

**Bundeseinheitlicher Basisfallwert für
Krankenhausleistungen und seine
Konsequenzen: ein falscher Weg aus
ordnungspolitischer Sicht**



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK
München

08. Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Tabellenverzeichnis	2
1 Ausgangslage, Zielsetzung und Vorgehensweise.....	3
2 Die Forderung „gleiche Leistung – gleicher Preis“ – eine ordnungstheoretische Analyse	5
2.1 Einheitliche Preise in einer Marktwirtschaft bei vollkommener Konkurrenz..	6
2.2 Preisunterschiedlichkeit als Erfordernis eines wettbewerblich gesteuerten Krankenhausversorgungssystem	10
3 Gesundheitsökonomische Analyse der Konsequenzen eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts	15
3.1 Kurzfristige Konsequenzen	15
3.1.1 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenhäuser und die Krankenkassen	15
3.1.2 Kurzfristige Auswirkungen nach Einführung des Gesundheitsfonds ...	22
3.1.3 Beschleunigung der Konzentrationstendenzen bei den Krankenkassen und Krankenhäusern	24
3.2 Langfristige Konsequenzen	25
4 Vorschlag einer wettbewerblichen Alternative	26
5 Ausblick	27
Literatur	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gewinner und Verlierer nach Bundesländer (Basis: Mittelwert 2008)..	18
Abbildung 2:	Gewinner und Verlierer nach Bundesländer (Basis: Minimalwert 2008)	20
Abbildung 3:	Gewinner und Verlierer nach Bundesländern (Basis: Maximalwert 2008)	22
Abbildung 4:	Teilmärkte der Gesundheitsversorgung in Deutschland	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern (2006)	12
Tabelle 2:	Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Wert (Mittelwert 2008)	16
Tabelle 3:	Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Wert (Minimalwert 2008)	19
Tabelle 4:	Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Wert (Maximalwert 2008)	21

1 Ausgangslage, Zielsetzung und Vorgehensweise

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2000 den Grundstein für die bundesweite Einführung des DRG-Systems gelegt. Die Vergütung für eine Krankenhausleistung ergibt sich seither als Produkt des sog. Relativgewichts (z.B. 0,905 für eine Leistenhernie) und des sog. Basisfallwerts (z.B. 2.685 EUR). Das derzeit geltende Krankenhausrecht schreibt vor, dass pro Bundesland ein Landesbasisfallwert zu verhandeln ist. Seit 2005 werden im Rahmen einer Konvergenzphase die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an die jeweiligen Landesbasisfallwerte angeglichen. Nach dem Ende dieser Konvergenzphase am 31.12.2008 steht der nächste Schritt zur weiteren Neuordnung der Finanzierung und der Vergütung der Krankenhäuser an.

Anlässlich der Diskussion über das Fallpauschalengesetz wurde schon im Jahr 2002 von Seiten des Bundeslandes Schleswig-Holstein die mittelfristige Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts gefordert. Eine Angleichung der landeseinheitlichen Basisfallwerte an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert hat auch die Gesundheitsministerkonferenz am 02. und 03. Juli 2008 in Plön unterstützt.

Damit wird eine weitere Maßnahme zur Vereinheitlichung der Vergütung in der GKV-Versorgung eingeleitet. Ökonomisch gesprochen werden damit die Preise zu staatlichen Einheitspreisen. Wettbewerbliche Preise bzw. Verhandlungspreise werden ausgeschlossen. Der Staat möchte mit einheitlichen Preisen eine einheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Letztlich kommt es zu einem System von Einheitspreisen, das staatliches Wollen ausdrückt, aber das Spiel von Angebot und Nachfrage außer Kraft setzt.

Die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts bedarf der kritischen Betrachtung. Es wird von Befürwortern eines Bundesbasisfallwerts häufig das Argument „gleiche Preise für gleiche Leistungen“ angeführt. Allerdings zeigen die heute unterschiedlichen Landesbasisfallwerte, dass erhebliche strukturelle Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen und somit nicht von gleichen Leistungen gesprochen werden kann.

Ziel dieser Expertise ist es, die Nachteile und Folgen bundesweiter staatlicher Einheitspreise, insbesondere in Form des einheitlichen Bundesbasisfallwertes in der Krankenhausversorgung, aufzuzeigen. Dies soll sowohl aus einem ordnungstheoretischen als auch aus einem gesundheitsökonomischen Blickwinkel erfolgen. Zudem werden die (quantitativen) Auswirkungen eines Bundesbasisfallwertes auf die einzelnen Bundesländer betrachtet. Als Alternative zu der Vergütung über einen Bundesbasisfallwert wird ein Modell wettbewerblicher Preise bzw. Verhandlungspreise mit seinen wichtigsten Ausgestaltungsmerkmalen vorgestellt.

Gemäß der Zielsetzung gliedert sich die Expertise in die folgenden Abschnitte: Den Anfang bildet ein ordnungstheoretischer Teil, der die Vergütung der Krankenhäuser anhand von staatlichen Einheitspreisen aus preistheoretischer Sicht beleuchtet. Dem folgt ein gesundheitsökonomischer Part, der die Notwendigkeit des bundeseinheitlichen Basisfallwerts hinterfragt. Im Rahmen des gesundheitsökonomischen Abschnitts werden die kurz- und die langfristigen Auswirkungen eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes analysiert. Abschließend werden ein wettbewerblich orientiertes Vergütungssystem mit wettbewerblichen Verhandlungspreisen für Krankenhäuser und mögliche Umsetzungsschritte vorgestellt.

2 Die Forderung „gleiche Leistung – gleicher Preis“ – eine ordnungstheoretische Analyse

Mit dem am 27. Juni 2008 erschienenen Eckpunktepapier hat sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausversorgung in Deutschland ab dem Jahr 2009 positioniert. Dieses Eckpunktepapier sieht als eine ordnungspolitische Maßnahme die Einführung eines bundesweiten Basisfallwertkorridors vor. Die heute noch unterschiedlichen Landesbasisfallwerte sollen in einem erneuten Konvergenzprozess an einen bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen werden. Der nationale Basisfallwert sollte ursprünglich im Rahmen eines Korridors mit einer Bandbreite von +/-2% schwanken dürfen. Nach neuesten Überlegungen wurde der Schwankungskorridor auf eine Bandbreite von -1,5% bis +2,5% korrigiert. Hintergrund dieser Änderung ist offenbar, dass der ursprüngliche Korridor zu finanziellen Vorteilen für die GKV geführt hätte, die durch die Korrektur berichtigt werden. Eine nachvollziehbare Logik ist ansonsten für diese Modifikation nicht zu erkennen.

Staatliche Einheitspreise können als Mindest-, Höchst- oder Richtpreise ausgestaltet werden. Aus Sicht der Bundesländer trägt die Einführung von Mindestpreisen zu einem Schutz der Anbieter, d. h. in diesem Fall der Krankenhäuser, bei. Aus der Perspektive des Bundes bzw. des Bundesgesundheitsministeriums und der Krankenkassen betrachtet, könnte eine Ausgestaltung des Bundesbasisfallwerts in Form eines Höchstpreises als Schutz für die Beitragszahler dienen. Im Folgenden werden zunächst die beabsichtigte Einführung von staatlichen Einheitspreisen im Bereich der Krankenhausversorgung und die Forderung nach gleichen Preisen für gleiche Leistungen aus ordnungstheoretischer Sicht analysiert.

2.1 Einheitliche Preise in einer Marktwirtschaft bei vollkommener Konkurrenz

In einer Marktwirtschaft funktioniert die Preisbildung über das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage. Wenn wir im Folgenden im Bereich des deutschen Krankenhausmarktes von Nachfrage bzw. von Nachfragern sprechen, so sind die Krankenkassen gemeint. Das heißt nicht, dass Patienten nicht auch als Nachfrager von Krankenhausleistungen gelten können, allerdings spüren diese aufgrund der heute vorherrschenden Krankenhausvergütung die Preise nicht direkt. Zukünftig könnten die Patienten zumindest teilweise die Funktion des Nachfragers übernehmen, jedoch stehen in unserer Analyse die Krankenkassen im Vordergrund. Als Leistungsanbieter (-erbringer) werden in der folgenden Analyse die Krankenhäuser betrachtet. Der Krankenhausmarkt in Deutschland ist gekennzeichnet durch Preise, die durch Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bzw. deren Verbänden zu Stande kommen. Allerdings ist der Verhandlungsspielraum durch den Staat bereits durch spezifische Entgeltregeln sowie eine globale Ausgabenbegrenzung eingeeengt.

In der idealtypischen Marktform der vollkommenen Konkurrenz und bei Ausschaltung des technisch-organisatorischen Fortschritts kommt es in einer statischen Marktwirtschaft dazu, dass für jedes Gut jeweils überall nur ein Preis gilt. Allerdings findet man in der Realität keine statischen Märkte mit vollkommener Konkurrenz vor, da die entsprechenden technischen Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Wenn die Bedingungen nicht erfüllt sind, sprechen wir von einem unvollkommenen dynamischen (evolutionären) Markt, der dazu führt, dass es unterschiedliche Preise für ein Gut bzw. eine Dienstleistung gibt. Wir werden im Folgenden prüfen, ob die Bedingungen für vollkommene Konkurrenz und damit für Preiseinheitlichkeit (nach dem gleichnamigen Gesetz von Jevons) gelten und warum gerade in der deutschen Krankenhausversorgung keine vollkommene Konkurrenz, sondern ein dynamischer Markt anzutreffen ist.

Zusammengefasst ergibt unsere folgende Betrachtung, dass das Gesetz der Preisgleichheit aus folgenden Gründen auf dem Krankenhausmarkt nicht gilt:

- (1) Die regionalen Krankenhausmärkte sind nicht polypolistisch
- (2) Die regionalen Krankenhausmärkte sind nicht vollkommen transparent
- (3) Die Krankenhausleistungen sind nicht homogen
- (4) Die Produktionsfaktoren und -güter bzw. Leistungen der Krankenhäuser sind nicht vollkommen mobil
- (5) Der Krankenhaus-Markt ist nicht transaktionskostenfrei
- (6) Die Reaktionsmöglichkeiten der Marktbeteiligten auf Preisdifferenzen sind gering bzw. benötigen Zeit
- (7) Es besteht kein offener Marktzugang

Im Folgenden sind diese theoretischen Anforderungen und ihr Nicht-Vorliegen auf dem Krankenhausmarkt näher ausgeführt.

(1) Das Gebot polypolistischer Märkte

In einem vollkommenen Markt muss ein Polypol vorliegen, d. h., es gibt viele unabhängige Anbieter und viele Nachfrager. Aus dieser Bedingung geht hervor, dass die Marktanteile der einzelnen Anbieter und Nachfrager so klein sind, dass keiner der Akteure den Marktpreis aktiv beeinflussen kann.¹

Die deutsche Krankenhauslandschaft kann nur bedingt als ein Polypol bezeichnet werden. Auf das gesamte Bundesgebiet bezogen kann man von einem Markt mit vielen Anbietern (Krankenhäuser) und vielen Nachfragern (Krankenkassen) sprechen. In einzelnen Regionen allerdings finden wir Oligopole mit wenigen Krankenhäusern oder sogar monopolistische Stellungen mit nur einem einzigen Krankenhaus vor. Ähnlich verhält es sich mit den Krankenkassen, die in einer kleinen Zahl von Verbänden gebündelt sind und gemeinsam verhandeln müssen, also ein staatlich vorgeschriebenes (beschränktes) Monopson bilden. Folglich liegt in der deutschen Krankenhausversorgung kein Polypol vor.

¹ Vgl. Neubauer, 2004.

(2) Das Gebot der vollkommenen Markttransparenz

Unter der Voraussetzung der vollkommenen Markttransparenz gilt, dass die Marktteilnehmer (Anbieter und Nachfrager) vollständig über die Marktbedingungen informiert sind. Das bedeutet, dass für keinen der Marktakteure Informationskosten entstehen dürfen.

Die DRG-Einführung in Deutschland und die Pflicht zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten hat dazu geführt, dass die Markttransparenz im Bereich der Krankenhausversorgung deutlich erhöht wurde. Allerdings heißt das nicht, dass man bereits von vollkommener Markttransparenz sprechen kann. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Akteure sich kostenlos Informationen verschaffen können. Vielmehr müssen in der Regel Zeit und Geld – beispielsweise seitens der Krankenkassen (Verwaltungskosten) – aufgewendet werden, um notwendige Informationen zu erhalten. Somit ist die Bedingung der vollkommenen Transparenz nicht erfüllt.

(3) Homogenität der Güter

Die Homogenitätsbedingung besagt, dass Güter sachlich gleichartig sein müssen. Dies allein genügt jedoch nicht, denn zusätzlich dürfen keine räumlichen Unterschiede und auch keine zeitlichen Differenzen in der Verfügbarkeit der Güter existieren. Außerdem dürfen keine persönlichen Präferenzen seitens der Nachfrager bzw. seitens der Anbieter vorliegen.

Insbesondere bei einer Dienstleistung wie einer Krankenhausbehandlung kann nicht von einem homogenen Gut gesprochen werden – auch wenn die Leistungen nach DRGs gruppiert sind. Homogenität ist hier nahezu ausgeschlossen, da die Dienstleistungen hochgradig individualisiert sind. Die Qualität der Leistungserstellung ebenso wie die örtliche und zeitliche Verfügbarkeit spielen hier eine entscheidende Rolle. So kann die zeitliche Verfügbarkeit (Vorhaltung rund um die Uhr: sieben Tage, 24 Stunden) differieren und auch die örtliche Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen differiert zwischen Stadt und Land erheblich. Dies alles bedeutet, dass ein Bundesbasisfallwert Gegebenheiten vereinheitlicht, die de facto ungleich sind.

(4) Vollkommene Mobilität der Produktionsfaktoren und Güter

Das Postulat der vollkommenen Mobilität lautet, dass keine Transportkosten anfallen und die Produktionsfaktoren und Güter an jeden Ort transportiert werden können.²

Die Verlagerung des Produktionsfaktors Arbeit ist mit technischen und persönlichen Grenzen verbunden. Beispielsweise ist nicht jeder Arzt bereit, seinen Arbeitsplatz zu wechseln. Auf der anderen Seite kann die Bereitschaft eines Arztes zum Wechsel des Arbeitsplatzes auf Grenzen stoßen, wenn seitens der Arbeitgeber kein entsprechender Bedarf besteht. Aufgrund von örtlichen Restriktionen (z. B. medizinisch-technische Ausstattung) kann eine medizinische Dienstleistung nicht automatisch an jedem beliebigen Ort erbracht werden. Die Bedingung der vollkommenen Mobilität ist folglich im Bereich der Krankenhausversorgung nicht erfüllt. Ein freier Wettbewerb würde gerade durch unterschiedliche Preise zu einer erhöhten Mobilität führen.

(5) Fehlen von Transaktionskosten

Eine weitere Voraussetzung für einheitliche Preise ist das Fehlen von Transaktionskosten. Im engeren Sinne werden darunter die Kosten des Vertragsabschlusses verstanden, im weiteren Sinne auch Transportkosten, also alle Kosten die mit dem Vertragsabschluss bzw. Leistungsaustausch einhergehen.³

Im Bereich der Krankenhausversorgung fallen allerdings entsprechende Transaktionskosten an. Hier können beispielsweise Verhandlungskosten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern genannt werden, die von Fall zu Fall eine unterschiedliche Höhe einnehmen können. Damit wird diese Bedingung ebenfalls nicht erfüllt.

(6) Unendlich hohe Reaktionsgeschwindigkeiten auf einem dynamischen Markt

Die Bedingung der unendlich schnellen Reaktionszeit besagt, dass Anbieter und Nachfrager in der Lage sind, sofort zu reagieren, wenn der Marktpreis an einem Ort vom Gleichgewichtspreis abweicht.⁴

Tatsächlich können die einzelnen Marktteilnehmer jedoch nicht uneingeschränkt schnell auf Marktveränderungen reagieren, weshalb diese Voraussetzung in der Realität nicht gegeben ist. Die Reaktionen der einzelnen Akteure, d. h. der Krankenhäuser und der Krankenkassen, erfolgen stets verzögert im Rahmen von Anpassungsprozessen. Wer sich aber schneller anpasst, muss belohnt werden, indem er mehr Nachfrage durch niedrigere Preise auf sich zieht.

² Vgl. Neubauer, 2004.

³ Vgl. Neubauer, 2004.

⁴ Vgl. Oberender, Fleischmann, 2005.

(7) Offener Marktzugang

Unter einem offenen Marktzugang wird verstanden, dass jederzeit neue Anbieter oder Nachfrager in den Markt eintreten und auch wieder austreten können.⁵

Durch die Krankenhausplanung ist diese Bedingung in Deutschland nicht erfüllt. Nur für Plankrankenhäuser besteht ein Kontrahierungszwang zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Außenseitern wird der Marktzugang quasi unmöglich gemacht. Das führt zu unterschiedlicher Preisbildung im geplanten und im freien Markt.

2.2 Preisunterschiedlichkeit als Erfordernis eines wettbewerblich gesteuerten Krankenhausversorgungssystem

Die Betrachtung der Kriterien der vollkommenen Konkurrenz hat gezeigt, dass diese nicht realisiert sind und auch praktisch nicht realisiert werden können. Aus diesem Grund drängen die Marktkräfte in einem wettbewerblich gesteuerten Krankenhausversorgungssystem zu differenzierten Preisen auch für gleich definierte DRG-Leistungen. Einheitspreise können nur durch staatliche Eingriffe realisiert werden. Die Festsetzung von Einheitspreisen bei unterschiedlichen Angebots- und Nachfrageverhältnissen durch den Staat oder eine von ihm kontrollierte Selbstverwaltung widerspricht der ökonomischen Vernunft und der Zielsetzung der Akteure. Gerade flexible Preise dienen dazu, Versorgungsunterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern anzugleichen. Mit der Festsetzung von Einheitspreisen macht der Staat jedoch genau das Gegenteil. Es kommt zu Umgehungstatbeständen, wie z. B. Preisnachlässen⁶, die wiederum kontrolliert werden müssen.

Das bisherige Prinzip von flexibilisierten Verhandlungspreisen wird durch die Festsetzung von Einheitspreisen aufgegeben. Steuerungsziele des Staates stehen dann im Vordergrund und führen zu einer Abweichung von den zu erwartenden Verhandlungsergebnissen.



⁵ Vgl. Neubauer, 2004.

⁶ Preisnachlässe sind zwar im Krankenhausrecht derzeit explizit nicht vorgesehen, können aber implizit im Rahmen von sektorübergreifenden Verträgen zur integrierten Versorgung erzielt werden.

Eine Festlegung von Einheitspreisen ist stets verbunden mit wirtschafts- und sozialpolitischen Zielen des Staates, die dem demokratischen Wahlzyklus und den jeweiligen politischen Interessen unterliegen.

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

Effizienzverlust durch staatliche Intervention

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die einzelnen Akteure ihre Präferenzen in einer Wettbewerbssituation besser vertreten können, als dies bei Intervention des Staates der Fall ist. Direkte staatliche Eingriffe in den Preisfindungsmodus sind generell abzulehnen, da sie zu Effizienzeinbußen führen. Eine Intervention in die freie Preisbildung auf dem Verhandlungsweg löst bei den einzelnen Akteuren Anpassungsreaktionen aus, so dass der Wohlfahrtsverlust für die Gesellschaft weiter zunimmt. Zentral festgesetzte Preise führen zu weiteren staatlichen Interventionen und liefern im Endeffekt ein Ergebnis, wie es aus Staatswirtschaften bekannt ist.

Unterschiedliche Versorgungsstrukturen erfordern differenzierte Preise

Gegen die Festlegung von staatlichen Einheitspreisen spricht auch, dass ein bundesweit einheitlicher Preis für DRG-Krankenhausleistungen nicht wohlfahrtsoptimal sein kann, da lokal und regional unterschiedliche Versorgungssituationen bestehen. Der Wert einer Leistung ist, wie wir gezeigt haben, abhängig von mehreren Faktoren wie der Qualität, dem Ort und der Zeit der Verfügbarkeit, der erbrachten Leistungsmenge sowie den Kosten der Leistungserbringung. Wie die folgende Tabelle zeigt, unterscheiden sich die durchschnittlichen bereinigten Kosten⁷ je Behandlungsfall zwischen den einzelnen

⁶ Bereinigte Kosten sind die vollstationären Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und bestimmten Abzügen. Für die Ermittlung der bereinigten Kosten werden von den Brutto-Gesamtkosten sämtliche Kosten für nicht-stationäre Leistungen abgezogen. Sie werden in der Statistik wie folgt untergliedert:

- Abzüge für wissenschaftliche Forschung und Lehre

Bundesländern erheblich. Die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bewegen sich in einer Spanne von -15,37% (Mecklenburg-Vorpommern) bis +16,62% (Hamburg).

Tabelle 1: Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern (2006)

Bundesland	Durchschnittliche bereinigte Kosten je Behandlungsfall	Abweichung vom Bundesdurchschnitt
Baden-Württemberg	3.639,71 €	5,49%
Bayern	3.531,71 €	2,36%
Berlin	3.919,06 €	13,58%
Brandenburg	3.095,33 €	-10,29%
Bremen	3.782,11 €	9,61%
Hamburg	4.023,96 €	16,62%
Hessen	3.519,61 €	2,00%
Mecklenburg-Vorpommern	2.919,93 €	-15,37%
Niedersachsen	3.482,13 €	0,92%
Nordrhein-Westfalen	3.353,06 €	-2,82%
Rheinland-Pfalz	3.320,60 €	-3,76%
Saarland	3.852,49 €	11,65%
Sachsen	3.121,44 €	-9,53%
Sachsen-Anhalt	3.368,15 €	-2,38%
Schleswig-Holstein	3.419,39 €	-0,90%
Thüringen	3.126,40 €	-9,39%
Bundesdurchschnitt	3.450,43 €	0,00%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.3, Kostennachweis der Krankenhäuser, 2008.

Bereits das Beispiel der vertragsärztlichen Versorgung zeigt, dass dort bei der Reform der Vergütung und Einführung einer Eurogebührenordnung zwar ein bundesweit einheitlicher Orientierungswert Anwendung findet, dieser jedoch an die regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen angepasst werden soll (§ 87 Abs. 2f Satz 1 SGB V). Aufgrund der defizitären Datenlage finden die im Gesetz verankerten Indikatoren zur Erfassung regionaler Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur zunächst noch keine Anwendung.

-
- Abzüge für Ambulanz und
 - sonstige Abzüge (v. a. vor- und nachstationäre Behandlungen, ärztliche und nicht-ärztliche Wahlleistungen und belegärztliche Leistungen).

Der festgelegte Orientierungswert gilt deshalb als Referenzgröße für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen und es finden weiterhin Verhandlungen in den einzelnen Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen statt.

Fehlallokation durch Einheitspreise

Der Ort der Leistungserbringung ist insofern wichtig, als Gesundheitsleistungen in der Regel Loco-Güter sind und nur begrenzt über größere Entfernungen transportiert werden können bzw. kranke Menschen nur begrenzt größere Entfernungen überwinden können, ohne gesundheitlichen Schaden zu nehmen. Die Loco-Kosten variieren aber in aller Regel und bedingen, ceteris paribus, unterschiedlich hohe Preise.

Werden nun, wie bei den Krankenhausleistungen und den ambulanten Arztleistungen vorgesehen, bundeseinheitliche Festpreise eingeführt, so hat das zum Ergebnis, dass der Festpreis in einem Falle als zu niedrig und im anderen Falle als zu hoch angesehen werden muss. Es kommt zu einer Fehlallokation der knappen Mittel.

Korrektur von Einheitspreisen

Ein Beispiel für Korrekturen an Einheitspreisen ist der im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehene Sicherstellungszuschlag für ländliche Krankenhäuser. Diese erhalten einen Preisaufschlag für den Fall, dass ihre kostendeckende Auslastung nicht sicher gestellt werden kann, da die Krankenhäuser aber gleichwohl gezwungen sind, für sieben Tage 24 Stunden lang in ständiger Nutzungsbereitschaft zu stehen (§ 17 b Abs. 1 Satz 9 KHG). Da die Vorhalteleistung als eigenständige Leistung eingeschätzt wird, hat der Gesetzgeber die Krankenkassen aufgefordert, immer dann diese Leistung extra zu vergüten, wenn sie nicht durch die Patientenentgelte abgedeckt werden kann. Für Krankenhäuser, die nicht in ständiger Nutzungsbereitschaft stehen, sieht das Gesetz hingegen einen Abschlag vor (§ 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG).

Insofern werden indirekt die Argumente der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit vom Gesetzgeber gesehen, aber nur als Sondertatbestände geführt. Eine Folge ist, dass dort, wo der Festpreis zu hoch ist, die Anbieter in eine Art Konditionenwettbewerb treten. Solche Konditionen können sich entweder als Rabatte auf die Festpreise auswirken oder nichtpreisliche Serviceleistungen für die Patienten sein.

In den Gebieten aber, in denen der Festpreis zu niedrig ist, werden Krankenhäuser zunächst Wartezeiten aufbauen, da sie zu diesen Preisen nicht bereit sind, das Angebot auszudehnen. Gleichzeitig werden zum einen Leistungserbringer ausscheiden und sich zum anderen zusammenschließen, um Kosten zu senken und Marktmacht aufzubauen.

Im Ergebnis können wir feststellen, dass sich nationale Einheitspreise nirgendwo als Gleichgewichtspreise einpendeln, sondern zu einer Fehlallokation führen. In Deutschland versucht man, dies dadurch zu kompensieren, dass die Festpreise gemäß festgestellter regionaler Kostendifferenzen und Versorgungsunterschiede variiert werden. Es kommt letztlich zu staatlichen Lenkungspreisen, wie sie in Planwirtschaften üblich sind.

Fazit:

Dies verdeutlicht, dass die Festsetzung von Einheitspreisen keinen Fortschritt bringt, sondern im Gegenteil zu einem Effizienzverlust führt. Denn wer ungleiche Leistungen gleich vergütet, lenkt die knappen Ressourcen in Unter-, Über- oder Fehlversorgung. In einem dynamischen Umfeld kann es nur aufgrund von staatlichen Verordnungen Einheitspreise geben. Aus ordnungstheoretischer Sicht sehen wir daher die Notwendigkeit für differenzierte Preise, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen.

3 Gesundheitsökonomische Analyse der Konsequenzen eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts

Nach der ordnungstheoretischen Betrachtung folgt nun eine gesundheitsökonomische Analyse der Konsequenzen eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts vor allem für die Krankenhäuser und die Krankenkassen. Hierbei wird zwischen kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen unterschieden.

3.1 Kurzfristige Konsequenzen

Im Rahmen der kurzfristigen Konsequenzen werden zunächst die finanziellen Auswirkungen eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts für die Krankenkassen und die Krankenhäuser der einzelnen Bundesländer dargestellt. Außerdem werden wir darauf eingehen, welche kurzfristigen Auswirkungen sich nach der Einführung des Gesundheitsfonds ergeben. Insbesondere steht hierbei auch die Beschleunigung der Konzentrationstendenzen bei den Krankenkassen und Krankenhäusern im Fokus.

3.1.1 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenhäuser und die Krankenkassen

Um die finanziellen Auswirkungen eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts auf die Krankenkassen und Krankenhäuser in den einzelnen Bundesländern abschätzen zu können, berechnen wir zunächst auf Basis der Landesbasisfallwerte des Jahres 2008 (ohne Kappung und ohne Ausgleiche) und der Gewichtung nach Case-Mix-Punkten den gewichteten Mittelwert des gesamten Bundesgebietes. Wie die Tabelle 1 zeigt, erhalten wir nach dieser Vorgehensweise einen Bundesbasisfallwert in Höhe von 2.804,39 Euro. Nach den neuesten Überlegungen zur ordnungspolitischen Neuausrichtung der Krankenhausversorgung im BMG ist es vorgesehen, dass der Basisfallwert in einem Korridor von $-1,5\%$ bis $+2,5\%$ schwanken darf. Konkret bedeutet das für unsere Berechnung, dass die Untergrenze des Schwankungskorridors bei 2.762,32 Euro liegt, während die Obergrenze des Korridors den Wert 2.874,50 Euro annimmt. Für alle Bundesländer, deren Landesbasisfallwert im Rahmen des Schwankungskorridors liegt, findet keine Anpassung statt.

Für diejenigen Bundesländer, deren Landesbasisfallwert oberhalb des Schwankungskorridors liegt, findet eine Anpassung des Landesbasisfallwertes auf die Höhe der Obergrenze des Korridors (2.874,50 Euro) statt. Umgekehrt werden die Landesbasisfallwerte der Bundesländer, die unterhalb des Schwankungskorridors liegen, auf die Höhe der Untergrenze (2.762,32 Euro) angeglichen. Die folgende Tabelle 1 zeigt, für welche Bundesländer eine Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Wert erfolgen müsste.

Tabelle 2: Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Wert (Mittelwert 2008)

Bundesländer	Case-Mix-Punkte	Landesbasisfallwert (ohne Kappung, ohne Ausgleiche)	Angleichungsbetrag an Unter- bzw. Obergrenze des Schwankungskorridors	Summe der Budgetauswirkung (am Ende der Konvergenzphase)
Baden-Württemberg		2.853,90 €	LBFW liegt im Korridor	
Bayern	2.300.000	2.819,14 €	LBFW liegt im Korridor	
Berlin	734.920	2.898,00 €	-23,50 €	-17.270.804 €
Brandenburg	487.015	2.765,43 €	LBFW liegt im Korridor	
Bremen	198.126	2.878,00 €	-3,50 €	-693.491 €
Hamburg	460.000		LBFW liegt im Korridor	
Hessen	1.148.741	2.826,12 €	LBFW liegt im Korridor	
Mecklenburg-Vorpommern	372.440	2.733,25 €	29,07 €	10.828.376 €
Niedersachsen	1.436.133	2.785,00 €	LBFW liegt im Korridor	
Nordrhein-Westfalen	3.558.785	2.754,49 €	7,83 €	27.880.056 €
Rheinland-Pfalz	755.157	2.959,53 €	-85,03 €	-64.211.188 €
Saarland	252.108	2.934,83 €	-60,33 €	-15.209.739 €
Sachsen	920.353	2.753,63 €	8,69 €	8.001.687 €
Sachsen-Anhalt	534.000	2.775,00 €	LBFW liegt im Korridor	
Schleswig-Holstein	521.405	2.685,00 €	77,32 €	40.317.198 €
Thüringen	530.000	2.761,00 €	1,32 €	701.799 €
Bund Mittelwert (Basis: CM)	16.173.605	2.804,39 €		-9.656.105 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der AOK Schleswig-Holstein (2008).

Aus der Tabelle 1 wird ersichtlich, dass die Basisfallwerte der Bundesländer **Berlin**, **Bremen**, **Rheinland-Pfalz** und **Saarland** nach unten angeglichen werden. Im Hinblick auf die Budgetauswirkungen bedeutet dies, dass die **Krankenkassen** in diesen Bundesländern nach Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes ihre Ausgaben verringern, da umgekehrt das Budget der Krankenhäuser (bei einer konstanten Anzahl von Case-Mix-Punkten) reduziert wird.

Bei der gegebenen Anzahl an Case-Mix-Punkten wären die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz mit einem Budgetverlust von ca. 64 Millionen Euro die größten Verlierer.

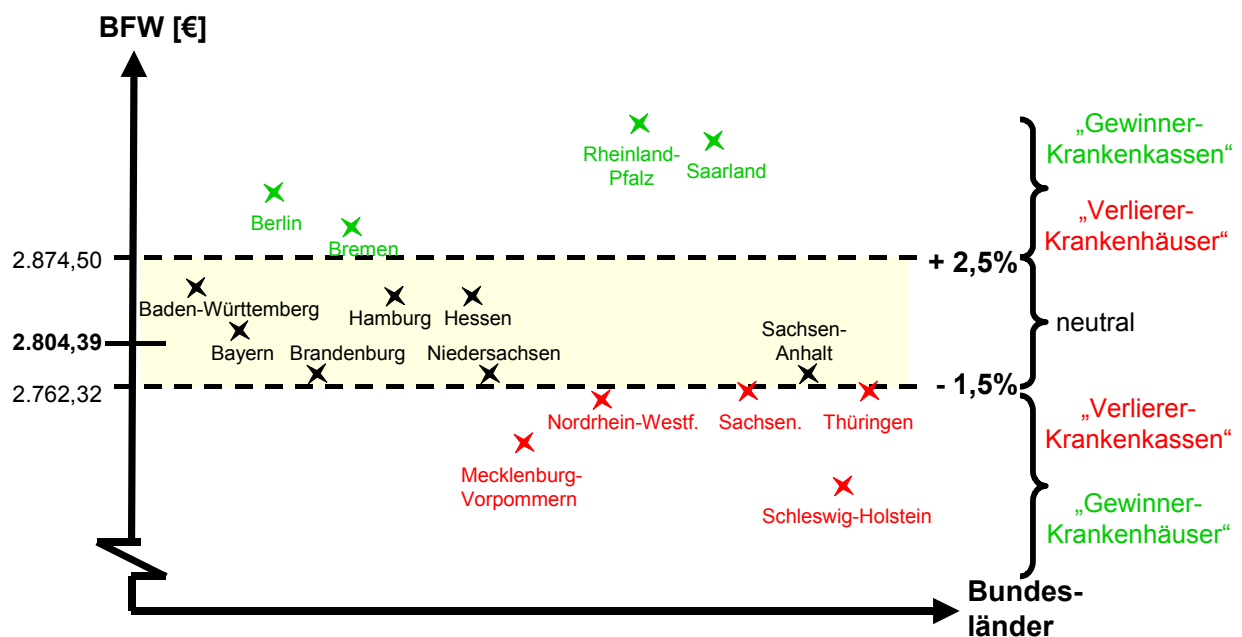
Im Gegensatz dazu würden die Krankenhäuser in **Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen** und **Thüringen** von einem bundeseinheitlichen Basisfallwert profitieren. Dort würde eine Anhebung der Landesbasisfallwerte an die Untergrenze des Schwankungskorridors erfolgen. Für die Krankenkassen bedeutet dies, dass sie in diesen Bundesländern mehr Mittel für die Krankenhausversorgung aufwenden müssten, da es unter sonst gleichen Bedingungen zu einer Budgetausweitung kommen würde. Die größten Gewinner wären mit ca. 40 Millionen Euro die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, während die Krankenkassen dort, insbesondere die AOK Schleswig-Holstein, dementsprechend die größten Verlierer wären. Bezogen auf die Anzahl der Behandlungsfälle würde die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts einen Anstieg der Ausgaben in Schleswig-Holstein um ca. 75 Euro je stationären Krankenhausfall bedeuten.⁸

Die Verluste der bundesweit tätigen Krankenkassen in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen dürften durch die Gewinne in den Bundesländern Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz und Saarland gegenüber dem Status quo überkompensiert werden. Insgesamt würden also die Krankenkassen, insbesondere die Landeskassen in Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz und Saarland sowie die bundesweit tätigen Kassen, von einer Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts gemäß der genannten Bedingungen profitieren, da sich alles in allem das Gesamtbudget der Krankenhäuser um knapp **10 Millionen Euro bzw. 0,2 ‰** reduzieren würde. Die statistische Ursache dafür, dass sich Gewinne und Verluste der Krankenhäuser bzw. der Krankenkassen nicht insgesamt ausgleichen, liegt an dem Korridor zugelassener Abweichungen vom Mittelwert.

⁸ Berechnung auf Grundlage der stationären Krankenhausfälle in Schleswig-Holstein des Jahres 2006 in Höhe von 538.136 (Quelle: Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2007/2008, Seite 58).

Für die übrigen Bundesländer würde die Einführung eines Bundesbasisfallwertes mit einem Schwankungskorridor zwischen $-1,5\%$ und $+2,5\%$ keine Konsequenzen haben, da sich ihre Landesbasisfallwerte innerhalb der genannten Schwankungsbreite befinden. Die folgende Abbildung zeigt abschließend grafisch, welche finanziellen Auswirkungen die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes für die einzelnen Bundesländer hätte.

Abbildung 1: Gewinner und Verlierer nach Bundesländern (Basis: Mittelwert 2008)



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Folgenden werden wir den derzeitigen minimalen sowie den derzeitigen maximalen Landesbasisfallwert als Referenzgröße für einen bundeseinheitlichen Basisfallwert heranziehen und unter Berücksichtigung eines Schwankungskorridors ($-1,5\%$ bis $+2,5\%$) die Auswirkungen auf die einzelnen Bundesländer für diese beiden hypothetischen Fälle berechnen.

Den derzeitigen geringsten Landesbasisfallwert finden wir in Schleswig-Holstein mit 2.685,00 Euro. Der Schwankungskorridor (-1,5% bis +2,5%) liegt bei einem Bundesbasisfallwert in Höhe von 2.685,00 Euro zwischen 2.644,73 Euro (Untergrenze) und 2.752,13 Euro (Obergrenze). Die folgende Tabelle zeigt die Auswirkungen auf die einzelnen Bundesländer.

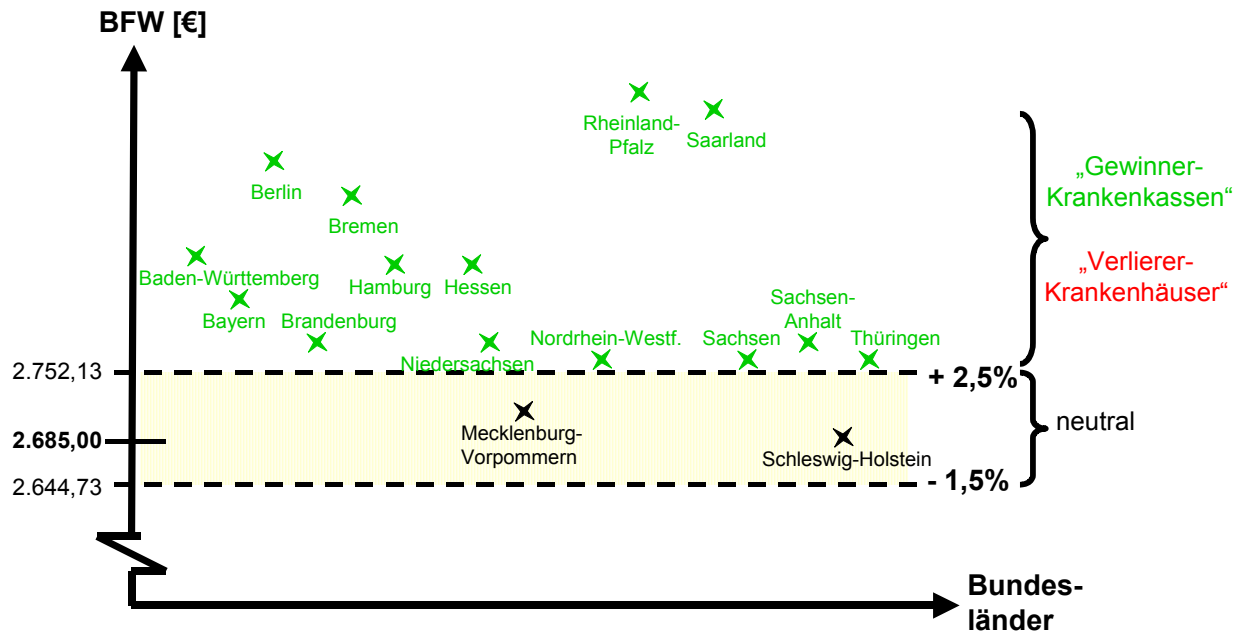
Tabelle 3: Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Wert (Minimalwert 2008)

Bundesländer	Case-Mix-Punkte	Landesbasisfallwert (ohne Kappung, ohne Ausgleiche)	Angleichungsbetrag an Unter- bzw. Obergrenze des Schwankungskorridors	Summe der Budgetauswirkung (am Ende der Konvergenzphase)
Baden-Württemberg	1.964.422	2.853,90 €	-101,78 €	-199.929.049,05 €
Bayern	2.300.000	2.819,14 €	-67,02 €	-154.134.500,00 €
Berlin	734.920	2.898,00 €	-145,88 €	-107.206.455,00 €
Brandenburg	487.015	2.765,43 €	-13,31 €	-6.479.734,58 €
Bremen	198.126	2.878,00 €	-125,88 €	-24.939.110,25 €
Hamburg	460.000	2.824,00 €	-71,88 €	-33.062.500,00 €
Hessen	1.148.741	2.826,12 €	-74,00 €	-85.001.090,30 €
Mecklenburg-Vorpommern	372.440	2.733,25 €	LBFW liegt im Korridor	
Niedersachsen	1.436.133	2.785,00 €	-32,88 €	-47.212.872,38 €
Nordrhein-Westfalen	3.558.785	2.754,49 €	-2,37 €	-8.416.526,53 €
Rheinland-Pfalz	755.157	2.959,53 €	-207,41 €	-156.623.337,59 €
Saarland	252.108	2.934,83 €	-182,71 €	-46.061.392,14 €
Sachsen	920.353	2.753,63 €	-1,51 €	-1.385.131,27 €
Sachsen-Anhalt	534.000	2.775,00 €	-22,88 €	-12.215.250,00 €
Schleswig-Holstein	521.405	2.685,00 €	LBFW liegt im Korridor	
Thüringen	530.000	2.761,00 €	-8,88 €	-4.703.750,00 €
Bund Mittelwert (Basis: CM)	16.173.605	2.804,39 €		-887.370.699,06 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der AOK Schleswig-Holstein (2008).

Die Tabelle verdeutlicht, dass bei einem Bundesbasisfallwert von 2.685,00 Euro und einem Schwankungskorridor von -1,5% bis +2,5% den Krankenhäusern in allen Bundesländern – bis auf Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern – deutlich Mittel entzogen werden. Insgesamt würden die Krankenhäuser ca. 887 Millionen Euro (entspricht 1,66 %) ihres Budgets verlieren. Die größten Verlierer wären die Krankenhäuser in Baden-Württemberg, deren Mittel um knapp 200 Millionen Euro gekürzt würden. Damit wären fast alle Krankenkassen bei dieser Lösung Gewinner, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 2: Gewinner und Verlierer nach Bundesländern
(Basis: Minimalwert 2008)



Quelle: Eigene Darstellung.

Zieht man hingegen den höchsten Landesbasisfallwert des Jahres 2008 in Höhe von 2.959,53 Euro (Rheinland-Pfalz) heran, sieht das Bild deutlich anders aus. Die Untergrenze des Schwankungskorridors (-1,5%) beläuft sich in diesem Fall auf 2.915,14 Euro, während die Obergrenze (+2,5%) 3.033,52 Euro beträgt. In der folgenden Tabelle stellen wir die Auswirkungen auf die einzelnen Bundesländer dar.

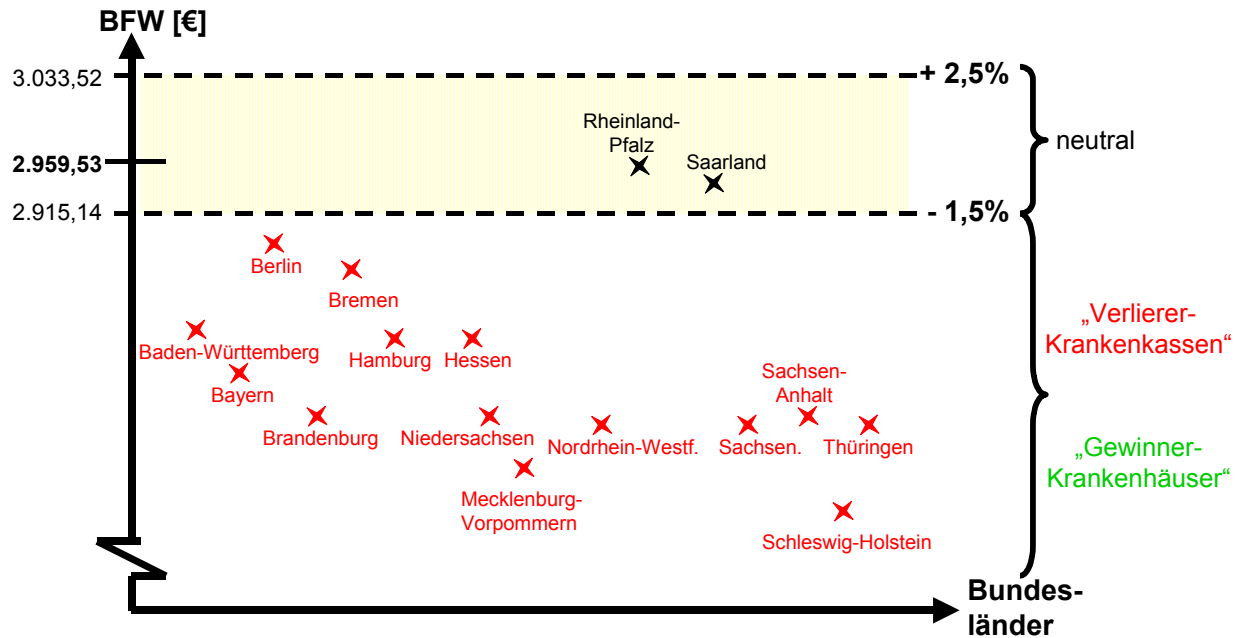
Tabelle 4: Anpassung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Wert (Maximalwert 2008)

Bundesländer	Case-Mix-Punkte	Landesbasisfallwert (ohne Kappung, ohne Ausgleich)	Angleichungsbetrag an Unter- bzw. Obergrenze des Schwankungskorridors	Summe der Budgetauswirkung (am Ende der Konvergenzphase)
Baden-Württemberg	1.964.422	2.853,90 €	61,24 €	120.295.408,24 €
Bayern	2.300.000	2.819,14 €	96,00 €	220.793.215,00 €
Berlin	734.920	2.898,00 €	17,14 €	12.594.360,79 €
Brandenburg	487.015	2.765,43 €	149,71 €	72.909.578,96 €
Bremen	198.126	2.878,00 €	37,14 €	7.357.815,17 €
Hamburg	460.000	2.824,00 €	91,14 €	41.923.043,00 €
Hessen	1.148.741	2.826,12 €	89,02 €	102.257.535,03 €
Mecklenburg-Vorpommern	372.440	2.733,25 €	181,89 €	67.742.012,90 €
Niedersachsen	1.436.133	2.785,00 €	130,14 €	186.894.112,03 €
Nordrhein-Westfalen	3.558.785	2.754,49 €	160,65 €	571.708.311,83 €
Rheinland-Pfalz	755.157	2.959,53 €	LBFW liegt im Korridor	
Saarland	252.108	2.934,83 €	LBFW liegt im Korridor	
Sachsen	920.353	2.753,63 €	161,51 €	148.643.497,99 €
Sachsen-Anhalt	534.000	2.775,00 €	140,14 €	74.833.184,70 €
Schleswig-Holstein	521.405	2.685,00 €	230,14 €	119.994.608,56 €
Thüringen	530.000	2.761,00 €	154,14 €	81.692.636,50 €
Bund Mittelwert (Basis: CM)	16.173.605	2.804,39 €		1.829.639.320,69 €

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der AOK Schleswig-Holstein (2008).

Die Tabelle macht deutlich, dass bei Festlegung des Bundesbasisfallwertes auf eine Höhe von 2.959,53 Euro und Berücksichtigung eines Schwankungskorridors von – 1,5% bis +2,5% die Krankenhäuser in allen Bundesländern – ausgenommen Rheinland-Pfalz und Saarland – mehr Mittel erhalten. Die größten Gewinner wären die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, denen ca. 572 Millionen Euro mehr zur Verfügung stehen würden. Insgesamt müssten die Krankenkassen über 1,8 Milliarden (entspricht 3,36 %) zusätzlich an die Krankenhäuser bezahlen und wären damit die Verlierer der Einführung eines Bundesbasisfallwertes in Höhe von 2.959,53 Euro, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 3: Gewinner und Verlierer nach Bundesländern (Basis: Maximalwert 2008)



Quelle: Eigene Darstellung.

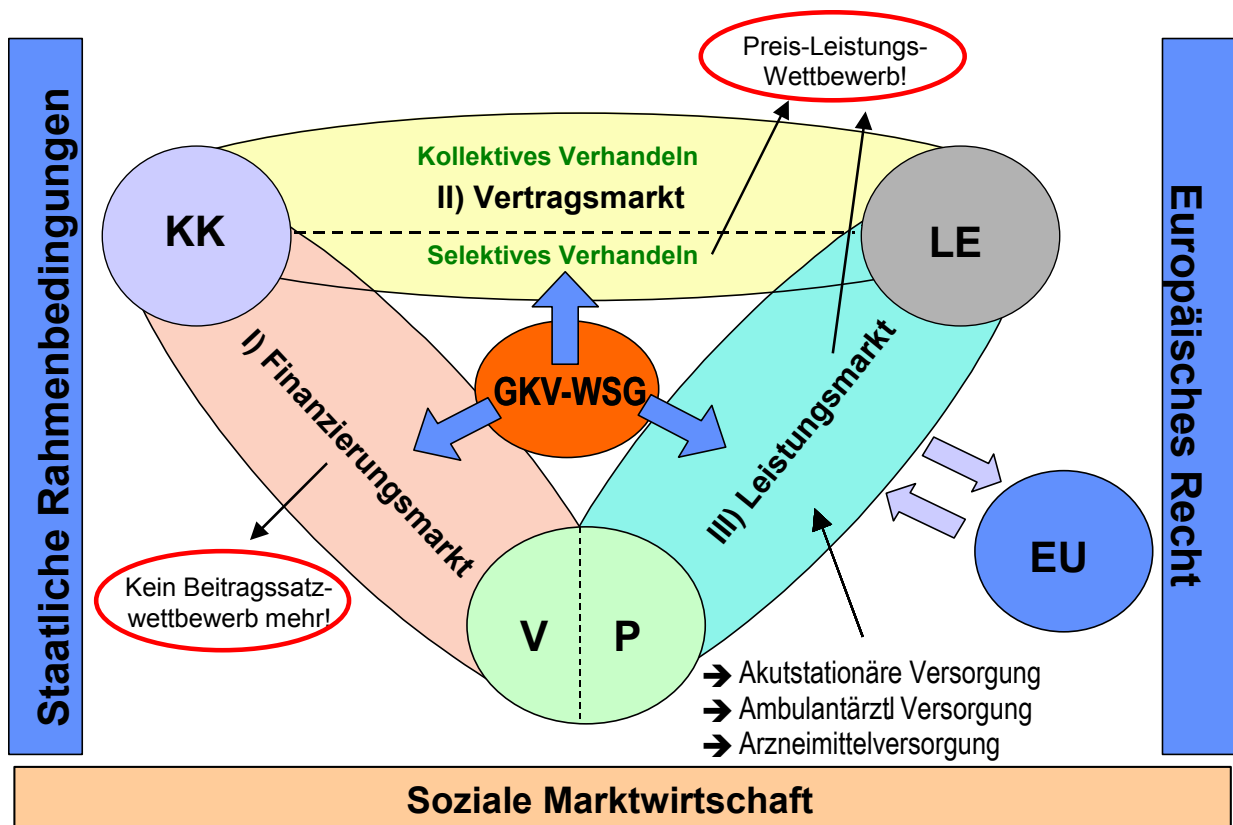
3.1.2 Kurzfristige Auswirkungen nach Einführung des Gesundheitsfonds

Die Einführung des Gesundheitsfonds und eines einheitlichen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung bedingen nach Ansicht mancher Krankenkassenvertreter eine einheitliche Vergütung. Bei dieser Argumentation wird nicht berücksichtigt, dass eine einheitliche Vergütung generell und ein bundeseinheitlicher Basisfallwert im Speziellen aus ordnungstheoretischer Sicht der falsche Weg ist, wie unsere Analyse unter *Punkt 2* zeigt. Ein einheitlicher Basisfallwert ist schon allein deshalb nicht sinnvoll, weil die Verhältnisse in den einzelnen Bundesländern und einzelnen Regionen nicht gleich sind. Diese unterschiedlichen Verhältnisse erfordern auch eine differenzierte Vergütung. Je größer der Vereinheitlichungsraum ist, umso mehr nehmen auch die Unterschiedlichkeiten zwischen einzelnen Regionen zu.

Bereits einheitliche Landesbasisfallwerte sind aus ordnungspolitischer Sicht abzulehnen, allerdings stellen sie im Vergleich zu bundeseinheitlichen Basisfallwerten die kleinere ordnungspolitische Verfehlung dar.

Während durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und die Einführung des Gesundheitsfonds auf dem Finanzierungsmarkt der Beitragssatzwettbewerb ausgeschaltet wird, sollen gerade auf dem Vertragsmarkt die Krankenkassen nicht gleichgeschaltet werden. Im Gegenteil soll hier der Wettbewerb gestärkt werden, indem Krankenkassen Gestaltungsspielräume eingeräumt werden, z. B. in Form des selektiven Kontrahierens. Die folgende Abbildung veranschaulicht anhand der Gliederung der deutschen Gesundheitsversorgung in seine drei Teilmärkte (Finanzierungs-, Vertrags- und Leistungsmarkt) die genannten Auswirkungen des GKV-WSG.

Abbildung 4: Teilmärkte der Gesundheitsversorgung in Deutschland



KK: Krankenkassen
LE: Leistungserbringer
V: Versicherte
P: Patienten

Ein bundeseinheitlicher Basisfallwert, der kollektiv vereinbart wird, kann als **Richtwert** fungieren, aber sollte gleichzeitig durch selektive Verhandlungen substituiert werden können. Dadurch würde der Wettbewerb im Vertragsbereich tatsächlich – wie im GKV-WSG vorgesehen – intensiviert werden. Gleichzeitig heißt das, dass sich ein Preis- und ein Qualitätswettbewerb nicht ausschließen, sondern es zu einem Preis-Leistungs-Wettbewerb auf dem Vertrags- sowie dem Leistungsmarkt kommt. Damit relativiert das selektive Kontrahieren bundeseinheitliche Vergütungssätze.

Zudem spricht eine weitere Neuerung des GKV-WSG, nämlich der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, gegen die Einführung eines Bundesbasisfallwertes als **Festpreis**. Da den einzelnen Krankenkassen zukünftig aus dem Gesundheitsfonds jeweils gleiche, gemäß der Morbidität der Versicherten gestaffelte Zuweisungen zugeteilt werden, liegt die Herausforderung für die Krankenkassen gerade darin, durch selektives Kontrahieren auf dem Vertragsmarkt die Leistungsausgaben zu senken und die zugeteilten Zuweisungen zu unterschreiten. Die Einführung eines Einheitspreises für Krankenhausleistungen ist kontraindiziert, denn dadurch könnte das GKV-WSG seine intendierte Wirkung, d. h. die Steigerung der Effizienz im deutschen Gesundheitssystem, nicht entfalten. Aus Sicht der Krankenkassen ist der Wettbewerb über selektive Verträge geboten, ansonsten mündet der Gesundheitsfonds in einer staatlichen Einheitsversicherung.

3.1.3 Beschleunigung der Konzentrationstendenzen bei den Krankenkassen und Krankenhäusern

Die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes dürfte die Konzentrationstendenzen bei den Krankenkassen weiter verstärken. Gerade diejenigen Krankenkassen, für die sich durch diese Maßnahme höhere Ausgaben für die Krankenhausversorgung ihrer Versicherten ergeben (vgl. *Punkt 3.1.1*), werden vor existenzielle Probleme gestellt. Vor dem Hintergrund des Verlustes der Beitragssatzautonomie und der Begrenzung der Möglichkeiten zur Erhebung von Zusatzbeiträgen (Überforderungsklausel) wären einzelne Krankenkassen nicht in der Lage, die notwendigen Mittel aufzubringen, um ihre Ausgaben zu decken.

Damit dürfte ein Bundesbasisfallwert das Insolvenzrisiko für einzelne Krankenkassen steigern, da sie durch die staatlichen Festlegungen (einheitlicher Beitragssatz und einheitlicher Basisfallwert) nicht mehr autonom handlungsfähig sind.

Für diejenigen Krankenkassen, die weit entfernt sind vom bundesweiten Durchschnitt, würde das Bestreben zur Konzentration zunehmen. Durch einen Zusammenschluss der „Gewinner-Kassen“ und der „Verlierer-Kassen“ könnte ein entsprechender Ausgleich stattfinden. Ebenso verhält es sich bei den Krankenhäusern. Durch Kettenbildung und das Betreiben von Krankenhäusern in unterschiedlichen Bundesländern könnte die Tatsache ausgeglichen werden, dass eine bundesweit einheitliche Vergütung nicht die unterschiedlichen Versorgungs- und Kostenstrukturen berücksichtigt.

3.2 Langfristige Konsequenzen

Als langfristige Konsequenz eines einheitlichen Bundesbasisfallwertes ist zu erwarten, dass sich die Tendenz zu einer bundesweiten Einheitsversicherung verstärkt. Durch die zunehmende Beschränkung der Autonomie der Krankenkassen würde sich die jetzige plurale Krankenkassenlandschaft zunehmend reduzieren, da ihr die Daseinsberechtigung entzogen wird. Dies dürfte dazu führen, dass langfristig eine Einheitsversicherung – ähnlich der Rentenversicherung – etabliert wird. Forderungen hierzu gibt es bereits.

Zudem führen Einheitspreise zu einer Entwicklung von grauen Märkten, welche die Einheitslösung aushöhlen. Dies ist beispielsweise im Arzneimittelbereich zu beobachten.

Im Bereich der Krankenhausversorgung wären Sonderabsprachen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern denkbar. Von den Leistungserbringern sind auch Ausweichreaktionen zu erwarten. Im ambulantärztlichen Bereich etwa versuchen niedergelassene Ärzte, ihre budgetierten Einnahmen aus der vertragsärztlichen Versorgung durch das Angebot von für die Patienten kostenpflichtigen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) aufzuwerten. Im Bereich der Krankenhäuser ist heute bereits die Ausgründung von eigenen privaten Kliniken zu beobachten, um die DRG-Gebührenordnung umgehen zu können.

Langfristig ist davon auszugehen, dass sich bei Einführung von staatlichen Einheitspreisen eine Zweiteilung des Marktes in einen staatlich regulierten und einen privaten Markt ergibt, die (Zweiteilung) kompensatorisch wirkt. Dies gilt für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen. Letztere weichen verstärkt in Wahltarife aus.

4 Vorschlag einer wettbewerblichen Alternative

Wie wir gezeigt haben, ist ein bundeseinheitlicher Basisfallwert sowohl aus ordnungstheoretischer als auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive abzulehnen. Generell erachten wir eine flexible Preisgestaltung als notwendig. Wenn überhaupt staatliche Ordnungspreise Anwendung finden sollen, dann sollten diese als Richtpreise ausgestaltet werden. Deshalb ist aus unserer Sicht bereits die Festlegung von landeseinheitlichen Basisfallwerten nicht sinnvoll und abzulehnen. Ein Bundesbasisfallwert potenziert die genannten Probleme, da die Vergütung für ein deutlich größeres Gebiet vereinheitlicht wird. Um nicht lediglich bei einer Ablehnung von staatlichen Ordnungspreisen zu bleiben, werden wir im Folgenden eine wettbewerbliche Alternative und deren mögliche Umsetzungsschritte aufzeigen.

(1) Minimalforderung: Festpreise mit +/-5%-Schwankungsbreite

Sollte tatsächlich ein staatlicher Einheitspreis festgelegt werden, so ist es notwendig, eine ausgedehnte Schwankungsbreite zuzulassen. Ein Korridor von etwa +/-5% würde den Akteuren, d. h. Krankenhäusern und Krankenkassen, einen ausreichenden Spielraum lassen.

Die Schwankungsbreite sollte zumindest so groß gewählt werden, wie die Versorgungsunterschiede zwischen einzelnen Regionen bzw. Bundesländern sind.

(2) Übergangslösung: Richtpreise als Orientierungsgröße

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

(3) Optimallösung: freie Preisbildung

Auf lange Sicht sollte im deutschen Gesundheitswesen generell und in der Krankenhausversorgung im Speziellen ein Preis-Leistungs-Wettbewerb mit selektiven Verträgen ohne Kontrahierungszwang ermöglicht werden. Der Wettbewerb auf dem Vertragsmarkt sollte unter direkter Einbeziehung der Patienten auf dem Leistungsmarkt stattfinden. Damit eine Beteiligung der Patienten erreicht wird, müssen entsprechende Anreize gesetzt werden, z. B. über Wahltarife. Im Rahmen einer rein wettbewerblich orientierten Alternative mit Verhandlungen auf Ebene von einzelnen Krankenhäusern bzw. Krankenhausgruppen und einzelnen Krankenkassen wird kein einheitlicher Basisfallwert zur Orientierung benötigt. Es können sich dann aufgrund der Verhandlungen für einzelne Krankenhäuser nach Krankenkassen differenzierte Preise ergeben.

5 Ausblick

Die Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens für die deutsche Krankenhausversorgung, insbesondere die Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung wird stark von dem Ausgang der nächsten Bundestagswahl abhängen. Damit wird die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts weniger zu einer Sachfrage als mehr zu einer politischen Entscheidung.

Gerade deswegen sollten Einzelinteressen – auch kurzfristige finanzielle Vorteile durch die Einführung eines Bundesbasisfallwertes für einzelne Krankenhäuser oder Krankenkassen – nicht über die ordnungspolitische Vernunft siegen.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Bedeutung des Gesundheitssektors wächst und eine Entwicklung hin zur Gesundheitswirtschaft stattfindet. Das heißt gleichzeitig, dass der Wettbewerb im Gesundheitswesen eine zunehmend wichtige Rolle einnimmt. Deshalb kann es nicht sinnvoll sein, aus sozialpolitischen Überlegungen heraus den Wettbewerb im Gesundheitswesen auszuschalten. Verteilungspolitische Ziele des Staates sollten besser über Sozialtransfers erfolgen und nicht über die Festsetzung von Ordnungspreisen.

Literaturverzeichnis

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.: Zentralistische Preisfestlegung gefährdet Qualität der Krankenhausversorgung im Land. BWKG: Landesweite Krankenhauspreise müssen beibehalten werden. Stuttgart, 20.09.2007.

Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf zu Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Berlin, 27.06.2008.

Bundesministerium für Gesundheit: Punktationspapier zu den Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Berlin, 27.05.2008.

Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz - KHRG). Berlin, 24.09.2008.

Gesetzentwurf der Bundesregierung: Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz - KHRG). Berlin, 24.09.2008.

Landeskrankenhauskonferenz Schleswig-Holstein: Bundesweiter Basisfallwert: Gleiche Leistung - gleicher Preis. Argumentationshilfe zur Weiterentwicklung des deutschen DRG-Abrechnungssystems für stationäre Krankenhausleistungen im Rahmen der Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens nach der Konvergenzphase 2009. o.O. (Pinneberg), 15.06.2008.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein: Ergebnisse der 81. Gesundheitsministerkonferenz in Plön - Finanzielle Entlastung der Krankenhäuser beschlossen. Kiel, 03.07.2008.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren in Schleswig-Holstein: Zukunft der Krankenhausversorgung. Grundlagen für die Erstellung des Zwischenberichts durch das Vorsitzland der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) für die Sitzung der GMK am 04./05.07.2007 01.06.2007.

Günter Neubauer, Florian Pfister: Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen. Hrsg.: Henke: Themenheft Gesundheitsökonomie. o.O., Ms., o.J. (2007).

Neubauer G. Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. 4. Auflage Bayreuth: PCO Verlag. 2004.

Oberender P, Fleischmann J. Einführung in die Mikroökonomik. 3. Auflage Bayreuth. 2008

Bert Rürup, Martin Albrecht, Christian Igel, Bertram Häussler: Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, 12.03.2008.

Rainer Salfeld: Perspektiven der Krankenhausversorgung in Deutschland. Hrsg.: McKinsey&Company: Vortrag. Frankfurt, 02.05.2006.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Statistisches Jahrbuch Schleswig-Holstein 2007/2008. Hamburg, Kiel. 2007.

Statistisches Bundesamt. Fachserie 12 Reihe 6.3, Kostennachweis der Krankenhäuser. Wiesbaden. 2008.