

**Björn A. Kuchinke, Torsten Sundmacher,
Jürgen Zerth (Hrsg.)**

**Gesundheitspolitik, Wettbewerb und
Gesundheitssystemforschung**

DIBOGS-Beiträge zur Gesundheits- ökonomie und Sozialpolitik

Herausgegeben von Dr. Björn A. Kuchinke,
Dr. Torsten Sundmacher und Dr. Jürgen Zerth

Technische Universität Ilmenau, Institut für
Volkswirtschaft, Fachgebiet Wirtschaftspolitik

Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg,
Mercator School of Management

Forschungsstelle für Sozialrecht und
Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth

Band 3

Gesundheitspolitik, Wettbewerb und Gesundheitssystemforschung

mit Beiträgen von
Bülent L. Akmaz, Marc Bataille,
Michael Bäumlner, Jan Bungenstock,
Michael Coenen, Björn A. Kuchinke,
Ingmar Kumpmann, Thomas Mayrhofen,
Stephen Morris, Andreas Schmid,
Leonie Sundmacher, Torsten Steinrücken,
Nadine Wiese und Jürgen Zerth

herausgegeben von Björn A. Kuchinke,
Torsten Sundmacher und Jürgen Zerth



Universitätsverlag Ilmenau
2009

Impressum

DIBOGS steht für „Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminar zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Technische Universität Ilmenau/Universitätsbibliothek

Universitätsverlag Ilmenau

Postfach 10 05 65

98684 Ilmenau

www.tu-ilmenau.de/universitaetsverlag

Herstellung und Auslieferung

Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG

Am Hawerkamp 31

48155 Münster

www.mv-verlag.de

ISSN 1865-1046 (Druckausgabe)

ISBN 978-3-939473-65-7 (Druckausgabe)

urn:nbn:de:gbv:ilm1-2009100116

Vorwort

Der vorliegende Sammelband enthält ausgewählte Beiträge des vierten Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (DIBOGS). Dieser Workshop fand am 6. und 7. November 2008 in Bayreuth statt.

Die DIBOGS-Veranstaltungsreihe, die im Herbst 2005 mit einem ersten Workshop in Bayreuth begann, richtet sich insbesondere an Doktoranden, Habilitanden und Juniorprofessoren. Intention ist es, ein breites Spektrum an gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren und Raum für einen intensiven fachlichen Austausch von Gesundheitsökonomien zu ermöglichen.

Mit dem vorliegenden dritten Band der Reihe „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“ werden nun wieder ausgewählte Beiträge einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. Die Publikation soll eine Informationsquelle für die (fach-)politische Öffentlichkeit sein – aus diesem Grund fallen die abgedruckten Referate und Koreferate relativ knapp aus, enthalten aber aus Sicht der Herausgeber dennoch alle wesentlichen entscheidungsrelevanten Informationen. Insbesondere werden Fragestellung, Ergebnisse und wirtschaftspolitische Implikationen hervorgehoben. Die Beiträge sollen damit tiefer gehenden fachwissenschaftlichen Veröffentlichungen an anderer Stelle nicht ersetzen, sondern vielmehr auf diese „Appetit machen“ und inhaltlich Hilfestellung für weitere, umsetzungsbezogene Aufgaben geben.

Der Schwerpunkt des dritten Bandes liegt auf den theoretischen Ergebnissen der aktuellen Gesundheitsforschung. Die modelltheoretischen Überlegungen analysieren zentral den bestehenden Ordnungsrahmen in Deutschland und beleuchten neue Trends und Entwicklungen in Deutschland sowie in Gesundheitssystemen weltweit. Im ersten Beitrag von Marc Bataille und Michael Coenen wird die angestrebte Neuordnung der Krankenhaus-

finanzierung von der Dualistik zur Monistik ordnungsökonomisch beurteilt. Die Autoren stützen sich hierbei auf den Vorschlag des Kabinetts zu einem Gesetzesentwurf aus dem Jahre 2008. Im zweiten Referat von Björn A. Kuchinke, Jürgen Zerth und Nadine Wiese wird die Wirkungsweise von standardisierten Leistungen im räumlichen Wettbewerb von Leistungsanbietern untersucht. Die Autoren leisten hiermit einen Beitrag zur Frage, inwieweit vorgegebene Standards gesundheitspolitisch tragfähig sind und welche Implikationen diesen zu Grunde liegen. Ebenfalls aktuellen Bezug hat der darauf folgende Beitrag von Ingmar Kumpmann. Der Autor beschäftigt sich mit der Wirkung von Wettbewerb zwischen Krankenkassen. Ein solcher Wettbewerb wird von politischer Seite immer wieder postuliert und ist durch die letzten beiden Reformen in verstärktem Maße möglich. Der vierte Beitrag von Thomas Mayrhofer greift die Frage der absoluten und relativen Einkommenshypothese auf. Es wird somit makroökonomisch untersucht, welche Effekte beispielsweise eine ungleiche Verteilung von Einkommen auf das Gesundheitsrisiko hat. Der letzte Beitrag von Leonie Sundmacher und Stephen Morris widmet sich der Frage nach dem Zusammenhang zwischen krankhafter Fettleibigkeit (adipositas) und den Berufschancen. Im Beitrag werden ein Datensatz aus Großbritannien verwendet.

Die Herausgeber möchten es an dieser Stelle nicht versäumen, sich bei Frau cand. Dipl.-Bw. Saskia Städtner und Frau Andrea Böhm für die redaktionelle und lektoratsmäßige Betreuung des Werks zu bedanken. Die Autoren danken außerdem Herrn Dr. Johannes Wilken von der Universitätsbibliothek der Technischen Universität Ilmenau für die Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Bandes.

Ilmenau, Duisburg, Bayreuth im Oktober 2009

Björn A. Kuchinke
Torsten Sundmacher
Jürgen Zerth

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|--|-------|
| Vorwort..... | 5 |
| Inhaltsverzeichnis..... | 7 |
| Aktuelle Änderungen der Krankenhausfinanzierung | |
| <i>Marc Bataille, Michael Coenen</i> | 9 |
| Koreferat zum Beitrag von Marc Bataille und Michael Coenen | |
| <i>Andreas Schmid</i> | 25 |
| Räumlicher Wettbewerb zwischen medizinischen Leistungserbringern: Effekte einer Standardsetzung im Rahmen eines Hotelling-Modells | |
| <i>Björn A. Kuchinke, Jürgen Zerth, Nadine Wiese</i> | 31 |
| Koreferat zum Beitrag von Björn A. Kuchinke, Jürgen Zerth und Nadine Wiese | |
| <i>Michael Bäuml</i> | 41 |
| Folgen des Wettbewerbs zwischen Krankenversicherungen für die Kosten im Gesundheitswesen | |
| <i>Ingmar Kumpmann</i> | 49 |
| Koreferat zum Beitrag von Ingmar Kumpmann | |
| <i>Jan Bungenstock</i> | 69 |
| Die Absolute und Relative Einkommenshypothese unter aggregierten Daten | |
| <i>Thomas Mayrhofer</i> | 77 |
| Koreferat zum Beitrag von Thomas Mayrhofer | |
| <i>Bülent L. Akmaz</i> | 95 |

| | |
|--|-----|
| Adipositas und Berufschancen in England | |
| <i>Leonie Sundmacher, Stephen Morris</i> | 101 |
| Koreferat zum Beitrag von Leonie Sundmacher und Stephen Morris | |
| <i>Torsten Steinrücken</i> | 119 |
| Autorenverzeichnis | 123 |

Aktuelle Änderungen der Krankenhausfinanzierung

Marc Bataille, Michael Coenen

| | Seite |
|--|-------|
| <i>Abstract</i> | 10 |
| 1. <i>Problemstellung</i> | 10 |
| 2. <i>Wettbewerbsverzerrung durch Investitionsförderung der Länder</i> | 11 |
| 3. <i>Wie sollte die monistische Krankenhausfinanzierung gestaltet werden?</i> | 12 |
| 4. <i>Der Vorschlag der Monopolkommission</i> | 13 |
| 5. <i>Der Vorschlag von Rürup und IGES</i> | 15 |
| 6. <i>Der Gesetzentwurf der Bundesregierung</i> | 17 |
| 7. <i>Was kurzfristig möglich gewesen wäre</i> | 19 |
| 8. <i>Was langfristig zu tun bleibt</i> | 20 |
| <i>Literaturverzeichnis</i> | 22 |

Abstract

Das Bundeskabinett hat im September 2008 einen Gesetzentwurf zur Reform der Krankenhausfinanzierung verabschiedet. Ziel ist es, die Investitionsförderung der Länder zurückzuschrauben und einer monistischen Finanzierung den Weg zu ebnet. Der Beitrag stellt dem Gesetzentwurf zwei jüngere Vorschläge zur Reform der Krankenhausfinanzierung gegenüber. Der Vorschlag der Monopolkommission setzt dabei funktionsfähiges selektives Kontrahieren der Krankenkassen mit den Krankenhäusern voraus. Der Vorschlag von Rürup und IGES entwickelt das bestehende System der DRG-Fallpauschalen fort.

1. Problemstellung

Das Bundeskabinett hat am 24. September 2008 einen Gesetzentwurf verabschiedet, mit dem die dualistische Finanzierung reformiert und einer monistischen Krankenhausfinanzierung der Weg geebnet werden soll. Kern der Vereinbarungen sind Investitionspauschalen, die die Betriebskosten-Fallpauschalen ergänzen und das bisherige System der Einzelförderung ersetzen sollen.¹ Aus ordnungspolitischer Sicht geht es bei dem Übergang zur Monistik um die Schaffung geeigneter Strukturen im Krankenhaussektor für Innovation und Fortschritt. Der vorliegende Beitrag untersucht, ob dies dem Gesetzentwurf gelingt.

¹ Der Deutsche Bundestag hat am 18. Dezember 2008 das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz verabschiedet. Das Gesetz bedarf noch der Zustimmung durch den Bundesrat. Vgl. *Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)*. Im bisherigen System wird als Einzelförderung die explizite Investitionsfinanzierung einzelner Projekte bezeichnet. Neben dieser Einzelförderung existiert verbreitet auch eine Pauschalförderung der Bundesländer, über die den Krankenhäusern Investitionsmittel ohne spezifischen Verwendungszweck im Sinne einer globalen Budgetierung zufließen. Diese können die Krankenhäuser dann frei für kleinere bauliche Maßnahmen oder für Wiederbeschaffungsinvestitionen verwenden.

2. Wettbewerbsverzerrung durch Investitionsförderung der Länder

Der Krankenhausmarkt unterscheidet sich von normalen Wettbewerbsmärkten zum einen dadurch, dass keine freie Preisbildung existiert und dass die Kosten einer Krankenhausbehandlung in der Regel nicht von den Patienten selbst getragen werden. Stattdessen werden sie durch das umfangreiche Krankenversicherungssystem auf die Versichertengemeinschaft sozialisiert. Zum anderen erfolgt die Finanzierung des Krankenhausesektors in Abgrenzung zur ambulanten Versorgung bislang nicht allein durch die Krankenversicherungen, sondern auch durch die Investitionskostenfinanzierung der Länder. Diese Aufspaltung in zwei Finanzierungsquellen erweist sich unter verschiedenen Gesichtspunkten als ökonomisch problematisch:

Die Investitionsförderung schwächt den Leistungswettbewerb der Krankenhäuser untereinander. Die Übernahme des Kostenrisikos von Investitionen durch einen staatlichen Planer führt dazu, dass Wettbewerbsprozesse bei der Investitionsplanung unberücksichtigt bleiben. Durch die Loslösung der Investitionsfinanzierung von der Patientennachfrage wird zudem verpasst, die Steuerungsfunktion des Wettbewerbs um Patienten so zu nutzen, dass qualitätssteigernde und betriebskostensenkende Innovationen in einem volkswirtschaftlich rationalen Verhältnis zueinander ausgeführt werden.

Die Investitionsförderung verzerrt die Entscheidung über den Einsatz von Arbeit und Kapital. Kapital und Arbeit sind in der Regel substituierbar, werden im Rahmen der dualistischen Krankenhausfinanzierung jedoch einer getrennten Betrachtung unterworfen. In einem betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozess sollte hingegen simultan über den Einsatz von Arbeit und Kapital entschieden werden.

Die Investitionsförderung führt zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor. Zur Subventionierung der Krankenhäuser durch die Investitionsförderung gibt es im ambulanten Sektor keine Entsprechung. Es bestehen daher für die Krankenkassen und Versicherungen Anreize, zumindest Teile der Nachfrage nach ambulanter Versorgung in Krankenhäuser zu lenken.

Die Investitionsausstattung der Krankenhäuser wird durch einen kooperatistischen Planungsprozess determiniert. Staatliche Stellen jedoch sind kaum in der Lage, die Nachfrage nach stationären Krankenhausleistungen über Investitionszyklen von bis zu 25 Jahren zutreffend einzuschätzen.²

Durch die Investitionsfinanzierung aus den Länderhaushalten unterliegt die Krankenhausfinanzierung ständiger politischer Einflussnahme. Die Investitionsförderung der Bundesländer ist in den letzten 15 Jahren stetig zurückgegangen. Insgesamt betrug sie zuletzt noch etwa 2,7 Mrd. Euro jährlich. Der durch fehlende Mittel über die Jahre verursachte Investitionsstau deutscher Plankrankenhäuser wird mit bis zu 50 Mrd. Euro angegeben.³

3. Wie sollte die monistische Krankenhausfinanzierung gestaltet werden?

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung hin zu einem eindimensionalen, monistischen Finanzierungssystem muss das Ziel verfolgen, diesen ökonomischen Fehlentwicklungen entgegenzutreten. Eine Gruppe von Vorschlägen setzt funktionsfähiges selektives Kontrahieren zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen voraus. Die zweite Gruppe von Vorschlägen basiert auf dem bestehenden Krankenhausfinanzierungssystem mit administrierten, einheitlichen Fallpauschalen. Ansatzpunkt für diese Vorschläge ist eine Angleichung der Finanzierungssystematik bei Investitionsmitteln und Mitteln zur Deckung von Krankenhausbetriebskosten.

Wir setzen uns im Folgenden zunächst mit zwei Vorschlägen aus jüngerer Zeit zur Einführung eines monistischen Krankenhausfinanzierungssystems auseinander, die jeweils beispielhaft für ein Lösungskonzept stehen. Während die Monopolkommission⁴ ihre Forderung nach einer Rückkehr zur Monistik

² Vgl. *Monopolkommission* (2008b), insb. Tz. 56 und Tz. 62-67.

³ Vgl. *Augurzky et al.* (2008), S. 47 ff.

⁴ Vgl. *Monopolkommission* (2008), Tz. 855-871.

mit einem Krankenhausfinanzierungssystem kombiniert, das selektives Kontrahieren der Krankenkassen mit den Krankenhäusern vorsieht, erweitern Rürup und IGES⁵ das bestehende Finanzierungsmodell mit einheitlichen Fallpauschalen zur Monistik. Die Ergebnisse der Diskussion erlauben uns eine Beurteilung des Kabinettsbeschlusses zur Reform der Klinikfinanzierung vom 24. September 2008.⁶

4. Der Vorschlag der Monopolkommission

In dem Modell der Monopolkommission sollen die Krankenkassen um Versicherte mit einem Optionstarif konkurrieren, der die Versicherten in ihrer freien Krankenhauswahl beschränkt und den Krankenkassen als Kostenträgern daher Steuerungsmöglichkeiten über die Wahlentscheidungen der Patienten eröffnet sowie Anreize bietet, selektiv mit Krankenhäusern über Preis und Qualität der zu erbringenden Leistungen zu verhandeln. Das Leistungsspektrum jedoch, auf das ein Versicherter im Optionstarif Anspruch hat, soll gegenüber dem bisherigen gesetzlichen Standardtarif nicht eingeschränkt sein. Hierdurch wird einer möglichen Ausdünnung des Versicherungsschutzes im Wettbewerb der Krankenkassen vorgebeugt. Ebenso soll die freie Krankenhauswahl zur Notfallversorgung, bei der die Einlieferungszeit ins Krankenhaus entscheidend für den späteren Heilungserfolg ist, nicht eingeschränkt werden dürfen. Mithin beschränkt sich das selektive Kontrahieren der Krankenkassen mit den Krankenhäusern auf den Bereich der elektiven Krankenhausleistungen.⁷

Bei den Verhandlungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern kann das bestehende DRG-Fallpauschalen-System als eine Referenz für die Abschlüsse dienen. Grundsätzlich soll es den Vertragspartnern jedoch

⁵ Vgl. Rürup, *IGES* (2008).

⁶ Vgl. *Krankenhausfinanzierungsreformgesetz* (KHRG).

⁷ Vgl. *Monopolkommission* (2008).

freigestellt bleiben, auch andere Vergütungsformen zu vereinbaren. Im Ideal kommt es daher zu freien, wettbewerblichen Preisverhandlungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern. Die sich einstellenden Vergütungen sollten dann den langfristigen Grenzkosten der Leistungsbereitstellung entsprechen und neben den Kosten des Betriebs und des Unterhalts von Krankenhauseinrichtungen auch eine Prämie für die Beanspruchung von Anlagegütern enthalten. Wie hoch diese Prämie im Einzelfall ausfällt, hängt davon ab, wie kapitalintensiv die jeweils in Anspruch genommenen Anlagen sind. Es ist keineswegs zu unterstellen, dass Prämien in absolut gleicher Höhe auf die unterschiedlichen Betriebskosten-Fallpauschalen aufgeschlagen werden oder sich zu deren Höhe proportional verhalten. Hingegen wird die Prämienlast abhängig von der in dem Krankenhaus verwendeten Technologie sein und insbesondere davon, in welcher Weise der einzelne Fall Arbeit und Kapital beansprucht.

Der Vorteil selektiver Verträge ist insbesondere in der marktendogenen Bestimmung der verwendeten Technologien und ihrer Ausrichtung an den durchaus heterogenen Präferenzen unterschiedlicher Versicherungsgemeinschaften zu sehen. Der Wettbewerb von Krankenkassen und Krankenhäusern dient hierbei als Triebfeder eines kontinuierlichen, niemals endenden Anpassungs- und Optimierungsprozesses. Die unter idealen Voraussetzungen folglich auf dem Krankenhausmarkt vorherrschende Anbieter- und Leistungsstruktur kommt dem effizienten Versorgungsniveau nahe. Mögliche innovative Anpassungen können dann auch in marktstrukturellen Veränderungen gesehen werden, etwa in einer stärkeren Integration der ambulanten Versorgung in den Krankenhausbetrieb. Auch die sich einstellende Verteilung von Angeboten im Raum ist aus ordnungspolitischer Sicht zunächst nicht zu beanstanden. Entsprechend soll die bisher auf die Gewährleistung einer allumfassenden Krankenhausversorgung gerichtete Krankenhausplanung eines Bundeslandes zukünftig auf die Bereitstellung einer unbedingt erforderlichen Mindestversorgung reduziert werden.

Die flächendeckende Versorgung mit Krankenhausleistungen wird durch den Vorschlag nicht gefährdet. Bei dieser geht es in der Regel nicht um die Korrektur eines ökonomisch fundierten Marktversagens, sondern um die Bereitstellung eines politisch gewollten Gutes. Dieses politische Streben ist in einer Demokratie legitim, muss sich jedoch an Effizienzzielen orientieren. Ein gangbarer Weg besteht in der wettbewerbskonformen, wiederkehrenden Auktion von Managementkontrakten, in deren Folge die politisch geforderte Versorgungsqualität zu für die öffentliche Hand geringstmöglichen Kosten bereitgestellt wird. Im Ergebnis entstünde wieder eine Form dualistischer Finanzierung, die diesmal jedoch nicht zwischen der Finanzierung von Investitionen auf der einen und der Finanzierung von Betriebskosten auf der anderen Seite unterscheiden würde.

5. Der Vorschlag von Rürup und IGES

Die Expertise von Rürup und IGES entwickelt das bestehende, für alle Krankenhäuser einheitliche Fallpauschalensystem fort und erweitert es um Investitionszuschläge. In einem monistischen Finanzierungsmodell ohne Vertragswettbewerb und mit einheitlichen Fallpauschalen für alle Krankenhäuser sind das Investitionsvolumen und die Struktur der Investitionszuschläge exogene Größen. Rürup und IGES stellen fest, dass sich ein angemessenes, richtiges oder zweckmäßiges Investitionsniveau wissenschaftlich nicht herleiten lässt. Eine Reihe von internationalen, intersektoralen und intertemporalen Vergleichen führt die Studie dann zu dem analytisch nicht weiter zu fundierenden Schluss, dass für den deutschen Krankenhaussektor kurzfristig ein Investitionsvolumen von 5 Mrd. Euro anzustreben ist. Dieses würde einer Investitionsquote von etwa 8,6 % der auf stationäre Leistungen entfallenden Krankenhauskosten entsprechen.

Unter der Prämisse, dass die Finanzierungslast der Krankenhausinvestitionen weiterhin alleine durch die Bundesländer getragen werden soll, ist

die Umstellung auf die Monistik dann so zu organisieren, dass möglichst nicht in den komplexen horizontalen Finanzausgleich der Bundesländer eingegriffen wird. Die Mittel zur Finanzierung der Investitionen sollen künftig nicht mehr aus den Länderhaushalten abfließen, sondern im Rahmen eines Vorwegabzugs vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht, abgezogen und in den seit Beginn des Jahres 2009 bestehenden Gesundheitsfonds geleitet werden. Eine solche Vorgehensweise würde den Anteil der Bundesländer an der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nach ihrer Einwohnerzahl bemessen.

Damit die Bundesländer ihrer Sicherstellungsverantwortung auch in strukturschwachen Regionen nachkommen können, soll die Investitionsfinanzierung über Fallpauschalen durch einen Infrastrukturfonds flankiert werden. In ihn soll ein Teil der Investitionsfördermittel geleitet werden; für den Anfang werden 10 % der Gesamtsumme vorgeschlagen. Die Ausstattung des Fonds ist eine normative Entscheidung und eine originär politische Aufgabe. Seine Mittel sind dann von den Bundesländern ausschließlich in strukturschwachen Regionen zu verwenden. Für ihre Zuteilung sollen bundeseinheitliche Verfahrensgrundsätze geschaffen werden.

Im Ergebnis sieht der Vorschlag von Rürup und IGES ein Finanzierungssystem für den Krankenhaussektor mit wenigen staatlichen Planungselementen zur Ressourcenallokation vor. Distributive Finanzierungsbestandteile sollen getrennt von allokativen Finanzierungsbestandteilen organisiert werden. Da allerdings keine über Marktpreise koordinierte Verbindung zwischen den Patienten als Nachfragern und den Krankenhäusern als Anbietern von Krankenhausleistungen existiert, bleibt der absolute Umfang zu tätiger Investitionen eine mehr oder weniger willkürlich gewählte exogene Größe und ist nicht unmittelbar an die tatsächlichen Präferenzen der Patienten gebunden. Ein weiterer Schwachpunkt liegt in der persistenten Benachteiligung des ambulanten Sektors durch die gesonderte staatliche Subventionierung der Krankenhausversorgung. Solange sich der Kranken-

haussektor aus zwei Quellen finanziert, also zu einem Teil aus Steuereinnahmen und zum anderen Teil aus den Mitteln der Krankenkassen, besitzt er auf dem Markt für ambulante Behandlungen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber dem ambulanten Sektor, der sich alleine aus den Mitteln der Krankenkassen trägt. Ohne eine diesen Punkt berücksichtigende Regulierung werden die Krankenkassen ihre zunehmenden Einflussmöglichkeiten auf die Wahlentscheidungen ihrer Versicherten nutzen und Patienten zur ambulanten Versorgung zunehmend in Krankenhäuser lenken. Ob ein solches Vorgehen aber auch tatsächlich im Sinne einer effizienten Versorgung ist, kann aufgrund der durch die Subventionen im Krankenhaussektor verzerrten Preise nicht ad hoc beantwortet werden. Dies ist offenbar politischen und soziokulturellen Zielsetzungen geschuldet, deren allokativen Nachteilen in der Politik allerdings nur wenig Beachtung geschenkt wird.

6. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung

Mit dem Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Krankenhausfinanzierung soll die Finanzierung im Krankenhaus auf eine neue Grundlage gestellt werden. § 10 KHG-E bestimmt, dass ab dem Jahr 2012 eine pauschale und nach Fallgruppen unterschiedene Investitionsförderung für Plankrankenhäuser möglich wird.⁸ Gemäß § 10 Abs. 2 KHG-E sollen die Verbände der Vertragsparteien Bewertungsrelationen zur Differenzierung der Investitionskostenintensität von Diagnosegruppen entwickeln und kalkulieren. Ab dem Jahr 2012 können sich dann die von den Krankenhäusern für erbrachte Leistungen abgerechneten DRG-Fallwerte aus zwei Bestandteilen zusammensetzen: Zu dem bereits seit 2003 bestehenden Fallwert für die Abrechnung der Betriebs- und Pflegekosten tritt ein neuer

⁸ Anders als bei der Betriebskostenfinanzierung sollen im Bereich der Investitionsmittel auch für den psychiatrischen Bereich Fallpauschalen kalkuliert werden. Die Umstellung auf Pauschalbeträge soll hier jedoch erst ab 2014 erfolgen.

