	48
4.4.3 Ein Investitionsfonds als Reformoption	50
5. Empfehlungen	53
Verzeichnis der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats	57



Kurzfassung

Die stationäre Versorgung in Deutschland steht in der Kritik. Sie hat mit veränderten Erfordernissen nicht Schritt gehalten. Es gibt stationäre Überkapazitäten und gleichzeitig apparativ schlecht ausgestattete Krankenhäuser. Eine Arbeitsgruppe der Leopoldina, der Nationalen Akademie der Wissenschaften, verdeutlicht die Defizite durch einen Vergleich mit Dänemark. Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur seines nordischen Nachbarn, kämen in der Akutversorgung auf 1.000 Einwohner nicht 6,1 Betten, sondern lediglich 2,5. Auch gäbe es nicht 1.371 Plankrankenhäuser, sondern lediglich 330. Diese wären dann aber alle mit einem Computertomographen (CT) und mit Intensivbetten ausgestattet. Tatsächlich verfügen 19 Prozent der deutschen Plankrankenhäuser über kein Intensivbett und 34 Prozent über keinen eigenen CT und dies, obwohl sie grundsätzlich einen Anspruch auf steuerfinanzierte Investitionen haben.

Die Probleme haben den Gesetzgeber veranlasst, im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10. Dezember 2015 einen Strukturfonds ins Leben zu rufen, dessen Mittel für die Verbesserung der Versorgungsstruktur und insbesondere den

Abbau von Überkapazitäten zu verwenden sind. Der Beirat ist indes zu dem Ergebnis gelangt, dass die defizitäre Krankenhausstruktur gesetzgeberische Maßnahmen erfordert, die über die bisher ergriffenen hinausgehen. Konkret empfiehlt er eine Neuordnung der Finanzierung von Krankenhäusern, und er spricht sich mehrheitlich für die Einführung von Wahlтарifen in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus, die ein Versorgungsmanagement beinhalten.

Ausgangspunkt der Beiratsanalyse sind Fallzahlsteigerungen im stationären Sektor, die sich nicht allein medizinisch begründen lassen. Nach Beiratsauffassung ist die Fehlsteuerung der Ressourcen im stationären Sektor auf das Fehlen wirksamer Mechanismen zurückzuführen, die eine Anpassung der Strukturen und Kapazitäten an veränderte Erfordernisse sicherstellen. Der neu geschaffene Strukturfonds erleichtert zwar die Umwidmung von Kapazitäten; er ist aber kein geeignetes Instrument, um zu erreichen, dass an den Stellen der Versorgung, wo Kapazitäten abgebaut werden müssen, auch entsprechend entschieden wird. 52 Prozent der allgemeinen Krankenhäuser ha-

ben weniger als 200 Betten. Nach dem Stand der Literatur lassen sich Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten aber im Regelfall nicht kosteneffizient betreiben.

Nach der geltenden Kompetenzverteilung wäre es grundsätzlich Aufgabe der Länder, überzählige Krankenhäuser zu schließen und die verbleibenden bedarfsgerecht zu stärken. Dazu kommt es aber nicht in dem wünschenswerten Maße. Das dürfte daran liegen, dass die politischen Kosten der Schließung eines Krankenhauses den politischen Nutzen in aller Regel übersteigen. Die Schließung eines Krankenhauses zu vertreten, ist schwieriger, als die Dinge laufen zu lassen. Diese Beharrungstendenz wird noch dadurch verstärkt, dass die Kosten nicht allein von jenem Bundesland zu tragen sind, dessen Bürger von der wohnortnahen Versorgung profitieren. Ein guter Teil der Kosten wird über die ganze Republik verteilt, und zwar dadurch, dass bundesweit tätige Krankenversicherungen die Kosten über bundesweit erhobene Mitgliedsbeiträge finanzieren. Insoweit werden die Kosten der wohnortnahen Versorgung in einem Land auch Bürgern anderer Bundesländer angelastet.

Streng genommen gilt das zwar nur für die laufenden Betriebskosten und nicht für die Investitionskosten. Letztere sind nach der geltenden Kompetenzverteilung vom jeweiligen Bundesland aufzubringen. Die Länder haben aber längst ihr Handeln an der Erfahrung ausgerichtet, dass Krankenhäuser auch mit einer unzulänglichen Investitionsfinanzierung zurechtkommen. Die Einrichtungen beschaffen sich die fehlenden Investitionsmittel, indem sie die Leistungsmenge ausdehnen. Die Fallpauschale, die ihnen ein operativer Eingriff einbringt, deckt schließlich nicht nur die variablen Betriebskosten, sondern lässt sich in Teilen auch verwenden, um notwendige Investitionen zu finanzieren. Das entspricht zwar nicht der geltenden Kompetenzverteilung, wird aber toleriert.

Im Ergebnis werden also nicht nur Betriebskosten bundesweit abgewälzt, sondern auch Investitionskosten. Die Folge dieser Praxis sind zu viele kleine, schlecht ausgerüstete Einrichtungen, die freiwillig nicht aufgeben und die auch niemand zur Aufgabe zwingt.

Der Beirat macht zwei Vorschläge zur besseren Ressourcensteuerung im Krankenhaussektor. Der eine zielt darauf ab, den wirtschaftlichen Druck, ohne zwingende medizinische Indikation zu operieren, zu mindern. Nach dem anderen sollen die Möglichkeiten der Krankenhäuser, ohne zwingende medizinische Indikation zu operieren, eingeschränkt werden. Im Ergebnis soll durch eine marktnähere Selbststeuerung die Qualität der Versorgung verbessert und eine Anpassung der Kapazitäten durch Umwidmung oder Betriebsaufgabe erzwungen werden.

Um den wirtschaftlichen Druck zu mindern, soll die Finanzierung der medizinisch notwendigen Investitionen auf eine verlässliche Grundlage gestellt werden. Zwei Lösungen werden vom Beirat zur Diskussion gestellt. Nach der favorisierten Lösung würden die Krankenhäuser künftig monistisch von den Krankenversicherungen finanziert. Als Folge würden die Versicherten über ihre Beiträge nicht nur die Betriebskosten tragen, sondern zusätzlich auch die Investitionskosten. Damit würde die Last der Investitionsfinanzierung letztlich vom Steuerzahler auf den Beitragszahler übergehen. Besser als heute wäre dadurch gewährleistet, dass notwendige Investitionen nicht an fehlenden Steuereinnahmen scheitern. Allerdings würden die Länder ihre Finanzierungskompetenz einbüßen.

Eine zweitbeste Lösung verpflichtet die Länder, für jedes Krankenhausbett in ihrer Zuständigkeit eine Bettenpauschale in einen neu einzurichtenden gemeinsamen Fonds einzuzahlen. Die Höhe der Bettenpauschale wäre so zu bemessen, dass alle medizinisch notwendigen Investitionen finanziert wer-

den können. Nach dieser Lösung würde es den Ländern erschwert, Betten zu genehmigen, ohne die Kosten zu tragen. Zu erwarten wäre, dass die Länder stärker als heute auf den Abbau überzähliger Betten drängen und dass sie die verbleibenden Einrichtungen bedarfsgerechter als heute ausstatten.

Allerdings sollte nach den Vorstellungen des Beirats nicht nur die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen reformiert werden. Es sollten auch die Möglichkeiten der Krankenhäuser eingeschränkt werden, über den medizinischen Bedarf hinaus zu operieren. Nach der Mehrheit der Wissenschaftler sollte das dadurch geschehen, dass den Gesetzlichen Krankenversicherungen das Recht eingeräumt wird, ihren Versicherten Tarife mit speziell gestaltetem Versorgungsmanagement anzubieten. Solche Wahltarife – Selekt- oder VM-Tarife genannt¹ – würden sich dadurch auszeichnen, dass sie die im Status Quo gegebenen Freiheiten der Arzt- und Therapiewahl gezielt einschränken.²

Im Rahmen dieser Tarife sollte es der einzelnen Krankenversicherung erlaubt sein, mit ausgewählten Krankenhäusern Verträge abzuschließen, die für all jene Versicherungsnehmer bindend sind, die sich in dem Wahltarif eingeschrieben haben. Gesundheitsleistungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung erklärt wurden, könnten nicht ausgeschlossen werden. Dagegen wäre es den Versicherungen gestattet, Behandlungen auf der Basis medizinischer Leitlinien verbindlich zu vereinbaren. Damit würde zwar die Freiheit

der Therapiewahl eingeschränkt; der Über- und Fehlversorgung an deutschen Krankenhäusern könnte auf diesem Wege aber spürbar entgegengewirkt werden. Betroffen wären vor allem planbare Operationen und weniger der Bereich der Akut- und Notfallversorgung.

Das Angebot von VM-Tarifen setzt voraus, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungen über erweiterte, aber nicht regulierungsfreie unternehmerische Gestaltungsfreiheiten verfügen. Als Korrektiv für eine gestärkte Gestaltungsverantwortung würde der Wettbewerb um zufriedene Versicherte dienen. Zu erwarten ist, dass sich Versicherte dem selektivvertraglichen Versorgungsmanagement in der Erwartung anvertrauen, nicht nur von einer besseren Versorgungsqualität zu profitieren, sondern auch von geringeren Versicherungskosten. VM-Tarife dürften kostengünstiger sein, weil seltener über das medizinisch indizierte Maß hinaus operiert würde.

Die vielen Gesetzlichen Krankenversicherungen müssten bei der vorgeschlagenen Konzeption, Kalkulation und Aushandlung von VM-Tarifen Leistungen erbringen, für die ihnen (mehr als den privaten Versicherungen) die notwendigen Erfahrungen bisher weitgehend fehlen. Insofern verlangt das Reformpaket des Beirats eine längere Vorbereitungs- und Umsetzungsphase, die sicherlich eine weitere Anbieterkonzentration mit sich bringen wird.

Mit steigendem Wettbewerbsdruck dürften sich die Gesetzlichen Krankenversicherungen gedrängt sehen, genau zu prüfen, welche Krankenhäuser bei welchen Leistungen gute Qualität erbringen und welche nicht. Stationäre Einrichtungen, die den Erwartungen nicht entsprechen, kämen sicherlich unter Druck. Sie müssten entweder umstrukturieren oder den Betrieb einstellen. Bei den verbleibenden Einrichtungen wären eine stärkere Spezialisierung und eine bessere Ausschöpfung von Größenvorteilen zu erwarten.

1 Im angelsächsischen Sprachraum spricht man vom Preferred-provider-Modell.

2 Eine Minderheit verweist auf die Bedeutung der Eigenverantwortung, die Patienten bei der Einholung von Informationen über Gesundheitsleistungen haben. Auch werde die technische Entwicklung bei Expertensystemen die Einholung von Informationen deutlich erleichtern. Dies lasse es geraten erscheinen, persönliche Wahlfreiheiten im Behandlungsfall zu stärken und einer möglichen Übernachtung durch Selbstbehalte zu begegnen.

Als Folge würde es notwendig, die Sicherstellung der stationären Versorgung auf eine neue Grundlage zu stellen. Der Beirat empfiehlt, den G-BA zu beauftragen, nicht nur für operative Leistungen Mindestmengen vorzuschreiben, sondern auch für alle stationären Leistungen Mindestkriterien der Erreichbarkeit festzulegen. Nur solche Krankenversicherungen sollten dann eine Zulassung erhalten, die sich auf ein flächendeckendes und den Erreichbarkeitsvorgaben genügendes Vertragssystem mit stationären Leistungserbringern stützen können. Im Ergebnis würde die stationäre Versorgung auf vertraglicher Basis sichergestellt.

Die Vorschläge des Beirats sehen tiefgreifende Änderungen in den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen vor. Die Konsequenzen für die zukünftige stationäre Versorgung in Deutschland wären weitreichend. Verantwortlichkeiten, die bisher bei den Ländern liegen, würden auf die Gesetzlichen Krankenversicherungen übertragen. Diese sähen sich gezwungen, zu gestalten und nicht nur zu verwalten. Auf lange Sicht führt aber nach der Einschätzung des Beirats kein Weg daran vorbei, zum Wohl der Versicherten den Krankenversicherungen eine aktivere Rolle bei der Steuerung der Ressourcen im Krankenhaussektor zuzuweisen.

1. Ausgangslage

Deutschland gab 2015 nach OECD-Angaben 11,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Gesundheit aus.¹ Im internationalen Vergleich ist diese Quote hoch, aber keineswegs auffällig. Ein ähnliches Niveau erreichen Frankreich (11,0 Prozent), Schweden (11,1 Prozent) und Japan (11,2 Prozent), aber auch die Nachbarländer Dänemark (10,6 Prozent), Niederlande (10,8 Prozent) und Schweiz (11,5 Prozent), die deswegen Erwähnung verdienen, weil in der Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens auf sie immer wieder Bezug genommen wird. Einen auffälligen Ausreißer im OECD-Vergleich stellen nur die USA mit einer Ausgabenquote von 16,9 Prozent dar.

3,1 Prozentpunkte gingen bei den deutschen Gesundheitsausgaben zu Lasten des Krankenhaussektors.² Die Niederlande und

die Schweiz kamen auf die gleiche Quote und Dänemark auf 2,8 Prozent. Interessanterweise lag die von der OECD ermittelte Quote für die USA bei ähnlich hohen 3,0 Prozent. Höhere Quoten als in Deutschland werden lediglich für Griechenland (3,3 Prozent), Frankreich (3,3 Prozent) und Österreich (3,4 Prozent) ausgewiesen.

Obwohl das deutsche Gesundheitswesen im Ländervergleich also keine Auffälligkeiten aufweist, warnt die OECD, dass sich in Deutschland Fehlanreize für eine Überversorgung und ein Überangebot an Krankenhausleistungen verfestigen könnten.³ Eine Arbeitsgruppe der Leopoldina, der Nationalen Akademie der Wissenschaften, hat sich in einem Thesenpapier vom Oktober 2016 den Warnungen angeschlossen.⁴ So wie die OECD sehen die Autoren im stationären Sektor „deutliche Hinweise auf Fallzahlstei-

1 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Die Zahlen der OECD weichen von denen des Statistischen Bundesamtes leicht ab. Das Amt beziffert die Gesundheitsausgaben 2015 auf 344,2 Mrd. €, was einer Quote von 11,3 Prozent vom BIP entspricht. Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>

2 Ebenda. Die wiedergegebenen Quoten zum

Krankenhaussektor erfassen stationäre Behandlung und Pflege („inpatient curative and rehabilitative care“) und beziehen sich auf das Jahr 2014.

3 OECD, 2013, Managing hospital volumes – Germany and experiences from OECD countries, Paris, Executive Summary.

4 Leopoldina, 2016, Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem – 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Halle/Saale

gerungen ..., die nicht allein medizinisch begründet sind“ (S. 7). Als Ursache identifizieren sie ökonomische Fehlanreize. Man habe versäumt, die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhauswesen mit Strukturveränderungen zu verbinden. Das System der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, kurz: DRGs) gebe den Kliniken Anreize zu Mengensteigerungen insbesondere bei Indikationsstellungen, bei deren Vergütung rechnerisch ein hoher Anteil auf Fixkosten entfalle. Die DRGs könnten indessen nicht allein für mögliche Fehlentwicklungen verantwortlich gemacht werden. Es gebe in Deutschland zu viele Krankenhäuser und zu viele Krankenhausbetten, die um Patienten und finanzielle Mittel konkurrieren.

Die Leopoldina und die OECD werden hier stellvertretend für die verbreitete Expertenmeinung angeführt, nach der im deutschen Krankenhauswesen politischer Handlungsbedarf besteht. Leider gibt es hinsichtlich konkreter Handlungsempfehlungen weitaus geringeren Konsens. Die OECD moniert lediglich, dass die Krankenhausbudgets einer schwächeren Kontrolle unterlägen als in vielen anderen OECD-Ländern. Insbesondere würden die DRGs nur zur Vergütung erbrachter Krankenhausleistungen genutzt und nicht wie etwa in Australien oder im Vereinigten Königreich zur Krankenhausbudgetierung.⁵ Die Arbeitsgruppe der Leopoldina bringt demgegenüber zum Ausdruck, dass eine Weiterentwicklung des DRG-Systems allein nicht ausreiche, um die ökonomischen Fehlentwicklungen zu beheben. Die Zahl der Krankenhäuser müsse reduziert und die Unterfinanzierung der ver-

bleibenden behoben werden. Wie dieses Ziel zu erreichen ist, lässt die Arbeitsgruppe indessen offen. Vor diesem Hintergrund widmet sich dieses Gutachten der Ressourcensteuerung im Krankenhaussektor.

Zunächst werden im zweiten Kapitel Hinweise auf Über- und Fehlversorgung referiert. Das dritte Kapitel diskutiert mögliche Gründe, mit denen sich Fehlsteuerungen in der Krankenhausversorgung ursächlich erklären lassen. Von hoher Plausibilität erweist sich eine Kombination von Gründen, und zwar eine mangelhafte Investitionsfinanzierung seitens der Länder in Verbindung mit einer überwiegend angebotsorientierten Krankenhausbedarfsplanung. Letztere hat Überkapazitäten in der stationären Versorgung entstehen lassen und dem medizinisch-technischen Fortschritt zu wenig Rechnung getragen. Der Druck, die vorhandenen Kapazitäten auszulasten, verleitet die Einrichtungen häufig dazu, wirtschaftlichen Erwägungen eine medizinisch unangemessene Bedeutung beizumessen und die Generierung der fehlenden Investitionsmittel und die Deckung sonstiger Kosten durch eine Ausweitung von Leistungsmengen zu suchen. Zwar sind diese Zusammenhänge schon öfter benannt und beklagt worden; dies geschah allerdings überwiegend mit der Erwartung an die Politik, sie möge handeln, einen Rückbau der nicht benötigten Versorgungskapazitäten veranlassen und die verbleibenden besser ausfinanzieren. Eine solche Erwartung greift nach Auffassung des Beirats indes zu kurz. Sie ignoriert die Anreize und Zwänge, unter denen Politik handelt. Man darf von ihr nicht erwarten, dass sie unmittelbar wirkende Entscheidungen über den Fortbestand von Krankenhäusern trifft, deren Bedarf sie selbst in anderen Zeiten festgestellt hat. Eine Inkongruenz von Nutzen- und Kosteninzidenz bewirkt, dass die Interessen unmittelbar Betroffener und deren Widerstand gegen Verän-

⁵ In Australien werden für jedes Krankenhaus Fallzahlen im Vorhinein geschätzt und mit Hilfe der DRGs in ein Budget umgerechnet, über das das Krankenhaus frei verfügen kann (OECD, 2013, *Managing hospital volumes – Germany and experiences from OECD countries*, a.a.O., S. 13). Die DRGs werden also zur Budgetierung genutzt und nicht wie in Deutschland nur zur Vergütung erbrachter Leistungen.

derungen übermäßiges Gewicht erhalten. Der Beirat prüft daher in diesem Gutachten die Frage, wie das Krankenhauswesen in Deutschland so geordnet werden kann, dass sich wettbewerbliche Prozesse stärker einsetzen lassen, um die Ressourcen im stationären Sektor zum Wohle von Patienten und der Gesellschaft besser zu nutzen.⁶ Das geschieht im vierten Kapitel. Im dritten Kapitel wird zunächst der Stand der Reformen nach dem Krankenhausstrukturgesetz referiert und erläutert, warum von diesem und anderen Reformansätzen keine nachhaltige Besserung der beklagten Versorgungsmängel zu erwarten ist. Die Ansätze leiden unter ihrer einseitigen Angebotsorientierung. Sie legen übermäßiges Gewicht auf eine bürokratische Steuerung der Ressourcen. Im Weiteren wird dann geprüft, wie sich wettbewerbliche Mechanismen stärker nutzen lassen. Voraussetzung dafür ist, dass es gelingt, die Zahlungsbereitschaft der Bevölkerung für eine qualitativ hochwertige Versorgung zur Geltung zu bringen. Eine Lösung sieht der Beirat in einer veränderten Investitionsfinanzierung sowie in der Förderung von selektivvertraglichem Versorgungsmanagement. Letzteres ist in Deutschland unterentwickelt, was auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen ist. Die

Diskussion legt eine Reihe von Empfehlungen für die Gesundheitspolitik nahe, die im fünften Kapitel formuliert werden.

⁶ Mit seiner Forderung an die Politik, wettbewerbsorientierten Lösungsvorschlägen im Gesundheitswesen stärkere Beachtung zu schenken, folgt der Beirat verschiedenen Gutachten und Stellungnahmen. Vgl. stellvertretend Monopolkommission, 2008, Weniger Staat, mehr Wettbewerb – Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung, 17. Hauptgutachten, Bundestags-Drucksache 16/10140, Kap. V; dieselbe, 2017, Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, Sondergutachten 75; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken, Jahresgutachten 2008/2009; derselbe, Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland, Jahresgutachten 2012/2013, Tz 638; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012.

2. Über- und Fehlversorgung im deutschen Krankenhauswesen?

In ihrem Länderbericht 2015 spricht die OECD mit Bezugnahme auf das deutsche Krankenhauswesen von einem „gemischten Bild bei der Versorgungsqualität“.⁷ Sie führt folgende Hinweise an. Einerseits sei die Überlebensrate bei Akutbehandlung im Krankenhaus nach einem Schlaganfall besser als in den meisten anderen Ländern. Andererseits sei die Überlebensrate von Patienten, die mit Herzinfarkt in ein Krankenhaus eingeliefert werden, unterdurchschnittlich. Deutschland erreicht in dieser Leistungskategorie sogar nur Platz 25 von 32 verglichenen Ländern. Des Weiteren moniert die OECD hohe Einweisungsraten bei chronischen Krankheiten wie Diabetes und Herzinsuffizienz. Sie seien „weit höher als im OECD-Schnitt“. Die OECD geht hierbei von potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten aus, woraus sie auf Schwächen

in der Qualität der medizinischen Primärversorgung schließt.

Ein detaillierteres Bild der deutschen Krankenhausleistungen wird in dem etwas älteren OECD-Bericht aus 2013 gezeichnet.⁸ Hier finden sich international vergleichende Angaben zu stationär erbrachten operativen Eingriffen. Demnach ist Deutschland in vier von insgesamt fünfzehn erfassten Aktivitätsbereichen Spitzenreiter in der OECD, und zwar bei perkutanen Koronarinterventionen (624 in Deutschland vs. 177 im OECD-Schnitt, jeweils bezogen auf 100.000 Personen), Leistenbrüchen (223/110), künstlichen Hüften (295/154) und brusterhaltenden Operationen (232/108). In drei weiteren Bereichen erreicht Deutschland das zweithöchste Aktivitätsniveau, und zwar bei Herzkranz-Bypässen (116/47), Gallenblasenentfernungen (236/154) und Knieersatz (213/122).⁹

⁷ OECD, 2015, Gesundheit auf einen Blick – Wo steht Deutschland? <https://www.oecd.org/germany/Health-at-a-Glance-2015-Country-Note-GERMANY-In-Deutsch.pdf>; Health at a Glance 2015, OECD Indicators, Mortality following acute myocardial infarction (AMI). 2013 verstarben in Deutschland 8,7 Prozent der Patienten über 45 Jahre, die mit einem akuten Herzinfarkt in Krankenhäuser eingewiesen wurden, während ihres stationären Aufenthaltes. In Australien lag die entsprechende Quote bei 4,1 Prozent und in Schweden bei 4,5 Prozent. Vgl. auch Leopoldina, a.a.O., S. 6.

⁸ OECD, 2013, Managing hospital volumes – Germany and experiences from OECD countries, a.a.O.

⁹ Ebenda. Die wiedergegebenen Zahlen spiegeln überwiegend die Verhältnisse von 2010 wider. Die Rangpositionen ergeben sich aus Bevölkerungsdurchschnitten. Eine derartige Rangbildung ist in der Literatur kritisiert worden, und zwar mit dem Hinweis, dass die deutsche Bevölkerung älter sei als die der meisten Vergleichsländer und dass sich diese Tatsache in der Zahl der stationär erbrachten

Bei einem so hohen Aktivitätsniveau würde es nicht überraschen, wenn die Lebenserwartung in Deutschland besonders hoch wäre. Das ist aber nicht der Fall. Mit 83,6 Jahren erreichten deutsche Frauen bei Geburt 2014 gerade mal den Durchschnittswert der EU28-Staaten, und der entsprechende Wert bei Männern überstieg mit 78,7 den EU28-Schnitt von 78,1 nur leicht.¹⁰ Das hohe Niveau an Krankenhausleistungen korrespondiert also nicht mit einer entsprechend hohen Lebenserwartung. Das könnte man als Hinweis für eine ineffiziente Ressourcennutzung deuten. Das scheint auch die OECD so zu sehen. Jedenfalls warnt sie vor der Gefahr, dass sich in Deutschland Fehlanreize für eine Überversorgung und ein Überangebot an Krankenhausleistungen verfestigen könnten. Das traditionell hohe deutsche Niveau an Krankenhausleistungen lasse sich nicht allein durch Unterschiede in der Demografie, der Morbidität und der sozialen Präferenzen für die Inan-

spruchnahme von Behandlungen erklären. Der Verdacht auf Überversorgung in weiten Bereichen verbunden mit Fehlversorgung in einzelnen Bereichen wird auch durch die Äußerungen von Leistungserbringern gestützt. 2015 befragten Reifferscheid et al. knapp 5000 Chefärzte, Geschäftsführer und Pflegedirektoren zu Rationierung und Überversorgung im Krankenhausbereich.¹¹ 43 Prozent der Befragten antworteten. Von den antwortenden Chefärzten gaben 46 Prozent an, aus ökonomischen Gründen schon mal nützliche Maßnahmen vorenthalten oder durch weniger effektive, aber kostengünstigere Alternativen ersetzt zu haben. Das deuten die Autoren als Anzeichen einer Unterversorgung. Sie betreffe alle Fachbereiche, die Intensität sei indessen gering ausgeprägt. 39 Prozent der Chefärzte glaubten dagegen, dass in ihrem Fachgebiet wirtschaftliche Rahmenbedingungen zu überhöhten Fallzahlen führen. Das gilt insbesondere für die Kardiologie und die Orthopädie. Chefärzte aus diesen Bereichen nehmen mit 60,7 bzw. 48 Prozent die Problematik insgesamt signifikant stärker wahr, wie nachstehende Abbildung zeigt.¹²

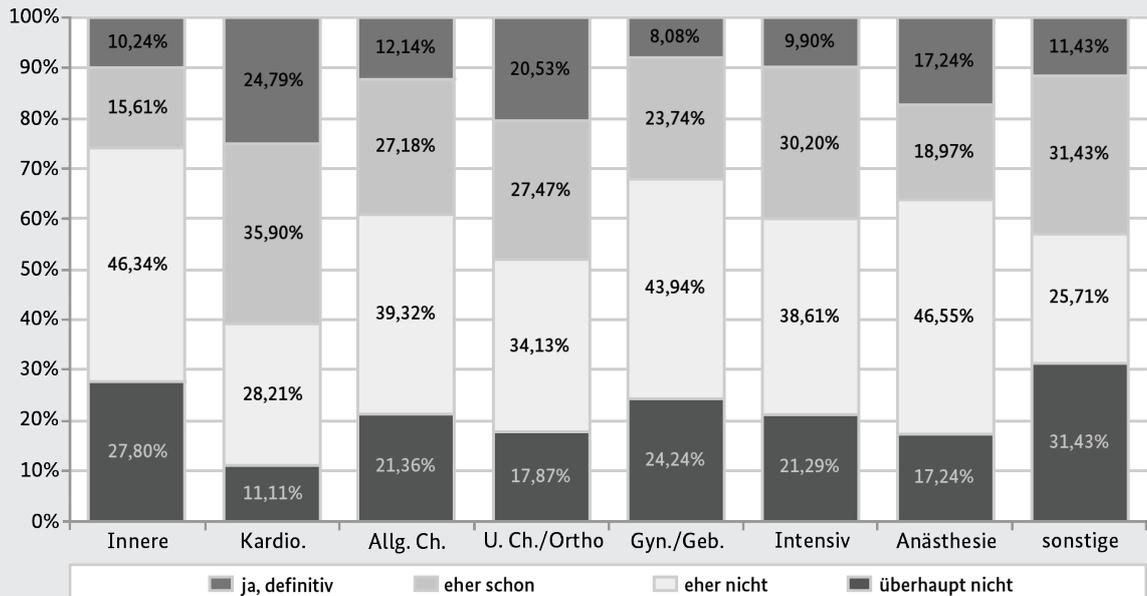
Eingriffe niederschläge. So argumentieren Verena Finkenstädt und Frank Niehaus (2015, Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Wissenschaftliches Institut der PKV), dass das Medianalter Deutschlands 2010 nach Japan das zweithöchste in der OECD gewesen sei und dass, wenn man eine Altersstandardisierung durchführe, Deutschland in vielen Rangpositionen mehrere Plätze zurückfalle. Diesem Einwand muss man entgegenhalten, dass Deutschland in einigen Kategorien auch nach vorne rückt. Ein auffallendes Beispiel liefern Blinddarmentfernungen. In der zitierten Studie von Finkenstädt et al. rückt Deutschland durch die Altersstandardisierung bei 32 Ländern von dem sechsten auf den dritten Platz vor. Insbesondere bei jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren werden in Deutschland auffallend viele Operationen durchgeführt, und zwar 4,7 mal öfters als in den USA. Dadurch erreicht das Risiko von Frauen, am Blinddarm operiert zu werden, in einer über das Alter kumulierenden vergleichenden Betrachtung von 17 OECD-Ländern den Spitzenwert und behält diesen bis zum hohen Alter von 85 und mehr (McPherson, Klim, Giorgia Gon und Maggie Scott, 2013, International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures, OECD Health Working Paper No. 61, S. 40 ff.).

10 OECD, Health at a Glance: Europe 2016. Tabelle 3.2. Life expectancy (LE) and healthy life years (HLY) at birth, by gender, 2014

11 Reifferscheid, Antonius, Natalie Pomorin und Jürgen Wasem, 2015, Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung, Deutsche medizinische Wochenschrift 2015, 140(13): e129-e135.

12 Ob es angebracht ist, von einer Überversorgung oder vielleicht besser von einer Fehlversorgung zu sprechen, mag dahingestellt bleiben. Neubauer et al. definieren Fehlversorgung als eine Versorgung, "die so nicht erbracht werden sollte, weil eine andere Versorgungsform medizinisch zweckmäßiger und wirtschaftlicher ist". Neubauer, Günter und Andreas Gmeiner, Krankenhausplanung am Scheideweg, in: Krankenhaus-Report 2015, Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem, Hrsg., Schattauer, Stuttgart, S. 177.

Abbildung 1: Antworten von Chefarzten auf die Frage: „Glauben Sie, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Ihrem Fachgebiet zu überhöhten Eingriffszahlen führen?“¹³



Anhaltspunkte für eine Überversorgung liefert die Entwicklung der Leistungsmengen, die seit der Jahrtausendwende an deutschen Krankenhäusern zu beobachten ist. Die Entwicklung ist Gegenstand verschiedener Dokumentationen und Gutachten.¹⁴

¹³ Reifferscheid et al., a.a.O. Die Frage zur ökonomisch-motivierten Überversorgung galt nur allgemein für das jeweilige Fachgebiet und nicht speziell für die eigene Abteilung.

¹⁴ Felder, Stefan, Boris Augurzky, Rosemarie Gülker, Roman Mennicken, Stefan Meyer, Jürgen Wasem, Hartmut Gülker, Nikolaus Siemssen, 2012, Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, RWI; Schreyögg, Jonas, Reinhard Busse et al., 2014, Forschungsauftrag nach § 17b Abs. 9 KHG. Enderbericht, Hamburg/Berlin. Für Hinweise zu weiteren Studien vgl. Heinz Naegler und Karl Heinz Wehkamp, 2014, Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus – Zur Mengenentwicklung in

Sie soll hier am Beispiel von Eingriffen an der Wirbelsäule mit Zahlen illustriert werden. In den Jahren 2004 bis 2009 erhöhte sich die Zahl der Bandscheibenoperationen von 112.317 um 43 Prozent auf 160.407. Die Zahl der Interventionen am Rückenmark erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 244.493 um 46 Prozent auf 355.794, und die Zahl der diagnostizierten Versteifungen der Wirbel erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 45.718 gar um 220 Prozent auf 146.410.¹⁵

deutschen Krankenhäusern, Monitor Versorgungsforschung 04, S. 43-51.

¹⁵ <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201989/umfrage/anzahl-der-eingriffe-an-der-wirbelsaeule-in-deutschen-krankenhaeusern/> Abfrage am 25. Februar 2017. Die starke Zunahme stationärer Behandlungsfälle wegen Rückenleiden

Die Fallmengenentwicklung im stationären Bereich hat den Gesetzgeber veranlasst, aktiv zu werden. So hat er beginnend mit dem Jahr 2009 den Vertragsparteien mit zunehmender Verbindlichkeit aufgetragen, bei der Vergütung von Leistungen, die über das für das Vorjahr krankenhausindividuell festgelegte Niveau hinausgehen, so genannte Mehrleistungsabschläge zu vereinbaren.¹⁶ Die Erhebung von Mehrleistungsabschlägen ist sinnvoll, wenn der Anreiz zur Erbringung von Mehrleistungen gedämpft werden soll. Der Gesetzgeber muss also eine Überversorgung vermutet haben und als Problem begreifen. Bei der Einführung von Mehrleistungszuschlägen ist es nicht geblieben. Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurde 2016 ein Strukturfonds ins Leben gerufen, den die Bundesregierung explizit mit dem Zweck begründet, „zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten ... zu fördern“.¹⁷

Angesichts der Einschätzungen von OECD und Leopoldina, der Befragungsergebnisse unter Chefärzten sowie der Maßnahmen des Gesetzgebers und deren

ist Gegenstand verschiedener Berichte. Vgl. etwa die Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Heiner Raspe, 2012, Rückenschmerzen, Robert Koch-Institut, Hrsg., insbesondere Abb. 3. Vgl. auch den Krankenhaus-Report 2013 des AOK-Bundesverbands und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Darin wird festgestellt, dass sich die Zahl der Wirbelsäulenoperationen bei AOK-Versicherten zwischen 2005 und 2010 mehr als verdoppelt hat. Auch die regionale Verteilung bestimmter Arten von Operationen wirft Fragen auf. Darauf hat zuletzt die Bertelsmann-Stiftung hingewiesen, und zwar unter dem Titel „Rückenschmerzen: In manchen Regionen wird bis zu 13-mal häufiger operiert als andernorts“. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2017/juni/rueckenschmerzen-in-manchen-regionen-wird-bis-zu-13-mal-haeufiger-operiert-als-andernorts/> Abfrage vom 21. Juni 2017.

¹⁶ Nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009 „sollen“ die Vertragsparteien Mehrleistungsabschläge vereinbaren. Nach dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22. Dez. 2010 „haben“ sie es zu tun.

¹⁷ Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHSG vom 26. Aug. 2015, BT-Drs. 18/5867, S. 4.

Begründungen wird im Weiteren von Versorgungs-mängeln in deutschen Krankenhäusern ausgegangen und der Fokus auf die Frage gerichtet, wie sich die Ressourcensteuerung im Krankenhaussektor diesbezüglich wirksam und dauerhaft verbessern lässt.

Nun stellen Über- und Fehlversorgung mutmaßlich nicht das einzige Problem im stationären Bereich dar. Ein großes Problem, auf das in diesem Gutachten aber nicht weiter eingegangen wird, ist etwa der unbefriedigende Stand der sektorenübergreifenden Versorgung. Deutschland dürfte eines der wenigen Länder sein, das sich mit der stationären Versorgung und dem System niedergelassener Fachärzte zwei Strukturen mit überlappenden Aufgaben leistet, ohne dass die jeweiligen Zuständigkeiten klar geregelt wären. Darunter leidet nicht nur die Qualität der Versorgung; Ressourcen werden auch ineffizient genutzt. Ein Beispiel, das in jüngerer Zeit für Schlagzeilen sorgte, liefert die Notfallversorgung.

Experten beklagen, dass Patienten bei einem Notfall, der ambulant behandelbar wäre, oftmals teure Krankenhausambulanzen aufsuchen.¹⁸ Eine effiziente Navigation des Patientenstroms finde nicht statt. Sachgerechte Lösungen scheiterten in der Vergangenheit an gegensätzlichen wirtschaftlichen Interessen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, hat den Kassenärzten schon öffentlich vorgeworfen, ihren Versorgungsauftrag unzureichend wahrzunehmen und Kosten der Notfallversorgung auf die Krankenhausambulanzen abwälzen zu wollen. Das Hauptmotiv sei die Schonung der Budgets der Kassenärztlichen

¹⁸ Augurzky, Boris, Krankenhausversorgung nach dem KHSG – noch weitere Herausforderungen? in: Krankenhaus-Report 2017, in: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem, Hrsg., Schattauer, Stuttgart, S. 3-12, hier S. 5.

Vereinigungen.¹⁹ Der Gesetzgeber hat die Kritik zum Anlass genommen, im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes den Kassenärztlichen Vereinigungen aufzutragen, in bzw. an Krankenhäusern Notdienstpraxen („Portalpraxen“) einzurichten oder aber die Notfallambulanzen stärker in den vertragsärztlichen Notdienst einzubinden.²⁰

Die vielfältigen sektoralen Schnittstellenprobleme sind kein Gegenstand dieses Gutachtens. Dieses fokussiert auf den stationären Bereich und befasst sich dort allein mit dem Vorwurf der bestehenden Über- und Fehlversorgung. Allerdings ist zu erwarten, dass die Empfehlung des Beirats, bestehende rechtliche Hindernisse bei der Durchsetzung von Versorgungsmanagement zu beseitigen, auch einen Beitrag zur Lösung der Schnittstellenprobleme liefert.

¹⁹ Nichtnamentlich gezeichneter Bericht der FAZ unter dem Titel „Streit über steigende Zahl von Notfallpatienten“ vom 10. Mai 2017.

²⁰ §75 Abs. 1b SGB V

3. Mögliche Ursachen von Über- und Fehlversorgung

Leistungsmengen resultieren unter Marktbedingungen aus dem Zusammenwirken von Angebot und Nachfrage. Entsprechend kann eine Über- und Fehlversorgung wirtschaftlich gesehen ihre Ursache im Angebot, in der Nachfrage oder gar im Zusammenwirken beider Seiten haben. Für das Mengenergebnis mag die Verursachung wenig relevant sein, für ordnungspolitische Konsequenzen ist sie dagegen zentral. Nur bei ihrer zweifelsfreien Klärung lässt sich das Problem von Über- und Fehlversorgung sachgerecht therapieren. In diesem Sinne seien nachfolgend denkbare Ursachen genauer geprüft.

3.1 Übernachfrage

Die medizinische Leistungserbringung verursacht direkte und indirekte Kosten. Zu den indirekten Kosten zählen solche, die wie etwa Unannehmlichkeiten und Zeitverlust als unmittelbare Begleiterscheinung einer Behandlung von dem betroffenen Patienten selbst zu tragen sind.²¹ Dagegen werden die direkten Kosten bei ärztlicher Verordnung

in der Regel von Versicherungen übernommen. Sieht man von Zuzahlungen ab, belasten sie den Patienten im Behandlungsfall nicht spürbar. Im Weiteren seien stets direkte Kosten gemeint, wenn von Behandlungskosten die Rede ist.

Im Regelfall resultiert die Nachfrage nach medizinischen Leistungen aus einer Erkrankung und damit aus Umständen, auf die der Empfänger der Leistungen keinen nennenswerten Einfluss hat. Die Determinanten der Nachfrage sind „exogen“. Von einer Übernachfrage kann man selbst dann nicht sprechen, wenn ein Versicherter häufig erkrankt und in der Schadensrechnung der Versicherung somit ein schlechtes Risiko darstellt. Ein hohes Schadensrisiko rechtfertigt allenfalls eine hohe Versicherungsprämie. Von einer Übernachfrage kann man allerdings dann sprechen, wenn der Versicherte im Schutze der Versicherung die Leistungsnachfrage ausweitet und wenn eine derartige Verhaltensänderung vom Versicherungsgeber nicht festgestellt werden kann oder darf, so dass eine risikogerechte Tarifierung nicht möglich ist. In der Fachliteratur spricht man von moralischem Risiko. Der Begriff erschließt sich

²¹ Man könnte auch von intangiblen Kosten sprechen.

aus der Perspektive des Versicherungsgebers. Er zielt weniger auf die moralische Fragwürdigkeit entsprechenden Verhaltens, als vielmehr auf die Erfassung eines Risikos, das neben dem exogenen Schadensrisiko besteht und von der Versicherung einzukalkulieren ist. Es liegt in der Natur eigennützig handelnder Menschen, dass moralische Risiken nicht völlig eliminiert werden können. Sie können aber eingedämmt werden. Probate Mittel sind Zuzahlungen oder ein pauschaler Selbstbehalt. Solche Anreizinstrumente sorgen dafür, dass der Versicherte die finanziellen Folgen seiner risikoerhöhenden Verhaltensänderungen mitträgt. Das fördert sein Kostenbewusstsein und eine zurückhaltende Inanspruchnahme von Leistungen.²²

Die GKV kennt Zuzahlungen in bestimmten Fällen. Die wichtigsten gibt es bei der Verschreibung von Arzneimitteln und einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Selbstbehalte sind dagegen nicht vorgeschrieben. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind aber befugt, Wahltarife mit Selbstbehalt anzubieten. In einem solchen Tarif verpflichten sich die Versicherten, einen Teil der anfallenden Kosten für medizinische Leistungen selbst zu tragen. Im Gegenzug darf ihnen die Krankenkasse eine Prämie zahlen.²³ Die Gestaltung des Wahltarifs mit Selbstbehalt steht den Krankenkassen

frei. Zu beachten sind indessen die Grenzen, die der Gesetzgeber in § 53 Abs. 1 und 8 SGB V bei einem Wahltarif mit Selbstbehalt für die Prämienzahlung vorsieht. So darf diese maximal zwanzig Prozent des Jahresbeitrags ausmachen und nicht mehr als 600 Euro betragen.

Eine Deckelung der Prämie passt zum Wesen einer Sozialversicherung. Die Förderung von Kostenbewusstsein bei den Versicherten soll nicht mit einer Entsolidarisierung von guten und schlechten Risiken erkauft werden. Adverser Selektion soll vorgebeugt werden. Die Bezugnahme auf den persönlich getragenen Beitrag ist hingegen nicht sachgerecht.²⁴ Sie schwächt den Anreiz für Geringverdiener, sich für einen Wahltarif mit Selbstbehalt zu entscheiden. Das wird besonders deutlich bei den Empfängern von ALG I, ALG II und Sozialhilfe, also einem Personenkreis, für den das Jobcenter bzw. der zuständige Kostenträger die Beitragszahlung zur GKV übernimmt. Weil dieser Personenkreis keine eigenen Beiträge entrichtet, kann ihm nach Gesetz auch keine Prämie geboten werden. Damit kann ihm aber auch kein Anreiz gesetzt werden, sich kostenbewusst zu verhalten. Sachgerechter wäre es, für die Prämienzahlung eine Deckelung zu wählen, die sich an den geschätzten Kosten bemisst, die die Krankenversicherung bei Wahl des Tarifs mit Selbstbehalt pro Versichertem einsparen kann.²⁵

Insofern ist nicht auszuschließen, dass die von Experten in Deutschland monierte Überversorgung in Teilbereichen der GKV auf eine Übernachfrage zurückzuführen ist und damit auf Mängel bei der Eindämmung moralischer Risiken. Im nichtstationären Bereich mag diese These sogar eine gewisse,

²² Damit Zuzahlungen und Selbstbehalte ihre verhaltenssteuernde Wirkung entfalten können, dürfen sie von den Versicherten nicht unterlaufen werden. Diese Einsicht hat wettbewerbspolitische Konsequenzen. Weder darf es eine Versicherung geben, die Zuzahlungen im Schadensfall erstattet, noch die Möglichkeit, Krankheitskosten doppelt zu versichern. Um letztere Möglichkeit ausschließen zu können, muss es konkurrierenden Versicherungsanbietern gestattet sein, Informationen über die kontrahierte Deckung der Versicherten auszutauschen. Dieser Austausch ist zwar mit einem strengen Verständnis von Wettbewerb nicht vereinbar, es gilt aber zu verhindern, dass gewitzte Versicherungsnehmer das gleiche Schadensrisiko bei mehreren Versicherungsgebern absichern und im Schadensfall keinen Selbstbehalt tragen.

²³ Man könnte auch von einem Bonus sprechen. Das Gesetz verwendet jedoch den Begriff der Prämienzahlung.

²⁴ Wohl in Anlehnung an den Begriff des Kostenträgers spricht das Gesetz von getragenen Beiträgen. In der Terminologie der Finanzwissenschaft handelt es sich um gezahlte Beiträge.

²⁵ Ersatzweise wäre eine Deckelung vertretbar, die auf den durchschnittlich getragenen Beitrag aller Versicherten Bezug nimmt.

anekdotisch gestützte Plausibilität haben. Im stationären Bereich ist die These einer Überversorgung als Folge von Übernachfrage dagegen weit weniger plausibel. Nicht nur sind die von den Patienten zu tragenden indirekten Kosten einer Krankenhausbehandlung in aller Regel hoch. Es gibt auch Zuzahlungen bei vollstationärer Unterbringung, die – soweit sie nicht als Ausgleich für die gesparten Kosten von Verpflegung und Unterbringung wahrgenommen werden – einer Übernachfrage entgegenwirken.

3.2 Angebotsinduzierte Nachfrage

Versicherte suchen einen Arzt bei Symptomen einer möglichen Erkrankung auf. Sie erwarten Heilung oder Linderung, wobei sie diagnostische und therapeutische Entscheidungen mehr oder weniger an den behandelnden Arzt delegieren. Letzterer ist der medizinische Experte, der in aller Regel besser als der betroffene Patient weiß, was zu tun ist. Von daher wird die Nachfrage nach medizinischen Leistungen vor allem von den diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen des Leistungserbringers geprägt. Solange letzterer im alleinigen Interesse des Patienten handelt, spricht man von delegierter Nachfrage. Angebotsinduzierte Nachfrage liegt vor, wenn ein Anbieter medizinischer Leistungen patientenfremde, insbesondere wirtschaftliche Eigeninteressen berücksichtigt. Er ist dann nicht länger der perfekte Sachwalter des Patienteninteresses.

Für die Berücksichtigung patientenfremder wirtschaftlicher Interessen kommen verschiedene Motive infrage. Gewinnorientierung mag eines sein, die Finanzierung von arbeitsplatzbezogenen Annehmlichkeiten für das Krankenhauspersonal ein anderes. An der empirischen Relevanz solcher Motive kann sicherlich nicht gezweifelt wer-

den.²⁶ 36,2 Prozent aller deutschen Krankenhäuser befand sich 2016 in privater Trägerschaft.²⁷ Diesen Einrichtungen darf durchaus Gewinnorientierung unterstellt werden. Die verbleibenden knapp zwei Drittel sind zwar als öffentliche oder freigemeinnützige Einrichtungen lediglich zur Kostendeckung verpflichtet, bei fehlendem Kostendruck könnten sich aber auch bei ihnen patientenfremde wirtschaftliche Interessen breitmachen.

Der Kostendruck in der stationären Versorgung ist indessen infolge hoher Überkapazitäten erheblich. Deswegen darf man auch unterstellen, dass weniger die Finanzierung von Annehmlichkeiten für das Krankenhauspersonal das Handeln in den Einrichtungen leitet als vielmehr die reine Deckung der Kosten. Wie nachfolgend eingehend begründet werden soll, lässt sich angebotsinduzierte Nachfrage auch mit dem Streben nach Kostendeckung begründen. Man muss den Leistungserbringern keine eigennützigen Motive unterstellen, um Über- und Fehlversorgung zu erklären. Eigennützige Motive können sich auf die Versorgungsmängel allenfalls verschärfend auswirken. Die Probleme in der stationären Versorgung wurzeln dagegen in Überkapazitäten bei gleichzeitig unzureichend ausfinanzierten Investitionen. Die Überkapazitäten sorgen in vielen Krankenhäusern für einen Kostendruck, der die Leistungserbringer dazu bringt, medizinische Entscheidungen wirtschaftlichen Erwägungen unterzuordnen und die Deckung der Kosten in der Ausweitung von Leistungsmengen zu suchen. Sol-

²⁶ Ein prominentes Beispiel aus der ambulanten Versorgung liefern die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL), die niedergelassene Ärzte in erheblichen Umfang erbringen und mit dessen Zustimmung direkt beim Patienten abrechnen dürfen. Es handelt sich hierbei um Leistungen, bei deren Erbringung dem behandelnden Arzt ein wirtschaftliches Eigeninteresse unterstellt werden darf. Sie sind nicht durch den gesetzlichen Leistungskatalog gedeckt.

²⁷ Statistisches Bundesamt, 2017, Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

ches Verhalten mag dann zwar dem Erhalt des eigenen Arbeitsplatzes dienen. Als eigennützig kann man es deswegen aber nicht bezeichnen. Mit dem Streben nach Kostendeckung erfüllen die Einrichtungen lediglich eine regulatorische Vorgabe. Wenn daraus Über- und Fehlversorgung resultieren, ist das der Politik anzulasten und nicht den Leistungserbringern.

Dass es selbst beim Fehlen eigennütziger Motive zu angebotsinduzierter Nachfrage kommen kann, erschließt sich nicht auf den ersten Blick. Grundsätzlich wäre es vorstellbar, dass die Preise für medizinische Leistungen auf einem Niveau administriert werden, bei dem die ex ante geplante Nachfrage dem langfristigen Angebot entspricht. Wenn der behandelnde Arzt sein Angebot dann an solchen Preisen ausrichtet und wenn er alle Kosten einbezieht, resultiert eine effiziente Versorgung. Von einer Fehlsteuerung der Ressourcen könnte man in einer derart idealen Welt nicht sprechen.

Die Orientierung an einer derart idealen Welt hilft jedoch, mögliche Effizienzstörungen zu erkennen. Eine erste wurzelt in falsch administrierten Preisen. Der Krankenhausbereich liefert das passende Beispiel. So sollen die Versorgungspauschalen, die von den Krankenversicherungen für stationär erbrachte Leistungen erstattet werden, lediglich die durchschnittlichen Betriebskosten decken. Die fixen Investitionskosten werden bislang nicht in die DRGs eingerechnet. Unter solchen Umständen kann man nicht erwarten, dass eine ressourceneffiziente Versorgung resultiert.

Allerdings kann man mit einer unvollständigen Kostenkalkulation allein keine angebotsinduzierte Übernachtfrage erklären. Man würde vielmehr eine Unterversorgung erwarten, wenn die Behandlungserlöse die verursachten Kosten nicht zu decken erlauben. Wie nachfolgend verdeutlicht werden soll, ist mit einer Überversorgung aber dann zu rechnen, wenn falsch administrierte

Preise und fallende Durchschnittskosten bei überdimensionierten Kapazitäten zusammentreffen. In Deutschland ist genau diese Konstellation zu beklagen.

Anhaltspunkte für überdimensionierte Krankenhauskapazitäten werden im nachfolgenden Unterabschnitt noch zur Sprache kommen. Sie sind einer wenig sachgerechten Krankenhausbedarfsplanung der Länder anzulasten. Die Politik hat aber nicht nur überdimensionierte Krankenhauskapazitäten zu verantworten, sondern auch eine wirtschaftlich und medizinisch ungesunde Betriebsgrößenstruktur. Es gibt in Deutschland zu viele kleine und schlecht ausgerüstete Einrichtungen.²⁸ 1.064 bzw. 66,2 Prozent der 1.607 allgemeinen deutschen Krankenhäuser besitzen weniger als 300 Betten. 52,1 Prozent besitzen sogar weniger als 200.²⁹ Internationale Studien sehen die optimale Betriebsgröße von Krankenhäusern dagegen bei mindestens 230, wenn nicht gar bei 300 Betten.³⁰ Nach internationalen Maßstäben ist also die überwiegende Zahl der deutschen Krankenhäuser zu klein. Sie sind nicht kosteneffizient zu betreiben. Produktionstechnisch zeigt sich das darin, dass diese Einrichtungen in einem Bereich fallender Durchschnittskosten wirtschaften. Die Konsequenzen werden in der folgenden Abbildung 2 schematisch verdeutlicht.

²⁸ Leopoldina, a.a.O.

²⁹ Statistisches Bundesamt, 2017, a.a.O.

³⁰ In einer Studie für Dänemark wird die optimale Zahl an Betten auf 275 pro Krankenhaus geschätzt. Unterhalb von 230 Betten sei es aus Kostengründen angezeigt, Kapazitäten zu konsolidieren. Vgl. Kristensen, Troels, Kim Rose Olsen, Jannie Kilsmark und Kjeld Möller Pedersen, 2008, Economies of scale and optimal size of hospitals: Empirical results for Danish public hospitals, University of Southern Denmark. Eine andere Studie hat die Literatur der Jahre 1969 bis 2014 systematisch mit dem Ziel ausgewertet, die optimale Betriebsgröße von Krankenhäusern zu ermitteln. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Größensparnisse bis in den Bereich von 200 bis 300 Betten reichen. S. Giancotti, Monica, Annamaria Guglielmo und Marianna Mauro, 2017, PLoS One 12(3), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371367/>

Abbildung 2: Überversorgung bei fallenden Durchschnittskosten als Folge nicht ausfinanzierter Investitionen

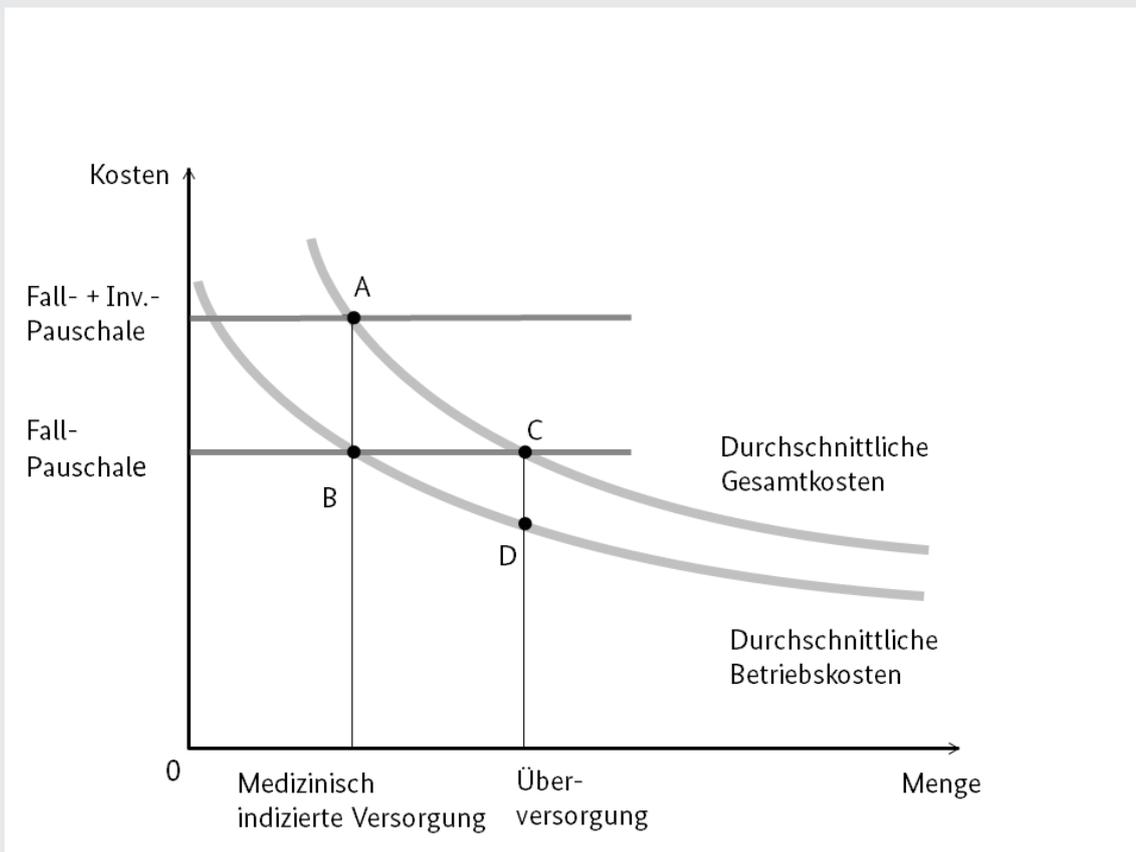


Abbildung 2 veranschaulicht die wirtschaftliche Lage derjenigen Krankenhäuser, die im Bereich fallender Durchschnittskosten und nicht ausgeschöpfter Skalenerparnisse operieren. Die Abbildung ist so zu lesen, dass ein nach Kostendeckung strebendes Krankenhaus genau die medizinisch indizierte Leistungsmenge erbrächte, wenn die resultierenden Betriebs- und Investitionskosten durch die Versorgungspauschalen gedeckt würden (Punkt A). Da die erforderlichen Investitionen von den Ländern aber nicht ausfinanziert werden und die Fallpauschale lediglich die durchschnittlichen Betriebskosten für die medizinisch indizierte Ver-

sorgungsmenge deckt (Punkt B), werden die Einrichtungen gedrängt, die Leistungsmengen bis Punkt C auszuweiten und Deckungsbeiträge zu erwirtschaften (Strecke DC). Die Flucht in die Menge ist also die wirtschaftlich rationale Reaktion eines um seine Existenz kämpfenden Krankenhauses. Falls Kostendeckung das Ziel ist, werden die Leistungsmengen bis zu jenem Punkt ausgedehnt, bei dem die Fallpauschalen (DRGs) nicht nur die durchschnittlichen Betriebskosten decken, sondern die höheren, durchschnittlichen Gesamtkosten (also einschließlich jener Kosten, die aus Ersatz- und Erneuerungsinvestitionen resultieren). Bei eigen-

nütziger Zielsetzung, zu der insbesondere die Gewinnerorientierung zählt, werden sogar noch höhere Leistungsmengen angestrebt, weil die Leistungsmenge, die Kostendeckung verspricht, für eigennützige Leistungserbringer allenfalls die untere Grenze darstellt.

Für das beschriebene, theoretisch zu erwartende Reaktionsverhalten von Krankenhäusern gibt es auch empirische Belege. Felder et al. weisen nach, dass das Mengenwachstum bei all jenen DRGs besonders groß ist, bei denen die Deckungsbeiträge überdurchschnittlich hoch sind.³¹ Auch gibt es empirisch belegte Tendenzen, bei der Diagnosestellung die Auswirkung auf die Höhe der zu vereinnahmenden Fallpauschale zu berücksichtigen.³² Man spricht von „Upcoding“ und meint damit eine Kodierung im DRG-System, die über die tatsächliche Fallschwere hinausgeht und bei der als Motiv die Erlangung einer höheren Leistungsvergütung unterstellt werden muss.

Um nachvollziehen zu können, dass und wie sich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ärztlicherseits beeinflussen lässt, sei das fiktive Beispiel eines Patienten betrachtet, der wegen eines Bandscheibenvorfalles ein Krankenhaus aufsucht. Angenommen, es kämen in diesem Fall zwei Behandlungsformen in Betracht: ein operativer Eingriff sowie als Alternative die Physiotherapie. Es sei weiter angenommen, man könne nicht mit Sicherheit sagen, welche Maßnahme langfristig und medizinisch ge-

sehen überlegen ist.³³ Man soll lediglich erwarten dürfen, dass beide Maßnahmen langfristig vergleichbar gute Durchschnittsergebnisse liefern. Bei Berücksichtigung der Behandlungskosten müsste eine Physiotherapie verschrieben werden. Die Operation wäre dagegen ein Fall von Über- oder gar Fehlversorgung.

Der Patient hat bei einem Bandscheibenvorfall in der Regel extremen Leidensdruck. Behandlungskosten spielen für ihn keine große Rolle. Schließlich werden sie weitgehend von der Versicherung übernommen. Die Freiheit der Therapiewahl sorgt dafür, dass die Entscheidung zwischen Operation und Physiotherapie allein im Austausch zwischen behandelndem Arzt und Patient getroffen wird. Da der Arzt der Experte ist, wird sich der Patient dessen Empfehlung in den meisten Fällen anschließen. Die Folge wird sein, dass in einer Situation, in der dem Krankenhaus Verluste aus mangelnder Auslastung drohen, eher als sonst operiert wird.

Im Unterschied zu den im vorausgehenden Abschnitt diskutierten Verhaltensänderungen, die allein dem Versicherungsnehmer anzulasten sind, setzt die hier beschriebene Verhaltensänderung die Mitwirkung des behandelnden Arztes voraus. Die resultierende Überversorgung kann man als ein Problem mangelnder Bindungskraft eines Versicherungsvertrages deuten, bei dessen Abschluss nicht alle späteren Eventualitäten im Vorhinein vollständig bedacht und geregelt werden können. Der behandelnde Arzt nutzt in dem Beispiel die Freiheit der Therapiewahl, um Kosten auf eine dritte Partei, die Versicherung also, abzuwälzen. Wäre der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit den Folgekosten konfrontiert worden, hätte er vermutlich dafür keine Deckung gesucht.³⁴

31 Felder, Stefan, Roman Mennicken und Stefan Meyer, 2013, Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze, in: Klauer Jürgen, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem, Krankenhaus-Report 2013, Stuttgart, S. 95-109. Es gibt auch Hinweise dafür, dass Krankenhäuser auf reduzierte Preise (Basisfallwerte) mit einer Leistungsmengenausweitung reagieren: Salm, Martin und Ansgar Wübker, 2015, Do Hospitals Respond to Increasing Prices by Supplying Fewer Services? Ruhr Economic Papers #567.

32 Jürges, Hendrik und Juliane Köberlein, 2015, What Explains DRG Upcoding in Neonatology? The Roles of Financial Incentives and Infant Health, Journal of Health Economics 43, S. 13-26.

33 Meissner, Thomas, 2007, Ist bei Bandscheibenvorfall eine Op oder konservative Therapie besser? Ganz einig sind sich Kollegen nicht, Ärztezeitung vom 9. Januar.

34 Wie Kai Sülzle und Achim Wambach (2005,

Das Problem einer angebotsinduzierten Mehrnachfrage ist bei selbständig praktizierenden und abrechnenden Ärzten offenkundig, doch zeigt es sich auch in der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern. Die DRGs führen insbesondere dort zu einer Ausweitung der Nachfrage, wo in den Fallpauschalen ein hoher Anteil zur Deckung der Fixkosten enthalten ist. In diesen Fällen kann das Krankenhausmanagement durch Schwerpunktsetzung und bei der Personalauswahl Einfluss darauf nehmen, welche medizinischen Therapien verstärkt verordnet werden und damit die im Krankenhaus verfügbaren Ressourcen besser auslasten und den Deckungsbeitrag erhöhen. Darüber hinaus wird ein Krankenhaus von einem angestellten Arzt verständlicherweise auch erwarten, dass er die Notwendigkeit der Kostendeckung in seinem Handeln berücksichtigt.

Man könnte nun meinen, dass sich das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage mit medizinischen Leitlinien beheben lässt. Entsprechende Anstrengungen gibt es. So hat etwa die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie die Kampagne „Klug entscheiden“ ins Leben gerufen. Ihr Ziel ist die Erarbeitung „evidenzbasierter Empfehlungen, um eine Unter- und Überversorgung der Patienten zu vermeiden“.³⁵ Von einer Überversorgung wollen Hasenfuß et al. (2015) dann sprechen, „wenn klare wissenschaftliche Evidenz besteht, dass die diagnostischen und/oder therapeutischen

Maßnahmen nicht nutzbringend sind“.³⁶

Medizinische Leitlinien sind aber rechtlich nicht bindend. Sie haben Empfehlungscharakter und werden in Deutschland in aller Regel von den medizinischen Leistungserbringern und ihren Fachgesellschaften erstellt. Sie müssen dem jeweiligen Einzelfall angepasst werden, was naturgemäß Ermessensspielräume eröffnet.³⁷ Daher sind medizinische Leitlinien zwar notwendig, aber kaum ein geeignetes Mittel zur Eindämmung angebotsinduzierter Nachfrage, wenn die Leistungserbringer unter wirtschaftlichem Druck stehen.

Was gegen angebotsinduzierte Nachfrage im Krankenhausbereich unternommen werden kann, wird im Abschnitt 4 diskutiert. Für den Augenblick soll lediglich festgehalten werden, dass stationäre Überkapazitäten und falsch administrierte Leistungspreise mit hoher Plausibilität eine angebotsinduzierte Ausweitung der Leistungsmengen verursachen. Daher werden im Folgenden die Planung und Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland genauer betrachtet.

3.3 Krankenhausplanung in Deutschland

Anhaltspunkte für Überkapazitäten bei deutschen Krankenhausbetten liefert der OECD-Vergleich. In der Akutversorgung kommen auf 1.000 Einwohner 6,1 Betten. Über eine höhere Bettendichte verfügen nur Japan (7,9) und Korea (7,1). Der OECD-

Insurance in a Market for Credence Goods, *The Journal of Risk and Insurance* 72, 159-176) zeigen, stellen Selbstbehalte kein geeignetes Instrument dar, um die von angebotsinduzierter Nachfrage ausgehende Fehlallokation zu korrigieren.

35 Hasenfuß, Gerd, Karl Werdan, Joachim Szczesny, Karl-Heinz Kuck und Stephan Baldus, Auf dem Weg zu „klugen Entscheidungen“, *Perspektiven der Kardiologie* 2/2015, *Deutsches Ärzteblatt*, S. 4-5. Für weitere Beispiele von Überversorgung in der Kardiologie vgl. <https://www.kardiologie.org/kardiologie/auch-in-der-kardiologie-sollte-man-klug-entscheiden/10678226>

36 Als Beispiel einer nicht nutzbringenden Gesundheitsleistung nennen die Autoren die Durchführung einer Koronarintervention bei Patienten mit fehlendem Ischämie-Nachweis in Abwesenheit einer Zwei- oder Drei-Gefäß-Erkrankung mit reduzierter linksventrikulärer Funktion.

37 Torsten Nölling, 2014, Es bleibt dabei: Leitlinien sind nicht rechtlich verbindlich, *German Medical Science Mitteilungen aus der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* 11, <http://www.e-gms.de/static/pdf/journals/awmf/2014-11/awmf000295.pdf>

Schnitt liegt bei 3,7. Die Schweiz hält 3,7 Betten pro 1.000 Einwohner vor, die Niederlande 3,6 und Dänemark 2,5.³⁸

Deutschland leidet darüber hinaus an einer technologisch überholten Größenstruktur seiner stationären Einrichtungen. Die Arbeitsgruppe der Leopoldina beklagt, dass es zu viele kleine und überdies unzulänglich ausgerüstete Krankenhäuser gebe. Selbst von den 1.343 Krankenhäusern, die im Jahr 2016 in den Krankenhausbedarfsplänen der Länder gelistet waren und daher Anspruch auf steuerfinanzierte Investitionen hatten, verfügten 34 Prozent über keinen Computertomographen (CT) und 19 Prozent über kein einziges Intensivbett.³⁹ „Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 (Häuser) – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/ Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind.“⁴⁰

Das Zusammenspiel von bettenbezogenen Überkapazitäten und technologisch unzureichend ausgerüsteten Einrichtungen erklärt den scheinbar paradoxen Befund, dass es in Deutschland einerseits zu hohe und andererseits zu geringe Investitionen im Krankenhaussektor gibt. Auf der aggregierten Ebene sind es eher zu hohe Investitionen, auf der Ebene der einzelnen Einrichtung dagegen häufig zu geringe. Der Gegensatz spricht dafür, dass es an einer effizienten Steuerung des gesamten Ressourceneinsatzes fehlt.

Derartige Kritik wirft die Frage nach der Rolle der Krankenhausbedarfsplanung auf.

38 OECD Health Statistics 2017. Die Zahlen spiegeln die Verhältnisse des Jahres 2015 wider bzw. des letzten Jahres, für das Zahlen ausgewiesen werden.

39 Statistisches Bundesamt, 2017, a.a.O., Tabellen 2.8.1 und 2.11.1

40 Leopoldina, 2016, a.a.O., S. 10.

Deren Anfänge liegen in den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Die Voraussetzungen wurden mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29. Juni 1972 gelegt. Mit dem Gesetz wurde die Kapazitätssteuerung zur Aufgabe der Bundesländer erklärt.

Die Bedarfsplanung der Länder basiert auf der Hill-Burton-Formel.⁴¹ Diese wurde in den USA nach dem zweiten Weltkrieg entwickelt. Die Formel erlaubt zunächst den Bettennutzungsgrad in einer Planregion zu ermitteln. Zur Illustration seien Zahlen zum Land Niedersachsen verwandt.⁴² Die Zahl der in den dortigen Krankenhäusern 2015 stationär behandelten Patientinnen und Patienten betrug 1.694.584. Das ist die so genannte Fallzahl (FZ). Die durchschnittliche Verweildauer (VD) betrug 7,2 Tage. Das ergibt einen rechnerischen Bettenbedarf (BB) von $1.694.584 \cdot 7,2 / 365 = 33.427$. Aufgestellt waren hingegen 42.178 Betten (B_{Ist}). Daraus ergibt sich ein Bettennutzungsgrad (BNG) von $33.427 / 42.178 = 79,3$ Prozent.

Im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung nach Hill und Burton wird die Gleichung

$$B_{Ist} \cdot BNG = BB = FZ \cdot VD / 365$$

um die Einwohnerzahl (EW) einer Planregion erweitert und umgestellt:

$$B_{Ist} = EW \cdot \frac{FZ}{EW} \cdot \frac{VD}{365} \cdot \frac{1}{BNG}$$

41 Reifferscheid, Antonius, Dominik Thomas, Natalie Pomorin und Jürgen Wasem, Strukturwandel in der stationären Versorgung, in: Krankenhaus-Report 2015, a.a.O., S. 3-12; Knieps, Franz und Hartmut Reiners, 2015, Gesundheitsreformen in Deutschland – Geschichte - Intentionen,- Kontroversen, Hogrefe. In jüngerer Zeit sind alternative bzw. ergänzende Methoden in der Bettenbedarfsermittlung entwickelt worden, die sich mehr oder weniger erfolgreich in der Krankenhausplanung durchgesetzt haben. Vgl. dazu Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2017, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Abschnitt 3.1.1.

42 Die Zahlen wurden entnommen dem Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, 2016, Landesamt für Statistik Niedersachsen.

Schließlich werden die Brüche auf der rechten Seite der Gleichung durch Ist-Zahlen ersetzt und für die Berechnung des zukünftigen Bedarfs als konstant betrachtet. Wenn sich die Einwohnerzahl dann erhöht, wird daraus ein steigender Bettenbedarf abgeleitet.

Kritikwürdig ist, dass bei dieser Herleitung Ist-Zahlen als Soll-Zahlen uminterpretiert werden. Aus einer höheren Bettenkapazität wird ein höherer Bedarf abgeleitet. Ignoriert wird, dass eine steigende Einwohnerzahl a) durch eine bessere Bettennutzung aufgefangen werden könnte, b) durch eine Verkürzung der Verweildauer oder auch c) durch eine Verringerung der Fallzahlenquote. Ferner wird eine Kausalität unterstellt, die sich in dieser Form empirisch nicht bestätigen lässt. Unterstellt wird, dass ein Zuwachs bei den Einwohnern automatisch einen Zuwachs bei den Behandlungsfällen verursacht, der wiederum einen höheren Bettenbedarf begründet. Empirisch gibt es dagegen Evidenz für die umgekehrte Kausalität. Und zwar scheint die Menge der Krankenhausleistungen mit der Versorgungskapazität zuzunehmen. Auf einen solchen Zusammenhang machten erstmals Shain und Roemer 1959 aufmerksam.⁴³ Sie zeigten, dass zwischen den Krankenhausbehandlungstagen und dem Angebot an Krankenhausbetten ein statistischer Zusammenhang besteht. Auf Grund weiterer Beobachtungen formulierte Roemer in einer Folgearbeit aus 1961 die These:⁴⁴ „A built bed is a filled bed.“ In der Literatur spricht man von Roemer's Law. Es bedeutet praktisch, dass jedes neu aufgestellte Krankenhausbett auch belegt wird.

Roemer's Law ist in vielen Folgearbeiten erhärtet worden. In einer Studie aus 2006 konnte Kopetsch zeigen, dass „Roemer's Law

auch in Deutschland gilt“.⁴⁵ Der Autor interpretiert den Befund als Hinweis auf die Existenz angebotsinduzierter Nachfrage. Alternative Erklärungen für den Korrelationszusammenhang zwischen Kapazitäten und Leistungsmengen verwirft er dagegen. Insbesondere könne man die beobachtete Korrelation nicht mit dem Umstand erklären, dass der Bau zusätzlicher Krankenhausbetten einem festgestellten medizinischen Bedarf folgt. Auch lasse sich ausschließen, dass der Befund durch die Befriedigung eines permanenten Nachfrageüberhangs getrieben werde. Er schließt mit der Feststellung: „Eine Bettenreduktion würde ... in Deutschland zu sinkenden Gesundheitskosten führen, ohne dass notwendige medizinische Behandlungen unterblieben.“⁴⁶

3.4 Krankenhausfinanzierung in Deutschland

Krankenhäuser finanzierten sich in Deutschland ursprünglich ausschließlich über Pflegesätze, die von den Krankenkassen für die Unterbringung und die Behandlung der Versicherten zu entrichten waren.⁴⁷ Diese „monistisch“ genannte Finanzierung wurde 1972 durch die „duale“ abgelöst, die noch heute Bestand hat. Grund des Wechsels war ein erheblicher Investitionsstau im Krankenhaussektor. Dieser sollte durch Übergang zu der dualen Finanzierung behoben werden, die sich dadurch auszeichnet, dass die Krankenkassen für die laufenden

⁴⁵ Kopetsch, Thomas, 2006, Gilt Roemer's Law auch in Deutschland? *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 226, S. 1-24.

⁴⁶ Ebenda, S. 22. Dabei mag die Frage hintangestellt bleiben, wie sich die Leistungsmengenentwicklung am besten erklären lässt, ob wirklich durch aufgestellte Betten oder möglicherweise eher durch andere Kapazitätsmaße wie etwa die Zahl der Ärzte oder die Personalkosten.

⁴⁷ Reifferscheid et al., 2015, Strukturwandel in der stationären Versorgung, a.a.O.

⁴³ Shain, Max und Milton I. Roemer, 1959, *Hospital Costs Relate to the Supply of Beds, Modern Hospital* 92, S. 71-73.

⁴⁴ Roemer, Milton I., 1961, *Bed Supply and Utilization: A Natural Experiment, Hospital* 35, S. 36-42.

Betriebskosten der Krankenhäuser zuständig sind und die Bundesländer für die Krankenhausinvestitionen.

Die Kalkulation der Pflegesätze ist im Zeitverlauf verschiedentlich verändert worden.⁴⁸ 1974 wurde zunächst ein System eingeführt, das auf allgemeinen Pflegesätzen ohne Unterscheidung nach Abteilungen basierte. Es gab einen Gewinn- und Verlustausgleich, der dafür sorgte, dass jedes Krankenhaus seine notwendigen Kosten rückwirkend decken konnte. 1985 ging man zu Pflegesätzen über, die zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen prospektiv zu vereinbaren waren. Die Finanzierung sollte sich also verstärkt an den im Voraus kalkulierten (Plan-) Kosten orientieren. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands kam es 1992 zu einer umfassenden Gesundheitsreform. Zu den Änderungen zählten die Budgetierung der Leistungsausgaben und Verwaltungskosten, die Einführung der freien Krankenkassenwahl, ein Risikostrukturausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen, eine Förderung von ambulanten Operationen sowie die Einführung eines neuen Entgeltsystems für Krankenhäuser. Die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip wurde vollzogen. Fallpauschalen für Behandlungen und Sondertgelte für Operationen wurden als neue Entgeltformen eingeführt. Ferner wurde ein individuelles Krankenhausbudget eingeführt, das mit Hilfe von Abteilungs- und Basispflegesätzen (Entgelte für ärztliche und pflegerische Tätigkeiten) abgerechnet wurde. Diagnosebezogene Fallpauschalen (DRGs) waren ab 2003 freiwillig anwendbar und ab 2004 verpflichtend. Jede DRG ist mit einem sogenannten Kostengewicht unterlegt. Dieses bildet den durchschnittlichen Ressourcenaufwand auf Grund der Fall schwere ab.

Fallpauschalen haben den Vorteil, dass

⁴⁸ Vgl. Gerlinger, Thomas und Wolfram Burkhardt, 2012, Gesundheitspolitik - Finanzierung und Vergütung, Bundeszentrale für politische Bildung.

sie im Behandlungsfall wünschenswerte Anreize setzen, mit Ressourcen schonend umzugehen. Es werden nicht die Ist-Kosten erstattet, sondern nur die Soll- bzw. Normkosten. Es gibt aber auch Nachteile. Die Monopolkommission moniert die rein kostenorientierte Ermittlung bzw. die mangelnde Berücksichtigung der Nachfrage nach stationärer Behandlung, wie sie sich in der Zahlungsbereitschaft der Versicherten ausdrückt. Auch sieht die Monopolkommission die Gefahr, dass den Krankenhäusern Anreize gegeben werden, Patientenselektion zu betreiben.⁴⁹ Ein weiterer Nachteil rührt daher, dass Fallpauschalen nicht nur variable, sondern auch zurechenbare, aber fixe Betriebskosten abgelten. In dem Maße wie diese die variablen Kosten übersteigen, generieren sie mit jeder zusätzlichen, normal verlaufenden Behandlung einen positiven Deckungsbeitrag. Das schafft in einer Situation, in der ein Krankenhaus zusätzliche Einnahmen sucht, einen Anreiz zur Mengenausweitung. Dieser Anreiz steigt gar noch, wenn Investitionspauschalen in die Fallpauschalen integriert werden, wie das in England seit 2004 und in Frankreich seit 2008 geschieht und wie es gelegentlich für Deutschland gefordert wird.⁵⁰ Die Differenz zwischen Durchschnittserlösen und Grenzkosten ist nach Integration der Investitionspauschalen höher als davor. Das zeigt, dass es problematisch sein kann, Fragen der reinen Leistungsvergütung losgelöst von solchen der Mengensteuerung zu regeln.

Mit dem Wechsel zur dualen Finanzierung war die Erwartung verbunden, dass die Länder alle notwendigen Mittel für Krankenhausinvestitionen in ihrem Zuständigkeitsbereich bereitstellen. Diese Erwartung hat sich indessen nicht erfüllt. Das Fördervolumen

⁴⁹ Monopolkommission, 2008, a.a.O., Abschn. 3.1.2.

⁵⁰ Geissler, Alexander und Reinhard Busse, Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich, in: Krankenhaus-Report 2015, a.a.O., S. 13-22.

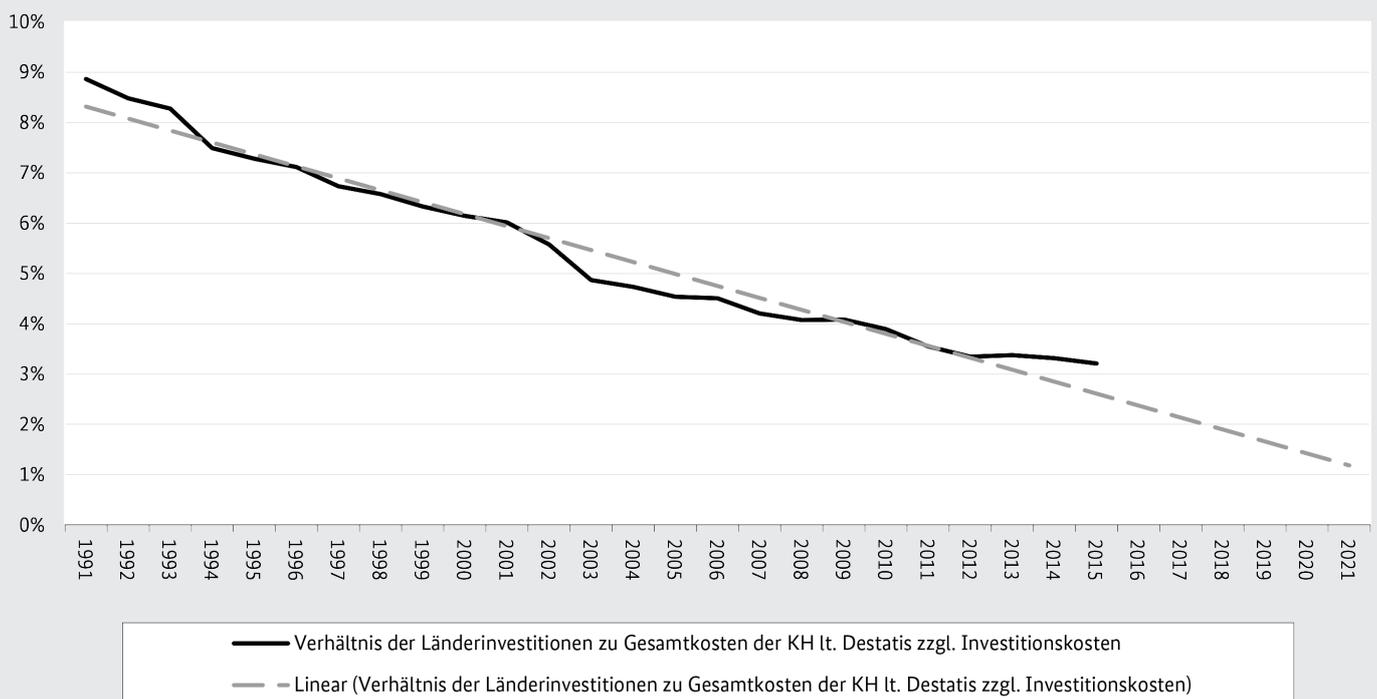
wurde nicht nachhaltig erhöht; es ist vielmehr im stationären Sektor inflationsbereinigt seit 1991 um über 50 Prozent zurückgegangen.⁵¹ Das Verhältnis des Fördervolumens der Länder zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser ist im Zeitraum 1991 bis 2015 relativ stetig von 8,9 Prozent auf 3,2 Prozent und

damit auf ca. 36 Prozent des Ausgangsverhältnisses zurückgegangen (Abbildung 3). Daran hat auch die Einführung der Investitionspauschalen nichts geändert, die die Länder seit 2012 aus ihren Haushalten leistungsorientiert an Plankrankenhäuser zahlen können.⁵²

51 Reifferscheid et al., 2015, Strukturwandel in der stationären Versorgung, a.a.O.

52 Die gesetzliche Grundlage wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 gelegt. Vgl. etwa Geissler et al., a.a.O., S. 20.

Abbildung 3: Rückläufige Investitionsquoten der Länder⁵³



53 Für die Zurverfügungstellung der Abbildung ist Wulf-Dietrich Leber zu danken. Die Abbildung stellt die aktualisierte Fassung einer früheren dar, die auf dem 6. Nationalen DRG-Forum 2007

präsentiert wurde: Leber, Wulf-Dietrich, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff, 2007, Elektiv wird selektiv, Vortragsfolien.

Über die sachgerechte Interpretation der rückläufigen Investitionsquoten gibt es in dessen unterschiedliche Auffassungen. So beklagt die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Unterfinanzierung. Die Versorgungssicherheit der Bürger sei in Gefahr. Die Tatsache, dass sich mindestens 40 Prozent der Krankenhäuser nicht kostendeckend finanzieren könnten, belege den dringenden Korrekturbedarf in der Krankenhausfinanzierung. Demgegenüber betont der GKV-Spitzenverband die Existenz von Überkapazitäten. Er erklärt die Defizite einzelner Krankenhäuser mit unterlassenen Strukturreformen.⁵⁴ Beide Seiten beziehen sich in ihren Feststellungen auf den Krankenhaus Rating Report, den das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) jährlich erstellt.

⁵⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2015, Kommentierung der GKV-Darstellung „Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser“ vom Juli 2015; GKV-Spitzenverband, 2015, Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser.

3.5 Die Zuständigkeit der Länder

Für die Planung und die Finanzierung von Krankenhauskapazitäten sind in Deutschland die Länder zuständig. Für eine stationäre Kapazitätssteuerung auf Länder- oder regionaler Ebene sprechen ökonomisch gesehen Argumente, die auch sonst gegen Zentralismus vorgebracht werden. So gilt eine zentrale Planung als innovationsfeindlich. Auch tut sie sich erfahrungsgemäß schwer, lokalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Eine dezentrale Ressourcensteuerung ermöglicht dagegen eine bessere Anpassung von politischen Entscheidungen an regional unterschiedliche Präferenzen und Erfordernisse, was voneinander abweichende Entwicklungen begünstigt, von denen wettbewerbliche Impulse ausgehen können.⁵⁵

Tatsächlich bestehen in der deutschen Versorgungslandschaft Unterschiede, die allerdings beachtlich sind. So differierte die Zahl der stationären Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner im Jahr 2012 zwischen 18.162 in Baden-Württemberg und 26.121 in Sachsen-Anhalt.⁵⁶ Die Interpretation solcher Unterschiede ist indessen nicht klar.⁵⁷ Ursachen könnten in regional variierenden Patientenmerkmalen liegen oder auch in einer Tendenz zur Inanspruchnahme von Be-

handlungsleistungen jenseits der Grenze des eigenen Bundeslandes. In jedem Fall wäre es zu kurz gegriffen, wenn man solche Divergenzen als Anhaltspunkte für eine Überversorgung in Sachsen-Anhalt und eine Unterversorgung in Baden-Württemberg interpretierte.

Gegen eine regionale Steuerung von Krankenhauskapazitäten spricht vor allem die Gefahr, dass Aufgaben von übergeordnetem Interesse nicht ausreichend wahrgenommen und nicht alle Vorteile einer länderübergreifenden Kooperation ausgeschöpft werden. Diese Gefahr betrifft insbesondere die Spezial- und Notfallversorgung.

Deutschland ist indessen nicht das einzige Land, das auf eine gesamtstaatliche Kapazitätssteuerung verzichtet. Andere Beispiele sind Finnland und die Niederlande. In Finnland planen die Kommunen in eigener Verantwortung, und in den Niederlanden planen die Krankenhäuser, von wenigen spezialisierten Leistungen abgesehen. Die Zentralregierung beschränkt sich auf Interventionen, wenn der Zugang zur Versorgung bedroht ist. In England, Frankreich und Italien ist die strategische Planung der nationalen Ebene übertragen.⁵⁸ Konkrete, operative Entscheidungen, die die Verteilung und Größe von Einrichtungen, deren Ausstattungen und Budgets betreffen, werden dagegen regional oder gar lokal getroffen.

Eine effizienzorientierte Politik kann von staatlichen Einrichtungen nur dann erwartet werden, wenn diese Anreize haben, alle Kosten und Erträge ihrer Entscheidungen umfassend zu berücksichtigen. Solche Voraussetzungen dürften bei einer Zentralregierung grundsätzlich eher vorliegen als bei Regierungen regionaler Gebietskörperschaften. Letztere stehen immer in der Versuchung, Kosten zu externalisieren und externe Erträge nicht zu internalisieren – wenn auch nicht unbedingt geplant und

55 Als Beispiel für eine zukunftsweisende Innovation auf regionaler Basis gilt das Netzwerk „Gesundes Kinzigtal“. S. <https://www.gesundes-kinzigtal.de/gesund-es-kinzigtal-im-ueberblick/>

56 Spindler, Jutta, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz, in: Krankenhaus-Report 2015, Jürgen Klauber et al., Hrsg., a.a.O., S. 389-421.

57 Folgt man Salm et al., lässt sich die regionale Variation weitgehend mit Patientenmerkmalen erklären. Die Autoren schließen damit eine Erklärung aus, die sich auf eine angebotsorientierte Variation in der ambulanten Versorgung stützt. Salm, Martin und Ansgar Wübker, 2017, Causes of Regional Variation in Healthcare Utilization in Germany, Ruhr Economic Papers, #675.

58 Geissler et al., a.a.O.

bewusst, so doch als Ergebnis wirtschaftlicher Zwänge und verzerrter Anreize.

Und in der Tat dürfte die politische Fehlsteuerung von Krankenhauskapazitäten in Deutschland maßgeblich auf verzerrte Anreize der Landespolitik zurückzuführen sein. Der wesentliche Verzerrungsgrund ist darin zu sehen, dass die duale Finanzierung der Kosten eines Krankenhauses Möglichkeiten zur Abwälzung von Kosten auf die Bürger jenseits der eigenen Landesgrenzen schafft. Die Betriebskosten müssen nicht allein in dem Land getragen werden, dessen Bürger ganz überwiegend den Nutzen aus der Einrichtung ziehen. Vielmehr sind Kostenträger die Krankenversicherungen, die häufig überregional aufgestellt sind. Die Existenz von Versicherungsnehmern außerhalb des betroffenen Bundeslandes macht es diesem möglich, Versorgungskosten zu externalisieren. Ein Landespolitiker wird bei einem Krankenhaus die Interessen der örtlichen Bevölkerung im Blick haben. Die Einrichtung steigert die medizinische Versorgung und schafft Arbeitsplätze. Die laufenden Betriebskosten sind dagegen von den Krankenversicherungen zu tragen, die diese in aller Regel deutschlandweit aufbringen. Allenfalls die Investitionen belasten den Landeshaushalt. Und selbst diese lassen sich externalisieren. Wie zuvor erläutert kann die Politik darauf bauen, dass die Einrichtungen fehlende Investitionsmittel dadurch aufbringen, dass sie Leistungsmengen über das medizinisch indizierte Maß hinaus ausweiten und dadurch zusätzliche Deckungsbeiträge generieren. Die kapazitative Überversorgung ist also im System angelegt. Finanziert wird die Überversorgung durch die Krankenversicherungen, die bisher kaum Möglichkeiten haben, auf Fehlentwicklungen korrigierend einzuwirken. Sie sind zu einer passiven Rolle verurteilt.⁵⁹

Dabei darf man von bundesweit tätigen Krankenversicherungen grundsätzlich eher die Wahrung von Versicherteninteressen erwarten als von Landespolitikern oder von medizinischen Leistungserbringern. Dieses Erkenntnis schlägt sich in der noch zu diskutierenden Forderung des Beirats nieder, den Krankenversicherungen mehr Autonomie und vor allem das Recht zum selektiven Kontrahieren mit den Leistungserbringern zu gewähren.⁶⁰

⁵⁹ Nach § 30 Abs. 1 SGB IV dürfen die Versicherungsträger nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen

Aufgaben führen.

⁶⁰ Monopolkommission, 2008, a.a.O.; Felder et al., 2012, a.a.O.; Neubauer et al., a.a.O.

4. Reformoptionen

Als die wesentlichen Ursachen für eine Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern müssen gelten: eine zu wenig durchdachte Krankenhausbedarfsplanung und eine unzureichende Investitionsfinanzierung seitens der Länder zusammen mit einer mangelhaften Steuerung der Leistungsmengen. All diese Mängel wurden schon häufiger benannt und beklagt, ohne dass sie aber wirksam beseitigt worden wären. Den aktuellen Stand der politischen Problembehandlung spiegelt das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 1. Januar 2016 wider.

4.1 Der Stand der Reformen nach dem Krankenhausstrukturgesetz

Das KHSG verfolgt mehrere Ziele,⁶¹ von denen für das Gutachten die folgenden drei von Bedeutung sind: a) die Steigerung der

Versorgungsqualität, b) die Optimierung der Versorgungsstrukturen und insbesondere c) die Beschränkung des Leistungsmengenzuwachses.

Der Steigerung der Versorgungsqualität lassen sich drei Einzelmaßnahmen zuordnen. Die erste zielt auf eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung. Für außerordentlich gute Qualität gibt es zukünftig Zuschläge auf die Leistungsvergütungen, bei Qualitätsmängeln allerdings auch Abschläge. Die zweite Maßnahme dient der rechtlichen Absicherung der Mindestmengenregelung. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass operative Eingriffe umso erfolgreicher und komplikationsfreier verlaufen, je öfter sie in einer Einrichtung praktiziert werden.⁶² Daher wird von den Krankenhäusern die Erbringung von Mindestmengen verlangt, wenn Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden sol-

⁶¹ Augurzky, Krankenhausversorgung nach dem KHSG, a.a.O., S. 4. Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHSG, a.a.O.

⁶² Siehe dazu Mansky, Thomas, Dagmar Drogan, Ulrike Nimptsch und Christian Günster, 2017, Eckdaten stationärer Versorgungsstrukturen für ausgewählte Krankheitsbilder in Deutschland, in: Dormann, Franz und Jürgen Klauber, Qualitätsmonitor 2017, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S: 165-215.

len. Das KHSg sieht nun eine Regelung vor, die sicherstellen soll, dass Mindestmengen auch tatsächlich erreicht werden. Die dritte Maßnahme, die auch der Qualitätssicherung dient, betrifft die Konkretisierung der Regelungen, unter denen GKV-Patienten vor bestimmten medizinischen Eingriffen einen Rechtsanspruch auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung haben. Dieses Recht besteht seit Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) im Juli 2015 und betrifft planbare Eingriffe, bei denen wegen der zahlenmäßigen Entwicklung ihrer Durchführung „die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen“ ist.⁶³

Von diesen drei Einzelmaßnahmen, die alle auf eine Steigerung der Versorgungsqualität zielen, wird man unter dem Aspekt der Vermeidung von Über- und Fehlversorgung allein die Festigung der Mindestmengenregelung vorbehaltlos begrüßen. Zwar kann man einwenden, dass Mindestmengen nicht wettbewerbsneutral wirken und etablierte Einrichtungen gegenüber neu auftretende Wettbewerber bevorteilen; man muss aber anerkennen, dass die Regelung der Qualität der Versorgung dient und einer Überversorgung durch Erschwerung von Marktzutritt auch entgegenwirken kann. Ob qualitätsorientierte Zu- und Abschläge auf Leistungsvergütungen eine dämpfende Wirkung auf die Tendenz zur Überversorgung haben, ist dagegen nicht klar und wird sich erst noch zeigen müssen. Viel hängt von der praktischen Umsetzung ab.

Auch sollte man sich von der Festigung des Rechtsanspruchs auf die Einholung einer Zweitmeinung bei medizinischen Eingriffen nicht allzu viel versprechen. Zwar stärkt der Rechtsanspruch die Verhandlungsposition der Patienten gegenüber den Leistungserbringern. Eine die Über- und Fehlversorgung dämpfende Wirkung wird man nur dann erwarten dürfen, wenn der

Patient die Zweitmeinung tatsächlich sucht und diese von einem unabhängigen und gut informierten Experten stammt. Zwischen den beiden Anforderungen besteht eine gewisse Spannung. Den unabhängigen Experten wird der Patient im Normalfall nicht persönlich kennen, was die Bildung von Vertrauen in die Beratung erschwert. Vertrauen wird man eher im Verhältnis zum Hausarzt unterstellen dürfen, der allerdings nur in Ausnahmefällen als unabhängiger Experte gelten kann. Von daher wird die Praxis zeigen müssen, ob der Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung Über- und Fehlversorgung in einem Maße dämpft, dass die damit einhergehenden zusätzlichen Diagnose- und Beratungskosten gerechtfertigt sind.

Zur Optimierung der Versorgungsstrukturen sieht das KHSg die Einrichtung eines so genannten Strukturfonds vor. Zwar wird das Problem der Überkapazitäten und deren Abbau durch Umwandlung von Krankenhäusern in nichtstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z.B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) in der Gesetzesbegründung explizit angesprochen,⁶⁴ durchgreifende Strukturänderungen sollte man indessen nicht erwarten. Dafür sind allein schon die zur Verfügung gestellten Fondsmittel von einer Mrd. Euro zu gering. Sie machen nur wenig mehr als ein Prozent der vom Krankenhausbetrieb 2015 verursachten Gesamtkosten von 84,2 Mrd. Euro aus.

Auf die Beschränkung des Leistungsmengenzuwachses zielen zwei Maßnahmen. Erstens wird den Vertragsparteien im KHSg aufgetragen, „die Bewertung von voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen“.⁶⁵ Zweitens wird die Mengensteuerung von

⁶³ §27b SGB V

⁶⁴ Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHSg, a.a.O., S. 4.

⁶⁵ Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHSg, a.a.O., S. 3.

der Landes- auf die Krankenhausebene verlagert. Mengenbezogene Kostenvorteile von Mehrleistungen werden zukünftig allein bei den Budgetverhandlungen des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt und durch einen so genannten Fixkostendegressionsabschlag abgeschöpft.

Die erhofften mengendämpfenden Wirkungen dieser beiden Maßnahmen sind fraglich. Zwar wird die Absenkung der Leistungsvergütung das Mengenwachstum bei gewinnorientierten Krankenhäusern dämpfen, bei Einrichtungen, von denen lediglich die Deckung ihrer Kosten verlangt wird, muss dagegen eher mit der gegenteiligen Wirkung gerechnet werden. Schon die im Jahr 2009 eingeführten Abschläge auf die Versorgungspauschalen bei Überschreiten bestimmter Leistungsmengen haben das Mengenwachstum nicht substanziell bremsen können. Es könnte sogar sein, dass die Mehrleistungsabschläge das Mengenwachstum eher noch beschleunigt haben. Wie schon zuvor ausgeführt, muss man die Gefahr sehen, dass ein Krankenhaus, das im Bereich nicht ausgeschöpfter Größensparnisse wirtschaftet und wegen andauernder Verluste in seiner Existenz bedroht ist, verstärkt nach Deckungsbeiträgen sucht. Wenn diese durch Abschläge gemindert werden, bleibt oft nur noch die Flucht in die Menge.⁶⁶

Die Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene stellt ein ordnungspolitisch bedeutsames Signal dar. Man kann sie als eine vorsichtige Abkehr von der Landesplanung und Hinwendung zu einer Steuerung durch Marktkräfte interpretieren. Hinsichtlich der Eindämmung von Überversorgung sollte man sich von den Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern indessen nicht allzu viel versprechen. Erstens können die gesetzlichen Krankenversicherungen – anders als die gesetzliche Un-

fallversicherung – bei einem Krankenhaus die Kostenübernahme derzeit nicht verweigern. Sie sind vielmehr gesetzlich verpflichtet, mit allen Plankrankenhäusern Leistungsverträge abzuschließen (§ 108 SGB V). Zweitens sind die Mengenvereinbarungen von allen Krankenkassen zu übernehmen. Beides schwächt das Interesse der Kassen an harten Auseinandersetzungen. Hinzukommt, dass die Budgetverhandlungen typischerweise spät im Jahr stattfinden. Es gibt dann eine Neigung, unterjährig gestiegene Leistungsmengen abzusegnen und für das kommende Jahr fortzuschreiben. Ein wirksames Instrument zur Begrenzung der beobachtbaren Mengenausweitung stellen die Budgetverhandlungen derzeit jedenfalls nicht dar.

Insgesamt gesehen muss man dem KHSG entgegenhalten, dass der wirtschaftliche Druck, den unzureichend ausfinanzierte Investitionen bei überdimensionierten Kapazitäten auf die Krankenhäuser ausüben, nicht ursachengerecht bekämpft wird. Die Länder, die den beklagenswerten Zustand zu verantworten haben, verpflichten sich lediglich in der Gesetzesbegründung, die Investitionskosten für die von der Planung umfassten Krankenhauskapazitäten in notwendigem Umfang zu finanzieren. Eine Selbstverpflichtung begründet indessen keinen rechtlichen Anspruch, und unter budgetären Zwängen wird sie kaum durchzuhalten sein. Die beschriebenen Anreize zur Kostenexternalisierung bleiben mithin unvermindert bestehen.

4.2 Unzulängliche Reformüberlegungen

In der Literatur gibt es eine Reihe von Vorschlägen zur Reform der stationären Krankenversorgung in Deutschland. Nachfolgend seien einige vorgestellt und ihre Vor- und Nachteile kurz diskutiert.

⁶⁶ Salm et al., 2015, a.a.O.

Der Tradition der deutschen Sozialversicherung entspräche es, die nach dem Gesetz zuständigen Einrichtungen der Selbstverwaltung zu gemeinsamem Handeln anzuhalten. Angesprochen wären damit u.a. der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, deren Einzelverbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen. Tatsächlich haben diese Einrichtungen die beklagte Fehlsteuerung der Ressourcen im Krankenhauswesen nicht verhindert. Henke und Göppfarth halten auch den Ansatz für verfehlt, Leistungserbringer und Regulierungsbehörden um einen runden Tisch zu versammeln und sie als politisch gleichberechtigte Akteure zu behandeln.⁶⁷ Die Regulierungsbehörden könnten nicht vermeiden, zu Gefangenen der Produzenteninteressen zu werden. Schließlich wären sie auf die Lieferung entscheidungsrelevanter Informationen angewiesen. Ohne klar geregelte Verantwortlichkeiten seien kein Fortschritt und keine Überwindung der versorgungsstrukturellen Defizite zu erwarten.

Der für die Gesundheitspolitik letztlich verantwortliche Gesetzgeber hat auf die starke Zunahme der Krankenhausleistungen 2009 mit der Einführung so genannter Mehrleistungsabschlüsse reagiert. Das Mengenwachstum ist dennoch weitergegangen, was allerdings nicht überraschen kann. Bei Überkapazitäten lassen sich Leistungsmengen mit Vergütungsanreizen nicht zielsicher steuern, allenfalls bei gewinnorientierten Anbietern. Bei nach Kostendeckung strebenden, nicht ausgelasteten Einrichtungen, zu denen die Mehrzahl der deutschen Krankenhäuser zählt, muss eher – wie ausführlich begründet wurde – mit Anomalien

im Angebotsverhalten gerechnet werden. Da hilft dann bei den Abschlüssen auch keine Optimierung der Mengenabhängigkeit. Man müsste schon Größensparnisse sehr genau abschöpfen. Das ist aber mit bürokratischer Planung nicht zu leisten. Dem Einzelfall kann mit Gesetzen und Verordnungen nur unzureichend Rechnung getragen werden.

Entsprechende Erkenntnisse mögen der Grund gewesen sein, weshalb das KHSG die Leistungsmengensteuerung zum Gegenstand von Verhandlungen gemacht hat. Allerdings wurde bereits oben moniert, dass das KHSG die Krankenversicherungen zwingt, mit den Krankenhäusern auf kollektiver Basis gemeinsam und einheitlich zu verhandeln. Zwar spricht aus Sicht des einzelnen Akteurs der geringere Aufwand für ein gemeinsames Verhandeln, es besteht aber die Gefahr, dass die Ergebnisverantwortlichkeit verwässert wird. So ist ein hartes Verhandeln, das insbesondere auch die Möglichkeit der Schließung ganzer Einrichtungen einbezieht, nicht zu erwarten.

Ein Vorschlag, das Aushandeln von Leistungsmengen dem Markt zu überlassen, stammt von Koch und Mohrmann und wird von Felder et al. (2012) unter dem Begriff des Zertifikatehandels unterstützend diskutiert.⁶⁸ Die Idee besteht darin, jedem Krankenhaus für jeden Case Mix-Punkt (CMP), den es in einem festzulegenden Ausgangsjahr abgerechnet hat, ein Zertifikat gutzuschreiben.⁶⁹ Dieses Zertifikat würde nach dem Vorschlag für alle Nachfolgejahre zur

67 Henke, Klaus-Dirk und Dirk Göppfarth, 2010, Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung, in: Hentze, Joachim und Erich Kehres, Hrsg.), Krankenhaus-Controlling-- Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, Stuttgart, 4. Auflage, S. 35-52

68 Koch, V. und M. Mohrmann, 2012, Rechtehandel für Krankenhausmehrmengen, unveröffentlicht; zitiert nach Felder et al., 2012, a.a.O. Etwas weniger weitreichend ist der Vorschlag von Leber et al., lediglich elektive Krankenhausleistungen zum Handel zuzulassen. Preise und Mengen würden nach diesem Vorschlag freigegeben und in jeweiligen Ausschreibungsverfahren ermittelt. Siehe Leber et al., 2007, a.a.O.

69 Der Case Mix Index stellt ein Maß für den relativen ökonomischen Ressourcenaufwand aller behandelten Krankheitsfälle dar. Vgl. Wikipedia, https://de.wikipedia.org/wiki/Case_Mix_Index. Abfrage am 6. März 2017.

Abrechnung eines CMP zum Landesbasisfallwert gegenüber den Krankenversicherungen berechtigen. Krankenhäuser, die ihre Leistungsmenge ausweiten wollen, müssten zuvor Zertifikate von solchen Krankenhäusern erwerben, die Leistungseinschränkungen planen. Diese Grundidee lässt sich variieren, um dem medizinischen Fortschritt und dem demografischen Wandel Rechnung zu tragen.

Ein solcher Zertifikatehandel würde die Ressourcensteuerung sicherlich verbessern. Man könnte erwarten, dass diejenigen Krankenhäuser Zertifikate anbieten, bei denen die Deckungsbeiträge zusätzlicher Leistungsmengen gering sind, was bei fest vorgegebenen Versorgungspauschalen dann der Fall ist, wenn die variablen Kosten hoch sind. Umgekehrt dürften diejenigen Krankenhäuser Zertifikate nachfragen, die mit hohen Deckungsbeiträgen bzw. geringen variablen Kosten rechnen. Das würde die Kosteneffizienz steigern. Felder et al. (2012) betonen auch Anreize für eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser. Der Vorschlag hat aber auch den Nachteil, dass er die globale Leistungsmenge weiterhin als eine politisch zu steuernde Größe betrachtet. Er zielt lediglich darauf ab, diese Menge zu möglichst geringen Kosten bereitzustellen. Der Abbau von Über- und Fehlversorgung bleibt dagegen weiterhin Aufgabe der Politik, die die Versorgungsprobleme aber gerade nicht verhindert hat.⁷⁰

Seit Jahren steht die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen in der Kritik.⁷¹ Die Einführung von Investitionspauscha-

len, die die Länder seit 2012 an ihre Krankenhäuser leistungsorientiert zahlen können, hatte eigentlich nachhaltige Besserung bringen sollen. Die Reform entsprach weitgehend Empfehlungen von Rürup und IGES (2008).⁷² Sie sollte einen Schritt in Richtung monistischer Finanzierung darstellen, bei der die Bundesländer nicht aus ihrer Verantwortung für die Investitionsfinanzierung entlassen werden. Rürup und IGES empfehlen zu diesem Zweck eine Ergänzung der von den Krankenversicherungen diagnosebezogen zu zahlenden Fallpauschalen um von den Ländern zu zahlende Investitionspauschalen. Da die Reform die Mängel bei der Investitionsfinanzierung nicht wirksam behoben hat, wird gelegentlich auch eine Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems in Richtung einer echten Monistik gefordert, bei der sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten von den Krankenversicherungen zu übernehmen wären.⁷³ Wie noch später begründet wird, darf man von einer echten monistischen Finanzierung durchaus eine Verbesserung der Investitionsfinanzierung erwarten. Allerdings gilt es zu verhindern, dass Tendenzen zur Überversorgung verstärkt werden. Schließlich dürften die Anreize für eine Überversorgung bei eigennützig wirtschaftenden Krankenhäusern zunehmen, wenn der Erlös pro Behandlungsfall steigt. Insofern ist es wichtig, bei einer Reform der Investitionsfinanzierung die Wirkungen auf die Leistungsmengen zu berücksichtigen.

⁷⁰ Die Probleme, die eine politische Steuerung von Globalmengen mit sich bringt, kann man auch am europäischen Zertifikatehandel für CO₂-Emissionen studieren.

⁷¹ Augurzky, Boris, Andreas Beivers, Niels Straub und Caroline Veltkamp, 2014, Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung, Vorläufiger Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek), RWI, Essen; Reifferscheid et al., 2015, Strukturwandel in der stationären Versorgung, a.a.O.

⁷² Rürup, Bert und IGES, 2008, Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Vgl. auch die kritische Diskussion von Bataille, Marc und Michael Coenen, 2009, Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht? Wirtschaftsdienst, Heft 2, S. 119-127.

⁷³ Monopolkommission, 2008, a.a.O., Tz. 877; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2012/2013, a.a.O., Tz 635; Neubauer et al., a.a.O., S. 184.

4.3 Selektivvertragliches Versorgungsmanage- ment in der GKV

Die Idee des Versorgungsmanagements hat ihre Ursprünge in den USA.⁷⁴ Unter den Begriff der Managed (Health) Care fasst man dort eine selektivvertraglich geregelte Zusammenarbeit von Versicherungsnehmern, Versicherungsgebern und medizinischen Leistungserbringern, die darauf zielt, eine medizinisch hochwertige Versorgung möglichst kostengünstig zu ermöglichen. Laut Amelung et al. (2004) ist Managed Care „das dominante Schlagwort in der internationalen Diskussion über Reformen im Gesundheitswesen“.⁷⁵

4.3.1 Versorgungsmanagement als Konzept

Versorgungsmanagement im Sinne dieses Gutachtens entspricht konzeptionell dem aus den USA bekannten Preferred Provider-Modell. Der Begriff darf trotz gewisser Überschneidungen nicht mit der in Deutschland eingeführten integrierten Versorgung verwechselt werden. Mit letzterer werden sektoren- und fachübergreifende Versorgungsformen bezeichnet. Unter dem Titel der Besonderen Versorgung gibt § 140a SGB V Leistungserbringern und Krankenkassen das Recht, ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen.⁷⁶

⁷⁴ Sekhri, Neelam K., 2000, Managed care: the US experience, Bulletin of the World Health Organization 78, S. 830-844.

⁷⁵ Amelung Volker E. und Harald Schumacher, 2004, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Springer Gabler, Klappentext; <http://www.springer.com/de/book/9783322931542>.

⁷⁶ Für eine ökonomische Analyse vgl. Anja Behrens-Potratz, Jasmin Schmutz und Julia Ulbrich, 2016, Integrierte Versorgung – Untersuchung der Entscheidungsdeterminanten gesetzlicher Krankenkassen zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge, Leibniz-FH Hannover, Arbeitspapier

Versorgungsmanagement im Sinne dieses Gutachtens meint eine Versorgung, bei der Versicherte freiwillig auf medizinisch nicht notwendige Versorgungsrechte verzichten und im Gegenzug einen pauschalen Beitragsnachlass erhalten. Konkret geht es um die Idee, Arzt- und Therapiewahl auf individueller und freiwilliger Basis einzuschränken.⁷⁷ Laut Amelung et al. (2004) zeigen Schätzungen aus den USA, dass sich auf diesem Weg bis zu 20 Prozent der Gesundheitsausgaben einsparen lassen, und zwar ohne Einbußen beim medizinischen Nutzen.⁷⁸

Ein entsprechendes Versorgungsmanagement ist im deutschen Gesundheitswesen unterentwickelt. In der PKV gibt es allenfalls bescheidene Ansätze.⁷⁹ In der GKV gibt es zwar die hausarztzentrierte Versorgung (HZV), die man dem Versorgungsmanagement zurechnen kann, von einer erfolgreichen Einführung kann indessen keine Rede sein.⁸⁰ Die Rechts-

Nr. 14.

⁷⁷ Monopolkommission, 2008, a.a.O., Abschnitt 4.1.

⁷⁸ Amelung et al., 2004, a.a.O. Laut Sekhri, 2000, a.a.O., werden die Kostenersparnisse in Regionen mit hoher Managed Care-Durchdringung deutlich. Er belegt diese Aussage am Beispiel Kaliforniens: „In California, HMO premiums remain 17% below the national average despite one of the highest costs of living in the USA. Case-adjusted hospital costs in California are 25% less than the national average, and the State’s 2.4 hospital beds per 1000 population are well below the national average.“ Das Kosteneinsparungspotenzial von Versorgungsmanagement wird in der Literatur verschiedentlich noch höher, und zwar auf 20 bis 37% veranschlagt. Solche Zahlen finden sich etwa bei Robert E. Leu, Frans Rutten, Werner Brouwer, Christian Rüttschi und Pius. Matter, 2008, The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared: A Tale of Two Systems, Nomos Verlag, Baden-Baden, S. 114, und bei Jonathan Gruber, 2017, Delivering Public Health Insurance Through Private Plan Choice in the United States, Journal of Economic Perspectives 31, Fall, S. 3-22, hier S. 12. Gruber gibt allerdings zu bedenken, dass die Zahlen nicht nur echte Kostenunterschiede widerspiegeln dürften, sondern auch Selektionseffekte unter den Versicherungsnehmern.

⁷⁹ Ein Beispiel ist der Select-Tarif der HUK-Coburg.

⁸⁰ Schreyögg, Jonas, 2014, Kassenwettbewerb

grundlage liefert § 73b SGB V. Die Teilnahme der Versicherten an einem Modell der HZV ist freiwillig. Sie werden lediglich für eine begrenzte Zeitspanne verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihnen selbst gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen.⁸¹

Seit 2009 sind die Krankenkassen zu einem HZV-Angebot gesetzlich verpflichtet. Die Lotsenfunktion des Hausarztes bei der Navigation behandlungsbedürftiger Patienten sollte gestärkt werden. Zu einer flächendeckenden Umsetzung ist es jedoch nicht gekommen. Auch sind positive Effekte kaum nachweisbar.⁸² Schreyögg und die Monopolkommission erklären den fehlenden Erfolg u.a. mit zu geringen Vertragsfreiheiten der Krankenkassen.⁸³ Bei der Einrichtung einer HZV sehen sich diese gezwungen, Verträge immer dann abzuschließen, wenn sich mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung zusammmentun. Durch diese Vorgabe werde faktisch das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Monopol der Hausarztverbände ersetzt. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber den Fehler machte, die Einführung der HZV mit besonderen Verpflichtungen der Ärzte zur Erfüllung bestimmter Qualitätsvorgaben (Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fortbildungen, etc.) zu verknüpfen. Dadurch wurde auf Seiten der Hausärzte die Erwartung einer Zusatzvergütung geweckt. Diese muss von den Krankenkassen in der Regel zusätz-

lich aufgebracht werden („Add-on-Vergütung“), was die Durchsetzung des Hausarztmodells im Versicherungsmarkt zusätzlich erschwert hat.⁸⁴

Ursprünglich sollte der Verzicht auf die Erhebung der Praxisgebühr für die Versicherten der Anreiz sein, sich in ein Modell der HZV einzuschreiben. Bei der Abschaffung der Praxisgebühr hat man dann versäumt, einen gleichwertigen Anreizersatz zu schaffen. Zwar kann eine Krankenkasse mit Prämienzahlungen locken, diese haben aber nach § 53 Abs. 3 und 8 SGB V einen Bezug zum beitragspflichtigen Einkommen, was – wie bereits diskutiert wurde – bei Versicherten mit unterdurchschnittlichem Einkommen den Anreiz schwächt, wenn nicht gar nimmt, sich in ein Hausarztmodell einzuschreiben.

Die geringe Akzeptanz der HZV und deren mäßiger Erfolg lassen sich also erklären. Dem Gesetzgeber muss man vorwerfen, dass er zu sehr auf die Interessen der Ärzteschaft achtete und zu wenig auf die Anreize der Versicherten. Aber gerade die Versicherten müssen Anreize haben, sich an einem Versorgungsmanagement zu beteiligen. Schließlich verzichten sie bei Versorgungsmanagement auf Wahlrechte, und das werden sie nur tun, wenn sie hierfür angemessen entschädigt werden.

Um zu verstehen, wie Versorgungsmanagement genutzt werden kann, um Kosten zu sparen und einer Überversorgung entgegenzuwirken, sei zum Beispiel des Bandscheibenvorfalles zurückgekehrt. Angenommen sei, dass der Patient einen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat, der die Wahl des Leistungserbringers einschränkt. Die Versicherung hat ihrerseits damit erworben, dass sie die besten Leistungserbringer unter Vertrag hat und dennoch preiswerter ist als die Konkurrenz. Dieses Versprechen setzt voraus, dass es den Versi-

durch Versorgungsmanagement, in: Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Christoph Vauth und Jürgen Zerth, Hrsg., *Solidarische Wettbewerbsordnung*, medhochzwei, Heidelberg, S. 145-170.

81 Cassel, Dieter, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Sabine Schulze und Jürgen Wasem, 2008, *Vertragswettbewerb in der GKV*, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), S. 75 ff.

82 Schreyögg, a.a.O., Abschnitt 3.3.

83 Schreyögg, ebenda; Monopolkommission, 2017, a.a.O.

84 Cassel et al., 2008, *Vertragswettbewerb in der GKV*, a.a.O., S. 78.

cherungen gesetzlich gestattet ist, mit den Leistungserbringern selektiv zu kontrahieren.

Unter solchen Bedingungen dürfte Überversorgung seltener vorkommen. Unausgelastete Kapazitäten, die für den behandelnden Arzt der Grund sein könnten, zur Operation zu raten, dürften an Bedeutung verlieren. Die Versicherung hat im Wettbewerb um Versicherungsnehmer einen starken Anreiz, nur mit den besten Leistungserbringern Verträge zu schließen. Das Abrechnungswesen produziert Daten von vielen Behandlungsfällen, die Rückschlüsse erlauben, in welchen Krankenhäusern Komplikationen mit geringerer Häufigkeit auftreten.⁸⁵ Solche Häuser sind gefragt. Sie werden weniger als andere unter unausgelasteten Kapazitäten leiden. Die Anreize zur Überversorgung sollten geringer sein, und die Qualität der Versorgung sollte zunehmen. Der behandelnde Arzt muss auch nicht befürchten, dass der Patient ein anderes Krankenhaus aufsucht, in dem sich der Kollege möglicherweise eindeutiger für die Operation ausspricht. Die Arztwahl ist ja eingeschränkt. Der wirtschaftliche Konkurrenzdruck dürfte nachlassen.

Das Beispiel macht deutlich, dass das Versorgungsmanagement nicht darauf abzielt, das Therapiespektrum einzuschränken.⁸⁶ Insbesondere widerspricht es dem Modell, wenn Leistungen ausgeschlossen würden, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Pflichtkatalog der Krankenkassen aufgenommen hat bzw. zukünftig aufnehmen wird. Andererseits sollte es im Rahmen von Versorgungsmanagement auch nicht ausgeschlossen sein, eine Leistungserbringung nach anerkannten medizinischen Leitlinien zu vereinbaren.⁸⁷ Versorgungsma-

agement bezweckt allein, einer Über- und Fehlversorgung entgegenzuwirken und im Ergebnis die Versorgungsqualität zu verbessern.⁸⁸

Dieses Gutachten plädiert für die Schaffung der rechtlichen Voraussetzungen, die Krankenversicherungen benötigen, um ein wettbewerbsfähiges Versorgungsmanagement entwickeln und anbieten zu können. Die Versicherten würden vor die Wahl gestellt, für einen überschaubaren Zeitraum von z.B. drei Jahren Versorgungsmanagement zu akzeptieren oder abzulehnen. In der praktischen Umsetzung werden die Versicherten zwischen Tarifen mit Versorgungsmanagement – so genannten VM-Tarifen – und dem Verzicht auf Versorgungsmanagement („Standardtarif“) wählen können. Ein solches Wahlangebot wird den Markt verändern. Zu erwarten ist, dass die Ressourcen im Krankenhaussektor effizienter genutzt werden. Nicht auszuschließen sind dagegen auch Verteilungswirkungen, die deshalb nachfolgend genauer zu prüfen sind.

tenwohl und Ökonomisierung – Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin (im Druck).

⁸⁸ Versorgungsmanagement setzt auch nicht die rechtliche Integration von Versicherung und Leistungserbringung voraus. Als Prototypen einer solchen Integration gelten die Health Maintenance Organizations in den Vereinigten Staaten bzw. das unter der Bezeichnung prosper/proGesund firmierende Gesundheitsnetz der Knappschaft in der Ruhrregion. Ob die rechtliche Integration von Versicherung und Leistungserbringung der Verwirklichung von Versorgungsmanagement förderlich ist oder nicht, lässt sich nicht allein theoretisch erschließen, sondern kann nur der Wettbewerb zeigen. Integration ist aus Versicherungsperspektive mit Eigenproduktion von Versorgungsleistungen gleichzusetzen. Solche Eigenproduktion mit angestellten Ärzten und eigenen Häusern hat im Vergleich zum Fremdbezug dieser Leistungen Vor- und Nachteile. Einerseits können Entscheidungsprozesse vereinfacht werden, andererseits werden u.U. nicht alle Kostenersparnisse ausgeschöpft. Jedenfalls trifft der Begriff der Preferred Provider Organization (PPO) die hier diskutierte Vorstellung von Versorgungsmanagement besser als der Begriff der Health Maintenance Organization (HMO).

⁸⁵ Siehe dazu Mansky, Thomas, et al., 2017, a.a.O.

⁸⁶ Monopolkommission, 2008, a.a.O., Tz. 858.

⁸⁷ Die Entwicklung und Einführung krankenhause-/fachspezifischer Behandlungsleitlinien wird konkret vorgeschlagen von Naegler, Heinz und Karl-Heinz Wehkamp, Medizin zwischen Patien-

4.3.2 Einkommensunabhängige Boni und Beitragsgerechtigkeit

Versicherungsnehmer werden nur dann in größerer Zahl bereit sein, sich in Modelle des Versorgungsmanagements einzuschreiben, wenn sie die Vorteile sehen. Diese können medizinischer und finanzieller Natur sein. Da die Krankenversicherungen bei Wettbewerb bestrebt sein werden, aus Reputationsgründen nur mit den besten Leistungserbringern zu kontrahieren, wird Versorgungsmanagement vor allem mit hoher medizinischer Qualität locken. Andererseits will Versorgungsmanagement Tendenzen zur Über- und Fehlversorgung entgegenwirken. Es zielt also letztlich auch auf die Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Kosten. Soweit dies gelingt, sind Beitragssenkungen möglich. Diese sollten dem Versicherungsnehmer ungeschmälert zugutekommen, damit dessen Entscheidung für oder gegen einen Tarif mit Versorgungsmanagement unverzerrt ausfallen kann. Das bedeutet, dass sich der Unterschied in absoluten Euro-Beträgen ausdrücken sollte.⁸⁹

Diese Voraussetzung ist in Deutschland allenfalls bei privater Versicherung gegeben, und auch dort nur eingeschränkt. Bei Beamten, die einen großen Teil der privat Versicherten ausmachen, ist sie jedenfalls nicht erfüllt. Wegen ihres Anspruchs auf Beihilfe teilen sich die Beamten die Versicherungskosten mit ihrem Dienstherrn. Entsprechend profitieren sie auch nur anteilig, wenn sie einen Vertrag wählen, der weniger Kosten verursacht.

Bei den gesetzlich Versicherten wird die Entscheidung für oder gegen einen Tarif, der ein Versorgungsmanagement umfasst – sofern er angeboten würde – sogar aus doppeltem Grund verzerrt. Die Beiträge zur GKV werden nicht nur zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer geteilt. Die Beitragszahlun-

gen werden auch lohnbezogen bemessen. Die Entscheidung für einen Tarif, der aus Sicht der Versicherung kostengünstiger ist, würde sich deswegen in einem reduzierten Beitragssatz niederschlagen. Der Beitragszahler würde also einen gewissen Prozentsatz seines beitragspflichtigen Einkommens sparen können. Bei Beitragszahlern mit unterdurchschnittlichem Einkommen fiel die Beitragsersparnis folglich immer geringer aus als die Kostenersparnis der Versicherung.⁹⁰ Das würde eine Entscheidung gegen den kostengünstigen Tarif begünstigen. Gerade Beitragszahler mit kleinem Einkommen, die eher Preisvergleiche anstellen, würden angeregt, sich für den weniger kostengünstigen Tarif zu entscheiden. Sie entschieden so, als würde der Beitrag für den Tarif, der höhere Versicherungskosten verursacht, subventioniert.⁹¹

Nun gilt diese Aussage nicht nur für Beitragszahler mit unterdurchschnittlichem Einkommen. Der Subventionierungseffekt wird durch die paritätische Finanzierung der GKV verschärft und erstreckt sich daher in abgeschwächter Form auch auf Beitragszahler mit überdurchschnittlichem Einkommen. Die genaue Einkommensgrenze, bis zu der die Nachfrage nach Versicherung effektiv subventioniert wird, hängt von verschiedenen Parametern ab. Zur Verdeutlichung des Problems und mit Rücksicht auf Verständlichkeit sei nachfolgend mit gerundeten Zahlen argumentiert.

⁹⁰ Hier und im Weiteren ist mit Einkommen das beitragspflichtige Einkommen gemeint.

⁹¹ Für eine ausführliche Analyse der Verzerrungswirkung vgl. Richter, Wolfram F., 2016, Zurück zur paritätischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung? Gesundheits- und Sozialpolitik, 2016, 70 – 73.

⁸⁹ Monopolkommission, 2008, a.a.O., Tz. 869.

Unterstellt sei, dass sich die Leistungsausgaben der GKV je Mitglied auf 340 € im Monat belaufen und dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils acht Prozent vom beitragspflichtigen Einkommen an die Krankenkasse abführen.⁹² Sollten sich durch Versorgungsmanagement pro Mitglied zwanzig Prozent der Ausgaben der Krankenkassen einsparen lassen, entsprächen dem 68 € bzw. ein Beitragssatznachlass von jeweils 1,6 Prozentpunkten für den Arbeitgeber und den Arbeitnehmer. Das beitragspflichtige Einkommen ist nun aber in 2017 durch die Beitragsbemessungsgrenze von 4.350 € gedeckelt. Ein Beitragszahler mit hohem Einkommen könnte daher niemals mehr als 1,6 Prozent von 4.350 € bzw. 69,60 € sparen, wenn er in einen Tarif mit Versorgungsmanagement wechselt. Die maximale Beitragsersparnis entspricht damit in etwa dem Wert der Versicherungsleistungen von 68 €, auf die der Beitragszahler im Tarif mit Versorgungsmanagement verzichtet. Die paritätische Finanzierung halbiert die summierte Beitragsersparnis von Arbeitgeber und Arbeitnehmer und sorgt dafür, dass selbst Beitragszahler mit überdurchschnittlichem Einkommen kostengünstige Tarife eher meiden, da in diesem Bereich der für ihre Entscheidung relevante Arbeitnehmeranteil den eingesparten Kosten entspricht. Lediglich die Beitragszahler mit einem beitragspflichtigen Einkommen nahe der Beitragsbemessungsgrenze werden ihre Wahl annähernd unverzerrt treffen. Alle anderen Beitragszahler entscheiden dagegen so, als würde die Entscheidung für den Standard-

tarif ohne Versorgungsmanagement subventioniert.

Sachgerecht wäre es in dem diskutierten Beispiel, wenn jeder Versicherte unabhängig von seinem beitragspflichtigen Einkommen einen Bonus von 68 € einstreichen könnte, wenn er sich für einen Tarif entschied, der der Versicherung 68 € Kostenersparnis verspricht.⁹³ Nur so fiele die Entscheidung unverzerrt aus. Es würde dabei auch kein Konflikt mit Beitragsgerechtigkeit resultieren. Gerade weil sich Beitrags- und Kostenersparnis entsprächen, wäre der Vorwurf verfehlt, dass die Wahl des Tarifs mit Bonus die für die Sozialversicherung prägenden Prinzipien der Solidarität und Beitragsgerechtigkeit verletzt. Schließlich würde der Versicherte auf Leistungen verzichten, die medizinisch nicht indiziert sind. Die ethischen Argumente, die bei medizinisch notwendigen Leistungen gegen eine verursachungsgerechte Anlastung der Kosten vorgebracht werden können, lassen sich jedenfalls bei nicht notwendigen Leistungen nicht mit vergleichbarer Berechtigung anführen.

Ein Konflikt mit den Grundprinzipien der Sozialversicherung könnte auch aus marktgetriebener Selbstselektion resultieren.⁹⁴ So ist grundsätzlich denkbar, dass sich die Gruppe der Versicherten, die Versorgungsmanagement (VM-Tarife) nachfragt, in ihren persönlichen Merkmalen von den übrigen Versicherten systematisch unterscheidet. Problematisch wäre das dann, wenn es Grund zu der Annahme gäbe, dass schutzbedürftige Versicherte VM-Tarife eher ablehnen als andere und sie durch die Ablehnung

92 In 2016 betragen die tatsächlichen monatlichen Ausgaben je Mitglied 336,17 €, und der durchschnittliche Beitragssatz betrug 15,7 Prozent, wobei der Arbeitgeber 7,3 Prozent übernahm und der Arbeitnehmer 8,4 Prozent einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrages. Der Zusatzbeitrag ist derzeit von der paritätischen Finanzierung ausgenommen, was in nahezu allen Parteien auf Kritik stößt. Die Analyse im Haupttext illustriert die verzerrenden Wirkungen einer vollen Finanzierungsparität.

93 In § 53 SGB V ist, wie schon wiederholt erwähnt wurde, die Rede von Prämienzahlungen. Hier wird dem Begriff des Bonus der Vorzug gegeben, weil er klarer als der der Prämienzahlung macht, dass dem Versicherten ein geldwerter Vorteil zuwächst.

94 Für eine Diskussion dieser Problematik vgl. die Beiträge von Jonathan Gruber, von Michael Geruso und Timothy J. Layton, sowie von Keith Marzilli Ericson und Justin Sydnor im Herbstheft des Journal of Economic Perspectives, 2017.

schlechter gestellt werden. Ob solche Sorge berechtigt ist, wäre ggf. empirisch zu klären.

4.3.3 Selektives Kontrahieren

Versorgungsmanagement meint in diesem Gutachten eine Zusammenarbeit von Versicherungsnehmern, Versicherungsgebern und medizinischen Leistungserbringern, die selektivvertraglich geregelt ist. Dabei ist die Begriffsverwendung enger als die, die in der GKV gebräuchlich ist. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein Vertrag schon dann als selektiv bezeichnet, wenn er vom Kollektivvertrag abweicht, was derzeit allerdings lediglich im Bereich der integrierten Versorgung zugelassen ist.⁹⁵ Dagegen impliziert der Begriff des Selektivvertrages im Sinne dieses Gutachtens, dass alle beteiligten Vertragsparteien in eigener Verantwortung und eben nicht kollektiv abgestimmt handeln. Wie schon erwähnt, verhandeln Krankenkassen und Krankenhäuser in Deutschland über Leistungsmengen vorrangig auf kollektiver Basis einheitlich und gemeinsam. Das Gesetz lässt keine andere Wahl.⁹⁶

Will man Versorgungsmanagement ermöglichen, muss den anbietenden Krankenkassen gestattet werden, mit Krankenhäusern ihrer Wahl Einzelverträge auszuhandeln. Einerseits wird so sichergestellt, dass ein Patient, der einen VM-Tarif abgeschlossen hat, im Krankheitsfall in einem Vertragskrankenhaus zu den vereinbarten Bedingungen behandelt wird. Andererseits schafft der Abschluss eines Einzelvertrages die Voraussetzung dafür, dass ein Krankenhaus erbrachte Leistungen gegenüber der Krankenkasse des Patienten

abrechnen kann.⁹⁷

Selektivvertragliches Versorgungsmanagement ist immer nur als eine Option zu verstehen, für die sich ein Versicherter bei Vertragsabschluss entscheidet oder auch nicht. Das soll die Abbildung 4 zum Ausdruck bringen. Sie unterstellt, dass die Versicherten zwischen dem Standardtarif und Tarifen mit Versorgungsmanagement („VM-Tarif“) wählen können. Der Standardtarif (a) bietet den Versicherten den zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern kollektivvertraglich geregelten Status quo, d.h. eine Behandlung ohne Einschränkungen. Demgegenüber zeichnet sich ein VM-Tarif (b) durch Einschränkungen bei der Arzt- und Therapiewahl aus. Solche Einschränkungen bedürfen einer selektivvertraglichen Regelung zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern.

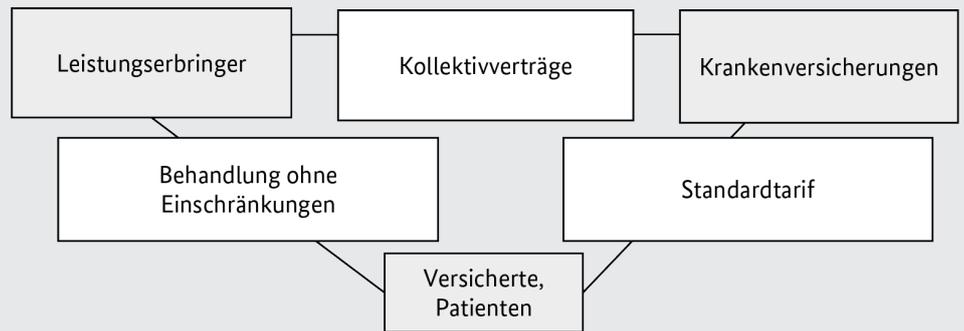
⁹⁷ Felder et al., a.a.O., S. 39.

⁹⁵ Dittmann, Heidi, 2017, Das Wettbewerbsziel der deutschen Krankenhauspolitik – Eine ordnungsökonomische Einordnung, Perspektiven der Wirtschaftspolitik 18, S. 159-173.

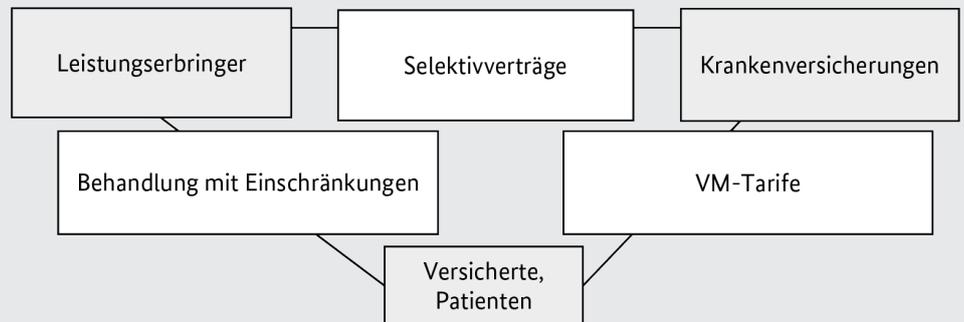
⁹⁶ Plankrankenhäuser haben einen Anspruch auf Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen. (SGB V, §§ 107 ff).

Abbildung 4: Die Vertragsbeziehungen von Versicherten, Patienten, Leistungserbringern und Krankenversicherungen

(a) Vertragsbeziehungen beim Standardtarif



(b) Vertragsbeziehungen bei Tarifen mit Versorgungsmanagement



Die Ermöglichung von selektivem Kontrahieren und Versorgungsmanagement wirft die Frage auf, ob Beides miteinander verknüpft sein sollte oder nicht. Ein Vorschlag, der von Neubauer et al. in die Diskussion eingeführt wurde, ist der Hintergrund für diese Frage.⁹⁸ Die Autoren sprechen sich zwar für selektives Kontrahieren aus, wollen den Patienten aber nicht das Recht nehmen, im Versorgungsfall das Krankenhaus eigener Wahl aufzusuchen.

Sie müssten lediglich für die Mehrkosten persönlich aufkommen, die im Vergleich zu einem von der Versicherung empfohlenen und kontrahierten Krankenhaus anfallen. Dieses Wahlrecht widerspricht der Idee des Versorgungsmanagements und ist daher hinsichtlich seiner verhaltenssteuernden Wirkungen genauer zu prüfen.

Zu diesem Zweck wird folgender Fall betrachtet: Eine Krankenversicherung schließt mit einem Krankenhaus A, nicht aber mit dem Krankenhaus B, einen Behandlungs-

⁹⁸ Neubauer et al., a.a.O.

vertrag ab. Dieser Vertrag erlaubt es dem Versicherungsnehmer, sich im Krankenhaus A ohne Zuzahlung behandeln zu lassen. Wählt er hingegen Krankenhaus B, geht dies nur gegen Zuzahlung. Wenn der Versicherungsnehmer im Erkrankungsfall die Behandlung in B sucht, muss es dann dafür einen Grund geben. So mag B bequemer als A erreichbar sein, mit zusätzlichen Leistungen locken oder gar mit qualitativ besseren Behandlungsergebnissen.

Der Fall besserer Behandlungsergebnisse ist indessen bei genauerer Betrachtung wegen mangelnder Relevanz auszuklammern. Er dürfte für ein Regime mit Versorgungsmanagement eher untypisch sein. Es ist lediglich realistisch anzunehmen, dass die Krankenversicherung bestrebt ist, die medizinisch erfolgreichsten Leistungserbringer unter Vertrag zu bekommen. Beim Gegenteil droht ein Reputationsverlust, den die Versicherung nicht leichtfertig riskieren wird. Man muss also unterstellen dürfen, dass nach den Erkenntnissen der Versicherung das Krankenhaus A die qualitativ besseren Behandlungsergebnisse erzielt. Das wird dann dessen Verhandlungsmacht stärken und die Preisforderungen in freien Vertragsverhandlungen mit den Krankenversicherungen nach oben treiben. Zu erwarten ist, dass das Krankenhaus A für die Behandlung einen höheren Preis verlangt als das Krankenhaus B. Der Fall, dass Patienten Mehrkosten bei der Wahl von nicht kontrahierten Leistungserbringern zu tragen hätten, dürfte erst gar nicht eintreten.

Wenn der Versicherungsnehmer die Behandlung in B sucht, wird der primäre Grund also darin liegen, dass dieses Haus andere Leistungen als A anbietet. Zwei Arten kommen dafür infrage. Die erste Art von Leistungen hat Komfortcharakter in dem Sinne, dass sie medizinisch nicht notwendig sind und insbesondere nicht vom G-BA zu Pflichtleistungen erklärt wurden. Bei solchen Leistungen wird man es als richtig er-

achten, dass der Versicherungsnehmer für die verursachten Kosten selbst aufkommt oder eine Zusatzversicherung in Anspruch nimmt. Um dieses Ergebnis zu erreichen, wäre man aber nicht darauf angewiesen, selektives Kontrahieren gesetzlich zu ermöglichen. Die Krankenversicherungen könnten sich weiterhin am kollektiven Kontrahieren beteiligen und sich darauf beschränken, die Kostenübernahme bei den fraglichen Leistungen abzulehnen.

Anders ist das bei Leistungen, die grundsätzlich Pflichtleistungen der GKV darstellen, im konkreten Fall aber medizinisch nicht zwingend indiziert oder gar mit medizinischen Leitlinien nicht in Einklang zu bringen sind. Krankenhaus A wird entsprechende Leistungen aus zwei möglichen Gründen nicht anbieten. Der eine Grund könnte sein, dass sich Krankenhaus A im Rahmen des Versorgungsmanagements zur Befolgung medizinischer Leitlinien einer bestimmten Empfehlungsstärke verpflichtet hat. Der andere Grund könnte in der Auslastung liegen. Schließlich sollte man sich Krankenhaus A als gut ausgelastet vorstellen. Jedenfalls wird A als selektivvertraglich gewähltes Krankenhaus besser ausgelastet sein als B. Dagegen liegt die Vermutung nahe, dass Krankenhaus B die fraglichen Leistungen anbietet, um freie Kapazitäten auszulasten. Der Krankenversicherung muss es in einem solchen Fall gestattet sein, die Übernahme der Kosten bei Behandlung im Krankenhaus B zu verweigern. Schließlich müssen Kosten gespart werden, damit sich der administrative Aufwand, den selektives Kontrahieren verursacht, rechnet. Das spricht für die strenge Verknüpfung von selektivem Kontrahieren mit Versorgungsmanagement. Letzteres ist die Quelle der Kostenersparnisse, die die Mehrkosten selektiven Kontrahierens rechtfertigen.

Selektivverträge und Versorgungsmanagement müssen also als Einheit begriffen werden, wenn positive Steuerungswirkun-

gen bei der Nutzung der Ressourcen erzielt werden sollen. Nicht zielführend ist es dagegen, selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu ermöglichen, ohne den Krankenkassen gegenüber den Versicherten die Einschränkung von Behandlungsrechten zu gestatten. Die Verknüpfung von selektivem Kontrahieren mit Versorgungsmanagement sollte man allenfalls unter eng gefassten Notfallbedingungen zur Disposition stellen. Ohne bindendes Versorgungsmanagement reduziert sich die Steuerungswirkung eines Selektivvertrages, den eine Krankenversicherung mit einem Krankenhaus abschließt, im Verhältnis zum Versicherungsnehmer auf jene einer reinen Empfehlung. Um eine Empfehlung zu begründen, bedürfte es aber keines Selektivvertrages zwischen Krankenversicherung und Krankenhaus. Es müsste vielmehr reichen, die Abrechnungsunterlagen auszuwerten und die Erkenntnisse (bei Vorliegen eines berechtigten Interesses) gegenüber dem Patienten offen zu legen.

4.3.4 Eine andere Sicht zum Versorgungsmanagement

Die Einführung von Versorgungsmanagement(VM)-Tarifen wird von einer Minderheit des Beirats kritisch gesehen. Diese Beiratsmitglieder führen folgendes aus:

Die von der Mehrheit vorgeschlagene Einführung von Versorgungsmanagement(VM)-Tarifen soll die Leistungsfähigkeit des Markts für Gesundheitsgüter verbessern. Jede gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sucht die Krankenhäuser aus, an die sich in diesem Tarif Versicherte im Krankheitsfall wenden können, und schließt mit diesen Krankenhäusern direkt Verträge ab. Versicherte können zwischen verschiedenen Krankenkassen, und den da-

mit verbundenen Leistungserbringern wählen. Durch die preis- und qualitätsbewusste Auswahl aus diesem Angebot wird durch die Versicherungsnehmer auf die Kassen Konkurrenzdruck ausgeübt. Der soll diese dazu veranlassen, mit den besten Leistungserbringern Verträge zu schließen. Der Vorschlag ist mit der Hoffnung verbunden, dass auf diesem Weg das Angebot an solchen medizinischen Leistungen eingedämmt werden kann, die nicht im Sinne des Patienten sondern aus wirtschaftlichem Eigeninteresse der Krankenhäuser angeboten werden.

Eine Gruppe von Mitgliedern des Beirats befürchtet, dass dieser Mechanismus in der Praxis vor allem zu einer Konkurrenz um den billigsten Tarif führt, und zwar zu Lasten der Qualität. Ein funktionierender, die Qualität berücksichtigender Wettbewerb setzt nämlich voraus, dass die Nachfrager über hinreichende Information für einen Vergleich der Qualität der VM-Tarife der einzelnen GKV's verfügen. Sie müssten die verschiedenen Leistungsangebote für die möglicherweise eintretenden Krankheitsfälle vergleichen, sich über ihre individuelle Risikosituation informieren, die Wahrscheinlichkeiten des Eintritts aller möglicher Gesundheitsereignisse kennen und die Konsequenzen der zur Wahl stehenden VM-Tarife für sich selbst erkunden und dann eine Abwägung unter Risiko treffen. Die Informationsanforderungen für eine solche rationale und qualitätsorientierte Entscheidung sind immens. Sie sind wesentlich höher als die Informationsanforderungen an den Versicherungsnehmer, der in einem konkreten medizinischen Behandlungsfall den richtigen Leistungserbringer auswählen müsste. Wenn, wie bei dem Mehrheitsvorschlag unterstellt, Patienten

mit einem konkreten Gesundheitsproblem mit der Auswahl unter den möglichen Erbringern einer konkreten Einzelleistung überfordert sind, so gilt dies umso mehr bei der Auswahl von VM-Tarifen der GKV. Liegen diese Qualitätsinformationen aber nicht vor, so wird sich die Konkurrenz der Kassen vor allem auf den Preis ausrichten. Und wenn eine Krankenkasse die Gruppe der Leistungserbringer auswählt und mit diesen kontrahiert, werden die Kosten zur entscheidenden Größe, statt der Kombination von Kosten und Leistungsqualität.

Auch ordnungspolitische Gründe können gegen das Modell der VM-Tarife vorgebracht werden: Die freie Wahl des medizinischen Leistungserbringers ist seit der Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung ein tragendes Prinzip. Bedeutsam ist dieses Prinzip nicht nur in Hinblick auf die Freiheit an sich, die mit Wahlrechten verbunden ist. Vielmehr geht mit der Wahlmöglichkeit eine in Marktwirtschaften willkommene Verhaltensänderung einher. Wer zwischen Leistungserbringern wählen kann, hat einen Anreiz, sich über die Qualität der möglichen Leistungserbringer zu informieren. Dies fördert die „Mündigkeit“ des Konsumenten. In einem System, in dem die Wahl im konkreten Behandlungsfall nicht besteht, können sich diese Anreize nicht entfalten.

Man mag die Auffassung vertreten, dass die freie Wahl im Bereich von Gesundheitsgütern keinen hohen Stellenwert hat, weil Patienten ohnehin angesichts ihrer Informationsbeschränkungen keine gute eigenständige Auswahl treffen können. Für die Vergangenheit mag das in vielen Fällen gelten. Die Humanmedizin befindet sich aber im Umbruch. Informa-

tionen über individuelle Krankheitsbilder und Behandlungsalternativen werden in zunehmendem Maße dezentral und kostengünstig verfügbar. Angesichts der Entwicklungen im Bereich der auf künstliche Intelligenz gestützten Expertensysteme, Internet und „Big Data“ ist zu erwarten, dass eventuell bestehende Informationsvorsprünge der Anbieter von Gesundheitsleistungen vermutlich rasch an Bedeutung verlieren. Zweitdiagnosen und Empfehlungen dürften einfach und kostengünstig verfügbar werden. Damit schwindet jenes Informationsproblem, das in der Vergangenheit der Auslöser des Problems „arztinduzierter Nachfrage“ war. Es ist sogar möglich, dass sich eine Umkehr im Informationsvorsprung zwischen Nachfrager und Anbieter herausbildet. Das gilt besonders dann, wenn Leistungen sehr individuell auf den Patienten zugeschnitten werden müssen und nur der Patient (bzw. sein eigenes „Expertensystem“) über umfangreiche persönliche Daten verfügt.

Soll die Eigenverantwortung der Individuen gestärkt werden, sind daher Reformen der GKV angezeigt, die zu mehr, statt zu weniger individueller Entscheidungsfreiheit im konkreten Leistungsfall führen, einhergehend mit einer höheren Selbstbeteiligung an den Kosten.

Man mag dem entgegenhalten, dass der Reformvorschlag der Mehrheit des Beirats die bestehenden Tarife nicht abschaffen will. Wer den Standardtarif bevorzugt, kann diesen weiterhin wählen. Fraglich ist allerdings, ob dies auch dauerhaft der Fall sein würde und zu welchem Preis. VM-Tarife könnten sich als Folge von Risikoselektion durchsetzen oder von den Versicherern gezielt zur Risikoselektion eingesetzt werden. Das für eine Sozialversicherung cha-

rakteristische Pooling unterschiedlicher Risikotypen würde damit aufgeweicht. Die Gleichgewichtsanalyse für solche Situationen ist bekanntermaßen schwierig und ambivalent. Ob es wegen adverser Selektion zu einer Veränderung der angebotenen Vertragsstrukturen oder gar zu einem „Aussterben“ des Tarifs mit freier Wahl der Leistungserbringer kommt, hängt von vielen Faktoren ab. Dazu gehören die statistische Verteilung der Versichertentypen, die Marktstruktur und die Erwartungen der Marktteilnehmer. Risikoselektion wird in anderen vergleichbaren Bereichen selektiver Angebote durch Krankenkassen jedenfalls als Problem angesehen. Der Umfang an Möglichkeiten, spezifische Angebote zu machen, wurde wegen dieses Problems restriktiv gehandhabt. Und teilweise wurden institutionelle Ausgleichsmechanismen geschaffen. Für die Konkurrenz zwischen Standardtarif und VM-Tarifen gelten diese Argumente analog. In jedem Fall würde der Grad der Systemkomplexität weiter erhöht, mit unübersichtlichen Nebenwirkungen.

Soweit diese von der Mehrheit des Beirats abweichende Einschätzung.

4.4 Kapazitätssteuerung

Die Verbreitung eines selektivvertraglich abgesicherten Versorgungsmanagements wird nicht ohne Rückwirkungen auf die Auslastung der Krankenhäuser und den Bedarf an vorzuhaltenden Versorgungskapazitäten bleiben. Um die Rückwirkungen besser abschätzen zu können, empfiehlt es sich, in der Analyse zweistufig vorzugehen.

Auf einer ersten Stufe soll das wenig realistische Szenario betrachtet werden, dass selektivvertragliches Versorgungsmanagement als Regeltarif und damit ohne Alter-

native zur Anwendung kommt. Der derzeit gültige kollektivvertragliche Standardtarif mit freier Arzt-, Krankenhaus- und Therapiewahl existiert annahmegemäß nicht länger. Da ein solches Szenario politisch nicht erwünscht sein mag und VM-Tarife eher als wählbare Alternative zum Standardtarif gesehen werden sollten, wird auf einer zweiten Stufe die Koexistenz der beiden Tarifformen diskutiert.

4.4.1 Selektivvertragliches Versorgungsmanagement als Regeltarif

Wenn Krankenversicherungen unter Wettbewerbsdruck stehen und davon ausgehen können, dass die Nachfrager nach Versicherung eine Einschränkung von freier Arzt- und Therapiewahl erwarten, haben sie aus Reputationsgründen maximales Interesse, die besten Leistungserbringer unter Vertrag zu bekommen. Als Folge wird sich die Nachfrage auf relativ wenige Leistungserbringer konzentrieren. Daraus ergeben sich verschiedene Konsequenzen.

So dürften viele Krankenhäuser unter mangelnder Auslastung leiden und ihre Kosten nicht länger decken können. Ihre Träger würden dann vor der Frage stehen, ob sie solche Häuser schließen sollen. In überversorgten Regionen wäre das zu begrüßen. Der wirtschaftliche Auslastungsdruck würde helfen, versorgungsmedizinisch vertretbare, aber politisch schwer vermittelbare Schließungen durchzusetzen. In dünn besiedelten Regionen könnte er dagegen auch Probleme bereiten. Die Nachfrage nach moderner Apparatedizin dürfte dort häufig zu gering sein, um eine Auslastung zu garantieren. Die Politik sähe sich in einer derartigen Situation mit der Frage konfrontiert, ob sie die unvermeidbaren Verluste aus Steuermitteln ausgleicht oder ob sie die Krankenversicherungen verpflichtet, solche Verluste zu decken.

Wie immer man die stationäre Versorgung in dünn besiedelten Räumen finanziell sicherstellt, man wird nicht an der Aufgabe vorbeikommen festzulegen, welche medizinischen Leistungen und Funktionen einer Sicherstellung bedürfen. Diese Aufgabe stellt sich der Gesundheitspolitik aber auch schon heute. Sie hat die notwendigen Feststellungskompetenzen dem G-BA übertragen. So ist der G-BA gemäß § 136c Abs. 3 SGB V neuerdings beauftragt zu klären, „für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist“ und in wieviel Minuten entsprechende Einrichtungen erreichbar sein müssen. Sofern eine Einrichtung die Kriterien erfüllt, mit den geltenden Versorgungspauschalen aber nicht kostendeckend zu finanzieren ist, sind die Vertragsparteien auf Ortsebene gehalten, so genannte Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren (§ 5 Abs. 2 KHEntgG).

In einem Regime, das durch selektives Kontrahieren geprägt ist, wäre die kollektivvertragliche Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen indessen ein gewisser Fremdkörper. Die finanzielle Sicherstellung der Versorgung müsste anders geregelt werden. Dagegen wäre der bereits eingeleitete Wechsel von der herkömmlichen standortbasierten zur erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung mit selektivvertraglichem Versorgungsmanagement sehr gut zu vereinbaren. Die Lösung könnte dann wie folgt aussehen.

Für die Krankenhausplanung wären weiterhin, und zwar im Einklang mit dem Grundgesetz, die Bundesländer zuständig.⁹⁹

⁹⁹ Wie weit die Kompetenzen der Bundesländer zur Regelung der stationären Versorgung nach dem Grundgesetz tatsächlich reichen, muss hier offen bleiben. Schon die referierte Übertragung von Kompetenzen auf den G-BA durch das KHSG mag verfassungsrechtliche Fragen aufwerfen. Vgl. dazu Pitschas, Rainer, 15. April 2016, Sicherstellung der Krankenhausversorgung – Ein Verfassungskonflikt zwischen Bund und Ländern?, <https://www.bkkmitte.de/fileadmin/PDF/Aktuelles/>

Indessen würde mit dem Regimewechsel vom kollektiven zum selektiven Kontrahieren für die Krankenversicherungen der Zwang entfallen, Leistungen von Plankrankenhäusern bedingungslos zu honorieren. Es läge im alleinigen Ermessen einer Krankenversicherung, ob sie mit einem speziellen Krankenhaus einen Versorgungsvertrag abschließt und Behandlungskosten erstattet oder nicht. Allerdings sollte die Freiheit zum selektiven Kontrahieren nicht uneingeschränkt gelten. Vielmehr sollten nur solche Krankenversicherungen eine staatliche Zulassung erhalten, die sich auf ein flächendeckendes und den Erreichbarkeitsvorgaben genügendes Vertragssystem mit Leistungsanbietern stützen können. Diese entscheidende Restriktion öffnet dann allen Einrichtungen, die zur Aufrechterhaltung der stationären Versorgung gebraucht werden, den Zugang zu Verhandlungen mit Krankenversicherungen. Es verschafft ihnen bei den Verhandlungen über zu zahlende Versorgungspauschalen und Sicherstellungszuschläge u.U. sogar eine monopolartige Stellung. Solange der Rechtsanspruch auf Verhandlungen darauf begrenzt bleibt, notwendige Versorgungskosten zu decken, dürfte sich ein Missbrauch der Monopolmacht gleichwohl verhindern lassen. Die Krankenversicherungen könnten sich weigern, höhere Preise zu zahlen, als in vergleichbaren Fällen akzeptiert werden.

Stationäre Einrichtungen, die sich durch hohe Leistungsqualität auszeichnen, stehen vor anderen Problemen. Mit ihnen werden viele Krankenversicherungen Versorgungsverträge abschließen wollen. Ein Versorgungsvertrag beinhaltet unter Versorgungsmanagement aber die Garantie, bei diagnostiziertem Bedarf eine Behandlung durchzuführen. Die Einrichtungen werden zur Erfüllung des Rechtsanspruchs freie Kapazitäten vorhalten müssen, die zu finanzieren sind. Die Versicherungen geraten damit

zwangsläufig in die Rolle derjenigen, die Investitionskosten zu tragen haben. Eine monistische Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten ist die Folge. Allerdings weicht der Begriff vom üblichen Gebrauch ab. In der üblichen Verwendung meint Monistik die Finanzierung von Investitions- und Betriebspauschalen aus einer Hand, wobei die Ermittlung der Pauschalen gesetzlich geregelt ist. In dem hier skizzierten Regime wäre die Ermittlung dagegen Gegenstand von marktähnlichen Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherungen.

4.4.2 Selektivvertragliches Versorgungsmanagement als Wahltarif

Selektivvertragliches Versorgungsmanagement verlangt individuell geführte Preis- und Mengenverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen, was angesichts der vielen und sehr unterschiedlichen Kassen und Krankentuäger recht aufwendig sein kann. Die Reduktion dieses Aufwandes ist sogar ein besonders überzeugendes Argument für Kollektivverhandlungen. Es gibt aber noch ein weiteres Argument, das dafür spricht, VM-Tarife lediglich als Wahltarif zum Standardtarif der GKV zu konzipieren und nicht als allein existierende Tarifform, wie im vorhergehenden Abschnitt angenommen wurde. So dürfte die Neigung der Politik gering sein, einen extremen Regimewechsel, wie ihn die Ersetzung des Standardtarifs durch die vorgeschlagenen VM-Tarife bedeutete, zu verantworten. Von daher empfiehlt es sich, VM-Tarife als Wahltarife zu konzipieren und den Standardtarif, der die Arzt- und Therapiefreiheit nicht einschränkt, nicht infrage zu stellen.¹⁰⁰ Die akzeptierte Koexistenz der beiden Tarifformen wirft indessen

die Frage auf, wie sich die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in einem solchen Regime sicherstellen lässt.

Wie ausgeführt wurde, setzen VM-Tarife selektives Kontrahieren voraus, das die Krankenversicherungen in eine Lage bringt, in der sie sich gezwungen sehen, über den Erwerb von Behandlungsrechten auch Beiträge zur Investitionsfinanzierung zu leisten. Das verteuert für sich genommen die Versicherungskosten und birgt die Gefahr, dass VM-Tarife im Markt für Versicherungen im Vergleich zu dem Standardtarif nicht konkurrenzfähig sind. Auch wenn die Freiheit von Arzt- und Therapiewahl bei VM-Tarifen nicht gänzlich ausgeschlossen sein muss, sollte ein Ausschluss doch eine erstrebenswerte Option sein. Deren Einräumung macht aber nur dann Sinn, wenn die Versicherungsnehmer den Vorteil erkennen. Der könnte nun bei gleichem Versicherungsbeitrag in einer höheren Behandlungsqualität liegen oder bei gleicher Behandlungsqualität in einem günstigeren Versicherungsbeitrag. Da die Behandlungsqualität für Laien in der Regel schwerer zu bewerten ist, sollte ein VM-Tarif mit eingeschränkter Freiheit von Arzt- und Therapiewahl für den Versicherungsnehmer insbesondere mit Ersparnissen beim Beitrag aufwarten. Wenn nun aber über VM-Tarife auch Beiträge zur Investitionsfinanzierung geleistet werden, muss das vom Standardtarif gleichermaßen verlangt werden. Andernfalls wird die Wahl des Versicherungsnehmers verzerrt. Das spricht für einen generellen Wechsel von der dualen zur monistischen Finanzierung. Alle Tarife müssen eine Beitragskomponente zur Investitionsfinanzierung einpreisen. Der Unterschied bestünde allein darin, dass die Beitragskomponente im Standardtarif eine Pauschale wäre, die auf gesetzlicher Basis zu ermitteln wäre, während die Beitragskomponente in einem VM-Tarif Gegenstand individueller Verhandlungen und Verträge zwischen Krankenhäusern und

¹⁰⁰ Die Monopolkommission, 2008, a.a.O., Abschnitt 4.1, spricht von einem Optionstarif.

Krankenversicherungen sein könnte.¹⁰¹

Es schließt sich unmittelbar die Frage an, wie die Versicherungen die Investitionspauschalen aufbringen sollen. Zwei Modellvarianten und deren Mischformen sind denkbar. Nach der ersten Variante würden die Versicherungsnehmer in die Pflicht genommen. Die Beiträge zur GKV und die Prämien zur PKV würden um einen einheitlichen Zuschlag angehoben, der ausreichend kalkuliert wäre, um Investitionspauschalen in dem als notwendig erachteten Maß zu finanzieren. Das Ergebnis könnte man als monistische Finanzierung bezeichnen. Die frei werdenden Landesmittel könnten für Steuersenkungen genutzt werden oder ggf. eine anderweitige Verwendung finden. Allerdings büßten die Länder Einfluss in der stationären Versorgung ein, was verfassungsrechtliche Fragen aufwerfen könnte.

Das mag für die zweite Variante sprechen, bei der die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Investitionspauschalen nicht aufgegeben, sondern gefestigt wird. Festigung bedeutet, dass die Verpflichtung gesetzlich festgeschrieben und ihrer politischen Unverbindlichkeit befreit wird. Dabei sind die Pauschalen idealerweise so bemessen, dass das Aufkommen reicht, um all jene Investitionen zu finanzieren, die eine medizinisch indizierte Versorgung der Bevölkerung erforderlich macht.

Folgt man dieser Vorgabe, muss man eine Antwort auf die schwierige Frage fin-

den, welche Investitionen im medizinischen Sinne als notwendig zu gelten haben. In Deutschland wird die Antwort traditionell in einem politischen Prozess gesucht. Die Länder entscheiden, welche Investitionen aus Steuermitteln gefördert werden. Dabei neigen sie dazu, die bestehenden Krankenhauskapazitäten nicht zu hinterfragen und den aus ihnen abgeleiteten Investitionsbedarf zu unterschätzen. Einrichtungen, die unter fallenden Durchschnittskosten wirtschaften, reagieren auf die nicht auskömmliche Finanzierung, indem sie Nachfrage nach Leistungen induzieren und einen Teil der vereinnahmten Betriebspauschalen für Investitionen abzweigen. Als Folge kommt es zu Über- und Fehlversorgung, und die abgerechneten Leistungsmengen können nicht länger als Maß der medizinisch indizierten gelten.

Aus diesem Grund ist die Ermöglichung eines selektivvertraglichen Versorgungsmanagements umso wünschenswerter. Investitionspauschalen, die zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen ausgehandelt werden, dürften dem medizinisch indizierten Maß eher entsprechen als Pauschalen, die von den Ländern unter Budgetzwängen gezahlt oder von den Krankenhäusern in Finanzierungsanträgen angemeldet werden. Selektivvertragliche Investitionspauschalen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sowohl die Kosten der Krankenhäuser als auch die von den Krankenversicherungen veranschlagte Zahlungsbereitschaft der Versicherungsnehmer für stationäre Versorgungskapazitäten berücksichtigen.

Man kann es auch anders ausdrücken. Nicht sachgerecht ist es, die Länder allein entscheiden zu lassen, welche Investitionen sie als notwendig erachten. Zwar können sie unter idealen Bedingungen für ansässige Bürger als deren Interessenssachwalter gelten, aber niemals für nicht ansässige Bürger. Sie neigen dazu, Kosten zu externalisieren. Ebenso wäre es aber auch ohne vor-

¹⁰¹ Die skizzierte Regelung würde nicht nur für die gesetzlichen Krankenversicherungen zur Anwendung kommen, sondern grundsätzlich auch für die privaten, jedenfalls soweit Vollversicherungen betroffen wären. Grundsätzlich ist denkbar, dass Krankenkassen, die VM-Tarife anbieten, die Beiträge zur Investitionsfinanzierung in den Verhandlungen vermeiden und diese auf andere Versicherer abzuschieben suchen. Dieser Gefahr der Unterfinanzierung von Investitionen kann entgegengehalten werden, dass gerade die besseren, leistungsfähigen Krankenhäuser dieser Gefahr nicht ausgesetzt sind, weil sie bei zu geringen Zugeständnissen der Versicherer den Abschluss verweigern können und damit über ein entsprechendes Druckmittel verfügen.

herige Bereinigung der Krankenhauslandschaft nicht sachgerecht, die vorhandenen Einrichtungen allein entscheiden zu lassen, welche Investitionen notwendig sind. Auch sie können nicht als Sachwalter der Interessen der Versicherten gelten. Sie werden vielmehr dazu neigen, die ökonomischen Interessen der Träger und Beschäftigten zu berücksichtigen. Als echte Sachwalter der Versicherten können noch am ehesten solche Krankenversicherungen gelten, die sich bundesweit im Wettbewerb um Versicherungsnehmer behaupten müssen. Sollte die Politik die Länder nicht aus ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung entlassen wollen und sollte es Aufgabe der Krankenhäuser bleiben, die Mittel eigenverantwortlich zu verausgaben, empfiehlt es sich, ein institutionelles Arrangement zu konzipieren, das alle Akteure - Länder, Krankenhäuser und Krankenversicherungen - ihrer jeweiligen Funktion entsprechend einbezieht. Die Lösung könnte ein Investitionsfonds sein.

4.4.3 Ein Investitionsfonds als Reformoption

Die Funktion des zu schaffenden Investitionsfonds bestünde in der Transformation von Einzahlungen in Auszahlungen. Einzahlende wären die Länder, Zahlungsanweisende die Krankenversicherungen und Verwendungsempfänger die Krankenhäuser. Den Krankenversicherungen käme dabei die Aufgabe zu, die Zahlungsbereitschaft der Versicherten für stationäre Versorgungskapazitäten zur Geltung zu bringen. Für politische Gestaltung böte der Fonds keine Möglichkeiten. Es hätten die folgenden Regeln zu gelten.

Die Länder würden gesetzlich verpflichtet, Investitionsmittel nach Maßgabe der von ihnen zu verantwortenden stationären Kapazitäten einzuzahlen. Dabei wäre es sicherlich angebracht, die Höhe der Mittel

nach dem spezifischen Bedarf, den verschiedene medizinische Abteilungen erfahrungsgemäß verursachen, zu differenzieren. Aus Praktikabilitätsgründen wird man sich freilich auf einen einfach zu ermittelnden Indikator wie den der Bettenzahl verständigen müssen, wobei eine Gewichtung nach der medizinischen Abteilung sinnvoll sein mag. Die Länder hätten also pro gewichtetem Krankenhausbett eine Pauschale („Bettenpauschale“) in den Investitionsfonds einzuzahlen. Wichtig ist hierbei, dass die Zahlungsverpflichtung der Länder an einer Größe anknüpft, die sie selbst steuern können, was bei der Bettenkapazität unterstellt werden kann, nicht aber etwa bei erbrachten Leistungsmengen.

Die Höhe der Bettenpauschalen wäre so zu bemessen, dass die Fondseinzahlungen ausreichen, die Summe der Investitionspauschalen zu finanzieren, die die Krankenversicherungen an die stationären Einrichtungen leistungsabhängig zu zahlen hätten. Ob die Investitionsmittel vom Fonds an die Krankenhäuser direkt ausgezahlt werden oder indirekt über die Krankenversicherungen, wäre allein unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität zu entscheiden. Die Höhe der Investitionspauschalen wäre durch empirische Erhebung des festgestellten Bedarfs zu bestimmen, und zwar im Prinzip so wie dies schon heute geschieht. Nach § 10 KHG sind die Länder schon heute angehalten, so genannte leistungsorientierte Investitionspauschalen an die Plankrankenhäuser ihres Zuständigkeitsbereichs zu zahlen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) liefert die Kalkulationen, auf deren Grundlage der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsam jährlich den leistungsbezogenen Investitionsbedarf ermitteln.¹⁰²

¹⁰² Das InEK wurde 2001 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der

Für jeden Behandlungsfall hätte jedes Plan-
krankenhaus also grundsätzlich Anspruch
auf eine leistungsorientierte Investitions-
pauschale. Solange es sich um eine im Rah-
men des Standardtarifs ausgeführte Be-
handlung handelte, wäre mit der Zahlung
der Investitionspauschale der Beitrag zur
Kapazitätsvorhaltung abgegolten. Bei Be-
handlungen im Rahmen eines Wahltarifs
mit Versorgungsmanagement müsste es
dagegen möglich sein, zwischen Kranken-
haus und Krankenversicherung Zu- und Ab-
schläge zu vereinbaren. Die Zuschläge hätte
die kontrahierende Krankenversicherung
aufzubringen. Im Gegenzug wäre sie be-
rechtigt, Abschläge einzubehalten. Dadurch
würden Anreize für die Krankenversiche-
rung gesetzt, die Zahlungsbereitschaft ihrer
Versicherten für die Vorhaltung stationärer
Kapazitäten zur Geltung zu bringen. Die In-
vestitionspauschalen, die im Behandlungs-
fall nach VM-Tarif zu zahlen wären, würden
folglich unmittelbarer als die Investitions-
pauschalen, die im Rahmen des Standard-
tarifs gezahlt werden, die Nachfrage der
Versicherten nach stationären Kapazitäten
berücksichtigen. In dem Maße, wie der VM-
Tarif den Standardtarif verdrängt, würde
sich die Datenbasis, die das InEK zur Ermitt-
lung von Investitionspauschalen nutzt, also
nachfrageorientiert verändern. Die Inves-
titionspauschalen würden sich immer we-
niger am Ist-Bedarf der Krankenhäuser, der
durch Überversorgung gekennzeichnet ist,
orientieren. Sie würden immer stärker und

unmittelbarer die Zahlungsbereitschaft der
Versicherten für die medizinisch indizierte
Vorhaltung stationärer Kapazitäten berück-
sichtigen.

Die gesetzliche Verpflichtung der Länder,
Bettenpauschalen in den Investitionsfonds
einzuzahlen, hätte einen doppelten Vorteil.
Zum einen würde die festgestellte Unterfi-
nanzierung der Krankenhausinvestitionen
gestoppt. Zum anderen hätten die Länder
einen Anreiz, den Bedarf an stationären Ka-
pazitäten im eigenen Zuständigkeitsbereich
kritisch zu überprüfen. Mit jedem Kranken-
hausbett, das aus der Bedarfsplanung her-
ausfiele, entfielen die Verpflichtung zur Zah-
lung einer Bettenpauschale. Den Ländern
würde auf der Ebene der Investitionsfinan-
zierung die in Abschnitt 3.2 beschriebene
Möglichkeit zur Kostenexternalisierung ge-
nommen.

Hinsichtlich der gesamten Investiti-
onsmittel, die den Krankenhäusern nach
dem skizzierten Modell am Ende zuwach-
sen würden, gäbe es zwei gegenläufige Ef-
fekte zu bedenken. Einerseits würden die
Länder gezwungen, pro Krankenhausbett
mehr Mittel zur Verfügung zu stellen. Ande-
rerseits würden sie angeregt, einen Kapazi-
tätsabbau zu prüfen, um Investitionsmittel
einzusparen. Welcher Effekt per Saldo über-
wiegt, lässt sich nicht mit Gewissheit prog-
nostizieren. Es ist aber der Fall nicht auszu-
schließen, dass die gesamten Fördermittel
der Länder zunehmen. Man könnte mei-
nen, dass sich das diskutierte Problem der
Überversorgung im stationären Bereich da-
mit sogar noch verschärft. Mit mehr Mit-
teln lassen sich schließlich mehr Leistungen
finanzieren. Diese Sorge lässt sich indes-
sen ausräumen. Zu unterscheiden sind da-
bei kostendeckende und gewinnorientierte
Krankenhäuser. Erstere werden wie in Ab-
schnitt 3.2 beschrieben angeregt, Leistungs-
mengen zurückzunehmen, wenn der Druck,
Deckungsbeiträge zu erwirtschaften, nach-
lässt. Bei gewinnorientierten Krankenhäu-

Privaten Krankenversicherung und der Deutschen
Krankenhausgesellschaft als gemeinnützige GmbH
gegründet. Es unterstützt die Vertragspartner bei
der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und
kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-
Systems auf der Grundlage des § 17b KHG. Die leis-
tungsorientierten Investitionspauschalen kommen
bisher nur in zwei Ländern (Berlin und Hessen) zur
Anwendung. In einer gemeinsamen Pressemitteil-
ung vom 31. März 2017 weisen der GKV-Spitzen-
verband, die PKV und die DKG darauf hin, dass der
ermittelte bestandserhaltende Investitionsbedarf
der Krankenhäuser bundesweit bei sechs Mrd. Euro
liege, von denen derzeit gerade einmal die Hälfte
von den Bundesländern gedeckt würde.

sern ist das zwar anders, denn wenn der Erlös pro Behandlung steigt, wächst auch der Anreiz, die Leistungsmenge auszudehnen. Im Rahmen der jährlichen Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen über Leistungsentgelte gäbe es indessen die Möglichkeit, Vergleiche mit kostendeckenden Häusern anzustellen und medizinisch fragwürdige Leistungsausweitungen zu unterbinden. Unabhängig von der Frage, ob die gesamten Investitionsmittel zunehmen oder nicht, wäre eine Steigerung der Effizienz zu erwarten, weil den Ländern die Möglichkeit zur Kostenexternalisierung genommen wäre.

Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen wurde in diesem Abschnitt mit der Einrichtung eines Investitionsfonds verknüpft. Die Verknüpfung ist nicht zwingend geboten. Sie kann vielmehr unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität diskutiert werden. Die Fondsidee dient primär dem Zweck, Zahlungsströme zu veranschaulichen und Verantwortlichkeiten festzumachen. Die Monopolkommission hat 2008 abweichend vorgeschlagen, die Mittel der Bundesländer zur Investitionsfinanzierung unmittelbar dem Gesundheitsfonds zukommen zu lassen und über die Versichertenpauschalen an die gesetzlichen Krankenversicherungen auszuschiütten.¹⁰³ Dabei sieht die Monopolkommission freilich die Gefahr, dass es zu einer Quersubventionierung von Krankenhäusern in Bundesländern mit niedrigen Förderquoten zulasten von Häusern in solchen Bundesländern kommt, die ihrer Förderverpflichtung bislang in vergleichsweise großem Umfang nachkommen. Der Beirat zieht es vor, Investitions- und Gesundheitsfonds getrennt zu diskutieren, weil bei Investitionen Einzahlungen und Auszahlungen anderen Bemessungsregeln zu folgen haben als bei Betriebskosten. Das soll indes nicht ausschließen, dass in der Praxis beide Fonds gemeinsam gemanagt werden.

¹⁰³ Monopolkommission, 2008, a.a.O., TZ 849.

Die Überlegungen im 4. Abschnitt zu den Reformoptionen begründen politische Schlussfolgerungen, die in den nachfolgenden Empfehlungen des Beirats ihren Niederschlag finden.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Die Empfehlungen decken sich in weiten Bereichen mit jenen, die die Monopolkommission schon 2008 formuliert hat. Eine konkrete Empfehlung, die über die der Monopolkommission hinausweist, betrifft die Umstellung von der standort- zur erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung.

5. Empfehlungen

Dieses Gutachten nimmt Hinweise auf Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern zum Anlass, Reformen in der Ressourcensteuerung zu diskutieren. Als Ursache der Versorgungsmängel werden bettenbezogene Überkapazitäten neben einer wirtschaftlich und medizinisch ungesunden Betriebsgrößenstruktur identifiziert. In Deutschland gibt es zu viele kleine und schlecht ausgerüstete Krankenhäuser, die sich nicht kosteneffizient betreiben lassen. Fallende Durchschnittskosten und nicht auskömmlich finanzierte Investitionen geben den betroffenen Einrichtungen starke Anreize, ihre Leistungsmengen über das medizinisch indizierte Maß hinaus mit dem Ziel auszuweiten, Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Als Gegenmaßnahmen empfiehlt der Beirat mehrheitlich die Ausweitung der Verantwortung der Krankenversicherungen für die Steuerung der Ressourcen im Krankenhauswesen sowie Veränderungen in der Investitionsfinanzierung.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Eine Minderheit von Mitgliedern des Beirats sieht eher Chancen in einem anderen Reformansatz (siehe Abschnitt 4.3.4.)

Für die Investitionsfinanzierung sieht der Beirat zwei Lösungsmöglichkeiten. Nach der einen würden die Bundesländer ihre Zuständigkeit bei der Finanzierung abgeben. Der ökonomische Vorteil bestünde darin, dass den Ländern die Möglichkeit genommen würde, die Kosten von Fehlplanungen zu externalisieren. Von Nachteil wäre, dass mit politischen und u.U. auch verfassungsrechtlich begründeten Vorbehalten zu rechnen ist. Die alternative Lösung sähe vor, die Länder gesetzlich zu verpflichten, ihrer finanziellen Verantwortung für die Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten konsequent nachzukommen. Die verfassungsrechtlichen Vorbehalte sollten geringer sein als bei der ersten Lösung. Auch sollten sich die Länder gezwungen sehen, den Bedarf an Krankenhausbetten im eigenen Zuständigkeitsbereich wegen der finanziellen Anforderungen an den Landeshaushalt kritischer zu beurteilen und auf einen Rückbau von Überkapazitäten hinzuwirken. Nachteilig wäre hingegen, dass die Anreize der Länder, Kosten von Fehlplanungen zu externalisieren, nur im Bereich der Inves-

titionen beseitigt würden und nicht auch im Bereich des laufenden Betriebs von Krankenhäusern.

Als unmittelbar wirksames Mittel gegen Über- und Fehlversorgung in den Krankenhäusern empfiehlt der Beirat mehrheitlich das Konzept eines selektivvertraglichen Versorgungsmanagements. Während Veränderungen in der Investitionsfinanzierung am Angebot von Krankenhauskapazitäten ansetzen, zielt Versorgungsmanagement unmittelbar auf die Erbringung von Versorgungsleistungen für Patienten. Einer angebotsinduzierten Nachfrage nach solchen Leistungen soll entgegengewirkt werden, was dann mittelbar auch eine dämpfende Wirkung auf die Nachfrage nach Krankenhauskapazitäten hat. Selektivvertragliches Versorgungsmanagement ist in der GKV unterentwickelt. Der Beirat identifiziert zwei Hauptgründe. Zum einen ist es den Krankenversicherungen im Rahmen des geltenden Sozialrechts nicht im ausreichenden Maße gestattet, mit den Leistungserbringern selektiv zu kontrahieren. Zum anderen verfügen sie nicht über die notwendigen Instrumente, die Kostenersparnisse, die ein kluges Versorgungsmanagement verspricht, den Versicherungsnehmern unverzerrt weiterzugeben. Der Beirat empfiehlt daher, die gesetzlichen Hindernisse zu beseitigen und die Krankenversicherungen mit wettbewerblichen Mitteln in die Rolle derjenigen Institutionen zu drängen, die Verantwortung für eine effiziente Nutzung der Ressourcen im Gesundheitswesen tragen.

Demgemäß sollte also Über- und Fehlversorgung im deutschen Krankenhauswesen durch eine Doppelstrategie bekämpft werden. Mit selektivvertraglichem Versorgungsmanagement sollten die Möglichkeiten der Krankenhäuser eingeschränkt werden, Leistungen über das medizinisch indizierte Maß hinaus zu erbringen. Mit einer veränderten Finanzierung sollten ande-

rerseits die Investitionsmittel stärker dahin gelenkt werden, wo sie den höchsten medizinischen Nutzen versprechen. Nicht benötigte, vor allem zu kleine Einrichtungen sollten sich zur Aufgabe gedrängt sehen.

Damit sich Versorgungsmanagement in der GKV besser entfalten kann, empfiehlt der Beirat dem Gesetzgeber zusammenfassend folgende Maßnahmen:

- (i) Krankenversicherungen und Leistungserbringern muss das Recht zum selektiven Kontrahieren stärker als bisher und vor allem in der stationären Versorgung eingeräumt werden.¹⁰⁶
- (ii) Im Rahmen des selektiven Kontrahierens muss es erlaubt sein, nicht nur Mengen zu vereinbaren, sondern auch Preise, die von den kollektivvertraglich vereinbarten Versorgungspauschalen abweichen. Insbesondere muss es möglich sein, Zu- und Abschläge zu Lasten bzw. zu Gunsten der kontrahierenden Krankenversicherung zu vereinbaren.
- (iii) Den gesetzlichen Krankenkassen muss das Recht eingeräumt werden, Wahltarife mit einem die Versicherungsnehmer weitgehend bindendem Versorgungsmanagement („VM-Tarif“) anzubieten. Ein VM-Tarif muss alle Pflichtleistungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss für die GKV festgelegt hat, abdecken. Kennzeichen eines VM-Tarifs ist es, dass er bei der Leistungserbringung im Versorgungsfall Vorgaben macht und für den Verzicht auf Freiheiten bei der Arzt- und Therapiewahl dem Versicherungsnehmer einen Bonus gewährt.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Die Koexistenz von Kollektivverträgen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Krankenhäusern soll damit nicht infrage gestellt werden.

¹⁰⁷ Als Beispiel für erwägenswerte Einschränkungen der Therapiewahl mag eine Stärkung der Verbindlichkeit von anerkannten medizinischen

(iv) Die Einsparung bei den Versicherungskosten, die ein VM-Vertrag verspricht, muss dem Versicherungsnehmer unverfälscht zugutekommen. Das setzt das Recht der Krankenkassen voraus, Boni in Euro-Beträgen auszahlen zu dürfen, und zwar unabhängig von der Höhe des vom Versicherungsnehmer persönlich entrichteten Beitrags an die GKV.

Die Prinzipien der Solidarität und Beitragsgerechtigkeit, die für die GKV prägend sind, bleiben unverletzt, wenn sich die ausgezahlten Boni an der Einsparung der Versicherungskosten orientieren, die mit den Einschränkungen von Arzt- und Therapiewahl und mit dem Verzicht auf medizinisch nicht unmittelbar indizierte Leistungen zu erzielen sind. Die Kalkulation von Boni und noch mehr die Entwicklung eines selektivvertraglichen Versorgungsmanagements verlangen indessen Fähigkeiten im Management und bei der Beherrschung aktuarischer Methoden, wie sie mitgliederstarke Krankenversicherungen leichter vorhalten können als kleine Versicherungen. Von daher dürfte sich bei Übernahme der Beiratsempfehlungen der Konzentrationsprozess in der GKV beschleunigen.¹⁰⁸

Um eine auskömmliche Finanzierung von Krankenhausinvestitionen zu gewährleisten, empfiehlt der Beirat dem Gesetzgeber folgende Maßnahmen:

(i) Die standortbasierte Versorgungsplanung ist konsequent auf eine erreichbarkeitsorientierte Planung umzustellen. Mit der Festlegung der Erreichbarkeitsvorgaben ist – wie schon heute – der Ge-

meinsame Bundesausschuss als Expertengremium zu beauftragen.¹⁰⁹

(ii) Die Sicherstellung der stationären Versorgung ist finanziell dadurch zu gewährleisten, dass nur solche Krankenversicherungen eine Zulassung erhalten, die sich auf ein flächendeckendes und den Erreichbarkeitsvorgaben genügendes Vertragssystem mit Leistungsanbietern stützen können.

(iii) Die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen ist neu zu regeln, wobei zwei Reformmodelle zur Wahl gestellt werden: (a) der Wechsel zur monistischen Finanzierung und (b) die Einrichtung eines Investitionsfonds.

Der Wechsel zur monistischen Finanzierung (a) bedeutet, dass die Bundesländer ihre Verantwortung für die Finanzierung von Krankenhauskapazitäten an die Krankenversicherungen abtreten. Nicht länger der Steuerzahler, sondern der Versicherungsnehmer hat die als notwendig erachteten Investitionen zu finanzieren. Die Beiträge zur GKV und die Prämien zur PKV sind entsprechend anzupassen.

Das alternative Modell (b) hält an der Verantwortung der Länder zur Finanzierung von Krankenhauskapazitäten fest. Es verpflichtet die Länder aber gesetzlich, für jedes Krankenhausbett aus ihrem Zustän-

Leitlinien dienen.

¹⁰⁸ Ein solcher Konzentrationsprozess ist immer mit wettbewerblichen Wirkungen verbunden. Dass kein Missbrauch von Marktmacht resultiert, wäre sicherzustellen. Indessen ist es schon seit 2013 Aufgabe des Kartellamtes sicherzustellen, dass Fusionen von gesetzlichen Krankenkassen den Missbrauch von Marktmacht nicht begünstigen.

¹⁰⁹ In jüngerer Zeit wurden Zweifel an der verfassungsrechtlichen Stellung des G-BA und seiner demokratischen Legitimation vorgebracht. Der Beirat steht zur Existenz des G-BA und geht davon aus, dass sich berechtigte Zweifel weniger auf die Funktion und Regelungskompetenz des G-BA beziehen als vielmehr auf seine mitgliedschaftliche Zusammensetzung. Diesbezügliche Reformüberlegungen sind aber nicht Gegenstand dieses Gutachtens. Stattdessen wird auf die Literatur verwiesen, insbesondere auf Hartmann, Stephan, Justus Haucap und Ferdinand Wollenschläger, 2017, Vorschläge zur Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses: Gemeinwohlorientierung und Innovationsoffenheit stärken, Stiftung Münch: Reformkommission Gemeinsamer Bundesausschuss.

digkeitsbereich eine Pauschale in einen einzurichtenden Investitionsfonds einzuzahlen, die sich an den Investitionskosten der jeweiligen Fachabteilung orientiert. Das Niveau der Pauschalen ist so zu bemessen, dass die Fondseinnahmen reichen, die Investitionspauschalen zu finanzieren, die die Krankenversicherungen an die stationären Einrichtungen leistungsorientiert zu zahlen haben. In beiden Modellen erwirbt ein Krankenhaus mit jedem Behandlungsfall den Anspruch auf eine leistungsorientierte Investitionspauschale.¹¹⁰

Die Realisierung eines solchen Reformpakets hätte zweifellos weitreichende Konsequenzen für die stationäre Versorgung in Deutschland. Die gesetzlichen Krankenkassen müssten bei der Konzeption, Kalkulation und Aushandlung von VM-Tarifen Leistungen erbringen, für die ihnen die notwendigen Erfahrungen weitgehend fehlen, und zwar mehr als den privaten Versicherungen. Insofern verlangt ein solches Reformpaket eine längere Vorbereitungs- und Umsetzungsphase. Die ist allerdings in Kauf zu nehmen, da längerfristig kein Weg daran vorbeiführt, zum Wohl der Versicherten den Krankenversicherungen eine aktivere und verantwortungsvollere Rolle bei der Steuerung der Ressourcen im Krankenhaussektor zuzuweisen.

¹¹⁰ Die Bemessung der Investitionspauschalen fällt derzeit in den Zuständigkeitsbereich des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Verzeichnis der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen

Prof. Dr. Thies Büttner (Vorsitzender)	Nürnberg-Erlangen
Prof. Dr. Marcel Thum (Stellv. Vorsitzender)	Dresden
Prof. Klaus Adam, PhD	Mannheim
Prof. Dr. Dieter Brümmerhoff	Rostock
Prof. Dr. Lars P. Feld	Freiburg/Br.
Prof. Dr. Lutz Fischer	Hamburg
Prof. Nicola Fuchs-Schündeln, PhD	Frankfurt/M.
Prof. Dr. Clemens Fuest	München
Prof. Dr. Heinz Grossekkettler	Münster/W.
Prof. Dr. Klaus Dirk Henke	Berlin
Prof. Dr. Joachim Hennrichs	Köln
Prof. Dr. Johanna Hey	Köln
Prof. Dr. Bernd Friedrich Huber	München
Prof. Dr. Wolfgang Kitterer	Köln
Prof. Dr. Kai A. Konrad	München
Prof. Dr. Jan Pieter Krahen	Frankfurt/M.
Prof. Dr. Gerold Krause Junk	Hamburg
Prof. Dr. Alois Oberhauser	Freiburg/Br.
Prof. Dr. Rolf Peffekoven	Mainz
Prof. Dr. Helga Pollak	Göttingen
Prof. Dr. Wolfram F. Richter	Dortmund
Prof. Dr. Nadine Riedel	Bochum
Prof. Jörg Rocholl, PhD	Berlin
Prof. Dr. Kerstin Roeder	Augsburg
Prof. Dr. Ronnie Schöb	Berlin
Prof. Dr. Ulrich Schreiber	Mannheim
Prof. Dr. Hartmut Söhn	Passau
Prof. Dr. Christoph Spengel	Mannheim
Prof. Dr. Klaus Stern	Köln
Prof. Dr. Christian Waldhoff	Berlin
Prof. Dr. Alfons Weichenrieder	Frankfurt/M.
Prof. Dr. Dietmar Wellisch	Hamburg
Prof. Dr. Wolfgang Wiegard	Regensburg
Prof. Volker Wieland, PhD	Frankfurt/M.
Prof. Dr. Horst Zimmermann	Marburg/Lahn

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium der Finanzen
Referat für Öffentlichkeitsarbeit
Wilhelmstr. 97, 10117 Berlin

Stand

April 2018

Bildnachweis

Ilja C. Hendel

Redaktion

Wissenschaftlicher Beirat
beim Bundesministerium der Finanzen

Weitere Informationen im Internet unter

www.bundesfinanzministerium.de
www.bundesfinanzministerium.de/wissenschaftlicher-beirat

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums der Finanzen. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Nicht zulässig ist die Verteilung auf Wahlveranstaltungen und an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben von Informationen oder Werbemitteln.