

Aktuelle Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitspolitik: Die Sicht der Krankenhäuser

Alfred Dänzer

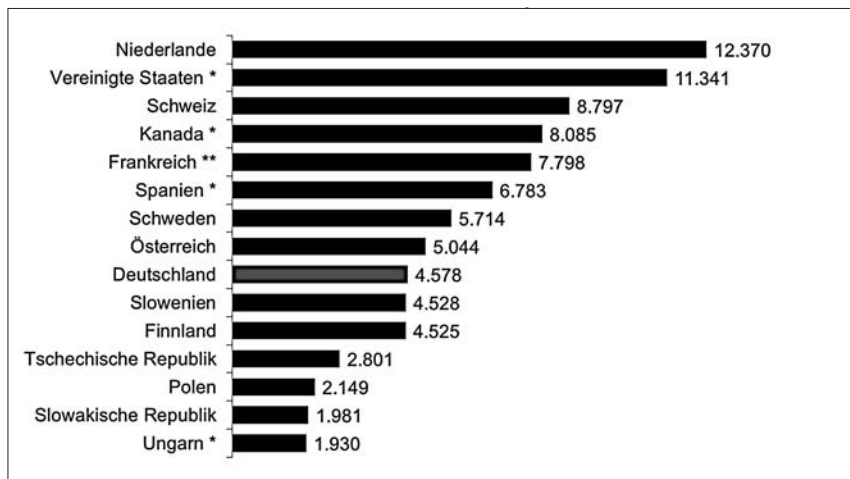
Die deutschen Krankenhäuser stehen vor großen Herausforderungen. Die äußerst angespannte wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser könnte schon bald zu einer ernsthaften Gefährdung der flächendeckenden Krankenhausversorgung führen. Die Gründe für die aktuelle Lage der Krankenhäuser sind vielfältig. Die zahlreichen Kürzungsmaßnahmen, die die Politik den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren zur Sanierung der Krankenkassen abverlangt hat, sind ohne Zweifel ein zentraler Faktor. Hinzu kommen strukturelle Schwächen des gegenwärtigen Krankenhausvergütungssystems und gesetzliche Rahmenbedingungen, die den Krankenhäusern immer mehr bürokratische Lasten aufbürden.

Dringend erforderlich ist aber auch eine Antwort der Politik auf die Frage, wie der steigende Behandlungsbedarf der älter werdenden Bevölkerung in Zukunft finanziert werden soll. Einer grundlegenden Diskussion bedarf darüber hinaus der zukünftige Umgang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt. Zum Wohle der Patienten erweitert er die Behandlungsmöglichkeiten stetig, zugleich bringt er aber auch entsprechende Finanzierungsnotwendigkeiten mit sich. Die Krankenhäuser können diese zusätzlichen Lasten nicht alleine schultern.

1. Deutsche Krankenhäuser im internationalen Vergleich

Der internationale Vergleich der Leistungsdaten von Krankenhäusern belegt die überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit und Effizienz der Krankenhausversorgung in Deutschland eindrucklich. Die jüngst von der OECD veröffentlichten, internationalen Vergleichszahlen weisen für Deutschland durchschnittliche Krankenhausfallkosten in Höhe von 4.578 USD aus. Damit liegt Deutschland im hinteren Mittelfeld, deutlich hinter Ländern wie die Niederlande (12.370 USD), die USA (11.341 USD), die Schweiz (8.797 USD) oder Frankreich (7.798 USD), die weit höhere Fallkosten vorzuweisen haben (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Krankenhauskosten 2010 je Fall in Dollar



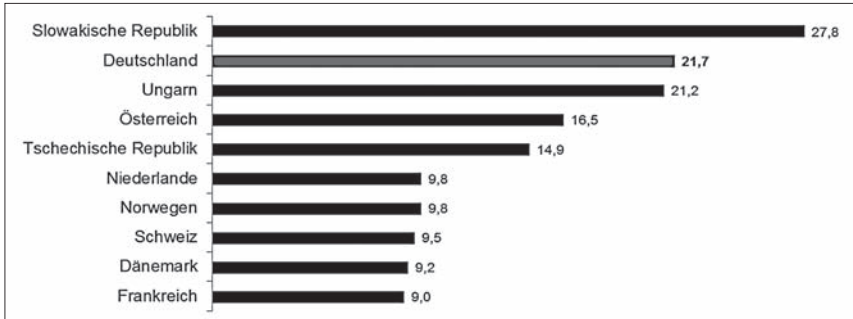
Quelle: OECD Health Data 2012

Ein weiterer Beleg für die weit überdurchschnittliche Effizienz der Krankenhausversorgung in Deutschland ist der Vergleich der Patiententlassungen je Krankenhausmitarbeiter (vgl. Abbildung 2). In dieser Statistik wird Deutschland lediglich von der Slowakischen Republik übertroffen. Mit einem Wert von 21,7 Patiententlassungen je Mitarbeiter (PjM) übertrifft Deutschland Länder wie die Niederlande (9,8 PjM), die Schweiz (9,5 PjM) oder Frankreich (9,0) deutlich. Belegt wird durch diese Statistik allerdings auch die hohe Arbeitsverdichtung in den deutschen Krankenhäusern, die nicht zuletzt auf die restriktiven Finanzierungsbedingungen und die daraus resultierende, äußerst angespannte wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser zurückzuführen ist.

Die Gesundheitsdaten der OECD zeigen zudem, dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Deutschland im internationalen Vergleich äußerst niedrig ausfällt. Im Zeitraum von 2000 bis 2010 sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland demnach um jährlich 4,9 Prozent angestiegen (vgl. Abbildung 3). Langsamer stiegen die Ausgaben nur in Österreich, Italien und Island. In den anderen von der OECD aufgelisteten Ländern, darunter etwa die Slowakische

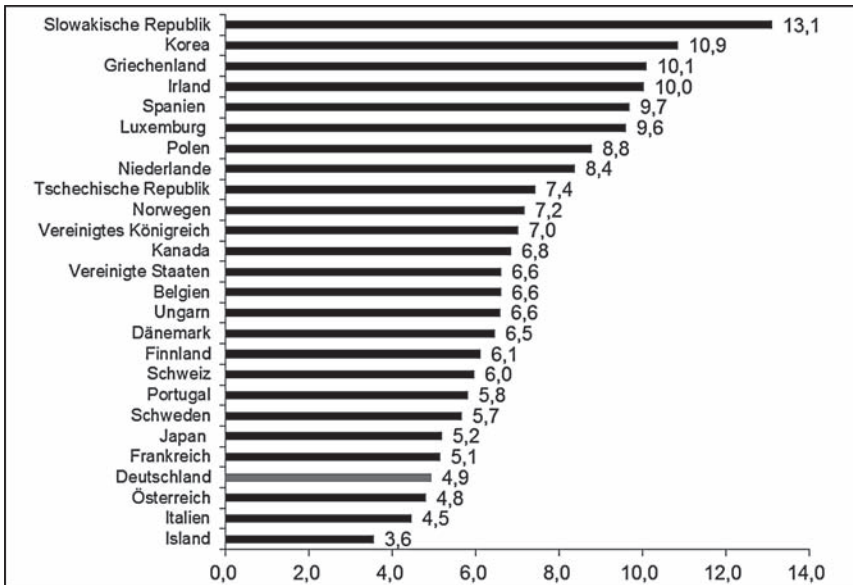
Republik (+ 13,1 Prozent), Spanien (+ 9,7 Prozent), Niederlande (+ 8,4 Prozent) oder die USA (+ 6,6 Prozent), fiel der Anstieg erheblich höher aus.

Abbildung 2: Patiententlassungen 2010 je Krankenhausmitarbeiter



Quelle: OECD Health Data 2012

Abbildung 3: Anstieg der Gesundheitsausgaben 2000 bis 2010

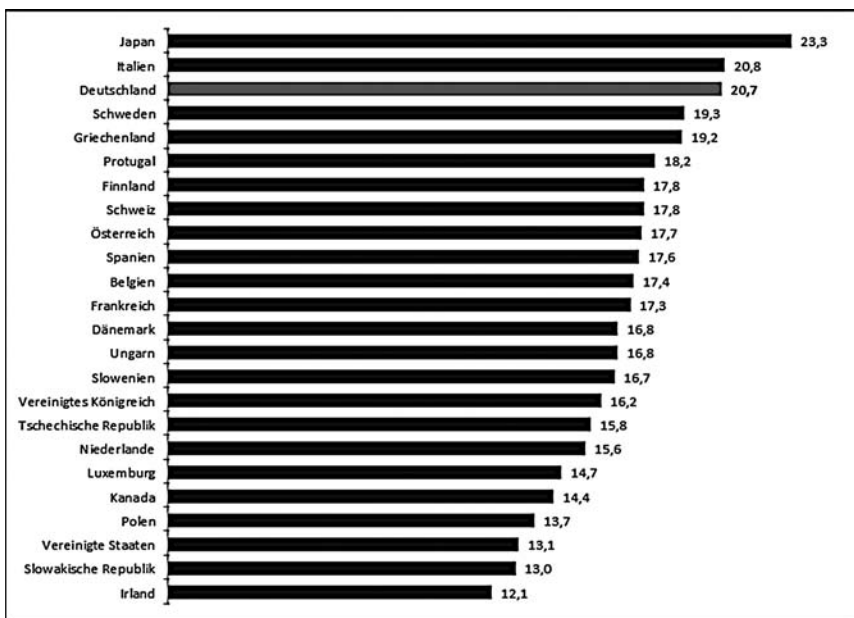


Quelle: Health at a Glance: OECD Indicators

2. Auswirkungen des demographischen Wandels

Der im Vergleich niedrige Anstieg der Gesundheitsausgaben in Deutschland ist umso beachtlicher, als dass der Anteil der Altersgruppe der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland mit 20,7 Prozent so hoch ist wie in kaum einem anderen der OECD-Länder. Der demographische Wandel war somit bereits in den vergangenen Jahren für den Anstieg des Behandlungsbedarfs mitverantwortlich (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Anteile der Bevölkerung der Altersgruppe „über 65 Jahre“ an der Gesamtbevölkerung 2011 in Prozent

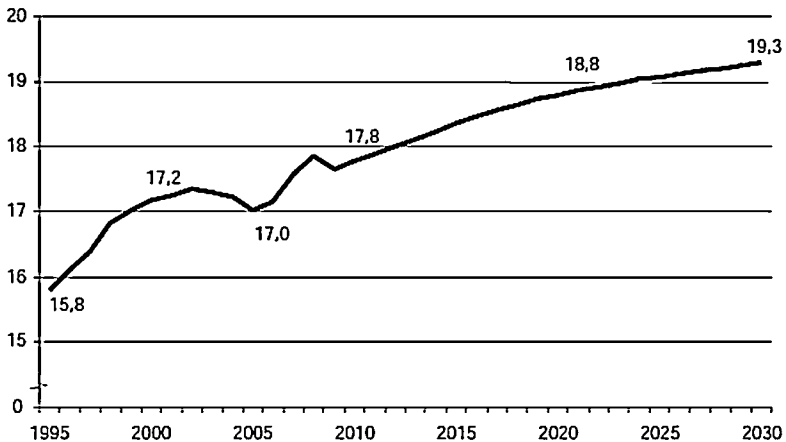


Quelle: OECD Health Data 2012

Die älter werdende Bevölkerung wird auch in den kommenden Jahrzehnten den Behandlungsbedarf und damit die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ansteigen lassen. In besonderem Maße werden davon die Krankenhäuser betroffen sein. Das Statistische Bundesamt geht von einem demographiebedingten Anstieg der Krankenhausfälle um rund eine Millionen Fälle auf 19,3 Millionen

im Jahr 2030 aus (vgl. Abbildung 5). Nicht mitberücksichtigt ist in dieser Darstellung der steigende Behandlungsbedarf aufgrund anderer Faktoren, wie zum Beispiel infolge des medizinisch-technischen Fortschritts oder einer gestiegenen Erwartungs- und Anspruchshaltung der Bevölkerung an das Gesundheitssystem.

Abbildung 5: Prognose Behandlungsbedarf: Krankenhausfälle in 2030



Quelle: Destatis, Pressemitteilung Nr. 430 vom 22.11.2010; Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 2, S. 12

3. Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Viele Krankenhäuser in Deutschland sind in den vergangenen Jahren zunehmend in eine wirtschaftliche Schieflage gerutscht. Aktuelle Umfragen gehen davon aus, dass bereits im Jahr 2011 über 30 Prozent der Krankenhäuser Defizite erwirtschafteten. Für die Jahre 2012 und 2013 gehen die Umfragen von einer weiteren Verschärfung aus, so dass der Anteil der defizitären Krankenhäuser die 50-Prozent-Marke schon bald überschreiten wird.

Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielfältig. Ein zentraler Faktor sind unzweifelhaft die zahlreichen gesetzlichen Kürzungsmaßnahmen der letzten

Jahre. So wurde die gesetzliche Obergrenze (Veränderungsrate) für den Preiserhöhungsspielraum der Landesbasisfallwerte 2011 und 2012 deutlich gekürzt. Hinzu kommen die für die Jahre 2011 bis 2014 eingeführten Abschläge für Mehrleistungen, die von den Kliniken mit den Krankenkassen vereinbart werden. Selbst unter Berücksichtigung des Entlastungseffektes aus der Erhöhungsrate, die den Krankenhäusern in 2012 einen anteiligen Ausgleich der gestiegenen Tariflöhne gewährte, summieren sich die Belastungen der in dieser Legislaturperiode beschlossenen Kürzungsmaßnahmen auf über 2 Milliarden Euro (vgl. Tabelle 1).

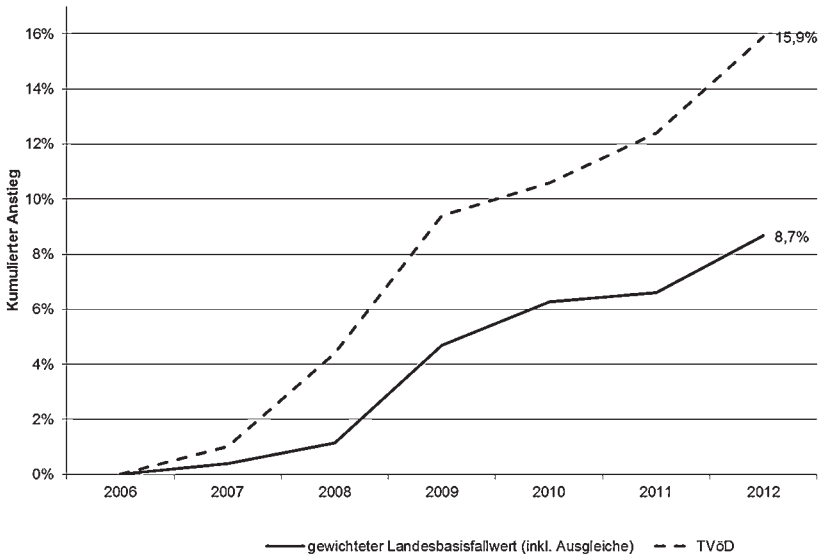
Tabelle 1: Auswirkungen des GKV-FinG und des PsychEntgG

	2011	2012	2013	2014	
Gekürzte Veränderungsrate 2011	- 150 Mio. €	- 150 Mio. €	- 150 Mio. €	- 150 Mio. €	
Gekürzte Veränderungsrate 2012		- 300 Mio. €	- 300 Mio. €	- 300 Mio. €	
Mehrleistungsabschlag	- 350 Mio. €	- 270 Mio. €	- 260 Mio. €	- 260 Mio. €	
2-jähriger Mehrleistungsabschlag				- 250 Mio. €	
Erhöhungsrate		+ 300 Mio. €	+ 300 Mio. €	+ 300 Mio. €	
Wegfall BAT-Ausgleichsrate Psychiatrie			- 25 Mio. €	- 25 Mio. €	
Summe			- 1,4 Mrd. €	- 0,7 Mrd. €	Gesamt – last =
Gesetzgebung der Koalition entzieht den Krankenhäusern					2,1 Mrd. €

Quelle: Gesetzesbegründungen GKV-FinG und PsychEntgG, eigene Berechnungen

Ein weiterer Belastungsfaktor sind die Mängel im derzeitigen Finanzierungssystem. Insbesondere die doppelte Berücksichtigung von zusätzlichen Leistungen auf der Landes- und der Ortsebene („doppelte Degression“) und die Deckelung des Preiserhöhungsspielraums durch den Veränderungswert haben dazu geführt, dass immer weniger Krankenhäuser ihre Personal- und Sachkosten über die normale Regelvergütung finanzieren können, und sich die Tariflohn-Erlöschere immer weiter öffnet (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Tariflohn-Erlös-Schere



Quelle: TVöD Verhandlungsergebnisse 2006-2012, eigene Berechnungen

4. Handlungsbedarf

Der kurz- und mittelfristige Handlungsbedarf ist damit vorgezeichnet. Für die Jahre 2013 und 2014 brauchen die Krankenhäuser als kurzfristig wirkende Finanzhilfe einen gesetzlichen Aufschlag auf die Landesbasisfallwerte. Nur so wird es den Kliniken möglich sein, die jüngsten Tariferhöhungen sowie weitere, unabwendbare Kostenbelastungen, wie den dramatischen Anstieg der Haftpflichtprämien (+ 200 Mio. Euro in 2013) oder den Anstieg der EEG-Umlage (+ 70 Mio. Euro in 2013) zu finanzieren. Als weitere kurzfristige Hilfemaßnahmen schlagen die Krankenhäuser ein breit angelegtes Förderprogramm Infektionsprävention, eine Umgestaltung des Sicherstellungszuschlages sowie eine Minderung der negativen Effekte der doppelten Degression vor.

Mittelfristig muss das gesamte Finanzierungssystem auf den Prüfstand gestellt werden. Zentrales Ziel muss dabei sein, dass sich in Zukunft wieder jedes

Krankenhaus, das wirtschaftlich geführt wird und seinen Versorgungsauftrag erfüllt, aus den regelhaften Preisanpassungen finanzieren kann. Bedeutende Hilfestellungen, wie ein solches Finanzierungssystem ausgestaltet sein könnte, erwarten sich die Krankenhäuser aus dem Forschungsgutachten zur Leistungsentwicklung, mit dem der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung aus Krankenhäusern und Krankenkassen beauftragt hat. Erste Ergebnisse sollen noch in 2013 vorgelegt werden. Neben der Betriebskostenfinanzierung wird allerdings auch die Investitionsfinanzierung wieder auf die politische Agenda zu bringen sein. Sollten sich die Länder in den kommenden Jahren weiterhin nicht in der Lage sehen, ihrer Verantwortung für die Investitionsförderung der Krankenhäuser vollständig gerecht zu werden, müsste in diesem Rahmen auch über eine Beteiligung des Bundes diskutiert werden.