

Finanzierung von Leistungen bei Krankheit

Theorie und Praxis – das Beispiel des Krankenhauses

Juni 2014
Manfred Fiedler

Die Finanzierung von Leistungen bei Krankheit wird in Ermangelung einer in sich schlüssigen Betrachtung der wirtschaftlichen Aspekte des medizinisch-pflegerischen Prozesses in der Regel durch die Brille der traditionellen Ökonomie betrachtet. Das Referenzmodell für die wirtschaftlichen Prozesse ist damit immer das marktwirtschaftliche Wettbewerbsmodell. Das schon für gängige wirtschaftliche Prozesse in die Kritik geratene Modell, und damit auch sein eher archaisch anmutendes Verständnis (oder Leitbild) des Menschen als rationalen Egoisten (*homo oeconomicus*), wird den besonderen Bedingungen der Leistung bei Krankheit nicht gerecht. Im Folgenden soll der Charakter der Leistung bei Krankheit sowie die sich daraus ergebenden Anforderungen an die Finanzierung erörtert werden. Mit diesem Instrumentarium werden dann die derzeitig eingesetzten Instrumente der Finanzierung am Beispiel des Krankenhauses analysiert und Eckpunkte für eine dem Gesundheitssystem angemessene Reform der Finanzierungsinstrumente entwickelt.

Die Leistung bei Krankheit

Die traditionelle Ökonomie abstrahiert regelhaft von ihrem Gegenstandsbereich. Die Ökonomie des Gesundheitlichen wird damit zu einer Bindestrichökonomie (Gesundheits-Ökonomie). Das bedeutet, dass als normative Referenz das traditionelle Wettbewerbsmodell auf das Gesundheitswesen und dabei insbesondere das Gesundheitssystem angewendet wird. Dabei wird der Behandlungsprozess in wirtschaftliche Teilprozesse zerlegt, die dann als separat definierte Leistungen abrechenbar werden. Medizinische, pflegerische und sonstige therapeutische Leistungen werden so erfasst, dass sie in ökonomischen Kategorien abgebildet werden, damit die Instrumente, insbesondere der sogenannten Marktordnung, angewendet werden können. Dem liegt die (irrig) Annahme zugrunde, dass erstens der Marktwettbewerb das in allen wirtschaftlichen Feldern grundsätzlich geeignete Instrument ist, um knappe Ressourcen bestmöglich, das heißt sparsam zu verwenden, und dass zweitens durch entsprechende marktanaloge Gestaltung der Rahmenbedingungen der Leistungserbringung bei Krankheit wettbewerbliche Prozesse in Gang gesetzt werden, die diesen Prozess der optimalen Ressourcennutzung tatsächlich hervorbringen.

Elementar für die Funktionsfähigkeit von Märkten ist die Nutzenfunktion. Ausgehend von dem Konstrukt des *Homo Oeconomicus*, des rationalen Nutzenmaximierers, strebt danach jeder Marktteilnehmer nach der Maximierung seines individuellen Vorteils. Dabei ordnet er jedem Wirtschaftsgut eine individuelle Nutzenfunktion zu. Prinzipiell wird dabei davon ausgegangen, dass der Konsum des ersten Teils eines Wirtschaftsgutes einen hohen individuellen Nutzen besitzt und bei zunehmender Menge der Nutzen je weiter konsumierter Einheit sinkt (Gesetz vom abnehmenden Grenznutzen). In Abhängigkeit vom verfügbaren Einkommen und den eigenen Bedürfnissen (Präferenzen) wird das

eigene Portfolio optimiert. Da dies alle tun, Verbraucher und Anbieter, so die normative Botschaft der traditionellen Ökonomie, führt der anonyme Marktprozess zu einem optimalen Ergebnis.

Dieses idealtypische Ergebnis gründet sich auf zwei Annahmen: die gutsbezogene degressive, d.h. abnehmende Nutzenfunktion und die Unabhängigkeit bzw. Autonomie von Angebot und Nachfrage. Unabhängig von der allgemeinen praktischen Relevanz, beide Eigenschaften liegen, auch theoretisch, im Gesundheitswesen nicht vor.

So haben Leistungen bei Krankheit grundsätzlich keine Nutzenfunktion, der Grundsatz „viel hilft viel“ gilt nicht. Ein Zuwenig an einer Leistung hilft nicht bzw. erreicht den Zweck nicht, ein Zuviel hat in der Regel keinen zusätzlichen Nutzen und ist häufig sogar schädlich. Am einfachsten lässt sich dieser Effekt bei der Pharmakotherapie zeigen. Die Wirkung wird bei der richtigen Dosiswirkung erreicht, davor bleibt der erhoffte Effekt unzureichend (z.B. Schmerzlinderung), danach tritt kein gewollter Effekt mehr ein. Bis zur optimalen Wirkungs-dosis haben wir es mit einer ggfs. ansteigenden Nutzenkurve zu tun, danach fällt diese auf die Nulllinie.

Hinzu kommt, dass die Leistungen bei Krankheit sehr häufig mit zusätzlichen negativen Effekten verbunden sind, die dann durch andere medizinisch-pflegerische Maßnahmen beantwortet werden (müssen). So stellt jeder invasive Eingriff eine Verletzung des Körpers dar, der mit bleibenden Schädigungen verbunden sein kann, z.B. Operationsnarben, Mobilitätseinschränkungen. Nebenwirkungen der Pharmakotherapie können zu weiteren behandlungsbedürftigen Leiden führen.

Diese Frage korrespondiert mit zwei wichtigen Aspekten des Leistungsprozesses bei Krankheit. Zum ersten ist der Patient (als „Kunde“) arbeitsorganisatorisch gesprochen gleichzeitig Arbeitsgegenstand. An ihm wird die Leistung vollzogen. Bildlich gesprochen ist er das Stück Holz, aus dem der Schrank fabriziert wird. Faktisch geht es um den Kranken, der in einen anderen Zustand transformiert wird, also von krank in gesund oder wenigstens weniger krank, von einem progressiven Krankheitsverlauf in einen stabilen Zustand, von einem Zustand des großen Leidens in einen Zustand des geringeren Leidens usw.

Zum zweiten ist die Leistung bei Krankheit eine ungewollte Leistung, die Nachfrage ist erzwungen und dieses gleich in doppelter Hinsicht. Die Leistung wird deshalb in Anspruch genommen, weil durch die Erkrankung die Fähigkeit zur Teilnahme und Teilhabe an sozialen Einrichtungen, wozu letztlich auch der Arbeitsmarkt oder die Konsumgütermärkte gehören, eingeschränkt ist. Ökonomisch gesehen sprechen wir von den Reproduktionseigenschaften der Leistung bei Krankheit. Um die Fähigkeit aufrecht zu erhalten, sozial teilzuhaben, muss ich eine Leistung bei Krankheit in Anspruch nehmen, durch die Art der Krankheit bedingt ist diese Nachfrage sehr spezifisch, bei einer Lungenentzündung

ist zwar noch die Art der Therapie bedingt variabel, aber, anders etwa als bei der Nahrungsmittelaufnahme, kann ich nicht innerhalb des Güterspektrums wählen, da eine Behandlung etwa gegen Obstipation bei einer Lungenentzündung unnützlich ist. In zweiter Hinsicht ist die „Nachfrage“ dennoch unspezifisch, da die konkrete Leistungsdefinition in der Regel durch die Gesundheitsprofessionellen vorgenommen wird. Der kranke Mensch selbst stellt nur die sogenannte initiale Erstanfrage (Primäranfrage), während der Gesundheitsprofi aufgrund der krankheitsspezifischen Patientenbiografie, der sogenannten Anamnese, sowie der von ihm eingeleiteten bereits zum Leistungsprozess gehörenden diagnostischen Maßnahmen die Leistung konkretisiert. Er identifiziert die Erkrankung (Diagnose) und definiert und veranlasst die von ihm als richtig angesehenen Maßnahmen (Therapie). Man spricht in diesem Zusammenhang von „angebotsinduzierter Nachfrage“.

Teil dieser sogenannten „angebotsinduzierten Nachfrage“ sind „veranlasste Leistungen“. Der Gesundheitsprofi erbringt die Leistung in der Regel nicht allein, sondern dass er andere beauftragt, mit einbezieht oder auf diese delegiert, einen Teil der Gesamtleistung zu führen. Für den kranken Menschen handelt es sich hingegen immer um eine Leistung, weil es sich um eine Erkrankung handelt, faktisch aber setzt sich diese Leistung aus einer Vielzahl einzelner Leistungen und Leistungserbringer zusammen. Dies hat ökonomisch den Effekt, dass sobald der kranke Mensch in die Leistung eingewilligt hat, er für das Gelingen der Leistung dem Einbezug einer Zahl von Beteiligten und von Teilleistungen ebenfalls zustimmt.

Wir haben es mit einer sogenannten Behandlungskette zu tun, die bei genauer Betrachtung aber einem Raumzeitfeld des therapeutischen Handelns ähnelt, weil Leistungen nicht nur hintereinander, sondern zeitlich durchmischt, parallel begleitend stattfinden. Im Bewusstsein der einzelnen Profis ist aber der Einbezug immer auf die jeweilige von ihm konkret erbrachte Leistung beschränkt, für die er damit Verantwortung trägt.

Jede Handlung, jede Leistung bei Krankheit wird nur erfolgreich sein können, wenn der kranke Mensch mitwirkt. Dieses gilt einerseits dahingehend, dass die Leistung zum betroffenen Menschen passt, dass sie also anspricht, dass sie bei ihm wirkt, was in der Regel mit statistischen Wahrscheinlichkeiten versehen ist. Diese Frage ist auch dann relevant, wenn der kranke Mensch etwa bewusstseins eingeschränkt ist und damit nicht einwilligungsfähig ist, sondern die Handlung an ihm vollzogen wird. Zum anderen geht es um die sogenannte Compliance, um den aktiven Nachvollzug der therapeutischen Maßnahmen durch den betroffenen Menschen selbst. Diese geht über die reine Einwilligung hinaus, sondern meint die aktive Mitarbeit an der therapeutischen Handlung, als auch die innerliche Zustimmung zu den getroffenen Maßnahmen. Die medizinisch-pflegerische Leistung ist in diesem Sinne immer eine dialogische Leistung.

Und schließlich: da wir den Erfolg einer Behandlung wegen der besonderen körperlichen, geistigen und sozialen Individualität jedes Einzelnen nicht genau vorhersagen können, sind Art, Inhalt und Dauer der Leistung und damit auch die faktischen Kosten einer Behandlung zu Beginn nicht präzise vorhersagbar.

Zusammenfassend lässt sich damit feststellen, dass, unabhängig von der sonstigen Relevanz oder Richtigkeit der Grundannahmen des traditionellen Marktmodells, die Leistung bei Krankheit den wesentlichen Grundannahmen über die Funktionsfähigkeit von Märkten widerspricht und deshalb auch theoretisch nicht zu optimalen Versorgungsprozessen führen kann. Es fehlen wesentliche Voraussetzungen dafür, sowohl in der Leistung selbst, als auch auf Seiten des kranken Menschen in seiner Eigenschaft als Leistungsempfänger, sowie schließlich auch auf Seiten der Leistungserbringer.

Dies gilt unabhängig von der Frage der sozialen Wünschbarkeit der gesundheitlichen Leistung, ob wir also gesamtgesellschaftlich den Zugang zu Leistungen bei Krankheit auch dann gewährleisten wollen, wenn der Einzelne aufgrund seiner Einkommens- und Vermögenssituation nicht in der Lage ist, diese zu finanzieren. Die Frage der sozialen Absicherung gegen das Risiko der Krankheit ist eine gesellschaftsethische und –politische Entscheidung, die auch dann zu fällen wäre, wenn wir es mit anderen Bedingungen der Gestaltung des Gesundheitssystems zu tun hätten.

Finanzierung im Gesundheitssystem

Wir haben es also, wie es der Gesundheitsökonom Thiemeyer formulierte, im Gesundheitssystem dem Wesen nach mit einer „Nicht-Marktökonomie“ zu tun. Anders als in anderen wirtschaftlichen Feldern führt dies allerdings nicht zu einem fehlenden Angebot, sondern zu einem Angebot, das die Bedürfnisse, zumindest der kranken Menschen als Nachfrager nicht abbilden kann, sondern aufgrund der Angebotsinduktion zu einem für die Anbieter optimierten Marktergebnis führt. Dies gilt auch deshalb, weil die kranken Menschen ihre Leistungsnachfrage nur begrenzt zurückhalten können und weil sie mit der Krankheitsschwere zunehmend immer weniger in der Lage sind, die Aufgabe eines souveränen Nachfragers wahrzunehmen, etwa von der Durchführung der Leistung Abstand zu nehmen.

Da das Gesundheitssystem (knappe) Ressourcen verbraucht, gilt der Grundsatz des sparsamen Umgangs allerdings auch hier. Ausgehend von den grundlegenden Eigenschaften der Leistung bei Krankheit müssen die Finanzströme innerhalb des Gesundheitssystems dem gerecht werden. Dazu müssen die finanziellen Elemente einer Nichtmarktsteuerung betrachtet werden.

Ich vernachlässige an dieser Stelle die wichtige und spannende Frage der allgemeinen finanziellen Gestaltung der Absicherung des Krankheitsrisikos, auch wenn die postulierte Überlegenheit einer Marktordnung auch in dieser Hinsicht nur ein weiteres Dogma der herrschenden Lehrmeinung in der Ökonomie ist. Gegenstand an dieser Stelle ist die Finanzierung zur Sicherung der Geldströme im Zeitverlauf zwecks Gewährleistung der konkreten Leistung bei Krankheit.

Entscheidende Aspekte sind dabei das Vergütungssystem, darüber die Leistungsdefinition, sowie schließlich die betriebsinternen Strukturen, zu denen die Leistungsstruktur, aber auch die Vermögensstruktur selbst gehören. Grundsätzlich unterscheiden wir die Finanzierung der Betriebskosten und der Investitionen. Unter Investitionen fassen wir alle die betrieblichen Faktoren, die über einen längeren betrieblichen Zeitraum genutzt werden, während unter Betriebskosten solche Aufwendungen fallen, die bei Nutzung unmittelbar verbraucht werden (Verbrauchsgüter) bzw. die periodisch entstehen und zur Durchführung der Leistung notwendig sind (Personal, Gebäudekosten, Versicherung, Instandhaltung u.ä.).

Diese Unterscheidung ist insbesondere für das Gesundheitswesen von Bedeutung. Die Beschreibung der professionellen Versorgung mit Leistungen bei Krankheit und zur Krankheitsprävention als Gesundheitssystem macht deutlich, dass wir es nicht einfach mit einer Branche zu tun haben, sondern mit einem bedeutenden gesellschaftlichen Subsystem. Gerade mit Blick auf die Reproduktionsaufgabe, die Teilhabefunktion, aber auch Fragestellungen der Gefahrenabwehr, etwa bei epidemischen Erkrankungen oder bei Großschadensvorfällen, wird deutlich, dass ein wesentlicher Aspekt der gesundheitlichen Versorgung nicht in der Einzelleistung besteht, sondern in der Gewährleistung der Versorgung an sich. Dieses drückt sich in Deutschland etwa im Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung aus, der auf die kassenärztlichen Vereinigungen übertragen ist, sowie in der Vergabe von Versorgungsaufträgen an Krankenhäuser durch die jeweiligen Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung. Die Leistungsdefinition der Leistungen bei Krankheit ist also nicht auf die jeweilige Leistung beschränkt, sondern bereits das Angebot der Leistung, also die Bereitschaft zur Leistung kann Merkmal der Leistung selbst sein. Dies gilt nicht zuletzt für Krankenhäuser, die eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung garantieren müssen.

Ein großer Teil der Kosten eines Krankenhauses sind Kosten dieser Leistungsbereitschaft. Ca. 70 – 75% der Betriebskosten eines Krankenhauses sind Vorhaltekosten. Nimmt man noch die Investitionskosten hinzu, dann dürften nahezu 80 % der Kosten eines Krankenhauses ‚Ehdakosten‘ sein, also Kosten die bereits entstanden sind, ohne dass ein Patient behandelt wird. Die Höhe dieser Kosten wird durch verschiedene Faktoren bestimmt. Das ist zum einen die Leistungsstruktur selbst. Technisch aufwändige Disziplinen oder Teildisziplinen, wie Herzchirurgie, Neonatologie,

Schwerverbranntintensiv, spezielle diagnostische Verfahren verändern die Kostenstruktur des Krankenhauses. Die Fachdisziplinen und die Leistungsstruktur innerhalb einer Abteilung bestimmen selbstverständlich die Struktur und die Höhe der Kosten eines Krankenhauses. In der Krankenhausinvestitionsförderung wurde das in der Vergangenheit berücksichtigt, indem Krankenhäuser mit Fachabteilungen mit höheren Anforderungen höhere pauschale Fördermittel erhielten. Besonders bedeutsam sind solche Vorhaltekosten, wenn Abteilungen oder Einrichtungen des Krankenhauses auf besondere Leistungsschwerpunkte ausgerichtet sind, wie die Schwerverbrannt- oder die Neugeborenenintensivmedizin (Neonatologie). Die Nutzung der Einrichtung ist damit sehr eingeschränkt und gleichzeitig sind die Leistungsfälle auch nicht willkürlich zu steigern. Neben der Leistungsstruktur wirken baulich-räumliche Bedingungen auf die Betriebskosten (z.B. Zentral- versus Pavillonbauweise), aber auch die technische Ausstattung (z.B. Scanzeiten bei Computertomografen).

Mit Thiemeyer können wir grundsätzlich vier Methoden der Leistungsvergütung unterscheiden: Das Budget oder das Gehalt, die Kopfpauschale, die Fallpauschale oder die Einzelleistungsvergütung. Das Budget oder Gehalt meint die feste leistungsunabhängige Finanzierung, die Kopfpauschale meint eine patienten- bzw. versichertenbezogene Vergütung in einem definierten Zeitraum unabhängig von der tatsächlichen Leistung, die Fallpauschale ist die ggfs. fallabhängige Finanzierung je Behandlungsfall, die Einzelleistungsvergütung ist die Vergütung der einzelnen Leistung bzw. Teilleistung.

Theoretisch hat jede dieser Finanzierungsformen unterschiedliche Auswirkungen:

Wirkungen von Finanzierungsarten

Zahl der Entgelt- art	Patienten	Fälle	Leistungen
Festes Budget/ Gehalt	Min	Min	Min
Kopf- pauschale	Max	Min	Min
Fall- pauschale	Max	Max	Min
Einzel- leistungs- vergütung	Max	Max	Max

Quelle: Fiedler (2014, S. 436) nach Thiemeyer

Diese Verhaltensweisen sind idealtypisch und basieren auf der Annahme, dass sich die Leistungsanbieter im Wesentlichen an ihren Einkommensinteressen orientieren. Es lassen sich Tendenzaussagen treffen, die bei der Anwendung von Vergütungsinstrumenten relevant sind. So ist leicht erkennen, dass Systeme, die Preissysteme benutzen, also Einzelleistungsvergütungen und Fallpauschalen, tendenziell ausgabensteigernd wirken, während Systeme die stärker pauschalierend sind, tendenziell ausgabenstabilisierend wirken. Letztere folgen dem Verständnis des Gesundheitssystems als Infrastrukturaufgabe, während die auf Preissysteme setzenden Vergütungssysteme durch die Leistungsorientierung eher dem Erwerbsinteresse im Leistungsgeschehen den Vorzug geben. Umgekehrt lassen stärker pauschale Vergütungssysteme erwarten, dass Leistungsmengen sinken.

Eine andere Fragestellung ist die Trennung zwischen der Finanzierung der Einrichtung als baulich-technische Struktur (Fazilität) und der Finanzierung des Betriebs der Einrichtung. Als Prinzip sprechen wir von monistischer (d.h. einheitlicher, fälschlich oft: aus einer Hand (Wikipedia!)) Finanzierung, wenn alle Kosten über eine Finanzierungsform finanziert werden, dualer oder getrennter Finanzierung, wenn etwa Kosten des Betriebs und der Investition nicht über ein einheitliches Entgelt finanziert werden. Denkbar wäre auch die Trennung in Kosten der Vorhaltung und in die Kosten der tat-

sächlichen Leistungskosten. Der Vorteil der dualen Finanzierung liegt in der sachgerechten Trennung mit unterschiedlichen Leistungseigenschaften versehenen Kostenarten. Ein vermeintlicher Nachteil liegt in der betrieblichen Steuerung sowie der getrennten Finanzverantwortung auf Seiten der sogenannten Kostenträger (Krankenkassen und öffentliche Hand). Diese Kritik richtet sich allerdings gegen das Krankenhausplanungsrecht und hat nichts mit der Frage von Monistik und Dualistik bzw. getrennter Finanzierung zu tun.

Getrennte Finanzierungswege sind im Bereich sozialer und öffentlicher Leistungen ein häufig eingesetztes Mittel, weil es sich bei den Leistungen immer um eine Mischung aus gemeinschaftlicher und individueller Aufgabe handelt. Eine einheitliche Finanzierung führt regelmäßig zur meist nicht zu rechtfertigenden Überlastung des einzelnen Leistungsempfängers, da auf seine Leistung auch die Kosten aufgeschlagen werden müssten, die als gesellschaftlich-gemeinschaftliche Aufgabe aus anderen Quellen zu finanzieren sind. Da die verursachungsgerechte Trennung der Kosten selten gut gelingen kann, ist die Aufgliederung der Finanzierung nach Kostenarten (z.B. Investitionskosten) oder nach den Eigenschaften von Kosten, also Kosten der Vorhaltung (Fixkosten) und leistungsverursachten Kosten (variablen Kosten), oder die Ausgliederung bestimmter Kostenstellen ein übliches Verfahren. In Abgrenzung zu der Frage der Monistik-Dualistik ist die Finanzierung aus einer Hand zu sehen, die angesichts des Selbstbehalts von Patienten, insbesondere in der Pflegeversicherung, längst kein Diskussionsthema mehr ist.

Anders als von der traditionellen Ökonomie, aber auch von Teilen der Politik behauptet, ist die duale Finanzierung, wie wir sie dem Grunde nach im Krankenhausbereich haben, durchaus sehr sachgerecht. Umgekehrt ist eine stärker auf Einzelleistung oder auf den Fallbezug setzende monistische Finanzierung wenig sachgerecht, da, insbesondere bei dem bekannt hohen Anteil der Kosten der Vorhaltung, der Zwang entsteht, zur Finanzierung der gemeinschaftlichen Aufgaben die Leistungsmengen bzw. Leistungsfälle zu erhöhen. Das Problem vergrößert sich sogar noch, wenn, wie im derzeitigen Krankenhausfinanzierungssystem, diagnosebezogene Fallpauschalen zum Einsatz kommen, bei denen die Vergütungen so kalkuliert werden, dass etwa durch Bezug auf die etwa zeitliche Inanspruchnahme teurer vorgehaltener Einrichtungen des Krankenhauses hohe Vergütungswerte entstehen, die damit auf die Gesamtstruktur des Krankenhauses sowohl hohe relative als auch absolute Deckungsbeiträge erbringen. Dieses erhöht den Druck, diese Erlöse auch tatsächlich zu erzielen. Bei sehr selektiven und seltenen Leistungen, etwa die Versorgung von schweren Mehrfachverletzungen (Polytraumata), oder bei Frühchen (Neonaten), die nicht willkürlich ‚akquiriert‘ werden können, fällt dieses besonders ins Gewicht, da der Ausfall weniger Fälle große wirtschaftliche Auswirkungen hat, die dann nur in anderen Leistungssegmenten kompensiert werden können. Gleichzeitig erlaubt der hohe Anteil von Deckungsbeiträgen gewinnorientierten Unternehmen auch eine gewinnbezogene

Strategie durch die Steigerung des Erlöses pro Fall bzw. pro Leistung und durch die Steigerung der Fälle und/oder Leistungen.

Wir wissen aus Untersuchungen, dass die Eigentumsverhältnisse die Leistungsentwicklung beeinflussen. Das bedeutet, dass bei Selbstfinanzierung der Einrichtungen durch den Betreiber die Tendenz zur Leistungs- und Erlösausweitung zunimmt. Betrachtet man die Situation in der amerikanischen Krankenhauswirtschaft, dann können wir feststellen, dass diese von Non-Profit-Unternehmen beherrscht wird (ca. 70 % aller Krankenhäuser, in Deutschland vergleichbar frei-gemeinnützige Krankenhäuser), der Marktanteil profitorientierter Krankenhäuser (ca. 16 %) liegt nach den Entwicklungen der letzten Jahre sogar leicht hinter dem in Deutschland (ca. 16,5 %). Die Ausgabendynamik wird also nicht (allein) durch die Trägerstruktur bestimmt, sondern vornehmlich durch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen.

In der öffentlichen Betriebslehre diskutierte man schon sehr früh das Phänomen des „Hecht im Karpfenteich“, also die Frage, wie sich profitorientierte Unternehmen im Umfeld einer öffentlichen, am Gemeinwohl orientierten Unternehmenslandschaft verhalten. In einem solchen Umfeld „wildern“ die erwerbswirtschaftlichen Unternehmen, indem sie sich, sofern durch die Marktordnung ermöglicht, Marktsegmente durch aggressives Marketing einverleiben, in denen marktübliche Gewinnmargen (bzw. Verzinsung) erreicht werden können. Im Gegenzug verteuern sich damit weniger lukrative Leistungen bei den öffentlichen bzw. privat-gemeinwirtschaftlichen Unternehmen, wenn unternehmensinterne Subventionen durch Ausfall oder wenigstens Verringerung interner Deckungsbeiträge aus diesen lukrativen Leistungsbereichen wegfallen. In der Außenwirkung wirken damit diese Unternehmen im Vergleich als unwirtschaftlich, wohingegen auf der anderen Seite die privat-erwerbswirtschaftlichen sich als herausragend wirtschaftlich präsentieren können. Daraus resultiert ein Konvergenzdruck auf die bisherigen Unternehmen, also die Anpassung des eigenen unternehmerischen Verhaltens in Richtung des erwerbswirtschaftlichen. Der Hecht im Karpfenteich verwandelt den Karpfenteich in einen Teich voller Hechte.

Die vorgenannte Umwandlung einer öffentlich-gemeinwirtschaftlichen Unternehmensumwelt in eine privat-erwerbswirtschaftliche Unternehmensumwelt kann nur gelingen, wenn eine angemessene Verzinsung des eingesetzten privaten Kapitals bzw. ein angemessener Gewinn erreicht werden kann. Angemessen ist hier zu verstehen als marktüblich im Verhältnis zum Marktrisiko. Da wir es im Gesundheitssystem mit stabilen Nachfragesituationen in einem regionalen Umfeld zu tun haben oder sogar, wie bei infrastrukturellen Leistungen, mit einer garantierten Nachfrage, die in engem Rahmen schwankt, besteht das größte unternehmerische Risiko in Maßnahmen des Gesetzgebers, die, da es sich in der Regel um öffentlich-regulierte wirtschaftliche Systeme handelt, immer Auswirkungen auf

die unternehmerische Leistungserbringung haben. Der Gesetzgeber kann in einer auf privatem Eigentum beruhenden Gesellschaftsordnung nicht willkürlich in diese Eigentumsrechte eingreifen, sondern der besondere öffentliche Zweck muss dieses rechtfertigen. Je zeitlich gebundener und damit auch werthaltiger diese Rechte sind, desto rechtlich problematischer ist es in diese einzugreifen, da wir es ja nicht mit der Werthaltigkeit des eingesetzten Vermögens an sich zu tun haben, sondern auch mit entgehenden Gewinn- bzw. Einkommenschancen. Gerade für öffentlich-infrastrukturelle Aufgaben ist es daher von Bedeutung, um die Durchsetzung des öffentlichen Interesses an der Leistung jederzeit möglich zu machen, dass eine langfristige Bindung der Aufgabe an privates Eigentum verhindert wird und die Durchführung der Aufgabe durch erwerbswirtschaftliche Unternehmen (z.B. als Versorgungsauftrag), wenn man sie denn für notwendig oder sinnvoll erachtet, zeitlich befristet. Wir können daran erkennen, wie absurd die aktuellen Modelle des sogenannten Public-Private-Partnership (PPP; öffentlich-private-Partnerschaft) sind, die etwa in britischen Krankenhäusern dazu führen, dass das Eigentum an der baulichen Struktur des Krankenhauses ganz oder teilweise an private erwerbswirtschaftliche Unternehmer bzw. Investoren geht, während die Durchführung der Leistung beim (öffentlichen) Betreiber verbleibt und verpflichtet ist, darüber den privaten Eigentümer zu refinanzieren.

Bezogen auf das Gesundheitssystem stellt sich die Frage der Finanzierung damit unter mehreren Gesichtspunkten:

1. *Die Bewertung von Investitionen in Hinsicht auf die Frage der Sinnhaftigkeit der Integration als Bestandteil eines Leistungsentgelts (monistische Finanzierung versus getrennte oder dualistische)* Wenn es etwa nicht um eine anlagenbezogene Outputmaximierung geht, sondern ausschließlich um eine Outputoptimierung, ist die dualistische Finanzierung durchaus zu bevorzugen. Ein Beispiel mag das beleuchten: Bei einem Kraftwerk bspw. geht es darum, möglichst viel Strom zu produzieren, die Outputmaximierung im Verhältnis zu den eingesetzten Ressourcen spielt hier eine herausragende Rolle. Bei der Einrichtung einer stationären Versorgungsleistung spielt dagegen die Outputmaximierung keine Rolle, sondern die Optimierung des Outputs in Hinsicht auf den potenziellen Bedarf, die sich sowohl räumlich, als auch zeitlich darstellt. Es geht nicht darum die maximale Leistungserbringung mit der Anlage zu erzielen, vielmehr spielen die räumliche Verteilung, die soziale Angemessenheit, die Rechtzeitigkeit der Leistung (etwa durch angemessene Erreichbarkeit), die zeitliche Dimension der Leistungsbereitschaft eine Rolle, sowie schließlich die Erreichung regionaler Gesundheitsergebnisse oder Gesundheitssystemergebnisse (z.B. Todesfälle durch Defizite des Gesundheitssystems, Anteil der Pflegebedürftigen, Morbidität und Mortalität, Zugänglichkeit usw.) abbilden lässt. In diesem Verständnis sind traditionelle Aspekte wie Fallkosten, Bele-

gung, Bettendichte oder Verweildauer als klassische Kriterien zur Bemessung der Wirtschaftlichkeit unzureichend bis ungeeignet und maximal sekundär. Gleichzeitig geht es um *die Bindung der Anlageinvestitionen bzw. der (ggfs. mittel-) langfristigen Investitionen an die öffentlichen Gewährsträger der Leistungen*, also in der Regel öffentlich-rechtliche (Gebiets-) Körperschaften. Nur über die zweckgebundene Finanzierung können rechtliche Ansprüche aus dem Eigentum reduziert werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass durch die Finanzierung aus laufenden öffentlichen Mitteln (Sozialabgaben) die Investitionen auch bei monistischer Finanzierung öffentlich finanziert sind, allerdings mit einer anderen Rechtswirkung auf den Leistungserbringer.

2. *Die Bedeutung der Bereitschaft zur Leistungsaufnahme als Gegenstand der Leistung.* Hiermit ist nicht nur die Notfallversorgung gemeint, sondern die Bereitschaft zur Leistungsabgabe an sich. Wenn der Anteil dieser Kosten sehr hoch ist, bedeutet das, dass bei einer leistungsorientierten Vergütung die Leistungsmenge sehr hoch sein muss, um diese Kosten zu refinanzieren. Theoretisch lässt sich dies auch für die ambulante ärztliche Versorgung annehmen. Allerdings entspricht die Aufgabe der ärztlichen Praxis nicht dem Versorgungsvertrag des Krankenhauses. Der niedergelassene Arzt wird durch die Kassenärztliche Vereinigung als Vertragsarzt verpflichtet. Die Sicherstellung der Versorgung wird nicht durch ihn, sondern über ihn vollzogen. Durch Veränderung der Versorgungsformen und der Betriebstypen in der ambulanten Versorgung können aber andere Finanzierungsmodelle notwendig werden. Dies gilt genauso wie die Frage einer veränderten Leistungsdefinition in der ambulanten Versorgung, etwa wenn wir soziale Aspekte der Versorgung in die ambulante medizinisch-therapeutische Versorgung einbeziehen.
3. Schließlich bleibt zu bedenken, dass *Leistungen bei Krankheit unterschiedliche Eigenschaften* besitzen, in Abhängigkeit von spezifischen Bedingungen der Erkrankung. Als Beispiel sind zu nennen chronische Erkrankungen, angeborene, behandlungsbedürftige Behinderungen, therapeutische Maßnahmen bei finalen Erkrankungen (palliative Therapie). Ein besonderes Beispiel mag die Versorgung von HIV-Erkrankten sein. Bei diesen Patienten kommt es immer wieder zu einem Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Eine integrierte, d.h. sektorenübergreifende Versorgung ist damit nicht nur auf die einzelne Erkrankung hin notwendig, sondern durch die dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes bedarf es auch einer speziellen Versorgungsform für diese Art der Erkrankung. Gerade in diesem Umfeld ist von besonderer Bedeutung, dass die Leistung immer in einem konsistenten medizinischen Leistungszusammenhang zu sehen ist. Eine Leistungsvergütung, die wesentlich auf die einzelne Leistung orientiert ist, wird damit den Charakter der spezifischen Erkrankungssituation nur unzureichend gerecht. Selbst Kom-

plexhonorare, wie sie beispielsweise in der integrierten Versorgung vorgeschlagen sind, stellen hier nur eine Annäherung an ein sinnvolles Finanzierungsinstrument zur Absicherung der medizinischen Koordinationsleistungen bei dauerhaft erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen.

Es wird deutlich, dass ein auf ordnungspolitische Kompatibilität setzendes Denken den Anforderungen an eine, den medizinischen Versorgungsabläufen gerecht werdende Steuerung von Finanzströmen, um nichts anderes geht es bei der Frage der Leistungsvergütung, nicht gerecht werden kann. Fragestellungen der Nicht-Marktökonomik, resultierend aus dem Gegenstandsbereich der Leistung bei Krankheit, aus regionalen und überregionalen Erwägungen der gesundheitspolitischen Steuerung und Zielsetzung sowie des infrastrukturellen Charakters, insbesondere der Wiederherstellung von sozialer und ökonomischer Teilhabefähigkeit, aber auch zur gesellschaftlichen Gefahrenabwehr, müssen ideologie- und vorurteilsfrei und ökonomisch pragmatisch beantwortet werden.

In der Realität erfahren wir, dass, wenn ordnungspolitische Erwägungen die Diskussion der Gestaltung der Finanzierungsbedingungen leiten, die Antworten durchaus einfach klingen, gleichzeitig aber angesichts des Gegenstandsbereichs des Gesundheitssystems die Ausführungen in Praxis einen hohen Komplexitätsgrad ausweisen. Am Beispiel der Krankenhausfinanzierung wird deutlich, was das heißt. Im Laufe der Kommerzialisierung oder besser ausgedrückt der Orientierung des Vergütungs- und Finanzierungssystems an ordnungspolitische Vorstellungen wuchs die Komplexität exponentiell, so dass zu einem ausschließlich zentralistisch-expertokratisches System geworden ist, dass außerhalb dieses Expertentuns von einem Dritten kaum noch verstanden werden kann. Der Aufwand, sowohl innerbetrieblich als auch überbetrieblich, der mit der Abrechnung, mit der Aushandlung der krankenhausspezifischen Leistungsstruktur, mit den Leistungsbudget, verbunden ist, ist enorm und verlangt zudem eine auf das Finanzierungssystem gerichtete Optimierung des zugrunde liegenden Leistungsgeschehens.

Die Antworten auf das richtige Vergütungssystem erfordern eine hohe fachliche Kompetenz in Hinblick auf die Berücksichtigung der Spezifika des Gesundheitssystems. Umgekehrt wächst die Komplexität in der Praxis, wenn inkompatible, ordnungspolitische Dogmen die Antwort der richtigen Vergütung beherrschen. Diese soll im Weiteren am Beispiel der Krankenhausfinanzierung deutlich gemacht werden.

Das Beispiel Krankenhaus

Seit 2003 optional, verpflichtend seit 2004 werden die akutmedizinischen Krankenhausleistungen nach einem sogenannten diagnosebezogenen Fallpauschalensystem (engl. Diagnosis Related

Groups; DRG) abgerechnet. Der einzelne Krankenhausaufenthalt wird als eine Leistung definiert und abgerechnet. Im Unterschied zur sogenannten Einzelleistungsvergütung, werden hier alle mit dem Krankenhausaufenthalt zusammenhängenden Leistungen in einem Preis abgerechnet, also Diagnostik, chirurgische Eingriffe, pflegerische, therapeutische und früh-rehabilitative. Was auf den ersten Blick als eine Vereinfachung aussieht, entpuppt sich auf dem zweiten Blick als hochkomplizierte Angelegenheit.

So muss die auch innerhalb einer Diagnose gegebene Unterschiedlichkeit der jeweiligen Patienten abgebildet werden. So beeinflussen Begleiterkrankungen, im stationären auftretende Fallschwere (z.B. in Form von intensivmedizinischer Scores, insbesondere der Beatmungszeiten, oder pflegerischer Komplexmaßnahmen (PKMS)) die Festlegung der jeweiligen DRG. Ebenso sind das Geburtsgewicht bei Neugeborenen, das Alter, aber auch das jeweilige medizinische Verfahren (offen chirurgisch, laparoskopisch, konservativ) relevant. Schließlich spielt noch die Dauer des Krankenhausaufenthalts eine Rolle. Wird ein Patient entlassen gibt es Abschläge, bleibt er deutlich länger als der durchschnittliche Patient, wird ein tagesgleicher, Fallpauschale spezifischer Zuschlag fällig. Die DRGs sind daher eine Mischung zwischen Fallpauschale und Einzelleistungsvergütung. Hinzu kommen noch Zusatzentgelte für besonders aufwändige einzelne Verfahren oder für Patienten mit Vorerkrankungen, deren Weiterbehandlung während des Krankenhausaufenthalts notwendig ist, die aber nicht mit dem eigentlichen Anlass des Krankenhausaufenthalts zu tun haben (z.B. Dialyse, oder Bluter).

Der dahinter stehende Grundgedanke ist der einer leistungsgerechten Vergütung, die es allerdings in der Praxis nicht geben kann, weil selbst die realen Fallkosten von so einfachen Mechanismen abhängen, wie die Auslastung der Stationen und Leistungsbereiche, und zwar sowohl im allgemeinen Durchschnitt, als auch gerade in Abhängigkeit von bestimmten Fallgruppen, insbesondere dann, wenn diese hohe Deckungsbeiträge erlösen.

Prinzipiell wird bei den Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen immer noch ein Budget vereinbart, das früher durch eine Abschlagszahlung in Form des Behandlungstags auf die jeweilige Krankenkasse verteilt wurde. Nicht nur die Fallpauschalen selbst, sondern die Tatsache, dass die Leistungspreise eben nicht mehr auf der Maßgabe der Kostenstrukturen des einzelnen Krankenhauses ermittelt werden und damit als externe Preisvorgabe für das Krankenhaus unbeeinflussbar sind, stellen eine neue Qualität dar. Hatten wir es ihm System tagesgleicher Pflegesätze im Wesentlichen mit einem Kosten-Erlösbudget zu tun, so haben wir es heute mit einem Leistung-Erlösbudget zu tun. Betrieblich resultiert daraus neben der selbstverständlichen Steuerung der Kosten die betriebliche Steuerung der Leistungsstruktur (die sogenannte Leistungssteuerung) als ein wesentliches DRG-bedingtes Steuerungsinstrument zur Erlössicherung.

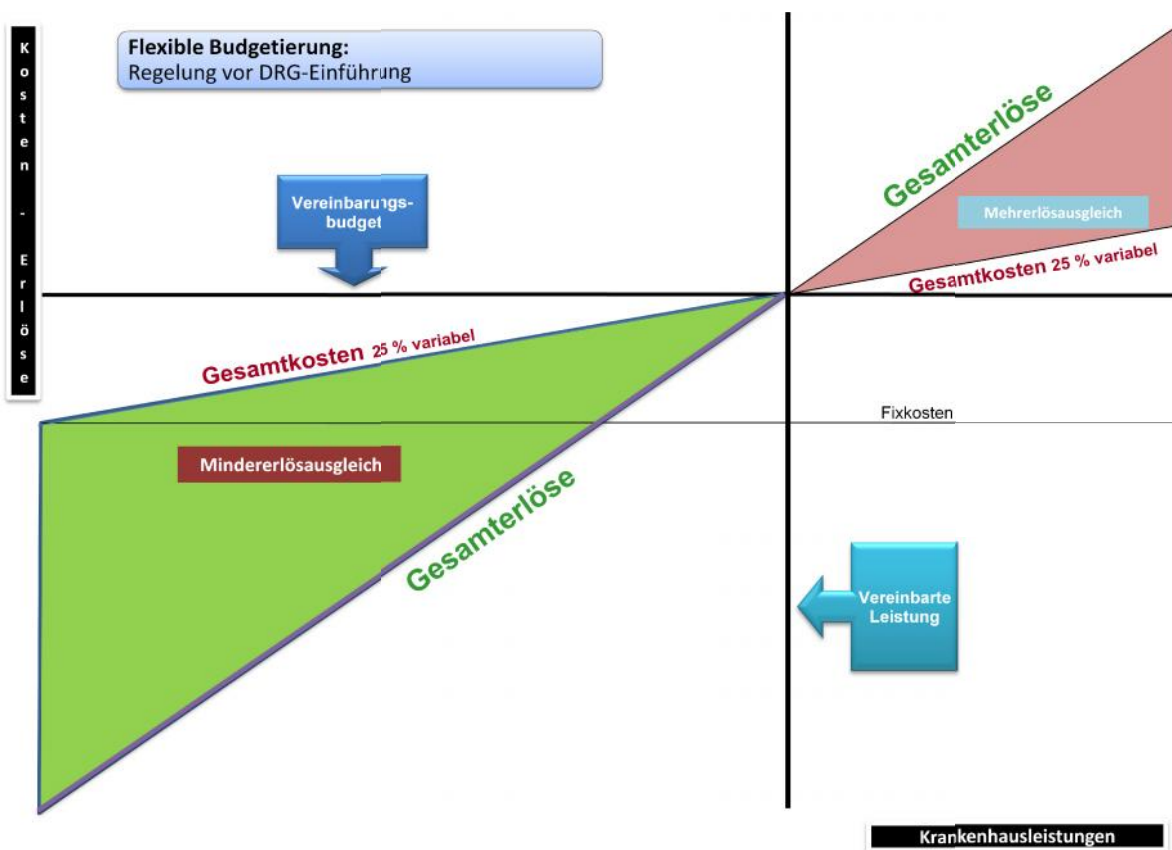
Das deutsche Fallpauschalensystem kennt ein Erlösausgleichssystem, um Minder- und Mehrerlöse auszugleichen. Dies stammt noch aus der Zeit des Selbstkostendeckungsprinzips, als es darum ging, Gewinne abzuschöpfen und durch geringere Leistungserlöse entstehende Verluste auszugleichen. Im DRG-Zeitalter hat dieser, für ein Preissystem eigentlich wesensfremder, Mechanismus eine Veränderung erfahren. Durch die Aufgabe der Selbstkostendeckung gibt es keine Identität mehr zwischen den Erlösen und den Kosten des Krankenhauses. Die Ausgleichsregelungen belohnen bzw. erfordern angesichts der durchschnittlichen Kostenstruktur der Krankenhäuser zudem eine Mehrerlösstrategie. War der Erlösausgleich in der Vergangenheit vor allem auf darauf gerichtet, dem Krankenhaus für den Auftrag zur Versorgung die notwendigen Kosten zu finanzieren, greifen nun zwanghaft die Wachstumsstrategien der traditionellen Ökonomie. Die Erlösausgleiche bei Minderleistung sind unzureichend, bei Mehrerlösen erlauben sie bei entsprechender betrieblicher Kostenstruktur hingegen Überschüsse. Dies führt zwar theoretisch dazu, dass die einzelne Leistung im Schnitt preisgünstiger wird, allerdings bezahlt mit einer deutlichen Leistungsausweitung und mit systemischer, d.h. volkswirtschaftlicher Ausgabensteigerung.

Im Kern muss jedes Krankenhaus wenigstens das Vereinbarungsbudget erreichen. Wenn, was nicht selten ist, die Faktorkosten, insbesondere Personal und Kosten der baulich-technischen Infrastruktur, überdurchschnittlich hoch sind, nützen nur Mehrerlösstrategien. die allerdings besonders dort erfolgreich sein können, wo das Krankenhaus Fallakquise betreiben kann, also sowohl Fallmenge als auch Fallstruktur beeinflussen kann. So lassen sich Fälle in der Kardiologie, der Kardiochirurgie oder der Orthopädie leichter „steuern“, als etwa Fälle in der intensivmedizinischen Versorgung von Frühgeborenen (Neonatologie), der Versorgung von Mehrfachverletzten (Polytraumata) oder der Schwerbranntintensivversorgung.

Die Veränderungen zeigen die nachfolgenden Grafiken:

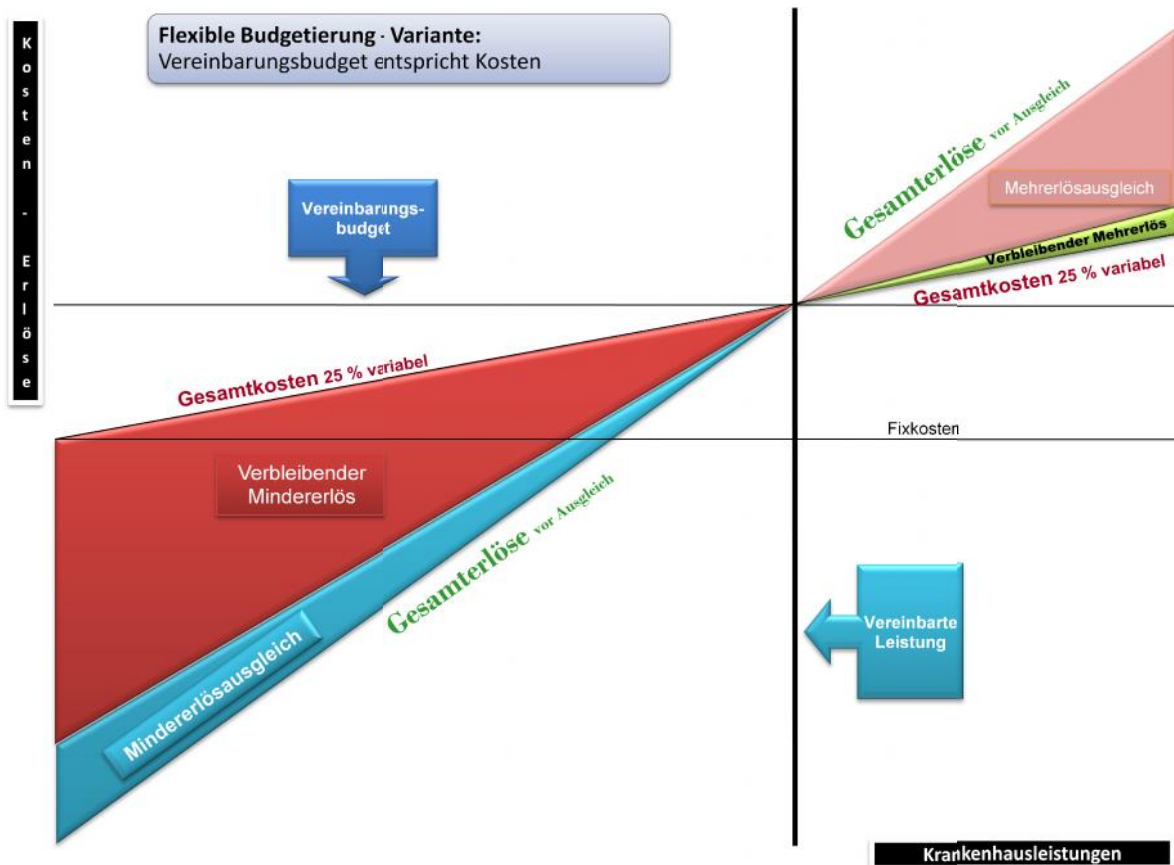
Grafik 1 illustriert den prinzipiellen Zustand vor der DRG-Einführung.

Maßstab ist ein Anteil variabler, also leistungsversachter Kosten von 25 %, der als Standardwert des Erlösausgleichs angenommen wird. Die fixen Kosten, also die Kosten der Leistungsbereitschaft, werden garantiert. Prinzipiell sollten die betrieblichen Kosten den Erlösen der Krankenkassen entsprechen, so dass eine Unter- oder Überfinanzierung unterbleiben sollte oder nur begrenzt möglich wurde (insbesondere durch die Budgetierung in Folge des Gesundheits-Strukturgesetzes, die eine Fortschreibung von Budgets aufgrund externer Vorgaben vorsah und damit eine begrenzte Entkopplung von den Selbstkosten des Krankenhauses).



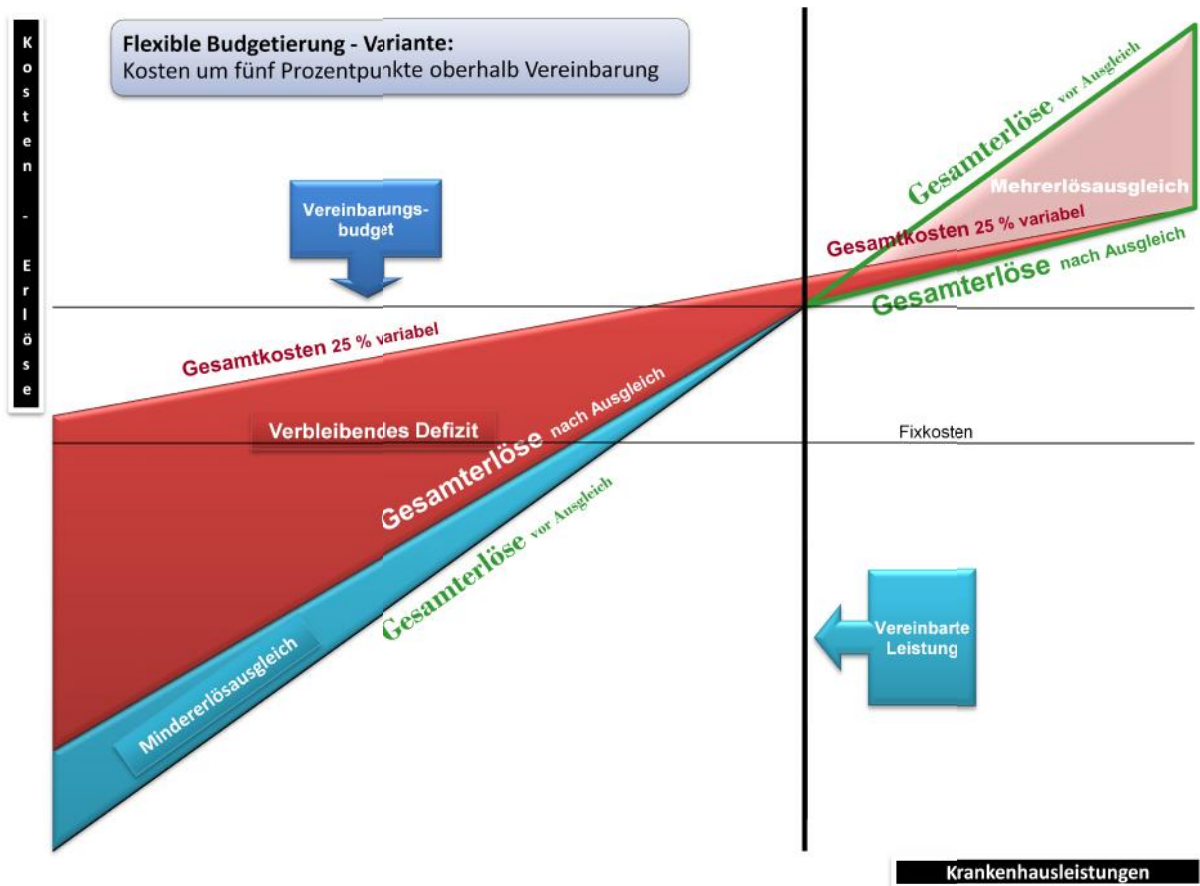
Grafik 2 (heute) illustriert den (formalen, aber unwahrscheinlichen) Fall, dass das Erlösbudget und die betrieblichen Kosten übereinstimmen

Das Krankenhaus muss eine Mehrerlösstrategie betreiben, um keine Defizite zu riskieren. Schon ein geringes Zurückbleiben der Leistungserlöse führt zu einem Defizit. Jede Mehrleistung führt dagegen zu einem Überschuss.



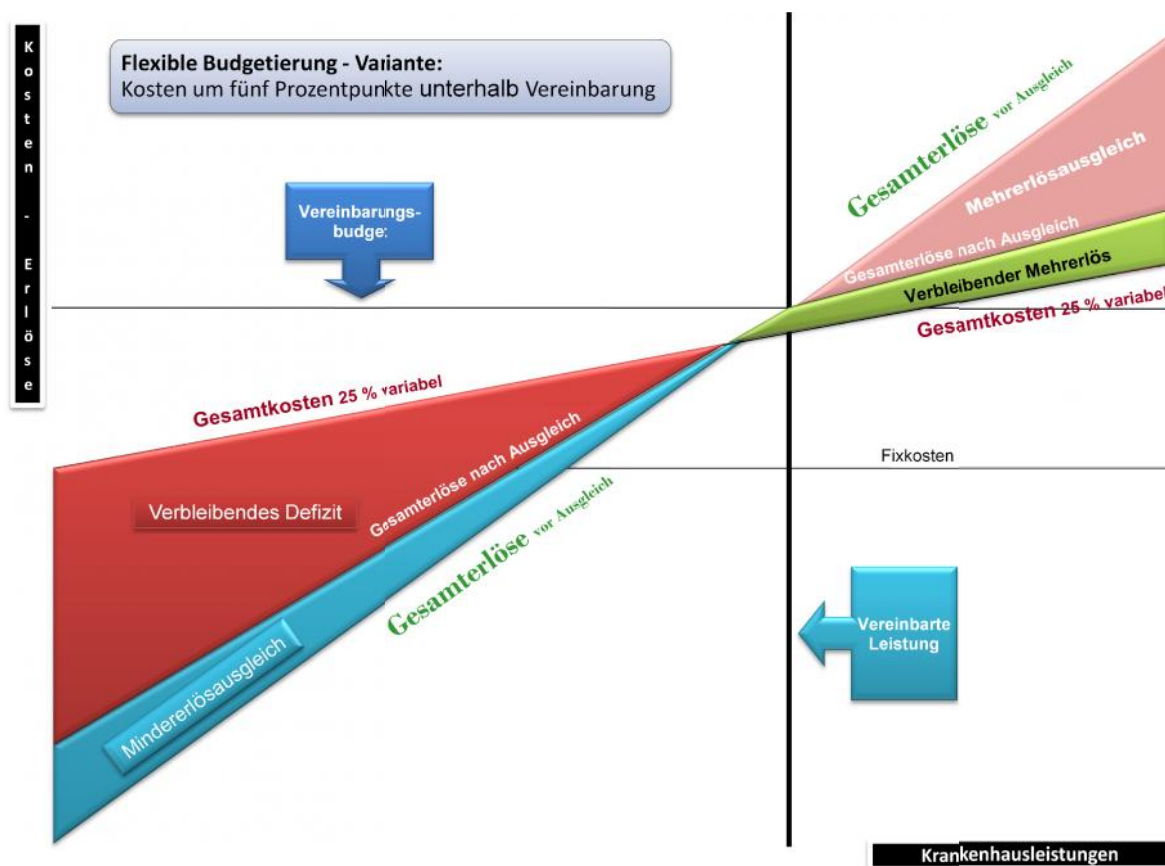
Grafik 3 (heute) zeigt die Konstellation bei einem Krankenhaus mit einer Kostenstruktur oberhalb der Vereinbarung

Nur mit einem deutlichen Mehrerlös, und damit mit einer Erhöhung der Leistungen, sowie mit einer Kostensenkungsstrategie kann das Krankenhaus ein ausgeglichenes Ergebnis erzielen.



Grafik 4 (heute) zeigt die Konstellation bei einem Krankenhaus mit einer Kostenstruktur unterhalb der Vereinbarung

Im letzten Fall ist eine Mehrerlösstrategie nicht zwingend. Da bereits ein geringer Mindererlös zu einem Verlust führen kann, ist die Mehrerlösstrategie auch hier naheliegend, insbesondere, wenn das Unternehmen gewinnwirtschaftlich orientiert ist, also eine Renditeerwartung an das Unternehmen erwartet wird.



Die genannten Konstellationen sind idealtypisch. Die betriebliche Wirklichkeit ist deutlich komplexer. So lässt sich die Steigerung der Erlöse nicht nur durch eine höhere Fallmenge, sondern auch durch eine höhere Fallschwere erreichen, die zu höheren Erlösen pro Fall führt. In Deutschland hat die durchschnittliche Fallschwere seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems um sieben bis acht Prozent, bei gewinnwirtschaftlichen Unternehmen sogar um zehn Prozent zugenommen. Sie ist besonders dann vorteilhaft gegenüber der Fallzahlsteigerung, wenn durch die Fallschweresteigerung, z.B. durch Nutzung teurer Funktionsbereiche, die allerdings durch die Leistungsbereitschaft vor allem Vorhaltekosten sind, der Deckungsbeitrag pro Fall steigt. Die Mehrerlösstrategie lässt sich zudem

durch eine Stärkung von elektiven Fällen mit einem hohen Deckungsbeitrag verbessern, also eine Verringerung des Anteils von variablen Kosten bei gleichzeitiger Leistungssteigerung.

Deutlich wird an den idealtypischen Fallkonstellationen aber vor allem die Unausweichlichkeit und besondere Bedeutung nicht-medizinisch-pflegerischer Strategien in der Krankenhausversorgung. Anders als in der ursprünglichen kosten(deckungs-)orientierten Finanzierungsmethodik ist in der leistungs-/erlösorientierten Finanzierungsmethodik eine betriebswirtschaftliche Strategie zwangsweise dominierend, weil die Gewährleistung der Leistung nicht im Vordergrund der Finanzierung steht. Stattdessen wird auf eine betriebswirtschaftliche Zielstrategie fokussiert, die gegenüber dem originären Zweck des Krankenhauses, die Patientenversorgung, wenigstens gleichgewichtig sein muss, wenn nicht sogar dominant ist.

Dies bedingt eine Standardisierung der Gestaltung des Behandlungsfalls, woraus sogar eine höhere formal-technische Qualität resultiert, um den Behandlungsfall ökonomisch „berechenbarer“ zu machen. Gleichzeitig bedingt diese Normierung die Objektivierung des Patienten, also die ‚Entkleidung‘ von seinen biografischen Eigenschaften, die nicht fallspezifisch oder in einem ökonomischen Sinne behandlungserforderlich sind. Ursache ist die faktische Fallbudgetierung, die sich über die Definition der Kernleistung heraus ergibt, die nur leistungsrelevante Aspekte der Patientenbiografie zulässt und alle darüber nicht definierten Leistungen ausgrenzt. Da jeder DRG-Fallpauschale betriebswirtschaftliche Details, wie die Verweildauer und der Ressourcenverbrauch, zugeordnet sind, werden diese sowohl steuerungs- als auch handlungsrelevant. Die DRG-Kodierung verlangt kodierrelevante medizinisch-pflegerische Handlungen, die jeweilige Wertigkeit der DRG und die Normverweildauer signalisieren dabei einen ‚normalen‘, anzustrebenden Behandlungsablauf, einen ökonomischen Korridor des medizinisch-pflegerischen Handelns.

Auch wenn dieser Korridor sich aus der Kalkulation des medizinisch-pflegerischen Behandlungsablaufs in realen Prozessen ergibt, kann nicht übersehen werden, dass die daraus resultierenden Fall Erlöse nur zufällig mit den tatsächlichen Aufwendungen eines Krankenhauses übereinstimmen. Denn die Faktoren, die die Fallkosten jeweils bestimmen, sind vielfältiger, als es die Kalkulation abbilden kann: die Bettenauslastung, die Personaldurchschnittskosten, die Leistungsstruktur des Krankenhauses, die baulichen Bedingungen usw.

Tatsächlich bleiben auch die ökonomischen Aspekte des Finanzierungssystems fragwürdig, da sie, anders als es die traditionelle Ökonomie nahelegt, die unternehmerische Handlungsfreiheit nicht insgesamt erhöhen, sondern als administriertes Preissystem wirtschaftlich normierend auf die betrieblichen Strukturen wirken. Dies bedeutet, dass sich das medizinisch-pflegerische System innerhalb dieses ökonomisch vorgegebenen Rahmens zu organisieren hat.

Damit wird nicht nur der Patient objektiviert, sondern auch das medizinisch-pflegerische Handeln. Das System widerspricht deshalb einer gesundheitspolitisch begründeten Systemgestaltung, indem es in einem auf soziale Leistungserbringung orientierten System das Prinzip der Leistungs- und vor allem der Gewinnsteigerung implementiert. Das Medizinisch-Pflegerische tritt hinter das Betriebswirtschaftliche. Der Zweck des Medizinisch-Pflegerischen, der prinzipiell damit verbunden ist, sich selbst überflüssig zu machen, wird betriebswirtschaftlich in eine Maximierungsstrategie verwandelt. Ein ökonomisch begründeter Effizienzbegriff verdrängt den medizinisch-pflegerischen Wirkungsbegriff. Es kann genügend aufgezeigt werden, dass solche Finanzierungssysteme den Bedingungen der Leistungen bei Krankheit nicht gerecht werden können. Die immer wieder gefeierten Erfolge des Fallpauschalensystems in Deutschland beruhen daher einerseits auf einem traditionellen ökonomischen Verständnis gesundheitlicher Leistungserbringung, und sie feiern einen darauf gegründeten unpassenden Effizienzbegriff, und unterschätzen die systembedingten und strukturellen Implikationen auf das Leistungsgeschehen.

Schlussfolgerungen

Einzig das technokratische Verständnis, dass ein Markssystem das grundsätzlich unübertreffbar effiziente Instrument zur Verteilung knapper Ressourcen ist, führt zu Instrumenten der Finanzierung, die als marktanalogue zu bezeichnen sind. Das Marktmodell arbeitet mit Sanktionen. Wer sich den Marktbedingungen nicht anpasst, wird zum Verlierer, scheidet entweder aus dem Markt aus oder muss sein Verhalten zielgerichtet anpassen. Sofern ihr Verhalten und ihre Ziele nicht bereits ursprünglich diesen Bedingungen entsprechen, haben sie nur die Wahl zwischen Untergang/Ausscheiden oder Opportunismus. Dies gilt sowohl für Nachfrager als auch Anbieter. Das Versagen zeigt sich in der Regel über den Preis oder/und über die Produkteigenschaften, also die Qualität der Leistung oder des Produkts oder bestimmte Eigenschaften der Leistung. Dabei wird unterstellt, dass die Mechanismen des Marktes, als unpersönlicher Richter, ohne weitere Intervention eines Dritten dazu führen, dass den wirtschaftlichen Interessen und damit den darin sich ausdrückenden Bedürfnissen (Präferenzen) der Marktteilnehmer entspricht.

Wir wissen heute, dass diese Voraussetzungen nicht einmal grundsätzlich gegeben sind, weil bspw. über den Zeitverlauf (intertemporale), räumliche, aber auch aufgrund ungleicher (asymmetrischer) Zugänge zu Informationen und wirtschaftlichen Ressourcen entstehende Externalisierungsprozesse im Marktverhalten Ineffizienzen produzieren. Daran wird deutlich, dass der übliche Effizienzbegriff der Ökonomie gesamtgesellschaftlich, aber auch unter dem Gesichtspunkt unterschiedlichster Dimensionen von Wirtschaftlichkeit unzureichend ist.

Wir können darüber hinaus erkennen, dass im Gesundheitssystem zwei nichtmarktökonomische Fragestellungen aufeinandertreffen, nämlich einmal das Fehlen der wesentlichen Markteigenschaften der Leistungen bei Krankheit, sowie schließlich die auch praktische Erkenntnis, dass selbst dann, wenn wir es nicht mit fehlenden Markteigenschaften zu tun hätten, die Marktergebnisse sozial und ethisch unerwünscht sind. Auf der Grundlage dieser Erkenntnis bedarf es nicht nur eines anderen Finanzierungssystems, sondern am Anfang eines grundsätzlich anderen gesundheitsökonomischen Verständnisses, das von dem Gegenstandsbereich ausgeht, also dem Wesen der Leistungen bei Krankheit und zur Förderung von Gesundheit entspricht, und nicht von dem Verständnis getrieben ist, das Standardmodell der Ökonomie dem Gegenstandsbereich überzustülpen.

Führen wir uns noch einmal vor Augen, welche Anforderungen an das wirtschaftliche Handeln im Gesundheitssystem bestehen:

1. *die durch den Leistungserbringer bestimmte Nachfrage (angebotsinduzierte Nachfrage).* Der kranke Mensch bestimmt weder die Definition der Leistung noch bestimmt er den Inhalt der Leistung. Der Gesundheitsprofi, vornehmlich der Arzt, bestimmt wesentlich die Erkrankung (Diagnose) und bestimmt die daraufhin notwendigen therapeutischen Maßnahmen.
2. *die Mischung aus infrastruktureller und individueller Leistung.* Leistungen bei Krankheit und für Gesundheit haben einen doppelten Charakter, sie sind einmal individuelle Leistungen für den Einzelnen als Patient, Pflegebedürftiger oder bei der Vorsorge. Daraus resultiert eine Orientierung auf die konkrete Leistungserbringung. Gleichzeitig sprechen wir vom Gesundheitssystem und implizieren damit, dass wir es mit einem gesellschaftlichen System, mit der gemeinschaftlichen Aufgabe der Gesundheitsversorgung zu tun haben. Dieses wird deutlich anhand der Bedeutung der Gefahrenabwehr, etwa bei Pandemien oder Großschadensereignissen, aber auch bei der Bedeutung des Gesundheitssystems als Bestandteil der sozialen und wirtschaftlichen Daseinsvorsorge.
3. *der dialogische Charakter der Leistung bei Krankheit.* Hiermit gemeint ist die sogenannte Compliance. In einem häufig benutzten, sehr vereinfachenden Verständnis ist damit die Folgsamkeit des Patienten, also das Befolgen der therapeutischen Anweisungen des Gesundheitsprofis durch den Patienten gemeint. In einem ursprünglichen Sinne bedeutet Compliance aber „Übereinstimmung“. Dieses macht deutlich, dass es darum geht, einen gemeinsamen Weg von Gesundheitsprofi und Hilfe suchenden Menschen geht, also die Einsicht und die Fähigkeit zu Einsicht und Verstehen der therapeutischen Maßnahmen, die grundsätzliche Mitwirkung des Patienten, damit verbunden der Respekt und das Vertrauen im gegenseitigen Umgang,
4. *die Einschränkung der Handlungs-, Entscheidungs- und Teilhabefähigkeit.* Die Erkrankung selbst schränkt die Handlungs-, aber auch die Entscheidungsfähigkeit und damit die Fähigkeit zur sozialen Teilhabe ein, je schwerer die Erkrankung desto mehr. Die Leistungen bei Krankheit haben daher nicht zuletzt die Aufgabe, diese Fähigkeiten möglichst wiederherzustellen.

5. *die Unbestimmtheit der Nachfrage, die Unbestimmtheit des Behandlungserfolgs sowie darauf gründende die A-Priori-Unbestimmtheit der Leistung.* Wir sprechen von der sogenannten initialen Ersthochfrage (Primärenachfrage) des Patienten, der Patient definiert nur seine Behandlungsbedürftigkeit, die Leistung wird im Verlauf der Diagnostik und auch des Fallverlaufs, also ob die Wirkung der therapeutischen Maßnahmen angemessen ist, bestimmt. Am Beginn der Behandlung und damit ökonomisch bei der Vereinbarung der Leistung stehen damit die Leistung und der Leistungsinhalt nicht abschließend fest. Deutlich wird dieses bei der Konstruktion des DRG-Preissystems in Deutschland, bei dem nicht die Aufnahme-, sondern die Entlassungsdiagnose preisbildend ist.

Für das System der Finanzierung von Leistungen bei Krankheit gelten damit die in den folgenden Abschnitten dargestellten Grundsätze.

A. *Das Finanzierungssystem muss möglichst wenig leistungssteuernd wirken.*

Die traditionelle Ökonomie spricht von Anreizsystemen oder schlicht Anreizen. Faktisch bedeutet die systemische Steuerung über ökonomische Anreize im Gesundheitssystem, dass wir es immer mit ‚administrierten Preisen‘, also durch Verwaltungshandeln vorgegebene Preise, zu tun haben. Dieses Verwaltungshandeln setzt dann Anreize, um ein gemeintes, gewolltes medizinisch-pflegerisches Handeln zu provozieren. Das Preissignal wirkt dabei ausschließlich auf den Leistungserbringer, es normiert daher das Handeln der Gesundheitsprofessionellen, einerseits über die Leistungsdefinition, andererseits über die mit dem Vergütungssystem verbundenen Mechanismen, Zu- oder Abschläge für Mengenentwicklungen, Zu- oder Abschläge für bestimmte Qualitäten (Handlungen, Abläufe, Standards, Behandlungsergebnisse). Das administrative Handeln hat dabei per se die Kenntnis des richtigen medizinisch-pflegerischen Handelns zu besitzen. Je stärker gesteuert wird, je präziser die Leistungsdefinitionen sind, je konkreter positive und negative ökonomische Sanktionen ausfallen, desto richtiger muss für die Praxis die administrative Vorgabe sein.

In der Realität ist dieses nicht möglich. Aus diesem Bewusstsein über die praktische Unmöglichkeit resultieren immer komplexere Vergütungssysteme mit immer mehr Mechanismen der Kontrolle und Gegensteuerung, die der jeweilige Leistungserbringer nicht mehr adäquat selbst beherrschen kann. Dazu benötigt er Hilfsmittel, in der Regel DV-gestützt. Selbst oder gerade gutwillige medizinisch-pflegerische Leistungserbringer können ohne Leistungsstruktur optimierende Hilfsmittel wirtschaftlich nicht überleben. Am deutlichsten wird dieses an der Bedeutungszunahme des Controllings im Krankenhaus. So entwickelte sich die ursprüngliche medizinische Dokumentation zum Medizincontrolling ‚weiter‘, das heute eine wesentliche Funktion in Hinsicht auf die Leistungs- und Erlössteuerung im Krankenhaus besitzt. Dabei übersetzt das Medizincontrolling die ökonomischen Anforderungen aus dem Vergütungssystem

tem in innerbetriebliche Anforderungen an die medizinisch-pflegerischen Leistungserbringer. Dabei bildet sich eine ganz spezifische Hierarchie ab: Die ökonomischen Ziele und damit das betriebliche Management definieren das medizinisch-pflegerische Handeln, welches über das Controlling in medizinisch-ökonomische Ziele transformiert wird. Diejenigen Gesundheitsprofis, die die Leistungen definieren und/oder diese definierten Leistungen konkret als Leistung abbilden, haben wiederum Vorrang vor denjenigen Berufen und Berufsgruppen, die diese so definierte Leistung (nur) unterstützen beziehungsweise dieser assistieren. Das sind in der Regel alle pflegerischen und medizinischen Assistenzberufe, desweiteren die sogenannten tertiären Dienstleister, wie Reinigungsdienste, Logistikpersonal usw. Die Dominanz des Ökonomischen bildet sich also in der betrieblichen Hierarchie ab. Die ökonomisch relevanten Leistungserbringer haben größere Bedeutung gegenüber den ökonomisch weniger relevanten Leistungserbringern.

Diese Hierarchiekette ist der wesentliche Kern dessen, was wir mit Ökonomisierung bezeichnen wollen, nämlich die Definition des Medizinisch-Pflegerischen durch wirtschaftliche Vorgaben, de facto also beschreiben wir die Ökonomie mit Medizin und Pflege, anstelle Medizin und Pflege mit Ökonomie zu beschreiben. Die Ökonomie wird damit nicht zum Assistenten von Medizin und Pflege bzw. medizinisch-pflegerischen Prozessen, was sie eigentlich sein müsste, sondern zu deren „Dominator“. Die Steuerung über (ökonomische) Anreize entspringt einem ökonomozentrischen Verständnis, das nicht nur die gesundheitspolitische Diskussion beherrscht.

Die Forderung, nicht über wirtschaftliche Anreize zu steuern, scheint deshalb auf den ersten Blick weltfremd zu sein. Tatsächlich wissen wir, gerade aus betrieblicher Praxis, dass die Motivation für Handlungen eben nicht ausschließlich, häufig noch nicht einmal wesentlich ökonomisch begründet ist. Intrinsische Motivation, berufliche und berufspolitische Motivation, Respekt und Anerkennung begründen Motivation wesentlich stärker als ökonomische Anreize, die auf eine eindimensionale Zieleethik hin orientiert sind. In einem geldgesteuerten System wirkt Geld bekanntlich als Hygienefaktor, es kann Motivation zulassen oder sie abwürgen, aber nicht erzeugen. Andere Instrumente der Steuerung gesundheitlicher Leistungserbringung auszublenden ist also keine Zwangsoption, sondern zeugt eher von einer Denkstarre. Es gibt deutlich mehr Instrumente medizinisch-pflegerischer Leistungssteuerung als das der ökonomischen Anreize. Dazu muss man aber den dem traditionellen ökonomischen Denken zugrunde liegenden Grundsatz des antagonistischen Verhaltens, also des Gegeneinanders im Handeln, aufgeben. Das Erachten, dass die Leistung bei Krankheit eine gemeinsame Leistung sowohl unterschiedlicher Leistungserbringer, als auch von Patienten/Hilfesuchenden und Leistungserbringer/Hilfgebenden ist, verlangt eine Form der Leis-

tungsvergütung, die vertrauensvolle Zusammenarbeit ermöglicht, die den Respekt vor der medizinisch-pflegerischen Leistung zum Ausdruck bringt, indem sie diese begleitet und nicht hervorruft.

B. *Die Unterscheidung zwischen infrastruktureller Aufgabe und personenbezogener Versorgungsleistung.*

Diese Unterscheidung gilt insbesondere die Krankenhausversorgung, zumindest im jetzigen System weniger die ambulante Akutversorgung mit der Einzelpraxis als dominierendem Betriebstyp. Es betrifft die Frage, ob wir eine duale Finanzierung, die den Charakter der Objektförderung besitzt, oder eine monistische Finanzierung für richtig halten. In der bisherigen Diskussion um die duale Finanzierung versus monistische Finanzierung werden wesentlich betriebswirtschaftliche Fragestellungen, die auf die unternehmerische Selbststeuerung verweisen, in den Vordergrund geschoben. Es müsste eigentlich nicht mehr betont werden, dass es Investitionen geben kann, die erstens infrastrukturelle Aufgaben erfüllen helfen sollen, aber zum zweiten auch dann getätigt werden müssen, wenn eine Auslastung nicht gewährleistet werden kann, weil die medizinischen Fälle in dieser Zahl nicht entstehen, über die dennoch eine Absicherung eines Leistungsbedarf im Raum dargestellt werden muss. Es ist daher mehr als sinnvoll, die Diskussion um den Sinn und die Vernünftigkeit der dualen Finanzierung neu, fern ideologischer Scheuklappen oder interessengeleiteter Motive zu führen. Insbesondere für Groß-Investitionen mit mehrjährigen, d.h. mittel- und langfristigen Nutzungszeiten sowie wie die bauliche Struktur also die Immobilien des Gesundheitssystems an sich ist die duale Finanzierung ein sehr angemessenes Finanzierungsinstrument.

C. *Die Berücksichtigung der Leistungsstruktur als besondere Eigenschaft der Leistung selbst.*

Im Krankenhausfinanzierungsrecht wird dieses bereits unterschieden, indem wir von Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung sowie Maximalversorgung sprechen. Gemeint ist dabei die Zusammensetzung der Leistungen nach Fachabteilungen, z.B. Neurochirurgie und Herzchirurgie als besondere Fachabteilungen, nach diagnostischen und/oder therapeutischen Schwerpunkten, wie etwa Frühchen-Intensivversorgung (Neonatologie), Schwerverbrannten-Intensivversorgung oder hochwertige diagnostische Einrichtungen.

Im ambulanten Bereich hingegen werden neben der Trennung von Primärversorgung (Allgemeinmedizin) und Sekundärversorgung (Fachärzte) unterschiedliche Betriebstypen in der Re-

gel nur als Alternativen im Wettbewerb diskutiert, Ende der 90er Jahre gab es eine Diskussion um integrierte Versorgungsformen, die allerdings weder in die derzeitige Diskussion, noch in heutige Betriebsformen ernsthaft eingedrungen sind. Die Diskussion um die integrierte Versorgung in Primär- und Sekundärversorgung hatte immer den Hintergrund der Einsparung im konkreten Leistungsgeschehen. Faktisch war die Diskussion in den 1990er Jahren immer auf die Verbesserung der Leistungsstruktur und der Leistungsergebnisse zugunsten der Patienten gerichtet. Die betriebswirtschaftliche Billigkeit oder Günstigkeit der Leistungserbringung dominiert auch heute noch die Diskussion und verstellt den Blick auf die systemische Wirtschaftlichkeit.

Die Leistungsstruktur eines Krankenhauses oder eines Gesundheitszentrums stellt eine besondere Eigenschaft der Leistung dar, die sowohl auf die Leistungsqualität als auch auf die betriebswirtschaftlichen Bedingungen eines Krankenhauses oder eines Gesundheitszentrums Auswirkung hat. Aus dieser Besonderheit resultieren Unterschiede in der Krankenhausinvestitionsförderung, aber auch das vor der Einführung des DRG-Fallpauschalensystem vorherrschende Verständnis in der Krankenhausfinanzierung, dass die Vergütung an den Bedingungen des jeweiligen Krankenhauses zu orientieren ist.

Darüber hinaus geht es auch darum, Leistungen sinnvoll zu kombinieren, die im bisherigen Verständnis nicht zusammen gehören. Damit sind gemeint: A. Leistungen auf der horizontalen Leistungsebene (konsiliarische Leistungen), B. Leistungen auf der vertikalen Leistungsebene (Kombination stationärer, teilstationärer und ambulanter Leistungen, Frührehabilitation usw.), C. Leistungen angrenzender Leistungssegmente (Kombination präventiver, pflegerischer, rehabilitativer, akutmedizinischer Leistungen) und D. Leistungen im Fall sozial ergänzender Leistung (z.B. Sozialarbeit, Jugendhilfe und ähnliche Leistungen in Kombination mit medizinisch-pflegerischen, therapeutischen Leistung). Diese Fragestellungen gehören zudem in ein System regionalen Gesundheits- und Sozialmanagements, dass unter dem Regime ordnungspolitischer Gestaltung bisher keine Realisation finden kann. Es geht hier um die Verwirklichung regionaler Gesundheitsziele, die auch der besonderen sozialen und gesundheitlichen Situation vor Ort geschuldet sind und diesen gerecht werden müssen. Der traditionellen Bindestrichökonomie fehlen hierfür (bislang) die zielorientierten Instrumente.

D. Die Berücksichtigung der Leistungsqualität.

Neben den üblichen Dimensionen von Qualität (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität), die den Fokus auf die technische Ausführung und Durchführung der Leistungen legen, geht es auch um die systemische Qualität, die nur entlang von regional definierten Zielen bewertbar ist. Zu

diesen gehören die soziale Wirksamkeit des Gesundheitssystems, die Preiswürdigkeit des Gesamtsystems, die Wirksamkeit im Zeitverlauf in Hinsicht auf die Morbidität, Mortalität und körperlich-geistige Teilhabefähigkeit innerhalb der Altersgruppen und der sozialen Schichtungen.

In einem leistungsorientierten Finanzierungssystem liegt der Schwerpunkt auf der Preiswürdigkeit der jeweiligen einzelnen Leistung. Durch die Konzentration auf die einzelne Leistung wird auch die Leistungsdefinition beschränkt bleiben müssen auf die technische Dimension von Qualität und führt damit auch in eine starke Normierung von medizinisch-pflegerischen Handlungen. In der Konsequenz kann dieses bedeuten, dass sinnvolle Leistungen, die der Biografie des einzelnen Falles sinnvoll entsprechen, unterbleiben, nicht nur weil sie nicht bezahlt werden, sondern weil sie mit der vorgegebenen technischen Qualität nicht übereinstimmen, oder umgekehrt Leistungen nur deshalb erbracht werden, weil sie finanziert werden. Das Verlassen der normativen Vorgaben kann für den einzelnen Leistungserbringer nicht nur zu höheren Ausgaben bzw. geringeren Einnahmen führen, sondern auch zu einer schlechteren ausgewiesenen externen Qualität führen oder sogar haftungsrechtliche Konsequenzen haben, wenn der Erfolg der Behandlung im Einzelfall ausbleibt. Dieses bedeutet unter dem Gesichtspunkt der Einkommenserzielung oder auch der Gewinnmaximierung, dass es besser ist, eine weniger geeignete, aber vorgegebene Leistung korrekt zu erbringen als eine nicht vorgegebene besser geeignete, oder komplexe Behandlungsfälle möglichst nicht zu behandeln.

Das hier vertretene Verständnis von Leistungsqualität, also systemische Qualität, steht damit im Widerspruch zu einer auf technische Qualität und technische Ausführung hin orientierten Vergütungssystematik. Der „Sanktionismus“ der traditionellen Ökonomie erhöht zwar auf den ersten Blick den Druck eine bessere Qualität zu erreichen. Allerdings reden wir in der Regel von normativer und statistischer Qualität. Wie solche „qualitätsorientierten“ finanziellen Anreize wirken, zeigen amerikanische Studien zur qualitätsorientierten Vergütung. Zwar wird durch finanzielle Anreize für ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Verhalten erhöht sich die Häufigkeit der belohnten Prozeduren je nach Art bei Ärzten zunächst zwischen zehn Prozent und einem Drittel, jedoch wird es trotz finanzieller Anreize von kaum mehr als 85 % gezeigt. Bezeichnend ist aber, dass, wenn man den finanziellen Anreiz wegnimmt, weniger Ärzte als vorher die Leistungen ohne finanzielle Unterstützung erbringen als vor dem Einsatz der qualitätsorientierten Vergütung. Die „Erziehung“ durch finanzielle Anreize verändert also das professionelle Verhalten in Hinsicht auf die Einstellungen zum eigenen professionellen Handeln.

Wie gesagt ist eine Eigenschaft der Leistung bei Krankheit, dass wir es mit einer unspezifischen Leistungsnachfrage haben, die durch die Eigenschaft der Compliance immer eine Gemeinschaftsaufgabe zwischen krankem Mensch und Gesundheitsprofi ist. Deren Ergebnis ist aber nicht sicher, und häufig stellt sie auch eine Abfolge von diagnostischen und therapeutischen Versuchen und Misserfolgen dar. Der „Misserfolg“ ist ein alltäglicher Begleiter von pflegerischen und medizinisch-therapeutischen Handlungen. Durch die sanktionistische Herangehensweise, wie sie die gängige Sichtweise der traditionellen Ökonomie ist, wird eine Trennung zwischen krankem Menschen und Gesundheitsprofi vollzogen. Der Patient wird zum potenziellen Gegner, zu einem Risiko, nicht nur mehr medizinisch-pflegerisch, sondern, neben der haftungsrechtlichen Fragestellung, ökonomisch und konsequenterweise auch unternehmerisch, wenn die nach außen präsentierte Qualität dadurch eingeschränkt wird.

Das Verständnis, Wettbewerb um Qualität zu betreiben, scheitert auch am Qualitätsbegriff selbst, weil es bei der Qualität immer um gemeinte, d.h. zweckbestimmte und -geeignete Eigenschaften eines Produktes, einer Leistung, einer Ware geht, die in der dieser Form in der Krankenversorgung über Marktmechanismen weder ermittelt noch verteilt werden können.

Schließlich ist der Wettbewerbsmechanismus in Hinsicht darauf, dass wir es bei der Krankenversorgung immer mit dem Schutz von Menschen zu tun haben, ein fatales Instrument. Dem Grunde nach verlangt nämlich der wirtschaftliche Wettbewerb, dass wir schlechte und gute Qualität, also im Gesundheitssystem schädigende und nicht schädigende Leistungen, zulassen und über den Marktmechanismus die Spreu vom Weizen im Zeitverlauf getrennt wird. Dies bedingt, dass die als qualitativ hochwertig angesehenen Anbieter stärker nachgefragt werden bzw. die als minderwertig angesehenen Anbieter aus dem Markt ausscheiden. Wenn, wie im Gesundheitswesen durchaus üblich, das Angebot quantitativ angemessen ist, also dem potenziellen Bedarf entspricht, führt ein erzwungenes Ausscheiden zu einem Nachfrageüberhang, d.h., die Zahl der Hilfe Bedürftigen übersteigt die Zahl der Hilfe Gebenden. Oder aber die qualitativ unzureichenden Angebote verbleiben am Markt, um das Angebot quantitativ angemessen zu halten. In beiden Fällen greifen dann verteilungspolitisch und medizinisch-pflegerisch bedenklich Instrumente, etwa Zusatzzahlungen, Privatversicherungen, Zusatzversicherungen oder ähnliches, um individuell auf das hochwertige Angebot rechtzeitig oder zeitnah, bevorzugt zugreifen zu können.

Alle diese Betrachtungen führen dazu, dass man nach anderen Instrumenten zur Bewertung von Qualität im Gesundheitssystem suchen muss, die eben nicht marktökonomisch sind. Qualitätsentwicklung sollte als stetiger systemischer Prozess verstanden werden, und sie sollte durchaus analog kontinuierlicher betrieblicher Verbesserungsprozesse als Beratungs- und diskursiver systemischer Entwicklungsprozess angelegt sein. Die Forderung an ein Vergü-

tungssystem ist es daher, dass es nicht als Belohnungssystem funktioniert, sondern dass es qualitätsneutral wirkt, also weder in Hinsicht auf Prozeduren, noch Leistungen, noch Patientinnen und Patienten Selektionsprozesse der Anbieter bewirkt. Vielmehr bedarf es einer, wettbewerbswidrigen, Transparenz, sowohl in Hinsicht auf die Fehler und die Entstehung von Fehlern, als auch in Hinsicht auf strukturelle, prozessuale und systemische Verbesserungen. Doch auch in dieser Hinsicht taugt der Wettbewerb nicht als Moderator, der das Gegenteil von Transparenz fördert und erfordert, weil sich jeder Einzelne Vorteile sichern möchte, also Verbesserungen wettbewerbsfördernd für sich einsetzt, gleichzeitig Fehler gegenüber Dritten verbergen möchte.

Ein angemessenes Vergütungssystem muss zuerst den infrastrukturellen Charakter medizinisch-pflegerischer Leistungserbringung berücksichtigen. Das bedeutet, dass es entweder degressiv in Hinsicht auf die einrichtungsbezogene Leistungsentwicklung gestaltet ist, also ab einem definierten Leistungsvolumen mit einer geringeren leistungsorientierten Vergütung arbeitet, oder aber, den Eigenschaften der Leistung eher angemessen, ein mehrgliedriges Finanzierungssystem ist, das zwischen den zu finanzierenden Kostenarten oder den Eigenschaften von Kosten (Investitionskosten, betriebliche Vorhaltekosten o.ä.) differenziert, die bei der Vorhaltung der Leistungsstruktur und der Leistungsbereitschaft entstehen, und solchen Kosten, die unmittelbar bei der Leistungserstellung entstehen. In einem ersteren Fall haben wir es mit einer monistischen, also einheitlichen Finanzierung zu tun. Alles wird über eine Vergütungsform finanziert. Im zweiten Fall haben wir es mit einer dualen Finanzierung zu tun, die wir im deutschen Krankenhausbereich in der Investitionsförderung seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 kennen. Insbesondere bei Groß-Investitionen mit langen Nutzungszeiten sowie für die bauliche Struktur an sich ist die duale Finanzierung ein sehr angemessenes Finanzierungsinstrument. Die Forderung zur Beibehaltung der dualen Finanzierung in der Krankenhausfinanzierung ist daher nicht vornehmlich politisch (Verantwortung der öffentlichen Hand), sondern vordringlich sachlich-inhaltlich begründet.

Denn das Vergütungssystem soll so gestaltet sein, dass es keine Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen erzwingt oder verhindert. Es soll, in Abgrenzung von dem von Traditionalisten häufig gleichgesetzten Gewinnprinzip, die Einkommensfunktion für die Beschäftigten und die Leistungserbringer wertschätzend erfüllen. Das Vergütungssystem muss in diesem Sinne die Möglichkeit zulassen, einen systemischen Qualitätsentwicklungsprozess zu ermöglichen. Das bedeutet, dass es strukturelle Elemente, wie einen qualifizierten Personalbedarf integriert, aber auch durch Leistungstransparenz einen Leistungsvergleich zulässt, der gesamtsystemische Qualitätsverbesserungen ermöglicht. Gleichzeitig muss es die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsbereichen und den unterschiedlichen Leistungserbringern positiv ermöglichen. Manfred Fiedler

Literatur:

Abholz, H.-H. (2012); Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin, Vortrag Essen „Standardisiert und Verarmt“; http://www.impatientia-genarchiv.de/index.php/id-01_abholz.html

David, G (2005).; The Convergence between For-Profit and Nonprofit Hospitals in the United States; http://www.aeaweb.org/annual_mtg_papers/2006/0106_0800_0204.pdf

*Dohmen, A.; Fiedler, M.; Rätz, W.; Schüßler, W.(2013); Gesundheit ist keine Ware. Hamburg
European Commission, Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (2014);*

European Commission, Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) (2014); Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems; Brussels

Fiedler, M. (2014); Rettet die Krankenhäuser; Castrop-Rauxel, <http://neuegesundheit2020.de/>

Hollingsworth, J.N.; Zaojun Ye; Strobe, S. A.; Krein, S.L.; Hollenbeck, A. T.(2010); Physician-Ownership Of Ambulatory Surgery Centers Linked to Higher Volume f Of Surgeries; in: Health Affairs 29, no.4 :683-689

Lester, H. etal (2010); The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators; in: BMJ 2010, 340, c1898.

Kamiske,G.; Brauer, J.-P.(1995); Qualitätsmanagement von A-Z; 2. A. München-Wien

Thiemeyer, T.(1981); Art. Gesundheitswesen. I. Gesundheitspolitik, in: Albers, J. etal (Hrsg.); Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, 34./35. Lieferung, Stuttgart/NewYork, S. 576- 591