

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 08641 - 63 242

Texte zur Krankenkassenforschung

Prof. Albrecht Goeschel
Staatliche Universität Rostov/Don

**KRANKENKASSENSTRUKTUR
UND
KRANKENHAUSPOLITIK**

15. September 1992

Vortrag vor dem Beirat
der
Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V.
Norderney
08.09.1992

Vorbemerkung:

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Marquartstein) ist ein gemeinnütziges Institut für Forschung, Entwicklung und Beratung.

Das Institut ist Mitte der sechziger Jahre gegründet worden und seit Mitte der siebziger Jahre im gesamten Bundesgebiet mit Untersuchungen zur regionalen Gesundheitsversorgung und zur regionalen Krankenversicherung tätig. Daneben befaßt und befaßt sich die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. mit Wirtschafts- und Marktforschung, Verwaltungsforschung, Landesplanung, Stadtsanierung und Gemeindeentwicklung, Energiebedarf, Wohnungsversorgung sowie Bildungs- und Informationswesen.

Das Institut geht davon aus, daß die absehbare Entwicklung in der sozialen Krankenversicherung und im gesamten Gesundheitswesen auch für die gesamte Volkswirtschaft, die gesellschaftliche Ordnung und für alle Ebenen des Staatswesens von hoher Bedeutung sein wird. Ein Gesamtetat von mittlerweile weit über 200 Milliarden Mark in der sozialen Krankenversicherung und eine Gesamtzahl von über 2 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen sind eine entscheidende wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Größe.

Die Studiengruppe für Sozialforschung e.V. hat sich daher im Frühjahr 1984 entschlossen, in unregelmäßiger Folge Texte zur Krankenkassenforschung herauszubringen, die sich mit wichtigen Zukunftsfragen der sozialen Krankenversicherung beschäftigen.

In der vorliegenden Untersuchung wird eine Voraussage dazu gemacht, welche Auswirkungen die damals bevorstehende Einführung eines Festbudgets mit Einheitssteigerung nicht nur für die Krankenhauswirtschaft, sondern auch für die Krankenkassenseite haben könnte. Vor allem aber wird das Konzept eines Festbudgets mit Einheitssteigerung in den größeren Zusammenhang der Kostendämpfungspolitik und des dort vorherrschenden unangemessenen Wirtschaftlichkeitsbegriffes gestellt.

Marquartstein, 15. September 1992

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.

1. Krankenhauswirtschaft und Sozialstaat sind vor eine historische Herausforderung gestellt

Auf die Krankenhauswirtschaft in Niedersachsen und in den anderen Bundesländern kommt in den nächsten Monaten eine Herausforderung von historischer Bedeutung zu: Der angedrohte Sturz des Selbstkostendeckungsprinzips wird nicht nur die Krankenhauslandschaft bis zur Unkenntlichkeit verändern, er wird auch den Sozialstaat, jedenfalls in seinen bisherigen Kräfteverhältnissen, wie wir sie kennen, beseitigen.

Unser Institut hat jedoch, wie wir glauben, zwei Wege entdeckt, wie die Krankenhauswirtschaft mit einer offensiven Strategie den bevorstehenden Krankenhauskonflikt durchstehen und danach weiteragieren kann.

Wir haben vor zwei Jahren ein Projekt gestartet, bei dem es darum geht, vor allem bei den Pflegesatzverhandlungen das Kräftegleichgewicht zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern wenigstens annähernd und zunächst psychologisch wiederherzustellen.

Dieses Projekt besteht darin, die Krankenkassenlandschaft in den einzelnen Krankenhausregionen zu untersuchen und zu zeigen, daß es die ungelösten Probleme der Krankenkassengliederung sind, die zu Unwirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen führen und daß es die ungelösten Probleme der Krankenkassengliederung sind, die die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser gefährden.

Unser zweites Offensivprojekt, das wir seit einem Jahr betreiben, zielt ebenfalls darauf ab, das Kräftegleichgewicht zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern wenigstens annähernd und zunächst psychologisch wiederherzustellen.

Dieses Projekt besteht darin, daß einzelne Krankenhäuser für sie geeignete Vergleichskrankenhäuser selbst auswählen und den Kassen offensiv Wirtschaftlichkeitsvergleiche vorschlagen. Bei diesen Wirtschaftlichkeitsvergleichen werden dann vor allem die vom einzelnen Krankenhaus nicht beeinflussbaren regionalen Standortgegebenheiten herausgearbeitet.

Diese beiden Projekte, erstens die Analyse der Kassenlandschaft in der Region, zweitens die Betonung der regionalen Standortgegebenheiten bei Wirtschaftlichkeitsvergleichen passen exakt auf zwei der grundsätzlichen Börsartigkeiten des Bonner Krankenhauspaketes: Erstens auf

die Verordnung eines festen Budgets für die Jahre 1993 bis 1995; zweitens auf die Heranziehung von Vergleichskrankenhäusern zur Pflegesatzermittlung.

2. Das Festbudget mit Einheitssteigerung ist ein Instrument zur Liquidierung von Teilen der Krankenhauswirtschaft

Man muß schon sehr dreist sein, wenn man, wie der zuständige Minister und sein Ministerium, angesichts der krassen regionalen und kassenartenspezifischen Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder, d.h. bei den sogenannten Grundlöhnen das feste Budget an eine über alle Regionen und Kassenarten hinweg durchschnittliche Grundlohnsteigerung bindet und dies dann auch noch mit einer Sicherung der Beitragssatzstabilität der Krankenkassen begründet (KHG-GSG, § 17 Abs. 1a und Begründung).

Mittlerweile weiß jeder Tageszeitungsleser, daß es gerade die in den Regionen und bei den Kassenarten oft extrem auseinanderlaufenden Grundlöhne sind, die Beitragssatzdisparitäten und Beitragssatzexplosionen zwischen bzw. bei den Kassen auslösen.

Es ist auch eine große Zumutung, wenn die erheblichen regionalen und kasseninstitutionellen Unterschiede in den Grundlohnsummen durch einen bundeseinheitlichen Budgetsteigerungssatz für die nächsten drei Jahre unter den Teppich gekehrt werden, in den folgenden Jahren dann aber die Krankenhauspflegesätze um so penibler auch durch die Bildung von Krankenhausvergleichsgruppen ermittelt werden: Generalabsolution für das wachsende Krankenkassenstrukturchaos und Individualschuldnachweis für das einzelne Krankenhaus.

Die größte Gefahr für die Krankenhauswirtschaft geht im Moment von einer bundeseinheitlichen, kassenübergreifenden Grundlohnsummendurchschnittssteigerung aus, die auf eine Krankenhauswirtschaft angewendet wird, die sehr unterschiedliche regionale Standortgegebenheiten und sehr unterschiedliche krankenhaustypische Betriebsgegebenheiten zeigt.

Der § 17 Abs. 1a KHG-GSG soll und wird für viele Krankenhäuser zum Killerparagrafen werden.

Auf den ersten Blick erscheint es völlig unsinnig, die Heranziehung einer alle regionalen und kasseninstitutionellen Grundlohnsummenunterschiede ignorierenden Grundlohndurchschnittssteigerung damit zu begründen, daß hierdurch die Beitragssatzstabilität gesichert werden könne.

Da die Beitragsstabilität gerade durch Grundlohnsummenunterschiede gefährdet ist, wäre allenfalls eine regionale und kassenartenspezifische differenzierte Grundlohnsummensteigerung eine sinnvolle Budgetbildungsgrundlage gewesen.

Bei näherer Betrachtung des § 17 Abs. 1a wächst allerdings der Verdacht, daß es im Ernst gar nicht um die Beitragssatzstabilität in den verschiedenen Regionen und bei den verschiedenen Kassenarten wie Kassen geht, sondern daß es um einen Vorwand bzw. ein Verfahren geht, mittels eines möglichst undifferenzierten Durchschnittswertes einen Teil der Krankenhauswirtschaft in ein Budgetdefizit zu treiben, dort untergehen zu lassen und den verbleibenden Rest dann einige Jahre später durch sehr differenzierte Vergleichsvorgaben unter weitgehende Kontrolle zu nehmen.

3. Benachteiligung bestimmter Regionen und Krankengruppen durch das Festbudget mit Einheitssteigerung

Wie sehr der § 17 Abs. 1a KHG zum Killerparagrafen werden wird, zeigt sich bei den erheblichen regionalen und krankenhaustypischen Unterschieden im Fallkostenniveau und in der Fallkostendynamik. So liegen die Fallkosten in den Alt-Bundesländern 1990 im Durchschnitt zwischen DM 3.400,00 und DM 5.600,00, wobei die Stadtstaaten, d.h. die Ballungsräume die Spitzenposition halten.

Übersicht 1: Fallkostenniveau und Fallkostendynamik nach Alt-Bundesländern 1990

Bei der Fallkostensteigerung von 1989 auf 1990 liegt diese zwischen 1,6 und 7,0 Prozent, wobei wieder die Stadtstaaten, d.h. die Ballungsräume die Spitzenposition halten, überrundet nur

von Baden-Württemberg. Ein dreijähriger bundeseinheitlicher Steigerungssatz für die Festbudgets muß bei diesen Unterschieden in Niveau und Dynamik der Fallkosten zum Existenzverlust von Krankenhäusern bspw. in den Ländern mit Fallkostenzunahmen über dem Grundlohnanstieg führen. Da der durchschnittliche Grundlohnanstieg von 1989 und 1990 demnach 5,1 Prozent betrug, hätte dies mit Sicherheit in Hessen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und den Stadtstaaten zu Defizitbudgets geführt. Dabei hätte sich diese Defizitentwicklung vor allem auf die Krankenhäuser der Spitzenversorgung und auf die Fachkrankenhäuser mit ihrem besonders hohen Fallkostenniveau sowie mit ihrer besonders ausgeprägten Fallkostendynamik konzentriert.

Übersicht 2: Fallkostenniveau und Fallkostendynamik nach Krankenhausgruppen 1989

Hauptopfer des Festbudget mit Einheitssteigerung werden demnach die Krankenhäuser der Spitzenversorgung und die Fachkrankenhäuser in den Ballungsräumen sein. Es wird aber ebenso auch diejenigen Krankenhäuser treffen, die im ländlichen Raum vorrangig die chronisch-kranken älteren Menschen versorgen.

In der Diskussion über das Bonner Krankenhauspaket sollte also deutlich gemacht werden, daß das beabsichtigte Festbudget mit Einheitssteigerung zu ganz erheblichen regionalen und krankenhaustypischen Ungleichbelastungen und Verwerfungen führen wird.

Übersicht 1

**Fallkostenniveau und Fallkostendynamik
nach
Alt-Bundesländern
1990**

	Bayern	Baden- Württem- berg	Schles- wig Holstein	Saarland	Nieder- sachsen	Rhein- land- Pfalz	Hessen	Berlin Bremen Hamburg ¹	Nord- rhein- West- falen
Durch- schnitt- liche Netto- Fall- kosten 1990 in DM	keine Angaben	4.153,--	3.356,--	3.782,--	3.743,--	3.546,--	3.820,--	5.597,--	4.152,--
Anstieg der Netto- Fall- kosten 1990/ 1989 in DM	keine Angaben	7,0	5,0	1,6	2,5	3,9	5,8	6,7	5,9

1) Mittelwert
Quelle: Wido 1992

Übersicht 2:

**Fallkostenniveau und Falkostendynamik
nach
Krankenhausgruppen
1989**

	Krankenhausgruppen *									
	1.1	1.2.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Durchschnittliche Netto-Fallkosten 1989 in DM **	6.200,--	4.900,--	4.300,--	4.100,--	4.000,--	3.880,--	3.700,--	3.600,--	8.800,--	2.000,--
Anstieg der Netto-Fallkosten 1989/1986 in DM **	12,7	2,1	7,5	2,5	3,6	7,8	2,8	2,9	12,8	5,2

*) DKG-Krankenhausgruppen 1 - 9 mit abnehmender Fachabteilungsaufgliederung. Ohne Gruppe 8.5.

**) Gerundet

Quelle: DKG 1986 und 1989

4. Verschärfung der Krankenkassenstrukturprobleme durch das Festbudget mit Einheitssteigerung

Ähnliches gilt auch für die Krankenkassenseite, die sich derzeit noch über die Bonner Krankenhauspläne freut. Bei den Kassen wird man schon sehr bald merken müssen, daß das geplante Festbudget mit Einheitssteigerung auch im eigenen Bereich massive Verwerfungen auslösen wird.

Der vorgegebene Zweck des Festbudgets, die Stabilisierung der Beitragssätze, soll ja vor allem den Ortskrankenkassen helfen. Nun gibt es aber Bundesländer wie Schleswig-Holstein, Saarland, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz, die 1990 sehr niedrige Fallkostensteigerungen hatten und die auch einen niedrigen Fallkostensockel zeigen. Dort könnte ein Festbudget zu Mehrausgaben im Krankenhausbereich führen, da die Einheitssteigerung über der tatsächlichen Fallkostensteigerung liegt. Die Krankenhausbehandlung könnte teurer werden. Gerade in diesen bislang vom Krankenhauskostenniveau und von der Krankenhauskostendynamik begünstigten Bundesländern zeigen die Ortskrankenkassen besondere hohe Anteile an allen Mitgliedern.

Übersicht 3: Mitgliederquoten der Regionalkassen und der Zentralkassen nach Alt-Bundesländern 1988

Es kann also durchaus sein, daß durch das Seehofer-Paket die Krankenhausaussgaben der Ortskrankenkassen in einigen Bundesländern nicht sinken, sondern steigen.

Umgekehrt kommt die ausgabesenkende Wirkung des Festbudgets mit Einheitssteigerung vor allem den Ersatzkassen in den Ballungsräumen zugute, die ein besonders hohes Fallkostenniveau und eine besonders hohe Fallkostensteigerung zeigen und in denen die Ersatzkassen die höchsten Mitgliederanteile haben. Das Seehofer-Paket wird also bei den Ortskrankenkassen beitragsatzsteigernd und bei den Ersatzkassen beitragsatzentlastend wirken, d.h. die Verwerfungen zwischen den Kassenarten noch weiter vertiefen.

Dieser für die Ortskrankenkassen nachteilige Effekt des Bonner Krankenhauskonzeptes wird noch dadurch verstärkt, daß die für die Ortskrankenkassen in einigen Bundesländern angedrohte Verteuerung der Krankenhausversorgung sich dort wegen der insgesamt bei AOK-Mit-

gliedern höheren Krankenhaushäufigkeit und längeren Krankenhausverweildauer noch hochmultiplizieren wird.

Übersicht 4: Krankenhaushäufigkeit und Krankenhausdauer bei den Mitgliedern der Regionalkassen und Zentralkassen

Die Erfinder und Befürworter des Festbudgets mit Einheitssteigerung werden darauf hinweisen, daß die Grundlohnsummensteigerung bei den Hauptkonkurrenten in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. bei den Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen 1990 gegenüber 1989 jeweils 5,2 Prozent betragen hat und in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung 5,1 Prozent betragen hat und von daher ein Einheitszuwachs nach Maßgabe des Grundlohnsummenanstiegs in der GKV gerechtfertigt sei.

Übersicht 5: Veränderung der Grundlohnsumme bei den Regionalkassen und bei den Zentralkassen 1990

Es wurde gezeigt, daß ein Festbudget mit Einheitssteigerung alles andere als gleiche Wirkungen sowohl bei den Krankenhäusern wie bei den Krankenkassen hat, daß vielmehr wegen der unterschiedlichen Marktanteile der verschiedenen Kassenarten und wegen der höheren Krankenhaushäufigkeit und längeren Krankenhausverweildauer bei den Ortskrankenkassen für diese sogar mit einer Erhöhung der Krankenhausaussgaben, d.h. einer weiteren Verschlechterung der Wettbewerbsposition gegenüber den Ersatzkassen zu rechnen ist.

Vor allem aber ist es so, daß durch das beabsichtigte Festbudget mit Einheitssteigerung das Finanzierungspotential der Ortskrankenkassen für Krankenhausaussgaben überdurchschnittlich, das Finanzierungspotential der Ersatzkassen für Krankenhausaussgaben unterdurchschnittlich beansprucht wird.

So hat die Grundlohnsumme die Ortskrankenkassen in den zurückliegenden zwanzig Jahren um 322 Prozent, diejenige der Ersatzkassen um 343 Prozent und diejenige in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt um 333 Prozent zugenommen.

Übersicht 6: Wachstumsdynamik der Grundlohnsumme bei den

Regionalkassen und bei den Zentralkassen 1970 - 1990

Insgesamt ist damit das den Ersatzkassen für Krankenhausaufgaben zur Verfügung stehende Finanzierungspotential deutlich stärker als das den Ortskrankenkassen zur Verfügung stehende Potential gewachsen. Wenn es also tatsächlich darum ginge, durch Festbudgets mit Einheitssteigerung die Beitragsstabilität der Ortskrankenkassen zu sichern, hätte man durch einen für Ortskrankenkassen und Ersatzkassen getrennten, für die Ersatzkassen deutlich höheren Steigerungssatz deren stärkeres Finanzierungspotential auch stärker abschöpfen müssen.

Dies wird auch noch einmal deutlich, wenn man die Entwicklung des Grundlohnvolumens der Ortskrankenkassen bzw. der Ersatzkassen zwischen 1970 und 1990 betrachtet. Das Grundlohnvolumen der Ortskrankenkassen hat in den zurückliegenden zwanzig Jahren um neun Prozent abgenommen, dasjenige der Ersatzkassen hat dagegen um 11 Prozent zugenommen.

Übersicht 7: Umschichtung des Grundlohnvolumens von den Regionalkassen zu den Zentralkassen 1970 - 1990

Daß das Festbudget mit Einheitssteigerung gerade in den Bundesländern bzw. Regionstypen die Krankenhausaufgaben senken wird, in denen die Ersatzkassen besonders hohe Marktanteile haben, macht die Ersatzkassen zu den Gewinnern des Bonner Krankenhauspaketes, während Ortskrankenkassen und die Krankenhäuser die Verlierer sein werden. Es wird wichtig sein, in den kommenden Monaten deutlich zu machen, daß das Seehofer-Paket das Strukturchaos innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen noch verstärken wird.

Übersicht 3:

**Mitgliederquoten
der
Regionalkassen und der Zentralkassen
nach
Alt-Bundesländern
1988**

	Bayern	Baden- Württem- berg	Schles- wig Holstein	Saarland	Nieder- sachsen	Rhein- land- Pfalz	Hessen	Stadt- Staaten ³	Nord- rhein- West- falen
	Anteil der Kassenarten an allen Mitgliedern ⁴ der Gesetzlichen Krankenversicherung In Prozent *								
Regional- kassen ¹	52	51	47	46	45	45	43	38	34
Zentral- kassen ²	31	32	38	35	33	36	40	42	36

*) Gerundet

1) Allgemeine Ortskrankenkassen. Ohne Innungskrankenkassen sowie länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeiterersatzkassen. Ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

3) Berlin (West), Bremen und Hamburg

4) Pflicht-, Freiwillig- und Rentnermitglieder

Quelle: BMA 1989

Übersicht 4:

**Krankenhausthäufigkeit und Krankenhausbauer
bei den Mitgliedern der
Regionalkassen und Zentralkassen
1990**

	Krankenhausfälle je 100 Mitglieder ³	Krankenhaustage je Krankenhausfall bei den Mitgliedern ³
Regionalkassen ¹	15,0	12,5
Zentralkassen ²	11,6	12,1
Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt	13,4	12,3

1) Allgemeine Ortskrankenkassen, ohne Innungskrankenkassen sowie ohne länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeitersatzkassen, ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

3) Ohne Rentner

Quelle: SVRKAiG 1992

SOZIALFORSCHUNG E.V.
 83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE
Übersicht 5:

**Veränderung der Grundlohnsumme
 bei den
 Regionalkassen und bei den Zentralkassen
 1990**

	Steigerung der Grundlohnsumme je Mitglied 1990 gegenüber 1989
	In Prozent *
Regionalkassen ¹	5,2
Zentralkassen ²	5,2
Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt	5,1

*) Gerundet

1) Allgemeine Ortskrankenkassen. Ohne Innungskrankenkassen sowie ohne länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeiterersatzkassen. Ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

Quelle: SVRKAiG 1992

FÜR
SOZIALFORSCHUNG E.V.
 83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE
Übersicht 6:

**Wachstumsdynamik der Grundlohnsumme
 bei den
 Regionalkassen und bei den Zentralkassen
 1970 - 1990**

	Steigerung der Grundlohnsumme je Mitglied 1970 - 1990
	In Prozent *
Regionalkassen ¹	+ 322
Zentralkassen ²	+ 343
Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt	+ 333

*) Gerundet

1) Allgemeine Ortskrankenkassen. Ohne Innungskrankenkassen sowie ohne länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeiterersatzkassen. Ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

Quelle: SVRKAiG 1992

STUDIENGRUPPE
FÜR
SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE
Übersicht 7:

**Umschichtung des Grundlohnvolumens
von den
Regionalkassen auf die Zentralkassen
1970 - 1990**

	1970	1990	1990/1970 Anteilsentwicklung an der Grundlohnsumme der GKV
	Mrd. DM *		In Prozent
Regionalkassen ¹	113,5	366,8	- 9,0
Zentralkassen ²	64,4	378,2	+ 11,0

*) Gerundet

1) Allgemeine Ortskrankenkassen, ohne Innungskrankenkassen sowie ohne länderbegrenzte Betriebskrankenkassen.

2) Angestellten- und Arbeiterersatzkassen, ohne Seekasse und Bundesknappschaft sowie ohne bundesweite Betriebskrankenkassen.

3) Ohne Rentner

Quelle: SVRKAiG 1992

STUDIENGRUPPE
FÜR
SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE

5. **Das Festbudget mit Einheitssteigerung wird die ländlichen AOKen stärker belasten und durch Entlastung der Großstadt-AOKen nicht viel bewirken**

Wenn man vom schlimmstmöglichen Fall ausgeht, daß nämlich der § 17 Abs. 1a geltendes Recht wird, dann ist es für die Krankenhäuser nicht nur wichtig zu wissen, wie sich das Festbudget mit Einheitssteigerung unmittelbar auf sie selbst, sondern wie sich dieses Festbudget mit Einheitssteigerung auch auf die Kostenträgerlandschaft in ihrem Standortraum auswirken wird. Solche Kenntnisse sind nötig, um ggf. Ausweich- und Entlastungsstrategien entwickeln und abschätzen zu können. So kann es ja zur Verringerung der Personalkosten eines Krankenhauses durchaus sinnvoll sein, eine Krankenhausbetriebskrankenkasse zu errichten, bestimmte Teile der bisher stationären Krankenhausleistungen in krankenhauseigene Ärztehäuser auszulagern und als ambulante Leistungen durch Niederlassung früher angestellter Krankenhausärzte zu erbringen etc.

Dazu ist es aber nötig, daß sich die Krankenhäuser mehr als bisher Informationen und Daten über die Kassenlandschaft in ihrem Standortraum und die möglichen Folgen des Festbudgets für die einzelnen Kassenarten im Standortraum verschaffen.

Hier gilt tatsächlich, daß die AOKen in den sogenannten altindustrialisierten Großstädten und in den Metropolen, d.h. in den Ballungsräumen das höchste Ausgabenniveau für Krankenhauspflege von allen AOK-Typen zeigen. Das niedrigste Ausgabenniveau für Krankenhauspflege zeigen die Land-AOKen.

Übersicht 8: Krankenhausausgaben nach Regionstypen 1989

Gleichzeitig ist es ebenfalls so, daß diese Ballungsraum-AOKen mit ihrem hohen Krankenhausausgabenniveau dort sehr niedrige Marktanteile an allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen haben, während die Land-AOKen mit ihrem niedrigen Krankenhausausgabenniveau sehr hohe Marktanteile zeigen.

Übersicht 9: AOK-Marktanteile nach AOK-Regionstypen 1989

Bei dieser Sachlage müssen die Krankenhäuser in den ländlichen Räumen, d.h. mit Standort in Landkreisen, davon ausgehen, daß das Festbudget mit Einheitssteigerung für "ihre" AOKen in der Regen eine Mehrbelastung bewirken wird. Da in den Landkreisen die AOKen zugleich Hauptkostenträger sind, wird dies zu einer weiteren Verschärfung der Pflegesatz- bzw. Krankenhausvertragsbeziehungen führen.

Umgekehrt wird es für die Krankenhäuser in den Ballungsräumen durch die zu erwartende Entlastung der Großstadt-AOKen durch das Festbudget zu keiner sonderlichen Entspannung in den Vertragsbeziehungen kommen, da die Ballungsraum-AOKen für die dortigen Krankenhäuser meist gar nicht mehr Hauptkostenträger sind.

Wie sehr das Festbudget mit Einheitssteigerung gerade die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Ortskrankenkassen in den ländlichen Räumen belastet wird, ergibt sich daraus, daß die Land-AOKen, für die das Festbudget eine Verteuerung der Krankenhauspflege bringen kann, in der Regel die niedrigste Grundlohnsumme zeigen, während die Ballungsraum-AOKen, die vom Festbudget entlastet werden, die höchsten Grundlohnsummen aufweisen.

Übersicht 10: Grundlohnsummen nach AOK-Regionstypen 1989

Übersicht 8:

**Krankenhausaussgaben
nach Regionstypen
1989**

Krankenhausaussgaben	Leistungsausgaben für Krankenhauspflege DM ⁶
AOK-Regionstypen *	
Altindustrialisierte Großstädte	683,--
Metropolen	649,--
Städtische Einzugsgebiete	615,--
Altindustrialisierte Gebiete ¹	612,--
Durchschnittsgebiete ³	598,--
Expandierend-prosperierende Großindustrialisierungsgebiete	596,--
Landgebiete mit hohen Jugenerwerbsquoten ⁵ und hohen Familienlastquoten	585,--
Landgebiete mit Verdiensts- und Beschäftigungsschwächen	583,--
Mittelständische Gebiete ²	547,--
Touristikgebiete oder Suburbgebiete ⁴	529,--
Landgebiete mit niedrigem Angestelltenanteil und hohem AOK-Anteil an den Arbeitern	502,--
Bundesgebiet (West)	574,--

*) AOK-Bezirke mit vergleichbaren oder ähnlichen Rahmenbedingungen

1) Nicht-großstädtisch

2) Häufig durch „High-tech“ geprägt.

3) Hinsichtlich der berücksichtigten Rahmenbedingungen.

4) Gebiete mit günstiger Randlage zu Großstädten

5) Hohe Anteile junger Erwerbstätiger

6) Je Mitglied der allgemeinen Krankenversicherung

Quelle: AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): AOK-Betriebsvergleich 1991, Bonn 1991.

SOZIALFORSCHUNG E.V.
 83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE
Übersicht 9:

**AOK-Marktanteile
 nach
 AOK-Regionstypen
 1989**

AOK-Marktanteile	AOK-Versicherte an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten einschl. Auszubildende In Prozent
AOK-Regionstypen *	
Landgebiete mit niedrigem Angestelltenanteil und hohem AOK-Anteil an den Arbeitern	63,8
Touristikgebiete oder Suburbgebiete ⁴	57,8
Landgebiete mit Verdienst- und Beschäftigungsschwächen	55,0
Landgebiete mit hohen Jungenerwerbsquoten ⁵ und hohen Familienlastquoten	48,1
Mittelständische Gebiete ²	46,7
Durchschnittsgebiete ³	43,9
Altindustrialisierte Gebiete ¹	33,4
Expandierend-prosperierende Großindustriegebiete	32,6
Städtische Einzugsgebiete	31,3
Metropolen	30,4
Altindustrialisierte Großstädte	24,8
Bundesgebiet (West)	47,2

*) AOK-Bezirke mit vergleichbaren oder ähnlichen Rahmenbedingungen

1) Nicht-großstädtisch

2) Häufig durch „High-tech“ geprägt.

3) Hinsichtlich der berücksichtigten Rahmenbedingungen.

4) Gebiete mit günstiger Randlage zu Großstädten

5) Hohe Anteile junger Erwerbstätiger

Quelle: AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): AOK-Betriebsvergleich 1991, Bonn 1991.

**STUDIENGRUPPE
 FÜR**

SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE

Übersicht 10:

**Grundlohnsumme
nach
AOK-Regionstypen
1989**

Grundlohn	Grundlohnsumme je Mitglied ⁶ In DM
AOK-Regionstypen *	
Metropolen	33.548,--
Expandierend-prosperierende Großindustriengebiete	33.426,--
Mittelständische Gebiete ²	33.201,--
Altindustrialisierte Gebiete ¹	32.248,--
Altindustrialisierte Großstädte	31.500,--
Städtische Einzugsgebiete	31.420,--
Landgebiete mit niedrigem Angestelltenanteil und hohem AOK-Anteil an den Arbeitern	31.170,--
Touristikgebiete oder Suburbgebiete ⁴	30.876,--
Durchschnittsgebiete ³	30.738,--
Landgebiete mit hohen Jungenerwerbsquoten ⁵ und hohen Familienlastquoten	30.737,--
Landgebiete mit Verdienst- und Beschäftigungsschwächen	28.969,--
Bundesgebiet (West)	31.261,--

*) AOK-Bezirke mit vergleichbaren oder ähnlichen Rahmenbedingungen

1) Nicht-großstädtisch

2) Häufig durch „High-tech“ geprägt.

3) Hinsichtlich der berücksichtigten Rahmenbedingungen.

4) Gebiete mit günstiger Randlage zu Großstädten

5) Hohe Anteile junger Erwerbstätiger

6) Je Mitglied der allgemeinen Krankenversicherung

Quelle: AOK-Bundesverband und Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): AOK-Betriebsvergleich 1991, Bonn 1991.

**STUDIENGRUPPE
FÜR**

6. **Verschlechterung der Vertragsbeziehungen zwischen Ortskrankenkassen und Krankenhäusern auch durch AOK-Zentralisierung**

Daß vor allem für die Krankenhäuser, die ihre Standorte in Landkreisen haben, das Festbudget mit Einheitssteigerung zu einer massiven Belastung der Vertragsbeziehungen zu den zuständigen AOKen führen wird, wurde gezeigt. Dies wird vor allem dann problematisch sein, wenn die jeweiligen Krankenhäuser eine Patientenschaft mit medizinisch und pflegerisch aufwendigem Diagnosenprofil und sich verschlechternder Altersstruktur haben.

Das Gesundheitsstruktugesetz 1993 wird aber die Krankenhäuser im ländlichen Raum auch noch in einem ganz anderen Zusammenhang erheblich in Bedrängnis bringen. So soll durch eine Änderung des § 145 SGB V, in dem die zwangsweise Zusammenlegung von Ortskrankenkassen geregelt ist, die Zusammenlegung von Ortskrankenkassen noch weiter erleichtert und den Landesregierungen unter bestimmten Bedingungen regelrecht zur Pflicht gemacht werden.

Für die Krankenhäuser mit Standort in Landkreisen würde dies, gerade in Niedersachsen, bedeuten, daß sie ihre ortsnahen Vertrags- und Verhandlungspartner verlieren und faktisch nur noch mit Landes-AOKen bzw. Ersatzkassen-Landesvertretungen verhandeln. Ohne Zweifel würde sich hier das Kräfteverhältnis dramatisch zu Ungunsten der Krankenhäuser verändern.

7. **Möglichkeiten einer strategischen Krankenhauspolitik**

Welches Verhalten erfordert diese Lage? Zunächst sollte man von der Zeit nach dem Festbudget mit Einheitssteigerung ausgehen. Die Krankenhauseite und jedes einzelne Krankenhaus sollten große Energie darauf verwenden, Grundsätze für den Krankenhausvergleich, der zukünftig Teil der Pflegesatzermittlung ist, zu entwickeln, bei dem die regionalen Standortbedingungen eine zentrale Rolle spielen. Vor allem sollten die einzelnen Krankenhäuser schon jetzt beginnen, geeignete Vergleichskrankenhäuser zu ermitteln und sich mit diesen abzustimmen.

Soweit es das Festbudget betrifft, ist eine verstärkte öffentliche Darstellung der Negativwirkungen des § 17 Abs.1a KHG-GSG gerade auch für die Ortskrankenkassen erforderlich. Hier bietet sich eine Möglichkeit gemeinsamen Handelns zwischen denjenigen ländlichen

AOKen, die Landes-AOKen, d.h. Zwangs- oder Freiwilligfusionen ablehnen und den Krankenhäusern, die kein Interesse an übermächtigen Vertrags- und Verhandlungspartnern haben.

In jedem Fall ist es auch für das einzelne Krankenhaus wichtig, sich die Kassenlandschaft in seinem Standortraum, vor allem die wirtschaftliche Lage seiner AOK genau anzusehen, um die Folgen des Gesundheitsstrukturgesetzes für die Kassenlandschaft im Standortraum abschätzen zu können.