

Dittmann, Heidi

Article — Published Version

Das Qualitätsziel der Krankenhausreform 2015: Eine ökonomische Analyse

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Dittmann, Heidi (2015) : Das Qualitätsziel der Krankenhausreform 2015: Eine ökonomische Analyse, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 95, Iss. 11, pp. 782-788,
<https://doi.org/10.1007/s10273-015-1902-z>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/172643>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Heidi Dittmann

Das Qualitätsziel der Krankenhausreform 2015: eine ökonomische Analyse

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG), das zum 1.1.2016 in Kraft treten soll, möchte der Gesetzgeber den Strukturwandel über eine qualitativ hochwertige Krankenhausplanung erreichen. In der gewählten Ausgestaltung ist dies eher unwahrscheinlich, da die Bedeutung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hinter dem Ziel einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung zurückbleibt.

2015 wird es eine weitere Krankenhausreform geben, um die im Koalitionsvertrag vereinbarte Forderung nach einer wohnortnahen Krankenversorgung mit hoher Qualität umzusetzen.¹ Der Entwurf für das Krankenhausstrukturgesetz liegt derzeit dem Deutschen Bundestag vor. Nach der 2. und 3. Lesung im November 2015 wird das Gesetz zum 1.1.2016 in Kraft treten.² Inhaltlich basiert er auf den Vorschlägen der Bund-Länder-AG³ vom Dezember 2014 und konzentriert sich insbesondere auf Qualitätsaspekte der Krankenhausbehandlung. Die Qualität von Krankenhäusern soll in die Vergütungssätze und die Bedarfsplanung einbezogen werden, eine wohnortnahe Versorgung soll zudem durch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen für bedarfsnotwendige defizitäre Kliniken sowie durch weitere Zuführung von Finanzmitteln gewährleistet werden.⁴ Ungeachtet der unbestrittenen Bedeutung der Qualität von Krankenhäusern lässt sich aus ökonomi-

scher Sicht bezweifeln, wie zielgerichtet die angestrebten Maßnahmen wirken. Fundierte ökonomische Analysen des Gesetzentwurfs liegen bisher nicht vor. Daher zielt dieser Beitrag auf die kritische Diskussion der zur Umsetzung des Qualitätsziels gewählten Mittel und Instrumente.

Inhalte des Reformentwurfs

Im Fokus der Reform steht die Qualität von Krankenhäusern. Diese wird vom Gesetzgeber nicht wie im Krankenhaussektor gebräuchlich ausschließlich als Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verstanden. Ziel ist ebenso die wohnortnahe und flächendeckende Krankenversorgung. Formal wird der Bedeutung der Qualität Rechnung getragen, indem die Zielstellung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes um die Gewährleistung einer „patientengerechten sowie qualitativ hochwertigen“ Versorgung ergänzt wird (§ 1 Abs. 1 KHG-E). Darüber hinaus wird angestrebt, Qualität sowohl in die Planung der Bettenkapazität als auch in die Vergütungssätze einzubeziehen. Weder die Bettenzahl eines Krankenhauses noch dessen Vergütung ist das Ergebnis marktlicher Koordinationsprozesse, sondern staatlich-administrativer Planung. Die Zahl der von einem Krankenhaus vorzuhaltenden Betten wird im Rahmen der Landesbedarfsplanung festgelegt (§ 6 Abs. 1 KHG). Hierbei sollen die Länder fortan Krankenhäuser mit entsprechend dem Gesetzentwurf definierter schlechter Qualität nicht in die Landesbedarfspläne aufnehmen oder sie gar aus ihnen ausschließen (§ 8 Abs. 1b KHG-E).

Für die Vergütung von Krankenhäusern ist im Rahmen des dualen Finanzierungssystems zwischen der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder und der Betriebskostenerstattung durch die Träger der Sozialversicherung zu unterscheiden (§ 2 Nr. 2, 4 KHG). Letztere erfolgt über leistungsbasierte Pauschalen, die ihrer Höhe nach dem Mittel der Kosten der an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken entsprechen (§ 17b KHG). Für diese Entgelte sind Zuschläge für Kliniken mit hoher Qualität und Abschläge für Kliniken mit unzureichender Qualität vorgesehen (§ 5

- 1 Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005: Gemeinsam für Deutschland – Mit Mut und Menschlichkeit, 16. Legislaturperiode, Berlin 2005, 2013, S. 56.
- 2 Im Zuge der Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG) ändern sich auch Bestandteile des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG-E), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) bzw. Entwurfs zum Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG-E) und des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. Entwurfs zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V-E).
- 3 Vgl. Bund-Länder-AG: Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015, Berlin 2014, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf.
- 4 Vgl. Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSKG), Drucksache 18/5372 vom 30.6.2015, Berlin 2015, S. 1 ff.

Heidi Dittmann, M. Sc., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Medienökonomik an der Bauhaus-Universität Weimar.

Abs. 3a KHEntgG-E). Die Definition von Qualitätszielen und -indikatoren obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen. Die Ausarbeitung erster Qualitätsindikatoren hat bis zum 31.12.2016 zu erfolgen (§ 136c Abs. 1 SGB V-E). Ferner sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss Bewertungskriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu definieren. Als weitere Dimension der Krankenhausqualität soll die Mindestmengenregelung, d.h. die Vorgabe jener Mindestfallzahl, ab derer bestimmte Leistungen erst mit hinreichender Qualität erbracht werden können, konkretisiert und rechtsicher ausgestaltet werden.⁵ Ferner sehen die Reformvorschläge eine Erhöhung der Qualitätstransparenz vor. Seit Einführung der Pauschalen für diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) 2004 sind Kliniken dazu verpflichtet, sogenannte strukturierte Qualitätsberichte zu erstellen (§ 136 Abs. 1 SGB V). Diese wurden bisher häufig aufgrund ihrer mangelnden Patientenorientierung kritisiert.⁶ Durch die Reform sollen Patienten nunmehr leicht auffindbare und verständliche Informationen zur Krankenhausqualität erhalten (§ 136b Abs. 6 und 7 SGB V-E).

Ein wesentlicher Qualitätsaspekt der Reform wird durch die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung beschrieben. Die Vorhaltung von Kapazitäten, die zur Versorgung der Bevölkerung als notwendig erachtet werden, über die DRG-Erlöse jedoch nicht kostendeckend finanzierbar sind, soll über Sicherstellungszuschläge finanziert werden (§ 5 Abs. 2 KHEntgG-E). Die inhaltliche Konkretisierung des geringen Versorgungsbedarfs und der Bedarfsnotwendigkeit ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorzunehmen (§136c Abs. 3 SGB V-E). Die Bedarfsnotwendigkeit bestimmt sich im Wesentlichen über die Entfernung zu einem Krankenhaus, gemessen in Minutenwerten. Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag haben alle Kliniken, die einen Verlust aufweisen. Die Höhe der Zuschläge soll krankenhausspezifisch festgelegt werden.⁷ Einen indirekten Einfluss auf die Krankenhausqualität können die Regelungen zum Mehr- und Mindererlösausgleich und die Zuführung von Finanzmitteln über einen Strukturfonds nehmen. Mehr- und Mindererlöse dienen der Mengensteuerung im Krankenhaussektor. Zur Abrechnung ihrer Leistungen verhandeln Krankenhäuser jeweils für eine Periode ein Erlösbudget mit den Krankenkassen. Wird dieses überschritten, ist ein Teil der erzielten Mehrerlöse nach § 4 Abs. 3 KHEntgG im Rahmen des Mehrerlösausgleichs an die Kassen abzuführen.

Zudem wirkt sich eine Überschreitung des Erlösbudgets derzeit absenkend auf den Landesbasisfallwert aus. Zwar wird diese Wirkung mit Umsetzung der Reform aufgehoben, jedoch führen durch Fallzahlsteigerungen bewirkte Fixkostendegressionen weiterhin zu Abschlägen (§ 4 Abs. 2b S. 2 KHEntgG-E). Die im Rahmen der dualen Finanzierung von den Ländern geleisteten Investitionszahlungen bleiben seit Jahren hinter dem von den Kliniken geltend gemachten Investitionsbedarf zurück. Der sogenannte Investitionsstau wird derzeit mit 102,6 Mrd. Euro beziffert.⁸ Zu dessen Abbau wird den Kliniken einmalig 1 Mrd. Euro zugeführt (§ 12 Abs. 1 KHG-E).⁹ Weiterhin werden die Länder zur tatsächlichen Zahlung der in den Haushaltsplänen vorgesehenen Mittel verpflichtet. Krankenhäuser sollen demnach die für Qualitätsinvestitionen erforderlichen finanziellen Mittel erhalten.

Ökonomische Einordnung der Reformvorschläge

Aus ordnungsökonomischer Sicht ist anzumerken, dass das Qualitätsziel innerhalb des bestehenden Regulierungsrahmens verfolgt werden soll. Strukturelle Änderungen sind im Krankenhausstrukturgesetz ungeachtet seines Titels nicht vorgesehen. Das Verbesserungspotenzial ist damit bereits eingeschränkt, da bestehende strukturelle Probleme nicht angegangen werden. Qualität soll innerhalb des bestehenden Systems in die Landesbedarfsplanung integriert werden. Zwar wird weiterhin am Kollektivvertragssystem festgehalten, d.h. Versorgungsverträge werden kollektiv zwischen Kassen und Krankenhäusern geschlossen, zugleich jedoch soll erstmalig ein Ausschluss von Krankenhäusern mit schlechter Qualität aus den Landesbedarfsplänen möglich sein. Voraussetzung dafür sind erhebliche und nicht nur vorübergehende Qualitätsdefizite des betreffenden Krankenhauses (§ 6 Abs. 1a S. 2 KHG-E).

Messbarkeit von Qualität

Dies setzt zunächst die grundsätzliche Messbarkeit¹⁰ von Qualität sowie leistungsgerechte, aussagekräftige

5 Vgl. Deutscher Bundestag, a.a.O., S. 38.

6 Vgl. M. Geraedts: Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sicht der Öffentlichkeit, in: Gesundheitsmonitor, 2006, S. 154-170; M. Mohrmann, V. Koch: Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz, in: J. Klauber et al.: Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Stuttgart 2011, S. 61-79. Ähnlich Monopolkommission, 2008, S. 320 Tz. 821.

7 Vgl. Deutscher Bundestag, a.a.O., S. 68.

8 Vgl. dchp Consulting, op.c. Gruppe: Investitionsstau bei kommunaler Infrastruktur: Aktueller Handlungsbedarf und langfristige Herausforderung von Städten und Gemeinden, Düsseldorf 2013.

9 Als weitere Ziele des Strukturfonds nennt § 12 Abs. 1 KHG-E den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration stationärer Versorgungsangebote und Standorte sowie die Umwandlung von akut-stationären in nicht akut-stationäre Einrichtungen.

10 Vgl. T. Mansky: Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland, in: J. Klauber et al., a.a.O., S. 24. Ähnlich M. Chalkley, J. M. Malcomson: Government Purchasing of Health Services, in: A.J. Culyer, J.P. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Volume 1A, Amsterdam 2000, S. 857. Zu den Problemen der Qualitätsmessung vgl. M. Lungen, K. Lauterbach: Ergebnisorientierte Vergütung bei DRG: Qualitätssicherung bei pauschalisierender Vergütung stationärer Krankenhausleistungen, Berlin u.a.O. 2002, S. 41 f.; W. Oggier: Dualität und Qualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Einige (provokative) Gedanken aus der Schweiz, in: U. Fink et al.: Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen: Ein Suchprozess, Heidelberg 2014, S. 421 f.

und nicht zuletzt vergleichbare Qualitätsindikatoren voraus. Allein ersteres wird kontrovers diskutiert. Vor allem Ergebnismaße wie Komplikations- und Mortalitätsraten bergen die Gefahr der Subjektivität und der Fehlinterpretation. Zudem kann die Qualitätsmessung insbesondere bei geringen Fallzahlen ungenau und verzerrend sein. Die Qualität muss jedoch nicht nur messbar, sondern darüber hinaus zwischen verschiedenen Krankenhäusern vergleichbar sein. Bei den zu ermittelnden Indikatoren muss es sich folglich um Qualitätsparameter handeln, die keinen krankenhausindividuellen Einflüssen unterliegen. Dabei gilt es zu klären, inwieweit beispielsweise eine Risikoadjustierung vorgenommen werden soll oder nicht. Die Rechtssicherheit der Qualitätsindikatoren erscheint aus theoretischer Sicht somit durchaus fraglich. Bereits auf dieser Stufe ist die angestrebte Einbeziehung der Krankenhausqualität in die Kapazitätsplanung und Vergütung unsicher und mit der Gefahr der Willkür verbunden.

Eine weitere Gefahr für die Genauigkeit der Qualitätsmessung ergibt sich ebenfalls auf methodischer Ebene: Die Qualität soll auf der Ebene der einzelnen Betriebsstätte in die Vergütung und die Kapazitätsplanung einbezogen werden. Dies setzt allerdings die eindeutige und klar abgrenzbare Definition von einzelnen Betriebsstätten voraus. Eine solche rechtssichere Begriffsabgrenzung wird durch das Krankenhausstrukturgesetz nicht vorgegeben. Vor diesem Hintergrund verwundert die hohe Bedeutung, die standortspezifischen Merkmalen im Krankenhausstrukturgesetz beigemessen wird. Wenn allerdings bereits bei der Begriffsdefinition und -abgrenzung konzeptionelle Defizite bestehen, erscheint ein Erreichen der mit der Reform verfolgten Ziele unwahrscheinlich. Kann die Qualität einem Krankenhaus nicht eindeutig zugeordnet werden, stellt sie eine unsichere Grundlage für die Vergütung und die Landesbedarfsplanung dar. Des Weiteren kann die Qualität dann, wenn sie einem Standort nicht eindeutig zugeordnet werden kann, nicht als Auswahlkriterium für Patienten dienen.

Selbst wenn eine mögliche Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren und deren Zuordnung unterstellt werden, ist die Erreichung der Qualitätsziele anhand der gewählten Instrumente fraglich, nicht zuletzt, da sie nicht in jedem Fall konsequent verfolgt werden. Beispielsweise wird den Ländern die Möglichkeit gegeben, den Einbezug der Qualität in die Landesbedarfsplanung auf einzelne Indikatoren zu begrenzen oder ganz auszuschließen (§ 6 Abs. 1a S. 2 KHG-E). Wird lediglich ein Teil der vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelten Indikatoren planungsrelevant, können weder die adäquate Abbildung noch die Vergleichbarkeit der Qualitätsergebnisse gewährleistet werden. Fraglich ist dann auch die Rechtfertigung des mit der Entwicklung einhergehenden Aufwands. Zumal nicht ersichtlich ist, mit welcher fachlichen Kompetenz ein Land

über die Würdigung einzelner Qualitätsindikatoren entscheiden darf. Ein gänzlicher Ausschluss der Qualität aus dem Planungsprozess liefe im Gegenzug wiederum den Reformzielen entgegen und würde ebenfalls zu Verzerrungen zwischen den einzelnen Bundesländern führen.

Abschläge für schlechte Qualität

Auch die qualitätsbezogenen Abschläge als solche lassen sich kritisieren: So muss ein Krankenhaus erst dann Abschläge hinnehmen, wenn die beanstandeten Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres behoben werden (§ 5 Abs. 3a KHEntgG-E).¹¹ Offensichtlich wird eine schlechte Qualität für ein Jahr toleriert und für Patienten als unbedenklich erachtet. Ferner können die Abschläge ein Qualitätsrisiko darstellen. Sie reduzieren die erzielten Erlöse eines Krankenhauses und somit zugleich dessen Möglichkeit, in Qualität zu investieren. Dies wiederum kann zu weiteren Qualitätsverschlechterungen führen. Es besteht die Gefahr einer Abwärtsspirale.

Abschläge für schlechte Qualität können ebenso ein Problem für ländliche Regionen darstellen. Eine geringe Qualität kann dort mitunter auf zu geringe Fallzahlen zurückzuführen sein: Zum einen, weil eine geringe Fallzahl lediglich geringe Lernkurveneffekte ermöglicht und zum anderen, da Kliniken in bevölkerungsarmen Regionen aufgrund der geringeren Fixkostendegression höhere totale Kosten aufweisen und daher wiederum über geringere Möglichkeit zur Investition in Qualität verfügen. Abschläge auf die Fallpauschalen führen dann zu einer weiteren Verringerung der finanziellen Mittel, die für Qualitätsinvestitionen zur Verfügung stehen. Bei mehrmaligen Abschlägen für die gleiche Leistung oder den gleichen Leistungsbereich käme es dann zu einer Kündigung eines bestehenden Versorgungsvertrags.

Ausschluss von Krankenhäusern

Die Möglichkeit, Krankenhäuser mit andauernden Qualitätsdefiziten aus den Landesbedarfsplänen herauszunehmen, ist aus theoretischer Sicht zunächst zu befürworten. Aufgrund der konkreten Ausgestaltung der Regelungen laufen diese allerdings Gefahr, zu Mustern ohne Wert zu verkommen. § 6 Abs. 1a S. 2 KHG-E sieht zwar das Ausscheiden aus den Landesbedarfsplänen von Kliniken mit dauerhaft schlechter Qualität vor, jedoch handelt es sich hierbei nicht um einen formalisierten und automatisierten Prozess. Vielmehr unterliegt die Entscheidung auf verschiedenen Stufen der Gefahr der staatlich-administrativen Einflussnahme.

¹¹ Werden die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres nicht behoben, sind die Abschläge rückwirkend zu entrichten.

Zunächst obliegt die Entscheidung über das Vorliegen von Qualitätsdefiziten dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Da die Qualität mit unbestimmten Rechtsbegriffen bezeichnet wird, erhält die entscheidende Instanz einen nicht unerheblichen Ermessensspielraum. Insbesondere da die Begriffsdefinition ebenfalls durch dieses Gremium erfolgt. Nicht zuletzt stellt der Gemeinsame Bundesausschuss keine neutrale Institution, die keine Eigeninteressen verfolgt, dar.¹² Des Weiteren besteht zumindest für öffentliche Krankenhäuser die Gefahr, dass eine Herausnahme aus den Landesbedarfsplänen politisch verhindert wird. Eine solche Maßnahme müsste die Politik gegenüber der Bevölkerung rechtfertigen, was vor allem in Wahlperioden problematisch ist. Dies kann wiederum einer konsequenten Umsetzung der Qualitätsziele entgegenstehen. Zumal die finale Entscheidung bei den betreffenden Ländern liegt¹³ und somit auch qualitativ ineffiziente Kliniken zur Patientenbehandlung zugelassen bleiben können.

Letztendlich wird vom Gesetzgeber mitunter eine nicht nur vorübergehende Unterschreitung eines vorgegebenen Qualitätsniveaus geduldet. Diese liegt der Gesetzesbegründung zufolge erst dann vor, wenn ein Krankenhaus in zwei aufeinander folgenden Perioden für die gleiche Leistung oder den gleichen Leistungsbereich Qualitätsabschläge hinnehmen muss. In Fällen, in denen für ein Krankenhaus zwar in jedem Jahr Qualitätsabschläge, jedoch für verschiedene Leistungsbereiche vereinbart werden, ist kein Ausschluss von der Patientenversorgung vorgesehen, obgleich das Haus über mehrere Leistungen hinweg ein nachweisliches Qualitätsproblem aufweist. In derartigen Szenarien würde die Herausnahme eines Klinikums einen langwierigen Prozess, der sich über mehrere Jahre erstreckt, darstellen. Innerhalb dieser Zeit ist das Klinikum, dessen Qualität für unzureichend erachtet wird, weiterhin zur Patientenversorgung zugelassen. Da es über mehrere Perioden Abschläge auf die Betriebskostenerstattungen hinnehmen muss und dadurch in geringerem Umfang in Qualitätsverbesserungen investieren kann, wird sich seine Qualität ceteris paribus weiterhin verschlechtern. Eine zeitverzögerte Herausnahme aus dem Krankenhausplan kann in Verbindung mit den Abschlägen somit ein Risiko für Patienten des betreffenden Hauses darstellen.

Ausweitung der Sicherstellungszuschläge

Verstärkt werden diese Unzulänglichkeiten durch die Ausweitung der Sicherstellungszuschläge auf alle defizitären

Krankenhäuser, die als bedarfsnotwendig erachtet werden. Diese Zuschläge sind nach der Reform an Kliniken, die aufgrund ihrer geografischen Lage geringe Fallzahlen aufweisen und infolge höherer Durchschnittskosten Verluste erwirtschaften, zu zahlen (§ 5 Abs. 2 KHEntgG-E). Problematisch sind diese nicht allein aufgrund der geschaffenen Hintertür zur Finanzierung defizitärer Kliniken, sondern insbesondere dadurch, dass Zuschläge losgelöst von der Qualität des betreffenden Krankenhauses gewährt werden. Die Regelungen zum Sicherstellungsauftrag verstärken die Zweifel an einem tatsächlichen Ausschluss von Krankenhäusern von der Patientenversorgung als Sanktion für zu geringe Qualität. Vielmehr ist mit weiteren Reformen und weiterer Zuführung von Finanzmitteln an defizitäre Krankenhäuser zu rechnen, wenn sich Vergütungsabschläge mittel- bis langfristig negativ auf den Erfolg der Kliniken auswirken. Ein dem Wettbewerb gleichkommender Anreiz- und Sanktionsmechanismus wird durch das KHSG nicht bewirkt.

Regelungen zum Mehr- und Mindererlösausgleich

Weitere Mängel werden an den Regelungen zum Mehr- und Mindererlösausgleich deutlich. Zwar wird durch das KHSG die absenkende Wirkung von Mehrerlösen auf den Landesbasisfallwert aufgehoben, d.h. die Wertigkeit der behandelten Fälle wird durch die Überschreitung des vereinbarten Budgets nicht reduziert, jedoch sieht der Gesetzentwurf weiterhin Abschläge für erzielte Fixkostendegressionen bei Überschreitung des verhandelten Erlösbudgets vor (§ 4 Abs. 2b S. 2 KHEntgG-E). Auf der einen Seite sollen Zuschläge für hohe Qualität Anreize zu Qualitätsverbesserungen setzen. Auf der anderen Seite führen durch Fixkostendegression erzielte positive Gewinnwirkungen noch immer zu einem Vorteilsausgleich. Nun gehen Qualitätsverbesserungen eines Krankenhauses ceteris paribus mit einer größeren Nachfrage nach dem betreffenden Haus einher. Für seine hohe Qualität erhält das Krankenhaus dann Zuschläge auf die Fallpauschalen. Für Fixkostendegressionen wird es bei Überschreitung seines Erlösbudgets zugleich mit dem Ausgleich eines wesentlichen Teils der erzielten Mehrerlöse bestraft. Die durch die Fixkostendegression erreichbaren Kostenvorteile verbleiben folglich nicht bei dem Haus. Hierdurch soll eine bewusste Ausdehnung der Leistungserbringung über das medizinisch erforderliche Maß hinaus vermieden werden.¹⁴ Zugleich werden damit jedoch die Anreize zu wettbewerblichem Verhalten und zu einem hohen Qualitätsniveau¹⁵ gesenkt.

14 Ebenda, S. 75 f.

15 Vergleichbare Überlegungen finden sich in B. A. Kuchinke: Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRG und Budgets, Technische Universität Ilmenau, Diskussionspapier Nr. 45, Ilmenau 2005, S. 15.

12 Zur Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses vgl. § 91 Abs. 1 SGB V.

13 Vgl. Deutscher Bundestag, a.a.O., S. 55.

Qualitätsverträge

Als weiteres Element der Qualitätsorientierung enthält das KHSG sogenannte Qualitätsverträge. Der neu in das SGB V eingefügte § 110a sieht Verträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche vor, im Rahmen derer Qualitätsverbesserungen durch das gezielte Setzen von Leistungsanreizen erreicht werden sollen. Dem ersten Anschein nach könnte es sich hierbei um eine Form des selektiven Kontrahierens handeln. Da die Qualitätsverträge das zentrale Steuerungsinstrument des selektiven Vertragsschlusses zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nicht enthalten, muss diese Einschätzung jedoch verworfen werden. Bei näherer Betrachtung stellt sich die Frage nach der eigentlichen Funktion der Qualitätsverträge. Dem Wortlaut des Gesetzes folgend soll es darum gehen, jene Anreize zu identifizieren, die Krankenhäuser zu Qualitätsverbesserungen bei bestimmten Leistungen veranlassen. Die Norm erweckt daher den Anschein einer Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern mit dem gemeinsamen Ziel einer verbesserten Krankenhausqualität. Anreize zu konkreten Qualitätsverbesserungen oder gar zu wettbewerblichem Verhalten sind dabei jedoch nicht ersichtlich.

Das bisher ausgeschlossene selektive Kontrahieren könnte hingegen genau dies bewirken. Selektives Kontrahieren stellt im Grunde nichts anderes als eine auf anderen Märkten übliche freie Wahl von Vertragspartnern dar. Diese scheint jedoch im Krankenhausbereich derzeit nicht gewünscht zu sein. Dabei könnten die vom Gesetzgeber mit dem KHSG verfolgten Zielstellungen mit einem höheren Zielerreichungsgrad und geringerem administrativen Aufwand erreicht werden. Während der Ausschluss eines qualitativ ineffizienten Klinikums von der Patientenversorgung auch nach Inkrafttreten des KHSG schwerlich zu erreichen ist, wäre ein Marktaustritt von Krankenhäusern mit unzureichender Qualität unter Wettbewerbsbedingungen mittel- bis langfristig unvermeidbar. Qualitätsverbesserungen lägen somit im Eigeninteresse der Kliniken.¹⁶

Zwar könnten durch einen Verzicht auf Qualitätssicherungsmaßnahmen zunächst Kosten- und somit Wettbewerbsvorteile gegenüber Konkurrenten erzielt werden, jedoch werden sich zunehmend weniger Patienten für eine Behandlung in diesem Haus entscheiden, wenn die Quali-

tät unter das Niveau anderer Kliniken sinkt. Hiermit gehen negative Auswirkungen auf die Erfolgssituation und letztendlich auf die zur Investitionsfinanzierung verfügbaren finanziellen Mittel einher. Setzt sich dieser Prozess fort, ist ein Marktaustritt langfristig unausweichlich. Folglich ließe sich diskutieren, ob die vom Gesetzgeber angestrebte patientengerechte Versorgung nicht eher durch die Zulassung selektiver Vertragsschlüsse zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern erreicht werden könnte.¹⁷

Qualitätsberichte

Neben inhaltlichen Qualitätsaspekten ist auch die Erhöhung der Qualitätstransparenz Gegenstand des KHSG. Im Fokus steht dabei die Ausgestaltung der Qualitätsberichte. Sie sind eine Form des Signaling: Krankenhäuser stellen (potenziellen) Patienten Qualitätsinformationen zur Verfügung. Dadurch soll es Patienten möglich sein, die Qualität von Krankenhäusern zu bewerten und zu vergleichen. Ist diese Möglichkeit gegeben, entfällt das zentrale gegen einen freien Wettbewerb angeführte Argument: das Problem asymmetrisch verteilter Informationen.¹⁸ Die vom KHSG auferlegten Vorgaben zur einfachen Auffindbarkeit der Qualitätsberichte auf den Krankenhauswebseiten oder der Zusammenfassung der für Patienten wesentlichen Inhalte könnten auch bei freiem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern verpflichtend vorgeschrieben werden. Diese Überlegungen werden vom Gesetzgeber jedoch nicht aufgegriffen.

Einhaltung der Qualitätsvorgaben

Um die Einhaltung der Qualitätsvorgaben zu kontrollieren, ist der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, die Folgen der Nichteinhaltung festzulegen. Nach § 137 Abs. 1 SGB V-E sind Abschlüsse auf die Vergütungssätze, die Weitergabe der Informationen über Qualitätsmängel an Dritte sowie die Veröffentlichung von Informationen über die Nichtbefolgung der Qualitätsvorgaben vorgesehen. Sanktionsmechanismen sind grundsätzlich positiv zu bewerten. Aufgrund der beschriebenen Mängel in der Ausgestaltung der Qualitätsabschlüsse kann eine Disziplinierung der Krankenhäuser lediglich über die öffentliche Bekanntmachung der unzureichenden Qualität erfolgen.

16 So auch R. Reher: Wendepolitik im Krankenhaus: Abkehr von alten Zöpfen – Aufbruch zu neuen Ufern, in: M. Arnold, D. Pfaffrath: Krankenhaus-Report '93: Aktuelle Beiträge, Trends und Statistiken, Stuttgart 1993, S. 27; I. Ebsen et al.: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands, Berlin 2003, S. 42.

17 Vgl. H. Rebscher: Kollektivvertrag versus selektives Kontrahieren – Die Perspektive bestimmt die Bewertung, in: H. Rebscher, S. Kaufmann: Innovationsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg 2010, S. 227; R. Götze, M. Cacace, H. Rothgang: Von der Risiko- zur Anbieterselektion: Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps, in: Zeitschrift für Sozialreform, 55. Jg. (2009), H. 2, S. 154.

18 Ähnlich H. Rebscher: Perspektivwechsel Bewertungskategorien selektiven Vertragshandelns, in: G. Rüter, P. Da-Cruz, P. Schwegel: Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik: Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender, Stuttgart 2011, S. 357.

Kritisch zu bewerten ist letztlich auch die Machtkonzentration beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Er muss zu folgenden Punkten Regelungen festlegen:

- zu Mindestmengen und Sicherstellungszuschlägen,
- zur patientenfreundlichen Ausgestaltung der Qualitätsberichte,
- zu den Leistungen und Leistungsbereichen, für die Qualitätsverträge abgeschlossen werden können,
- zu den Leistungen und Leistungsbereichen, die in die Vergütung und Krankenhausplanung einbezogen werden sollen,
- zur Ausarbeitung der Qualitätsindikatoren sowie
- zur Kontrolle der Befolgung der Qualitätsvorgaben.

Ihm obliegt dann die Vorgabe von Leistungen, für die Zuschläge vereinbart werden sollen, die Auswahl der Indikatoren sowie der Bewertungskriterien und nicht zuletzt die Evaluation und Weiterentwicklung seines eigenen Systems.¹⁹ Dies kann wiederum eine Gefahr für die Unabhängigkeit der einzelnen Schritte darstellen und damit letztlich dem Ziel der Qualitätsverbesserung entgegenwirken.

Konkretisierung der Mindestmengenregelung

Ein weiteres Anliegen der Reform ist die Konkretisierung der Mindestmengenregelung. Die grundsätzliche Idee der Vorgabe von Mindestmengen besteht darin, dass bestimmte Leistungen erst ab einer gewissen Mindestfallzahl mit der erforderlichen Qualität erbracht werden können. Zugleich führen steigende Fallzahlen zu sinkenden Durchschnittskosten. Im geplanten Szenario wird das Qualitätsziel allerdings nicht konsequent verfolgt. Nach § 136 Abs. 5 SGB V-E sind Ausnahmen von der Mindestfallzahlvorgabe möglich, wenn deren konsequente Anwendung aus Sicht der Landesbehörden eine Gefahr für die flächendeckende Versorgung darstellen könnte. In diesen Fällen dürfen Krankenhäuser auf Antrag auch Leistungen erbringen, die sie aufgrund einer zu geringen Fallzahl eigentlich nicht mit ausreichend hoher Qualität erbringen können. Auch hier bleibt die Qualität hinter dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung zurück.

Einrichtung eines Strukturfonds

Ebenfalls kritisch zu bewerten ist die geplante Einrichtung eines Strukturfonds unter anderem zum Abbau des „Investitionsstaus“. Mit der Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel wird implizit eine bisher unzureichende Finanzierung deutscher Krankenhäuser unterstellt. Tatsächlich bleiben die Investitionszahlungen der Länder seit Jahren

hinter dem eigentlichen Bedarf zurück.²⁰ Nun lässt sich im Gegenzug sowohl aus betriebs- als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht eine Reihe von Argumenten anführen, weshalb im Gegenzug die Vergütungssätze bisher zu hoch ausgefallen sind. Hierbei handelt es sich insbesondere um deren Berechnung auf der Basis von historischen Kosten, die aus kostenrechnerischer Sicht nicht zur Vorkalkulation geeignet sind.²¹ Darüber hinaus wurden alle zum Zeitpunkt der erstmaligen Ermittlung der Fallpauschalen bestehenden Ineffizienzen in die Vergütungssätze eingepreist. Durch die Zuführung zusätzlicher Finanzmittel müssen Krankenhäuser diese nicht durch wettbewerbles Verhalten gegenüber Konkurrenten und eine effiziente Unternehmensführung erwirtschaften. Anreize zum wettbewerbles Verhalten werden dadurch nicht gefördert. Die defizitäre wirtschaftliche Lage einiger deutscher Kliniken deutet vielmehr auf Mängel in der Unternehmensführung hin. Allein durch Zuführung von Finanzmitteln ohne Änderungen im institutionellen Rahmen können die Reformziele folglich nicht erreicht werden, nicht zuletzt da die Mittel des Strukturfonds losgelöst von der Produktivität der Krankenhäuser gewährt werden.

Des Weiteren löst der Strukturfonds den bestehenden Investitionsstau in Höhe von 102,6 Mrd. Euro durch die Bereitstellung von 1 Mrd. Euro nicht. Indem an der dualen Finanzierung festgehalten wird, werden die bestehenden Defizite der Investitionsfinanzierung nicht beseitigt. Die von den Betriebskosten losgelöste Investitionsplanung führt weiterhin zu verzerrten Investitionsentscheidungen und verhindert eine konsequente Optimierung der anfallenden Kosten, was bei einer monistischen Finanzierung erreicht werden könnte. Strukturverbesserungen im stationären Bereich werden dadurch nicht bewirkt.

Kompensationszuschläge

Ebenso fraglich wie die Einrichtung des Strukturfonds ist die Zahlung von Zuschlägen zur Kompensation der durch das KHSG bewirkten Kostensteigerungen (§ 5 Abs. 3c

¹⁹ Vgl. § 136b SGB V-E in Verbindung mit Deutscher Bundestag, a.a.O., S. 49.

²⁰ Für eine Übersicht über die Entwicklung der Krankenhausinvestitionsquote vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Anlage zum DKG-Rundschreiben, Nr. 275/2010 vom 16.9.2010, Berlin 2010, S. 63.

²¹ So auch G. Sieben, M. Philippi: Vergütungsverfahren als Steuerungsinstrument im Krankenhauswesen, in: J. Gronemann, K. Keldenich: Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis: Festschrift für Siegfried Eichhorn, Kulmbach 1988, S. 383-393. 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.“ J. Kruse: Ökonomie der Monopolregulierung, Göttingen 1985. Ähnlich F. E. Münnich: Marktorientierte Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, in: H. Lexa (Hrsg.): Gesundheitsökonomie: Ist weniger Staat gesünder?, Jubiläumsveranstaltung zum 10-Jahres-Bestand des Institutes für Sparkassenwesen in Innsbruck, Wien 1987, S. 8.

KHEntgG-E). Bereits die Annahme steigender Kosten durch die neuen Regelungen leuchtet nicht unmittelbar ein. Eine entsprechende Begründung wird vom Gesetzgeber nicht genannt. Den deutschen Krankenhäusern werden im Rahmen der Krankenhausreform weitere Mittel gewährt, sei es in Form von Qualitätszuschlägen, dem Strukturfonds oder durch eine Ausweitung der Sicherstellungszuschläge. Die zugestandenen Mittel werden lediglich im Falle unzureichender Qualität eines Klinikums gekürzt. Nun könnten Krankenhäuser befürchten, zukünftig Abschläge auf die Fallpauschalen aufgrund einer geringen Qualität ihrer Leistungen hinnehmen zu müssen und sich daher bei Umsetzung der Reform zu Qualitätsinvestitionen gezwungen sehen. Ist dies der Fall, haben die betreffenden Häuser jedoch bereits heute Qualitätsprobleme, die es losgelöst von Krankenhausreformen abzubauen gilt. Die Gewährung von Zuschlägen für diese Kliniken honoriert wiederum schlechtes Management und bisherige Ineffizienzen mit zusätzlichen Mitteln. Bestehende Ineffizienzen werden dadurch nicht abgebaut. Eine langfristig tragfähige Unternehmensführung wird auf diesem Wege nicht gesichert, was sich negativ auf die Anreize zur Verbesserung des Managements und der Qualität auswirken kann.

Das Gesetz sieht dabei keine nur temporäre Mehrkosten-erstattung vor. Zukünftig sollen die unterstellten Kostensteigerungen in die DRG-Fallpauschalen einkalkuliert (§ 5 Abs. 3c KHEntgG-E) und erhöhend im Landesbasisfallwert (§ 10 Abs. 4 KHEntgG-E) berücksichtigt werden, d.h. für die Umsetzung der Reformvorhaben werden den Krankenhäusern dauerhaft mehr Mittel zur Verfügung gestellt, die von ihrer tatsächlichen Qualität oder gar Produktivität gänzlich losgelöst sind. Zusammengefasst werden Kliniken mit qualitativen Ineffizienzen zunächst mit finanziellen Mitteln versorgt, bevor sie überhaupt Abschläge auf ihre Betriebskostenerstattungen hinnehmen müssten.

Schlussbemerkungen

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber eine weitere Krankenhausreform auf den Weg gebracht, deren Ziele vor allem in einer stärkeren Qualitätsorientierung im Krankenhaussektor bestehen, insbesondere

durch den Einbezug der Qualität in die Vergütung sowie in die Landesbedarfsplanung. Zudem ist ein Ausschluss von Krankenhäusern mit dauerhaft unzureichender Qualität aus den Landesbedarfsplänen vorgesehen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch eine unzulängliche Ziel-Mittel-Relation. Bereits bei der Qualitätsmessung ist es fraglich, inwiefern vom Gemeinsamen Bundesausschuss tatsächlich verlässliche Qualitätsindikatoren erarbeitet werden können, die einen objektiven Vergleich zwischen Krankenhäusern zulassen und somit die Grundlage für eine qualitätsbasierte Vergütung bilden können. Mitunter können die Regelungen des KHSG sogar eine Gefahr für die Krankenhausqualität darstellen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn ein Krankenhaus aufgrund anhaltender erheblicher Qualitätsdefizite Abschläge auf die DRG-Fallpauschalen hinnehmen muss und eigentlich aus den Landesbedarfsplänen herausgenommen werden müsste, es aber zugleich als bedarfsnotwendig erachtet wird und über gewährte Sicherstellungszuschläge ungeachtet der ungenügenden Qualität im Markt verbleibt. Durch den Sicherstellungszuschlag verlieren Verluste ihre existenzbedrohende Wirkung und können zudem dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Krankenversorgung im Wege stehen.²²

Auffällig an den Reformvorschlägen ist, dass vom Gesetzgeber mitunter versucht wird, jene Prozesse zu initiieren, die sich unter Wettbewerbsbedingungen erwarten ließen, wie eben der Einfluss der Krankenhausqualität auf die Vergütung und die Kapazität von Kliniken. Die klassischen volkswirtschaftlichen Wirkungsmechanismen, wie sie im Wettbewerb hervortreten, sollen durch staatlich-administrative Planungsprozesse erreicht werden. Allerdings sind dabei sowohl höhere Verwaltungs- und Opportunitätskosten als auch ein deutlich geringerer Zielerreichungsgrad als im Wettbewerb zu erwarten. Eine Verbesserung gegenüber der derzeitigen Situation ist durch das Krankenhausstrukturgesetz in seiner derzeitigen Fassung nicht ersichtlich.

22 Eine Lösung des Konflikts zwischen einer qualitativ hochwertigen und einer wohnortnahen Versorgung wird vom Gesetzgeber erst im Anschluss an die Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss angestrebt. Vgl. Deutscher Bundestag, a.a.O., S. 98.

Title: *Hospital Reform 2015 and Quality Incentives: An Economic Analysis*

Abstract: *Demographic change is putting pressure on the German health care system. In reaction to the problems caused, there will be a hospital reform in 2015. The focus of the proposed reform is to maintain accessible and high-quality hospital care. Structural changes are not proposed. Therefore, the extent to which the reform proposals may be an improvement upon the status quo is questionable. Against this background, the paper analyses the current proposals from an economic point of view.*

JEL Classification: I18, K23, L51