

Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie, München

Ist regionale Steuerung leistungsfähiger als Zentralismus?⁴⁹

Begriffliche Vorklärung: Staatlicher Zentralismus versus marktliche Konzentration	37
1. Ziele von Zentralisierung	38
2. Stand der Diskussion in Deutschland	39
3. Instrumente zur Zentralisierung bzw. Dezentralisierung	45
4. Exkurs: Preistheoretische Überlegungen zu Einheitspreisen und regional unterschiedlichen Preisen	48
5. Suche nach einem Optimum	50
6. Ausblick: Gesundheitspolitik in der EU – Wettbewerb der Regionen	52

49 Der Beitrag geht auf einen gleichlautenden Vortrag des Verfassers zurück, anlässlich des 3. Linzer Gesundheitspolitischen Gesprächs am 15.09.2011

In unserer Betrachtung unterscheiden wir Zentralismus als politisch gewollte Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung von der marktlichen Konzentration, die durch wettbewerbliche Prozesse getrieben wird. Regionalisierung ist immer Dezentralisierung. In Deutschland beobachten wir seit dem Jahr 2000 eine Zentralisierung der Finanzierung und eine Dezentralisierung der Versorgungssteuerung. Instrumente der Zentralisierung sind einheitliche Vergütungen, Preise und Angebotsplanung. Regionalisierung verlangt preisliche Lenkung, die auf die regionalen Versorgungssituationen abstellt. Da aber Gesundheitsversorgung immer von den lokalen und regionalen Leistungserbringern gewährleistet wird, halten wir eine flexible regionale Versorgungssteuerung einem wie auch immer gearteten Zentralismus für überlegen. Der Wettbewerb der Regionen kontrolliert und dynamisiert die Entwicklung. Risiken einer Regionalisierung sind die „Kirchturmpolitik“ und Nepotismus. Auf der politischen Ebene der EU hat man sich in der Gesundheitspolitik ebenfalls für den Regionalismus entschieden, wobei das nicht zentrale Vorgaben wie die einheitliche Anerkennung der Abschlüsse für Gesundheitsberufe ausschließt. Eine solche Mischung aus zentraler Rahmenvorgabe und regionalen Umsetzungsfreiheiten kommt einem Optimum der Versorgungssteuerung nahe.

Begriffliche Vorklärung: Staatlicher Zentralismus versus marktliche Konzentration

Vorab wollen wir eine begriffliche Klärung vornehmen, um im weiteren Ablauf der Betrachtung inhaltliche Missverständnisse zu vermeiden. Wir unterscheiden in unserer Analyse zwischen staatlichem Zentralismus und marktlicher Konzentration. Staatlicher Zentralismus ist von einer politischen Ebene gewollt und zentralisiert die Entscheidungsbefugnisse in einem Rechtsgebiet an einer Stelle. Dieser staatliche Zentralismus wird von politischen Zielsetzungen geleitet und soll bei uns auch im Weiteren im Mittelpunkt stehen. Kontrapunkt zum Zentralismus sind Föderalismus und Regionalisierung. Beides sind Instrumente der Dezentralisierung. Des Weiteren können staatliche Aufgaben an private oder autonome öffentliche Einrichtungen delegiert werden, was in der Regel ebenfalls mit einer Dezentralisierung einhergeht!

Anders hingegen ist die marktliche Konzentration einzuschätzen. Diese ergibt sich in der Regel durch Wettbewerbsprozesse, die ein Ausscheiden, aber auch ein Neueintreten von Marktteilnehmern regeln. Wir stellen fest, dass die marktlichen Konzentrationsprozesse oft von Innovationen ausgelöst werden. So ist vor allen Dingen in technikintensiven Bereichen die marktliche Konzentration dadurch hervorgerufen, dass nur wenige Anbieter von Innovationen im Markt rasch wachsen und so quasi eine Konzentration über marktliche Prozesse auslösen. Eine andere Ursache für marktliche Konzentration ist der Verdrängungswettbewerb, der die bedrohten Marktteilnehmer dazu bringt, sich zu größeren Einheiten zusammenzuschließen, um so im Verdrängungswettbewerb besser standhalten zu können. In beiden Fällen aber ist der Konzentrationsprozess nicht vorhersehbar und in der Regel endlich. So erleben wir beispielsweise im EDV-Bereich, dass die Konzentration auf einige wenige Marktteilnehmer durch entsprechende marktliche Prozesse immer wieder aufgebrochen oder reduziert wird.

Gemeinsam haben beide Prozesse, die Zentralisierung wie auch die Konzentration, dass die Akteure sich von größeren betrieblichen bzw. Organisationseinheiten eine gewisse Marktstärke versprechen, die es ihnen erlaubt, eigene Ziele besser zu erreichen. Gleichwohl gibt es entscheidende Unterschiede: Zentralismus läuft über politische Willensprozesse ab, Konzentration hingegen ist ein marktlicher Prozess, bei dem keine übergeordnete Instanz Entscheidungen fällt, sondern unabhängige Akteure durch ihre jeweiligen Handlungsweisen versuchen, ihre Marktposition zu festigen.

1. Ziele von Zentralisierung

Wie wir schon angesprochen haben, ist Zentralisierung das Ergebnis eines politischen Willensbildungsprozesses, hinter dem die Auffassung steht, dass durch zentrale Entscheidungen, und damit auch letztlich durch Vereinheitlichung, bestimmte Ziele besser erreicht werden. Damit wird Zentralisierung von normativen Zielen geleitet.⁵⁰

1.1. Gleiche Versorgung als normatives Ziel

In der Politik wird vor allen Dingen für den Gesundheitsbereich immer wieder das Ziel aufgestellt, eine gleiche Versorgung für alle Bürger eines Landes zu gewährleisten. Die Vorstellung, dass diese gleiche Versorgung durch eine zentrale Behörde besser erreicht werden kann als durch dezentrale regionale Entscheidungsträger, herrscht hier vor. Die typischen Instrumente hierzu werden wir im nächsten Abschnitt zu behandeln haben. Transferiert man die Zielsetzung Gleichheit in Gleichmäßigkeit, so relativiert sich das Ziel und lässt Unterschiedlichkeiten zu. Damit kann auch eine Brücke zur Regionalisierung gebaut werden.

1.2. Regionalisierung als normative Zielsetzung

Auch eine Regionalisierung der Gesundheitsversorgung entspringt letztlich normativen Zielsetzungen. Auch hier sind die entsprechenden politischen Entscheidungsträger der Auffassung, dass regionale Entscheidungen, und damit auch dezentrale Entscheidungen, die jeweilige Versorgung besser zu steuern vermögen als Zentralismus. Bei einer normativ gewollten Regionalisierung werden von vornherein Versorgungsunterschiede akzeptiert und damit das letztlich sozialpolitische Ziel einer Einheitlichkeit, und sei es nur eine formale Einheitlichkeit der Versorgung, abgelehnt. Doch bleibt es auch bei einer Regionalisierung dem Zentralstaat unbenommen, durch finanzielle Anreize, wie zweckgebundene Zuschüsse an die Regionen, zentrale Ziele anzustreben.

⁵⁰ Zum Folgenden vgl. G. Neubauer, Ziele und Optionen einer Dezentralisierung, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 27–37

2. Stand der Diskussion in Deutschland

In Deutschland hat sich in den letzten 15 Jahren die Auffassung durchgesetzt, dass einerseits die Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach einheitlichen zentralen Vorgaben gesteuert werden sollte, während die Versorgung selbst regional nach den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten auszurichten ist. Dabei gab es auch, je nach politischer Ausrichtung des Gesundheitsministeriums, jeweils Schwankungen in den Schwerpunkten. Trotzdem kann man feststellen, dass die verschiedenen Regierungskoalitionen seit dem Jahr 2000 am Prinzip der Zentralisierung und Vereinheitlichung der Finanzierung und dem Prinzip der dezentralen, regionalisierten Versorgung weitgehend festgehalten haben.

2.1. Zentralisierung der Finanzierung in Deutschland

Einen Meilenstein in der Zentralisierung der Finanzierung stellt der im Jahr 2007 beschlossene und 2009 eingeführte Gesundheitsfonds dar.⁵¹ Dieser sieht vor, dass die Finanzierung der Krankenkassen zentral aus einem nationalen Gesundheitsfonds erfolgt. Der Gesundheitsfonds seinerseits wird über Einheitsbeiträge, welche die Krankenkassen erheben und an den Gesundheitsfonds voll weitergeben, finanziert. Damit ist die Beitragsautonomie der Krankenkassen aufgehoben und wird durch zentrale, einheitliche Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ersetzt. Wir haben in der nachfolgenden Abbildung 1 diesen Zusammenhang dargestellt.

Der Gesundheitsfonds und die Einheitsbeiträge wurden in Deutschland von einer großen Koalition beschlossen, d.h., sie waren Wille der großen Mehrheit der Abgeordneten im Bundestag. Dass die Zentralisierung der Finanzierung, und damit die Abschaffung der Beitragsautonomie der Krankenkassen, auf Widerstand stößt, ist verständlich. Auch in dem derzeitigen Wahlkampf (2013) wird die Beitragsautonomie der Krankenkassen von einigen Parteien zurückgefordert. Selbst

51 Vgl. G. Neubauer, F. Pfister, Der Gesundheitsfonds – eine gesundheitsökonomische Beurteilung, in: Die Krankenversicherung 10/2008, S. 256–260, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010, Band I, S. 27–46

jene Parteien, die den Gesundheitsfonds beschlossen haben, sind teilweise oder ganz für eine Reduzierung dieses zentralen Finanzierungsmodus.

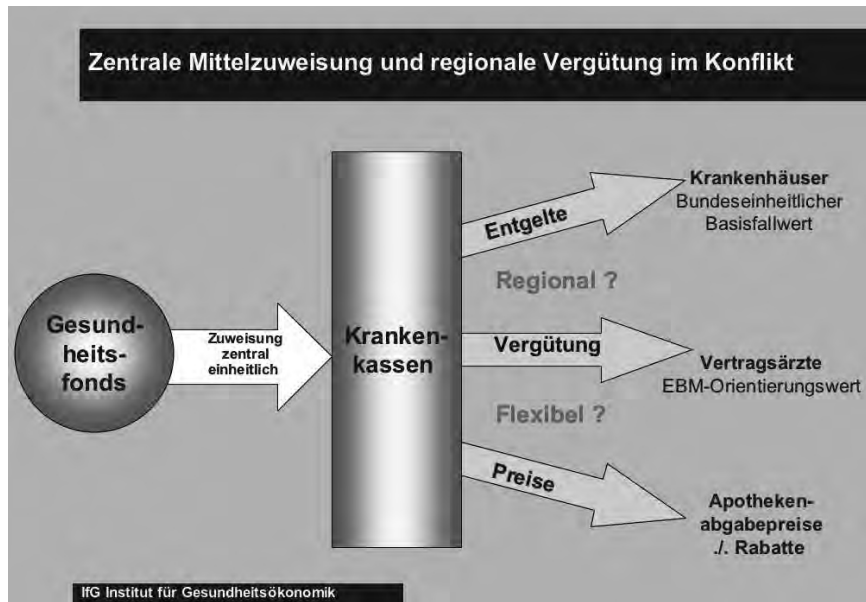


Abb.1: Zentrale Mittelzuweisung und regionale Vergütung im Konflikt

Quelle: Eigene Darstellung

Es bleibt unbestritten, dass der Gesundheitsfonds und die Einheitsbeiträge letzten Endes eine Zentralisierung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland darstellen. Wobei diese Zentralisierung und Vereinheitlichung aufgrund der sehr unterschiedlichen Finanzkraft der einzelnen Regionen auch auf entsprechenden Widerstand bzw. Unterstützung der jeweiligen Länderparlamente stieß. Vor allem die süddeutschen Länder, die über eine entsprechend höhere Wirtschaftskraft und damit auch Finanzkraft verfügen, stemmten sich gegen die Einführung des Gesundheitsfonds. Die neuen Bundesländer hingegen traten für eine Zentralisierung ein, da sie sich entsprechende finanzielle Vorteile ausrechnen konnten.

2.2. Regionalisierung der Versorgung

Die Zentralisierung der Finanzierung hatte eine Vereinheitlichung der Vergütungen zur logischen und praktischen Konsequenz, wie sie in der Abbildung 1 angedeutet wird. Sowohl für die Krankenhäuser als auch für die niedergelassenen Ärzte und die pharmazeutischen Produkte ergab sich als Konsequenz aus dem Gesundheitsfonds und den einheitlichen Zuweisungen an die Krankenkassen ein Druck auf einheitliche Vergütungen und einheitliche Preise über das gesamte Versorgungsgebiet, unabhängig von den jeweiligen Versorgungssituationen in den Regionen.

Diese Vereinheitlichung der Vergütung führte auch dazu, dass tendenziell die Versorgungsleistungen angepasst werden, wenn auch die Einheitspreise keine Rücksicht auf die jeweiligen lokalen Kostenunterschiede nehmen, so ist doch der Druck einer Einheitsvergütung auf eine einheitliche Versorgung gegeben. Dass einheitliche Versorgungsniveaus aber nicht dem jeweiligen regionalen Bedarf entsprechen, liegt auf der Hand. Letzteres bedeutet insgesamt eine Schlechtersversorgung. Um einer Schlechtersversorgung entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber die Krankenkassen aufgefordert, durch regionale Versorgungsverträge trotz einheitlicher Vergütungen die regionalen Gegebenheiten entsprechend zu berücksichtigen.

Der Gesetzgeber schaffte für die Krankenkassen Möglichkeiten für sogenannte selektive Verträge mit einzelnen Arztgruppen, um so lokalen und regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen, aber auch um innovative Versorgungsprozesse zu erproben. Heute zeigt sich, dass die Regionalisierung über selektive Verträge nicht bzw. nur sehr zögerlich von statten geht, weil den Krankenkassen letztlich die finanzielle Flexibilität fehlt. Denn Krankenkassen können innovative, regionale Versorgungsmodelle quasi nur finanzieren, wenn sich in dem gleichen Rechnungsjahr, in dem sie einheitliche Finanzzuweisungen aus dem zentralen Gesundheitsfonds erhalten, die investiven Mehrausgaben für Innovationen bereits wieder bezahlt machen. Dies ist aber die absolute Ausnahme. So können wir heute feststellen, dass in Deutschland derzeit (2013) die Zentralisierung und vereinheitlichte Finanzierung zu einer Reduktion, ja zu einer Lähmung der Innovationskraft der Krankenversicherungen geführt hat.⁵² Zentralisierung und Vereinheitlichung ersticken Innovationen in der Versorgung von Patienten.

52 Vgl. H. Rebscher, Innovationsfähigkeit heißt Investitionsfähigkeit, in: Versorgungsforschung 2/2013, S. 6–10 und G. Neubauer, Der Gesundheitsfonds, in: G. Neubauer, Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010, Band I, S. 37 ff

2.3. Konzentration bei allen Marktteilnehmern

Die oben geschilderten Verhältnisse haben insgesamt den Wettbewerbsdruck im System sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Leistungserbringer erhöht. Dieser Wettbewerbsdruck wird dadurch verschärft, dass der Staat über den Gesundheitsfonds und die staatliche Festsetzung der Kassenbeiträge und weitgehend auch der Vergütungen, die regulierend in das System eingreifen können, auch den Verdrängungswettbewerb im System beschleunigen oder entschleunigen kann. Im Jahr 2010 beschlossen und in den Jahren 2011 bis 2013 umgesetzt, beschleunigte der Staat den Konzentrationsprozess dadurch, dass er Ausgabendämpfungsmaßnahmen im umfassenden Sinne ergriff. Zunächst können wir feststellen, dass in den letzten 15 Jahren durch den ständig vorhandenen Wettbewerbsdruck die Konzentration bei den Krankenkassen ein hohes Tempo erreicht hat. Abbildung 2 zeigt, dass sich in den letzten 20 Jahren die Zahl der Krankenkassen in Deutschland drastisch reduziert hat. Heute kann man von einem erweiterten Oligopol der Krankenkassen sprechen, da fünf große Krankenkassen 70 Prozent des Marktes beherrschen und die vielen kleinen Krankenkassen, insbesondere Betriebskrankenkassen, sich gezwungenermaßen zu Kooperationsverbünden zusammenschließen, um in dem Verdrängungsprozess mithalten zu können.

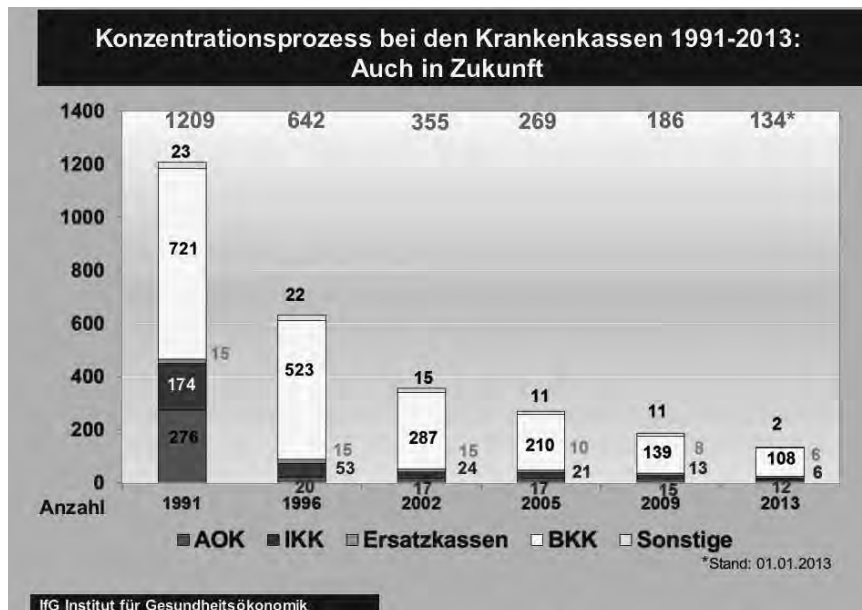


Abb. 2: Konzentrationsprozess bei den Krankenkassen 1991 bis 2013

Quelle: Eigene Darstellung des IfG nach Zahlen des GKV-Spitzenverbandes 2013

Auch die Krankenhäuser unterliegen einem staatlich gewollten Konzentrationsprozess, der vor allen Dingen durch eine insuffiziente Investitionsfinanzierung ausgelöst wird.⁵³ Tendenziell erhalten alle Krankenhäuser für ihre Leistungen deutschlandweit gleiche Entgelte, unabhängig von den jeweiligen lokalen Kostenversorgungssituationen. Das führt dazu, dass vor allen Dingen kleinere Krankenhäuser, die ländliche Regionen versorgen, unter einen großen Kostendruck geraten bzw. ihre laufenden Kosten nicht mehr abdecken können und in Defizite hineingleiten. Für Umstrukturierungsmaßnahmen fehlen jedoch die Investitionsmittel.

Ein Ergebnis davon ist, dass die großen Krankenhausketten durch Übernahme von notleidenden Krankenhäusern rasch an Marktanteilen gewinnen. Es zeigt sich, dass eine staatliche Krankenhausplanung, auch wenn sie auf der Ebene von Bundesländern erfolgt, noch immer zu wenig flexibel auf die regionalen und lokalen Versorgungssituationen reagiert. Die großen Krankenhauskonzerne können offensichtlich diese Schwächen durch eine flexible, regionalisierte Organisationsstruktur zu ihren Gunsten nutzen. Auch wenn diese Entwicklung noch nicht besorgniserregend ist, so ist es doch ein Prozess, der aufmerksam zu verfolgen ist. Schließlich sind ländliche Krankenhäuser, vor allem in öffentlicher Trägerschaft, immer mehr in ihrer Existenz bedroht, wie die Abbildung 3 eindrucksvoll belegt.



Abb. 3: Konzentration im deutschen Krankenhausmarkt

Quelle: Eigene Berechnungen des IfG

⁵³ Vgl. G. Neubauer, Verdrängungswettbewerb in der Krankenhausversorgung, Sonderbeilage „Healthcare 2013“ des Magazins GoingPublic, 4/2013, S. 22–23

Auch bei den niedergelassenen Ärzten zeichnet sich ein Konzentrationsprozess ab, der nicht zuletzt durch die oben geschilderte, zentral orientierte Finanzierungsstrategie unterstützt wird. Niedergelassene Ärzte schließen sich zu größeren Einheiten zusammen, vor allen Dingen in Form von fachübergreifenden Medizinischen Versorgungszentren (vgl. Abbildung 4). Wenn man die rasche Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland sieht, so kann man erkennen, dass hier eine Umstrukturierung der ambulant-ärztlichen Versorgung beginnt. Daneben schließen sich niedergelassene Ärzte auch vermehrt zu Arztnetzen zusammen, die vor allen Dingen im Einkauf, aber auch in der gegenseitigen Zuweisung von Patienten Vorteile sehen.

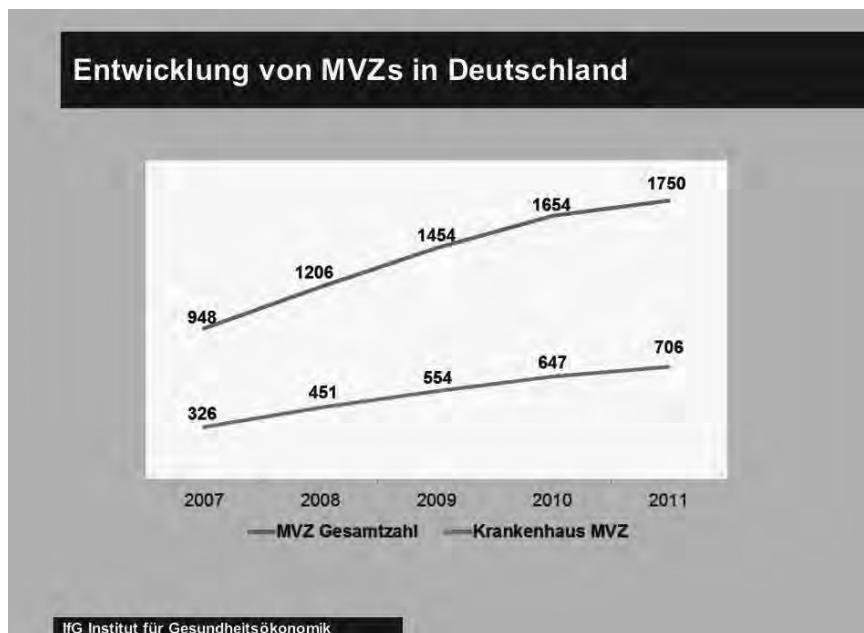


Abb. 4: Entwicklung von Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der KV Hamburg; Stand 2011

2.4. Resümee für Deutschland

Die Situation in Deutschland zeigt, dass eine Zentralisierung der Finanzierung eine Vereinheitlichung der Vergütung nach sich zieht und letztlich auch zu einer Vereinheitlichung der Versorgung auf durchschnittlichem Niveau führt. Dies führt zu wenig bedarfsadäquaten Versorgungssituationen in den einzelnen Regionen. An einigen Stellen ist die Vergütung zu hoch, gemessen an der Versorgungssituation, und anderen Stellen zu niedrig, da die unterschiedlichen lokalen Kosten und Versorgungssituationen nicht berücksichtigt werden. Die Zentralisierung führt zwar zu bestimmten politischen Erfolgen. Die sozialpolitische Forderung nach einheitlicher Versorgung in der Fläche wird zumindest formal annähernd erfüllt. Doch die Einheitlichkeit der Versorgung bedeutet eine durchschnittliche Versorgung, die eben den jeweiligen über- und unterdurchschnittlichen Versorgungssituationen nicht gerecht werden kann. Vereinheitlichte Vergütungen verlieren ihre Steuerungsfunktion, so dass sie letzten Endes eher den Charakter von Verrechnungspreisen erhalten, wie es etwa in sozialistischen Staaten üblich war, sind aber nicht in der Lage, Versorgungssituationen zu steuern.

3. Instrumente zur Zentralisierung bzw. Dezentralisierung

Im nachfolgenden Abschnitt wollen wir aus theoretischer Sicht die Instrumente zur Zentralisierung bzw. Dezentralisierung sowohl auf der Finanzierungsseite als auch auf der Leistungsseite diskutieren.

3.1. Instrumente auf der Finanzierungsseite

Das Instrument zur Zentralisierung der Finanzierung ist in erster Linie eine Vereinheitlichung der Beiträge der Beitragspflichtigen. Wobei dies nicht in einem einheitlichen absoluten Beitrag, sondern in der Regel in einem einheitlichen prozentualen Beitragssatz, bezogen auf eine bestimmte Bemessungsgrundlage wie das Lohneinkommen, umgesetzt wird. Vereinheitlichung der Finanzierung bedeutet

also, dass jeder Versicherungspflichtige und Beitragspflichtige einen einheitlichen Beitragssatz von einer definierten Bemessungsgrundlage zu entrichten hat.

Entscheidend aus ökonomischer Sicht ist jedoch, dass die Finanzmittel an eine zentrale Behörde abgeführt und dann von dort den einzelnen dezentralen Einrichtungen zugewiesen werden. Die zentralen Zuweisungen erfolgen in der Regel ohne direkte Einbindung der Regionen in die Entscheidungsfindung. Am deutlichsten wird dies in staatlichen Gesundheitsdiensten, wie etwa dem britischen National Health Service. Die Höhe und die Verteilung der Finanzmittel wird von der Zentralregierung bzw. dem nationalen Parlament festgelegt. Zwar werden hierbei regionale Besonderheiten berücksichtigt, wie etwa das Alter der regionalen Bevölkerung, doch erfolgt dies schematisch und ohne Details zu berücksichtigen. Zugleich mit den Mittelzuweisungen muss eine Kontrolle der Mittelverwendung verbunden sein, was zu Bürokratie führt.

Eine Dezentralisierung auf der Finanzierungsseite bedeutet, dass die regionalen Verantwortlichen auch über ein Mindestmaß an Finanzautonomie verfügen, d.h. über eigene Finanzierungsquellen. Dies schließt nicht zentrale Zuweisungen aus. Dezentrale Finanzquellen bedeuten aber auch unterschiedliche Finanzkraft und Versorgungsangebote für die betroffenen Bürger, die mit Zu- und Abwanderung reagieren können. Es kommt zu einem Wettbewerb der Regionen. Dieser Wettbewerb sorgt dafür, dass sich dezentrale Entscheidungen nicht zu weit von den Vorstellungen der Bürger entfernen. Andererseits können auch einschneidende unpopuläre Entscheidungen unvorteilhaft verzögert werden. Anstehende Wahlen können von relativ kleinen Aktivistengruppen zur Durchsetzung von Partikularinteressen missbraucht werden.

3.2. Instrumente auf der Leistungsseite

Auf der Leistungsseite wird die Zentralisierung zunächst dadurch umgesetzt, dass man für alle Leistungserbringer entsprechend gleiche regulierende Vorgaben vor allem auf die Leistungserbringung und Vergütung macht. Einheitliche Vorgaben sollen sowohl die regionale Angleichung der Versorgung gewährleisten als auch die Diskriminierung von Patientengruppen ausschließen.⁵⁴ So kann man feststellen, dass dann, wenn Patienten einen Versicherungsstatus haben, der dem Arzt eine höhere Vergütung gewährt, diese Patienten eine gewisse Bevorzugung erfahren. Diese Bevorzugung wird aber oft als ungerechte Diskriminierung verstanden und daher in der Regel von der Politik ausgeschlossen.

Ein wichtiges Instrument der Zentralisierung stellt eine zentrale Bedarfs- bzw. Angebotsplanung dar. Man versucht, die verschiedenen Angebotskapazitäten in einem definierten Raum durch entsprechende Steuerung des Zu- und Abgangs anzugleichen. Letztlich bedeutet diese Angebotsplanung gleichzeitig eine Beschränkung der Berufsausübung, da Ärzte bzw. Krankenhäuser nicht nach ihrer eigenen Einschätzung über Ort und den Umfang ihrer Leistungen entscheiden dürfen, sondern sich in einen zentralen Angebotsplan einfügen haben.

Eine dezentrale Leistungslenkung beinhaltet dezentrale Leistungsverträge zwischen den jeweiligen regionalen Entscheidungsträgern. Inhalte der Verträge sind die Menge, Qualität und Vergütung der Leistungen. Hierbei ist die jeweilige regionale Versorgungssituation zu berücksichtigen. Im Ergebnis kommt es bei einer Dezentralisierung dazu, dass sich Versorgungsunterschiede ergeben, die sich nach dem jeweiligen Management in einer Region richten. Größere Unterschiede führen zu Wanderungen der Leistungserbringer wie auch der Patienten zu Nachbarregionen. Dies löst wiederum einen regionalen Wettbewerbsprozess aus, der die Entscheidungsträger kontrolliert und zwingt, sich den Präferenzen der Betroffenen anzunähern. Allerdings können hierbei geschickte Aktivistengruppen Entscheidungsprozesse manipulieren. So ist in Deutschland zu beobachten, dass die Schließung von kleinen Landkrankenhäusern oft von einer aktiven Minderheit verhindert oder zumindest verzögert wird.

54 G. Neubauer, Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize, in: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhausreport 2005, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, S. 274–294

4. Exkurs: Preistheoretische Überlegungen zu Einheitspreisen und regional unterschiedlichen Preisen⁵⁵

Gehen wir davon aus, dass Gesundheitsversorgung von Dienstleistungen geprägt wird und diese Dienstleistungen stets regional bzw. lokal gebunden sind, so muss eine zentrale Steuerung, die eine einheitliche Versorgung nach gleichen Maßstäben anstrebt, zum Scheitern verurteilt sein. Nun ist aber mit einer regionalen Gesundheitsversorgung nicht immer auch verbunden, dass die entsprechende Region ihre Versorgung selbst voll finanzieren kann. Wir gehen gleichwohl davon aus, dass die regional differenzierte Gesundheitsversorgung durch die jeweiligen Regionen durch unterschiedlich hohe Finanzierungslasten zu übernehmen ist.

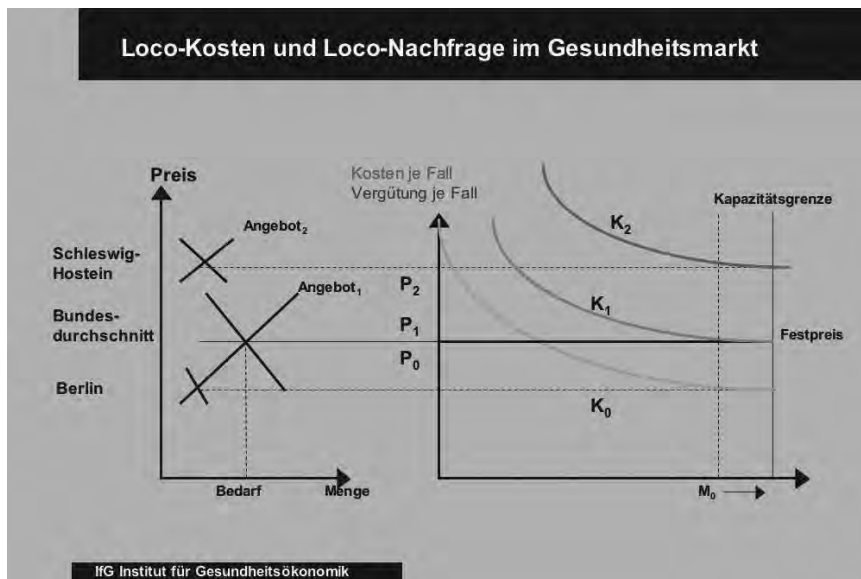


Abb. 5: Loco-Kosten und Loco-Nachfrage im Gesundheitsmarkt

Quelle: G. Neubauer und F. Pfister, Preisbildung, S. 621

⁵⁵ Zum Folgenden vgl. G. Neubauer und F. Pfister, Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Stuttgart 2007, S. 621–635

Die zentrale Steuerung, die eine einheitliche Versorgung anstrebt, wird dies in der Regel durch einheitliche durchschnittliche Vergütungen und Kapazitätsplanung lenken wollen. Da sich aber die Versorgungssituationen unterscheiden, führt dies dazu, dass die zentralen durchschnittlichen Vergütungen zu Fehlversorgungen führen. Wir wollen im nachfolgenden Bild diesen Zusammenhang grafisch wiedergeben.

Die Abbildung stellt dar, dass bei unterschiedlichen regionalen Versorgungssituationen eine einheitliche Vergütung, die durch einen staatlichen Einheitspreis bestimmt wird, einerseits zu Über- und andererseits zu Unterversorgungen führen muss. So müsste der Preis in unserer Grafik in Schleswig-Holstein entsprechend den Angebots- und Nachfrageverhältnissen deutlich höher sein als etwa in Berlin. Eine durchschnittliche Vergütung würde das Angebot in Berlin weiter steigern, während die Versorgungssituation im ländlichen Schleswig-Holstein aufgrund der Durchschnittspreise, die nicht der Versorgungssituation entsprechen, zu einer Schrumpfung der Versorgung führen.

Im Ergebnis können wir der Abbildung entnehmen, dass einheitliche Vergütungen, die durch eine zentrale Instanz festgelegt werden, stets zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen führen, die ihrerseits dann wieder staatliche Interventionen auslösen.⁵⁶

Am Beispiel Deutschland lässt sich beobachten, dass der Staat dann die Einheitspreise mit Zu- und Abschlägen differenziert und planerische Eingriffe, wie Verbot der Niederlassung, ergänzend ergreift. So sieht man in Deutschland vor, dass etwa Krankenhäuser in unterversorgten ländlichen Regionen Anspruch auf einen Aufschlag zum Einheitspreis haben, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind und die Krankenkassen einwilligen. Auf der anderen Seite sind Abschläge für jene Krankenhäuser und auch Ärzte vorgesehen, die überdurchschnittlich viele Leistungen erbringen. Dabei wird keine Rücksicht darauf genommen, ob sich diese Mehrleistungen auf die höhere Qualität und Attraktivität der jeweiligen Leistungserbringer gründen oder tatsächlich unnötige Mehrleistungen sind. Die Korrekturen am Einheitspreis erfolgen aus staatlicher Sicht und bilden nur begrenzt Marktsituationen ab. Es kommt zu einer suboptimalen Versorgung einer Volkswirtschaft.

⁵⁶ Vgl. auch G. Neubauer, Festpreise gefährden Versorgung, in: Gesundheits-Nachrichten 2/2007, S. 6

5. Suche nach einem Optimum

5.1. Vorteile und Risiken regionaler Steuerung

Regionaler Steuerung hingegen, die mit regional differenzierten Vergütungen auf die jeweilige Versorgungssituation reagieren kann, fällt es viel leichter, Lücken in der Versorgung auszutariieren. Hier steht das Instrument der flexiblen Vergütung, inklusive von Zu- und Abschlägen für erwünschte und unnötige Leistungen, im Mittelpunkt. Da sich beide Seiten, die Bedarfsseite wie die Leistungsseite, im Zeitablauf ständig verändern, bedarf es einer raschen Adjustierung der jeweiligen Steuerungsinstrumente. Diese schnelle und flexible Anpassung richtet sich nach regional bestimmten Ereignissen, die in einer Zentrale in dieser Schärfe kaum wahrgenommen werden können. Dies lässt den Schluss zu, dass eine regionale Steuerung der Versorgung flexibler und damit auch bedarfsgerechter sowie rascher erfolgt, als dies eine zentrale Behörde leisten könnte.

Wir wollen aber an dieser Stelle nicht verhehlen, dass auch eine regionale dezentrale Steuerung einige Risiken beinhaltet. Wir wollen diese Risiken mit dem Schlagwort der „Kirchturmpolitik“ beschreiben. Dahinter verbirgt sich die feststellbare Eigenschaft von regionalen Entscheidungsträgern, dass sie nicht oder nur sehr unwillig in eine überregionale Arbeitsteilung einwilligen. Die regionale Wertschöpfung wird, auch wenn sie weniger effizient ist als eine überregionale oder auch nationale Wertschöpfung, präferiert. Eng mit dieser regional begrenzten Sichtweise hängt die Bildung von regionalen Oligopolen zusammen, d.h., wenige wichtige Leistungserbringer oder auch Kostenträger einer Region verbinden sich mit den jeweiligen politischen Entscheidungsträgern und versuchen ihre Region gegen externe Innovationen und Organisationsveränderungen abzuschirmen. Hier ist wichtig, dass eine Durchmischung der verschiedenen regionalen Besonderheiten möglich ist, was man durch eine Zusammenfassung der einzelnen Regionen in überregionalen Konferenzen erreichen kann.

Neben den ökonomischen Oligopolen besteht auch stets die Gefahr der regionalen Oligarchie. Darunter verstehen wir eine überschaubare Zahl von regionalen Entscheidungsträgern, die dazu neigt, gemeinsam Beschlüsse zu fassen, die in erster Linie ihnen persönlich zu Gute kommen und erst in zweiter Linie der Region nützen. Doch da die Oligarchen sich als legitimierte Vertreter der Region definieren, fehlt ihnen ein Unrechtsbewusstsein. Allerdings stößt dies in einem funktionierenden demokratisch-pluralistischen System rasch an Grenzen. Eine zentrale Rechtaufischt über die regionalen Entscheidungen kann ebenfalls den Trend zu regionalem Nepotismus bremsen.

5.2. Zentralisierung der Finanzierung und Regionalisierung der Versorgung: Ein Optimum?

Unsere Ausführungen könnten dazu verleiten, dass man einerseits eine Zentralisierung der Finanzierung befürwortet, andererseits aber die Versorgung regional und dezentral durchführt.⁵⁷ Dieses theoretisch abstrakt einsichtige Modell scheitert an der Realität. Denn wo immer eine zentrale Finanzierung etabliert ist, wird diese Zentrale auch die Mittelverwendung kontrollieren wollen, ja in einem demokratischen Staat auch kontrollieren müssen, und damit Einfluss auf die regionalen Versorgungen nehmen. Eine zentrale Finanzierungsinstanz wird aber wenig Interesse und wenig Verständnis für regionale Versorgungsbesonderheiten aufbringen, sondern versuchen, die Mittel nach einheitlichen Richtlinien zu vergeben. Aus unserer Sicht lässt sich die Einheitlichkeit von Finanzierung und Versorgung im Gesundheitssektor allenfalls lockern, eine strikte Trennung ist auf Dauer nicht durchzuhalten.

Wir kommen damit zu dem Ergebnis, dass eine zentrale nationale Steuerung den sozialpolitischen Vorstellungen von Gleichheit zwar näher kommt als eine dezentrale regionale Steuerung, letztere aber unter Effizienzgesichtspunkten, wie oben dargelegt, der Zentralisierung überlegen ist. Wie so oft in der Wirtschafts- und Sozialpolitik gilt es, den „trade off“ zwischen sozialpolitischer Vereinheitlichung und ökonomischer flexibler Effizienz abzuwägen. Dabei lässt sich international feststellen, dass wohlhabende Länder der Gleichheit eine höhere Priorität vor der Effizienz zuordnen als arme Länder. Verstärkt ist dieser Trend in pluralistischen Demokratien zu beobachten. Als Beispiel lassen sich die skandinavischen Länder anführen.

Ein Kompromiss kann dadurch erreicht werden, dass eine zentrale Beobachtung der Rechtmäßigkeit der Abläufe beibehalten wird, während man die dezentrale Finanzierung und eine regionale Bedarfsdeckung zulässt. Korrigierend kann eine Zentrale bei zu großen Differenzen sowohl der regionalen Finanzierungskraft als auch der regionalen Versorgungslagen gezielt und punktuell eingreifen, ohne den Zentralismus zum Prinzip zu erheben. Damit kommt einer zentralen Behörde lediglich eine Korrekturfunktion zu, die aber nicht der Prozesssteuerung insgesamt zur Grundlage gemacht wird, während regional die Basisentscheidungen gefällt und verantwortet werden.

57 Vgl. auch N. Klusen, Möglichkeiten einer dezentralen Geschäftspolitik aus Sicht einer bundesweit kalkulierenden Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), Frankfurt 2011, S. 95–105 und R. Hoberg, Notwendigkeiten und Chancen einer dezentralen Gesundheitsversorgung für eine landesweit kalkulierende Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), Frankfurt 2011, S. 83–94

6. Ausblick: Gesundheitspolitik in der EU – Wettbewerb der Regionen

Gerade in der Gesundheitspolitik der Europäischen Union ist die Diskussion zwischen nationaler Verantwortung und zentraler Vereinheitlichung ein immer wieder neu belebtes Diskussionsthema. Bislang hat die EU die Gesundheitspolitik zum nationalen Aufgabengebiet erklärt, doch beansprucht die EU eine bestimmte Koordinationsfunktion, die darin einmündet, dass bestimmte vorgegebene Ziele in den nationalen Gesundheitspolitiken einzuhalten bzw. anzustreben sind.⁵⁸

Dass die nationalen Gesundheitssysteme nicht zu weit auseinander driften, wird auch dadurch sichergestellt, dass die Wahlfreiheiten der Patienten, wie die Niederlassungsfreiheit der Leistungserbringer, schrittweise im Raum der EU ausgedehnt werden. Schon heute können Patienten aus ihrem nationalen Gesundheitssystem die Versorgung in anderen EU-Staaten in Anspruch nehmen, wobei die Finanzierung jeweils von den nationalen Einrichtungen zu tragen ist. Auch dürfen Leistungserbringer, vor allem Ärzte und andere Gesundheitsberufe, ihren Standort dort suchen, wo sie für sich bessere Bedingungen der Leistungserbringung sehen. Eine Voraussetzung dafür ist die zentrale, europaweit gültige Bestimmung, dass alle nationalen Berufsabschlüsse in allen EU-Staaten anerkannt werden müssen.

Diese zentrale Vorgabe führt derzeit zu einem Wettbewerb der Regionen, zum Beispiel um qualifizierte Gesundheitsfachkräfte, vor allem Pflegekräfte und Ärzte. Zentrale, EU-weite Freiheiten gemäß dem Maastricht-Vertrag aus dem Jahr 1992 führen zu einem Wettbewerb der Regionen, die ihrerseits dezentral organisiert sind. Allgemeine Strukturmaßnahmen der EU-Kommission können krasse Unterschiede in der Versorgung dämpfen. Es bleibt jedoch in der Verantwortung der nationalen und regionalen Entscheider, den regionalen Wettbewerb zu ihren Gunsten zu gestalten. Auf lange Sicht ist es auch wünschenswert, dass die EU bei der Rahmenvorgabe bleibt und nicht in die nationalen konkreten Gestaltungsaufgaben eingreift.

58 Vgl. B. Schulte, Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)* 4/2005, Jhrg., S. 15–24

Literaturverzeichnis

- R. Hoberg, Notwendigkeiten und Chancen einer dezentralen Gesundheitsversorgung für eine landesweit kalkulierende Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 83–94
- N. Klusen, Möglichkeiten einer dezentralen Geschäftspolitik aus Sicht einer bundesweit kalkulierenden Krankenkasse, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 95–105
- G. Neubauer, Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize, in: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhausreport 2005, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, S. 274–294
- G. Neubauer und F. Pfister, Preisbildung bei ambulant und stationär erbrachten Gesundheitsleistungen, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Stuttgart 2007, S. 621–635
- G. Neubauer, Festpreise gefährden Versorgung, in: Gesundheits-Nachrichten 2/2007, S. 6
- G. Neubauer und F. Pfister, Der Gesundheitsfonds – eine gesundheitsökonomische Beurteilung, in: Die Krankenversicherung 10/2008, S. 256–260, abgedruckt in: G. Neubauer, Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010, Band I, S. 27–46
- G. Neubauer, Der Gesundheitsfonds, in: G. Neubauer, Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000–2010, Band I, S. 37 ff
- G. Neubauer, Ziele und Optionen einer Dezentralisierung, in: E. Wille, K. Knabner (Hrsg.), in: Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt 2011, S. 27–37
- G. Neubauer, Verdrängungswettbewerb in der Krankenhausversorgung, Sonderbeilage „Healthcare 2013“ des Magazins GoingPublic, 4/2013, S. 22–23
- H. Rebscher, Innovationsfähigkeit heißt Investitionsfähigkeit, in: Versorgungsforschung 2/2013, S. 6–10
- B. Schulte, Europäische Vorgaben für die nationalen Gesundheitssysteme – Ziele und Instrumente, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) 4/2005, 5. Jhrg., S. 15–24