

2 Grundcharakteristika der Märkte für Krankenhausdienstleistungen

2.1 Motivation

Mit steigenden Kosten des Krankenhausesektors wurden Forderungen nach Wettbewerb auf den Märkten für Krankenhausdienstleistungen seit Jahren sowohl seitens des Gesetzgebers als auch seitens der Wissenschaft bekundet.⁴³ Die Forderungen reichen dabei von einem reinen Kassenwettbewerb⁴⁴ bis hin zu einem freien Wettbewerb⁴⁵. Während ersterer lediglich den Wettbewerb zwischen Krankenkassen um Patienten beschreibt,⁴⁶ ist unter einem freien Wettbewerb die Abwesenheit von staatlichen Beschränkungen der Handlungsfreiheiten der Marktakteure im Sinne von Hoppmann zu verstehen.⁴⁷

Dem Wunsch nach Wettbewerb steht eine zunehmende Regulierungsdichte gegenüber.⁴⁸ Eine Erhöhung der unternehmerischen Handlungsspielräume von Krankenhäusern ist nicht zu erkennen. Die in den vergangenen Jahren vorgenommenen Gesetzesänderungen lassen keine Verringerung der Eingriffsintensität erkennen. Die derzeitige Ausgestaltung des Regulierungsrahmens sieht noch immer planwirtschaftliche Vorgaben von Krankenhausstandorten, Kapazitäten, Leistungsmengen sowie Preisen vor.⁴⁹ Im Zuge der bisherigen Reformversuche wurde insofern das Fortbestehen des angenommenen Marktversagens implizit unterstellt.⁵⁰ Die Möglichkeit der Liberalisierung der Krankenhausdienstleistungsmärkte wird in keiner der Gesetzesbegründungen zumindest diskutiert.⁵¹ Auch die aktuellen Reformbemühungen enthalten keine diesbezüglichen Änderungen.⁵²

Wettbewerb im wohlfahrtsökonomischen Sinne kann jedoch nur auf Märkten initiiert werden, welche die grundlegenden Bedingungen des Funktionierens von Märkten erfüllen.⁵³ Vor diesem Hintergrund besteht das Ziel dieses Kapitels in der Analyse der Funktionsfähigkeit der Märkte für Krankenhausdienstleistungen als Voraussetzung für den Übergang zu einem freien Wettbewerb zwischen Krankenhäusern. Die Untersuchung gliedert sich wie folgt: Der eigent-

⁴³ Vgl. Oberender, 1985, S. 33, Oberender, 1989, S. 64, Klusen, 2006, S. 295, Blau, 1996, S. 33, Kaltefleiter, 1994, S. 34, Cassel/Knappe/Oberender, 1997, S. 30, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 2005, S. 87 f., Knieps, 2014, S. 23 ff.

⁴⁴ Vgl. Rath, 1998, S. 37, Berthold, 1987, S. 52, Neubauer, 1996, S. 95.

⁴⁵ Vgl. Berthold, 1987, S. 149, Engels et al., 1987, S. 27, Kuchinke, 2004, S. 218, Kuchinke, 2005, S. 27, Dranove/Shanley/White, 1993, S. 183 f., Neubauer/Beivers/Paffrath, 2011, S. 156.

⁴⁶ Ausführlicher zum Kassenwettbewerb vgl. Cassel, 2005, S. 254, Ebsen et al., 2003, S. 38, Cassel, 2003, S. 13.

⁴⁷ Vgl. Hoppmann, 1966, S. 289, 303.

⁴⁸ So auch Cassel/Knappe/Oberender, 1997, S. 29, Rebscher, 2006, S. 12.

⁴⁹ Die Bezeichnung einer planwirtschaftlichen Ausgestaltung der Märkte für Krankenhausdienstleistungen findet sich auch in Oberender/Ecker, 2001, S. 65.

⁵⁰ Die Annahme der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung alleinig über die staatliche Planung der Krankenhausversorgung wird weiterhin aufrechterhalten. Vgl. hierzu exemplarisch Deutscher Bundestag, 2015a, S. 1.

⁵¹ Vgl. dazu exemplarisch Deutscher Bundestag, 2001, S. 26, Deutscher Bundestag, 2006, S. 2.

⁵² Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, passim.

⁵³ Vgl. Baumol, 1977a, S. 511, Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 5. Zu den Zielen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen vgl. Cassel et al., 2008a, S. 30 f.

lichen Analyse vorangestellt ist eine überblicksartige Beschreibung des derzeitigen institutionellen Rahmens für deutsche Krankenhäuser (Kapitel 2.2). Kapitel 2.3 dient der Beschreibung der Nachfrageseite. Unter Kapitel 2.4 erfolgt die Untersuchung eines eventuellen Marktversagens unter Diskussion der einzelnen Marktversagenstatbestände. Die Fähigkeit der regulierenden Instanz zur Verbesserung des Marktergebnisses wird anhand der Ausgestaltung des Systems zur Betriebskostenerstattung (Kapitel 2.5) sowie anhand der aktuellen Gesetzesänderungen zum Krankenhausstrukturgesetz (Kapitel 2.6) diskutiert. Als wettbewerbliche Alternative zum derzeitigen Regulierungsszenario wird das selektive Kontrahieren in Kapitel 2.7 vorgestellt. Das Kapitel schließt mit einer zusammenfassenden Betrachtung in Kapitel 2.8.

2.2 Angebot von Krankenhausdienstleistungen

2.2.1 Grundlagen

Märkte bezeichnen einen Ort, an dem zu einem bestimmten Zeitpunkt Angebot und Nachfrage nach Waren oder Dienstleistungen zusammentreffen.⁵⁴ Sie sind wesentlich durch den Austausch von Gütern, die in hohem Maße geeignet sind, die Bedürfnisse der beteiligten Marktteilnehmer zu befriedigen, charakterisiert.⁵⁵ Demzufolge ist jeweils zwischen Angebots- und Nachfrageseite zu unterscheiden. Auf dem Markt für Krankenhausdienstleistungen stehen sich Krankenhäuser als Anbieter und Patienten als Nachfrager von Krankenhausdienstleistungen gegenüber. Der Markt für Krankenhausdienstleistungen kann folglich grundlegend als der Markt, auf dem Krankenhäuser Krankenhausdienstleistungen offerieren, definiert werden.

Wie eingangs beschrieben, ist die Bundesrepublik Deutschland nach Maßgabe des Art. 20 Abs. 1 GG ein sozialer Bundesstaat. Ausdruck dieses Solidaritätsprinzips ist u. a. die Gewährleistung gegenseitiger Hilfe im Krankheitsfall⁵⁶ sowie die Ausgestaltung der Krankenversicherung als Pflichtversicherung.⁵⁷ Für die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung hat ein Versicherter einen Mitgliedsbeitrag an die Krankenkasse zu entrichten. Hieraus erwächst ihm das Recht auf Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V.⁵⁸ Benötigt er eine bestimmte medizinische Leistung, die in den Leistungskatalog der Versicherung fällt, kann der Versicherungsnehmer gegen Vorlage seiner Mitgliedskarte (Krankenhausdienst-)Leistungen in Anspruch nehmen.⁵⁹ Die entsprechenden Diagnose- und Therapiemaß-

⁵⁴ Vgl. Fritsch, 2014, S. 6.

⁵⁵ Vgl. Shepherd/Shepherd, 2004, S. 62.

⁵⁶ Dies erfolgt auf dem Wege des Solidarausgleichs zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen höheren und niedrigeren Einkommen. Die solidarische Finanzierung ist normiert in § 3 SGB V. Ausführlicher hierzu Wassener, 1995, S. 31.

⁵⁷ Versicherungsfreiheit besteht nach den §§ 5 Abs. 5, 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Wesentlichen für Individuen, die hauptberuflich selbstständig tätig sind, sowie für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, deren Jahresarbeitsentgelt der in § 6 Abs. 5, 6 genannten Grenze überschreitet. Ausführlicher hierzu vgl. Oberender, 1987, S. 29.

⁵⁸ Der generelle Leistungsanspruch auf Behandlung ergibt sich aus § 27 Abs. 1 SGB V.

⁵⁹ Vgl. § 15 Abs. 2 SGB V. Die Pflicht zur vorherigen Konsultation eines niedergelassenen Arztes sei an dieser Stelle vernachlässigt, als dies in diesem Zusammenhang keine Auswirkungen auf die Schilderung der Beziehung zwischen den Akteuren hat.

nahmen werden vom Krankenhaus, dem Leistungserbringer, in dessen Räumlichkeiten erbracht. Mit der Vorlage der Versicherungskarte sind für den Leistungsnehmer, ungeachtet etwaiger Zuzahlungen und Wahlleistungen, alle Zahlungsverpflichtungen abgegolten. Für die Erstattung der entstandenen Aufwendungen muss die Krankenversicherung des Leistungsnehmers eintreten.⁶⁰

Die Krankenversicherung kann gesetzlich oder privat sein.⁶¹ Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse sind im Wesentlichen durch das Sachleistungsprinzip gekennzeichnet.⁶² Lediglich ein geringer Teil wird in Geldform, beispielsweise als Zahlung von Krankengeld, erbracht.⁶³ Im Gegensatz hierzu steht das Kostendeckungsprinzip der privaten Krankenkassen, das zu von dem Fall der gesetzlichen Krankenkassen abweichenden Beziehungen zwischen den einzelnen Marktteilnehmern führt. Zwar entrichten die Privatpatienten ebenfalls zunächst einen Mitgliedsbeitrag an die Krankenversicherung, jedoch erhalten sie dafür keine Versicherungskarte, über die sie Leistungen entgeltlos beanspruchen können.⁶⁴ Kommt es zu einem Krankheitsfall, werden Diagnose und Behandlungen ebenfalls vom Leistungserbringer in dessen Räumlichkeiten vorgenommen, die Vergütung hat dabei jedoch durch den Leistungsnehmer zu erfolgen.⁶⁵ Im Falle der Behandlung eines Privatpatienten fallen demzufolge Leistungsnehmer und Leistungsträger zunächst in einer Person zusammen. Durch die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung erhält der Versicherte jedoch einen Anspruch auf Rückerstattung der gesamten oder eines vorab vertraglich fixierten Teils der angefallenen Kosten durch die private Krankenversicherung. Kongruenz zwischen Leistungsnehmer und Leistungsträger ist auch bei der privaten Krankenversicherung nicht mehr (gänzlich) gegeben.⁶⁶ Ein Leistungsaustausch zwischen den Krankenhäusern und den Versicherungsunternehmen findet nicht statt.

Die Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung führt somit zu einem Auseinanderfallen von Leistungsnehmer und Leistungsträger.⁶⁷ Der Markt für Krankenhausdienstleistungen ist demnach durch eine Dreieckskonstellation charakterisiert,⁶⁸ die aus dem Leistungsnehmer⁶⁹, dem Leistungserbringer⁷⁰ und dem Leistungsträger⁷¹ konstituiert wird.⁷² Dieses Verhältnis lässt sich wie in Abbildung 1 darstellen:

⁶⁰ Dies folgt aus den §§ 2 Abs. 1, 15 SGB V.

⁶¹ Vgl. Alber, 1992, S. 77, Boetius, 2010, S. 6.

⁶² Nach § 2 Abs. 2 SGB V erhalten die Versicherungsnehmer Sach- oder Dienstleistungen. Zum Sachleistungsprinzip vgl. Alber, 1992, S. 33, Herder-Dorneich, 1980, S. 37 f.

⁶³ Zu diesem vgl. §§ 44 ff. SGB V.

⁶⁴ Vgl. Herder-Dorneich, 1994, S. 892 f., Boetius, 2010, S. 24 f., Schulenburg/Greiner, 2013, S. 27.

⁶⁵ Vgl. Boetius, 2010, S. 6 f., 24 f., Herder-Dorneich, 1994, S. 892 f., Schulenburg/Greiner, 2013, S. 27.

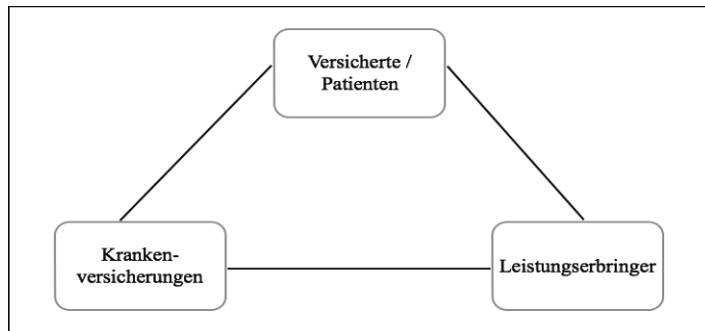
⁶⁶ Vgl. Schulenburg/Greiner, 2013, S. 27, Herder-Dorneich, 1994, S. 892 f., Boetius, 2010, S. 6 f., 24 f.

⁶⁷ Vgl. Herder-Dorneich, 1983, S. 57.

⁶⁸ Mitunter wird der Ausdruck versicherungsökonomisches Dreieck verwandt. Vgl. Bodemar/Zimmermann, 2009, S. 427.

⁶⁹ Das versicherte Individuum, welches im Krankheitsfall Krankenhausdienstleistungen in Anspruch nimmt und aufgrund seines Versicherungsschutzes hierfür kein Entgelt, welches über seine Versicherungszahlungen hinausgeht, entrichten muss. Vgl. Neubauer, 2003, S. 92.

Abbildung 1: Versicherungsökonomisches Dreieck



Quelle: Cassel, 2002, S. 16, Ebsen, 2003, S. 37.

Aufgrund der Trennung zwischen Leistungsempfänger und Leistungsträger kann im Krankenhaussektor zwischen Behandlungs-, Leistungs- und Versicherungsmärkten differenziert werden.⁷³ Abbildung 2 stellt dies grafisch dar:

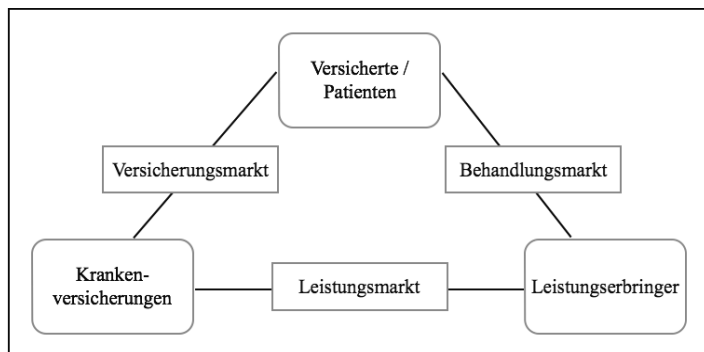
⁷⁰ Der Begriff der Leistungserbringer wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf die Erbringer von Krankenhausdienstleistungen begrenzt. Von einem Einbezug sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen, welche medizinische Leistungen für Nachfrager erbringen, wird verzichtet. Bei den Leistungserbringern handelt es sich daher um Krankenhäuser im akut-stationären Bereich.

⁷¹ Auch Ausgabenträger. Vgl. Neubauer, 2003, S. 92. Der ebenfalls verwandte Begriff des Kostenträgers (Vgl. hierzu Pouvourville, 2003, S. 183 ff.) wird im Rahmen dieser Arbeit nicht als Synonym verwendet, um eine Abgrenzung zum kostenrechnerischen Begriff des Kostenträgers zu ermöglichen.

⁷² Vgl. Oberender et al., 2012, S. 67, Cassel, 2003, S. 13. Auf die durch die Trennung von Leistungsempfänger und Leistungsträger entstehende Gefahr der Überbeanspruchung von medizinischen Leistungen soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

⁷³ Vgl. Cassel, 2005, S. 254, Cassel/Jacobs, 2006, S. 283, Cassel, 2003, S. 12 f., Kuchinke/Kallfass, 2007, S. 321.

Abbildung 2: Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Cassel, 2002, S. 16, Ebsen et al. 2003, S. 37.

Die Inanspruchnahme von Krankenhausdienstleistungen durch Versicherte vollzieht sich auf dem Behandlungsmarkt.⁷⁴ Hier treten Krankenhäuser in Wettbewerb um Patienten. Die für die Krankenhausbehandlung zu entrichtenden Entgelte sind ausschließlich im Falle einer privaten Krankenversicherung unmittelbar von den Patienten zu entrichten. Handelt es sich um gesetzliche Versicherte, erfolgt die Abrechnung über die Krankenkasse des Patienten.⁷⁵ Aufgrund der Kostenübernahme durch die Krankenversicherung kann der Wettbewerb nicht wie auf anderen Märkten über den Preis, sondern primär über die Art und die Qualität der angebotenen Dienstleistungen laufen.⁷⁶

Die Erstattung der für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten angefallenen Kosten erfolgt auf dem sog. Leistungsmarkt.⁷⁷ Dieser ist wesentlich durch das unter Punkt 2.2.2 ausführlicher dargelegte Kollektivvertragssystem gekennzeichnet. Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und einzelnen Krankenkassen über Preise, Mengen und eventuell auch über Qualitäten sind ausgeschlossen. Versorgungsverträge werden stattdessen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Krankenhausträgern abgeschlossen (§ 11 Abs. 1 KHEntg i. V. m § 18 Abs. 2 KHG). Ein Wettbewerb um Versorgungsverträge kann im gegenwärtigen Regulierungsszenario daher nicht stattfinden.⁷⁸

Auf dem Versicherungsmarkt stehen sich Krankenversicherungen als Leistungsträger und Versicherte/Patienten gegenüber. Durch die Einführung der freien Krankenkassenwahl durch die Versicherungsnehmer im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes ist grundsätzlich ein sog.

⁷⁴ Vgl. Ebsen et al., 2003, S. 37, Cassel/Jacobs, 2006, S. 283.

⁷⁵ So auch Neubauer, 2002, S. 3.

⁷⁶ Vgl. Cassel, 2003, S. 12, Ebsen et al., 2003, S. 37, Cassel/Jacobs, 2006, S. 283.

⁷⁷ Vgl. Ebsen et al., 2003, S. 37, Cassel/Jacobs, 2006, S. 283.

⁷⁸ Vgl. Cassel/Jacobs, 2006, S. 283 f., Ebsen et al., 2003, S. 39. Eine institutionelle Alternative zum Kollektivvertrag wird unter Gliederungspunkt 2.7 mit dem selektiven Vertragsschluss zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern beschrieben.

Kassenwettbewerb möglich.⁷⁹ Der Wettbewerb zwischen den verschiedenen Krankenkassen um Versicherte wird durch die Vorgabe eines einheitlichen Mindestumfangs des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Vorgabe eines einheitlichen Beitragsatzes als Prozentanteil vom Einkommen der Versicherten allerdings eingeschränkt.⁸⁰ Lediglich über die Gewährung zusätzlicher Leistungen, Bonuszahlungen im Falle einer Nichtanspruchnahme von Versicherungsleistungen oder die Höhe eines nach § 53 Abs. 1 SGB V möglichen Zusatzbeitrags können sich Krankenkassen voneinander unterscheiden. Der Kassenwettbewerb ist folglich auf diese Parameter beschränkt.⁸¹

Bei Krankenhäusern handelt es sich ausweislich § 2 KHG um „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“. Im Mittelpunkt steht dabei die stetige Vorhaltung von ärztlichem Personal, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen entsprechend des zu erfüllenden Versorgungsauftrags sowie die Arbeit nach anerkannten wissenschaftlichen Methoden (§ 107 Abs. 1 SGB V). Als Gesundheitsbetriebe dienen sie der Wahrung oder Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit. Gesundheit ist dabei laut Satzung der Weltgesundheitsorganisation definiert als „[...]state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“⁸². Krankenhäuser dienen demnach der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zur Wahrung und/oder Wiederherstellung ihres Gesundheitszustandes.⁸³ Sie sind dem Dienstleistungssektor zuzuordnen und können als „kundenpräsenzbedingte Dienstleistungsbetriebe“⁸⁴ bezeichnet werden.⁸⁵

Krankenhäuser können zunächst als Akut-, Fach- oder sonstige Krankenhäuser ausgestaltet sein.⁸⁶ Im Hinblick auf die Trägerschaft sind grundlegend öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser zu unterscheiden.⁸⁷ Träger öffentlicher Kliniken sind im Wesentlichen Gebietskörperschaften und die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung. Freigemeinnützige Krankenhäuser können sowohl von öffentlich-rechtlichen als auch von privatrechtlichen Wohlfahrtsverbänden wie Stiftungen, Orden oder Vereinen mit humanitären, karitativen

⁷⁹ Ähnlich Cassel/Jacobs, 2006, S. 284.

⁸⁰ Der einheitliche Leistungskatalog ergibt sich aus § 12 Abs. 1 SGB V. Ähnlich vgl. Monopolkommission, 2010, S. 365 f. Tz. 1055 ff.

⁸¹ Vgl. Cassel, 2005, S. 254, Ebsen et al., 2003, S. 38, Cassel, 2003, S. 13.

⁸² Zweite Erwägung der Präambel der Satzung der Weltgesundheitsorganisation. Zur Bekanntmachung der Satzung der Weltgesundheitsorganisation vgl. BGBI. II 1974, S. 43.

⁸³ Vgl. Keisers, 1993, S. 49.

⁸⁴ Keisers, 1993, S. 8. Ähnlich Reinspach, 2011, S. 190. Aufgrund der Erbringung einer Vielzahl verschiedenartiger (Dienst-)Leistungen können Krankenhäuser als Mehrproduktunternehmen klassifiziert werden. Vgl. Fetter/Freeman, 1986, S. 41 f.

⁸⁵ Zur Unterscheidung zwischen Sachleistungs- und Dienstleistungsbetrieben vgl. Gutenberg, 1958, S. 19.

⁸⁶ Vgl. Jelastopulu/Arnold, 1994, S. 22. Eine eindeutige und überschneidungsfreie Zuordnung ist dabei nicht in jedem Fall möglich.

⁸⁷ Vgl. Keisers, 1993, S. 9.

und/oder religiösen Motiven betrieben werden.⁸⁸ Bei den Trägern privater Krankenhäuser handelt es sich entweder um juristische oder natürliche Personen des Privatrechts.⁸⁹

Der Begriff der Krankenhausdienstleistung beschreibt die Gesamtheit der von Krankenhäusern angebotenen Güter und Dienstleistungen, welche zur Befriedigung des menschlichen Bedürfnisses nach Gesundheit und/oder Gesundung dienen.⁹⁰ Krankenhausdienstleistungen umfassen damit die Befriedigung des Bedürfnisses nach Linderung, Heilung oder Beseitigung von Schmerzen, Krankheiten und weiteren physischen und psychischen Leiden.⁹¹ Ihr Output wird durch die positive Änderung des Gesundheitszustandes der Patienten und nicht durch die Anzahl der behandelten Patienten beschrieben.⁹² Somit ist der Output von Krankenhäusern als immateriell zu charakterisieren.⁹³ Der Leistungserstellungsprozess in Krankenhäusern wird durch das Zusammenspiel von Behandlungsmaßnahmen des medizinischen und des nicht-medizinischen Personals und dem Patienten als Inputfaktor und Leistungsempfänger konstituiert.⁹⁴ Patienten sind daher zwar grundsätzlich der Nachfrageseite zuzuordnen. Zugleich stellen sie einen bedeutenden Inputfaktor dar, ohne welchen eine Erbringung von Dienstleistungen ausgeschlossen ist.⁹⁵

Nach § 39 Abs. 1 SGB V kann zwischen voll-, teil-, vor- und nachstationären sowie ambulanten Leistungen differenziert werden.⁹⁶ Die vollstationären Leistungen beinhalten neben den rein medizinischen zugleich nicht-medizinische Leistungen. Erstere umfassen sowohl die ärztlichen als auch die pflegerischen, letztere beispielsweise die Hotelleistungen.⁹⁷ Im Gegenzug beschränken sich teilstationäre Leistungen auf einen mehrstündigen Aufenthalt in einer Tages- oder Nachtklinik.⁹⁸ Vorstationäre Leistungen können ausweislich § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V dazu dienen, die Notwendigkeit der vollstationären Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus zu klären oder diese vorzubereiten. Zur Sicherung des Behandlungserfolgs können Anschlussbehandlungen im Rahmen einer nachstationären Versorgung vorgenommen werden (§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Ambulante Behandlungen erfolgen nach § 115b Abs. 1 SGB V ohne die Aufnahme des Patienten in ein Krankenhaus.

Krankenhausdienstleistungen sind grundsätzlich nicht lagerfähig.⁹⁹ Die fehlende Lagerbarkeit von Dienstleistungen kann im Krankenhausektor allerdings zu Problemen bei der Deckung

⁸⁸ Vgl. Fischer, 1988, S. 53, Blum/Perner, 2008, S. 77 Rn. 1, Keisers, 1993, S. 9.

⁸⁹ Vgl. Keisers, 1993, S. 9, Plamper/Lüngen, 2006, S. 151 f.

⁹⁰ Vgl. Herder-Dorneich, 1980, S. 1 f., Riehl, 2011, S. 96.

⁹¹ Vgl. Deppenheuer, 1986, S. 43 f.

⁹² Vgl. Eichhorn, 1975, S. 15, Gerdtham et al., 1999, S. 156, Donaldson/Magnussen, 1992, S. 49, Breyer/Zweifel/Kifmann, 2013, S. 375.

⁹³ Vgl. Carey/Burgess, 1999, S. 509, Gerdtham et al., 1999, S. 156, Eichhorn, 1975, S. 17, Coe/Zamarro, 2011, S. 79, Ptak, 2009, S. 17.

⁹⁴ Vgl. Eichhorn, 1975, S. 14.

⁹⁵ Vgl. Schulenburg/Greiner, 2013, S. 109 f.

⁹⁶ Leistungen im Hinblick auf Aus-, Fort- und Weiterbildung und Forschung zählen ebenfalls hierzu.

⁹⁷ Ferner kann zwischen kurativen, präventiven und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Pflege differenziert werden. Vgl. Reinspach, 2011, S. 189.

⁹⁸ Vgl. § 39 Abs. 1 SGB V i. V. m. Kuchinke, 2004, S. 48.

⁹⁹ Vgl. Herder-Dorneich, 1980, S. 5, Ptak, 2009, S. 17.

von Spitzenbedarfen führen. Nachdem aufgrund der besonderen Bedeutung der Gesundheit in jedem Fall eine medizinische Versorgung gewährleistet sein muss, sind Krankenhäuser gezwungen, ungeachtet der tatsächlichen Nachfrage stets Kapazitäten vorzuhalten.¹⁰⁰ Hierunter fallen einerseits die Bereitstellung von Betten und andererseits das Angebot von Leistungen, die aufgrund ihrer Selten- und/oder Besonderheit nicht kostendeckend erbracht werden können.¹⁰¹ Der Begriff der Kapazität kann im Krankenhaussektor somit als Sammelbegriff verstanden werden, der über das bloße Krankenhausbett hinaus zugleich u. a. die personelle und medizinisch-technische Infrastruktur umfasst.¹⁰² Der Begriff der Krankenhausdienstleistung schließt daher auch Vorhalteleistungen ein.

2.2.2 Institutionelle Rahmenbedingungen

Die Gewährleistung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen obliegt den Bundesländern.¹⁰³ Abgeleitet wird der Sicherstellungsauftrag aus Art. 20 Abs. 2 i. V. m. Art. 28 Abs. 2 GG.¹⁰⁴ Ausdruck des Sicherstellungsauftrags ist die wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern (§ 1 Abs. 1 KHG). Hierzu werden von den einzelnen Ländern gemäß § 6 Abs. 1 KHG Landesbedarfspläne und Investitionsprogramme erstellt.¹⁰⁵ In den Landesbedarfsplänen werden insbesondere die Krankenhausstandorte, die Kapazität und die Fachabteilungen von Krankenhäusern festgelegt.¹⁰⁶

Um einen Anspruch auf die staatliche Investitionsfinanzierung zu haben, müssen Krankenhäuser in die Bedarfspläne der Länder aufgenommen werden (§ 8 Abs. 1 KHG). Die Übernahme der Investitionskosten kann dabei in Form einer Pauschal- oder über eine Antragsförderung oder als Zuschlag auf die Betriebskostenerstattungen erfolgen.¹⁰⁷ Die Finanzierung der

¹⁰⁰ Vgl. Culyer, 1971, S. 201. Die Befriedigung spontaner Nachfrage nach Krankenhausdienstleistungen muss in der Mehrheit der Fälle unmittelbar erfolgen können. Dies besitzt besonders für Notsituationen Gültigkeit.

¹⁰¹ Für jene Leistungen, die über die DRG-Fallpauschalen aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend erbracht werden können, aber dennoch als bedarfsnotwendig erachtet werden, sieht § 5 Abs. 2 KHEntG Zuschläge auf die Fallpauschalen vor.

¹⁰² Vgl. Herder-Dorneich, 1980, S. 5 f.

¹⁰³ Bedarfsgerecht bedeutet die Orientierung am tatsächlichen Bedarf und definiert sich über die Summe der durch die Krankenkassen anerkannten Fälle. Unter Würdigung der Verweildauer werden aus diesen die erforderlichen Behandlungstage ermittelt. Auf der Grundlage der Behandlungstage und nach Definition eines als angemessen erachteten Auslastungsgrads wird schließlich die Zahl der vorzuhaltenden Betten abgeleitet. Vgl. Bruckenberger, 2006, S. 87. Kritisch zur Möglichkeit der Bedarfsermittlung vgl. Joskow, 1980, S. 433.

¹⁰⁴ Die Gesundheitsfürsorge als Teil der Daseinsfürsorge wird als Ausfluss des Sozialstaatsprinzips verstanden. Vgl. Steiner, 2014, Rn. 5.

¹⁰⁵ Vgl. § 4 KHG. Kritisch zum Versorgungsauftrag des Staates vgl. Münnich, 1984, S. 10, Schreiber, 1963, S. 471. Kritisch zur Landesbedarfsplanung vgl. Meyer, 1993, S. 206, Klusen, 2006, S. 296, Buchholz, 1983, S. 182, Fischer, 1988, S. 60 f., Kuchinke, 2005, S. 21, Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 325 f., Münnich, 1984, S. 10, Glasmacher, 1996, S. 135, Gerdelmann, 2004, S. 136. Zu den methodischen Problemen der Bedarfsplanung vgl. Clade, 1988, S. 107, Schönbach/Wehner/Malzahn, 2011, S. 185. Die Unerlässlichkeit der staatlichen Bedarfsplanung wird im Gegenzug betont von Simon, 2000, S. o. A.

¹⁰⁶ Die Regelungen zur Ausgestaltung der Krankenhausbedarfsplanung obliegen den Bundesländern. Für Thüringen sind sie bspw. in § 4 Abs. 2 ThürKHG aufgeführt.

¹⁰⁷ Im Zuge des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes wurde den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, ab dem 01.01.2012 zwischen der bisherigen Investitionsförderung nach § 9 KHG und leistungsorientierten

Betriebskosten obliegt den gesetzlichen und privaten Krankenkassen.¹⁰⁸ Zur Abrechnung der erbrachten Leistungen sind nur Krankenhäuser berechtigt, die nach § 108 SGB V einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen geschlossen haben.¹⁰⁹ Versorgungsverträge werden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Krankenhaus-trägern geschlossen (§ 109 Abs. 1 SGB V).¹¹⁰ Für alle nach § 108 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V zugelassenen Krankenhäuser besteht ein Kontrahierungszwang für Krankenkassen. Im Gegenzug sind Krankenhäuser zur Behandlung aller Versicherungsnehmer der Krankenkassen verpflichtet (§ 109 Abs. 4 SGB V).

Über die staatliche Vorgabe der Kapazität hinaus unterliegen Krankenhäuser Beschränkungen hinsichtlich ihrer Leistungsmenge. Die Mengenregulierung erfolgt im Wesentlichen über die Vorgabe von Budgets.¹¹¹ Nach § 11 Abs. 1 KHEntgG wird für jedes Krankenhaus zwischen den Krankenhausträgern und den Trägern der Sozialversicherung für jedes Kalenderjahr ein Erlösbudget ausgehandelt.¹¹² Für vollstationär erbrachte Leistungen umfasst das Erlösbudget die Fallpauschalen sowie etwaige Zusatzentgelte (§ 4 Abs. 1 KHEntgG).¹¹³ Maßgeblich für die Höhe des Erlösbudgets sind Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen (§ 4 Abs. 2 KHEntgG). Bei Abweichungen vom Erlösbudget im betreffenden Kalenderjahr werden ausweislich § 4 Abs. 3 KHEntgG Mindererlöse zu 20 % und Mehrererlöse zu 65 % ausgeglichen. Die Minder- und Mehrererlöse werden schließlich mit der Höhe der abgerechneten DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte verrechnet.

Wie vorstehende Ausführungen zeigen, sind die Märkte für Krankenhausdienstleistungen durch eine hohe Regulierungsdichte im Vergleich zu einem freien Wettbewerb gekennzeichnet. Weder die Standorte, die Kapazität, die Leistungsmenge noch die Leistungsentgelte sind das Ergebnis marktlicher Koordination, sondern stellen vielmehr planwirtschaftliche Vorgaben dar. Unter den gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen ist Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt ausgeschlossen und auf dem Behandlungsmarkt lediglich in engen Grenzen über die Parameter Menge und Qualität möglich. Sowohl aus betriebswirtschaftlicher als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht können eine Reihe von Kritikpunkten daran vorgebracht werden. Zum einen entziehen sich die wesentlichen Einflussgrößen auf den Unternehmenserfolg dem Planungskalkül der Krankenhäuser. Zum anderen werden die Auswirkungen unterneh-

Investitionspauschalen zu wählen, § 10 Abs. 1 S. 1 KHG. Die finale Entscheidung über die Form der Investitionsförderung bleibt den Ländern vorbehalten, § 10 Abs. 1 S. 5 KHG.

¹⁰⁸ Kritisch zur dualen Finanzierung vgl. Schreiber, 1963, S. 471, Neubauer, 1997, S. 351, Redeker, 1992, S. 114, Albers, 1993, S. 453, Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 309 f., Cassel/Knappe/Oberender, 1997, S. 35 f., Monopolkommission, 2008, S. 323 Tz. 827, Glasmacher, 1996, S. 84 f., Clade, 1991, S. 2271, Gerdelmann, 2004, S. 136, Cassel et al., 2008b, S. 177.

¹⁰⁹ Zum Verfahren des Zustandekommens eines Versorgungsvertrags vgl. Cobbers, 2006, S. 86.

¹¹⁰ Kritisch zum Kollektivvertragssystem vgl. Cassel, 1997, S. 30, Oberender/Zerth, 2014a, S. 178, Oberender/Zerth, 2014b, S. 34, Knieps, 2010, S. 27, Knieps, 2004, S. 121, Ebsen et al., 2003, S. 60, Schönbach/Wehner/Malzahn, 2011, S. 186, Gäfgen, 1987, S. 130.

¹¹¹ Vgl. Blum/Offermanns, 2013, S. 12, Visarius/Lehr, 2008, S. 235, Lehmann, 2009, S. 18. Grundlegend zu den Zielen der Budgetierung vgl. Aghte, 1974, S. 145 ff.

¹¹² Für eine detaillierte Beschreibung der Vertragsparteien vgl. § 18 Abs. 2 KHG.

¹¹³ Für eine Übersicht über die Entgelte für allgemeine Krankenhausdienstleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG vgl. § 7 Abs. 1 KHEntgG.

merischer Entscheidungen durch die Regulierung verzerrt. Indem die Kapazität der Krankenhäuser von den Ländern bestimmt wird, können sich Verbesserungen oder Verschlechterungen der Qualität der erbrachten Leistungen nicht unmittelbar auf die Leistungsmenge und somit auf die Kapazität von Krankenhäusern auswirken. Eine Sanktionierung des Verhaltens durch den Markt erfolgt nur in begrenztem Umfang. Ferner begrenzen die Regelungen zum Mehr- und Mindererlösausgleich die Möglichkeit der Erzielung von Wettbewerbsvorteilen, indem der Ausgleich über das Budget des Folgejahres erfolgt und somit lediglich ein Teil der Mehrerlöse bei den Häusern verbleibt.¹¹⁴

Die Regulierung von Märkten ist vor dem Hintergrund eines eventuellen Staatsversagens grundsätzlich kritisch zu hinterfragen.¹¹⁵ Als Staatsversagen werden dabei durch das staatliche Handeln verursachte Fehlallokationen verstanden.¹¹⁶ Marktversagen allein bedingt jedoch noch keinen Staatseingriff.¹¹⁷ Mit dem Eingriff des Staates in den Markt wird implizit unterstellt, die regulierende Instanz verfüge über ausreichend Informationen und handle ausschließlich nach benevolenten Motiven, um eine Verbesserung des Marktergebnisses gegenüber der Wettbewerbslösung herbeiführen zu können.¹¹⁸ Zudem dürfen die Kosten der Regulierung deren Nutzen nicht übersteigen.¹¹⁹ Es gilt daher, von Zeit zu Zeit zu prüfen, ob für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags des Staates die Vorgabe eines allgemeinen Ordnungsrahmens ausreichend ist und die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen der marktlichen Koordination überlassen werden könnte.¹²⁰

Bevor im Rahmen der Analyse der Änderungen in der Krankenhausfinanzierung abgeleitet werden können, gilt es in einem ersten Schritt, zu untersuchen, ob den Märkten für Krankenhausdienstleistungen ein generelles Marktversagen unterstellt werden muss. In diesem Falle wären die Möglichkeiten zur Ausgestaltung des institutionellen Rahmens für Krankenhäuser

¹¹⁴ Kritisch zum Mehr- und Mindererlösausgleich vgl. Neubauer, 1999, S. 304, Bataille/Coenen, 2009, S. 18, Monopolkommission, 2010, S. 375 Tz. 1115 f. Zu den negativen Auswirkungen der Regelungen zum Mehr- und Mindererlösausgleich auf die Anreize zu Qualitätsverbesserungen vgl. Kuchinke, 2005, S. 15. Zur Forderung der Herausnahme von Leistungen mit nachweislich hoher Qualität aus dem Mehrerlösausgleich vgl. Bublitz, 2014, S. 318 f.

¹¹⁵ Vgl. Folland/Goodman/Stano, 2013, S. 403, Watrin, 1986, S. 20, Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 75, Külp et al., 1984, S. 59 f., Joskow, 1980, S. 446, Joskow, 1984, S. 3, Hamm, 2005, S. 196. Zum Staatsversagen auf den Märkten für Krankenhausdienstleistungen vgl. Sauerland, 1999, S. 281, Sauerland, 2005, S. 265, 281, Hamm, 2005, S. 199. Darüber hinaus weisen einige Autoren auf die von Staatseingriffen ausgehenden Anreizprobleme für die Marktakteure hin. Vgl. Watrin, 1986, S. 21, Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 75, Fischer, 1988, S. 151. Zu Effizienzproblemen in regulierten Märkten vgl. Watrin, 1986, S. 20. Joskow zeigt anhand von Daten aus 1976 die Gefahr der Verringerung des Wettbewerbs durch staatliche Regulierung vgl. Joskow, 1980, S. 441. Zu durch Regulierung verursachten Wettbewerbsverzerrungen und Fehlallokationen vgl. Kaschny, 1998, S. 122 ff., Blau, 1996, S. 32.

¹¹⁶ Vgl. Watrin, 1986, S. 20 ff., Hamm, 2005, S. 199 ff. Ähnlich Sauerland, 1999, S. 266.

¹¹⁷ Vgl. Demsetz, 1969, S. 1, Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 9.

¹¹⁸ Vgl. Watrin, 1986, S. 26, Fritsch, 2014, S. 74, Cansier, 1972, S. 426. Kritisch zu den benevolenten Motiven der regulierenden Instanz vgl. Oberender/Fibelkorn, 1997, S. 17.

¹¹⁹ Vgl. Cansier, 1972, S. 426, Fritsch, 2014, S. 73, Demsetz, 1969, S. 2, 9, Vanberg, 2005, S. 59. Zur grundlegenden Annahme höherer Kosten als Folge von Regulierung vgl. Melnick/Zwanziger, 1995, S. 1393 f. Im Gegenzug erbringen Kessler/McClellan einen empirischen Beleg für die positiven Wohlfahrtseffekte des Wettbewerbs. Vgl. Kessler/McClellan, 2000, S. 601 ff.

¹²⁰ Grundlegend dazu vgl. Bögelein, 1990, S. 113, Bartling, 1983, S. 344 f., Knieps/Müller/Weizsäcker, 1981, S. 345, Mayer, 2014, S. 37.

gegenüber der Situation funktionierender Märkte eingeschränkt. Um eine solche Analyse durchführen zu können, ist es jedoch unerlässlich, zuvor die Nachfrageseite der Krankenhausdienstleistungsmärkte zu betrachten.

2.3 Nachfrage nach Krankenhausdienstleistungen

Unter 2.2.1 wurde das deutsche Gesundheitssystem als Sozialversicherungssystem mit obligatorischer Krankenversicherung beschrieben. Aufgrund der Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung ist der Preis weder für die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Leistungen noch für die Wahl des Klinikums relevant.¹²¹ Ausschließlich mit Blick auf Wahlleistungen, Selbstbehalte oder spezielle Versicherungstarife, die eine teilweise Rückerstattung der Mitgliedsbeiträge bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen vorsehen, ist eine Beeinflussung der Nachfrage durch den Preis möglich.

Als der Preis als Auswahlkriterium entfällt, sind für die Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus im Wesentlichen Empfehlungen der Ärzte des niedergelassenen Sektors, ggf. die Entfernung zum Wohnort sowie die Qualität der Krankenhäuser entscheidend.¹²² Im Rahmen dieser Arbeit wird der Fokus auf die Betrachtung der Qualität als Auswahlfaktor gesetzt. Aus theoretischer Sicht resultiert diese aus dem Einfluss der Qualität auf das Behandlungsergebnis. Da unterschiedliche Qualitäten aufgrund des Versicherungsprinzips für Patienten zu gleichen Preisen angeboten werden, werden Patienten Kliniken mit der höchsten Qualität bevorzugen.¹²³

Nachfrager nach Krankenhausdienstleistungen lassen sich zum einen nach ihrer Zugangsform zur beanspruchten Leistung und zum anderen in Abhängigkeit vom Zeitfaktor in verschiedene Nachfrageklassen einteilen. Mögliche Zugangsformen zur Krankenhausbehandlung bestehen in der Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt, der Aufnahme im Falle eines Notfalls sowie der Selbsteinweisung.¹²⁴ Patienten können durch Einweisung eines niedergelassenen Arztes ins Krankenhaus aufgenommen werden. Der einweisende Arzt erfüllt in diesem Falle eine Gate-Keeper Funktion, d. h. nur jene Patienten werden in ein Krankenhaus eingewiesen, deren Erkrankung tatsächlich einer stationären Behandlung bedarf.¹²⁵ Dies entspricht dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, der in § 13 Abs. 1 SGB V normiert ist. Als Ausdruck des Bestrebens zur Kostenreduktion im Gesundheitssektor sollen lediglich jene Leistungen stationär erbracht werden, die nicht durch den ambulanten Sektor vorgenommen werden können. In Fall einer Überweisung stellt die Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus einen zwei-

¹²¹ Vgl. Oberender, 1987, S. 22, Herder-Dorneich, 1980, S. 87.

¹²² Zu potentiellen Einflussfaktoren auf die Krankenhauswahl vgl. Müller/Simon, 1994, S. 358.

¹²³ Vgl. Andersen, 2000, S. 49. So auch Kuchinke, 2004, S. 84.

¹²⁴ Vgl. Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 161 ff., Kuchinke, 2004, S. 69 f., Alber, 1992, S. 33.

¹²⁵ Vgl. Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 161 f. Ähnlich Breyer/Zweifel/Kifmann, 2013, S. 461.

stufigen Selektionsprozess dar.¹²⁶ Die Entscheidung über die Aufnahme liegt dabei nicht bei den Krankenhäusern, sondern bei den einweisenden Ärzten des ambulanten Sektors.

Ebenso wie bei den Überwiesenen wird die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus bei Notfällen nicht durch den Patienten oder das Krankenhaus getroffen. Vielmehr erfolgt der Zugang über Notfalldienste, da der jeweilige Patient in der Notfallsituation in der Regel nicht in der Lage ist, eine eigenständige Entscheidung zu treffen. Es findet somit wiederum ein zweistufiger Aufnahmeprozess statt; die Diagnosefindung erfolgt meist im Krankenhaus.¹²⁷ Ferner haben Patienten auch die Möglichkeit einer Selbsteinweisung. In Analogie zu den Notfallpatienten wird die Diagnose erst nach Aufnahme ins Krankenhaus erstellt. Eine vorherige Selektion durch den ambulanten Sektor oder Notfalldienste findet nicht statt; sie wird erst im Krankenhaus vorgenommen.¹²⁸

Mit Blick auf den Faktor Zeit lassen sich Nachfrager mit akuten und nicht akuten Erkrankungen unterscheiden. Während erstere einer unverzüglichen Behandlung bedürfen, besteht für nicht akute Fälle in der Regel ein Zeitfenster, innerhalb dessen die Behandlung erbracht werden muss oder kann. Bei Notfällen handelt es sich demnach stets um Akut-Patienten, wohingegen Überwiesene und Selbsteinweiser sowohl akute als auch nicht-akute Erkrankungen aufweisen können.¹²⁹

Die Unterscheidung der beschriebenen Nachfragerklassen ist für die vorliegende Untersuchung insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeit zur gezielten Auswahl eines Krankenhauses anhand dessen Qualität von Bedeutung. Infolge der dargelegten Charakteristika der Notfallsituation, die eine unverzügliche medizinische Versorgung erfordert, werden die Möglichkeit einer vorherigen Informationsbeschaffung und gezielte Auswahl eines Klinikums verhindert. Eine eigenverantwortliche Auswahlentscheidung ist dann ausgeschlossen. Im Gegensatz dazu ist es Nachfragern mit nicht-akuten Beschwerden aufgrund ihres nicht sofortigen Behandlungsbedarfs grundsätzlich möglich, sich aufgrund von (Qualitäts-)Informationen zwischen verschiedenen Krankenhäusern zu entscheiden.¹³⁰ Diese Möglichkeit ist für die Analyse eines eventuellen Marktversagens auf Krankenhausdienstleistungsmärkten von zentraler Bedeutung, als ein funktionsfähiger Markt nur dann vorliegen kann, wenn sich Nachfrager anhand von Informationen über den Preis und/oder die Qualität für konkrete Anbieter entscheiden können.

Für die nachfolgende Analyse der Funktionsfähigkeit von Krankenhausdienstleistungsmärkten wird die sachliche Marktabgrenzung auf die akut-stationären Krankenhausdienstleistungen beschränkt. Bewusst ausgeschlossen wird die Notfallversorgung. Die Behandlung akuter und nicht akuter Patienten weist aufgrund des unterschiedlichen Zeitbezugs substanziell ver-

¹²⁶ Vgl. Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 162 ff., Kuchinke, 2004, S. 69.

¹²⁷ Vgl. Kuchinke, 2004, S. 70.

¹²⁸ Vgl. Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 166 ff., Kuchinke, 2004, S. 71.

¹²⁹ Vgl. Kuchinke, 2004, S. 71.

¹³⁰ Vgl. hierzu auch Kuchinke, 2004, S. 100.

schiedenartige Charakteristika auf. Die Notfallversorgung kann somit als eigenständiges Forschungsgebiet angesehen werden. Des Weiteren beschränken sich die Ausführungen ausschließlich auf die Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Patienten sowie zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Der Versicherungsmarkt wird von der Analyse ausgeschlossen, da auch dieser als eigenständiges Forschungsgebiet angesehen werden kann.¹³¹

2.4 Analyse der Funktionsfähigkeit der Märkte für Krankenhausdienstleistungen

2.4.1 Marktversagenstatbestände

Wettbewerb stellt das optimale Koordinationsverfahren zur Ressourcenallokation dar.¹³² Durch die Anreiz- und Sanktionsmechanismen des Wettbewerbs werden die Marktteilnehmer diszipliniert. Wirtschaftliches Verhalten wird belohnt, unwirtschaftliches Verhalten, im Extremfall sogar mit Marktaustritt, sanktioniert.¹³³ Unter Wettbewerbsbedingungen führen die Eigeninteressen der Marktakteure zu einer effizienten Ressourcenallokation.¹³⁴ Die Wohlfahrt als Summe der Produzenten- und Konsumentenrente wird maximiert.¹³⁵ Die Ziele des Wettbewerbs können jedoch lediglich erfüllt werden, wenn die grundlegenden Bedingungen des Funktionierens von Märkten gegeben sind.¹³⁶ Ist mindestens eine dieser Bedingungen verletzt, wird dies als Marktversagen bezeichnet.¹³⁷ Bei den wesentlichen Marktversagenstatbeständen handelt es sich um asymmetrische Informationen, Subadditivität der Kosten, öffentliche Güter sowie externe Effekte.¹³⁸

2.4.1.1 Asymmetrische Informationen

Asymmetrische Informationen sind durch ein Informationsgefälle zwischen Anbietern und Nachfragern von Gütern und Dienstleistungen bezüglich der gehandelten Güter und/oder bezüglich des Verhaltens der Marktteilnehmer charakterisiert.¹³⁹ Liegen ungleich verteilte Informationen zu Lasten der Nachfrager vor, können diese die Qualität von Gütern und Dienst-

¹³¹ Grundsätzlich kann im Krankensektor zwischen Behandlungs-, Leistungs- und Versicherungsmärkten differenziert werden. Vgl. Cassel, 2005, S. 254, Cassel/Jacobs, 2006, S. 283, Cassel, 2003, S. 12 f., Kuchinke/Kallfass, 2007, S. 321.

¹³² Vgl. Baumol, 1977a, S. 511, Walras, 1954, S. 255. Ähnlich Stigler, 1968, S. 10.

¹³³ Vgl. Walras, 1954, S. 255, Stiglitz, 1984, S. 34. So auch Monopolkommission, 2010, S. 364 Tz. 1054.

¹³⁴ Vgl. Smith, 1993 S. 20, Herdzina, 1999, S. 18 f., Kreps, 1990, S. 265 f. Kritisch zur Anwendung des klassischen Effizienzbegriffs auf Krankenhäuser vgl. Müller, 1988a, S. 285.

¹³⁵ Vgl. Fritsch, 2014, S. 44, Sohmen, 1976, S. 69.

¹³⁶ Vgl. Baumol, 1977a, S. 511, Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 5.

¹³⁷ Vgl. Bögelein, 1990, S. 4, 7, Bator, 1958, S. 351, Sohmen, 1976, S. 100. Ähnlich Schenk, 1980, S. 194.

¹³⁸ Vgl. Knieps, 2008, S. 11 ff., Bator, 1958, S. 352, 358, 369 f., Fritsch, 2014, S. 72 f., Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 5. Ausführlich zum Marktversagen bei öffentlichen Gütern vgl. Cansier, 1972, S. 429.

¹³⁹ Vgl. Akerlof, 1970, S. 488, Fritsch, 2014, S. 247. Zur Differenzierung zwischen Unkenntnis und Unsicherheit vgl. Fritsch, 2014, S. 245. Eine Beschreibung von Hidden Information und Hidden Action kann Arrow, 1985, S. 38 ff. entnommen werden. Die weiteren Ausführungen beschränken sich auf die güterbezogenen Informationsasymmetrien. Opportunistische Verhaltensweisen werden von der Betrachtung ausgenommen.

leistungen vor Vertragsschluss nur mit hohen Such- und Informationskosten oder erst nach Vertragsschluss einschätzen.¹⁴⁰ Ist eine ex-ante Bewertung der Qualität nicht möglich, können unterschiedliche Qualitäten zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden.¹⁴¹ Da Nachfrager zwischen den verschiedenen Qualitätsniveaus vor Vertragsschluss nicht differenzieren können, weisen sie in der Regel lediglich eine durchschnittliche Zahlungsbereitschaft auf.¹⁴² Langfristig werden dadurch die Anbieter hoher Qualität vom Markt verdrängt, bis lediglich Anbieter mit schlechter Qualität ihre Güter und Dienstleistungen anbieten.¹⁴³

Nach Ansicht zahlreicher Autoren sind die Märkte für Krankenhausdienstleistungen durch Informationsasymmetrien zwischen Krankenhäusern als Anbieter und Patienten als Nachfrager von Krankenhausdienstleistungen charakterisiert.¹⁴⁴ Die in diesem Fall schlechter informierte Seite, die Patienten, habe, so die Argumentation, zum einen keinen Zugang zu verlässlichen Informationen bezüglich der Qualität der Dienstleistungen und könne zum anderen die vorhandenen Informationen nicht hinreichend bewerten.¹⁴⁵

Als ein wesentliches mit Informationsasymmetrien einhergehendes Problem im Bereich der Krankenhausdienstleistungen ist in der Möglichkeit der angebotsinduzierten Nachfrage zu sehen.¹⁴⁶ Aufgrund des geringeren Informationsniveaus der Patienten ist es den Leistungsanbietern theoretisch sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht möglich, Leistungen über die tatsächliche medizinische Notwendigkeit hinaus auszudehnen.¹⁴⁷ Ein weiteres aus der asymmetrischen Informationsverteilung resultierendes Problem besteht nach Ansicht einiger Autoren in der fehlenden Möglichkeit potenzieller Patienten, die Qualität der Leistungserbringer und somit Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungserbringern einzu-

¹⁴⁰ Vgl. Knieps, 2008, S. 12., Fritsch, 2014, S. 247. Je nach Grad der asymmetrischen Informationsverteilung können Such-, Erfahrungs- und Vertrauensgüter unterschieden werden. Vgl. Nelson, 1970, S. 312, 318 f., Darby/Karni, 1973, S. 68 f.

¹⁴¹ Vgl. Knieps, 2008, S. 12.

¹⁴² Vgl. Akerlof, 1970, S. 488.

¹⁴³ Vgl. Akerlof, 1970, S. 450. Ähnlich Ginsburg/Hammons, 1988, S. 110.

¹⁴⁴ Vgl. Arrow, 1963, S. 949, 964, Culyer, 1971, S. 194, Feldstein, 1977, S. 1682, Schulenburg/Greiner, 2013, S. 8 f., Folland/Goodman/Stano, 2013, S. 196 f., Noether, 1988, S. 260, Laufer et al., 2010, S. 930, Schneider, 1993, S. 2, Brody, 1981, S. 718, Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 254, Herder-Dorneich, 1988, S. 210, Birnbaum, 2007, S. 63, Breyer, 2000, S. 169, Wasem/Geraedts, 2011, S. 10, Hurley, 2000, S. 73.

¹⁴⁵ Vgl. Cobbers, 2006, S. 159, Cassel, 2003, S. 4, Brück, 1974, S. 85, Deppe, 1996, S. 51.

¹⁴⁶ Vgl. Darby/Karni, 1973, S. 72 f., 80, Adam, 1983, S. 19, Kuchinke, 2004, S. 99, Hurley, 2000, S. 78, Herder-Dorneich, 1984, S. 6, Herder-Dorneich, 1988, S. 210, Breyer, 2000, S. 169. Grundlegend zur angebotsinduzierten Nachfrage vgl. Evans, 1974, S. 162 ff., Oberender, 1987, S. 22. Auf den Märkten für Krankenhausdienstleistungen ist dies unter dem Prinzip „A bed built is a bed filled is a bed billed“ (Roemer, 1961, S. 35.) bekannt. Ein empirischer Beleg der angebotsinduzierten Nachfrage im Krankenhaussektor findet sich bei Roemer, 1961, S. 42, Evans, 1974, S. 170 f. Kritisch zur angebotsinduzierten Nachfrage vgl. Meyer, 1993, S. 24.

¹⁴⁷ Vgl. Feldstein, 1977, S. 1695. Die angebotsinduzierte Nachfrage ist somit eine Folge der Prinzipal-Agenten-Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten. Vgl. Evans, 1974, S. 162, Meyer, 1993, S. 24. Ähnlich Feldstein, 1977, S. 1682. Grundlegend zur Agenturtheorie vgl. Isaacs, 1924, S. 265, Jensen/Meckling, 1976, S. 308 ff., Grossman/Hart, 1983, S. 7 f., Pratt/Zeckhauser, 1985, S. 2 ff., Arrow, 1985, S. 37. Für eine Übersicht über die Prinzipal-Agenten-Beziehungen auf Krankenhausdienstleistungsmärkten vgl. Cassel et al., 2008a, S. 35.

schätzen.¹⁴⁸ Entscheidungen könnten daher nicht wie auf anderen Märkten anhand von Präferenzen getroffen werden. Konsumentensouveränität wäre auf den Märkten für Krankenhausdienstleistungen nicht gegeben.¹⁴⁹ Zudem stelle sich die Frage nach der grundsätzlichen Messbarkeit von Qualität.¹⁵⁰

Das Vorliegen einer asymmetrischen Informationsverteilung als solche erfordert indes noch keine flächendeckende Regulierung.¹⁵¹ Fraglich ist bereits, ob der vollständige Abbau der Informationsasymmetrien aus normativer Sicht überhaupt zu fordern ist oder ob Patienten Ärzte nicht gerade aufgrund deren Expertenwissens aufsuchen.¹⁵² Sollte dieser Argumentation nicht gefolgt werden, lassen sich Informationsmängel durch eine Reihe von marktlichen Lösungsmöglichkeiten kompensieren. Als solche können insbesondere Signaling und Screening angesehen werden.¹⁵³ Signaling kann beispielsweise in Form von Werbung erfolgen.¹⁵⁴ Ein weiteres Mittel sind Zertifikate.¹⁵⁵ Zertifikate bestätigen die Qualität eines Leistungserbringers aus der Sicht einer unabhängigen Institution.¹⁵⁶ Ferner können unabhängige Institutionen zur Reduktion der asymmetrischen Informationsverteilung beitragen.¹⁵⁷ Seitens des Gesetzgebers können darüber hinaus Vorgaben zur Informationsbereitstellung durch die besser informierte Marktseite auferlegt werden.¹⁵⁸ Über die gesetzlich normierte Informationspflicht hinaus können über die freiwillige Informationsbereitstellung Informationsstandards geschaffen und somit bestehende Informationsasymmetrien abgebaut werden.

Einen Beitrag zur Zunahme der Transparenz der Qualität von Krankenhäusern leisten die mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen intensivierten Vorschriften zum Qualitätsmanagement.¹⁵⁹ Seit 2005 sind Krankenhäuser ausweislich § 137 SGB V zur Erstellung von strukturierten Qualitätsberichten verpflichtet, die nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V durch die Träger

¹⁴⁸ Vgl. Cobbers, 2006, S. 43 f., Schneider, 1993, S. 2, Brody, 1981, S. 718, Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 254.

¹⁴⁹ Vgl. Schulenburg/Greiner, 2013, S. 110, Arnold/Geisbe, 2003, S. 60, Breyer/Zweifel/Kifmann, 2012, S. 185 f. Kritisch hierzu Oberender, 1985, S. 33, Kaltefleiter, 1994, S. 33, Beske, 1999, S. 220.

¹⁵⁰ Vgl. Mansky, 2011, S. 24. Ähnlich Chalkley/Malcomson, 2000, S. 857. Zu den Problemen der Qualitätsmessung vgl. Lungen/Lauterbach, 2002, S. 41 f., Oggier, 2014, S. 421 f.

¹⁵¹ Die Ablehnung der Funktionsfähigkeit der Märkte für Krankenhausdienstleistungen allein aufgrund von Informationsmängeln vertreten auch Wiedemann, 1998, S. 149, Kuchinke, 2004, S. 100 ff., Folland/Goodman/Stano, 2013, S. 197.

¹⁵² Vgl. hierzu ausführlicher Kuchinke, 2004, S. 99.

¹⁵³ Vgl. Shapiro, 1983a, S. 533, Arrow, 1963, S. 967, Kreps, 1990, S. 629, Fritsch, 2014, S. 260, Spence, 1973, S. 358. Beim Signaling stellt die besser informierte Marktseite der schlechter informierten Marktseite Informationen zur Qualität der offerierten Leistungen zur Verfügung. Vgl. Spence, 1973, S. 358, Kreps, 1990, S. 629. Screening bezeichnet im Gegenzug das gezielte Suchen nach Qualitätsinformationen durch die schlechter informierte Marktseite.

¹⁵⁴ Vgl. Darby/Karni, 1973, S. 81. Kritisch hierzu Frank/Roloff/Widmaier, 1973, S. 3. Der Nutzen der Werbung kann dabei mit dem Grad der bestehenden Informationsasymmetrien variieren. Vgl. Nelson, 1974, S. 730 f., 752.

¹⁵⁵ Vgl. Wiedemann, 1998, S. 153, Folland/Goodman/Stano, 2013, S. 197.

¹⁵⁶ Vgl. Sauerland, 2005, S. 266.

¹⁵⁷ Vgl. Stigler, 1968, S. 17, Arrow, 1963, S. 967.

¹⁵⁸ Vgl. Shapiro, 1983a, S. 537 f. Ferner können durch die Vorgabe von Mindestqualitäten Such- und Informationskosten reduziert werden. Vgl. Shapiro, 1983b, S. 677.

¹⁵⁹ Die gestiegene Qualitätstransparenz wird im Schrifttum diskutiert von Roeder et al., 2004, S. 704, Pfeiffer, 2014, S. 94, Knorr, 2003, S. 680.

der Sozialversicherung zu veröffentlichen sind. Über diese gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte hinaus werden von einer Reihe von Krankenhäusern freiwillige Qualitätsberichte erstellt. Ferner verdeutlichen Organisationen wie die von den Selbstverwaltungspartnern gegründete „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) das Eigeninteresse der Krankenhäuser zum einen an der Sicherung der Qualität und zum anderen an der Kommunikation dieser gegenüber (potenziellen) Patienten. Die besser informierte Marktseite stellt der schlechter informierten Marktseite freiwillig Informationen über die Qualität der eigenen Leistungen bereit (Signaling). Mit zunehmender Verbreitung des Internets sind auch die Möglichkeiten der Informationsbereitstellung gestiegen. Im Jahr 2013 verfügten 82 % der deutschen Haushalte über einen Internetanschluss.¹⁶⁰ Krankenhäusern bietet sich somit die Möglichkeit der Informationsbereitstellung auf der eigenen Internetseite, worüber wiederum die Such- und Informationskosten für (potenzielle) Patienten gesenkt werden können.¹⁶¹

Die Unterstellung fehlender Konsumentensouveränität ist vor dem Hintergrund der Informationsmöglichkeiten für Konsumenten zumindest fragwürdig.¹⁶² Die sowohl von Seiten des Gesetzgebers als auch von den Marktakteuren selbst initiierten Vorschriften und Bemühungen zur Steigerung der Qualitätstransparenz verdeutlichen die generelle Möglichkeit des Abbaus bestehender Informationsasymmetrien. Patienten wird die Möglichkeit gegeben, die von Krankenhäusern erbrachte Qualität einzuschätzen, zu vergleichen und bewusste Auswahlentscheidungen zwischen verschiedenen Häusern zu treffen.¹⁶³ Die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Bereitschaft von Krankenhäusern zur Informationsbereitstellung verdeutlicht das grundlegende Interesse der besser informierten Marktseite zur Reduktion der Informationsasymmetrien. Von Signaling im nicht regulierten Markt kann somit ausgegangen werden.

Das Interesse der Krankenhäuser an einer freiwilligen Informationsbereitstellung begründet sich über das zunehmende Bewusstsein der Bevölkerung für die Qualität von Krankenhäusern.¹⁶⁴ Patienten suchen bewusst nach Informationen und entscheiden sich nicht mehr allein aufgrund der Wohnortnähe eines Krankenhauses oder der Empfehlung eines Arztes; die

¹⁶⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt, 2014a, S. 202.

¹⁶¹ Ausführlicher dazu vgl. Kapitel 4.2. und 4.3.

¹⁶² Ähnlich Rosenbrock, 2001, S. 30 f.

¹⁶³ So auch Laufer et al., 2010, S. 921. Kritisch zum Nutzen von Qualitätsinformationen zur Beeinflussung der Auswahlentscheidung von Patienten unter Wettbewerbsbedingungen vgl. Rebscher/Rowohlt, 2010, S. 305.

¹⁶⁴ So auch Menzel, 2006, S. 13. Das Bewusstsein für Qualität folgt aus verschiedenen empirischen Studien zur Veränderung des Marktanteils nach der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen. Vgl. hierzu die Ausführungen in Kapitel 4.3. Es wird daher im Rahmen dieser Untersuchung als gegeben angenommen. Das Eigeninteresse von Krankenhäusern an der Bereitstellung von Qualitätsinformationen zur Reduktion der Informationsasymmetrien kann aus theoretischer Sicht auch aus den Ausführungen Stiglers abgeleitet werden. Stigler diskutierte das Interesse von Anbietern zur Bereitstellung von Informationen zur Identifikation von Anbietern und Preisen. Vgl. Stigler, 1961, S. 220 ff., Stigler, 1968, S. 182 ff. Zur Beeinflussung der Auswahlentscheidung von Patienten durch die Qualität von Krankenhäusern vgl. Joskow, 1980, S. 432.

Qualität und der darauf begründete Ruf von Krankenhäusern gewinnen zunehmend an Bedeutung.¹⁶⁵

Kritisch diskutiert werden könnten das Problem der Messbarkeit von Qualität, die generelle Möglichkeit der Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren und somit die Frage, inwieweit sich Qualität sachgemäß und für Patienten verständlich abbilden lässt. Vor allem Komplikations- und Mortalitätsraten bergen die Gefahr der Subjektivität und der Fehlinterpretation durch (potenzielle) Patienten. Zugleich lassen sich insbesondere zur Beschreibung der Struktur- und Prozessqualität eine Reihe von Indikatoren finden,¹⁶⁶ die leicht verständlich und objektivierbar und somit zur Reduktion der Informationsasymmetrien geeignet sind. Als solche sind exemplarisch die medizinisch-technisch und personelle Infrastruktur, die Ausstattung der Patientenzimmer, Serviceleistungen, Zertifikate, Angaben zum Qualitätsmanagement oder die Darstellung von Erfahrungsberichten früherer Patienten denkbar. Zur Beschreibung der Ergebnisqualität können ungeachtet ihres subjektiven Charakters Informationen zur Patientenzufriedenheit dienen. Diese Indikatoren stellen zwar noch immer kein vollumfängliches Bild der Krankenhausqualität dar. Dennoch befähigen sie Patienten zu einem gewissen Grad zu einer qualitätsbasierten Entscheidung zwischen Krankenhäusern und können letztendlich als eine Verbesserung gegenüber der Situation ohne Qualitätsinformationen angesehen werden.¹⁶⁷

Grundsätzlich sind dabei verschiedene Nachfrageklassen zu unterscheiden; Patienten mit akuten und nicht-akuten Beschwerden. Für elektive Eingriffe besteht für Patienten durchaus die Möglichkeit, sich über die Qualität von Krankenhäusern zu informieren und diese zu vergleichen.¹⁶⁸ Die Annahme des Screening unter Wettbewerbsbedingungen ist realistisch. Treffen Patienten ihre Entscheidung für oder gegen einen Leistungserbringer anhand der wahrgenommenen Qualität, ergibt sich für Krankenhäuser daraus der Anreiz zur freiwilligen Informationsbereitstellung. Veröffentlicht ein Teil der Krankenhäuser keine qualitätsrelevanten Informationen, könnte dies von Patienten als Indikator für mangelhafte Qualität verstanden werden.¹⁶⁹

Zusammenfassend ist von einem generellen Marktversagen aufgrund von Informationsasymmetrien nicht auszugehen. Märkte sind grundsätzlich durch ein Informationsgefälle zwischen

¹⁶⁵ So auch Müller/Simon, 1994, S. 358. Durch den Aufbau eines guten Rufs können Krankenhäuser zur Reduktion von Such- und Informationskosten beitragen. Vgl. Stigler, 1961, S. 224. Stigler, 1968, S. 187 f., Shapiro, 1983a, S. 532, Chalkley/Malcomson, 2000, S. 879. Grundlegend dazu vgl. Shapiro, 1983b, S. 659 f.

¹⁶⁶ Vgl. Menzel, 2006, S. 4. Im Zeitablauf ist mit der Herausbildung von einheitlichen Basisindikatoren zur Qualitätsbeschreibung zu rechnen. Vgl. Ebsen et al., 2003, S. 44 ff. Die Begründung zum KHSG unterstellt sogar die Möglichkeit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die in die Vergütung von Krankenhäusern einbezogen werden können. Vgl. Deutscher Bundestag, 2015, S. 1 ff.

¹⁶⁷ Vgl. Pfeiffer, 2014, S. 96 f.

¹⁶⁸ Vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann, 2012, S. 188 f. Ähnlich Monopolkommission, 2008, S. 320 Tz. 820. Für die Notfallversorgung wird diese hingegen regelmäßig nicht gegeben sein, da Patienten in diesen Fällen in der Regel keine eigenen Entscheidungen treffen können. Die grundlegende Problematik fehlender Handlungsfähigkeit in Notfallsituationen besteht dabei jedoch nicht ausschließlich in nicht regulierten, sondern auch in regulierten Szenarien.

¹⁶⁹ So auch Menzel, 2006, S. 13.

den Marktseiten charakterisiert.¹⁷⁰ Die auf den Märkten für Krankenhausdienstleistungen bestehenden Informationsmängel können zudem durch die beschriebenen Maßnahmen wesentlich reduziert werden, wodurch diese nicht größer sind als auf anderen Dienstleistungsmärkten. Bereits im regulierten Szenario werden Patienten vermehrt freiwillig objektivierte Qualitätsinformationen leicht zugänglich zur Verfügung gestellt. Wie gezeigt werden konnte, haben Krankenhäuser insbesondere unter Wettbewerbsbedingungen ein Eigeninteresse an der Schaffung von Qualitätstransparenz und somit zum Abbau der Informationsasymmetrien.

2.4.1.2 Subadditivität der Kosten

Ein weiterer Marktversagenstatbestand wird durch die Subadditivität der Kosten beschrieben. Natürliche Monopole sind durch Subadditivität der Kosten charakterisiert.¹⁷¹ Bei Vorliegen von Subadditivität ist im Einproduktfall die Herstellung der nachgefragten Menge in einem Unternehmen kostengünstiger als in zwei oder mehr Unternehmen.¹⁷² Voraussetzung hierfür sind Größenvorteile der Produktion.¹⁷³ Bestehen zudem Markteintrittsbarrieren und/oder sind hohe versunkene Kosten gegeben, handelt es sich um ein resistentes natürliches Monopol.¹⁷⁴ Der Monopolist wird dann nicht durch tatsächlichen oder potenziellen Wettbewerb diszipliniert und es kann zur Monopolpreissetzung kommen.¹⁷⁵

Sollte es sich bei Krankenhäusern generell um natürliche Monopole handeln, würden Kliniken mit einer geringen Bettenkapazität die mindestoptimale Betriebsgröße nicht erreichen.¹⁷⁶ Im Ergebnis würden ihre Produktionskosten die von Krankenhäusern mit einer höheren Bettenkapazität übersteigen, was zu Wettbewerbsnachteilen und somit zu einem Ausscheiden aus den Märkten für Krankenhausdienstleistungen führen könnte.¹⁷⁷ Die Frage nach der empiri-

¹⁷⁰ Die Verletzung der Annahme der vollständigen Information als Voraussetzung für einen vollkommenen Markt kann eher als Regelfall denn als Ausnahmetatbestand angesehen werden. Vgl. Knieps, 2008, S. 12, Stigler, 1961, S. 213, Stigler, 1968, S. 171, Stiglitz, 1984, S. 30, Frank/Roloff/Widmaier, 1973, S. 2. So auch Kuchinke, 2004, S. 99, Wiedemann, 1998, S. 145 f., Oberender, 1985, S. 33, Oberender, 1989, S. 65. Einen gegenteiligen Standpunkt vertritt Culyer, 1971, S. 196.

¹⁷¹ Vgl. Baumol, 1977b, S. 810, Knieps, 2008, S. 13, Fritsch, 2014, S. 160 ff.

¹⁷² Vgl. Kruse, 1985, S. 19 ff., Knieps, 2008, S. 23, Stigler, 1968, S. 18, Baumol/Panzar/Willig, 1988, S. 348 f., Baumol/Panzar/Willig, 1988, S. 170, Baumol, 1982, S. 26.

¹⁷³ Vgl. Fritsch, 2014, S. 160 f., Kruse, 1985, S. 24, Baumol, 1977b, S. 810 f. Größenvorteile und das natürliche Monopol können im Mehrproduktfall nicht gleichgesetzt werden. Vgl. Baumol, 1977b, S. 817. Vielmehr müssen im Mehrproduktfall Verbundvorteile vorliegen. Vgl. Knieps, 2008, S. 25. Verbundvorteile liegen vor, wenn die gleichzeitige Produktion mehrerer Güter in einem Unternehmen geringere totale Kosten verursacht als die getrennte Produktion in zwei oder mehr Unternehmen. Vgl. Knieps, 2008, S. 25, Kruse, 1985, S. 22, Baumol/Panzar/Willig, 1988, S. 71, Kallfass, 1990, S. 32.

¹⁷⁴ Vgl. Baumol/Panzar/Willig, 1988, S. 292, Baumol, 1982, S. 24, Bailey/Baumol, 1984, S. 113. Zu Markteintrittsbarrieren vgl. Bain, 1956, S. 6 ff. Zu versunkenen Kosten vgl. Knieps, 2008, S. 32, Baumol/Panzar/Willig, 1988, S. 280. Zur Relevanz von Markteintrittsbarrieren auf Krankenhausdienstleistungsmärkten vgl. Kaschny, 1998, S. 221 ff. Markteintrittsbarrieren werden auf Krankenhausdienstleistungsmärkten im Wesentlichen durch die Notwendigkeit der Aufnahme in den Bedarfsplan eines Bundeslandes sowie die kollektivvertraglichen Verhandlungen mit den Leistungsträgern beschrieben.

¹⁷⁵ Vgl. Baumol/Panzar/Willig, 1988, S. 292, Panzar/Willig, 1977, S. 6 f., 16. Zur Disziplinierung des Etablierten durch Newcomer vgl. Kallfass, 1990, S. 107 ff.

¹⁷⁶ Zur mindestoptimalen Betriebsgröße vgl. Kruse, 1985, S. 26, Kallfass, 1990, S. 29.

¹⁷⁷ Grundlegend hierzu vgl. Stigler, 1968, S. 18. Kritisch hierzu vgl. Kruse, 1985, S. 33, Meyer, 1993, S. 26. Nach Kruse sind Kostennachteile von Unternehmen, welche die mindestoptimale Betriebsgröße nicht erreichen, relativ gering. Vgl. Kruse, 1985, S. 33.

schen Relevanz von Größenvorteilen soll an dieser Stelle nicht thematisiert werden. Hierzu wird auf das Schrifttum verwiesen.¹⁷⁸ Selbst wenn Größen- und Verbundvorteile für die Märkte für Krankenhausdienstleistungen angenommen werden, müssen die Eigenschaften des natürlichen Monopols zum einen nicht in allen Regionen und zum anderen nicht für alle Leistungen im relevanten Nachfragebereich vorliegen.¹⁷⁹ Die generelle Eigenschaft von Krankenhäusern als natürliches Monopol ist daher nicht anzunehmen. Die bestehenden Markteintrittsschranken sind nicht struktureller Natur und könnten daher abgebaut werden. Die Disziplinierung durch potenziellen Markteintritt wäre somit theoretisch möglich. Darüber hinaus ist auch die Gefahr der Ausnutzung von entstehenden Monopolstellungen nicht zwingend gegeben, da im Falle von Marktmacht die Regelungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen greifen.¹⁸⁰ Diese zielen auf den Schutz des Wettbewerbs, indem sie die missbräuchliche Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung untersagen (§ 19 Abs. 1 i. V. m. § 18 Abs. 1 GWB). Eine wettbewerbsgefährdende Ausnutzung von Marktmacht kann demzufolge durch den allgemeinen Ordnungsrahmen verhindert werden.

2.4.1.3 Externe Effekte

Externe Effekte können grundsätzlich pekuniärer¹⁸¹, technologischer und psychologischer¹⁸² Art sein. Zu Marktversagen führen lediglich technologische externe Effekte.¹⁸³ Liegen diese vor, enthalten die Nutzen- oder Produktionsfunktionen von Wirtschaftssubjekten fremdbestimmte Elemente, die sich dem Einfluss der Wirtschaftssubjekte entziehen, sich jedoch zugleich positiv oder negativ auf ihr Handeln auswirken und nicht über das Preissystem erfasst und ausgeglichen werden.¹⁸⁴ Die tatsächlichen Knappheitsrelationen werden von den Markt-

¹⁷⁸ Vgl. Frech/Mobley, 1995, S. 292, Masayuki, 2010, S. 9, Kristensen et al., 2008, S. 16 f., Wang/Zhao/Mahmood, 2006, S. 11, Monopolkommission, 2008, S. 330 Tz. 851. Für eine Übersicht über weitere diesbezügliche Studien vgl. Posnett, 2002, S. 100 ff.

¹⁷⁹ Vgl. Kruse, 1985, S. 31, Knieps, 2008, S. 27. Für einen Teil der von Krankenhäusern in monopolistischen Märkten erbrachten Leistungen kann demnach eine kosteneffiziente Leistungserstellung in mehr als einem Unternehmen möglich sein, wenn beispielweise Substitutionsbeziehungen zum ambulanten Sektor oder zu Medizinischen Versorgungszentren in die Betrachtung einbezogen werden. Regulierung zur Korrektur von Marktversagen kann sich daher auf den zutrittsresistenten Bereich des natürlichen Monopols beschränken. Vgl. Knieps, 2008, S. 95. Ein solcher disaggregierter Ansatz wird beispielsweise im Telekommunikationssektor angewandt. Vgl. Knieps/Müller/Weizsäcker, 1981, S. 353 f. Ferner kann es im Zeitablauf zu Änderungen der Nachfrage- und Kostenfunktionen und somit zu Änderungen bezüglich des Vorliegens von Subadditivität kommen. Vgl. Kruse, 1985, S. 31.

¹⁸⁰ Die Anwendbarkeit der GWB auf Krankenhäuser ist gegeben.

¹⁸¹ Pekuniäre externe Effekten beschreiben die Veränderung der Knappheitsrelationen, d. h. die Veränderung von Preisen auf den Güter- oder Faktormärkten. Sie lassen sich somit marktlich abbilden und führen daher nicht zu einem Marktversagen. Vgl. Fritsch, 2014, S. 81.

¹⁸² Ebenso wie bei pekuniären externen Effekten stellen psychologische externe Effekte keinen Marktversagenstatbestand dar. Durch sie wird ausschließlich das Konsum- oder Nutzenniveau Dritter beeinflusst, jedoch ohne dabei eine Marktbeziehung entstehen zu lassen. Fritsch, 2014, S. 81.

¹⁸³ Vgl. Bator, 1958, S. 365, Sohen, 1976, S. 221, Fritsch, 2014, S. 81.

¹⁸⁴ Vgl. Knieps, 2008, S. 11, Bartling, 1983, S. 331, Fritsch, 2014, S. 81, Kreps, 1990, S. 202 f., Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 9.

preisen nicht mehr korrekt abgebildet.¹⁸⁵ Da Individuen beim Vorliegen positiver externer Effekte einen Nutzenzuwachs erfahren, für den aufgrund der Fremdbestimmtheit keine Gegenleistung erbracht werden muss, bleibt der tatsächliche Konsum dieser Güter hinter dem aus objektiver Sicht optimalen Konsum zurück.¹⁸⁶ Liegen externe Effekte vor, entspricht der tatsächliche Konsum nicht dem wohlfahrtsökonomisch optimalen Konsum, da lediglich der private Grenznutzen und die privaten Grenzkosten, nicht jedoch die sozialen Kosten bei der Konsumentscheidung berücksichtigt werden.¹⁸⁷ Es kommt somit zu einer Fehlallokation von Ressourcen.¹⁸⁸

Das Vorliegen (positiver) technologischer externer Effekte wird den Märkten für Krankenhaushausdienstleistungen vor allem in Bezug auf die Behandlung ansteckender Krankheiten unterstellt.¹⁸⁹ Bestimmte externe Effekte liegen jedoch unter der Spürbarkeitsschwelle von Wirtschaftssubjekten.¹⁹⁰ Aufgrund der Geringfügigkeit dieser externen Effekte wird das Verhalten von Wirtschaftssubjekten nicht beeinflusst, wodurch es zu keinem Marktversagen kommt.¹⁹¹ Der Anteil der Behandlung ansteckender Krankheiten an der Gesamtheit aller in Deutschland behandelten Fälle kann als gering bezeichnet werden.¹⁹² Von einem generellen Marktversagen aufgrund des Vorliegens externer Effekte kann daher nicht ausgegangen werden.¹⁹³

2.4.1.4 Öffentliche Güter

Öffentliche Güter sind durch Nichtrivalität im und Nichtausschließbarkeit vom Konsum charakterisiert.¹⁹⁴ Handelt es sich um ein öffentliches Gut, wird der Nutzen eines Individuums aus dem Konsum eines Gutes nicht durch den Konsum dieses Gutes durch andere Individuen beeinträchtigt.¹⁹⁵ Zugleich können Individuen infolge der Nichtexklusivität nicht vom Konsum ausgeschlossen werden.¹⁹⁶ Für sie ist es rational, das öffentliche Gut zu konsumieren, ohne einen Beitrag zu seiner Finanzierung zu leisten.¹⁹⁷ Öffentliche Güter führen somit zur Trittbrettfahrerproblematik.¹⁹⁸ Infolge der zu geringen oder fehlenden Zahlungsbereit-

¹⁸⁵ Vgl. Bartling, 1983, S. 331, Fritsch, 2014, S. 82, Baumol, 1977a, S. 517.

¹⁸⁶ Vgl. Baumol, 1977a, S. 520, Külp et al., 1984, S. 37.

¹⁸⁷ Vgl. Bögelein, 1990, S. 26, Fritsch, 2014, S. 82 f., Watrin, 1986, S. 8, Sohnen, 1976, S. 224 f.

¹⁸⁸ Vgl. Bartling, 1983, S. 331, Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 9, Sohnen, 1976, S. 227.

¹⁸⁹ Vgl. Culyer, 1971, S. 199 f., Schulenburg/Greiner, 2013, S. 10, Folland/Goodman/Stano, 2013, S. 266 f.

¹⁹⁰ Vgl. Bartling, 1983, S. 331, Watrin, 1986, S. 19.

¹⁹¹ So auch Kuchinke, 2004, S. 111, Monopolkommission, 2008, S. 330 Tz. 851.

¹⁹² Vgl. Statistisches Bundesamt, 2014a, S. 118 ff.

¹⁹³ So auch Külp et al., 1984, S. 38, Bögelein, 1990, S. 133, Monopolkommission, 2008, S. 330 Tz. 851.

¹⁹⁴ Vgl. Musgrave, 1959, S. 42 f., Wegehenkel, 1981a, S. 1, Fritsch, 2014, S. 77, Watrin, 1986, S. 8, Sohnen, 1976, S. 286. Für weitere Eigenschaften öffentlicher Güter vgl. Frank/Roloff/Widmaier, 1973, S. 6.

¹⁹⁵ Vgl. Samuelson, 1954, S. 387, Samuelson, 1955, S. 350, Demsetz, 1970, S. 293, Baumol, 1977a, S. 521.

¹⁹⁶ Vgl. Baumol, 1977a, S. 521.

¹⁹⁷ Vgl. Bögelein, 1990, S. 110, Mackscheidt/Steinhausen, 1977, S. 9.

¹⁹⁸ Vgl. Wegehenkel, 1981b, S. 45. Zur Trittbrettfahrerproblematik vgl. Jöhr, 1976, S. 129, Bartling, 1983, S. 332.

schaft ergibt sich für privatwirtschaftliche Anbieter ungeachtet eines bestehenden Bedarfs kein Anreiz zur Bereitstellung öffentlicher Güter.¹⁹⁹

Sollte es sich bei Krankenhausdienstleistungen um öffentliche Güter handeln, bestünde keine Rivalität um Behandlungen und/oder Diagnosen. Da bestimmte Infrastruktureinrichtungen von Krankenhäusern wie Betten oder Operationssäle zu einem konkreten Zeitpunkt lediglich von einem Patienten genutzt werden können und Patienten auch um humane Ressourcen konkurrieren, kann von einer generellen Nichtrivalität und Nichtausschließbarkeit bei Krankenhausdienstleistungen nicht ausgegangen werden.²⁰⁰ Wartezeiten für bestimmte Diagnose- und Behandlungsdienstleistungen sind ein Beleg dafür. Wirtschaftssubjekte erfahren jedoch nicht ausschließlich einen Nutzen aus der Inanspruchnahme von Krankenhausdienstleistungen, sondern bereits aus der Existenz von Krankenhäusern als solchen.²⁰¹ Da es sich hierbei lediglich um das Wissen über die Möglichkeit einer potenziellen Behandlung ohne die tatsächliche Inanspruchnahme von Ressourcen handelt, sind sowohl die Bedingung der Nichtausschließbarkeit als auch die der Nichtrivalität erfüllt. Bei dem Optionsnutzen von Krankenhausdienstleistungen handelt es sich folglich in der Tat um ein öffentliches Gut.²⁰²

Das ökonomische Problem bei der Eigenschaft des Optionsnutzens als öffentliches Gut besteht darin, dass der Nutzen aus der Existenz von Krankenhäusern auch denjenigen zukommt, die keinen Beitrag zur Finanzierung der entsprechenden Kapazitäten leisten.²⁰³ In einem nicht regulierten Szenario käme es zu Trittbrettfahrerverhalten. Letztendlich würde das Gut mangels Finanzierbarkeit nicht mehr bereitgestellt werden. Nun sind Reservekapazitäten kein krankenhausspezifisches, sondern vielmehr ein generelles ökonomisches Problem.²⁰⁴ Zudem haben Krankenhäuser durchaus einen Anreiz zur Bereitstellung von Reservekapazitäten, wenn die Vorhaltung dieser Kapazitäten durch die Leistungsträger abgegolten wird. Die Leistungsträger könnten die dafür erforderlichen Zuschläge wiederum an ihre Versicherungsnehmer weitergeben. Nachdem potenzielle Konsumenten einen Nutzen aus der Existenz von Krankenhäusern erfahren, erscheint es nicht plausibel, weshalb sie keinen Beitrag zur Vorhaltung

¹⁹⁹ Vgl. Bator, 1958, S. 377, Musgrave, 1959, S. 43 f., Bögelein, 1990, S. 110 f., Culyer, 1971, S. 206, Wegehenkel, 1981b, S. 45. Kritisch hierzu Demsetz, 1970, S. 306, Baumol, 1977a, S. 517, Hurley, 2000, S. 71. Für Möglichkeiten zur Internationalisierung von externen Effekten vgl. Wegehenkel, 1981a, S. 16 ff., Sothen, 1976, S. 230 ff.

²⁰⁰ Vgl. Oberender/Ruckdäschel, 2000, S. 178, Wiedemann, 1998, S. 29, Folland/Goodman/Stano, 2013, S. 393, Herder-Dorneich, 1980, S. 8 f.

²⁰¹ Vgl. Gaynor/Anderson, 1995, S. 294 f., Kuchinke, 2004, S. 112, Cobbers, 2006, S. 47, Wiedemann, 1998, S. 28 f., Polei, 2001, S. 191.

²⁰² So auch Hansmeyer/Henke, 1997, S. 4, Oberender/Zerth, 2005, S. 40, Kopetsch, 1996, S. 209.

²⁰³ Vgl. Culyer, 1971, S. 201, Weisbrod, 1964, S. 474. Zur Problematik des Optionsnutzens bei privatwirtschaftlicher Leistungserstellung vgl. Weisbrod, 1964, S. 472.

²⁰⁴ Vgl. Schreiber, 1963, S. 471. Dies geht auch aus den Ausführungen von Riebel, 1977, S. 103 hervor. Zu Reservekapazitäten vgl. Joskow, 1980, S. 422 f. Grundsätzlich kann die Optionsnachfrage zu Grenzkosten von Null befriedigt werden. Erst ab der Überschreitung der gegebenen Kapazität verursacht die Vorhaltung zusätzlicher Kapazitäten positive Grenzkosten.

entsprechender Kapazitäten leisten sollten.²⁰⁵ Die tatsächlich erforderliche Höhe der Reservekapazität kann letztendlich nur unter Wettbewerbsbedingungen getestet werden.

2.4.2 Zusammenfassende Beurteilung

Das den Krankenhausmärkten seit Jahren unterstellte Marktversagen wird inzwischen häufig pauschal ohne weitere Prüfung als gegeben angenommen.²⁰⁶ Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Marktversagenstatbestände konnte im Rahmen dieses Kapitels hingegen kein generelles Marktversagen diagnostiziert werden. Lediglich punktuell kann es zu einem Versagen einzelner Märkte kommen.²⁰⁷ Aber auch die Möglichkeit eines punktuellen Marktversagens stellt noch keinen hinreichenden Grund für das Eingreifen des Staates, wie es derzeit in Deutschland der Fall ist, dar. Vielmehr muss durch die Regulierung, wie unter Punkt 2.2.2 ausgeführt, eine Verbesserung des Marktergebnisses gegenüber der Situation ohne Regulierung erreicht werden können. Diese wird aus politischer Sicht implizit als gegeben angesehen. Für eine ökonomische Einschätzung dieser Annahme werden nachfolgend die Ausgestaltung der DRG-Fallpauschalen aus kostenrechnerischer Sicht sowie die Gesetzesänderungen im Rahmen für Krankenhausreform 2015 sowie deren potenzielle Auswirkungen auf das Marktergebnis kritisch diskutiert.

2.5 Analyse der konzeptionellen Ausgestaltung der DRG-Fallpauschalen aus kostenrechnerischer Sicht

2.5.1 Einführung

Ausgehend von dem Krankenhausdienstleistungsmärkten häufig unterstellten Marktversagen und der damit einhergehenden Regulierung verfolgt die regulatorische Vorgabe der Vergütungshöhe das Ziel der Verbesserung des Marktergebnisses im Vergleich zur Situation ohne Regulierung. Auf diesem Wege sollen sowohl eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen, die wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern als auch eine Reduktion des Ausgabenwachstums im Krankenhaussektor erreicht werden.²⁰⁸

Mit der staatlichen Vorgabe von Preisen unterstellt der Staat implizit die fehlende Möglichkeit, diese Ziele durch eine marktliche Koordination von Angebot und Nachfrage zu errei-

²⁰⁵ Für weitere Möglichkeiten der Bereitstellung von Reservekapazitäten vgl. Oberender/Zerth, 2005, S. 41 f.

²⁰⁶ Vgl. Rahmel, 2014, S. 137, Laufer et al., 2010, S. 930.

²⁰⁷ Die Forderung nach einer Beschränkung der Staatseingriffe auf die Korrektur eines punktuellen Marktversagens im Gesundheitswesen wird auch vertreten von Kuchinke, 2004, S. 211 f., Schneider, 1993, S. 2, Henke/Richter, 2013, S. 20, Oberender et al., 2012, S. 15, Neubauer, 2002, S. 3. Auch im Gesundheitswesen sei der Wettbewerb der Planwirtschaft überlegen. Vgl. Schneider, 1993, S. 2, Neubauer, 2002, S. 3.

²⁰⁸ Vgl. § 1 Abs. 1 KHG. Zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Verringerung des Ausgabenwachstums im Krankenhaussektor als ein Ziel der Einführung der DRG-Fallpauschalen vgl. Deutscher Bundestag, 2001, S. 2. Für eine inhaltliche Umschreibung des Wirtschaftlichkeitsbegriffs vgl. Mellerowicz, 1926, S. 6 f.

chen. Eine first-best Lösung ist damit bereits ausgeschlossen. Die Frage, inwiefern anhand der derzeitigen Ausgestaltung der pauschalen Entgelte unter kostentheoretischen Aspekten zu mindest eine second-best-Lösung erreicht werden kann, blieb bisher ungewürdigt.

Aus kostenrechnerischer Sicht stellen die Fallpauschalen vollkostenbasierte Istkosten dar, die auf Basis einer einfachen Divisionskalkulation ermittelt werden.²⁰⁹ Es ist daher kritisch zu hinterfragen, inwiefern diese Ausgestaltung aus theoretisch-konzeptioneller Perspektive zur Erreichung der verfolgten Zielstellung geeignet ist. Zu unterscheiden ist dabei zwischen betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Zielen. Während erstere im Wesentlichen auf die wirtschaftliche Sicherung von Krankenhäusern gerichtet sind, fokussieren letztere auf die Erreichung technischer Effizienz. Als Beurteilungskriterium der betriebswirtschaftlichen Zielsetzung dient der Unternehmenserfolg der Krankenhäuser,²¹⁰ definiert als Differenz zwischen den Erträgen und den Aufwendungen einer Wirtschaftsperiode. Für die volkswirtschaftliche Perspektive wird die technische Effizienz als Zustand, in dem bei gegebener Qualität zu minimalen Stückkosten produziert werden kann, als Bewertungskriterium definiert.²¹¹

Die Untersuchung gliedert sich wie folgt: Zunächst werden überblicksartig die wesentlichen Grundlagen der DRG-Fallpauschalen, die zur Beurteilung ihrer theoretisch-konzeptionellen Ausgestaltung erforderlich sind, dargelegt (Kapitel 2.5.2), bevor diese anschließend sowohl aus betriebswirtschaftlicher (Kapitel 2.5.3) als auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive kritisch hinterfragt werden (Kapitel 2.5.4). Die gewonnenen Erkenntnisse werden im Zwischenfazit (Kapitel 2.5.5) zusammengefasst.

2.5.2 Charakteristika der DRG-Fallpauschalen

Das G-DRG-System stellt die Basis für ein kostenbasiertes, prospektives Vergütungssystem dar.²¹² Auf Basis der Hauptdiagnose wird eine erste Einordnung der Behandlungsfälle zu einer Major Diagnosis Category (MDC) vorgenommen. Innerhalb dieser erfolgt eine Differenzierung nach patientenspezifischen Merkmalen sowie erbrachten Prozeduren in die sogenann-

²⁰⁹ Vgl. § 2 Abs. 1, 2 der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalisierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG, 27.06.2000. Vollkosten umfassen grundsätzlich alle variablen und fixen Kostenbestandteile. Aufgrund der dualen Krankenhausfinanzierung weicht der Begriff der Vollkosten in diesem Fall von dem klassischen Vollkostenbegriff der Kostenrechnung ab, indem insbesondere Abschreibungen nicht berücksichtigt werden. Da jedoch nicht alle Fixkosten von der öffentlichen Hand getragen werden, erscheint eine Unterscheidung zwischen Voll- und Teilkosten dennoch gerechtfertigt.

²¹⁰ Zum Unternehmensgewinn als Maß des wirtschaftlichen Erfolgs vgl. Mellerowicz, 1926, S. 6 f.

²¹¹ Zur technischen Effizienz vgl. Kruse, 1985, S. 97, Carlton/Perloff, 2000, S. 12, Donaldson/Magnussen, 1992, S. 49. Als sich der Preis für Krankenhausdienstleistungen innerhalb des DRG-Systems nicht durch Angebot und Nachfrage bildet, ist eine Untersuchung der Auswirkungen auf die allokativen Effizienz nicht zielführend. Aufgrund der Loslösung der Preisbildung von den Präferenzen der Nachfrager wird die qualitative Effizienz als Beurteilungskriterium ebenfalls ausgeschlossen. Zur allokativen Effizienz vgl. Waldman/Jensen, 2014, S. 3, Kruse, 1985, S. 73 ff. Für eine Definition der qualitativen Effizienz vgl. Kruse, 1985, 117 f., Kallfass, 1990, S. 9 ff.

²¹² Vgl. Neubauer, 2007, S. 371.

ten Basis-DRG.²¹³ Zur Erreichung von Kostenhomogenität erfolgt eine Gewichtung der Basis-DRG aufgrund des patientenspezifischen Schweregrads.²¹⁴ Dieser bestimmt sich im Wesentlichen über die Nebendiagnosen sowie über eventuelle Komplikationen.²¹⁵ Im Ergebnis sollen diejenigen Behandlungsfälle, die vergleichbare Kosten verursachen, einer Gruppe zugeordnet werden.²¹⁶ Die so generierten DRGs werden mit Hilfe des Fallpauschalenkatalogs einer Bewertungsrelation zugeordnet, § 4 Abs. 2 S. 2 KHEntG. Diese stellen ein relatives Kostengewicht dar und zeigen den spezifischen Kostenverlauf einer DRG im Vergleich zu einer anderen auf.²¹⁷ Sie gewährleisten somit die Beachtung des Grundsatzes der Kostenhomogenität, indem gleich verlaufende Kosten eines Behandlungsprozesses von den divergierenden Verläufen anderer Prozesse abgegrenzt werden.²¹⁸ Die Berechnung der Bewertungsrelationen erfolgt dabei auf Istkosten-Basis, d.h. anhand der tatsächlich angefallenen Kosten.²¹⁹

Die letztendlich zu ermittelnden durchschnittlichen Fallkosten resultieren aus einer einfachen Divisionskalkulation, im Rahmen derer die Gesamtheit der erhobenen Kosten durch die Anzahl der Fälle im Zeitraum der Datenerhebung geteilt wird. Die Relativgewichte der verschiedenen DRGs ergeben sich, indem die durchschnittlichen Fallkosten einer DRG ins Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten der betrachteten Periode gesetzt werden.²²⁰ Durch Multiplikation mit einem Basisfallwert wird letztendlich die abrechenbare Fallpauschale ermittelt.²²¹

2.5.3 Betriebswirtschaftliche Betrachtung

2.5.3.1 Zeitbezug und Verrechnungsumfang der Kosten

Grundlegend stellen sowohl die in die Fallpauschalen als auch die in die Bewertungsrelationen einfließenden Kosten Istkosten auf Vollkostenbasis dar.²²² Die Gewinnung der Kostendaten erfolgt dabei durch sich freiwillig an der Berechnung beteiligende Krankenhäuser. Die finalen Pauschalen entsprechen demzufolge der mittleren tatsächlichen Kostenhöhe der sich beteiligenden Häuser. Bei historischen Vollkosten handelt es sich um in der Vergangenheit

²¹³ Vgl. Hilgers, 2011, S. 32 f., Baker, 2002, S. 1, Breßlein, 2001, S. 148.

²¹⁴ Vgl. Frese et al., 2004, S. 737 f., Fritze/Pullheim, 2001, S. 479.

²¹⁵ Vgl. Hilgers, 2011, S. 33 f., Baker, 2002, S. 3.

²¹⁶ Vgl. Scheller-Kreinsen/Geissler/Busse, 2009, S. 2, Güntert/Klein/Kriegel, 2005, S. 515, Landauer/Schleppers, 2002, S. 5, Roeder/Rochell/Glocker, 2002, S. 704, Neubauer/Nowy, 2000, S. 11. Kritisch zur tatsächlichen Realisation einheitlicher Gruppen vgl. Horn, 1983, S. 25, 27 ff., Schmidt, 1994, S. 48.

²¹⁷ Vgl. Hilgers, 2011, S. 34, Schmitz/Platzkoster, 2004, S. 22. Ermittelt wurden die Relativgewichte anhand der Kosten- und Leistungsdaten der an der DRG-Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser. Vgl. Schmitz/Platzkoster, 2004, S. 23.

²¹⁸ Vgl. Scheller-Kreinsen/Geissler/Busse, 2009, S. 3, Breßlein, 2001, S. 148.

²¹⁹ Vgl. § 2 Abs. 1, 2 der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalisierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG, 27.06.2000.

²²⁰ Vgl. InEK, 2013, S. 34.

²²¹ Vgl. Hilgers, 2011, S. 34.

²²² Vgl. § 2 Abs. 1, 2 der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalisierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG.

angefallene variable und fixe Kostenbestandteile.²²³ Für Krankenhäuser bedeutet dies zumindest eine gewisse Würdigung ihrer tatsächlichen Kosten, indem beispielsweise nicht auf Planwerte zurückgegriffen wird. Grundsätzlich sind Krankenhäuser als Marktakteure dabei an hohen Vergütungen bei konstantem Kostenniveau mit dem Ziel der Steigerung von Gewinnen und/oder internen Renten interessiert.

Für die Höhe der Erlöse ist über den Zeitbezug und den Verrechnungsumfang der Kosten hinaus die Höhe des Landesbasisfallwerts entscheidend. Mit Blick auf die potenziellen Auswirkungen auf den Unternehmensgewinn und den Substanzerhalt von Krankenhäusern kann eine generelle Vorteilhaftigkeit der Istkostenverwendung für die einzelnen Hospitäler indes ungeachtet der Einflussnahme des Landesbasisfallwertes konstatiert werden.

2.5.3.2 Kalkulatorische Kosten

Der für Krankenhäuser relevante Kostenbegriff wird durch die Krankenhausbuchführungsverordnung bestimmt und entspricht im Wesentlichen dem pagatorischen Begriffsverständnis.²²⁴ Kalkulatorische Kosten finden demzufolge keinen Eingang in die Kalkulation der Fallkosten, als diese ausschließlich die laufenden Kosten des Leistungserstellungsprozesses decken sollen und insbesondere Investitionen von den Ländern zu tragen sind.²²⁵ Kalkulatorische Kosten stellen Zusatz- oder Anderskosten dar.²²⁶ Ihnen liegt der Gedanke der Berücksichtigung von Opportunitätskosten zugrunde.²²⁷ Ihre Nichtberücksichtigung ist aus Unternehmenssicht grundsätzlich als negativer Aspekt zu werten. Vernachlässigt die Preisbildung kalkulatorische Kosten, decken die Preise lediglich die Grund- und zum Teil Anderskosten, die zu tatsächlichen Ausgaben geführt haben, erlauben darüber hinaus jedoch keine Verzinsung des eingesetzten Kapitals und leisten im Ergebnis keinen Beitrag zur Substanzerhaltung.²²⁸

Kritisch diskutiert werden könnte die generelle Bedeutung kalkulatorischer Kosten für Krankenhäuser. Investitionen werden überwiegend separat von den Betriebskosten finanziert. Kalkulatorische Abschreibungen sind somit für Krankenhäuser in der Regel nicht relevant. In Anbetracht der Finanzierungsprobleme der Länder und der daraus resultierenden Notwendigkeit der Krankenhäuser zur eigenständigen Finanzierung ihrer Investitionen sowie der Möglichkeit der Wahl der pauschalen Investitionszuschläge auf die Fallpauschalen gewinnen kalkulatorische Abschreibungen wiederum an Bedeutung, als der Anteil investierter Eigenmittel

²²³ Vgl. Layer, 1976, S. 108.

²²⁴ Vgl. Graumann/Schmidt-Graumann, 2011, S. 319.

²²⁵ Für eine Übersicht über die Arten der kalkulatorischen Kosten vgl. Ferrero, 1982, S. 3, Mellerowicz, 1974, S. 45.

²²⁶ Vgl. Schmalenbach, 1934, S. 116, Mellerowicz, 1974, S. 45, Ferrero, 1982, S. 3.

²²⁷ Vgl. Mellerowicz, 1974, S. 45 f., Koch, 2004, S. 28. Grundlegend zu Opportunitätskosten vgl. Perloff, 2012, S. 208.

²²⁸ Vgl. Franke, 1976, S. 186. So auch Sturm, 2005, S. 11, Koch, 2004, S. 29.

c. p. steigt.²²⁹ Darüber hinaus lässt sich trotz der Sachzieldominanz insbesondere bei privaten Kliniken ein Interesse an der Verzinsung des eingesetzten Kapitals vermuten,²³⁰ wodurch zugleich der kalkulatorische Unternehmerlohn sowie die kalkulatorischen Kapitalkosten Relevanz aufweisen.

Aus Sicht des einzelnen Krankenhauses ist die Nichtberücksichtigung kalkulatorischer Kosten negativ zu bewerten, nicht ausschließlich, um eine Gleichstellung mit erwerbswirtschaftlichen Unternehmen²³¹ zu erzielen. Diesen ist über die Würdigung nicht zahlungswirksamer Aufwendungen die Einpreisung von Gewinnbestandteilen gestattet. Aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen heraus sollten kalkulatorische Kosten daher in die Berechnung der Fallpauschalen einbezogen werden,²³² um neben der bloßen Erstattung der Betriebskosten eine Verzinsung des eingesetzten Kapitals zuzulassen und einen Beitrag zur Substanzerhaltung des Krankenhauses zu leisten. Auf diesem Wege könnte der steigenden Bedeutung kalkulatorischer Abschreibungen und kalkulatorischer Zinsen für Betriebsmittel- oder Investitionskredite sowie dem Interesse, über eine reine Kostendeckung hinaus einen gewissen Unternehmerlohn erzielen zu können, Rechnung getragen werden. All jene Ziele können ausschließlich über die Erstattungen der Leistungsträger verwirklicht werden, nachdem diese die wesentliche Einnahmequelle für Krankenhäuser darstellen. Von einer positiven Wirkung auf den Unternehmensgewinn sowie den Substanzerhalt von Krankenhäusern kann c. p. ausgegangen werden.

2.5.3.3 Durchschnittsprinzip

Historische Vollkosten suggerieren zunächst die Deckung der anfallenden Kosten in voller Höhe. Bei genauerer Betrachtung der Ausgestaltung des Vergütungssystems stellt sich dies jedoch als theoretischer Grenzfall dar. Vielmehr repräsentieren die Fallpauschalen die Kosten für eine Fallgruppe, die bei einem an der Ermittlung teilnehmenden Krankenhaus im Mittel angefallen sind.²³³ Grundsätzlich ist der Durchschnittscharakter der Preisbildung kritisch zu hinterfragen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es nicht ersichtlich, weshalb Krankenhäuser für ihre erbrachten Leistungen lediglich eine durchschnittliche Vergütung erhalten sollten. Vielmehr haben sie grundsätzlich ein Interesse daran, nach ihren tatsächlichen Kosten vergütet zu werden. Eine pauschale Vergütung unterstellt einheitliche Ressourcenverbräuche für die Patientenbehandlung. Ungeachtet des Krankenhausstandorts soll für jede Krankenhausdienstleistung innerhalb einer Fallgruppe der gleiche Aufwand anfallen.²³⁴ Bei der Ermittlung

²²⁹ Für eine Übersicht über die Entwicklung der Krankenhausinvestitionsquote vgl. DKG, 2010 S. 63.

²³⁰ Vgl. Strehl, 2003, S. 128, Bönsch, 2009, S. 24, 27.

²³¹ Begrifflich wird zwischen erwerbs- und bedarfswirtschaftlichen Unternehmen differenziert. Vgl. Stackelberg, 1938, S. 94 ff., Stackelberg, 1951, S. 108. Krankenhäuser werden dabei ungeachtet der Trägerschaft den bedarfswirtschaftlichen Unternehmen zugeordnet.

²³² Zur Berücksichtigung kalkulatorischer Kosten für die Ermittlung der Vergütungshöhe vgl. Buchholz, 1983, S. 198.

²³³ Vgl. InEK, 2013, S. 34.

²³⁴ Kritisch hierzu vgl. Lynk, 2001, S. 112.

der Fallpauschalen werden dabei neben Hauptdiagnose, Nebendiagnose(n) und vorgenommenen Prozeduren eventuelle Komplikationen sowie personenspezifische Merkmale wie Alter und Geschlecht berücksichtigt. Tendenziell werden jedoch wenige Kliniken tatsächlich die durchschnittlichen Kosten aufweisen. Der dem DRG zugrundeliegende Einheitsgedanke ignoriert die spezifischen Gegebenheiten eines Krankenhauses. Abweichungen von den mittleren Werten können bei einem ungünstigen Case-Mix einen negativen Einfluss auf die wirtschaftliche Lage eines Krankenhauses ausüben. Bei rein betriebswirtschaftlicher Betrachtung kann die Pauschalvergütung letztendlich einen negativen Einfluss auf den Unternehmensgewinn ausüben.

Der Übergang vom Landesfallwert auf einen Bundesfallwert stellt dann eine Herausforderung für das einzelne Krankenhaus dar, wenn der bundesweit einheitliche Basisfallwert unter dem bis dahin angewandten Landesfallwert liegt, und es dadurch zu einem Absenken der Wertigkeit der behandelten Fälle kommt. Allein im spiegelbildlichen Fall kann ein Vorteil für Krankenhäuser erwachsen. Bereits der Übergang von einem krankenhausesindividuellen auf einen landesweit uniformen Fallwert war für die Häuser, denen die geforderte Konvergenz der Ressourcenverbräuche nicht in hinreichendem Umfang gelang, mit finanziellen Nachteilen verbunden.²³⁵ Wird der Basisfallwert auf Landesebene fixiert, kann stärker auf die regionalen Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern eingegangen werden, als dies bei bundesweit uniformer Bildung möglich ist.²³⁶ Die Abbildungsgenauigkeit und Leistungsgerechtigkeit können durch den geplanten Wechsel somit c. p. verschlechtert werden. Eine allgemeine Vorteilhaftigkeit der Fixierung sowohl eines landes- als auch eines bundesweit einheitlichen Basisfallwertes kann demzufolge nicht konstatiert werden. Aus Sicht des einzelnen Krankenhauses ist hingegen der Übergang von einer Kopplung der Steigerungsrate des Basisfallwertes an die Entwicklung der Grundlohnsumme an den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert²³⁷ prinzipiell als positiv zu bewerten, als die Vergütungen hierdurch tendenziell steigen werden und somit positive Auswirkungen auf Unternehmensgewinn und Substanzerhalt zu erwarten sind.²³⁸

2.5.3.4 Kalkulationsmethodik

Die Wahl des Kalkulationsverfahrens beeinflusst die Abbildungsqualität der ermittelten Fallpauschalen. Gelangt ein Verfahren zum Einsatz, welches für den vorgesehenen Zweck nicht hinreichend geeignet ist, kann dies zu verzerrten Ergebnissen führen. Die derzeitige Vorgehensweise entspricht dem theoretischen Konzept der einfachen Divisionskalkulation. Dabei

²³⁵ Ein krankenhausesindividueller Basisfallwert kann gewissermaßen als Maß für die Höhe der Kosten eines Krankenhauses zu Beginn der DRG-Einführung angesehen werden.

²³⁶ Mit dem Übergang von einem landesweit auf einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert wird dem Basisfallwert seine Preisfunktion weitgehend entzogen. Vgl. Neubauer/Beivers/Paffrath, 2011, S. 154.

²³⁷ Für dessen Ermittlung vgl. Böhm et al., 2012, S. 784.

²³⁸ Schlussfolgernd aus Böhm et al., 2012, S. 796.

werden die nach Vorgaben des Kalkulationshandbuches der Selbstverwaltungspartner²³⁹ ermittelten und an das InEK transferierten Kostenträgerkosten über alle Krankenhäuser hinweg aufsummiert und durch die Anzahl der Häuser dividiert.²⁴⁰ Eine Gewichtung einzelnen Faktoren wird nicht vorgenommen.²⁴¹

Einen Einflussfaktor auf die Höhe der Kosten pro Behandlungsfall stellt die Anzahl der insgesamt behandelten Fälle innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppe dar. Nach dem Gesetz der Massenproduktion führt eine steigende Ausbringungsmenge zu sinkenden Durchschnittskosten, als sich die Fixkosten auf eine größere Stückzahl verteilen.²⁴² Wird folglich eine größere Zahl an Patienten innerhalb derselben Diagnosegruppe behandelt, führt dies c. p. zu sinkenden Stückkosten.²⁴³

Kann nun ein Teil der an der Fallkostenkalkulation partizipierenden Häuser sinkende Durchschnittskosten realisieren, werden die Kosten pro Behandlungsfall innerhalb dieser Gruppe tendenziell niedriger sein als in einer Gruppe von Kliniken mit einer geringeren Fallzahl innerhalb der gleichen Diagnosegruppe. Das Ergebnis einer einfachen Divisionskalkulation ist hingegen ein durchschnittlicher Wert, welcher den Degressionseffekten keine Rechnung trägt. Dies kann sich wiederum negativ auf die Abbildungsgenauigkeit auswirken. Jene Kliniken, welche aufgrund ihrer Größe nicht in der Lage sind, entsprechende Degressionseffekte zu realisieren, erhalten für die betreffenden DRGs nichtsdestotrotz eine Vergütung, in welche die Degressionseffekte anderer Krankenhäuser eingeflossen sind.²⁴⁴

Die Würdigung von Degressionseffekten soll im derzeitigen System über Mehr- und Mindererlösausgleiche erfolgen. Aus kostenrechnerischer Sicht können sie als ex-post Korrektur einer ex-ante ungenauen Kalkulation angesehen werden.²⁴⁵ Zudem erschweren sie die Erzielung von Wettbewerbsvorteilen gegenüber Konkurrenten. Führen Nachfragesteigerungen, beispielsweise durch Qualitätssteigerung, zu einer Überschreitung des Erlösbudgets, sind 65 % der erzielten Mehrerlöse an die Kostenträger abzuführen. Sinkt die Fallzahl infolge mangelnder Qualität, erhalten Krankenhäuser 20 % der Mindererlöse von den Kostenträgern.

Die Höhe des Mehr- und Mindererlösausgleichs muss nicht zwingend kongruent mit der Höhe der Degressionseffekte sein. Grundsätzlich führt eine steigende Leistungsmenge zu sinkenden

²³⁹ Vgl. DKG/GKV/PKV, 2007, passim.

²⁴⁰ Vgl. DKG/GKV/PKV, 2007, S. 188. Kritisch zur Anwendung der Divisionskalkulation zur Berechnung von Leistungsentgelten für Krankenhäuser vgl. Fischer, 1988, S. 87.

²⁴¹ Vgl. Hofmann, 1967, S. 263, Kalenberg, 2013, S. 112 ff.

²⁴² Vgl. Gutenberg, 1958, S. 75.

²⁴³ Vgl. Lee/Chun/Lee, 2008, S. 47, Dranove, 1987, S. 418, Staat, 1998, S. 151, Terrahe, 2010, S. 50, Hilbert/Evans/Windisch, 2011, S. 10, Bandemer/Salewski/Schwanitz, 2011, S. 34.

²⁴⁴ Zugleich erhalten Krankenhäuser mit einer hohen Fallzahl eine Fallpauschale, in welche die höheren Durchschnittskosten jener Krankenhäuser, die keine oder lediglich geringe Fixkostendegressionseffekte realisieren können, eingeflossen sind. Im Rahmen des Systems der tagesgleichen Pflegesätze waren derartige Überlegungen nicht von Relevanz, da hierbei die tatsächlich angefallenen Kosten erstattet wurden. Erst die Pauschalisierung innerhalb des DRG-Systems begründet die Notwendigkeit der Würdigung eventueller Degressionseffekte. Im Rahmen einer einfachen Divisionskalkulation ist dies jedoch nicht hinreichend möglich.

²⁴⁵ Fallzahlen werden zwar nicht im Rahmen der Kalkulation, sondern erst ex post über den Mehr- und Mindererlösausgleich berücksichtigt.

Durchschnittskosten, als sich die fixen Kosten auf eine größere Fallzahl verteilen. Die Degressionseffekte werden vom Gesetzgeber mit der Vorgabe eines Mehrerlösausgleichs i. H. v. 65 % jedoch für alle das Erlösbudget überschreitenden Fälle in gleicher Höhe pauschal für alle Krankenhäuser angenommen. Diese Vorgehensweise entspricht dem pauschalisierenden Charakter der DRG-Vergütung, indem für alle Krankenhäuser einheitliche Kostensenkungen durch eine Fallzahlausweitung und einheitliche Kostensteigerungen durch Fallzahlensenkungen unterstellt werden. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist diese Vorgehensweise allerdings kritisch zu bewerten, da das Ausmaß der Fixkostendegression von der krankenhausindividuellen Kostenfunktion bestimmt wird. Eine Überschätzung der Degressionseffekte könnte sich negativ auf das Unternehmensergebnis auswirken. In Bezug auf die Berechnung der Fallpauschalen ist es fraglich, inwieweit die angewandte Verfahrensweise den betriebswirtschaftlichen Interessen von Krankenhäusern gerecht werden kann.

Alternativ könnte auf eine Bezugsgrößenkalkulation, auch Verrechnungssatzkalkulation, zurückgegriffen werden, bei derer die Zahl der innerhalb der betreffenden DRG erbrachten Behandlungsfälle als Verrechnungssatz dient. Der Verrechnungssatz ist definiert als das Verhältnis der Leistung einer Kostenstelle zu deren Kosten, womit ein Bezug zwischen Leistungserstellung und Kostenverursachung hergestellt wird.²⁴⁶ Auf diesem Wege können die Auswirkungen der unterschiedlichen Fallzahlen auf die Höhe der anfallenden Kosten in die Berechnungen einbezogen werden. Für die letztendliche Vergütungshöhe ist dann eine Staffelung der DRG-Erlöse nach Größenklassen denkbar: Krankenhäuser, deren Durchschnittskosten aufgrund hoher Fallzahlen niedriger ausfallen, würden eine geringere Fallpauschale erhalten als Häuser mit einer entsprechend geringeren Zahl an Behandlungsfällen innerhalb der betrachteten Diagnosegruppe.

Der höhere Kalkulationsaufwand kann aus unternehmensinterner Sicht über die aus der gesteigerten Abbildungsgenauigkeit hervorgehenden positiven Auswirkungen auf das Unternehmensergebnis kompensiert werden. Er steht der Anwendung einer Verrechnungssatzkalkulation demzufolge nicht entgegen.

2.5.3.5 Zusammenfassende Beurteilung

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht besteht ein wesentliches Ziel der regulatorischen Vorgabe der Leistungsentgelte in der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern. Dabei sind die Vorgaben des Kalkulationshandbuches der Selbstverwaltungspartner nur in Ansätzen kongruent mit den Interessen der Kliniken. Der Nichteinbezug kalkulatorischer Kosten ist unter kostenrechnerischen Gesichtspunkten als Kritikpunkt zu werten. Aufgrund der fehlenden Ausgabenwirksamkeit nimmt er zwar keinen unmittelbaren Einfluss auf die wirtschaftliche Lage, kann diese jedoch indirekt beeinflussen, indem insbesondere kalkulatorische Abschreibungen

²⁴⁶ Vgl. Hofmann, 1967, S. 264, Götze, 2010, S. 119, Hentze/Kehres, 2008, S. 97.

keinen Eingang in die Preiskalkulation finden. Ebenfalls kritisch zu bewerten ist die fehlende Würdigung von Degressionseffekten bei der Berechnung der Fallpauschalen. Diese könnten zu Nachteilen für Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen innerhalb der jeweils relevanten Diagnosegruppen führen. Des Weiteren kann auch das Durchschnittsprinzip aus betriebswirtschaftlicher Sicht kritisiert werden, da es dem grundsätzlichen Interesse von Unternehmen zur Deckung der Gesamtheit der anfallenden Kosten entgegenläuft. Krankenhäuser, deren Kostenniveau oberhalb der DRG-Vergütung liegt, sind daher zur Anpassung der internen Abläufe an die geänderten Systembedingungen gezwungen, um eine Gefährdung ihres Bestands zu vermeiden. Aufgrund der beschriebenen Regulierungsdichte sind die Möglichkeiten zur Beeinflussung des Kostenniveaus indes stark eingeschränkt. Allein die Verwendung von historischen Vollkosten entspricht den unternehmerischen Interessen der Krankenhäuser. Eine aus kostenrechnerischer Sicht optimale Ausgestaltung kann den DRG-Fallpauschalen letztlich nicht attestiert werden. Aus Unternehmenssicht müssten dazu die angefallenen Kosten in ihrer tatsächlichen Höhe einschließlich kalkulatorischer Kosten erstattet werden.

2.5.4 Volkswirtschaftliche Betrachtung

2.5.4.1 Zeitbezug und Verrechnungsumfang der Kosten

Istkosten stellen die tatsächlich in einer Periode entstandenen Kosten einer Wirtschaftseinheit dar und beinhalten demzufolge zugleich Kosten für organisatorische und andere, Ineffizienzen bewirkende, Mängel im Leistungserstellungsprozess.²⁴⁷ Letztendlich bergen sie daher die Gefahr der Entgeltfixierung auf einem insgesamt zu hohen Niveau, welches den Krankenhäusern zwar Kostendeckung ermöglicht, jedoch keinen nennenswerten Beitrag zur Förderung des Wirtschaftlichkeitsgedankens leistet.²⁴⁸ Dieser kann jedoch als Voraussetzung für eine nachhaltige Kostensenkung im akut-stationären Krankenhausbereich angesehen werden. Ein Unterschied zu dem System der tagesgleichen Pflegesätze besteht in dieser Hinsicht nicht.²⁴⁹ Vor Einführung der DRG-Fallpauschalen bestimmten sich die Betriebskostenerstattungen der Kliniken über die Anzahl der Tage des stationären Aufenthalts von Patienten. Kalkulationsgrundlage waren ebenfalls die Istkosten der Krankenhäuser.²⁵⁰ Beide Systeme knüpfen für die Vergütung von Krankenhausdienstleistungen demnach an die in der Vergangenheit tatsächlich angefallenen Kosten an. Die Anreize zur technisch effizienten Produktion sind bei einer Betriebskostenerstattung anhand historischer Vollkosten demzufolge gering, als eine Kosten-

²⁴⁷ Vgl. Brink, 1970, S. 794, Mellerowicz, 1980, S. 195 ff. Zur Ablehnung der Verwendung von Istkosten als Basis für die Vergütung von Krankenhäusern vgl. Adam, 1985, S. 23.

²⁴⁸ So auch Sieben/Philippi, 1988, S. 387 f. Die disziplinierende Wirkung der Fallpauschalen wird somit durch die Verwendung von Istkosten eingeschränkt. „Die übliche Preisregulierung nach Maßgabe der aktuellen Kosten beseitigt die letzten Anreize zur Kostensenkung.“ Kruse, 1985, S. 107. Ähnlich Münnich, 1987, S. 8.

²⁴⁹ Zu den Anreizen zur technischen Effizienz unter dem System der tagesgleichen Pflegesätze vgl. Fischer, 1988, S. 132, Kuchinke, 2001, S. 12, Kuchinke, 2004, S. 137, Keisers, 1993, S. 28, Herder-Dorneich/Wasem, 1986, S. 320, Glasmacher, 1996, S. 42, Münzel/Zeiler, 2010, S. 118.

²⁵⁰ Vgl. § 10 BPflV in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1994.

minimierung unter Zugrundelegung der tatsächlich angefallenen Kosten nicht erforderlich ist.²⁵¹ Die Disziplinierung soll offensichtlich ausschließlich über den Durchschnittscharakter der Vergütungssätze erreicht werden.

Zur Kompensation der beschriebenen Mängel des Istkostenansatzes könnte auf Plankosten zurückgegriffen werden.²⁵² Hierbei werden aufgrund von geplanten Preisen und Mengenverbräuchen die Kosten für eine vorab zu bestimmende Planbeschäftigung ermittelt.²⁵³ Diese dienen sodann als Obergrenze für die laufende Periode. Die Überprüfung ihrer Einhaltung im Rahmen der operativen Kontrolle sollte in regelmäßigen Abständen vorgenommen werden, um eventuelle Abweichungen rechtzeitig erkennen und geeignete Gegensteuerungsmaßnahmen ergreifen zu können.²⁵⁴ Unwirtschaftlichkeiten können aufgedeckt und auf ihre Ursachen untersucht werden. Im Ergebnis ist daher eine Verbesserung der Ressourcenallokation zu erwarten, die wiederum eine Senkung der Kosten der Leistungserstellung ermöglicht.²⁵⁵

Vor diesem Hintergrund erscheint der Einsatz von Plankosten für die Kalkulation der pauschalisierten Entgelte im Krankenhaussektor geeignet. Allein sie erfüllen eine Planungs- und Kontrollfunktion und können somit für eine zukunftsorientierte Kalkulation Verwendung finden. Voraussetzung für die kosteneffiziente Steuerungswirkung der Plankosten ist allerdings eine dem Wirtschaftlichkeitsgedanken entsprechende Kalkulation der Plankosten, um ein bewusstes Ausdehnen der zu erstattenden Entgelte zu vermeiden.²⁵⁶ Hierüber könnten gezielte Anreize zur technisch effizienten Leistungserstellung gesetzt werden. Die derzeitige Praxis

²⁵¹ Aus theoretischer Sicht könnten Krankenhäuser auch bei Kostenerstattungen auf Basis von Istkosten Anreize zur Senkung der eigenen Kosten unter die Höhe der pauschalen Entgelte haben. Da die Entgelte für Krankenhausdienstleistungen anhand der tatsächlich angefallenen Kosten ermittelt werden, würde eine Kostensenkung, ob bewusst oder unbewusst, mit diesem Ziel konfliktieren. Ausschließlich dann, wenn die Kosten auf einem hohen Niveau gehalten werden, können hohe Erlöse erzielt werden. Die Kosten einzelner Häuser nehmen letztendlich mittelbaren Einfluss auf die Erlöse anderer Häuser. Aus Sicht eines einzelnen Krankenhauses könnte indes argumentiert werden, kann jenes Haus einen strategischen Vorteil gegenüber Konkurrenten erlangen, welches bei gegebener Fallpauschale die Kosten unter die oktroyierte Vergütungshöhe senken kann, während die verbleibenden Kliniken weiterhin konstante Kosten aufweisen, der erzielbare Erlös demgemäß konstant bleibt. Theoretisch könnte sich somit für das einzelne Krankenhaus ein Anreiz zur Kostensenkung ergeben. Ein derartiges Verhalten ließ sich bisher indes nicht beobachten. Insgesamt erscheinen diese Überlegungen somit wenig überzeugend.

²⁵² Diese Forderung wird auch vertreten von Adam, 1985, S. 23, 49 ff. Für eine kritische Diskussion der Vor- und Nachteile einer Plankostenrechnung im Krankenhaus vgl. Sieben/Philippi, 1988, S. 387 f. Zur Bedeutung der Plankostenrechnung vgl. Vörös, 1971, S. 146, Kölbl, 1974, S. 595, Kilger, 1976, S. 13 f., Mellerowicz, 1980, S. 221 f.

²⁵³ Vgl. Brink, 1970, S. 794, Layer, 1976, S. 110, Kilger, 1976, S. 13 f., Plützer, 1974, S. 71. Aus kostenrechnerischer Sicht sind ausschließlich Plankosten zur Vorkalkulation geeignet. Vgl. Mellerowicz, 1980, S. 221 ff. Die Kostenwerte der Istkostenkalkulation dienen hingegen lediglich als Grundlage der Plankostenkalkulation. Vgl. Schmalenbach, 1934, S. 179.

²⁵⁴ Vgl. Mellerowicz, 1979, S. 29 f.

²⁵⁵ Vgl. Mellerowicz, 1979, S. 16 f. Zur Notwendigkeit einer Plankostenrechnung für Krankenhäuser vgl. Buchholz, 1983, S. 207.

²⁵⁶ Beispielsweise könnten die Plankostensätze durch einen Abschlag von den Istkostensätzen errechnet werden, der sich unter der Prämisse der Wirtschaftlichkeitssteigerung ergibt, um eine Festsetzung der Plankosten auf Basis der tatsächlich angefallenen Kosten zu verhindern. Anderenfalls könnten die Plankosten bewusst auf einem hohen Niveau angesetzt werden, welches mindestens dem der Istkosten der vorangegangenen Periode oder der prognostizierten Istkosten für die Folgeperiode entspricht, um eine Vergütung in Höhe der tatsächlichen Kosten zu erreichen. Was wiederum der Notwendigkeit der Ergreifung kostensenkender Maßnahmen entgegenwirken würde.

der Berechnung von Fallpauschalen auf Istkostenbasis, die zu einer Fortschreibung existierender Ineffizienzen führt, ist unter Effizienzgesichtspunkten hingegen abzulehnen. Zumal die Fallpauschalen infolge der bisherigen Ermittlung auf Istkostenbasis und der impliziten Einpreisung von Ineffizienzen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht bereits seit ihrer Einführung zu hoch ausgefallen sind und Kosten einer ineffizienten Leistungserstellung auch nach dem Systemwechsel weiterhin vergütet wurden.²⁵⁷ Über die Begrenzung der Kostenerstattungen auf die Plankosten kann c. p. mittel- bis langfristig eine Senkung des allgemeinen Kostenniveaus im Krankenhaussektor erzielt werden, wenn jene Häuser, deren Kosten bisher über den Plankosten lagen, entweder Wirtschaftlichkeitsreserven ausnutzen können oder aus den Märkten für Krankenhausdienstleistungen ausscheiden müssen.²⁵⁸

Die Einführung einer Plankostenrechnung ist zunächst mit einem gewissen Verfahrensaufwand verbunden, da jene Krankenhäuser, welche bisher über keine entsprechende Plankostenrechnung verfügen, diese in ihre interne Unternehmensrechnung integrieren müssen. Die dargelegten Vorteile überwiegen die kurzfristigen Kosten jedoch auf mittel- bis langfristige Sicht und können den Aufwand des Systemwechsels rechtfertigen.²⁵⁹

Die Verwendung von Vollkosten trägt dem Interesse der Krankenhäuser auf Kostendeckung Rechnung. Ein Teilkostenansatz führt stets zu einem Defizit in Höhe der fixen Kosten und ist demzufolge ausschließlich für einen kurzen Zeitraum praktikabel.²⁶⁰ Infolge der Fixkostendominanz²⁶¹ würde eine bloße Erstattung der variablen Kosten mit dem in § 1 Abs. 1 KHG fixierten Ziel der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern konfliktieren, weshalb sich ein Vollkostenansatz unumgänglich gestaltet. Zugleich ergeben sich negative Auswirkungen auf die Anreize zur technisch effizienten Produktion. Zur Kompensation der negativen Anreizwirkungen erscheint es unerlässlich, nicht die tatsächlich angefallenen Kosten in voller Höhe der Berechnung zugrunde zu legen, sondern auf Plankosten abzustellen und auf diesem Wege der Vollkostenproblematik Abhilfe zu schaffen. Somit kann bei technisch effizienter Leistungserstellung zum einen Kostendeckung erlangt werden und zum anderen wird tatsächlich ein Anreiz zur effizienten Ressourcenallokation gegeben. Während diese bei Erstattung von historischen Vollkosten gering sind, könnten sie durch den Übergang auf vollkostenbasierte Plankosten erhöht werden.

²⁵⁷ Ähnlich Glasmacher, 1996, S. 101 f.

²⁵⁸ So auch Adam, 1985, S. 50, Münnich, 1984, S. 9.

²⁵⁹ Der Einfluss des Landesbasisfallwertes auf die Vergütungshöhe soll unter Punkt 2.5.4.3 isoliert analysiert werden. Ungeachtet der Ausgestaltung des Landesfallwertes führt ein Übergang von der Verwendung istkostenbasierter auf plankostenbasierte Fallpauschalen stets zu einer Verbesserung der von den Fallpauschalen ausgehenden Anreizwirkungen zur wirtschaftlichen Leistungserstellung.

²⁶⁰ Vgl. Hofmann, 1967, S. 265.

²⁶¹ Im Jahre 2013 beliefen sich die Gesamtkosten der deutschen Krankenhäuser auf 78.004.821.000 €. Davon entfielen 53.825.553.000 € auf Personalkosten und 33.760.283.000 € auf Sachkosten, welche i. d. R. fixen und gemeinen Charakter aufweisen. Vgl. Statistisches Bundesamt, 2014c, S. 10.

2.5.4.2 Kalkulatorische Kosten

Vor dem Hintergrund der vorstehenden Argumentation gilt es, die Frage nach der Berücksichtigung kalkulatorischer Kosten für die Höhe der Fallpauschalen kritisch zu hinterfragen. Auf der einen Seite würde der Einbezug kalkulatorischer Kosten einen Schritt in Richtung Gleichstellung von Krankenhäusern mit erwerbswirtschaftlichen Unternehmen bedeuten. Die Zahlungen der Leistungsträger dienen ausschließlich der Erstattung der Betriebskosten. Allerdings ist es erwerbswirtschaftlichen Unternehmen ebenfalls möglich, kalkulatorische Kosten in ihre Angebotspreise einzukalkulieren. Auf der anderen Seite erhöht ihr Einbezug die Zahlungen der Leistungsträger und mindert c. p. den Anreiz zur Senkung der Kosten. Zudem besteht das primäre Ziel von Krankenhäusern nicht in der Gewinnerzielung, sondern in der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen.²⁶² Erfolgsziele nehmen eine untergeordnete Position ein.²⁶³ Werden nun über die zahlungswirksamen Aufwendungen hinaus kalkulatorische Kosten erstattet, stellt dies in gewisser Form den Einbezug von Gewinnen in die Betriebskostenerstattungen dar,²⁶⁴ was wiederum problematisch in Bezug auf die Anreize zum wirtschaftlichen Agieren ist und sich negativ auf die Erreichung technischer Effizienz auswirken kann. Die Herleitung eines Anspruches auf Integration kalkulatorischer Kosten erscheint auf diesem Wege daher nicht begründet.

Fraglich ist, inwieweit der Begriff der Leistungsgerechtigkeit kalkulatorische Kosten umfasst. Mit Hilfe leistungsgerechter Erlöse sollen Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert werden. Da kalkulatorische Kosten nicht zahlungswirksame Zusatz- oder Anderskosten darstellen, müssen die erhaltenen Entgelte nicht zwingend kalkulatorische Kosten beinhalten, um dem Kriterium der Leistungsgerechtigkeit gerecht zu werden. Indes ist es fraglich, inwieweit die Erzielung von Kostendeckung einen Anreiz für private Investoren zur Investition in gesundheitswirtschaftliche Unternehmen oder zum Eintritt in die Märkte für Krankenhausdienstleistungen begründet. In begrenztem Umfang könnte daher eine über die Kostendeckung hinausgehende Verzinsung des eingesetzten Kapitals in Erwägung gezogen werden. Ein gewisser Unternehmerlohn erscheint bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots durchaus legitim. Können die vorgegebenen Kosten aufgrund ineffizienter Ressourcenallokation nicht eingehalten werden, wird dies in Form eines fehlenden Unternehmerlohns sanktioniert.

Resümierend spricht aus gesamtwirtschaftlicher Sicht einiges gegen den vollumfänglichen Einbezug kalkulatorischer Kosten in die Leistungsentgelte. Die Höhe der Entgelte sollte viel-

²⁶² Vgl. Eichhorn, 1976, S. 16, 24.

²⁶³ Zwar nimmt die Gewinnorientierung in dem Zielsystem der privaten Krankenhäuser tendenziell eine bedeutendere Position als bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern ein (vgl. Fischer, 1988, S. 54.), jedoch führt dies zu keiner Reduktion der Bedeutung der Bedarfsdeckung als oberstes Unternehmensziel. Indem private Krankenhäuser ebenfalls der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen dienen, dominiert ungeachtet der Gewinnerzielungsabsichten dennoch das Sach- über das Formalziel. Vgl. Blum/Perner, 2008, S.92, Rn. 37. Eine Charakterisierung der Gesamtheit der Krankenhäuser als bedarfswirtschaftliche Unternehmen erscheint vor diesem Hintergrund gerechtfertigt.

²⁶⁴ Insofern, als kalkulatorische Kosten nicht zahlungswirksam sind. Bei Einbezug würden somit kalkulatorische Kosten monetär vergütet.

mehr derart bemessen sein, bei technisch effizienter Leistungserstellung die Realisation der vorauskalkulierten Plankosten zu ermöglichen. Lediglich ein geringer Unternehmerlohn sollte den Häusern bei kosteneffizienter Leistungserstellung nicht verwehrt werden.

2.5.4.3 Durchschnittsprinzip

Wie eingangs dargestellt, wird den Märkten für Krankenhausdienstleistungen fehlende Funktionsfähigkeit unterstellt. An die Stelle einer freien Preisbildung tritt eine regulatorische Vorgabe der Vergütungshöhe. Deren Orientierung an den tatsächlichen Kosten ist aufgrund des damit einhergehenden fehlenden Anreizes zur wirtschaftlichen Leistungserstellung abzulehnen.

Würden den Krankenhäusern ihre individuellen Kosten erstattet, bestünde in Analogie zum System der tagesgleichen Pflegesätze die Gefahr der bewussten Ausdehnung der Kosten. Eine Kompensation dieses Problems könnte auch durch einen Übergang zur Verwendung von Plankosten nicht erzielt werden, als die bestehenden Informationsasymmetrien zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern eine Kontrolle der Häuser auf Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips erschweren.²⁶⁵ Im Ergebnis könnten die ermittelten Plankosten zwar unterhalb der Istkosten angesetzt werden, das betreffende Krankenhaus könnte dessen ungeachtet weiterhin über unausgeschöpfte Wirtschaftlichkeitsreserven verfügen. Ein Anreiz zur technischen Effizienz geht von dieser Ausgestaltung der Entgelte nicht hinreichend aus.

Für die Beurteilung der Höhe der individuellen Plankosten müsste wiederum ein Bewertungsmaßstab vorgegeben werden. Ein solcher würde sich mit hoher Wahrscheinlichkeit an den durchschnittlich für den jeweiligen Behandlungsfall aufzuwendenden Kosten orientieren. Womit letztendlich wiederum eine Vergütung anhand der durchschnittlich in Deutschland für die betreffenden Indikationen anfallenden Kosten im Sinne des derzeit zur Anwendung gelangenden Durchschnittsprinzips erfolgen würde.

Während dieses aus Sicht des einzelnen Krankenhauses problematisch ist, weist es gesamtwirtschaftlich Vorteile gegenüber der Würdigung der individuellen Kosten auf, solange die Kosten der sich an der Kostenermittlung beteiligenden Häuser marginal unterhalb des Mittels der Kosten aller deutschen Krankenhäuser liegen. Die Abbildungsgenauigkeit der Leistungsentgelte wird demzufolge wesentlich durch die Repräsentativität der an der Kostenermittlung teilnehmenden Kliniken für das gesamte Bundesgebiet bestimmt. Kann diese als gegeben angesehen werden, ergibt sich für jene Häuser, deren Kosten oberhalb der Vergütungshöhe liegen, ein Anreiz zur technischen Effizienz. Kliniken, welche langfristig nicht in der Lage sind, ihre Leistungen zu den in Deutschland durchschnittlich anfallenden Kosten zu erbringen, müssen dann aus den Märkten für Krankenhausdienstleistungen ausscheiden. Durch die

²⁶⁵ Konkret dürfte es den Krankenkassen nicht möglich sein, anhand der Kostenhöhe von Krankenhäusern zu beurteilen, inwiefern das Wirtschaftlichkeitsgebot befolgt oder nicht befolgt wurde.

Schließung unwirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser kann ein Beitrag zur Senkung der Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben geleistet werden, als c. p. das allgemeine Kostenniveau über alle deutschen Krankenhäuser hinweg sinkt.

Ebenfalls Ausdruck des Durchschnittsprinzips ist die Gewichtung der durchschnittlichen Kosten mit Hilfe eines Basisfallwerts. Der angestrebte Übergang von Landesfallwerten auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert ist gesamtwirtschaftlich lediglich dann mit Vorteilen verbunden, wenn dieser unter dem gewichteten Mittel der Ausgangsbasisfallwerte auf Länderebene liegt²⁶⁶ und es demzufolge zu einer relativen Absenkung der Vergütungshöhe kommt. Ausschließlich dann, wenn über die angestrebte Konvergenz der Basisfallwerte tatsächlich eine Homogenisierung der Ressourcenverbräuche initiiert werden kann, sind Krankenhäuser zu einer Optimierung ihrer innerbetrieblichen Strukturen gezwungen, wenn Kostendeckung erreicht werden soll. Langfristig könnte auf diesem Wege theoretisch die Implementierung einheitlicher Behandlungsabläufe, wie sie beispielsweise durch Clinical Pathways beschrieben sind,²⁶⁷ in allen deutschen Krankenhäusern erreicht werden. Hemmnisse stellen dabei die unter Punkt 2.5.3.3 beschriebenen Einflüsse der Individualität des einzelnen Behandlungsfalls dar, welche sich negativ auf die Erreichung des beschriebenen Ziels auswirken. Nichtsdestotrotz wird durch die Vorgabe eines uniformen bundesweiten Basisfallwertes ein Anreiz zur Homogenisierung des Ressourceneinsatzes und somit zur Optimierung der Diagnose- und Behandlungsprozesse gesetzt. Allein davon können bereits positive Auswirkungen auf die Höhe der insgesamt anfallenden Kosten und die Erreichung technischer Effizienz ausgehen.²⁶⁸

Solange eine freie Preisbildung für Krankenhausdienstleitungen abgelehnt wird, ist die Anwendung des Durchschnittsprinzips gesamtwirtschaftlich der Erstattung der individuellen Kosten vorzuziehen, sofern hierdurch die intendierte Konvergenz der Ressourcenverbräuche tatsächlich erzielt werden kann und Krankenhäuser dadurch zur wirtschaftlichen Leistungserstellung veranlasst werden.

2.5.4.4 Kalkulationsmethodik

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist die Geeignetheit des Kalkulationsverfahrens insoweit von Bedeutung, wie durch sie die Abbildungsgenauigkeit der zu ermittelnden Leistungsentgelte

²⁶⁶ Durch die Gewichtung erfährt die Größe der einzelnen Bundesländer Berücksichtigung. Wird diese vernachlässigt, kommt es zu Verzerrungen, als es innerhalb eines bevölkerungsreichen Landes tendenziell zu einer höheren Anzahl an Behandlungsfällen kommt, auf welche schließlich der Landesfallwert Anwendung findet.

²⁶⁷ Für eine Definition und Beschreibung dieser vgl. Roeder/Küttner, 2006, S. 684, Plamper/Lüngen, 2006, S. 164.

²⁶⁸ Der in Kapitel 2.5.3.3 beschriebene Übergang zu einer Bestimmung der Veränderungsrate des Landesbasisfallwertes durch das Statistische Bundesamt führt zwar in der Regel zu einer höheren Vergütung als die bisherige Vorgehensweise und steht damit grundsätzlich einer auf Ausgabenbegrenzung gerichteten Politik entgegen. Da der Verfahrenswechsel jedoch zugleich eine Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit des DRG-Systems bewirkt, ist diesem auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive nicht zu widersprechen.

und zugleich die Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten tangiert werden. Wie unter Punkt 2.5.3.4 ausgeführt, kann die Divisionskalkulation als Ausdruck des Grundgedankens der DRG-Vergütung angesehen werden. Von der Pauschalisierung sollen grundsätzlich Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserstellung ausgehen. Die Kosten werden in allen an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern durch Division der anfallenden Kosten durch die Zahl behandelter Patienten dividiert. Für die letztendliche Berechnung der Fallpauschale ist die Krankenhausgröße irrelevant. Grundsätzlich könnten somit kleinere Häuser einen Anreiz zu wettbewerblichem Verhalten haben, um über eine Mengenausweitung sinkende durchschnittliche Fallkosten zu realisieren. Zugleich würden die Erstattungen für größere Kliniken zu hoch ausfallen, da Degressionseffekte nicht gewürdigt werden.²⁶⁹

Zugleich würde der Einbezug der Krankenhausgröße, beispielsweise unter Verwendung einer Bezugsgrößenkalkulation tendenziell zu höheren Vergütungen für kleinere und sinkende Vergütungen für größere Krankenhäuser führen. Die eingangs beschriebenen sich für kleine Kliniken ergebenden Anreize zu wettbewerblichem Handeln würden hierdurch c. p. gesenkt. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist es daher grundsätzlich fraglich, inwieweit innerhalb des bestehenden Systems ein Wechsel der Kalkulationsmethodik zu einem effizienten Marktergebnis beitragen kann, solange die grundsätzliche Konzeption der Krankenhausvergütung unverändert bleibt. In der derzeitigen Ausgestaltung erscheint eine second-best-Lösung zumindest unwahrscheinlich.

2.5.4.5 Zusammenfassende Beurteilung

Nach den Grundsätzen der entscheidungsorientierten Kostenrechnung sind historische Vollkosten weder zur Vorabkalkulation noch zur Steigerung des Wirtschaftlichkeitsgedankens geeignet. Ferner können die Defizite in der Abbildungsgenauigkeit des gewählten Kalkulationsverfahrens zu nicht ausgeschöpftem Optimierungspotenzial beitragen.²⁷⁰ Die Wirkung des Durchschnittsprinzips hängt letztendlich von dem Niveau ab, auf welchem die Entgelte fixiert werden. Zur Kostendämpfung kann es lediglich dann beitragen, wenn sein Einfluss auf die Höhe der finalen Entgelte zwar dem Grundsatz der Leistungsgerechtigkeit entspricht, zugleich jedoch Anreize zur Wirtschaftlichkeitssteigerung setzt und die fehlende Homogenisierung der Ressourcenverbräuche sanktioniert. Resümierend orientieren sich die derzeitigen Fallpauschalen noch zu stark an den betriebswirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser, um einer aus volkswirtschaftlicher Sicht optimalen Ausgestaltung zu entsprechen. Insbeson-

²⁶⁹ An dieser Stelle tritt der Konflikt zwischen Abbildungsgenauigkeit und Anreizwirkungen hervor. Je stärker sich die Fallpauschalen an dem Interesse der Krankenhäuser der Würdigung der tatsächlich angefallenen Kosten orientieren, desto geringer sind c. p. die von den Vergütungssätzen ausgehenden Anreize zur technisch effizienten Produktion. Diese steigen mit zunehmendem Pauschalisierungsgrad. Zugleich verringert sich hierdurch jedoch die Abbildungsgenauigkeit, was sich wiederum negativ auf den Unternehmenserfolg auswirken kann, wenn wesentliche Einflussfaktoren auf die Kostenhöhe dadurch ungewürdigt bleiben.

²⁷⁰ Indem Degressionseffekte keine adäquate Berücksichtigung erfahren, werden Spezialisierungseffekte und -vorteile mitunter nicht hinlänglich genutzt.

dere von der Verwendung von Istkosten gehen keine Anreize zur effizienten Ressourcenallokation aus. Eine second-best-Lösung kann auf diesem Wege nicht erreicht werden.

2.5.5 Zwischenfazit

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die theoretisch-konzeptionelle Ausgestaltung der DRG-basierten Fallpauschalen sowohl aus betriebs- als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht untersucht. Weder aus der einen noch aus der anderen Perspektive konnte eine idealtypische Ausgestaltung im Sinne der verfolgten Zielstellungen diagnostiziert werden. Dabei sind die als solche identifizierten Defizite nicht ausschließlich auf den Versuch der Kombination beider Perspektiven zurückzuführen, sondern bestehen zum Teil über beide Betrachtungswinkel hinweg. Fraglich ist, inwiefern aufgrund der diametralen Interessen generell ein Kompromiss zu einer adäquaten Lösung führen kann: Während Krankenhäuser primär auf den Erhalt hoher Vergütungen zur Deckung der anfallenden Kosten zielen, liegt der Fokus der Gesamtwirtschaft auf der Ausgabenbegrenzung. Der Versuch der Kompensation der mangelnden Kongruenz kann letztendlich der Verwirklichung der Zielstellungen beider Gruppen entgegenstehen. Dies zeigt zugleich die Unmöglichkeit, durch planwirtschaftliche Vorgaben eine first-best-Lösung erreichen zu können.

Abschließend soll nun der Frage nachgegangen werden, auf welcher der beschriebenen Perspektiven der Fokus liegen sollte, um zumindest eine second-best Lösung zu ermöglichen. Wie im Zuge dieses Kapitels herausgearbeitet wurde, wäre für ein second-best Szenario ein Übergang zur Verwendung von Plankosten zu empfehlen. Kalkulatorische Kosten sollten diese lediglich insofern enthalten, als sie bei wirtschaftlicher Leistungserstellung eine gewisse über die Kostendeckung hinausgehende Verzinsung des eingesetzten Kapitals ermöglichen. Tendenziell wird der wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser dadurch steigen, wodurch diese angehalten sind, auf die getroffenen Maßnahmen entsprechend zu reagieren. Die Änderungen sollten dabei nicht langfristig, sondern kurz- bis mittelfristig angestrebt werden. Prinzipiell handelt es sich bei dem Übergang von Ist- auf Plankosten um eine Änderung des Zeitbezugs der in die Kalkulation einfließenden Kostenwerte. Diese wird aufgrund des ihr zugrundeliegenden Wirtschaftlichkeitsgedankens zwar zugleich Änderungen der innerbetrieblichen Strukturen und Prozesse erforderlich machen. Allerdings handelt es sich dabei vielmehr um einen kontinuierlichen Prozess, der nicht bereits bei Einführung einer Plankostenrechnung abgeschlossen sein muss.

Das Ausscheiden von Kliniken, welchen die Implementierung entsprechender Anpassungsmaßnahmen nicht oder nicht in einem ausreichenden Umfang gelingt, ist keinesfalls als Systemfehler, sondern vielmehr als Sanktion für unwirtschaftliches Verhalten zu sehen.²⁷¹ In wettbewerblich organisierten Märkten müssen Unternehmen, denen eine Leistungserstellung

²⁷¹ Ähnlich Fischer, 1988, S. 153.

zu den Bedingungen des Markts nicht möglich ist, aus diesem ausscheiden. Auf diesem Wege kann die Leistungsfähigkeit des Gesamtmarkts gesteigert werden. Insofern führt das den Interessen der Krankenhäuser entgegenlaufende Durchschnittsprinzip zu einer Bereinigung des Markts um nicht leistungsfähige Anbieter, die für den Gesamtmarkt wiederum positiv zu bewerten ist.²⁷² Aber auch unter Verwendung von Plankosten kann lediglich eine second- oder third-best Lösung erreicht werden. Wie gezeigt wurde, bestehen in der derzeitigen Ausgestaltung des DRG-Systems hieran allerdings bereits Zweifel.

2.6 Das Krankenhausstrukturgesetz 2015

2.6.1 Eckpunkte der Reform und Ziele der Neuregelungen

Aus wettbewerbsökonomischer Sicht bestehen die wesentlichen Neuerungen des Krankenhausstrukturgesetzes in der Versorgung deutscher Krankenhäuser mit finanziellen Mitteln anhand eines von Bund und Ländern einzurichtenden Strukturfonds sowie in der stärkeren Betonung der Bedeutung der Krankenhausqualität. Über den Strukturfonds wird für die Krankenhäuser einmalig ein Betrag i. H. v. 1 Mrd. € (§ 12 Abs. 1 KHG) bereitgestellt, der u. a. dem Abbau des „Investitionsstaus“ dienen soll. Ferner wird den Ländern die Verpflichtung der tatsächlichen Zahlung der in den Haushaltsplänen der Länder vorgesehenen Investitionsmittel auferlegt (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 lit. a KHG). Hintergrund dessen ist, dass im Krankenhaussektor im Rahmen der dualen Finanzierung die Betriebs- und Investitionskosten der Krankenhäuser getrennt voneinander finanziert werden. Während die Betriebskostenerstattung durch die Träger der Sozialversicherung (und privaten Krankenversicherungen) erfolgt, zeichnen sich die Bundesländer für die Investitionskosten verantwortlich.²⁷³ Die Investitionszahlungen der Länder bleiben jedoch seit Jahren hinter dem tatsächlichen Bedarf der Häuser zurück.²⁷⁴ Zumindest ein Teil der erforderlichen Liquidität wird den Krankenhäusern nun im Zuge der Reform zugeführt.

Zusätzliche Gelder erhalten Krankenhäuser auch über die sog. „Mehrkostenzuschläge“. Hierüber sollen den Kliniken jene Kosten erstattet werden, die ihnen durch die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Vorgaben entstehen. Da die Abrechnung der Betriebskosten grundsätzlich über leistungsbasierte Pauschalen pro Behandlungsfall erfolgt, werden diese Zuschläge zunächst auf die DRG-Fallpauschalen gewährt, bevor sie schließlich unmittelbar in die Kalkulation der Leistungsentgelte einfließen (§ 5 Abs. 3c KHEntgG). Durch das KHSG verursachte Mehrkosten sollen zukünftig Eingang in die Kalkulation erhalten. Die Fallkostenkalkulation soll zudem auf eine repräsentative Kalkulations-

²⁷² Zu einem ähnlichen Schluss gelangen Malzahn/Wehner, 2013, S. 231.

²⁷³ Dies geht aus § 2 Nr. 2, 4 KHG hervor.

²⁷⁴ Die weiteren vom Gesetzgeber benannten Ziele des Strukturfonds bestehen im Abbau von Überkapazitäten, in der Konzentration stationärer Versorgungsangebote und Standorten sowie die Umwandlung von akut-stationären in nicht akut-stationäre Einrichtungen. Vgl. § 12 Abs. 1 KHG.

grundlage gestellt werden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wird verpflichtet, bis zum 31.12.2016 ein Konzept zur Umsetzung dieser Zielstellung auszuarbeiten (§ 17b Abs. 3 KHG). Mit einer erstmaligen Repräsentativität der Fallkostenermittlung soll im Jahr 2017 zu rechnen sein.²⁷⁵ Dazu wird den Selbstverwaltungspartnern, bestehend aus Krankenkassen und Krankenhäusern, die Möglichkeit zugestanden, ausgewählte Krankenhäuser, die nach Trägerschaft und Größenklasse bisher unterrepräsentiert sind, zur Teilnahme an der Kalkulation zu verpflichten. Im Falle der Weigerung eines Hauses sind Sanktionsmaßnahmen vorgesehen.²⁷⁶ Zudem soll die bisherige Überfinanzierung von Sachkosten durch eine Überarbeitung der Bewertungsrelationen abgebaut werden (§ 17b Abs. 1 KHG).

Die Anhebung des Stellenwerts der Qualität soll erreicht werden, indem die Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern fortan in die Leistungsentgelte sowie in die Landesbedarfsplanung einbezogen werden. Krankenhäuser mit einer außerordentlich hohen Qualität erhalten Zuschläge auf die Fallpauschalen, wohingegen Kliniken, deren Qualität als unzureichend zu bewerten ist, Abschläge hinnehmen müssen (§ 5 Abs. 3a KHEntgG). Basieren sollen die Zu- und Abschläge auf vom G-BA bis zum 31.12.2016 zu entwickelnden Qualitätsindikatoren (§ 136c Abs. 1 SGB V). Die Entscheidung über die Zu- und Abschläge liegt bei den Vertragsparteien vor Ort und hat auf der Grundlage der vom G-BA entwickelten Bewertungsmaßstäbe zu erfolgen. Die Qualitätsergebnisse sollen sich zudem nicht ausschließlich auf die Leistungsentgelte, sondern darüber hinaus auf die Bedarfsplanung der Länder auswirken. Mit Umsetzung der Reform wird dann die Herausnahme von Krankenhäusern aus den Bedarfsplänen möglich sein, wenn Krankenhäuser dauerhaft unzureichende Qualitätsergebnisse aufweisen (§ 8 Abs. 1b KHG). Diese liegen nach Definition des Gesetzgebers vor, wenn für die gleichen Leistungen oder Leistungsbereiche eines Klinikums in zwei aufeinander folgenden Perioden Abschläge festgesetzt wurden. Die finale Entscheidung über den Ausschluss verbleibt bei den Ländern.²⁷⁷

Zur Messung der Krankenhausqualität wird i. d. R. eine Differenzierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen.²⁷⁸ Der vom Gesetzgeber verwandte Qualitätsbegriff beschränkt sich nicht auf diese Qualitätsdefinition, sondern schließt darüber hinaus die Kriterien der Patientengerechtigkeit und der Wohnortnähe ein. Aus formaler Sicht wird diesem Ziel durch die Ergänzung des § 1 Abs. 1 KHG um die Forderung nach einer „patientengerechten sowie qualitativ hochwertigen“ (§ 1 Abs. 1 KHG) Krankenversorgung Rechnung getragen. Inhaltlich werden zur Erreichung dieses Ziels neben der qualitätsbasierten Vergütung Sicherstellungszuschläge an Krankenhäuser, deren Leistungen ungeachtet eines geringen Versor-

²⁷⁵ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 60.

²⁷⁶ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 60.

²⁷⁷ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 55.

²⁷⁸ Vgl. Donabedian, 1966, S. 167 ff., Donabedian, 1980, S. 79 ff. Zur Strukturqualität zählen u. a. die Anzahl der vorhandenen Ärzte, die technischen Geräte sowie die Ausstattung der Patientenzimmer. Der Prozessqualität zuzuordnen sind die Zertifikate und das Qualitätsmanagement. Die wesentlichen Elemente der Ergebnisqualität sind objektive und subjektive Ergebniskennzahlen wie die Mortalitäts- oder die Komplikationsrate sowie die Patientenzufriedenheit.

gungsbedarfs für bedarfsnotwendig erachtet werden, die zugleich jedoch in Konsequenz ihrer geringen Fallzahl Verluste ausweisen, gezahlt (§ 5 Abs. 2 KHEntgG). Sicherstellungszuschläge dienen im Wesentlichen dem Erhalt einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen. Der Begriff der Wohnortnähe ist dabei vom G-BA über die Vorgabe von Minutenwerten für die Entfernung zu einem Krankenhaus zu definieren. Auch die inhaltliche Beschreibung eines geringen Versorgungsbedarfs sowie der Bedarfsnotwendigkeit wird vom G-BA übernommen (§136c Abs. 3 SGB V). Der Anwendungsbereich der Sicherstellungszuschläge wird durch das KHSG auf alle Kliniken, deren Kapazitäten aufgrund eines geringer Versorgungsbedarfs zwar nicht kostendeckend vorgehalten werden können, gleichwohl aber für bedarfsnotwendig erachtet werden und die darüber hinaus einen Verlust ausweisen, ausgeweitet (§ 5 Abs. 2 KHEntgG). In der derzeitigen Fassung erfolgt die Gewährung der Sicherstellungszuschläge unabhängig von der Qualität der bedarfsnotwendigen Kliniken. Die Höhe der Sicherstellungszuschläge bestimmt sich nach krankenhausesindividuellen Faktoren.²⁷⁹

Eine Reihe von Behandlungen kann erst ab einer gewissen Mindestmenge mit der erforderlichen Qualität erbracht werden. Dieser Tatsache trägt der Gesetzgeber mit der Mindestmengenregelung Rechnung.²⁸⁰ Die davon betroffenen Eingriffe dürfen lediglich von Häusern mit der entsprechenden Zahl an Eingriffen pro Jahr vorgenommen werden. Das KHSG sieht die Konkretisierung sowie die rechtssichere Ausgestaltung der Mindestmengenvorgaben vor. Zudem wird die patientenfreundlichere Ausgestaltung der Qualitätsberichte angestrebt. Davon umfasst sein sollen sowohl eine Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte als auch eine verständliche Formulierung der Berichte. Die Veröffentlichung hat leicht auffindbar auf der Internetseite der Krankenhäuser zu erfolgen (§ 136b Abs. 7 SGB V).

Der Landesbasisfallwert ist gewissermaßen ein Maß für die Wertigkeit der behandelten Fälle eines Krankenhauses. Zur Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen verhandeln Krankenhäuser mit den Krankenkassen ein sog. Erlösbudget. Wird dieses überschritten, muss ein Teil der erzielten Mehrerlöse an die Kassen abgeführt werden (§ 4 Abs. 3 KHEntgG). Mehrerlöse werden derzeit absenkend im Landbasisfallwert berücksichtigt. Somit sinkt der Wert der behandelten Fälle nicht nur für das betreffende Krankenhaus, sondern für alle Häuser des betreffenden Landes. Diese aus ökonomischer Sicht zu kritisierende Wirkung des Mehrerlösausgleichs wird mit dem KHSG aufgehoben. Aufrechterhalten bleiben allerdings die Abschläge für durch die Fallzahlausweitung bewirkte Fixkostendegressionen. Ausweislich § 4 Abs. 2b S. 2 KHEntgG sind bei anhaltender Überschreitung zudem höhere oder längere Abschläge vorgesehen.

²⁷⁹ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 68.

²⁸⁰ Im derzeitigen Regulierungsrahmen sieht § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V die Vorgabe von Mindestmengen vor. Aufgeführt sind die davon betroffenen Leistungen in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R).

Wie die Zusammenfassung der Reforminhalte zeigt, werden vom KHSG zwar keine unmittelbar wettbewerbsökonomischen Zielstellungen verfolgt, gleichwohl können von den getroffenen Maßnahmen durchaus Auswirkungen auf den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern ausgehen. Diese gilt es, nachfolgend genauer zu betrachten.

2.6.2 Ökonomische Einordnung der Gesetzesänderungen

Bereits bei der ersten Betrachtung der Reforminhalte wird deutlich, dass vom Krankenhausstrukturgesetz ungeachtet seines Titels keine strukturellen Änderungen vorgenommen und die zentralen Aspekte des Regulierungsrahmens beibehalten werden. Damit bleiben aber auch bestehende Probleme, wie die seit Jahren hinter dem eigentlichen Bedarf zurück bleibenden Investitionszahlungen der Länder, ungelöst.²⁸¹ Zwar sollen den deutschen Kliniken über den Strukturfonds finanzielle Mittel zugeführt werden, jedoch ist dies weder zum vollständigen Abbau des Investitionsstaus ausreichend noch werden dadurch die Ursachen der bisher zu geringen Investitionszahlungen behoben. Der Investitionsstau wird derzeit auf 102,6 Mrd. € beziffert und übersteigt somit das Volumen des Strukturfonds um ein Vielfaches.²⁸²

Eine wesentliche Ursache des Investitionsstaus ist in der dualen Finanzierung zu sehen. An dieser wird aber auch nach Umsetzung der Reform festgehalten. Eine langfristig tragbare Finanzierung der Investitionskosten wird durch den Strukturfonds somit nicht bewirkt. Durch die weiterhin getrennte Finanzierung von Investitions- und Betriebskosten sind auch in Zukunft, nach Auslaufen des Fonds, verzerrte Investitionsentscheidungen, überhöhte Betriebskosten und Fehlinvestitionen wahrscheinlich. Da lediglich einmalige Zahlungen innerhalb eines Mängel aufweisenden Systems geleistet werden, kann von keiner dauerhaften Verbesserung der Investitionskostenfinanzierung ausgegangen werden. Mittel- bis langfristig werden Krankenhäuser ihre Investitionen u. a. in Qualitätssicherungsmaßnahmen weiterhin aus eigenen Mitteln finanzieren müssen. Eine Verbesserung gegenüber dem derzeitigen Stand wird durch das KHSG nicht geschaffen.

Strukturfonds

Bereits die grundsätzliche Einrichtung des Strukturfonds kann kritisch diskutiert werden. Mit der Zuführung zusätzlicher Liquidität unterstellt der Gesetzgeber eine in der Vergangenheit zu gering ausgefallene Mittelausstattung deutscher Krankenhäuser. Zwar erhalten deutsche Kliniken, wie bereits ausgeführt, seit Jahren zu geringe Investitionszuwendungen, im Gegenzug hat die Verwendung von historischen Vollkosten zur Fallkostenkalkulation seit der Einführung der DRG-Fallpauschalen zu c. p. zu hohen Betriebskostenerstattungen geführt. Nicht zuletzt wurden so alle zum Zeitpunkt der erstmaligen Fallkostenermittlung bestehenden Ineffizienzen in die zukünftigen Leistungsentgelte eingepreist. Dies wirkt wiederum den tenden-

²⁸¹ Für eine Übersicht über die Entwicklung der Krankenhausinvestitionsquote vgl. DKG, 2010, S. 63.

²⁸² Vgl. dchp/ocp, 2013, S. 17 ff.

ziell zu geringen Investitionszahlungen entgegen. Die Effekte der zu geringen Investitionszahlungen und der zu hohen Betriebskostenerstattungen heben sich gegenseitig auf. Eine bisherige Unterfinanzierung erscheint daher unwahrscheinlich.

Weist ein Teil der Kliniken unter ansonsten gleichen Rahmenbedingungen ungeachtet dessen Verluste aus, lassen sich als Ursache hierfür vielmehr Defizite im Krankenhausmanagement vermuten. Diese können durch den Strukturfonds jedoch ebenso wenig gelöst werden wie die Probleme der dualen Finanzierung. Stattdessen erhalten Kliniken unabhängig von ihrer Wirtschaftlichkeit und/oder Qualität zusätzliche Gelder, was wiederum die generelle Bereitschaft des Gesetzgebers zur Finanzmittelzufuhr im Bedarfsfall signalisiert. Hierdurch können die Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserstellung gesenkt werden.

Mehrkostenzuschläge

Einen vergleichbaren Effekt können die in § 5 Abs. 3c KHEntgG vorgesehenen Mehrkostenzuschläge haben. Diese sollen zur Kompensation der durch das KHSG verursachten Kostensteigerungen gezahlt werden. Woher die Kostensteigerungen rühren sollen, ist weder dem Gesetz noch der Gesetzesbegründung zu entnehmen. Vermuten ließen sich Ausgaben für zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen. Kurzfristig sind dazu Zuschläge auf die DRG-Entgelte vorgesehen. Mittel- bis langfristig werden die Mehrkosten schließlich in die Fallpauschalen inkalkuliert. Zudem sind die Kostensteigerungen erhöhend im Landesbasisfallwert zu berücksichtigen (§ 10 Abs. 4 KHEntgG). Nach Umsetzung der Reform stehen den Krankenhäusern demnach flächendeckend höhere Leistungsentgelte zur Verfügung. Dabei ist bereits die Annahme von durch das KHSG bewirkten Kostensteigerungen nicht unmittelbar einleuchtend. Die einzigen Regelungen, die zu einer Verringerung der finanziellen Mittel führen können, sind die eingangs beschriebenen Abschläge bei unzureichender Qualität eines Krankenhauses. Weitere Kürzungen sind nicht vorgesehen. Mehrkosten können folglich lediglich entstehen, wenn ein Krankenhaus aufgrund seiner derzeitigen Qualität Abschläge befürchten muss und sich zur Vermeidung von negativen Gewinnwirkungen zur Investition in Qualität veranlasst sieht. Steigende Kosten sind daher ausschließlich für jene Kliniken zu erwarten, die gegenwärtig Qualitätsprobleme aufweisen. Da aber eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung bereits heute vom Versorgungsauftrag umfasst ist, leuchtet es nicht ein, weshalb qualitativ ineffizienten Kliniken zur Beseitigung ihrer Qualitätsdefizite zusätzliche Gelder gewährt werden sollten, noch bevor sich ihre bisher unzureichende Qualität negativ auf das Unternehmensergebnis oder gar den Bestand am Markt auswirken kann. Die Mehrkostenzuschläge bergen im Ergebnis die Gefahr, Ineffizienzen zu fördern und den sanktionierenden Charakter von qualitätsbasierten Abschlägen zu unterlaufen. Zumal die Höhe durch die Vertragsparteien vor Ort individuell festzulegen ist.²⁸³ Die Anreize zum wirtschaftlichen und wettbewerblichen Handeln werden hierdurch wiederum reduziert, da Kliniken die zur Verbes-

²⁸³ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 70.

serung ihrer Qualität erforderlichen Mittel nicht durch eigene Leistungen im Wettbewerb mit anderen Kliniken erwirtschaften müssen, sondern über staatliche Zuschüsse erhalten.

Repräsentativität

Diese negativen Anreizwirkungen können auch nicht dadurch kompensiert werden, dass für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen zwölf Jahre nach ihrer obligatorischen Einführung eine repräsentative Grundlage geschaffen werden soll. Zwar führt eine Beteiligung von Kliniken aller Träger und Größenkategorien zu einer Erhöhung der Abbildungsgenauigkeit der ermittelten Entgelte, allerdings bleiben die konzeptionellen Mängel der Fallpauschalenberechnung bestehen. Das Kalkulationsbuch der Selbstverwaltungspartner sieht weiterhin eine Verwendung von historischen Vollkosten vor. Diese sind aus kostenrechnerischer Sicht weder zur Vorauskalkulation geeignet noch gehen von ihnen Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserstellung aus,²⁸⁴ da über die Verwendung von Istkosten alle in der Vergangenheit durch Ineffizienzen entstandenen Kosten in die Kalkulation einfließen und die Leistungsentgelte daher seit jeher zu hoch ausfallen. Da auch das Ziel der Verhinderung einer Überfinanzierung von Sachkosten keine Änderungen am Zeitbezug der zugrunde gelegten Kosten vornimmt, ist davon ebenfalls kein positiver Effekt auf die Anreizwirkungen der pauschalen Entgelte zu erwarten. Die Tatsache, dass die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen im Jahre 2017 erstmalig seit ihrer Einführung 2004 auf eine repräsentative Kalkulationsgrundlage gestellt werden sollen, kann zudem als ein weiteres Indiz für die strukturellen Defizite im Regulierungsszenario angesehen werden.

Neben der Zuführung von Liquidität erstrecken sich die Reformmaßnahmen im Wesentlichen auf die stärkere Betonung der Bedeutung der Krankenhausqualität. Im Mittelpunkt stehen dabei qualitätsbedingte Zu- und Abschläge auf die DRG-Fallpauschalen. Außerordentlich gute Qualität soll honoriert, unzureichende Qualität entsprechend sanktioniert werden. Innerhalb des staatlich-administrativ geprägten Systems soll ein hohes Qualitätsniveau folglich nicht über den Wettbewerb zwischen Kliniken um Patienten, sondern staatlich geregelt über finanzielle Anreize erreicht werden.

Qualitätsindikatoren

Um diese Aufgabe erfüllen zu können, müssen die Zu- und Abschläge auf einer verlässlichen Grundlage festgelegt werden. Voraussetzung hierfür ist die exakte Abbildung der Qualität von Krankenhäusern. Bis zum 31.12.2016 ist vom G-BA zu diesem Zweck ein Katalog von Qualitätsindikatoren zu entwickeln, anhand dessen die Bewertung der Krankenhäuser verlässlich möglich sein soll. Um nicht der Gefahr der Willkür zu unterliegen, muss es sich dabei um rechtssichere Indikatoren handeln.

²⁸⁴ So auch Sieben/Philippi, 1988, S. 387 f. Die disziplinierende Wirkung der Fallpauschalen wird somit durch die Verwendung von Istkosten eingeschränkt. Zur Kritik der Istkostenverwendung vgl. Kruse, 1985, S. 107. Ähnlich Münnich, 1987, S. 8.

Rechtssichere Indikatoren setzen die grundsätzliche Messbarkeit der Qualität voraus. Die Qualitätsindikatoren des G-BA müssten den Kriterien der Objektivität und der Vergleichbarkeit genügen. Vor allem mit Blick auf Ergebnismaße wie Komplikations- und Mortalitätsraten, die subjektiven Einflüssen unterliegen können, ist diese Möglichkeit kritisch zu hinterfragen. Es besteht die Gefahr einer verzerrten Darstellung der Krankenhausqualität. Die Qualität muss zudem nicht nur adäquat gemessen werden, sondern darüber hinaus einen objektiven Vergleich zwischen verschiedenen Häusern zulassen. Für eine leistungsgerechte Qualitätsermittlung muss dem G-BA folglich die Entwicklung relevanter und verlässlicher Qualitätsindikatoren, die eine angemessene Würdigung krankenhausesindividueller Einflüsse ermöglichen, gelingen. Beispielsweise zu klären sind Fragen nach der Risikoadjustierung. Die betrachteten Qualitätsparameter müssen letztendlich eine objektive Einschätzung der Qualität gewährleisten, um in die Vergütung von Krankenhausdienstleistungen einbezogen werden zu können. Vor dem Hintergrund der umfassenden wissenschaftlichen Diskussion um die Messbarkeit der Qualität erscheint dies durchaus fraglich.²⁸⁵ Rechtssicher können die Qualitätsmessungen auch nur dann sein, wenn die Ergebnisse eindeutig einem konkreten Krankenhausstandort zugerechnet werden können. Das KHSg knüpft hierzu an die Betriebsstätte an. Für den Begriff der Betriebsstätte existiert derzeit jedoch keine einheitliche Definition. Auch im KHSg ist eine solche nicht vorgegeben. Folglich wird vom Gesetz nicht eindeutig geklärt, welcher Einheit eines Krankenhauses welche Ergebnisse zugeordnet werden können. Eine sichere und verlässliche Grundlage für die Vergütung und die Bedarfsplanung können die vom G-BA zu entwickelnden Indikatoren dann jedoch nicht darstellen.

Qualitätsbedingte Zu- und Abschläge

Darüber hinaus lassen sich weitere Probleme anführen, die Zweifel an der Geeignetheit der gewählten Instrumente zur Umsetzung des Qualitätsziels aufkommen lassen. Unzureichende Qualität führt nach § 5 Abs. 3a KHEntgG zu finanziellen Sanktionen. Die qualitätsbedingten Abschläge sind von Krankenhäusern zu zahlen, wenn die nachgewiesenen Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres behoben wurden. Die Abschläge reduzieren die Betriebskostenerstattungen. Bei gleichbleibenden Kosten sinkt der Überschuss und somit zugleich die Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung durch gezielte Investitionen in die Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität, was sich wiederum negativ auf die Qualität des betreffenden Hauses auswirken kann.

Besondere Relevanz weist diese Gefahr einer Abwärtsspirale für Kliniken in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte auf. Infolge der geringen Fallzahl können diese Kliniken i. d. R. lediglich geringe Fixkostendegressionen realisieren und weisen daher c. p. höhere Durchschnittskosten als Kliniken in urbanen Regionen auf, erhalten zugleich jedoch die gleichen pauschalen Leistungsentgelte und können somit c. p. in geringem Umfang in Qualität investieren. Zudem können sich die geringen Lernkurveneffekte negativ auf die Qualität der

²⁸⁵ Vgl. Mansky, 2011, S. 24. Ähnlich Chalkley/Malcomson, 2000, S. 857. Zu den Problemen der Qualitätsmessung vgl. Lungen/Lauterbach, 2002, S. 41 f., Oggier, 2014, S. 421 f.

Häuser auswirken. Qualitätsabschläge bewirken dann eine weitere Verringerung der Überschüsse und damit zugleich der Möglichkeiten für Qualitätsverbesserungen durch gezielte Investitionen in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Im Ergebnis könnten dann weitere Qualitätsverschlechterungen die Konsequenz sein.

Versorgungsverträge

Zu einer Herausnahme eines Krankenhauses aus der Landesbedarfsplanung kommt es immer dann, wenn für ein Krankenhaus in zwei aufeinander folgenden Perioden für die gleiche Leistung oder den gleichen Leistungsbereich Abschläge vereinbart werden.²⁸⁶ Der nunmehr mögliche Ausschluss qualitativ ineffizienter Krankenhäuser ist aus theoretischer Sicht zu befürworten, da hiermit ein Sanktionselement eingeführt wird, welches einen ersten Schritt in Richtung des selektiven Kontrahierens darstellen könnte. Beim selektiven Kontrahieren handelt es sich um die auf anderen Märkten übliche freie Wahl der Vertragspartner. Im Krankenhaussektor werden Versorgungsverträge kollektiv für alle Kliniken geschlossen. Selektives Kontrahieren hingegen ermöglicht individuelle Verhandlungen zwischen einzelnen Kliniken und einzelnen Krankenkassen.²⁸⁷ Den Leistungsträgern ist es auf diesem Wege möglich, einzelne Kliniken, deren Qualität zu gering und/oder deren Kostenniveau zu hoch ist, von der Versorgung auszuschließen. Krankenhäusern wird dadurch der Anreiz zur qualitativ und technisch effizienten Leistungserstellung gesetzt. Zwar lassen sich durch unterlassene Qualitätssicherungsmaßnahmen zunächst Kosten- und somit Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenten generieren, jedoch sinkt dadurch c. p. die Qualität des Krankenhauses und im Zeitablauf zugleich die Nachfrage nach diesem Haus, wenn das Qualitätsniveau anderer Kliniken unterschritten wird. Sinkt hierdurch wiederum der Jahresüberschuss, verringern sich dadurch jene Mittel, die in Qualitätssteigerungen investiert werden könnten. Sobald das Qualitätsniveau das anderer Krankenhäuser unterschreitet, besteht für das betreffende Klinikum die Gefahr, im Rahmen des selektiven Vertragsschlusses keine weiteren Versorgungsverträge mit den Krankenkassen zu erhalten. Die disziplinierende Wirkung geht somit von den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen aus, die in ihren Entscheidungen wiederum über die Auswahlentscheidungen der Versicherten auf dem Versicherungsmarkt diszipliniert werden und daher lediglich mit jenen Krankenhäusern, die das beste Qualitäts-Kosten-Verhältnis aufweisen, kontrahieren werden.

An die Stelle des Marktprozesses treten bei den Vorgaben des KHSG die Entscheidungen der beteiligten Gremien. Bei dem vorgesehenen Ausscheiden aus der Planung der Länder handelt es sich um keinen automatischen und formalisierten Prozess, sondern um ein Entscheidungsverfahren, welches sich über mehrere Stufen vollzieht, die wiederum der Gefahr des staatlich-administrativen Einflusses unterliegen. Dieser Einfluss manifestiert sich bereits darüber, dass die Definition dessen, was unter einem unzureichenden Qualitätsniveau zu verstehen ist, dem G-BA übertragen und ihm damit ein nicht unerheblicher Ermessensspielraum zugestanden

²⁸⁶ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 55, 88.

²⁸⁷ Vgl. Sodann, 2004, S. 45, Ebsen, 2004, S. 60, Monopolkommission, 2010, S. 366 Tz. 1064.

wird. Im nächsten Schritt fallen sowohl die Ausarbeitung der relevanten Qualitätsindikatoren als auch die Vorgabe von Bewertungsmaßstäben und deren regelmäßige Überarbeitung in seinen Aufgabenbereich.

Machtkonzentration

Darüber hinaus ist der G-BA nunmehr verantwortlich für die Vorgaben zur Ausgestaltung der Qualitätsberichte, die Festlegung jener Leistungen und Leistungsbereiche, die in die Krankenhausvergütung und die Bedarfsplanung einbezogen, und jener Leistungen und Leistungsbereiche, für die Qualitätsverträge abgeschlossen werden sollen (§ 136b SGB V). Ebenso obliegt ihm die Kontrolle der Befolgung der Qualitätsvorgaben nach § 136 Abs. 1 SGB V. Es zeigt sich somit eine deutliche Befugnis- bzw. Machtkonzentration beim G-BA. Da er sowohl an der Planung, Durchführung als auch an der Kontrolle wesentlicher Aspekte der Krankenhausvergütung und -planung beteiligt ist oder zumindest die dafür erforderlichen Kriterien vorgibt, kann die Unabhängigkeit der einzelnen Prozessschritte und damit zugleich die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen in Frage gestellt werden.

Disziplinierung über § 8 Abs. 1 KHG

Im Falle wiederholter Qualitätsdefizite, die jedoch wechselnde Leistungen oder Leistungsbereiche betreffen, werden zwar Abschlüsse vereinbart. Diese haben jedoch keine Konsequenz für die Bedarfsplanung. Über mehrere Perioden bestehende nachweisliche Qualitätsmängel führen somit zu keinerlei planungsrelevanten Sanktionen, obgleich sie einen Hinweis auf grundlegende Qualitätsprobleme geben können. Ungeachtet der bestehenden Qualitätsdefizite wird dem betreffenden Klinikum die Zulassung zur Patientenversorgung nicht entzogen. Ein dem selektiven Kontrahieren vergleichbarer Sanktionsmechanismus ist von den Regelungen des § 8 Abs. 1b KHG nicht zu erwarten. Während Krankenkassen mit dem Ausschluss nicht leistungsfähiger Anbieter eigene unternehmerische Interessen verfolgen, kann davon beim G-BA nicht ausgegangen werden.

Die disziplinierende Wirkung des § 8 Abs. 1b KHG kann weiterhin durch Eigeninteressen auf Landesebene reduziert werden. Die Entscheidung über die Kündigung eines Versorgungsauftrags stellt immer auch eine politische Entscheidung dar, die es nicht zuletzt in Wahlperioden gegenüber der Bevölkerung zu rechtfertigen gilt und die einer konsequenten Umsetzung des Qualitätsziels entgegenstehen kann. Dies gilt insbesondere, da die finale Entscheidung über den Verbleib eines Krankenhauses in den Landesbedarfsplänen bei dem jeweiligen Land verbleibt.²⁸⁸ Den Ländern wird folglich auch nach Umsetzung der Reform die Möglichkeit gegeben, Krankenhäuser mit schlechter Qualität in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Die Regelungen des § 8 Abs. 1b KHG laufen daher Gefahr, zu einem Muster ohne Wert zu verkommen.

²⁸⁸ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 55.

Die fehlende Stringenz der Kündigung bestehender Versorgungsverträge spiegelt sich ferner in der Möglichkeit der Länder, den Einbezug der Qualität in ihre Planung gänzlich auszuschließen oder auf ausgewählte Indikatoren zu begrenzen (§ 6 Abs. 1a S. 2 KHG), wider. In einzelnen Ländern können demnach unterschiedliche Parameter planungsrelevant werden. Hierdurch würde es nicht nur zu Verzerrungen zwischen den verschiedenen Bundesländern kommen. Gleichzeitig kann der Fokus auf einzelne Qualitätsindikatoren die Abbildungsgenauigkeit der Qualitätsmessung und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse deutlich reduzieren. Zumal bereits die bessere fachliche Kompetenz der Länder zur Entscheidung über die Relevanz einzelner Indikatoren im Vergleich zu Krankenkassen bezweifelt werden kann.

Sicherstellungszuschläge

Über die Möglichkeit des Verzichts auf die Würdigung von Qualitätsaspekten im Rahmen der Landesbedarfsplanung hinaus können sich auch die Sicherstellungszuschläge negativ auf die Erreichung des Qualitätsziels auswirken. Wird dem Ziel der wohnortnahen flächendeckenden Versorgung Vorrang vor dem Qualitätsziel gegeben, kann dies mitunter eine Gefahr für die Qualität der Krankenversorgung darstellen. Denkbar ist dann ein Szenario, in dem ein Krankenhaus über mehrere Perioden qualitätsbedingte Abschläge auf jeweils verschiedene Leistungen erhält, sich dadurch seine für Qualitätsinvestitionen verfügbaren Mittel reduzieren und es zu einem weiteren Absinken der Behandlungsqualität mit der Folge einer sinkenden Auslastung kommt. Die hiermit c. p. steigenden Durchschnittskosten können letztendlich zu Verlusten des Krankenhauses führen. Im System des selektiven Kontrahierens müsste dieses Klinikum befürchten, keine Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abschließen zu können oder aus dem Bedarfsplan herauszufallen. Mittel- bis langfristig käme es auf diesem Wege zu einer Bereinigung des Marktes um qualitativ ineffiziente Leistungserbringer.

Unter den gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen ist die Kündigung eines Versorgungsvertrages nicht vorgesehen, wenn das betreffende Klinikum für bedarfsnotwendig im beschriebenen Sinn erachtet wird. In diesem Fall hat es Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag. Für jene Krankenhäuser, für die in der Vergangenheit bereits qualitätsbedingte Abschläge vereinbart wurden und ein Ausschluss aus den Landesbedarfsplänen droht, ist es in diesem Szenario rational, durch bewusste Kostensteigerungen Verluste zu generieren, um so unter die Sicherstellungszuschläge zu fallen; sofern sie das Kriterium der Bedarfsnotwendigkeit erfüllen.

Das Festhalten an einer wohnortnahen Versorgung kann somit die Gefahr der Aushöhlung der qualitätsbasierten Krankenhausplanung und zugleich für die Glaubwürdigkeit der Sanktionierung schlechter Qualitätsergebnisse bergen, wenn Kliniken mit Qualitätsmängeln Zuschläge erhalten, anstatt von der Patientenversorgung ausgenommen zu werden. Zumal die grundsätzliche Bedeutung der Wohnortnähe vom Gesetzgeber ohne kritische Auseinandersetzung als gegeben angenommen wird. Tatsächlich tritt diese bei der Auswahlentscheidung zunehmend

hinter anderen Faktoren zurück.²⁸⁹ Für eine qualitativ hochwertige Versorgung sind Patienten durchaus bereit, in ein weiter entferntes Krankenhaus zu reisen.²⁹⁰ In diesem Kontext ist es auch nicht ersichtlich, inwiefern die ebenfalls über den Strukturfonds zu finanzierende Umwandlung akut-stationärer in nicht akut-stationäre Einrichtungen zu einer Strukturverbesserung im akut-stationären Sektor beitragen soll, wenn aufgrund des Festhaltens an einer wohnortnahen Versorgung ein konsequenter Abbau von Überkapazitäten verhindert wird.

Aufgrund der Breite des Anwendungsbereichs der Sicherstellungszuschläge in Verbindung mit dem Ziel der Wohnortnähe werden letztendlich nicht nur defizitäre Krankenhäuser mit einem geringen Versorgungsbedarfs, sondern auch solche, deren Defizite auf ein schlechtes Qualitätsmanagement oder eine schlechte Unternehmensführung zurückzuführen sind, unter Bestandsschutz gestellt. Insgesamt wird durch die Regelungen des KHSG ein beträchtlicher Spielraum zur finanziellen Unterstützung defizitärer Kliniken geschaffen. Laut Gesetzesbegründung soll genau dies durch die Forderung eines Verlustes des Krankenhauses als Ganzes und nicht lediglich auf der Ebene der betreffenden Abteilung vermieden werden, da ansonsten Kosten bewusst in die betreffende Abteilung verlagert werden könnten.²⁹¹ Damit werden jedoch Situationen ermöglicht, in denen lediglich eine Abteilung eines Krankenhauses dem Kriterium der Bedarfsnotwendigkeit genügt, um das gesamte Krankenhaus unter einen Bestandsschutz zu stellen, wobei die bedarfsnotwendige Leistung als solche eigentlich kostendeckend erbracht werden kann, das Krankenhaus zugleich aber aufgrund anderer Ursachen Verluste erwirtschaftet. Mit der Ausweitung der Sicherstellungszuschläge geht folglich die Gefahr einer nahezu unbegrenzten Defizitfinanzierung einher. Zwar werden die betreffenden Häuser durch die Gesetzesänderung zum Abbau ihrer Unwirtschaftlichkeit angehalten.²⁹² Jedoch lässt sich auch hiervon eine tendenziell geringe Disziplinierungswirkung erwarten, wenn zwar eine effiziente Ressourcenallokation gefordert wird, zugleich jedoch ungeachtet eventueller Mängel in der Unternehmensführung die Zuführung von Liquidität erfolgt.

Die Sicherstellungszuschläge können somit nicht nur das Qualitätsziel der Krankenhausreform unterlaufen, sondern darüber hinaus die intendierte Wirkung der qualitätsbasierten Abschläge herabsetzen. Ein dem Wettbewerb gleichkommender Anreiz- und Sanktionsmechanismus wird durch das KHSG nicht geschaffen. Während bei freiem Vertragsschluss zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen unzureichende Qualität mit dem Nichtabschluss von Versorgungsverträgen einhergeht, können qualitativ ineffiziente Kliniken nach Umsetzung der Reform mit zusätzlichen Geldern rechnen. Die Anreize zur qualitativ und technisch effizienten Leistungserstellung werden hierdurch c. p. weiter gesenkt. Auch an dieser Stelle

²⁸⁹ Vgl. Kuchinke/Kallfass, 2007, S. 325, Koppe/Bethge/Mühlbacher, 2012, S. 138.

²⁹⁰ Das Bundeskartellamt geht zur Abgrenzung des räumlich relevanten Markts bei der Überprüfung von Zusammenschlussfällen mitunter sogar von einem Einzugsgebiet von bis zu 80 km aus. Vgl. Bundeskartellamt, 2009a, S. 24. In weiteren Fällen legt das Bundeskartellamt seinen Untersuchungen eine räumliche Marktangrenzung von 50 km zugrunde. Vgl. Bundeskartellamt, 2013, S. 10, Bundeskartellamt, 2009b, S. 15, Bundeskartellamt, 2012, S. 12.

²⁹¹ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 68.

²⁹² Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 98.

muss dem KHSG eine geringe Ziel-Mittel-Kongruenz attestiert werden. Der mitunter bestehende Zielkonflikt zwischen einem hohen Qualitätsniveau und der Wohnortnähe wird vom Gesetzgeber weitgehend ignoriert. Der Gesetzesbegründung ist lediglich ein Verweis auf die Klärung des Verhältnisses zwischen dem Sicherstellungs- und dem Qualitätsziel im Anschluss an die Erarbeitung der Qualitätsindikatoren durch den G-BA zu entnehmen.²⁹³ Die für eine langfristig qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung erforderlichen Strukturen werden durch das KHSG nicht geschaffen. Stattdessen ist in Zukunft mit weiteren Reformen und der Notwendigkeit zusätzlicher Liquidität für den Krankenhaussektor zu rechnen.

Mindestmengenregelung

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, fehlt dem Reformgesetz in einigen Teilen die erforderliche Konsequenz bei der Umsetzung der angestrebten Ziele. Deutlich wird dies auch bei Betrachtung der Regelungen zur Mindestmengenvorgabe. Diese soll konkretisiert und rechtssicher ausgestaltet werden.²⁹⁴ Zur Erreichung des Qualitätsziels der Reform ist dieser Schritt zunächst zu begrüßen. Diesem positiven Effekt kann indes die in § 136 Abs. 5 SGB V vorgesehene Ausnahmeregelung entgegenwirken. Durch sie wird den Ländern die Möglichkeit gegeben, einzelne Kliniken auf deren Antrag von der Mindestmengenregelung auszunehmen. Wird dem Antrag stattgegeben, sind die betreffenden Häuser befugt, Leistungen zu erbringen, für die sie infolge der Unterschreitung der erforderlichen Mindestmengen keine ausreichend hohe Qualität gewährleisten können. Auch an diesem Punkt wird dem Ziel der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung Vorrang vor der Behandlungsqualität gegeben. Die Reform krankt folglich auch daran, ihrem Qualitätsziel keine eindeutige, klar abgegrenzte Qualitätsdefinition zugrunde zu legen, welche Ober- und Unterziele mit eindeutigen Zielhierarchien erkennen lässt.

Qualitätsverträge

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz werden ferner sog. Qualitätsverträge eingeführt (§ 110a SGB V). Deren eigentliches Ziel ist nicht unmittelbar ersichtlich. Laut Gesetzesbegründung soll der Gegenstand dieser zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern geschlossenen Verträge darin bestehen, die Möglichkeit, über gezielte Leistungsanreize Qualitätsverbesserungen zu initiieren, zu erproben.²⁹⁵ Hierzu sind vom G-BA vier Leistungen oder Leistungsbereiche, für die eine solche Erprobung angestrebt wird, zu definieren (§ 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Konkrete Anreize zu tatsächlichen Qualitätsverbesserungen werden jedoch nicht gesetzt. Da es sich bei den Qualitätsverträgen zudem nicht um ein dem selektiven Kontrahieren gleichkommendes Steuerungsinstrument handelt, bleibt der konkrete Nutzen dieses Reformvorhabens unklar. Primär scheinen Qualitätsverträge eine Art Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern mit dem gemeinsamen Ziel der Qualitätsverbesserung darzustellen.

²⁹³ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 98.

²⁹⁴ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 38.

²⁹⁵ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 89.

Qualitätstransparenz

Ein weiteres Ziel der Reform besteht in der Erhöhung der Qualitätstransparenz. Als ein wesentliches Instrument der Informationsbereitstellung über die Krankenhausqualität werden vom Gesetzgeber Qualitätsberichte angesehen. Diese sollen die für Patienten wesentlichen Informationen übersichtlich und verständlich zusammenfassen (§ 136b Abs. 6 SGB V) und leicht auffindbar auf den Internetseiten der Krankenhäuser veröffentlicht werden (§ 136b Abs. 7 SGB V). Des Weiteren müssen die Qualitätsberichte fortan Angaben dazu enthalten, ob und in welchem Umfang Krankenhäuser den in § 137 Abs. 1 SGB V auferlegten Qualitätssicherungsmaßnahmen nachkommen.²⁹⁶ Bereitgestellt werden sollen die Informationen auf der Ebene der einzelnen Betriebsstätten. Patienten soll auf diesem Wege die Möglichkeit eröffnet werden, die Qualität von Krankenhäusern in ihre Auswahlentscheidung einzubeziehen. Patienten können sich allerdings nur dann an Qualitätsinformationen orientieren, wenn eine eindeutige Zuordnung der Qualitätsergebnisse zu einem konkreten Krankenhausstandort zweifelsfrei möglich ist. Aufgrund der bisher fehlenden einheitlichen Definition der Betriebsstätte wird dies jedoch häufig nicht der Fall sein. Die Bestrebungen zur patientenfreundlicheren Ausgestaltung der Qualitätsberichte laufen indes ins Leere, wenn sie keine verlässlichen standortbezogenen Informationen beinhalten.

Wird die eindeutige Zuordnung der Qualitätsergebnisse zu einem Klinikum (wie vom Gesetzgeber) implizit unterstellt, wird (potenziellen) Patienten mit den Qualitätsberichten eine Möglichkeit zur Bewertung und zum Vergleich der Qualität verschiedener Krankenhäuser gegeben. Wenn die Qualitätsberichte als verlässliche Entscheidungsgrundlage dienen sollen, entfällt damit das zentrale gegen einen freien Wettbewerb vorgebrachte Argument der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Patienten und Krankenhäusern.²⁹⁷ Schließlich stellen Qualitätsberichte eine Form des Signaling dar, indem die besser informierte Marktseite durch die Bereitstellung von Qualitätsinformationen die Informationsmängel der schlechter informierten Marktseite reduziert.²⁹⁸ Die sich somit ergebende Möglichkeit einer Reduzierung der Regulierungsintensität wird jedoch nicht thematisiert. Auch an dieser Stelle tritt der strukturhaltende Charakter der Regulierung deutlich hervor.

Mehrerlösausgleich

Die Überschreitung des mit den Leistungsträgern vereinbarten Erlösbudgets führt auch nach Inkrafttreten des KHSG zu einem Mehrlösausgleich. Einzig die absenkende Wirkung auf den Landesbasisfallwert wird aufgehoben.²⁹⁹ Dies stellt insofern eine Verbesserung gegenüber der gegenwärtigen Rechtslage dar, als dadurch die finanziellen Konsequenzen der Mehrlöse lediglich von dem betreffenden Krankenhaus und nicht mehr von allen Kliniken eines Bundeslandes zu tragen sind. Der sanktionierende Charakter der Fallzahlsteigerung auf der

²⁹⁶ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 90.

²⁹⁷ Ähnlich Rebscher, 2011, S. 357.

²⁹⁸ Vgl. Spence, 1973, S. 358, Kreps, 1990, S. 629.

²⁹⁹ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 64.

Ebene eines einzelnen Krankenhauses wird indes aufrechterhalten. Die über eine Leistungsausweitung erreichten Degressionseffekte dürfen offensichtlich aus Sicht des Gesetzgebers zu keinen finanziellen Vorteilen führen. Im Gegenzug sind sogar höhere oder zeitlich länger andauernde Abschläge zu vereinbaren, wenn es sich nach Ansicht der Vertragsparteien vor Ort um Leistungen handelt, die zu einer höheren Fixkostendegression als andere Leistungen führen.³⁰⁰ Gelingt es einem Krankenhaus beispielsweise, durch eine Verbesserung seiner Qualität zugleich die Nachfrage nach seinem Haus zu steigern und wird dadurch das vereinbarte Erlösbudget überschritten, verbleiben die auf diesem Wege erzielten Kostenvorteile nicht bei dem Klinikum. Wirtschaftliches und wettbewerbliches Verhalten führen folglich zu keinen finanziellen Vorteilen. Auch an dieser Stelle gehen von der Reform negative Anreize auf die wirtschaftliche Betriebsführung aus.

Kosten der Reform

Die Kosten der Reform werden vom Gesetzgeber mit 6,2 Mrd. € beziffert.³⁰¹ Davon umfasst sind u. a. Mehrkosten i. H. v. 54 Mio. € für die qualitätsbedingten Zuschläge und weitere 90 Mio. € zur Finanzierung der Mehrkostenzuschläge nach § 5 Abs. 3c KHEntG sowie die 1 Mrd. € des Strukturfonds.³⁰² Dem sollen „[...] erhebliche Einsparpotenziale in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe [...]“³⁰³ gegenüberstehen. Erreicht werden sollen diese vor allem durch die neuen Regelungen zur Mengensteuerung sowie durch den Strukturfonds.³⁰⁴ Konkrete Angaben, wie es zu den Einsparungen kommen soll, sind der Gesetzgebung nicht zu entnehmen. In Anbetracht der geschilderten Mittelzuführung sowie der durch die Reform c. p. sinkenden Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserstellung ist vielmehr mit einem über die geplanten Mehrkosten hinausgehenden Anstieg der Ausgaben für den Krankenhausesektor zu rechnen.

Zusammenfassend bestehen die wesentlichen Kritikpunkte an den Entwürfen zum KHSG darin, dass damit keine strukturellen Reformen angegangen werden und sich deutliche Zweifel bezüglich der Geeignetheit der zur Erreichung der vom Gesetzgeber verfolgten Zielstellung gewählten Instrumente ergeben. Zudem werden den deutschen Krankenhäusern auf verschiedenen Wegen finanzielle Mittel gewährt, die völlig losgelöst von ihrer Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit sind. Dadurch werden weder Strukturen für eine auch in Zukunft qualitativ hochwertige Versorgung geschaffen noch Anreize zu wirtschaftlichem oder gar wettbewerblichem Verhalten gesetzt.

³⁰⁰ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 64.

³⁰¹ Diese setzen sich zusammen aus Mehrausgaben i. H. v. 0,6 Mrd. € in 2016, 1 Mrd. € in 2017, 1,4 Mrd. € in 2017 und weiteren 1,5 Mrd. € im Jahr 2018. Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 43.

³⁰² Vgl. § 12 Abs. 1 KHG, Deutscher Bundestag, 2015b, S. 44.

³⁰³ Deutscher Bundestag, 2015b, S. 43.

³⁰⁴ Vgl. Deutscher Bundestag, 2015b, S. 43.

2.6.3 Zusammenfassende Beurteilung

Zusammenfassend ist den Gesetzesänderungen aus ökonomischer Sicht eine Reihe von Unzulänglichkeiten zu attestieren. Mit der angestrebten Reform werden die staatlich-administrativen Einflussmöglichkeiten ausgeweitet. Fortan würde den Planungsinstanzen über die Definition der Qualitätskriterien, der Wohnortnähe und der Bedarfsnotwendigkeit ein nahezu uneingeschränkter Ermessensspielraum bei der Gewährung von Zuschlägen für defizitäre Krankenhäuser eingeräumt. Unter dem Deckmantel der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung werden technisch und qualitativ ineffiziente Leistungsanbieter im Markt behalten. Verluste verlieren ihre existenzbedrohende Wirkung.³⁰⁵ Das Unternehmensergebnis würde in noch geringerem Umfang durch Leistung, sondern weitgehend durch planwirtschaftliche Vorgaben bestimmt. Die Erreichung der Zielstellung der Qualitätssteigerung und Kostensenkung erscheint auf diesem Wege unwahrscheinlich. Stattdessen fördert die Reform Ineffizienzen.

2.7 Selektives Kontrahieren als institutionelle Alternative

Wie die Ausführungen in Kapitel 2.4 gezeigt haben, ist eine wettbewerbliche Ausgestaltung der Krankenhausdienstleistungsmärkte aus theoretischer Sicht grundsätzlich möglich. Im Zusammenhang mit der Forderung nach Wettbewerb auf den Märkten für Krankenhausdienstleistungen wird häufig selektives Kontrahieren genannt.³⁰⁶ Nachfolgend wird daher das selektive Kontrahieren als eine potenzielle Form einer Wettbewerbslösung und somit eines first-best Szenarios für den akut-stationären deutschen Krankensektor diskutiert.³⁰⁷

Grundsätzliches

Selektives Kontrahieren beschreibt das individuelle Aushandeln von Versorgungsverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.³⁰⁸ Mit dem Übergang von einem Kollektivvertragssystem zum selektiven Kontrahieren wird das Ziel einer effizienten Ressourcenallokation verfolgt.³⁰⁹ Kostensenkungen sollen erreicht werden.³¹⁰ Selektives Kontrahieren ist dabei nach herrschender Meinung lediglich im Bereich elektiver Leistungen realisierbar, während

³⁰⁵ Die Forderung der Existenzbedrohung durch die Erwirtschaftung von Verlusten wird auch vertreten von Glasmacher, 1996, S. 101.

³⁰⁶ Vgl. Meyer, 1993, S. 207 f., Rüter, 1988, S. 117, Cassel, 1997, S. 35, Cassel, 2005, S. 255 f., Cassel et al., 2008a, S. 27, Wiechmann, 2003, S. 103, Rebscher, 2010b, S. 36, Rebscher, 2013, S. 17, Coenen/Haucap, 2014, S. 278, Baake/Kuchinke/Wey, 2010, S. 15, Sauerland, 2005, S. 270, Lehmann, 2009, S. 45, Roeder et al., 2004, S. 708, Sodann, 2004, S. 45, Oberender/Zerth, 2014b, S. 34.

³⁰⁷ Für eine Übersicht über die Leistungsbereiche, in denen bereits selektive Vertragsschlüsse möglich sind vgl. Cassel et al., 2008a, S. 56. Aufgrund der gewählten sachlichen Marktabgrenzungen beziehen sich die Ausführungen ausschließlich auf die akut-stationären Krankenhausdienstleistungen.

³⁰⁸ Vgl. Sodann, 2004, S. 45, Ebsen, 2004, S. 60, Monopolkommission, 2010, S. 366 Tz. 1064.

³⁰⁹ Vgl. Lehmann, 2009, S. 27, Meyer, 1993, S. 209.

³¹⁰ Vgl. Wiechmann, 2003, S. 57. Ähnlich Melnick/Zwanziger, 1988, S. 2670.

seine Anwendung auf die Notfallversorgung grundsätzlich ausgeschlossen ist.³¹¹ Dies scheint insofern gerechtfertigt, als Notfallbehandlungen in der Regel aufgrund ihrer Dringlichkeit weder eine Prüfung der Zugehörigkeit eines Patienten zu einer bestimmten Krankenversicherung noch einen Transport des Patienten in ein weiter entferntes Krankenhaus allein aufgrund seiner Krankenversicherung zulassen. Ein Grund für die Ablehnung eines Übergangs vom derzeitigen kollektivvertraglichen System hin zum selektiven Kontrahieren ist darin allerdings nicht zu sehen. Für die Notfallversorgung wären entsprechend zusätzliche Vereinbarungen erforderlich.

Können Vertragspartner frei gewählt werden, ist es nur folgerichtig, wenn sich Preise für Krankenhausdienstleistungen ebenfalls aus den Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien ergeben. Über diese Entgelte sollten Krankenhäuser sowohl die Betriebskosten als auch ihre Investitionskosten finanzieren. Eine duale Finanzierung, in der die Betriebskosten von den Leistungsträgern, Investitionskosten jedoch von der öffentlichen Hand getragen werden, würde dem Wesen und den Zielen eines freien Wettbewerbs entgegenlaufen.³¹² Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive verhindert die staatliche Investitionsfinanzierung ferner die gemeinsame Optimierung von Investitions- und Betriebskosten.³¹³

Durch einen Übergang zur marktlichen Preisbildung könnten aus theoretischer Sicht Kostensenkungen erreicht werden. Aufgrund der seit der DRG-Einführung durchgehenden Ermittlung der Betriebskostenerstattungen anhand von historischen Kosten und der somit eingepreisten Ineffizienzen ist eine Senkung des allgemeinen Kostenniveaus unter Wettbewerbsbedingungen möglich.³¹⁴ Bei freien Verhandlungen kann jenes Krankenhaus einen Vorteil gegenüber Konkurrenten erzielen, welches bei mindestens gleicher Qualität seiner Leistungen diese zu geringeren Kosten anbieten kann. Der Wegfall staatlicher Eingriffe in unternehmerische Entscheidungen ermöglicht zudem die konsequente betriebswirtschaftliche Optimierung über alle Leistungsparameter hinweg, was wiederum positive Auswirkungen auf die Kostenhöhe haben kann. Im Gegensatz zum gegenwärtigen System wären die Bettenkapazitäten nicht mehr das Ergebnis staatlicher Planung, sondern des Marktverhaltens von Krankenhäusern und der Auswahlentscheidungen von Patienten. Eine Bedarfsplanung durch die Länder wäre im beschriebenen Szenario ebenso wenig erforderlich wie Mehr- und Mindererlösaus-

³¹¹ Vgl. Rebscher, 2010a, S. 220, Rebscher, 2011b, S. 352. Für den ambulanten Sektor vgl. Monopolkommission, 2010, S. 379 Tz. 1136. Die Möglichkeit der Differenzierung zwischen elektiven und nicht elektiven Krankenhausdienstleistungen wird dabei als gegeben angenommen. Kritisch hierzu Laufer et al., 2010, S. 922.

³¹² Vgl. Adam, 1985, S. 47 f., Coenen/Haucap, 2014, S. 275 f., Bataille/Coenen, 2009, S. 11. Zu den Wettbewerbsverzerrungen durch die duale Finanzierung vgl. Clade, 1988, S. 108.

³¹³ Vgl. Abshoff, 1982, S. 370, Monopolkommission, 2008, S. 323 Tz. 829, Glasmacher, 1996, S. 85, Müller, 1988b, S. 289. Grundlegend dazu vgl. Hunger, 1974, S. 295. Kritisch zur Monistik vgl. Bruckenberg, 2006, S. 99.

³¹⁴ Zwar zeigen Studien aus den USA mitunter höhere Kosten von im Wettbewerb befindlichen Krankenhäusern gegenüber Krankenhäusern mit Monopolstellung. Diese höheren Kosten werden von den Autoren indes auf einen ausschließlich über die Qualität laufenden Wettbewerb zurückgeführt. Vgl. exemplarisch Thorpe, 1988, S. 829 f. Diesem Problem könnte im beschriebenen Szenario durch die Zulassung einer freien Preisbildung entgegengewirkt werden.

gleiche.³¹⁵ Institutionelle Ungleichbehandlungen wie Steuerbegünstigungen gemeinnütziger Krankenhäuser stellen eine Besserstellung einzelner Marktakteure und folglich Wettbewerbsverzerrungen dar. Regelungen wie die derzeitige steuerliche Begünstigung gemeinnütziger Krankenhäuser wären für einen freien Wettbewerb demnach aufzuheben.³¹⁶

Wettbewerb

Im Ergebnis ermöglicht selektives Kontrahieren Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt, dem Leistungsmarkt und dem Versicherungsmarkt.³¹⁷ Krankenhäuser stehen auf dem Behandlungsmarkt im Wettbewerb um Patienten und auf dem Leistungsmarkt im Wettbewerb um den Abschluss von Versorgungsverträgen.³¹⁸ Während der Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt ausschließlich über die Qualität der Leistungen läuft, stellen auf dem Leistungsmarkt sowohl die Qualität als auch der Preis von Krankenhausdienstleistungen Wettbewerbsparameter dar. Auf dem Versicherungsmarkt konkurrieren Krankenversicherungen über die Höhe ihrer Beiträge und ihr Leistungsangebot um Mitglieder.³¹⁹

Unterversorgung

Nachdem das selektive Kontrahieren den Ausschluss von Krankenhäusern von der Versorgung ermöglicht, wird mitunter die Gefahr der Unterversorgung, vor allem im ländlichen Raum gesehen.³²⁰ Unterversorgung bedeutet eine das Angebot an Krankenhausdienstleistungen übersteigende Nachfrage. Aus ökonomischer Sicht leuchtet es allerdings nicht ein, weshalb eine bestehende Nachfrage nicht bedient werden sollte. Vielmehr werden sich unter Wettbewerbsbedingungen jene Leistungen durchsetzen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind.³²¹ Wenn es Krankenhäusern erlaubt ist, Preise gemäß ihrer tatsächlichen Kosten zu setzen und für die Versorgung bestimmter Regionen höhere Kosten anfallen als in anderen Regionen, werden diese Kosten auch gegenüber den Leistungsträgern durch-

³¹⁵ Zu diesem Schluss gelangen auch Ebsen et al., 2003, S. 40.

³¹⁶ Diese Forderung der Aufhebung der Ungleichbehandlung von gemeinnützigen und nicht gemeinnützigen Krankenhäusern vertreten auch Clade, 1991, S. 2272, Henke/Berhanu/Mackenthun, 2003, S. 38 f. Ähnlich Cassel et al., 2008a, S. 135. Krankenhäuser sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 S. 1 KStG von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 S. 1 GewStG von der Gewerbesteuer befreit, sofern kein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb vorliegt. Folglich erstrecken sich die Steuervergünstigungen ausschließlich auf gemeinnützige Krankenhäuser.

³¹⁷ Vgl. Cassel, 2005, S. 258, Cassel/Jacobs, 2006, S. 283, Cassel et al., 2008a, S. 37, Lehmann, 2009, S. 26, Ebsen, 2004, S. 62.

³¹⁸ Vgl. Ebsen, 2004, S. 62, Ebsen et al., 2003, S. 29, Cassel et al., 2008a S. 37 f., Baake/Kuchinke/Wey, 2010, S. 16, Monopolkommission, 2010, S. 366 Tz. 1064.

³¹⁹ Vgl. Ebsen et al., 2003, S. 17, Cassel/Jacobs, 2006, S. 283, Cassel et al., 2008a, S. 38 f., Lehmann, 2009, S. 5 f., Rebscher, 2006, S. 11, Nebling, 2012, S. 174, Ebsen, 2004, S. 62. Ähnlich Pimpertz, 2007, S. 30 f., Monopolkommission, 2008, S. 333 Tz. 860. Auf den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt wird nachfolgend nicht eingegangen. Dieser ist aufgrund der gewählten Marktabgrenzung nicht Gegenstand der Untersuchung.

³²⁰ Vgl. Lehmann, 2009, S. 46, Laufer et al., 2010, S. 922, Birnbaum, 2007, S. 73. Kritisch hierzu vgl. Bataille/Coenen, 2009, S. 15.

³²¹ So auch Oberender/Ecker, 2001, S. 73. Kritisch hierzu vgl. Brück, 1974, S. 86.

setzbar sein, da die Leistungsträger wiederum durch den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt diszipliniert werden und auch mit diesen Häusern Versorgungsverträge abschließen.³²² Wird ein Krankenhaus in einer Region mit mindestens einem weiteren Krankenhaus von dem Leistungsangebot einer Krankenkasse ausgeschlossen, besteht zugleich aber Nachfrage nach dem Krankenhaus, werden die betroffenen Patienten bestrebt sein, ihre Krankenversicherung zugunsten einer Versicherung zu wechseln, deren Leistungskatalog die Behandlung in dem betreffenden Krankenhaus umfasst. Von einem gänzlichen Ausschluss eines Krankenhauses, das bei technisch effizienter Produktion allein aufgrund seiner Lage in einer dünn besiedelten Region höhere Kosten aufweist als Krankenhäuser in dichter besiedelten Regionen, ist letztendlich nicht auszugehen.

Sollte es in Ausnahmefällen unter Wettbewerbsbedingungen dennoch zu Unterversorgungsproblemen kommen, könnten diese punktuell durch gezielte Eingriffe des Staates korrigiert werden.³²³ Zudem ist fraglich, ob ein Bestandsschutz von Krankenhäusern durch einen Sicherstellungszuschlag tatsächlich eine qualitativ hochwertige Behandlung ermöglicht oder nicht vielmehr das Ausscheiden von Krankenhäusern mit mangelhafter Qualität künstlich verhindert wird.

Auf monopolistischen Märkten agierende Krankenhäuser werden im Schrifttum zur Vermeidung von Unterversorgung häufig aus dem Anwendungsbereich des selektiven Kontrahierens herausgenommen.³²⁴ Dagegen lassen sich jedoch folgende Argumente vorbringen: Zunächst können Substitutionsbeziehungen zum ambulanten Sektor bestehen, wodurch ein Krankenhaus nicht für alle offerierten Leistungen zwingend eine Monopolstellung haben muss. Für die Leistungsträger ergäbe sich zumindest bezüglich einzelner Abteilungen eines Krankenhauses ein gewisser Verhandlungsspielraum.³²⁵ Für die Leistungen, die nicht durch den ambulanten Sektor erbracht werden können, ist der Abschluss eines Versorgungsvertrags mit dem Monopolisten unumgänglich, um eine Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.³²⁶ Bei konsequenter Anwendung des Wettbewerbsrechts wird das Setzen von Monopolpreisen dennoch verhindert. Zudem können sich Patienten bei Unzufriedenheit mit der Qualität eines monopolistischen Krankenhauses trotz bestehenden Versorgungsvertrags für elektive Eingriffe gegen dieses Krankenhaus entscheiden und für eine höhere Qualität die Behandlung in einem weiter entfernten Krankenhaus auf sich nehmen. In diesem Fall wird die Auswahlent-

³²² Ähnlich Glasmacher, 1996, S. 99 f.

³²³ So auch Kuchinke, 2004, S. 111, Kuchinke/Schubert, 2002a, S. 529, Kuchinke/Schubert, 2002b, S. 718.

³²⁴ Vgl. Cobbers, 2006, S. 154, Götze/Cacace/Rothgang, 2009, S. 154, Coenen/Haucap, 2014, S. 280, Schmid, 2012, S. 54. Würde selektives Kontrahieren dennoch auf Monopolmärkte angewandt, wird argumentiert, hätten Krankenhäuser keinen Anreiz zur kosteneffizienten Leistungserstellung, da sie nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden können. Vgl. Lehmann, 2009, S. 31, Rebscher/Rowohlt, 2010, S. 308.

³²⁵ Grundlegend hierzu vgl. Kruse, 1985, S. 91. Zu den Substitutionsmöglichkeiten zum ambulanten Sektor im Zusammenhang mit der Versorgungssicherheit in einem selektivvertraglichen System vgl. Mohrmann/Koch, 2011, S. 76.

³²⁶ Zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit empfehlen Ebsen et al. die Verwendung von sog. Mängelindikatoren, um eventuelle Versorgungslücken identifizieren und schließen zu können. Vgl. Ebsen et al., 2003, S. 41 f.

scheidung nicht durch die Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern, sondern durch die Qualitätspräferenzen der Patienten getroffen. Die Disziplinierung des Monopolisten erfolgt dann durch den Wettbewerb um Patienten und nicht durch den Wettbewerb um Versorgungsverträge. Monopolistische Märkte für Krankenhausdienstleistungen stellen demzufolge kein Hindernis für die grundsätzliche Anwendung des selektiven Kontrahierens dar.

Wettbewerbsparameter

Im Gegensatz zum derzeitigen System ist es den Leistungsträgern erlaubt, eine Auswahl der Vertragspartner vorzunehmen und demnach einzelne Leistungserbringer aus ihrem Leistungskatalog auszuschließen. Krankenkassen erhalten somit Einfluss auf Preis und Qualität der von ihnen finanzierten Leistungen.³²⁷ Für Krankenhäuser stellt der Wettbewerb auf dem Leistungs- und dem Behandlungsmarkt wiederum einen Anreiz zur wirtschaftlichen Leistungserstellung sowie zur Qualitätssteigerung dar. Läuft der Wettbewerb nicht ausschließlich über den Preis, sondern über Preis und Qualität, können sich Krankenhäuser gegenüber anderen Häusern über die Zahl bestehender Versorgungsverträge differenzieren.³²⁸ Mit der Anzahl bestehender Versorgungsverträge wird Patienten ein weiterer Indikator für die Qualität eines Krankenhauses gegeben. Die asymmetrische Informationsverteilung zwischen den Leistungserbringern und den Patienten kann somit reduziert werden. Ein Anreiz zur freiwilligen Bereitstellung dieser Informationen für (potenzielle) Patienten kann zumindest für die Krankenhäuser mit einer hohen Anzahl an Versorgungsverträgen angenommen werden.³²⁹ Erfolge kann die Informationsbereitstellung, wie unter Punkt 2.4.1.1 ausgeführt, beispielsweise auf der Internetseite der Krankenhäuser.

Qualität

Entgegen der beschriebenen Annahme des Einbezugs der Qualität in die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern befürchten Kritiker des selektiven Kontrahierens die Initiierung eines reinen Preiswettbewerbs zulasten der Qualität der zu erbringenden Krankenhausdienstleistungen.³³⁰ Gegen diese Kritik lassen sich einige Argumente anführen. Zum einen können Qualitätssicherungsmaßnahmen weiterhin für alle Leistungserbringer gesetzlich vorgeschrieben werden. Aber zum anderen werden durch das selektive Kontrahieren

³²⁷ Im Wettbewerb um Versorgungsverträge werden unterschiedliche Qualitäten zu unterschiedlichen Preisen angeboten. Besteht kein Kontrahierungszwang, können Krankenversicherungen zwischen verschiedenen Qualitätsniveaus und Preisen wählen. Zur grundsätzlichen Überlegung unterschiedlicher Preise für unterschiedliche Qualitäten vgl. Arrow, 1963, S. 953.

³²⁸ Vgl. Rebscher, 2010a, S. 228.

³²⁹ Stellt ein Krankenhaus diese Informationen nicht zur Verfügung, kann dies auf eine geringe Zahl an Vertragsabschlüssen und somit mittelbar auf eine relativ betrachtet geringere Qualität hinweisen.

³³⁰ Vgl. Laufer et. al., 2010, S. 930. Ähnlich Rahmel, 2014, S. 144. Kritisch hierzu vgl. Kumpmann, 2008, S. 8. Ähnlich Albrecht, 2009, S. 24, Ebsen et al., 2003, S. 19.

selbst Anreize zur Einhaltung der Mindestvorgaben und ferner zur Erhöhung der Qualität über das legal vorgegebene Niveau hinaus gesetzt.³³¹

Zwar lassen sich über eine Verringerung der Qualität kurzfristige Kostensenkungen erreichen, jedoch handelt es sich dabei lediglich um eine myopische Optimierung.³³² Zunächst können in Verhandlungen mit den Krankenkassen niedrigere Preise als von Krankenhäusern mit einem höheren Qualitätsniveau geboten werden. Krankenhäuser mit geringeren Kosten hätten somit einen Vorteil gegenüber Häusern mit höheren Kosten im Wettbewerb um Versorgungsverträge und somit um Patienten. Sinkt das Qualitätsniveau allerdings unter das anderer Krankenhäuser, werden sich zunehmend weniger Patienten für eine Behandlung in diesem Haus entscheiden, was sich negativ auf die Erlössituation des Hauses auswirkt. Sinkende Erlöse bewirken sinkende Überschüsse.³³³ Hierdurch verringern sich wiederum die für Ersatz- und/oder Erweiterungsinvestitionen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, wodurch sich die Qualität des Krankenhauses im Vergleich zu anderen Häusern weiter verschlechtern wird und sich im Ergebnis noch mehr Patienten gegen eine Behandlung in dem betreffenden Haus entscheiden und das Krankenhaus seitens der Leistungsträger letztendlich gänzlich von der Versorgung ausgeschlossen wird.³³⁴ Im einheitlichen Festpreissystem der DRG-Fallpauschalen ist dies derzeit nicht möglich.³³⁵ Hier müssen auch Krankenhäuser mit unterdurchschnittlicher Qualität kontrahiert werden, sobald sie in die Landesbedarfspläne aufgenommen wurden.³³⁶ Folglich verbleiben auch Krankenhäuser mit niedriger Qualität im Markt. Unter Wettbewerbsbedingungen wäre ein Marktaustritt mittel- bis langfristig unvermeidbar. Krankenhäuser hätten demzufolge ein Eigeninteresse an Qualitätsverbesserungen.³³⁷ Ein reiner Preiswettbewerb erscheint vor dem Hintergrund dieser Argumentation nicht wahrscheinlich. Vielmehr bietet selektives Kontrahieren die Möglichkeit des Einbezugs der Qualität in die Preisbildung.

Freie Krankenhauswahl

Ein weiterer Nachteil des selektiven Kontrahierens wird in der Abkehr von der freien Krankenhauswahl für die Versicherungsnehmer sowie der Gefahr der Risikoselektion gesehen.³³⁸

Durch den Wegfall des Kontrahierungszwangs umfasst der Leistungskatalog der Krankenversicherungen dann nicht mehr die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser, sondern lediglich

³³¹ Zu positiven Anreizen zur Qualitätssteigerung bei selektiven Vertragsschlüssen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern vgl. Ebsen et al., 2003, S. 18, Kumpmann, 2008, S. 9, Nebling, 2012, S. 214 f., Gerdelmann, 2004, S. 140. Ähnlich Monopolkommission, 2010, S. 377 Tz. 1123.

³³² Überlegungen zur lediglich kurzfristigen Vorteilhaftigkeit des Absenkens der Qualität finden sich ebenfalls in Kuchinke, 2001, S. 15 f. Zur Sanktionierung sinkender Qualität vgl. Sauerland, 2005, S. 268.

³³³ Kostensenkungen durch Qualitätsreduktion sind nur in einem begrenzten Umfang möglich, wodurch letztendlich die Erlöse stärker sinken werden, als Kosten reduziert werden können.

³³⁴ Ähnlich Ebsen et al., 2003, S. 18.

³³⁵ Kritik an der fehlenden Ausschlussmöglichkeit findet sich in Mohrmann/Koch, 2011, S. 73 f.

³³⁶ Dies folgt aus § 109 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 8 Abs. 1 KHG. So auch Ebsen et al., 2003, S. 19. Kritisch hierzu vgl. Rath, 1998, S. 36.

³³⁷ So auch Reher, 1993, S. 27, Ebsen et al., 2003, S. 42.

³³⁸ Vgl. Rebscher, 2010a, S. 227, Rebscher, 2013, S. 27, Kumpmann, 2008, S. 21 f., Laufer et al., 2010, S. 922, Lehmann, 2009, S. 33. Zur Risikoselektion und zum Risikostrukturausgleich vgl. Monopolkommission, 2010, S. 389 ff. Tz. 1172 ff., Ebsen et al., 2003, S. 16 f., Pimpertz, 2007, S. 23 f., Cassel, 2003, S. 169, Ecker, 2000, S. 72 ff., Engels et al., 1987, S. 33 f., Glaeske, 1998, S. 108 ff., Wasem, 2014, S. 39 f.

jene, mit denen Versorgungsverträge abgeschlossen wurden. Diese seitens der Krankenversicherung getroffene Auswahl muss nicht in jedem Fall mit den Präferenzen der Konsumenten übereinstimmen.³³⁹ Die Vorselektion der kontrahierten Leistungsanbieter durch die Leistungsträger kann für die Versicherungsnehmer jedoch auch mit Vorteilen verbunden sein, wenn mit Krankenhäusern, deren Qualität unterhalb des Qualitätsniveaus anderer Krankenhäuser liegt, keine Versorgungsverträge abgeschlossen werden.³⁴⁰ Durch den Ausschluss von Leistungsanbietern mit einer geringeren Qualität steigt das allgemeine Qualitätsniveau. Ferner könnten somit c. p. die Kosten für Folgebehandlungen in Konsequenz mangelhafter Diagnose- und/oder Behandlungsqualität reduziert werden.

Die Diskussion bezüglich der Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs soll an dieser Stelle nicht aufgegriffen werden. Gezeigt werden soll nur, dass auch dieser, sofern er als Ausdruck des Sozialstaatsprinzips verstanden und daher als unerlässlich erachtet wird, mit dem Selektivvertragssystem vereinbar wäre. Selektives Kontrahieren kann dann keine Risikoselektion für die Krankenversicherung ermöglichen, wenn sich die durch die freie Wahl der Vertragspartner ergebenden Unterschiede zwischen den Krankenversicherungen lediglich auf die Anzahl der im Leistungsangebot enthaltenen Krankenhäuser, nicht jedoch auf die vom Versicherungsschutz abgedeckten Krankheitsrisiken beziehen.³⁴¹ Solange folglich die Aufnahmepflicht aller Patienten in die gesetzliche Krankenversicherung besteht und alle Krankheitsrisiken von allen gesetzlichen Krankenversicherungen abgedeckt sind, ist Risikoselektion für Krankenkassen ausgeschlossen.

Wohnortnahe Versorgung

Eng verbunden mit der Diskussion um die Auswahlfreiheit von Patienten ist die Frage, inwiefern unter Anwendung des selektiven Kontrahierens eine wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden kann.³⁴² Eine wohnortnahe Versorgung ist solange unproblematisch, wie den Versicherungsnehmern die jederzeitige Möglichkeit des Versicherungswechsels gegeben ist. Durch den Wechsel können Patienten eine Versicherung wählen, in deren Leistungskatalog das betreffende Krankenhaus enthalten ist. Des Weiteren haben Krankenkassen, wie gezeigt werden konnte, keinen Anreiz, bestimmte Regionen von der Versorgung auszuschließen. Eine wohnortnahe Versorgung ist unter dem System der selektiven Vertragsschlüsse demzufolge grundsätzlich möglich. Ferner bleibt die Bedeutung der Wohnortnähe zunehmend hinter den Qualitätspräferenzen von Patienten zurück.³⁴³ Das Bundeskartellamt geht zur Abgrenzung des räumlich relevanten Markts bei der Überprüfung von Zusammenschlussfällen mitunter sogar

³³⁹ Vgl. Rebscher, 2010a, S. 229, Rebscher, 2010b, S. 37.

³⁴⁰ Vgl. Rebscher, 2010a, S. 227. Ähnlich Götze/Cacace/Rothgang, 2009, S. 154, Rebscher/Rowohl, 2010, S. 306.

³⁴¹ Vgl. Cobbers, 2006, S. 158. Ähnlich Ebsen et al., 2003, S. 21.

³⁴² Vgl. Rebscher, 2011b, S. 360, Rebscher, 2010a, S. 230.

³⁴³ Vgl. Kuchinke/Kallfass, 2007, S. 325, Koppe/Bethge/Mühlbacher, 2012, S. 138, Leister, 2014, S. 273 f., Oberender/Zerth, 2010, S. 15. Die Annahme wachsender Patientenmobilität findet sich ferner in Robra/Swart/Felder, 2003, S. 47. Einen gegensätzlichen Standpunkt vertreten Schmitz/Emmerich, 2011, S. 69, Heß, 2005, S. 3.

von einem Einzugsgebiet von bis zu 80 km aus.³⁴⁴ Betrachtet werden dabei tatsächliche Patientenströme.³⁴⁵ Dies verdeutlicht die Bereitschaft, für wahrgenommene Qualitätsunterschiede auf eine wohnortnahe Behandlung zu verzichten. Daher ist eine generelle Ablehnung des selektiven Kontrahierens aufgrund der eingeschränkten Auswahlfreiheit oder der Erhöhung der Distanz zum nächstgelegenen Krankenhaus nicht zu erwarten.³⁴⁶

Angebotskontinuität und Spezialisierung

Über die Einschränkung der Auswahlfreiheit der Versicherungsnehmer hinaus werden mit dem selektiven Kontrahieren negative Auswirkungen auf die Kontinuität des Leistungsangebots von Krankenhäusern assoziiert. Freie Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern würden einen steten Wandel in den von Krankenhäusern angebotenen Diagnose- und Behandlungsdienstleistungen bewirken.³⁴⁷ Die Folge seien unterausgelastete Kapazitäten.³⁴⁸ Die sich daraus ergebende Unsicherheit hinsichtlich des Abschlusses von Folgeversorgungsverträgen würde sich ferner negativ auf die Investitionstätigkeit auswirken.³⁴⁹ Grundsätzlich sind Kosten- und/oder Qualitätsvorsprünge von Unternehmen sowie Aufholprozesse anderer Unternehmen Ausdruck des Wettbewerbs und deuten nicht auf die Ungeeignetheit eines Koordinationsverfahrens, sondern vielmehr auf einen funktionierenden Preis- und/oder Qualitätswettbewerb zwischen den beteiligten Marktakteuren hin. Wechsel im Leistungsspektrum entstehen immer dann, wenn ein Krankenhaus in einem Jahr mit (mindestens) einem Leistungsträger einen Versorgungsvertrag für bestimmte Leistungen abschließt und in den darauf folgenden Verhandlungen weder mit demselben noch mit einem anderen Leistungsträger einen Vertragsabschluss erzielen kann. Ursächlich hierfür ist jedoch kein Systemfehler, sondern vielmehr die den Leistungsträgern durch das selektive Kontrahieren gegebene Möglichkeit der Reaktion auf Änderungen in Preis und Qualität der Leistungserbringer. Solange der Wettbewerb nicht ausschließlich über den Preis, sondern über Preis und Qualität läuft, kann ein wechselndes Leistungsspektrum eher als ein Indikator für höhere Kosten und/oder geringere Qualität eines Krankenhauses im Vergleich zu anderen Häusern betrachtet werden.³⁵⁰ Kann ein in der aktuellen Periode kontrahiertes Krankenhaus seine Leistungen noch immer bei gleicher oder verbesserter Qualität zu gleichen Preisen wie die Wettbewerber

³⁴⁴ Vgl. Bundeskartellamt, 2009a, S. 24. In weiteren Fällen legt das Bundeskartellamt seinen Untersuchungen eine räumliche Marktangrenzung von 50 km zugrunde. Vgl. Bundeskartellamt, 2013b, S. 10, Bundeskartellamt, 2009b, S. 15, Bundeskartellamt, 2012, S. 12.

³⁴⁵ Vgl. exemplarisch Bundeskartellamt, 2009b, S. 72, Bundeskartellamt, 2013a, S. 22, Bundeskartellamt, 2009a, S. 29.

³⁴⁶ Eine gegenteilige Ansicht findet sich bei Rebscher/Rowohl, 2010, S. 299, Rebscher, 2011a, S. 180, Rebscher, 2011b, S. 359, Rebscher, 2007, S. 354.

³⁴⁷ Vgl. Laufer et al., 2010, S. 926.

³⁴⁸ Vgl. Laufer et al., 2010, S. 926. Die in diesem Zusammenhang diskutierte Problematik unausgelasteter Kapazitäten ist keine Besonderheit des selektiven Kontrahierens. Im derzeitigen Kollektivvertragssystem lag die durchschnittliche Bettenauslastung 1991 bei 84,10 % und 2010 bei 77,40 %. Vgl. Bölt/Graf, 2012, S. 132. 2013 belief sich die durchschnittliche Bettenauslastung auf 77,3 %. Vgl. Statistisches Bundesamt, 2014b, S. 19. Zu den Kosten unausgelasteter Bettenkapazitäten vgl. Gaynor/Anderson, 1995, S. 308 f., Pauly/Wilson, 1986, S. 419 ff.

³⁴⁹ Vgl. Laufer et al., 2010, S. 926.

³⁵⁰ Ähnlich Rebscher, 2011b, S. 357.

anbieten, besteht für Krankenkassen kein Anreiz, dieses Krankenhaus von der Versorgung auszuschließen.

Auch Krankenkassen haben ein Interesse an einem konstanten Leistungsangebot für ihre Versicherungsnehmer, da bei Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt sonst Abwanderungen der Mitglieder zu erwarten sind.³⁵¹ Die Elastizität ihrer Nachfrage ist somit bei lediglich geringen Unterschieden im Preis-Qualitäts-Verhältnis zwischen verschiedenen Krankenhäusern tendenziell als gering einzuschätzen. Zeigen sich indes ein steter Wandel im Kernbereich des Leistungsspektrums eines Krankenhauses sowie ein geringer Auslastungsgrad der Kapazitäten, deutet dies vielmehr auf Schwankungen in der offerierten Qualität und/oder den Kosten und demzufolge auf eine mangelnde Anpassung an den Wettbewerb hin.

Anstelle eines häufig wechselnden Leistungsspektrums lassen sich Spezialisierungen von Krankenhäusern vermuten. Innerhalb dieser Kernkompetenzen kann auch unter selektivem Kontrahieren von einem konstanten Leistungsangebot für Patienten ausgegangen werden. Zu ebenfalls befürchteten Abteilungsschließungen kann es beim selektiven Kontrahieren durchaus kommen.³⁵² Im Zuge von Spezialisierungsprozessen werden Krankenhäuser Abteilungen aufgeben, die bereits vor dem Systemwechsel nicht wirtschaftlich betrieben werden konnten. Im Ergebnis kann hierüber die Wirtschaftlichkeit des Hauses verbessert werden, was wiederum zu Verbesserungen im Bereich der Spezialisierung beitragen kann. Aus Patientensicht stellt die Kontinuität des Leistungsspektrums eines Krankenhauses innerhalb seiner Spezialisierung einen Qualitätsindikator dar. Gelingt es einem Haus, über mehrere Perioden Versorgungsverträge mit Leistungsträgern abzuschließen, deutet dies auf eine mindestens gleichbleibende Qualität hin.³⁵³ Zugleich lassen sich über das Erfordernis zur Erreichung einer mindestens konstanten Qualität keine negativen Effekte des selektiven Kontrahierens auf die Investitionsbereitschaft vermuten.³⁵⁴ Vielmehr sind Investitionen in Qualität zu erwarten, um den Abschluss weiterer Versorgungsverträge zu sichern. Ein Absinken der Qualität durch unterlassene Investitionen ist daher nicht wahrscheinlich.³⁵⁵

Mindestfallzahl

³⁵¹ Zu diesem Schluss gelangt auch Nebling, 2012, S. 186.

³⁵² Zur Schließung von Abteilungen als Folge des selektiven Kontrahierens vgl. Laufer et al., 2010, S. 926.

³⁵³ Diese Kontinuität kann beispielsweise durch den Einsatz betriebswirtschaftlicher Instrumente wie dem Controlling und Qualitätssicherungsmaßnahmen bewirkt werden.

³⁵⁴ Zur Wirkung des Wettbewerbs auf die Qualität von Krankenhäusern wurden zahlreiche empirische Studien durchgeführt. Anhand von UK-Daten aus den Jahren 1995 bis 1998 fanden Propper/Burgess/Green höhere Mortalitätsraten bei im Wettbewerb befindlichen Krankenhäusern als bei Kliniken in wettbewerbsarmen Märkten. Vgl. Propper/Burgess/Green, 2004, S. 1255, 1261 f. Zu analogen Resultaten gelangen Propper/Burgess/Gossage anhand von UK-Daten von 1991 bis 1999. Vgl. Propper/Burgess/Gossage, 2008, S. 146, 159 ff. Ohne die Würdigung des jeweiligen institutionellen Rahmens, unter dem die Daten erhoben wurden, ist eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse, wenn überhaupt, nur in Ansätzen gewährleistet.

³⁵⁵ Zur Befürchtung des Absinkens der Qualität infolge unterlassener Investitionen vgl. Laufer et al., 2010, S. 926.

Im Zusammenhang mit eventuellen negativen Auswirkungen des selektiven Kontrahierens auf die Qualität von Krankenhäusern wird die Problematik der Mindestfallzahlen diskutiert.³⁵⁶ Um bestimmte Leistungen mit der erforderlichen Qualität erbringen zu können, ist eine gewisse Mindestfallzahl erforderlich.³⁵⁷ Wie unter Punkt 2.4.1.2 ausgeführt, besteht für Krankenhäuser im Wettbewerb stets die Notwendigkeit, eine gewisse Zahl an Patienten zu behandeln, um Degressionseffekte erzielen zu können. Die Erreichung von Mindestfallzahlen liegt somit im Eigeninteresse der Krankenhäuser, zum einen um ihre Leistungen zu minimalen Kosten erstellen und zum anderen um eine optimale Versorgungsqualität gewährleisten zu können.³⁵⁸ Zur Erreichung einer mindestoptimalen Betriebsgröße lassen sich wiederum Spezialisierungen der Krankenhäuser vermuten.

Transaktionskosten

Über die beschriebenen Kritikpunkte hinaus geht das selektive Kontrahieren nach Ansicht der Kritiker mit einem massiven Anstieg der Transaktionskosten einher.³⁵⁹ Die Abkehr von Kollektivverträgen begründet die Notwendigkeit der Vertragsverhandlungen mit einer Vielzahl an Leistungsträgern. Hierbei müssen Kosten und Qualitäten verglichen und letztendlich Preise ausgehandelt werden, was zu deutlich höheren Kosten als im gegenwärtigen System führen würde. Vernachlässigt werden bei dieser Argumentation der Aufwand, der mit der erstmaligen Ermittlung der DRG-Pauschalen einherging sowie der Aufwand für ihre jährliche Anpassung.³⁶⁰ Die dazu erforderlichen Kostendaten werden von allen sich an der Kalkulation beteiligenden Krankenhäusern nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs erfasst und an das für die Berechnung der Fallpauschalen zuständige InEK übermittelt.³⁶¹ Über die Fallpauschalen hinaus gibt es die Möglichkeit der Abrechnung von Zu- und Abschlägen (§ 5 KHEntgG) sowie von sonstigen Entgelten (§ 6 KHEntgG). Zudem müssen Krankenhauskapazitäten von den Ländern geplant (§ 6 Abs. 1 KHG) und Leistungsmengen zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen ausgehandelt werden (§ 4 KHEntgG). Auch das derzeitige System ist folglich durch hohe Transaktionskosten gekennzeichnet.

³⁵⁶ Vgl. Laufer et al., 2010 S. 927. Empirische Belege für einen Zusammenhang zwischen der Fallzahl innerhalb einer Indikation und dem Behandlungsergebnis finden sich in Luft/Bunker/Enthoven, 1979, S. 1365, Flood/Scott/Ewy, 1984, S. 117 ff., Luft/Hunt/Maerki, 1986, S. 176 f., Hughes/Hunt/Luft, 1987, S. 498 f. Für eine Übersicht über weitere Studien vgl. Posnett, 2002, S. 107 ff.

³⁵⁷ Vgl. Laufer et al., 2010, S. 927.

³⁵⁸ Aus theoretischer Sicht kann ferner argumentiert werden, dass bei gegebenem Durchschnittspreis bei geringer Produktionsmenge lediglich eine Produktion zu geringer Qualität möglich ist, da nach Abzug der durchschnittlichen fixen Kosten lediglich ein geringer Teil der durchschnittlichen variablen Kosten verbleibt, der für die Qualität der zu erstellenden Güter und/oder Dienstleistungen verwendet werden kann. Vgl. Kuhlo, 1956, S. 225 f.

³⁵⁹ Vgl. Laufer et al., 2010, S. 926, Lehmann, 2009, S. 31, Rebscher, 2011a, S. 188, Rebscher, 2007, S. 354. Zur Definition von Transaktionskosten vgl. Williamson, 1975, S. 20 ff., Williamson, 1985, S. 18 ff., Williamson, 1996, S. 5 f.

³⁶⁰ Ähnlich Monopolkommission, 2008, S. 326 Tz. 840.

³⁶¹ Zum Kalkulationshandbuch der Fallkosten vgl. DKG/GKV/PKV, 2007, passim.

Zudem lässt sich ein Absinken der Transaktionskosten des selektiven Kontrahierens im Zeitablauf vermuten. Zum einen ergibt sich eine gewisse Routine bei den Verhandlungen.³⁶² Zum anderen kann mit einer Verringerung der Zahl der gesetzlichen Krankenkassen durch Marktberreinigung und Zusammenschlüsse gerechnet werden.³⁶³ Des Weiteren ließen sich höhere Transaktionskosten über die Erhöhung der Leistungsgerechtigkeit rechtfertigen. Krankenhäusern würde es zugestanden werden, Preise gemäß ihrer tatsächlichen Kostensituation zu setzen. Die bisherigen Pauschalen entsprechen den durchschnittlich für die jeweilig zu erbringende Krankenhausdienstleistung anfallenden Kosten, wobei die Repräsentativität dieser Werte unter Würdigung der unter 2.5 beschriebenen Mängel in der Ausgestaltung sowie der generellen planwirtschaftlichen Vorgabe von Preise kritisch hinterfragt werden sollte.

Resümierend kann das selektive Kontrahieren als eine potenzielle institutionelle Alternative für die Märkte für Krankenhausdienstleistungen angesehen werden.³⁶⁴ Dieses wird von einigen Autoren bisher weitgehend als Ergänzung zum Kollektivvertragssystem und nicht als dessen Ersatz betrachtet.³⁶⁵ Das Problem bei diesen Ausführungen ist allerdings die Diskussion der Vor- und Nachteile innerhalb des bestehenden Ordnungsrahmens.³⁶⁶ Die Aufrechterhaltung der Landesbedarfsplanung, der Regelungen zum Mehr- und Mindererlösausgleich und die staatliche Investitionsfinanzierung widersprechen dem Charakter des selektiven Kontrahierens. Sollen seine Potenziale genutzt werden, sind Änderungen der regulatorischen Rahmenbedingungen unerlässlich. Wie gezeigt werden konnte, bietet die Abkehr vom Kollektivvertragssystem die Möglichkeit eines freien Wettbewerbs sowohl auf dem Behandlungs- als auch auf dem Leistungsmarkt. Mengen und Preise sind dann nicht mehr Gegenstand staatlich-administrativer Planung, sondern eines Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern um den Abschluss von Versorgungsverträgen auf der einen und um Patienten auf der anderen Seite. Von einem reinen Preiswettbewerb, der zum Absinken der Qualität der offerierten Leistungen führt, ist dabei nicht auszugehen. Vielmehr konnte das Eigeninteresse der Krankenhäuser an einem hohen Qualitätsniveau gezeigt werden. Würden sich Preise und Mengen im Wettbewerb ergeben, wäre das Unternehmensergebnis von Krankenhäusern das Resultat ihres unternehmerischen Handelns am Markt. Krankenhäuser wären nicht nur für ihren Erfolg verantwortlich, sondern könnten die dafür entscheidenden Parameter selbst beeinflussen. Entgegen dem derzeitigen System würden generierte Wettbewerbsvorteile bei den Häusern verbleiben.

³⁶² Stigler bezeichnet diesen Effekt als „economies of scale in dealing“ (Stigler, 1961, S. 217, Stigler, 1968, S. 178). Mit steigender Häufigkeit der Vertragsverhandlungen würden sich hiernach die unterschiedlichen Qualitätsniveaus der Krankenhäuser angleichen. Dies würde wiederum zu einer Reduktion der Such- und Informationskosten der Leistungsträger und somit zu einem Absinken der Transaktionskosten führen.

³⁶³ Vgl. Klusen, 2006, S. 297, Lehmann, 2009, S. 31. Bei eventuellen Marktmarktproblemen greifen dann wiederum die Regelungen des GWB.

³⁶⁴ Die Abkehr vom kollektivvertraglichen System zugunsten eines rein selektivvertraglichen Systems wird mitunter als unwahrscheinlich erachtet. Vgl. Wasem/Geraedts, 2011, S. 9.

³⁶⁵ Vgl. Rebscher, 2010a, S. 232, Rebscher, 2007, S. 353, Rebscher, 2013, S. 21, Lehmann, 2009, S. 46. Cassel/Jacobs argumentieren hingegen, solange selektives Kontrahieren lediglich als Ergänzung zum Kollektivvertragssystem angewandt wird, bestünde für die Vertragspartner kein Anreiz zur freiwilligen Inanspruchnahme dieser Option. Vgl. Cassel/Jacobs, 2006, S. 286. Ähnlich Coenen/Haucap, 2014, S. 277.

³⁶⁶ So insbesondere in Laufer et al., 2010, S. 928.

In Konsequenz dessen wäre mit einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser zu rechnen. Im Gegenzug müssten Kliniken mit technischen und/oder qualitativen Ineffizienzen mittel- bis langfristig aus dem Markt ausscheiden. Die Marktberreinigung um nicht leistungsfähige Anbieter würde wiederum einen Beitrag zur Verringerung der gesamtwirtschaftlichen Ausgaben für Krankenhausdienstleistungen leisten. Würde das selektive Kontrahieren konsequent umgesetzt, wären über die Ausgabenreduktion bei gleichzeitigen Qualitätssteigerungen demnach positive Wohlfahrtseffekte zu erwarten.³⁶⁷

2.8 Zwischenfazit

Die Forderungen nach Wettbewerb im Krankenhaussektor reichen bis in die 1980er Jahre zurück. Seither wurden zahlreiche Gesetze zur Reformierung der Krankenhausvergütung verabschiedet. Aber auch die umfassende Neugestaltung des Systems zur Betriebskostenerstattung durch den Übergang von tagesgleichen Pflegesätzen auf die DRG-Fallpauschalen erfolgte innerhalb des bestehenden Regulierungsrahmens. Die Grundzüge der staatlichen Einflussnahme wurden aufrechterhalten; weder die Kapazität, die Leistungsmengen noch die Preise sind das Ergebnis marktlicher Koordinationsprozesse. Im vorstehenden Kapitel wurde die beschriebene Regulierung auf ihre ökonomische Legitimation überprüft. Im Ergebnis konnte kein generelles Marktversagen für die Märkte für Krankenhausdienstleistungen identifiziert werden. Sollte es dennoch punktuell zu Marktversagen kommen, stellt dies noch keinen hinlänglichen Grund für eine flächendeckende Regulierung dar. Vielmehr muss der Staat tatsächlich in der Lage sein, durch sein Tätigwerden eine Verbesserung des Marktergebnisses zu erzielen.

Wie in den Punkten 2.5 und 2.6 exemplarisch für die Konzeption der Fallpauschalen und die Krankenhausreform aufgezeigt wurde, ist diese Fähigkeit jedoch zu bezweifeln. Eine ökonomische Legitimation der staatlichen Regulierung über eine Verbesserung des Marktergebnisses kann hierüber nicht erreicht werden. Zur Überwindung eines partiellen Marktversagens konnten stattdessen marktliche Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Insbesondere mit Blick auf die häufig angeführte asymmetrische Informationsverteilung zwischen Krankenhäusern und Patienten zeigte sich eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Information der Patienten durch die besser informierte Marktseite. Unter Wettbewerbsbedingungen hat diese zudem einen Anreiz, die für Patienten relevanten Informationen freiwillig bereitzustellen.

Als wettbewerbliche Alternative zum bestehenden Regulierungsszenario wurde das selektive Kontrahieren diskutiert. Wie gezeigt werden konnte, ergeben sich bei dessen konsequenter Umsetzung positive Auswirkungen auf die Qualität von Krankenhausdienstleistungen und sinkende Kosten der Krankenhäuser. Negative Auswirkungen auf die Versorgung der Bevöl-

³⁶⁷ Zu einem ähnlichen Schluss gelangen Meyer, 1993, S. 209, Baake/Kuchinke/Wey, 2010, S. 19. Für einen empirischen Beleg des Sinkens von Krankenhauskosten unter Wettbewerbsbedingungen vgl. White, 1987, S. 390. Ähnlich Melnick/Zwanziger, 1988, S. 2673 f., Melnick/Zwanziger, 1995, S. 1393 f.

kerung mit Krankenhausdienstleistungen sind aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht zu erwarten.

Resümierend lassen sich auf Basis der vorstehenden Analyse die Forderungen nach einer Initiierung von Wettbewerb auf den Märkten für Krankenhausdienstleistungen bestätigen. Anstatt einer flächendeckenden Regulierung kann auf die „Selbsteilungskräfte“³⁶⁸ des Markts abgestellt werden. Die Erfüllung des staatlichen Sicherstellungsauftrags kann sich daher auf die Schaffung eines Ordnungsrahmens beschränken.³⁶⁹ Demzufolge sind weder die Landesbedarfsplanung, die getrennte Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten noch die regulatorische Vorgabe der Preise für Krankenhausdienstleistungen aus volkswirtschaftlicher Sicht zu rechtfertigen. Konsequenterweise sollte Krankenhäusern die Möglichkeit der autonomen Festlegung des Leistungsspektrums, der Kapazität, der Leistungsmenge sowie der Preise für die von ihnen erbrachten Dienstleistungen gegeben werden. Eine monistische Krankenhausfinanzierung ist unter Wettbewerbsbedingungen ebenfalls unerlässlich.³⁷⁰ Für einen freien Wettbewerb zwischen Krankenhäusern müssen letztendlich alle institutionellen Ungleichbehandlungen aufgehoben werden.³⁷¹ Die Notwendigkeit der derzeitigen flächendeckenden Regulierung des Krankenhaussektors konnte aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht bestätigt werden. Sie stellt vielmehr ein Hindernis für die Optimierung der Leistungserstellung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen dar.

³⁶⁸ Schenk, 1980, S. 193.

³⁶⁹ So auch Cassel/Knappe/Oberender, 1997, S. 35 f.

³⁷⁰ So auch Hansmeyer/Henke, 1997, S. 13. Ähnlich Rath/Heuser, 1996, S. 46, Blau, 1996, S. 34.

³⁷¹ So auch Berthold, 1987, S. 148.



<http://www.springer.com/978-3-658-14619-1>

Märkte für Krankenhausdienstleistungen

Eine Analyse der Wettbewerbsfaktoren in Deutschland,
Österreich und der Schweiz

Dittmann, H.

2016, XXIII, 233 S. 3 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-14619-1