

Die Krankenhausfinanzierung aus ordnungspolitischer Sicht

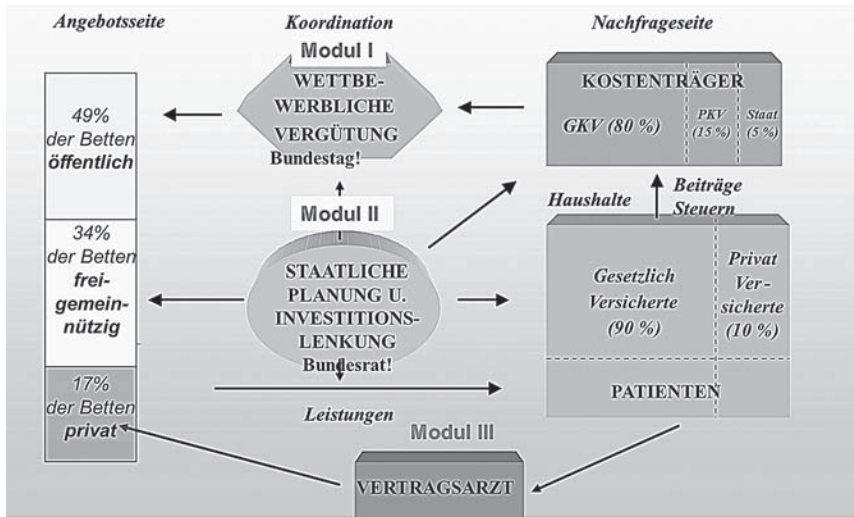
Günter Neubauer

1. Das deutsche Krankenhaussystem und seine Steuerung

Das deutsche Krankenhaussystem ist aus ordnungspolitischer Sicht in sich höchst widersprüchlich. Neben wettbewerblichen Elementen steht eine staatswirtschaftliche Ausrichtung. Schließlich ist nach wie vor die Mehrzahl der Krankenhäuser nach einem Krankenhausplan eingestuft und mit Versorgungsfunktionen versehen, wie sie klassischerweise in einer staatlichen Planwirtschaft vorzufinden sind. Dies ändert sich nicht durch die Vorgabe, dass die Pluralität der Krankenhausträger zu gewährleisten ist. Schließlich sind alle Krankenhausträger der Krankenhausplanung des jeweiligen Bundeslandes verpflichtet, sofern sie Kassenpatienten versorgen wollen. Die Krankenhausplanung wird komplettiert durch die Investitionslenkung der Länder. Die Finanzierung erfolgt über allgemeine Steuermittel und ist insofern ebenfalls einer Planwirtschaft entsprechend.

Auf der anderen Seite aber steht ein wettbewerblich orientiertes Vergütungssystem. Allerdings ist die Vergütung nur teilweise dem Wettbewerbsmodell entlehnt. Denn es wird faktisch Preiswettbewerb ausgeschlossen. Zugelassen wird lediglich Qualitätswettbewerb. Und schließlich sind in diesem Wettbewerbsprozess die eigentlich Betroffenen, nämlich die Patienten, nur peripher beteiligt. Nach wie vor haben Patienten kostenfreien Zugang zur Krankenhausversorgung, unabhängig von den jeweils ausgelösten tatsächlichen Kosten. Um das System vor einer Übernachfrage zu schützen, ist die Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt erforderlich, außer es liegt ein Notfall vor. Wir haben somit nebeneinander drei Steuerungsmodule in unserem Krankenhausversorgungssystem, die untereinander nicht kompatibel sind und deswegen ständig zu Reibungsverlusten sowie auch Störungen im Prozessablauf führen. Die nachfolgende Übersicht verdeutlicht noch einmal das oben erläuterte.

Abbildung 1: Die deutsche Krankenhausversorgung und ihre Steuerung



Quelle: Neubauer, 2011, S. 95

2. Steuerungsdefizite der Krankenhausversorgung

Wir haben schon einige Steuerungsdefizite pauschal angesprochen, die sich vor allen Dingen aus dem ordnungspolitischen Nebeneinander von Plan- und Wettbewerbswirtschaft ergeben. Einige Details sollen im Weiteren noch präziser angesprochen werden.

2.1 Wettbewerb in der Versorgungspyramide

Die Krankenhäuser sind nach den jeweiligen Krankenhausplänen der Länder mit unterschiedlichen Versorgungsaufgaben betraut. Die Krankenkassen haben umgedreht die Aufgabe von Erfüllungsgehilfen für die Krankenhauspläne. Dies drückt sich darin aus, dass jedes Plankrankenhaus Anspruch auf einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen hat. Die Planung für die Versorgung der Krankenhäuser wiederum ist hierarchisch aufgebaut. Im Wesentlichen sind dies

drei Stufen, nämlich die Regelversorgung, die Zentralversorgung und die Maximalversorgung.

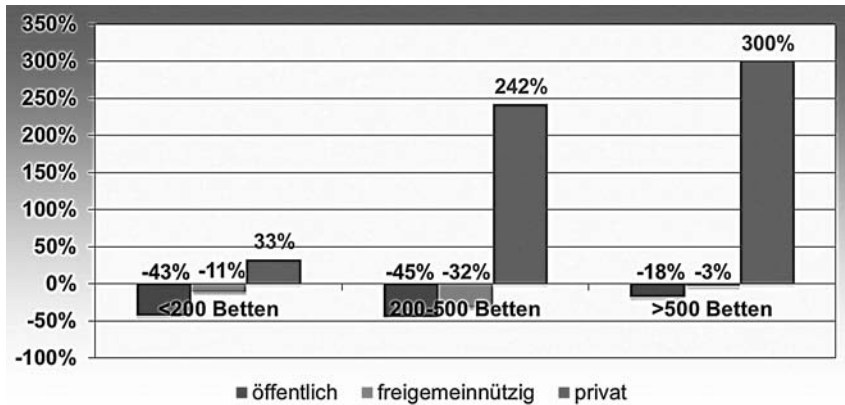
Ursprünglich sollte jedes Krankenhaus lediglich seine ihm zugeordnete Versorgungsaufgabe erfüllen. Die zuweisenden Ärzte sind verpflichtet, die Patienten in die jeweils bedarfsgemäße und wirtschaftliche Versorgungsstufe einzuweisen. Dieses System ist heute jedoch faktisch unwirksam. Denn schließlich haben die Patienten quasi eine Wahlfreiheit des Krankenhauses, da die einweisenden Ärzte den Patientenwünschen weitgehend nachgeben. Eine Konsequenz daraus ist, dass die Plankrankenhäuser nicht nur den geplanten Bedarf, sondern darüber hinaus auch eine wettbewerbliche Nachfrage abdecken. Letzteres beinhaltet Patienten, die nach der Planung nicht vorgesehen sind, aber das Krankenhaus gewählt haben.

Nun ist die betriebswirtschaftliche Lage der meisten Krankenhäuser so, dass ein Verlust von fünf oder gar zehn Prozent der Patienten automatisch zu Defiziten bei den laufenden Kosten führt. Dies wiederum veranlasst die Krankenhäuser einer Abwanderung von Patienten nicht tatenlos zuzusehen, sondern selbst den Qualitätswettbewerb zu intensivieren. Letztlich versuchen Kliniken der Regelversorgung Patienten mit Leistungen aus der Zentral-, ja Maximalversorgung zu binden. Und auch Häuser der Zentralversorgung bemühen sich, in einigen Teilbereichen Leistungen der Maximalversorgung aufzuweisen, um den Patienten ihre medizinische Kompetenz zu signalisieren.

2.2 Verdrängungswettbewerb als Konsequenz

Eine Konsequenz des faktischen Wahlrechts der Patienten ist, dass die Krankenhäuser untereinander in einem intensiven Verdrängungswettbewerb stehen. Hinzu kommt, dass aufgrund der verkürzten Verweildauer der Patienten die meisten Krankenhäuser ihre Bettenkapazitäten nur noch mit Mühe auslasten können. Um nun nicht in Defizite zu geraten, konkurrieren die Krankenhäuser untereinander um Patienten. Dabei stellen wir fest, dass in diesem Verdrängungswettbewerb die Krankenhäuser, die sich am meisten von der Investitionsförderung der Länder lösen können, nämlich die privaten Krankenhausunternehmen, im Wettbewerbsprozess die Oberhand behalten. In der nachfolgenden Abbildung 2 haben wir den Wettbewerbsprozess der letzten 15 Jahre skizziert. Das Bild zeigt, dass in allen Größenkategorien die privaten Krankenhausunternehmen wachsen, während die öffentlichen und kommunalen Kliniken an Marktanteilen verlieren.

Abbildung 2: Verdrängungswettbewerb in deutschen Krankenhausmarkt (1995 bis 2010)



Quellen: Statistisches Bundesamt 1997 und 2012

Die großen Gewinner in diesem Prozess sind die vier dominanten Krankenkettensysteme, die in den letzten 15 Jahren ihren Marktanteil auf nahezu 15 Prozent steigern konnten. Aber auch die kommunalen, öffentlichen Krankenhäuser versuchen den Wettbewerbsdruck durch vermehrte Zusammenschlüsse abzuwehren. Dies führt dazu, dass heute in Gesamtdeutschland ein Konzentrationsprozess bei den Krankenhäusern stattfindet, der alle Typen von Krankenhäusern umfasst. Bei den kommunalen Häusern ist es vor allen Dingen der Versuch, die verschiedenen Krankenhausbetriebe, die einem kommunalen Träger gehören, zu einem Unternehmen zusammenzuschmieden. Dass dies nicht immer leicht ist, weil viele lokale Besonderheiten den Weg versperren, kann man an einer Vielzahl von erfolglosen Versuchen von Zusammenschlüssen auf kommunaler Ebene ablesen.

Deutsche Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich

Im internationalen Vergleich können wir feststellen, dass die deutsche Krankenhausversorgung immer noch überdurchschnittlich viele Krankenhausbetten aufweist, und die Verweildauer ebenso überdurchschnittlich hoch ist wie auch die

Krankenhausthäufigkeit. Das heißt, Deutschland hat eine Überversorgung an Krankenhausleistungen, ohne aber überdurchschnittlich viel auszugeben. In Konsequenz führt dies zu dem derzeit stattfindenden Verdrängungswettbewerb.

Abbildung 3: Deutsche Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich

| Land | Durchschnittliche akutstationäre Verweildauer 2010 | Akutbetten je 1.000 Einwohner 2010 | Krankenhausthäufigkeit pro 1.000 Einwohner 2010 | Krankenhauskosten pro Fall 2007* |
|--------------------|--|------------------------------------|---|----------------------------------|
| Schweden | 5,7 | 2,7 | 163 | 5.201 |
| Finnland | 11,6 | 5,9 | 182 | 3.978 |
| Frankreich | 5,7 | 6,4 | 169 | 3.957 |
| Spanien | 6,3 | 3,2 | 102 | 5.455 |
| EU | 6,9 | 5,3 | 176 | --- |
| Deutschland | 9,5 | 8,3 | 240 | 4.251 |

* Ausgaben für akut stationäre Behandlung pro Krankheitsfall, in Dollar, umgerechnet nach Kaufkraftparitäten

Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2009 und OECD, 2012

3. Ordnungspolitisches Resetting des DRG-Systems nötig

Das DRG-System ist ohne Zweifel ein effizientes Vergütungssystem, das allerdings - wie alle Vergütungssysteme - strategiefähig ist. Insbesondere wenn das DRG-System so gehandhabt wird, wie das z. Zt. in Deutschland der Fall ist, führt dies auf mittlere Sicht zu entsprechenden Strategien der Krankenhäuser, die zwar bezogen auf das gegebene Vergütungssystem optimal, aber für die gesamte Gesundheitsversorgung suboptimal, bzw. ineffektiv sind.

Einige dieser Schwächen des deutschen DRG-Systems ist die hohe Zahl an Kurzliegern in den Krankenhäusern. Da die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich Nachteile hätten, wenn sie Kurzlieger nur tagesklinisch behandeln, sind rund 30 Prozent aller Krankenhauspatienten Patienten, die das Krankenhausbett nicht bräuchten. Zumindest lässt sich das im internationalen Vergleich feststellen.

len. Nötig wäre, dass die untere Grenzverweildauer in der derzeitigen Form neu gefasst, bzw. ganz aufgehoben wird.

Eine zweite Ungereimtheit ist, dass die belegärztliche Versorgung im DRG-System ökonomisch diskriminiert wird. Nur so ist zu verstehen, warum belegärztliche Leistungen bei gleicher DRG-Gruppierung 20 Prozent weniger an Vergütung erhalten. Dahinter steckt die nach wie vor vorhandene Kostenorientierung des DRG-Systems. Nicht die gleiche Leistung der Belegärzte wird honoriert, sondern die niedrigeren Kosten der Belegärzte werden entsprechend zur Grundlage der Vergütung gemacht. Dass dies zu einer Verdrängung der Belegärzte führt, kann eigentlich nur Sachkundige überraschen.

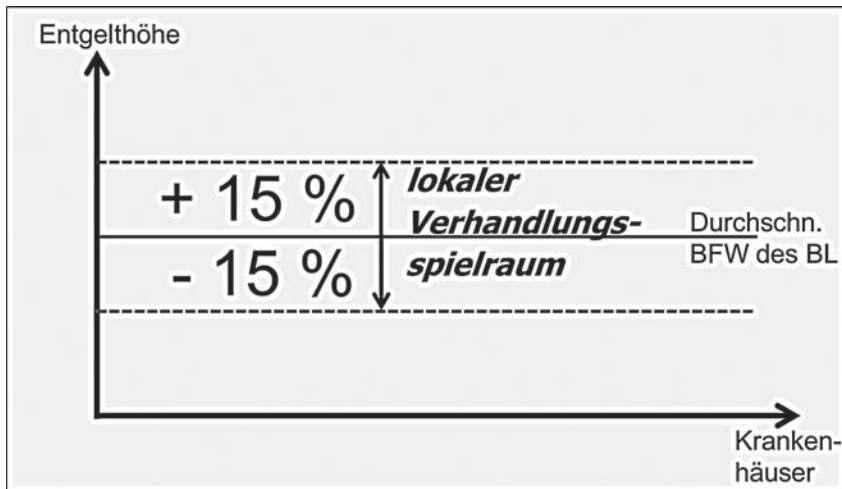
Ein letztes Defizit, das wir hier ansprechen wollen, ist die unzureichende Vergütung von Notfallpatienten. Derzeit werden Notfallpatienten über den Durchschnitt der Vergütung aller Patienten abgebildet. Doch beinhaltet die Beteiligung an der Notfallversorgung noch keine Aussage, in welchem Umfang tatsächlich Notfallpatienten versorgt werden. Es wäre daher notwendig, neben dem allgemeinen Zuschlag für die Bereitschaft zur Notfallversorgung auch noch den jeweiligen versorgten Patienten höher zu vergüten. Insgesamt würde so die Notfallversorgung für Krankenhäuser nicht nur attraktiver, sondern auch wirtschaftlich tragfähiger.

Ein derzeit häufig diskutiertes System ist das Fallmengenwachstum in den Krankenhäusern. Es kann wenig verwundern, dass Krankenhäuser, die im Durchschnitt pro Fall unzureichend vergütet werden, nur über die Ausdehnung der Fallmenge bei entsprechenden DRGs einen höheren Kostendeckungsgrad erreichen können. Von daher streben heute Krankenhäuser mit Macht eine Maximierung der Casemix-Punkte an. Eine Erscheinungsform davon ist, dass leitende Ärzte in ihrem Vergütungssystem entsprechende Anreize vorfinden. Dies führt zu den seit dem Jahr 2012 intensiv diskutierten Fehlanreizen bei den Ärzten. Die Antwort, die Anfang des Jahres 2013 gesucht wird, liegt darin, die Vergütungssysteme für leitende Ärzte entsprechend zu „entschärfen“. Sinnvoller wäre es freilich das DRG-System selbst dahin zu verändern, dass mehr qualitätsorientierte Variablen im Entgeltsystem eine Rolle spielen.

4. Ordnungspolitische Neuausrichtung: Preiswettbewerb installieren

Wir haben ganz am Anfang bereits angesprochen, dass im System der DRG-Vergütung kein Preiswettbewerb zwischen den Krankenhäusern vorgesehen ist, bzw. erlaubt wird. Für alle Krankenhäuser in einem Bundesland ist eine einheitliche Vergütung vorgesehen. Wir vertreten jedoch die These, dass über eine Flexibilisierung der Preise eine bessere Steuerung erzielt werden kann, als das bei landesweiten Einheitspreisen und spezifischer Mengensteuerung erreichbar ist.

Abbildung 4: Die Alternative: Begrenzte Flexibilisierung des Basisfallwertes



Quelle: Neubauer et al., 2011, S. 152

Unser Vorschlag geht dahin, dass zwar nach wie vor ein landesweiter Basisfallwert zwischen den Verhandlungsparteien ausgehandelt wird, von diesem landesweiten Basisfallwert aber nach beiden Seiten in einem Korridor von 15 Prozent abgewichen werden darf. Es käme also darauf an, dass die Verhandlungspartner unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten, aber auch von Qualitätsmerkmalen, die Vergütung entsprechend variieren können. Das schafft mehr Flexibilität vor Ort und damit auch Steuerungskapazität. Abbildung 4 skizziert diesen Vorschlag.

Damit eine Preisflexibilisierung von den Patienten angenommen wird, ist es notwendig, dass die Krankenkassen zumindest optional ihren Versicherten Krankenhaustarife mit prozentualer Kostenbeteiligung anbieten dürfen. Denn nur wenn Patienten die Preisflexibilisierung bzw. Unterschiede wahrnehmen, können sie auch auf diese Signale hin reagieren.

Einigen sich Krankenkassen und Krankenhäuser nicht auf eine entsprechende Vergütung, so ist es für beide Seiten möglich den hausspezifischen Basisfallwert (BFW) in dem festgelegten Preiskorridor auch ohne Zustimmung des jeweiligen Vertragspartners festzusetzen. Das heißt, es könnte sein, dass Patienten nicht ihre volle Krankenhausrechnung erstattet erhalten, da die Krankenkasse sich weigert, den vom Krankenhaus für notwendig gehaltenen Basisfallwert zu vereinbaren. Wir halten eine finanzielle Einbeziehung der Patienten dahingehend für gerechtfertigt, weil dann vor allen Dingen Krankenhäuser, die in wirtschaftlicher Not sind, ihren BFW nach oben setzen dürfen, auch wenn die Krankenkassen nicht bereit sind den Patienten finanziell voll zu entlasten. Damit wird eine direkte Mitsteuerung der Patienten erreicht.

Gerade in ländlichen Regionen, wo die Bevölkerung sehr oft und sehr intensiv für den Erhalt ihrer kleinen Krankenhäuser kämpft, wäre es sinnvoll, dieses Eintreten für das Krankenhaus auch im Ernstfall der Behandlung in Form einer Zuzahlung sichtbar zu machen. Sind die Patienten bereit Zuzahlungen zu akzeptieren, so können kleine, ländliche Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Tragfähigkeit verbessern. Sind aber die Patienten im Einzugsbereich nicht bereit, die betriebswirtschaftliche Kostenbeteiligung zu übernehmen, so kann das Krankenhaus und auch die Bevölkerung nicht länger für die Notwendigkeit eines solchen Krankenhauses streiken und demonstrieren. Wir hätten damit eine sehr viel transparentere und ehrlichere Diskussion über die Reorganisation der Krankenhausversorgung und über den Erhalt von Krankenhausstandorten.

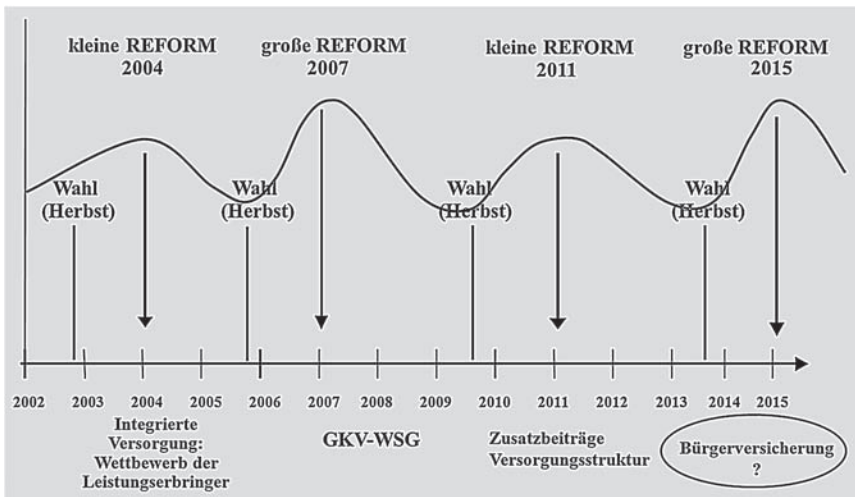
5. Ausblick: Nach der Wahl 2013 ist vor der Reform 2014/15

Die anhaltenden Finanzierungsungleichgewichte der Gesetzlichen Krankenversicherung werden von den politischen Parteien bereits aufgegriffen und die Vorstellungen für eine nächste Reform formuliert. Damit folgt die Politik einem langfristigen Trend, der sich etwa seit 1975 beobachten lässt. Finanzierungsre-

formen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind seitdem unpopulär und werden deswegen jeweils nach einer Bundestagswahl durchgeführt. Aus der Abbildung 5 können wir die nächste Reform ableiten. Es lässt sich nämlich der statistische Zusammenhang beobachten, dass sich vor einer Bundestagswahl die Reformintensität stark abschwächt, um danach steil anzusteigen.

Gleichzeitig können wir feststellen, dass in der GKV auf kleine Reformen tiefgreifende, große Reformen folgen. Aus unserer Sicht fand 2011 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eine kleine Reform statt, und damit stünde nach der Logik eine große Reform 2014/15 an. Eine solche große Reform wird sich mit der grundlegenden Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beschäftigen haben. Es geht um die Alternative, einen flächendeckenden Zusatzbeitrag einzuführen, oder eine Bürgerversicherung zu etablieren. Da aus heutiger Sicht die nächste Bundesregierung möglicherweise von Anhängern beider Reformvorschläge gestellt wird, sollte dies zu einem Kompromiss zwischen beiden Reformvorschlägen führen. Wie dieser aussehen kann, darüber könnte man heute nur spekulieren. Wir wollen aber lieber den Ausgang der Bundestagswahl 2013 abwarten und dann die Reformbemühungen aufmerksam beobachten.

Abbildung 5: Nach der Wahl 2013 ist vor der Reform 2014/15



Quelle: Neubauer, 2006, S. 47ff

Literatur:

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2009, Zahlen Daten Fakten 2009, Verlag Deutsche Krankenhausgesellschaft bmH, Düsseldorf.

Neubauer G., 2006, Private im Vormarsch! In: Neubauer G. (Hrsg.) Ein Vierteljahrhundert Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Aufsatzsammlung, München.

Neubauer G., 2011, Krankenhausplanung in der Sachgasse: Eine ordnungspolitische Neubesinnung ist notwendig. In: Neubauer G. (Hrsg.) Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000-2010, Band II, München, S. 91-116.

Neubauer G., Beivers, A. und Paffrath, D., 2011, Die Zukunft der Vergütung von Krankenhausleistungen, In: Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J., Krankenhausreport 2011, Schattauer, Stuttgart.

OECD, Health at a glance: Europe 2012.

Statistisches Bundesamt, 1997, Gesundheitswesen, Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1995, Fachserie 12, Reihe 6.1, Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt, 2012, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden.