

# Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen

Günter Neubauer und Andreas Beivers

## Abstract

Die deutschen Krankenhäuser haben in den letzten fünfzehn Jahren ihre Effizienz erheblich gesteigert. Dies geschah insbesondere vor dem Hintergrund schwieriger Rahmenvorgaben. Der Strukturwandel macht sich seit Beginn der 1990er Jahre durch die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens bemerkbar und äußert sich im Bereich der Krankenhausversorgung u. a. in einer zunehmenden Marktkonzentration. Das seit dem Jahr 2000 schrittweise eingeführte DRG-Fallpauschalensystem wirkt hierbei als Akzelerator. Ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt jedoch, dass die deutsche Krankenhausversorgung nur eine relative Optimierung aufweist. So werden in unseren europäischen Nachbarländern wesentlich weniger Patienten vollstationär – und mit einer kürzeren Verweildauer – behandelt. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass viele Leistungen stationsersetzend erbracht werden. Um diese Effizienzvorteile auch in Deutschland zu generieren, müssen jedoch die schwierigen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Investitions- und Kapazitätsplanung der Bundesländer, aber auch die strikte Trennung des stationären und ambulanten Vergütungssystems, angepasst und reformiert werden. Wie ein Blick auf die letzten Reformgesetze der Bundesregierung zeigt, sind dies nur kleine Schritte, die keinen wirklich neuen ordnungspolitischen Rahmen schaffen, der es den Krankenhäuser ermöglichen würde, sich an die veränderten Wettbewerbsbedingungen anzupassen.

Over the last 15 years, German hospitals have considerably enhanced their efficiency against the background of a difficult regulatory framework. Since the early 1990s, structural changes caused a certain “economising” of the health care system, e. g. a growing market concentration in the hospital sector. In this connection, the DRG system which was introduced step by step from 2000 onwards acts as accelerator. A comparison with other countries, however, reveals that Germany’s hospital care was optimised only relatively. In Germany’s neighbouring countries, there are a lot less inpatients whose stay at the clinics is shorter because many services are rendered in the ambulatory sector. In order to generate these efficiency benefits in Germany, the difficult parameters, such as the federal states’ investment and capacity planning or the strict separation between the inpatient and outpatient sector, must be adjusted and reformed. In this context, the most recent health care reforms are but small steps and did not really install a new regulatory framework which would allow hospitals to adjust to changed market conditions.

## 1.1 Ausgangssituation – Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser unter schwierigen Rahmenbedingungen

Im Bereich der Krankenhausversorgung ist ein erheblicher Strukturwandel zu beobachten, der in den letzten Jahren in raschen Effizienzsteigerungen deutscher Krankenhäuser sichtbar wird. Der erwähnte Strukturwandel macht sich seit Beginn der 1990er Jahre durch die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens bemerkbar und äußert sich im Bereich der Krankenhausversorgung u. a. in einer zunehmenden Marktkonzentration. (vgl. Augurzyk et al. 2009). Das seit dem Jahr 2000 schrittweise eingeführte DRG-Fallpauschalensystem wirkt hierbei als Akzelerator und führt zu drastischen Veränderungen. Deutliche Anzeichen dafür sind die sich häufenden Meldungen über den Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Klinikbetreiber oder gar die Schließung von Krankenhausstandorten.

In allen Industriestaaten stehen Krankenhäuser unter Kostendruck. So steigen einerseits die medizinisch-technischen Möglichkeiten und Ansprüche der Gesellschaft sprunghaft an (vgl. Schaeffer 2006), andererseits wachsen die Finanzierungsgrundlagen nicht dementsprechend mit (vgl. Neubauer, Neubauer 2007). Deshalb leiden auch die deutschen Krankenhäuser unter einem spürbaren Kostendruck. Auf der einen Seite steigen ihre Personal- und Sachkosten jährlich an, auf der anderen Seite sind aber die Ausgaben durch das Wachstum der Grundlohnsumme gedeckelt, die mit wesentlich geringerer Dynamik anwächst als die Kosten.<sup>1</sup> Daraus ergibt sich eine Unterfinanzierung der deutschen Krankenhäuser, die so genannte Deckungslücke.

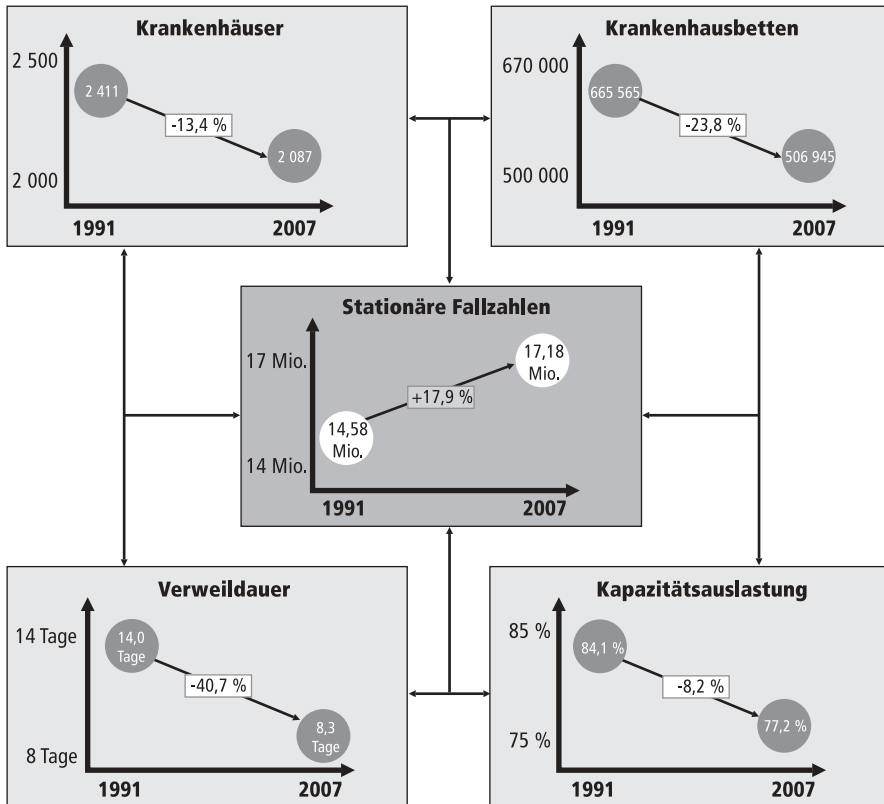
Erschwerend kommt hinzu, dass der Krankenhausbereich hoch reguliert ist, wobei der Staat insbesondere seit 1972 durch die Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) das Angebot und die Investitionen der Krankenhäuser lenkt (vgl. Kies 1998).

Um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung mit stationären Versorgungseinrichtungen zu gewährleisten, haben die Bundesländer die Hoheit, die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser in einem so genannten Landeskrankenhausplan auszuweisen. Die spezifischen Versorgungsaufträge der Krankenhäuser werden somit durch die Krankenhausplanungsbehörden festgelegt. Durch den Versorgungsauftrag werden Leistungsumfang und Leistungsinhalt geplant und insoweit determiniert, als die einzelnen Plankrankenhäuser die Kapazitäten vorzuhalten haben, die zur Erfüllung des Versorgungsauftrages erforderlich sind (vgl. Bruckenberger et al. 2005).

<sup>1</sup> Nach § 71 SGB V dürfen die Vergütungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, und somit auch die der Krankenhausversorgung, maximal mit der Entwicklung der Grundlohnsumme ansteigen. Jedoch sieht das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine Ablösung der Grundlohnsummendeckelung vor. Demzufolge soll nun gemäß §10 KHRG das Statistische Bundesamt zur „Ermittlung eines Orientierungswerts für Krankenhäuser“ beauftragt werden, der die Kostenstrukturen und Kostenentwicklungen besser als die Grundlohnsummenveränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Werts ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; dieser Orientierungswert soll dann die Grundlohnsummenwachstumsrate ablösen.

Abbildung 1–1

## Leistungs- und Effizienzsteigerung im deutschen Krankenhausmarkt (1991 bis 2007)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2008

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Den Krankenkassen fällt im heutigen System primär die Aufgabe zu, den Plankrankenhäusern dafür eine adäquate Vergütung zu gewährleisten. Nicht zuletzt führen diese strikten staatlichen Vorgaben, auf die wir im Folgenden noch im Detail eingehen werden, zu schwierigen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser, die versuchen, aufgrund von Finanzknappheit Effizienz- und somit Wettbewerbsvorteile zu generieren.

Bedingt durch diese Entwicklung sind v. a. in den letzten fünfzehn Jahren drastische Veränderungen zu beobachten (vgl. Pföhler 2004). So ging die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2007 um rund 13% zurück. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten und der Verweildauer zu beobachten. (vgl. Abbildung 1–1). Spiegelbildlich dazu ist es zu einem stetigen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle um knapp 18% gekommen – ein deutliches Zeichen einer Effizienzsteigerung. Die Fallzahlsteigerung kann aber die Rationalisierungsfortschritte nicht voll kompensieren, sodass die Kapazitätsauslastung sinkt. (vgl. Augurzyk et al. 2009).

Neben einer ganzen Reihe anderer Effekte ist es insbesondere durch die DRG-Einführung zu der erwähnten Verkürzung der Verweildauer gekommen. Gleichzeitig wurden die vorgehaltenen Planbetten nur in einem unterproportionalen Maß abgebaut. Dies kann vor allem als ein Zeichen staatlicher Fehlplanung bezeichnet werden. Die Reduktion der Betten, die in Deutschland im Durchschnitt zu Überkapazitäten führt, ist deshalb unzureichend, weil die staatlichen Krankenhausplanungen in den einzelnen Bundesländern die letztendlich eingetretene Verkürzung der Verweildauer unterschätzt haben. So sind Bettenüberhänge entstanden, die die Krankenhäuser nur ungern abbauen. Ein Grund dafür ist, dass für die Krankenhausbetten entsprechendes Personal vorgehalten wird. Personal kann jedoch aufgrund der restriktiven Arbeitsgesetzgebung nur langsam abgebaut werden (vgl. Neubauer 2003). Demzufolge verfügen die Krankenhäuser über einen hohen Anteil an Fixkosten, weshalb sie aus betriebswirtschaftlichen Gründen versuchen, eine hohe Auslastung sicherzustellen. In Kombination mit den dargestellten Überkapazitäten führt dies zu einem intensiven „Belegungs-Wettbewerb“ der Krankenhäuser (vgl. Beivers 2009).

Die bereits erwähnte „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens und insbesondere der Krankenhausversorgung wird vor allem an der Veränderung der Eigentümerstruktur der Krankenhäuser deutlich. Die Verschiebung der Anteile an der Versorgung aller Krankenhauspatienten von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu privaten, gewinnorientierten Krankenhausunternehmen ist Ausdruck des Marktwandels. So ist die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser in dem Zeitraum von 1996 bis 2007 um 31,3% und die der freigemeinnützigen um 18,8% gesunken, während die Zahl der gewinnorientierten, privaten Krankenhäuser um 40,6% angestiegen ist (vgl. Augurzyk et al. 2009).

## 1.2 Suboptimale Strukturierung der Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich

Der Wettbewerb nimmt heute an Intensität zu, weil die Krankenhausversorgung eine Reihe von Effekten zeigt, die typisch für staatliche Planungssysteme sind. So hinkt die Krankenhausplanung bedeutenden medizinisch-technischen Entwicklungen hinterher, was – wie bereits erwähnt – dazu führte, dass die deutschen Krankenhäuser heute zu viele Betten aufweisen. Um die überzähligen Betten belegen zu können, sind die Krankenhäuser einerseits bestrebt, Patienten anzuwerben, andererseits aber auch die Liegezeit der Patienten tendenziell auszudehnen. Das Ergebnis ist, dass Deutschland bis heute in Europa zu den Ländern gehört, die eine hohe Krankenhausverweildauer und eine nicht minder hohe Krankenhaushäufigkeit aufweisen. In Tabelle 1–1 werden die entsprechenden Kennziffern für die Länder Deutschland, Spanien, Finnland, Schweden und Frankreich nebeneinander gestellt (vgl. Neubauer 2007).

Kennzeichnend ist, dass andere Länder – wie Finnland und Frankreich – bei hoher Krankenhaushäufigkeit deutlich niedrigere Verweildauern aufweisen als Deutschland und deswegen auch mit wesentlich weniger Krankenhausbetten auskommen. Hier ist zu vermuten, dass die Krankenhäuser aufgrund von Unterkapazi-

Tabelle 1–1

**Deutsche Krankenhauskennzahlen im europäischen Vergleich (2006)**

Land	Krankenhausfälle je 100 Einwohner	akutstationäre Verweildauer	Akutbetten je 1 000 Einwohner	Krankenhauskosten je Fall in US-\$ (PPP)
Schweden	16,2	4,6	2,2	4 929
Finnland	19,6	4,8	3,1	3 693
Spanien	10,7	6,7	2,5	4 992
Frankreich	28,4	5,4	3,7	3 685

Datenquelle: Aaltonen (2009) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009)

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

täten auf eine kurze Verweildauer drängen, während in Deutschland das Gegenteil der Fall ist.

Zwar ist zu beobachten, dass es auch in Deutschland zu einer Ambulantisierung der stationären Grundleistungen kommt, die dazu führt, dass Krankenhäuser immer mehr vormals stationäre Leistungen nun ambulant erbringen (vgl. Beivers 2009). Noch stärker drängen sie jedoch in den ambulanten, fachärztlichen Bereich, weil das hilft, ihre Überkapazitäten auszulasten, während eine Ambulantisierung stationärer Behandlungen die Überkapazitäten erhöht und so das Problem verschärft.

Diese Entwicklung tagesklinischer Behandlungen ist ein Ergebnis des medizinisch-technischen Fortschritts und wird vor allem in den Ländern verstärkt umgesetzt, in denen weder die Ärzte noch die Krankenhäuser ein (finanzielles) Interesse daran haben, ihre Leistungen vollstationär, d. h. über die Komponente „Bett“ abzurechnen (vgl. Neubauer und Beivers 2008). So kann man beispielsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika feststellen, dass die bettengebundenen Leistungen in den letzten Jahren drastisch an Bedeutung verloren haben. Dort ist es daher an der Tagesordnung, dass bis zu 60 Prozent aller Erlöse eines Krankenhauses aus nicht bettengebundenen, sondern aus ambulanten und teilstationären Leistungen erbracht werden (vgl. Neubauer und Beivers 2005). Es kann also festgehalten werden, dass in Deutschland noch zu viele Patienten vollstationär behandelt werden, obwohl eine ambulante bzw. teilstationäre Behandlung medizinisch möglich wäre. Auf die Gründe dafür wollen wir im nächsten Abschnitt eingehen.

### 1.3 Defizite als Folge des ordnungspolitischen Rahmens?

Das gegenwärtige Steuerungssystem der deutschen Krankenhausversorgung zeichnet sich im Wesentlichen durch zwei Steuerungsmodulen aus: Dem staatlichen Planungsmodul und dem wettbewerblich orientierten DRG-Vergütungsmodul. Damit werden zwei ordnungspolitisch unterschiedliche Steuerungssysteme nebeneinander eingesetzt. Eine Kombination von zwei ordnungspolitisch unterschiedlichen Steuerungsansätzen führt jedoch zu Konflikten, wie sie auch tatsächlich in Deutschland zu beobachten sind (vgl. Neubauer 2006).