

# 1 Krankenhäuser als Erkenntnisobjekt der Betriebswirtschaftslehre

Die Führung von Krankenhäusern ist heute ohne professionelles Management-Wissen nicht mehr vorstellbar. Zwischen Medizin und Ökonomie gibt es nicht nur Zielkonflikte, sondern auch grundsätzliche Gemeinsamkeiten. In diesem Einführungskapitel wird gezeigt, worin die ökonomischen Schwachstellen im deutschen Gesundheitswesen bestehen und welche Managementherausforderungen sich daraus ergeben. Damit werden die Grundlagen gelegt, Krankenhäusern den Weg zu modernen Dienstleistungsunternehmen zu ebnen. Eine zielführende Anwendung von praxiserprobten Management-Methoden im Krankenhaus setzt voraus, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu Unternehmen in anderen Branchen zu analysieren und zu verstehen.

## 1.1 Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

### 1.1.1 Medizin und Ökonomie – Spannungsfeld oder spannendes Feld?

Obwohl sich die Ökonomie schon seit mindestens 40 Jahren intensiv mit dem Gesundheitswesen auseinandersetzt, gibt es nach wie vor unterschiedliche Standpunkte darüber, welcher Stellenwert der Betriebswirtschaftslehre und der Volkswirtschaftslehre in dieser speziellen Branche zukommen soll. Nicht wenige Beteiligte aus den Gesundheitsberufen empfinden den ökonomischen Druck als Belastung und wünschen sich vergangene Zeiten zurück, in denen die allgemeine Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen weit weniger spürbar war als heute.

Aus der Perspektive der Ökonomie ist das Gesundheitswesen nicht allein aufgrund der absoluten Größe (Ausgabevolumen rund 280 Mrd. EUR, über 4 Millionen Beschäftigte), sondern auch wegen der Komplexität und Vielfalt von Zielen, Leistungen und

Beteiligten ein interessantes Erkenntnisobjekt. Dem stehen allerdings viele Vorbehalte auf der Seite der Medizin gegenüber. Die gegen die Ökonomie gerichteten Kritikpunkte kristallisieren sich bisweilen in Begrifflichkeiten: Der **Patient** soll nicht **Kunde** genannt werden, weil dadurch das besondere Vertrauensverhältnis in einer Arzt-Patienten-Beziehung gestört wird. Oder es entzündet sich intensive Kritik an dem Begriff **Gesundheitswirtschaft**, weil dadurch ebenfalls eine *Ökonomisierung* des Gesundheitswesens zum Ausdruck kommt, die abzulehnen sei.

Diese Kritikpunkte sind sehr ernst zu nehmen, allerdings basieren sie zum Teil auch auf vermeidbaren Missverständnissen. Rein etymologisch betrachtet stammt das Wort Patient aus dem Lateinischen und bedeutet der (*Er-*)*Duldende*, der *Leidende* oder der *Ertragende*. Eine solche Bedeutung kann heute niemand mehr ernsthaft wollen. Zudem heben Kritiker der Formel *Patient gleich Kunde* oftmals einseitig das Negative an einer wirtschaftlichen Transaktion hervor, das entstehen kann, wenn die schwächere Nachfragerseite von der ggf. dominierenden Anbieterseite übervorteilt wird. Dies ist aber gar nicht gemeint, wenn Ökonomen die Formulierung verwenden, der Patient sollte als Kunde eingestuft werden. In den Wirtschaftswissenschaften ist der Kunde der souveräne Nachfrager einer Dienstleistung und das ökonomische System bietet den Leistungserbringern Anreize, damit diese für ihre Kunden die bestmögliche Leistung erbringen. Dabei erkennt auch die Ökonomie, dass es im Gesundheitswesen viele Fälle gibt, in denen diese marktorientierte Herangehensweise nicht tragfähig ist, z.B. bei bewusstlosen oder dementen Patienten. Es wird auch kaum ein Ökonom bestreiten wollen, dass die spezielle Art der Leistungserstellung im Gesundheitswesen ein besonderes Vertrauensverhältnis, z.B. zwischen Arzt und Patient, benötigt. Dennoch ist die Schlussfolgerung für den Ökonomen an dieser Stelle, dass die schrittweise Weiterentwicklung des Gesundheitswesens dieser Leitidee folgen sollte und der Patient zum Kunden wird. Dies wird in empirischen Studien auch von Patienten bestätigt.

Setzt man diesen Gedanken konsequent fort, entsteht die Forderung, dass sich die Leistungserbringer, insbesondere die Krankenhäuser, zu modernen Dienstleistungsunternehmen weiterentwickeln. In diesem Sinne wird daher seit einiger Zeit der Begriff **Gesundheitswirtschaft** anstelle von *Gesundheitswesen* verwendet. Auch diese Formulierung wird bisweilen als Ausdruck der überbordenden Ökonomisierung der Medizin kritisch betrachtet. Möglicherweise wird damit die Diskussion um *Patient gleich Kunde* nur auf einer anderen Ebene fortgeführt. Dem entsprechend soll auch diese Kritik an dieser Stelle relativiert werden. Aus der Perspektive des Ökonomen ist der Begriff *Gesundheitswirtschaft* Ausdruck einer Professionalisierung der Auseinandersetzung mit diesem besonderen Segment unserer Volkswirtschaft. Es soll damit nicht infrage gestellt werden, dass die Leistungserstellung in diesem Bereich besondere Rahmenbedingungen aufweist.

In diesem Buch soll daher eine Herangehensweise an ökonomische Probleme von Krankenhäusern gewählt werden, die eine Harmonisierung der wissenschaftlichen Fachdisziplinen Ökonomie und Medizin anstrebt. Gegnerschaft oder gar Feindseligkeiten behindern nur zielgerichtete Lösungen. Moderne Lösungen erfordern in diesem Bereich stets eine interdisziplinäre Herangehensweise. Vielleicht können die unterschiedlichen Perspektiven mithilfe folgender Analogien angenähert werden: Zwischen Betriebswirtschaftslehre und Medizin gibt es eine einfache Parallelität. Der Mediziner kümmert sich um den Menschen als Patient, der *Patient* des Betriebswirts ist das Unternehmen. Beide Disziplinen haben einen zentralen Grundkonsens bei all ihren Entscheidungen.

**!** Für den Mediziner gilt der alte Grundsatz der hippokratischen Tradition, nach dem „kein Schaden“ entstehen darf („*primum nihil nocere*“). In der Ökonomie gibt es einen ähnlichen Grundsatz: Rationales Handeln bedeutet, Verschwendung zu vermeiden.

### 1.1.2 Wie viel Marktwirtschaft braucht die Branche Gesundheit?

Der wohl wichtigste Unterschied zwischen der Gesundheitswirtschaft und anderen Wirtschaftszweigen besteht für den Ökonomen darin, dass der Leistungsaustausch nicht wie üblich zwischen zwei Marktseiten (Angebot und Nachfrage) erfolgt, sondern drei Beteiligte mit z.T. besonderen Spezifika existieren. Zunächst gibt es die Seite der Patienten bzw. der Versicherten. Im Krankheitsfall benötigt der Patient Leistungen, die nicht selten von existenzieller Bedeutung für ihn selbst sind. Diese werden von einem System unterschiedlichster Leistungserbringer (Krankenhäuser, niedergelassene Mediziner, Apotheken, u.a.) bereitgestellt. Anders als bei normalen Wirtschaftsleistungen erfolgt die Vergütung nicht direkt von den Nachfragern der Leistungen, sondern über ein Versicherungssystem aus gesetzlichen (GKV) und privaten (PKV) Krankenversicherungen. In diesem Dreieck (s. Abb. 1) der Beteiligten können daher drei Märkte unterschieden werden, der **Leistungsmarkt**, der **Finanzierungsmarkt** und der **Vertragsmarkt** [vgl. z.B. Cassel 2005].

Für den Ökonomen ist es zunächst eine Selbstverständlichkeit, dass Märkte **Wettbewerb** benötigen. Ohne Wettbewerb gibt es keine effizienten Leistungssysteme, die sich dynamisch weiterentwickeln und durch Innovationen sukzessive zu einer verbesserten Erfüllung von Kundenwünschen führen. Wettbewerb ist aber an Voraussetzungen gekoppelt und kann auch zu unerwünschten Effekten führen. In diesem Buch soll daher weder ein zu euphorischer Wettbewerbsoptimismus, noch eine strikte Ablehnung von Wettbewerb im Gesundheitswesen die Grundlage sein.

**!** Wettbewerb kann mit dem Einsatz von Medikamenten verglichen werden:  
 ● Wichtig ist die richtige Dosierung.

Wie die Ausführungen in diesem Kapitel noch zeigen werden, gibt es aktuell zweifelsohne zahlreiche Hemmnisse für Wettbewerb. Der *Patient Gesundheitswesen* erhält derzeit eine *Unterdosis* dieses sehr sinnvollen Medikaments. Es sind daher in den genannten drei Märkten die Bereiche zu identifizieren, die wettbewerbslich unterversorgt sind. Am Ende des Tages wird es aber nie einen schrankenlosen Wettbewerb in dieser speziellen Branche geben; auch dieses Medikament sollte nicht überdosiert werden.

**!** Fairer Wettbewerb auf Märkten setzt *gleich lange Spieße* voraus.

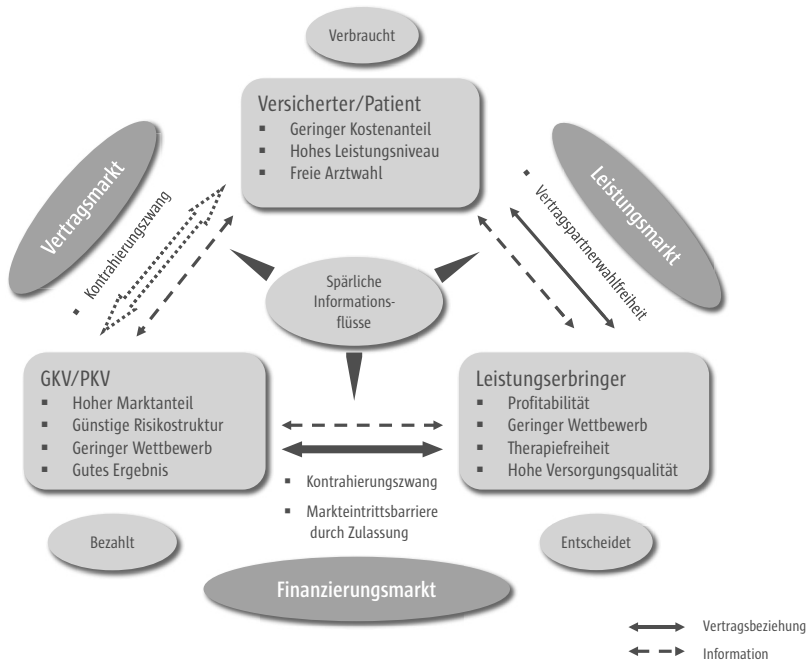


Abb. 1 Dreieck der Beteiligten in der Gesundheitswirtschaft

Mit anderen Worten: Beide Marktseiten – Angebot und Nachfrage – sollten über vergleichbare Vertragsmacht und Informationen verfügen. In Bezug auf diese beiden Kriterien zeigen die drei Märkte im Gesundheitswesen allerdings wichtige Besonderheiten und Defizite auf. Daher greift der Staat regulierend in diese Märkte ein. Als erstes soll auf die Seite der Patienten bzw. Versicherten eingegangen werden. Eine zentrale Besonderheit des Gesundheitswesens ist darin zu sehen, dass es grob gesprochen eine 80/20-Teilung gibt: Etwa 80% der Leistungen werden für nur 20% der Menschen erbracht, und umgekehrt benötigen 80% der Versicherten nur 20% der Gesundheitsleistungen. Zwar gilt für jeden gesunden Versicherten die Unsicherheit, dass es auch *ihn treffen* könnte. Es bleibt aber das Phänomen im Versicherungsmarkt, dass für 80% der Menschen ohne gravierenden Versorgungsbedarf der Wettbewerb primär über die Beitragszahlungen geht. Diesem Preiswettbewerb für die Mehrheit der Bevölkerung steht ein Qualitätswettbewerb für die verbleibenden 20% der Versicherten gegenüber, die einen aufwändigen Versorgungsbedarf haben.

Eine weitere Besonderheit in der Gesundheitswirtschaft besteht in dem Phänomen der **Informationsasymmetrie**. Die Nachfrager von Gesundheitsleistungen haben, von Ausnahmen abgesehen, einen ausgeprägten Informationsnachteil insbesondere gegenüber den Leistungserbringern, aber auch gegenüber den Krankenkassen. Das hohe Niveau des Expertenwissens eines Medizinstudiums und jahrelanger Berufserfahrung kann auch durch stetig zunehmende Informationsangebote für Patienten im Internet nicht ausgeglichen werden. Hinzu kommt, dass der Patient auch bei ausgesprochen elektiven Leistungen nicht mit der gleichen Intensität Marktforschung betreibt, mit der er beispielsweise sein nächstes Auto oder Smartphone aussucht.

Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber Patienten und Versicherte unter einen besonderen Schutz gestellt. Auf dem Vertragsmarkt herrscht der sogenannte **Kontrahierungszwang**, d.h. die gesetzlichen Krankenkassen müssen Versicherte unabhängig von deren Gesundheitsstatus aufnehmen. Nur in dem kleinen Marktsegment der privaten Krankenversicherungen gelten die üblichen aktuarischen Vertragsverhältnisse, bei denen die Versicherungsprämien risikoadäquat kalkuliert werden. Aber auch dort gilt für Neugeborene beispielsweise der Aufnahmehzwang. Der Versicherte in der GKV wird ferner durch das Sachleistungsprinzip und weitestgehende Kostenerstattung geschützt. Diese umfangreichen Schutzmechanismen sind zwar eindeutig positive sozialpolitische Errungenschaften, in Zeiten knapper werdender Ressourcen müssen solche Konstrukte aber auf Fehlsteuerungsanreize untersucht werden. Ohne Eigenleistungen der Patienten besteht beispielsweise die Gefahr des sogenannten *Moral Hazard*, also der Überinanspruchnahme von Leistungen durch Patienten zu Lasten der Versichertengemeinschaft.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen haben die Versicherten in Deutschland die volle Wahlfreiheit gegenüber den Leistungserbringern. Das Recht der freien Arztwahl wird bei uns als hohes Gut eingeschätzt. Reformvorschläge, die sich an dem aus den USA stammenden Leitkonzept des **Managed Care** orientieren, sehen darin erhebliche Einsparpotenziale. Der Grad der Umsetzung solcher Maßnahmen ist derzeit aber noch eher gering. Dies führt nicht nur auf der Seite der Versicherten, sondern auch bei den Leistungserbringern zu einer vergleichsweise komfortablen Marktposition. Ärzte und Krankenhäuser haben den Informationsvorsprung und können selbst über die Leistungen bestimmen, die sie persönlich oder andere an den Patienten erbringen. Diese Konstellation wird auch als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet. Auf dem Finanzierungsmarkt herrscht ebenfalls Kontrahierungszwang. Krankenkassen müssen mit den Leistungserbringern in eine Vertragsbeziehung eintreten, d.h. deren Leistungen bezahlen, sofern diese spezielle Markteintrittsbarrieren überwunden haben. Dazu sind lediglich die Voraussetzungen zu erfüllen, dass Krankenhäuser im Landesbedarfsplan enthalten sind und Ärzte mit der Approbation die entsprechende wissenschaftliche und praktische Qualifikation, sowie die Erlaubnis zur Niederlassung erworben haben. Im Gegensatz zu den Beziehungen zwischen Versicherung und Patient sowie Arzt und Patient sind auf dem Finanzierungsmarkt beide Vertragsseiten *Profis*. Daher sind die Informationsasymmetrien geringer als zwischen Arzt und Patient. Allerdings trägt der Arzt die letztendliche Verantwortung für den Patienten und sitzt daher immer *am längeren Hebel*. Wichtige Bestrebungen, eine höhere Wettbewerbsintensität im Gesundheitswesen zu erreichen, setzen an dem Kontrahierungszwang im Finanzierungsmarkt an. Für elektive Leistungen sollen die Krankenkassen selektive Verträge anstelle der bisher üblichen kollektivvertraglichen Vereinbarungen auf der Ebene der Selbstverwaltung abschließen dürfen. Die Leistungsanbieter sehen darin aber die Gefahr eines ungezügelter Preis-Dumpings und wehren solche Reformvorschläge bislang erfolgreich ab.

Insgesamt betrachtet weisen diese drei Teilmärkte der Gesundheitswirtschaft also deutliche Einschränkungen des Wettbewerbs auf. Es gibt Informationsmängel, Marktein- und Marktaustrittsbarrieren sowie ein hohes Maß an staatlicher Regulierung, z.B. Kontrahierungszwänge. Neben diesen allgemeinen Rahmenbedingungen für Wettbewerb spielt die Frage nach der Ausgestaltung des Vergütungssystems für die Leistungserbringer eine zentrale Rolle. Da der Staat regulierend in diesen Markt eingreift, wird ein System von Bezugsgrößen benötigt, nach denen die Leistungser-

bringer vergütet werden. Tabelle 1 gibt die sechs wichtigsten Grundformen mit ihren Anreizmechanismen und negativen Effekten wieder. Diese Grundformen können sich sowohl auf einzelne niedergelassene Mediziner als auch komplexe Organisationen wie Krankenhäuser beziehen [vgl. Robinson 2001].

Tab. 1 Alternative Vergütungskomponenten in der Gesundheitswirtschaft

Vergütungssystem	Ziele/Anreizwirkungen	Negative Effekte
Fixes Gehalt	Anreiz zu Prävention und Gesundheitsförderung	Keine Anreize für Kosteneinsparungen Warteschlangen
Erstattung der tatsächlichen Kosten	Kein ökonomisches Risiko für den Leistungserbringer Innovationsfreundlich	Keine Anreize für Kosteneinsparungen Leistungsausweitungen
Einzelleistungsvergütung	Leistungsorientierung Effiziente Behandlung	Leistungsausweitungen Selektion bestimmter Leistungen (z.B. mit hohen Investitionskosten)
DRG	Keine Anreize für zusätzliche Leistungen Effiziente Behandlung	Qualitätsprobleme Upgrading Kostenverschiebebahnhöfe
Capitation	Anreiz zu Prävention und Gesundheitsförderung Effiziente Behandlung Geringe Verwaltungskosten	Risikoselektion Kostenverschiebebahnhöfe Qualitätskontrollen
Outcome based payment (P4P)	Erhöhung der Qualität Gleichgerichtete Anreizwirkungen für Patient und Leistungserbringer	Gravierende Messprobleme Sehr hoher Verwaltungsaufwand

Die geringsten monetären Anreizwirkungen gehen von der Variante **Fixes Gehalt** aus. Eine solche fixe Vergütung pro Monat oder anderen Zeitintervallen geht von der Annahme aus, dass der Leistungserbringer hinreichend intrinsisch motiviert ist und/oder selbst keinen Einfluss auf die Leistungsmenge nehmen kann. Ein positiver Aspekt kann zudem darin gesehen werden, dass ein Anreiz zu Prävention und Gesundheitsförderung entsteht. Dem gegenüber gibt es aber gravierende negative Effekte. Nicht für alle ärztlichen Tätigkeiten oder von allen ärztlich Tätigen können Höchstleistungen ausschließlich auf der Basis intrinsischer Motivation erwartet werden. Monetäre Anreize haben erfahrungsgemäß starke Auswirkungen auf die handelnden Personen. Fehlen diese Anreize, kommt es zu niedrigen Leistungsproduktivitäten und damit ggf. zu Warteschlangen. Zudem werden keine Anreize zu Kosteneinsparungen gesetzt.

Dieser Nachteil fällt noch ein wenig stärker bei der Vergütungsform **Erstattung der tatsächlichen Kosten** aus. Die Vorteile dieses Systems liegen eindeutig auf der Seite der Leistungserbringer, denn diese brauchen kein ökonomisches Risiko mehr zu tragen. Sogar Investitionen in Innovationen können gefahrlos initiiert werden. Aufgrund der zuvor angesprochenen Gefahr der angebotsinduzierten Nachfrage entsteht in diesem System eine so hohe Gefahr der Leistungsausweitung, dass es in Reinform heute kaum mehr anzutreffen ist.

Der gleiche negative Effekt entsteht bei der **Einzelleistungsvergütung** (englisch: *fee for service*). Sie belohnt zwar zusätzliche Leistungen und führt zu hoher Effizienz und Produktivität. Die Gefahr der Mengenausweitung und der Konzentration auf Leistungen mit hoher finanzieller Attraktivität ist aber so hoch, dass diese Form zumeist nur in Kombination mit Budgetdeckeln anzutreffen ist, z. B. bei niedergelassenen Ärzten in Deutschland. Die gravierende Schwäche der Einzelleistungsvergütung basiert darauf, dass nicht automatisch angenommen werden kann, eine Ausweitung der Bezugsgröße sei erwünscht. Leistungsanbieter werden immer bestrebt sein, eine möglichst hohe Kapazitätsauslastung zu erreichen und dies möglichst profitabel. Bei Kapazitätsüberhang kommt es dann zu unerwünschten Mengenausweitungen, wenn diese im Einflussbereich des Anbieters liegen und die pauschalen Vergütungssätze finanziell attraktiv sind. Einen solchen Effekt konnte man in Deutschland auch im Krankenhausbereich beobachten. Bis Anfang der 90er-Jahre wurden Krankenhäuser nach pauschalen Pflegesätzen pro Tag vergütet. Die durchschnittliche Verweildauer lag damals bei über 18 Tagen, nicht zuletzt, weil es einen starken finanziellen Anreiz zur Ausdehnung der Verweildauern über das medizinisch notwendige Maß hinaus gab.

Neben anderen Maßnahmen können die negativen Effekte dieser Einzelleistungsvergütung dadurch ins Positive gewendet werden, dass andere Bezugsgrößen für die Pauschalierung gewählt werden. So wird in Deutschland seit dem Jahr 2003 im Krankenhausbereich nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (**DRG – Diagnosis Related Groups**) vergütet. Ohne an dieser Stelle auf die Einzelheiten dieses für das Krankenhaus-Management so wichtigen Systems einzugehen (s. Kap. 9), können trotzdem die Anreizmechanismen diskutiert werden. Da das Krankenhaus im Grundkonzept mit einer Pauschale für die gesamte Patientenkarriere vergütet wird, gibt es einen starken Anreiz, keine zusätzlichen Leistungen, z. B. in der Form zusätzlicher Pflegetage, zu erbringen. Anders als bei der Einzelleistungsvergütung ist die Möglichkeiten zur Mengenausdehnung aber begrenzt, weil die Fallzahl von einem Leistungsanbieter nur geringfügig manipuliert werden kann. Negative Effekte sind demgegenüber das Erfordernis externer Qualitätskontrollen, Kodierprobleme und das im Folgenden noch zu erläuternde Phänomen der *Kostenverschiebebahnhöfe*. Trotz dieser Nachteile erscheint das DRG-System derzeit das System zu sein, welches das Spannungsfeld zwischen Leistungsorientierung, Verwaltungsaufwand und unerwünschten Nebenwirkungen am besten ausbalanciert.

Setzt man den Weg von der Einzelleistungsvergütung zur Pauschalierung auf höherer Aggregationsebene in Form der DRGs fort, gelangt man zum Capitation-Konzept. **Capitation** (Lateinisch: *caput* – der Kopf) bezeichnet eine pauschale Vergütung pro Kopf einer in einem System eingeschriebenen Person innerhalb eines zu definierenden Zeitraums. Diese Pauschalierung auf sehr hoher Ebene erscheint auf den ersten Blick sehr vorteilhaft, weil die Verwaltungskosten minimal sind, die Effizienz tendenziell hoch ist und wie beim fixen Gehalt ein Anreiz zu präventiven Maßnahmen besteht. Dem stehen allerdings gravierende Nachteile in Form von Qualitätsproblemen, Risikoselektion und Kostenverschiebungen gegenüber. Streng genommen kann ein solches System nur bei geschlossenen Populationen (z. B. Inseln oder Dialysepatienten) zur Vergütung von Leistungserbringern eingesetzt werden, weil sonst der Anreiz zur Selektion zu hoch wird. Die Leistungsanbieter haben einen ausgesprochen starken finanziellen Anreiz, *schlechte Risiken* an andere weiterzuleiten und möglichst einfache Fälle in ihrem eigenen Wirkungskreis zu konzentrieren.

Als generelles Problem der zuvor diskutierten Vergütungssysteme kann festgehalten werden, dass die Anreizwirkungen des Leistungserbringers nicht automatisch mit den Interessen des Patienten übereinstimmen. Eine Mengenausdehnung muss nicht in jedem Fall gut für den Patienten sein, und Qualitätsprobleme sind niemals in seinem Interesse. Dieser Gedanke führt zum letzten hier anzusprechenden System, der qualitätsorientierten Vergütung. Da diese bislang nur in Pilotprojekten in den USA realisiert wurde, sollen die englischsprachigen Bezeichnungen **Outcome Based Payment** oder Pay for Performance (P4P) verwendet werden. Deren Grundgedanken, Leistungserbringer gemäß der erbrachten Qualität der Leistungen zu vergüten, ist theoretisch bestechend gut, leidet aber an gravierenden praktischen Umsetzungsproblemen. Es gibt bislang so gut wie keine allgemein akzeptierten Performance-Messgrößen, die so gut über die Qualität der erbrachten medizinischen Leistung Auskunft geben können, dass sie als Grundlage der Vergütung dienen könnten. In den praktischen Pilotprojekten in den USA wird zumeist mit sehr einfachen Konzepten und Messgrößen gearbeitet. Hausärzte erhalten beispielsweise eine Prämie für die Teilnahme ihrer Patienten an Schutzimpfungen. Anspruchsvollere theoretische Überlegungen, die z.B. auf die Verwendung von Überlebensraten als Performance-Größe hinauslaufen, erscheinen zu wenig praktikabel. Es darf nie verkannt werden, dass die Leistungserstellung in der Gesundheitswirtschaft stets vom Ausgangszustand des Patienten und seinem Verhalten abhängt und die Konzepte der Risikoadjustierung noch nicht so weit fortgeschritten sind, um die Performance mit einfachen Indikatoren hinreichend valide messen zu können. Die qualitätsorientierte Vergütung wird daher zunächst ein theoretisches Konzept bleiben.



*Alle Varianten zur Vergütung von medizinischen Leistungserbringern weisen mehr oder weniger gravierende Nachteile auf. Der amerikanische Gesundheitsökonom Robinson [2001] hat dies prägnant mit der Formulierung ausgedrückt, es gäbe keine guten, sondern nur schlechte und besonders schlechte Finanzierungssysteme in der Gesundheitswirtschaft. Im Zentrum seiner Kritik stehen die*

- *Einzelleistungsvergütung („do as much as possible for as many people as possible“),*
- *das fixe Gehalt („do as little as possible for as few people as possible“) und*
- *Capitation („do as little as possible for as many people as possible“).*

*Bei der kritischen Würdigung der Vor- und Nachteile dieser Systeme ist allerdings immer auch das zugrunde liegende nationale Gesundheitssystem zu beachten. Ein Einzelleistungsvergütungssystem kann beispielsweise in unterversorgten Ländern sehr positive Effekte auslösen. In gesättigten Märkten führt es dagegen zur Überversorgung.*

Erwähnenswert ist auch, dass die zuvor besprochenen Systeme nur die jeweiligen Basiskonzepte sind. Sie werden i. d. R. nie in Reinform, sondern ergänzt durch Mengekorridore oder Deckelungen, sowie in Kombinationen eingesetzt. Besonders gravierende Probleme ergeben sich, wenn in unterschiedlichen Sektoren eines Gesundheitswesens unterschiedliche Vergütungssysteme im Einsatz sind. Die historisch gewachsene **sektorale Trennung** in unserem Gesundheitswesen wird seit Jahrzehnten stark kritisiert, und gerade in den letzten Jahren wurden vielfältige Ansatzpunkte zu



einer Integration realisiert. An vielen Stellen bleibt aber das wichtige Problem, dass die Sektorengrenzen auch Schnittstellen unterschiedlicher Vergütungssysteme sind (s. Abb. 2). An diesen Übergängen entstehen Kostenverschiebungsmöglichkeiten mit dysfunktionalem Charakter.



*So ist es aktuell für Krankenhäuser beispielsweise ökonomisch interessant, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen und zu betreiben, weil ein Teil der Diagnostik, die eigentlich über die Fallpauschale abgegolten sein soll, in den ambulanten Bereich verlagert und dort finanziert werden kann.*

Ein weiteres Beispiel ist der Anreiz, die Verweildauer in der stationären Versorgung immer weiter zu verkürzen und dadurch die Zahl der Pflgetage in der Reha zu erhöhen. Der Übergang von der Fallpauschalierung bei Krankenhäusern zur tagesweisen Vergütung im Reha-Sektor setzt für die Krankenhäuser den Anreiz, die Patienten immer früher zu entlassen. Dadurch steigen aber möglicherweise die Pflegeintensität und der Gerätebedarf in der Folgestufe, sodass das System insgesamt nicht günstiger, sondern teurer wird.

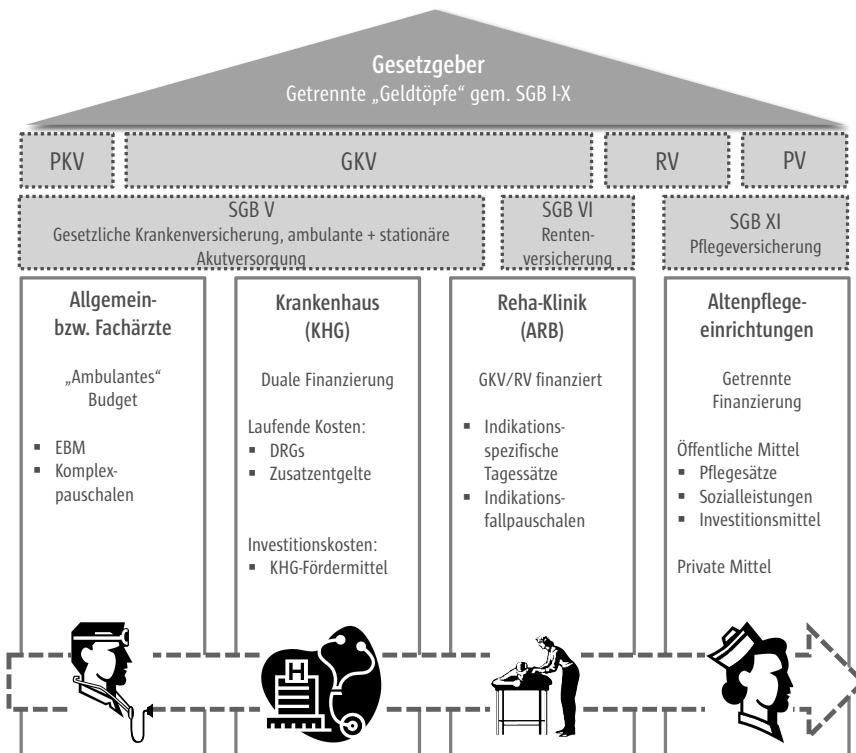


Abb. 2 Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen

Ähnliche negative Effekte in Form von fehlgeleiteten Anreizwirkungen werden erkennbar, wenn bei den Finanzströmen nach investiven und konsumtiven Ausgaben unterschieden wird (s. Abb. 3). Im Krankenhausbereich in Deutschland gibt es seit dem Jahr 1972 die sogenannte **Duale Finanzierung** (s. Kap. 9.2 u. 11.2). Der Begriff bringt zum Ausdruck, dass es zwei Finanzmittelzuflüsse gibt: Die Krankenkassen erstatten lediglich die laufenden Betriebskosten, während die Investitionen vom Staat, in Form der Bundesländer, finanziert werden. Diese Trennung der Finanzströme im Rahmen der Dualen Finanzierung folgt primär einer politischen und keiner ökonomischen Rationalität. Der Staat übernimmt im Rahmen seiner sozialpolitischen Fürsorgepflicht den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern, während die Patienten bzw. die Versicherten der Krankenkassen nur noch die laufenden Betriebskosten zu bezahlen haben. Aus ökonomischer Sicht ist diese Trennung aber höchst problematisch. Investitionsentscheidungen determinieren maßgeblich die Leistungsstrukturen und gehören damit eindeutig zu den wichtigsten unternehmerischen Entscheidungen überhaupt. Die Duale Finanzierung separiert die Investitionsentscheidungen von der Verantwortung über den Ressourceneinsatz während der Nutzungsdauer. Gerätehersteller können dies beispielsweise dadurch ausnutzen, dass sie Geräte zu sehr geringen Investitionskosten anbieten, diese aber mit teuren Wartungsverträgen koppeln. Dem für die Investitionsentscheidungen Verantwortlichen fällt es leicht, sich für eine solche Konstruktion zu entscheiden. Die Folgekosten muss ja eine andere Partei tragen.

Die Duale Finanzierung ist daher aus ökonomischer Perspektive ausgesprochen kritisch zu sehen. Sie durchbricht den Grundsatz der Einheit von Handlung und Haftung und nimmt dem Krankenhaus einen wichtigen Teil seiner unternehmerischen Entscheidungsautonomie. Zudem trägt sie zur Verschärfung des Schnittstellenproblems an den Sektorengrenzen bei. Da im ambulanten Bereich die Investitionskosten – anders als in der stationären Versorgung – in die Entgelte einkalkuliert werden, kann es im Überlappungsbereich zu Wettbewerbsverzerrungen kommen. So beklagen niedergelassene Radiologen regelmäßig, dass sie in einem unfairen Wettbewerb mit Krankenhaus-Radiologien stehen.

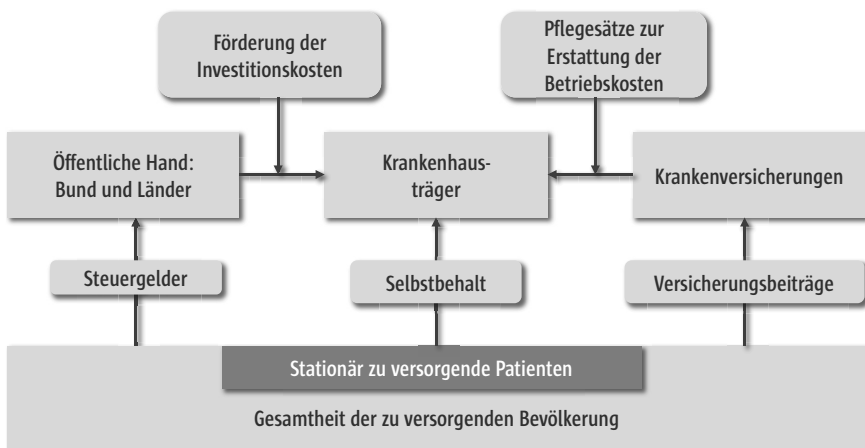


Abb. 3 Finanzierungsströme im deutschen Gesundheitswesen