

# Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung: Ein alternatives Konzept zur Krankenhausreform

Beitrag zum Bundeskongress des BDPK

13.06.2024

Prof. Günter Neubauer



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

## Inhalt

	Seite
0. Ordnungspolitischer Kompass für eine Reform	3
1. Die Liquiditätskrise und ihre nachhaltige Behebung	4
– Lösungsvorschlag zur Liquiditätskrise	7
2. Die Kapazitätskrise und Wege zu ihrer mittelfristigen Bewältigung	10
– Lösungsvorschlag zur Kapazitätskrise	13
3. Die Strukturkrise und ihre langfristige Lösung	16
– Lösungsvorschlag zur Strukturkrise	19
4. Krankenhausreform in Schritten statt in erratischen Sprüngen	20



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München GbR  
 Frau-Holle-Straße 43  
 81739 München  
 Vertreten durch: Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Kontakt:  
 Telefon: +49 89 60 51 98  
 Telefax: +49 89 60 61 187  
 E-Mail: ifg@ifg-muenchen.com  
 www.ifg-muenchen.com

## 0. Ordnungspolitischer Kompass für eine Reform

Die Krankenhauspolitik in Deutschland hat ihren **ordnungspolitischen Kompass verloren**, falls sie jemals einen gehabt hat. Es gilt sich auf die Stärken unserer gesellschaftlichen und ökonomischen Struktur zu besinnen: **keine zentrale Planung**, weder auf Bundesebene, noch auf Länderebene, kann die Probleme unserer Krankenhausversorgung adäquat lösen. Für die Länderplanung gilt sogar der Vorwurf, dass sie in rund 50 Jahren mit ihren Planungsvorgaben zu dem geführt hat, was wir heute vorfinden: zu viele und zu kleine Krankenhäuser, zu lange Verweildauern und zu viele betten-gebundene Patientenbehandlungen!

Was wir brauchen ist, statt intensivierter staatlicher Planung verstärkte regionale preisliche Steuerung. In vor Ort stattfindenden **Entscheidungsprozessen** sollen sowohl die Krankenhäuser, als auch die jeweiligen Krankenkassen, und vor allem die betroffene Bevölkerung bzw. die Patienten einbezogen werden. Die Krankenhäuser müssen aus der Rolle von passiven Planungsobjekten herausgelöst und zu aktiv gestaltenden

Wirtschaftssubjekten mit entsprechenden Handlungsfreiräumen befähigt werden. Den Krankenkassen müssen in den vor Ort stattfindenden Vergütungsverhandlungen auch kassenspezifische Vereinbarungen offenstehen.

Entscheidend aber ist es, der **betroffenen Wohnbevölkerung das „letzte Wort“** zu geben, ob und wie ihr Krankenhaus erhalten, umgestaltet oder geschlossen werden soll. Allerdings müssen auch die dadurch entstehenden **Mehrkosten von den Nutzern**, also letztlich von den Patienten, direkt getragen werden. Wie das konkret ausgestaltet werden kann, soll im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

Insgesamt leidet die deutsche Krankenhausversorgung an drei Syndromen, die sich heute als Krisen manifestieren. Das sind:

**eine Liquiditätskrise,  
 eine Kapazitätskrise,  
 eine Strukturkrise.**

Wie die genannten Krisen behoben werden können, ja müssen, wenn nicht unsere Patientenversorgung Schaden erleiden soll, wird in den nachfolgenden Ausführungen erläutert.

## 1. Die Liquiditätskrise und ihre nachhaltige Behebung

Diese deutschen Krankenhäuser befinden sich in einer gravierenden Liquiditätskrise. Diese wurde ausgelöst durch **rasch steigende Kosten**, aufgrund einer **inflationsbedingten Ausgabesteigerung** für Sach- und Energiekosten. Aber auch die **Personalkosten** sind, getrieben durch die Inflation und die generelle Knappheit an Fachkräften, rasch angestiegen. Zugleich bleiben die Leistungsentgelte durch die Krankenkassen deutlich hinter dieser Ausgabenexplosion zurück. Demgegenüber entwickelten sich die Leistungsentgelte der Krankenhäuser, dargestellt durch die Entwicklung der Basisfallwerte (BFW).

Das nachfolgende Bild stellt diese Situation, wenn auch vereinfachend, dar. Der **Verbraucherpreisindex**, der die Kosteninflation im Wesentlichen wiedergibt, ist ab 2021 quasi nach oben geschneilt. Die Personalkosten, in unserem Bild über die durchschnittliche Gehaltsentwicklung für Krankenhaus-Pflegepersonal abgebildet, zeigen einen ähnlichen Verlauf.

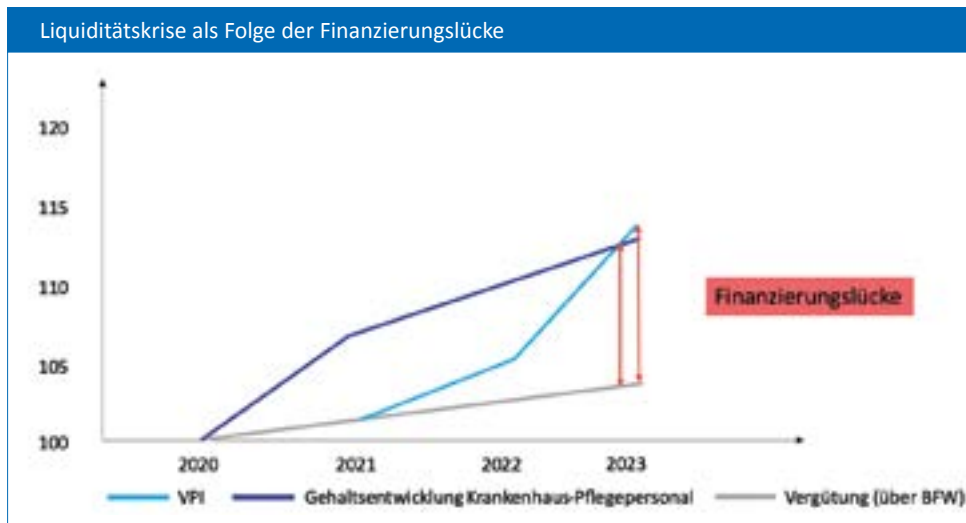


Abb. 1: Entwicklung der Preisinflation, der Gehälter für Pflegepersonen und des Basisfallwerts von 2020 bis 2023 (Quelle: Statistisches Bundesamt 2024)

Die Finanzierungslücke führte und führt aber bei den Krankenhäusern zu einem **Finanzierungsdefizit**, das die Existenz der Krankenhäuser gefährdet.

Das nächste Bild zeigt, wie rasch alleine in drei Jahren, nämlich von 2020 auf 2023, sich die finanzielle Lage der Krankenhäuser verschlechtert hat. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem negativen Jahresergebnis hat sich **mehr als verdoppelt**. Und für das Jahr 2023 haben 78% die Liquiditätslage ihres Hauses mit „schlecht“ und „sehr schlecht“ bewertet.

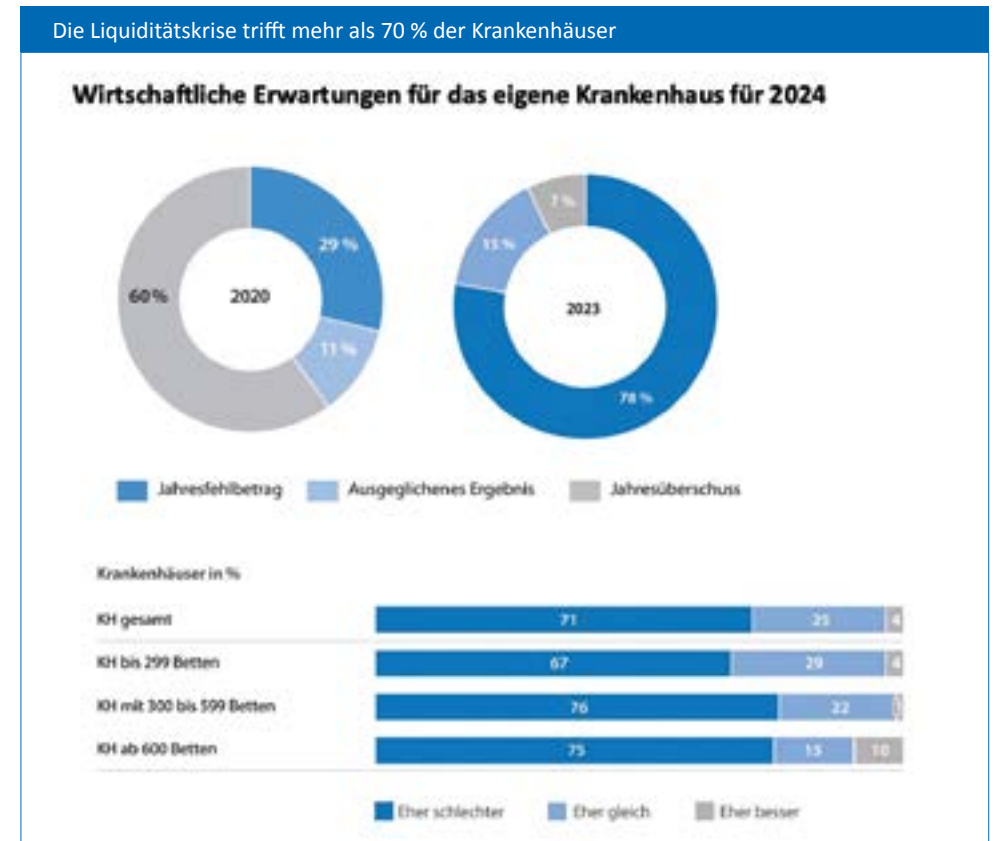


Abb. 2: Entwicklung der Liquiditätssituation der Krankenhäuser und deren Einschätzung 2020, 2023 und 2024 (Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut, Krankenhausbarometer 2022 und 2023)

Auch für das Jahr 2024 erwarten die Krankenhäuser keine Besserung ihrer Liquiditätslage. Rund **70%** der Krankenhäuser erwarten für 2024 ein **Finanzierungsdefizit**. Überraschend ist dabei, dass die Gruppe der Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten ihre Finanzlage für 2024 besser bewerten, als die nach Bettenzahl größeren Krankenhäuser. Dabei zielt die derzeitige Krankenhausreform v.a. darauf ab, die Gruppe der kleineren Krankenhäuser zu redu-

zieren, da diese für weniger leistungsstark gehalten werden. Eng mit dem Finanzierungsdefizit ist das **Risiko einer Insolvenz** verbunden. Denn, sobald die Finanzierungsreserven aufgebraucht sind und Bankkredite nicht mehr verlängert werden, ist die Zahlung der Gehälter der Beschäftigten nicht mehr gewährleistet.

Ob ein Krankenhaus dann Insolvenz anmelden muss, hängt sehr davon ab, ob die Eigentümer bereit sind das Krankenhaus finanziell zu stützen. Und dies wiederum wird nicht zuletzt von der **Finanzlage der Eigentümer** bestimmt. Eigentümer, die sich **über Steuermittel** refinanzieren können, haben hier einen entscheidenden Vorteil. Letztlich sind es die **kommunalen Krankenhäuser**, die am ehesten ihren Finanzbedarf von ihren Trägern ausgeglichen erhalten und damit eine drohende Insolvenz abwenden können. Hinzu kommt der öffentliche Druck der betroffenen Bevölkerung auf die gewählten politischen Entscheidungsträger, das lokale Krankenhaus zu erhalten. **Kirchliche Krankenhäuser** haben zwar grundsätzlich auch die Möglichkeit über die Kirchensteuer ihrer Träger finanziell gestützt zu werden. Doch ist die Finanzlage der großen Kirchen selbst sehr angespannt, sodass nur in Ausnahmefällen kirchliche Krankenhäuser von ihren Trägern finanziell abgesichert werden.

Die Gruppe der **privaten Krankenhäuser** ist deswegen weniger gefährdet, weil sie ständig unter einem Rationalisierungsdruck stehen und im Falle von Defiziten auch frühzeitig umgestaltet, oder, im Extremfall, geschlossen werden.

Eine erste betriebswirtschaftliche Reaktion der Defizithäuser ist es, nicht unbedingt notwendige Investitionen einzuschränken oder sogar ganz zu unterlassen. Dies führt wiederum zu einer **zu geringen Modernisierung** der betrieblichen Prozesse, was die wirtschaftliche Lage der Häuser weiter verschlechtert. Die Liquiditätslücke hat somit auch einen **Rückgang bzw. eine Stagnation der Wirtschaftlichkeit** der Kliniken zur Folge.

## Lösungsvorschlag zur Liquiditätskrise

Was in dieser Situation Lösungsansätze sein können:

- Eine kostenorientierte Anhebung des Basisfallwerts durch die Krankenkassen
- Eine klinikspezifische Differenzierung des Basisfallwerts nach Liquiditätslage
- Kompensatorische Steuerzuschüsse von Bund und Ländern
- Entgeltzuschlag auf Basisfallwert für Patienten entsprechend der Liquiditätslage des Krankenhauses, dem Beispiel der Zusatzbeiträge für gesetzlich Versicherte folgend:

Von den vier genannten Möglichkeiten die Liquiditätskrise zu überwinden ist nur der zuletzt genannte Ansatz, nämlich das **Recht und die Pflicht für jedes Defizitkrankenhaus von den Patienten ein Zusatzentgelt zu erheben**, nachhaltig und vom Krankenhaus selbst ohne Zustimmung Dritter umsetzbar. Damit wird aber nicht ein neues Instrument in die GKV eingeführt, sondern lediglich dem Beispiel der **Zusatzbeiträge für die Versicherten** gefolgt. Krankenkassen müssen nämlich, bei einer Defizitlage, für ihre Versicherten Zusatzbeiträge erheben, die geeignet sind, das entstandene oder drohende Defizit zu vermeiden. Wir fordern also ein Recht für die Krankenhäuser, das den Krankenkassen schon seit 2015 eingeräumt wird.

In der nachfolgenden Abbildung 3 haben wir den Grundgedanken unseres Vorschlags veranschaulicht.

Lösungsvorschlag: Analog zu Zusatzbeiträgen der GKV Zusatzentgelte für KH nach Defizitlage



Abb. 3: Zusatzbeiträge der Krankenkassen 2024 in Prozent und in Euro

Als Wirkungen von Zusatzentgelten erwarten wir:

- Eine autonome Lösung des Krankenhauses für das jeweilige Liquiditätsproblem
- Eine direkte Einbindung der Patienten in die Entscheidung der Bedarfsnotwendigkeit des Krankenhauses
- Einen fairen Wettbewerb zwischen den Trägergruppen
- Eine Neutralisierung von Bürgerprotesten
- Wanderung der Patienten entsprechend der unterschiedlich hohen Zusatzentgelte

Ähnlich wie bei den Krankenkassen der Zusatzbeitrag, wird auch bei Krankenhäusern das Zusatzentgelt **unterschiedlich hoch** ausfallen. Krankenhäuser, die ein relativ hohes Zusatzentgelt benötigen, müssen mit einer **Abwanderung der Patienten** rechnen. Diese dürfte sogar höher ausfallen als die entsprechenden Abwanderungen bei den Krankenkassen, da sie direkter zu spüren sind und weitere Krankenhäuser mit niedrigeren Zusatzentgelten i. d. R. gut erreichbar sind.

Damit aber sichergestellt ist, dass Krankenhäuser das entstandene Defizit sichtbar machen, muss es dem Träger verboten werden, eine **Subventionierung der Betriebskosten** durch direkte finanzielle Zuwendungen durchzuführen. Die Zusatzentgelte zeigen also den Patienten ehrlich die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses auf. Damit das Zusatzentgelt nicht durch Absenkung der Leistungsqualität angestrebt wird, ist eine verstärkende begleitende **Qualitätssicherung** geboten.

Um Patienten nicht finanziell zu überfordern, ist sowohl eine **Sozial- als auch eine Überforderungsklausel** zweckmäßig, die administrativ sehr unterschiedlich ausgestaltet werden können, während sich eine Sozialklausel am Pro-Kopf-Einkommen eines Haushaltes orientieren muss. Eine generelle Befreiung von einer Zuzahlung beinhaltet hingegen eine Überforderungsklausel. Bei dieser ist keine Vorabbefreiung vom Zusatzentgelt, sondern eine **ex-post Erstattung** zielführend. Auf diese Weise soll die Wirksamkeit und damit auch die Wettbewerbsintensivierung durch das Zusatzentgelt nicht zu sehr abgemildert werden. Den einzelnen Krankenkassen wiederum sollte es freigestellt bleiben, ob und in welchem Umfang sie für ihre Versicherten die Zusatzentgelte übernehmen bzw. mit den Kliniken entsprechende Selektivverträge abschließen, sofern sie diese für bedarfsnotwendig einschätzen.

Dem Einwand, dass eine finanzielle Belastung der Patienten aus sozialen Gründen nicht akzeptabel ist, sind mindestens **drei Argumente entgegenzustellen:**

**Zum einen** werden schon derzeit in der sozialen Pflegeversicherung finanzielle Belastungen für Bewohner von Pflegeheimen fällig, die bis zu 2.000€ monatlich betragen und damit oft die gesamte gesetzliche Rente der Bewohner beanspruchen, während die Zusatzentgelte für Krankenhausaufenthalte kaum in ähnlicher Höhe anfallen werden.

**Ein zweites Argument** lässt sich aber aus der Langzeitperspektive unseres Sozialleistungssystems ableiten: Wenn Deutschland nicht die junge Generation, und damit die aktiven Beitragszahler, überfordern will, müssen generell die Ausgaben für Sozialleistungen über eine **Kofinanzierung** der Nutzer abgemildert werden. Also auch im Sinne einer Generationengerechtigkeit werden Zuzahlungen mittelfristig nicht zu vermeiden sein.

**Drittens** kann Zuzahlungen ein Steuerungseffekt zugeordnet werden – in dem Sinne, dass diese, wenn auch einen überschaubaren, **Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten** auslösen. Und viele Krankheiten sind teilweise bis ganz abhängig vom Verhalten und Gesundheitsbewusstsein der Menschen.

Auch für die Entscheidungen der Krankenhausträger sind die **Wanderungsbewegungen der Patienten**, ausgelöst durch die unterschiedliche Höhe der Zusatzentgelte, ein wichtiges Signal, welchen Stellenwert das Krankenhaus in den Augen der betroffenen Bevölkerung hat. **Demonstrationen für die Erhaltung des Krankenhauses**, das ein höheres Zusatzentgelt fordern muss, senden ein viel ehrlicheres Signal an die Politik als das heute der Fall ist. Üblicherweise demonstriert heute die betroffene Bevölkerung gegen die Schließung eines der lokalen Krankenhäuser, ohne die ökonomischen Konsequenzen zu kennen oder gar zu spüren, was oft zu einem **Entscheidungsdilemma**, insbesondere von kommunalen Krankenhausträgern, führt. Folgen sie den demonstrierenden Bevölkerungsteilen, so führt das zu einer Belastung ihres kommunalen Haushaltes und damit auch zu einer Reduktion ihrer Gestaltungsmöglichkeiten. Entscheiden aber demokratisch gewählte Gremien gegen den Willen der protestierenden Bevölkerung, gefährden sie ihre Wiederwahl. Aus diesem Dilemma können **Zusatzentgelte** die Krankenhausträger zumindest teilweise befreien.

## 2. Die Kapazitätskrise und Wege zu ihrer mittelfristigen Bewältigung

Die Kapazitätskrise der deutschen Krankenhäuser hat ein zweifaches widersprüchliches Gesicht. Einem **zu viel an Krankenhausbetten** steht ein **zu wenig an Krankenhausfachkräften** gegenüber. Beide widersprüchliche Erscheinungsformen bedingen sich aber inhaltlich gegenseitig, wie im nachfolgenden Text erklärt wird.

Die die folgende Abbildung zeigt, hat Deutschland im internationalen Vergleich **mit die höchste Krankenhausbettendichte pro 1.000 Einwohner** und rund 55% mehr Betten pro 1.000 Einwohner aufgestellt als dies im EU-Durchschnitt der Fall ist. Dabei sind aber **nur rund 70% der Betten belegt**. Insbesondere durch die Corona-Krise ausgelöst, sank die Bettenbelegung um rund 20%. Die **hohe Bettenkapazität** hat – trotz eines deutlichen Fallzahlrückgangs in den letzten 5 Jahren – immer noch eine **überdurchschnittlich hohe Krankenhaushäufigkeit** der deutschen Bevölkerung zur Folge.

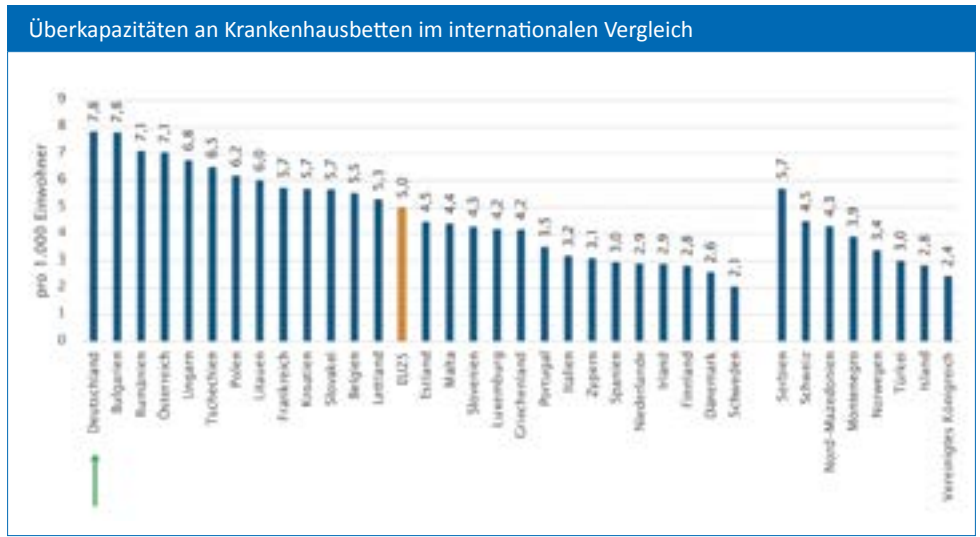


Abb. 4: Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner im Vergleich zu EU und Nicht-EU-Ländern 2022 (Quelle: vdek Januar 2023)

Diese überhöhte Bettenkapazität kann immer weniger mit entsprechendem Fachpersonal ausgestattet werden. Ein Ergebnis daraus ist, dass Krankenhauspersonal, insbesondere **Pflegekräfte**, in deutschen Krankenhäusern **mehr Patienten zu versorgen haben**, als dies

im internationalen Vergleich der Fall ist. So zeigt ein internationaler Vergleich, wie in Abbildung 5 festgehalten, dass eine deutsche Pflegekraft rund doppelt so viele Krankenhauspatienten zu versorgen hat als in der Schweiz und das 2,5-fache wie eine Pflegekraft in den USA.

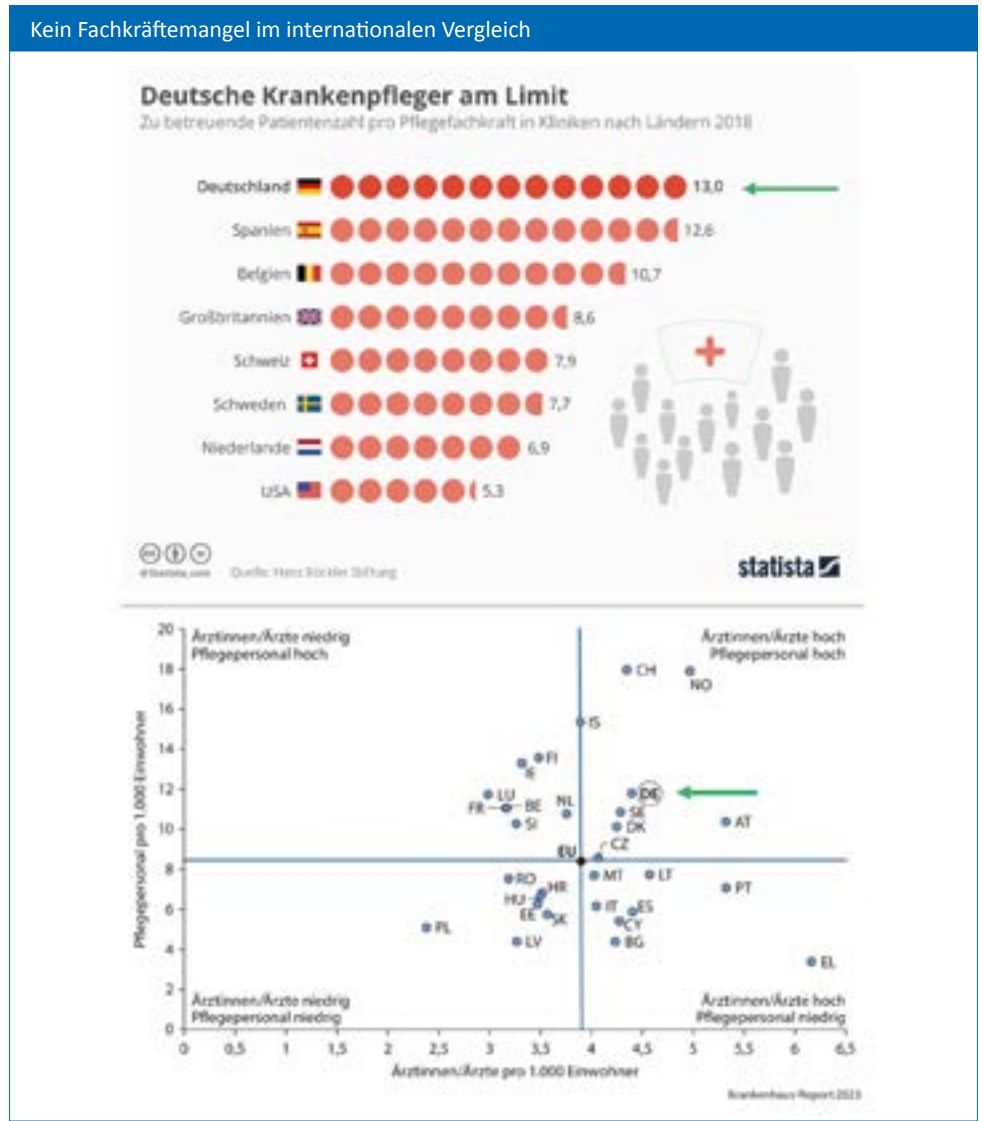


Abb. 5: Fachkräfteüberlastung trotz international hoher Zahl



Der Pflegekraftmangel in Deutschland würde bei einem Betreuungsverhältnis wie in der Schweiz verschwinden, wenn nicht sogar sich in einen Pflegekraftüberhang verwandeln. Letzteres würde in jedem Fall eintreten, wenn das Betreuungsverhältnis wie in den USA in Deutschland möglich werden würde. Doch auch für die Arztdichte pro 1.000 Einwohner zeigt die Abbildung 5 im Quadranten 1 eine, im internationalen Vergleich, **überdurchschnittlich hohe Versorgung** an. Was freilich im Bild nicht ausgesagt wird, ist, welches Arbeitszeitvolumen mit der Zahl der Ärztinnen/Ärzte verbunden ist. Aufgrund der zunehmenden Teilzeitbeschäftigung, in Krankenhäusern wie in Arztpraxen, verliert die Zahl der Beschäftigten an Aussagekraft für die Versorgungslage.

Es wirkt auf einen externen Betrachter verwunderlich, dass trotz einer in den letzten 5 Jahren deutlich gesunkenen Fallzahl und einer reduzierten Bettenauslastung die Zahl der Krankenhäuser und damit auch die Zahl der aufgestellten Betten **nur wenig gesunken** ist.

Die nachstehende Abbildung verdeutlicht eine **geringe Flexibilität** der deutschen Krankenhausversorgung auf externe Einflussfaktoren, wie eine sinkende Fallzahl, und der damit einhergehenden Bettenauslastung.

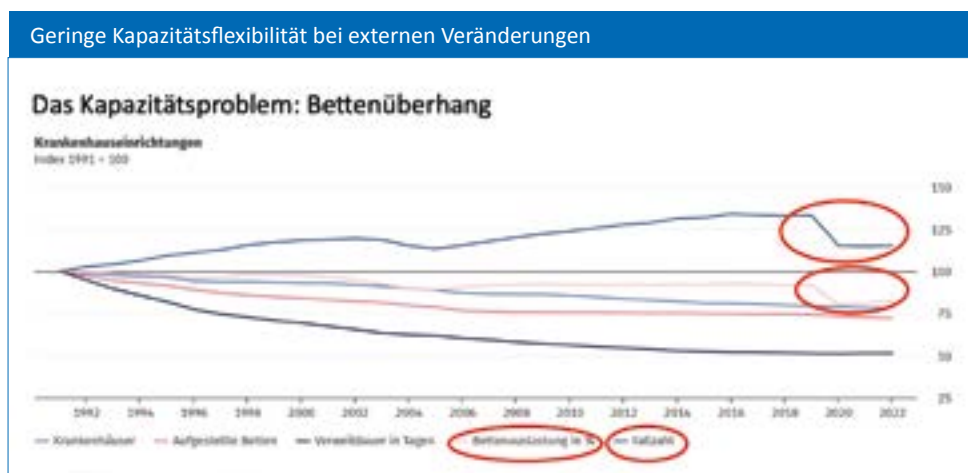


Abb. 6: Entwicklung wichtiger Krankenhausdeterminanten von 1992 bis 2022

Es erfolgt nur eine bzw. keine Kapazitätsanpassung. Erklären lässt sich dieses Erscheinungsbild mit der **staatlichen Krankenhausplanung**, die, wie jede Planung, nur zeitverzögert auf

Veränderungen reagiert. Es ist mithin erforderlich, den Krankenhäusern genügend **Anreize und Möglichkeiten** zu geben, ihre Kapazitäten rasch anzupassen bzw. umzustrukturieren. Die staatlich **dominante Angebotsplanung** und Investitionsförderung in Deutschland sollte durch eine **flexiblere Nachfragesteuerung** weitgehend ersetzt werden, wie wir das im vorhergehenden Abschnitt auch beschrieben haben.

## Lösungsvorschlag zur Kapazitätskrise

**Das DRG-Entgeltsystem ist zu flexibilisieren und die Bettenorientierung aufzugeben.**

Medizinisch ist es heute immer weniger geboten eine Krankenhausbehandlung mit einem Aufenthalt in einem Krankenhausbett zu begründen. In der Chirurgie, Anästhesie und auch in der inneren Medizin werden immer mehr Therapien so **schonend** für den Patienten durchgeführt, dass dieser keines Aufenthaltes in einem **Akutbett bedarf**. Eine Krankenhausbehandlung zeichnet sich heute v.a. dadurch aus, dass Patienten von einem multidisziplinären Ärzteteam behandelt werden und auch eine entsprechende diagnostische und therapeutische Infrastruktur verfügbar ist.

Eine Konsequenz daraus ist, auch das DRG-Entgeltsystem vom Krankenhausbett und damit von der Verweildauer abzulösen. Letztlich führt dies dann zu einer **Ambulantisierung der Krankenhausversorgung**, die aber zutreffender als **tagesklinische Versorgung** bezeichnet wird. Brauchen Patienten aufgrund ihres Alters oder einer fehlenden Familienunterstützung eine stationäre Betreuung, so muss bzw. darf diese nicht mehr in einem Akutbett erfolgen, sondern in einer **Nachsorgeeinrichtung**.

Wir schlagen also vor, das gesamte DRG-System und damit auch die Kostenkalkulation von der Verweildauerdominanz zu lösen und den Krankenhäusern die Option zu eröffnen, **alle heutigen DRG-Patienten mit oder ohne Krankenhausbett, je nach medizinischem Bedarf zu behandeln**.

Damit den Krankenhäusern hierzu auch entsprechende Anreize geboten werden, dürfen die **Krankenhausergelte nicht voreilig um die bettenbezogenen Kosten gekürzt** werden, da genau darin der Anreiz liegt, mögliche Rationalisierungsgewinne aus der Umstellung von der stationären auf die tagesklinische Behandlung zu erzielen. Diese Gewinne brau-

chen aber die Krankenhäuser, um notwendige Anpassungsinvestitionen finanzieren zu können. Werden hingegen die Rationalisierungsgewinne von vornherein durch eine **Entgeltabsenkung** abgeschöpft, so gibt es für die Krankenhäuser keinen Anreiz für eine tagesklinische Versorgung, sondern sie versuchen, im Gegenteil, die gegenwärtigen Strukturen zu konservieren. Wir schätzen, dass etwa **30 bis 40%** der deutschen Krankenhauspatienten **ohne Akutbett** im tagesklinischen Setting im oder am Krankenhaus behandelt werden könnten. Ein erwünschter Nebeneffekt einer solchen Restrukturierung der Patientenbehandlung ist, dass zugleich Pflegekräfte in der stationären Versorgung eingespart werden können und sich damit auch der **Pflegekraftmangel zumindest reduzieren lässt**.

Unser Vorschlag wird nicht nur eine Flexibilisierung der Krankenhauskapazitäten auslösen, indem die tagesklinische Behandlungskapazität in den Vordergrund rückt, sondern zugleich auch zu einem großen Schritt in Richtung einer **Entbürokratisierung der Krankenhausversorgung** führen. Die heute geltenden Vorschriften zur Abgrenzung der stationären von der ambulanten Behandlung und deren Überprüfung vom Medizinischen Dienst könnten weitgehend entfallen.

Auch die geplante **Vorhaltepauschale**, die quasi die Vorhaltekapazität von Krankenhäusern vergüten soll, führt zu einer nicht vorhersehbaren Flut an Vorschriften und Nachprüfungen für die Krankenhäuser und die Krankenkassen. Zudem sind die Wirkungen dieser Vorhaltepauschalen **nur begrenzt vorhersehbar**. Wahrscheinlich werden **große Kliniken begünstigt und kleine Kliniken eher benachteiligt**. Auch kapitalintensive Kliniken, die durch einen hohen Sachaufwand gekennzeichnet sind, dürften zu den Verlierern zählen, sofern keine Sonderregelungen getroffen werden.

Im nebenstehenden Bild versuchen wir hierzu einen Eindruck zu vermitteln.

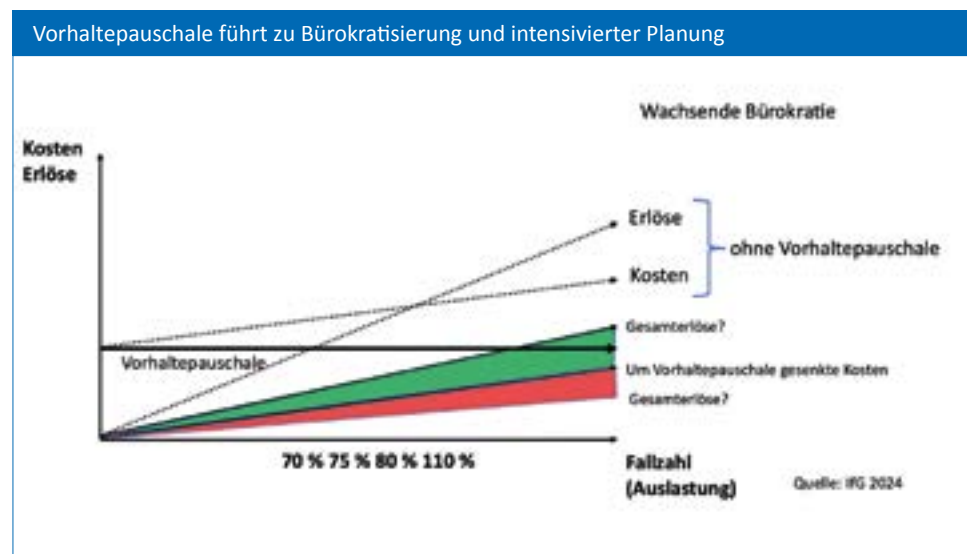


Abb. 7: Vorhaltepauschale – ein Bürokratiemonster

Ob mit der Vorhaltepauschale der Anreiz der Krankenhäuser zu einer höheren Fallzahl gestoppt wird, was die ursprüngliche Intention ist, erscheint zweifelhaft. Denn, wie unsere Abbildung zeigt, bleibt nach wie vor die Fallzahl für die Kosten-Erlössituation des Krankenhauses eine dominante Größe.



### 3. Die Strukturkrise und ihre langfristige Lösung

Die deutsche Krankenhausversorgung, die in der jetzigen Struktur weitgehend ein Ergebnis staatlicher Krankenhausplanung auf Landesebene ist, hat eine Reihe von Schwächen. Neben der oben beschriebenen Überkapazität an Betten sind dies: **Zu viele** kleine Krankenhäuser und **zu wenig** spezialisierte Krankenhäuser.

Zu viele kleine, zu wenig spezialisierte Krankenhäuser

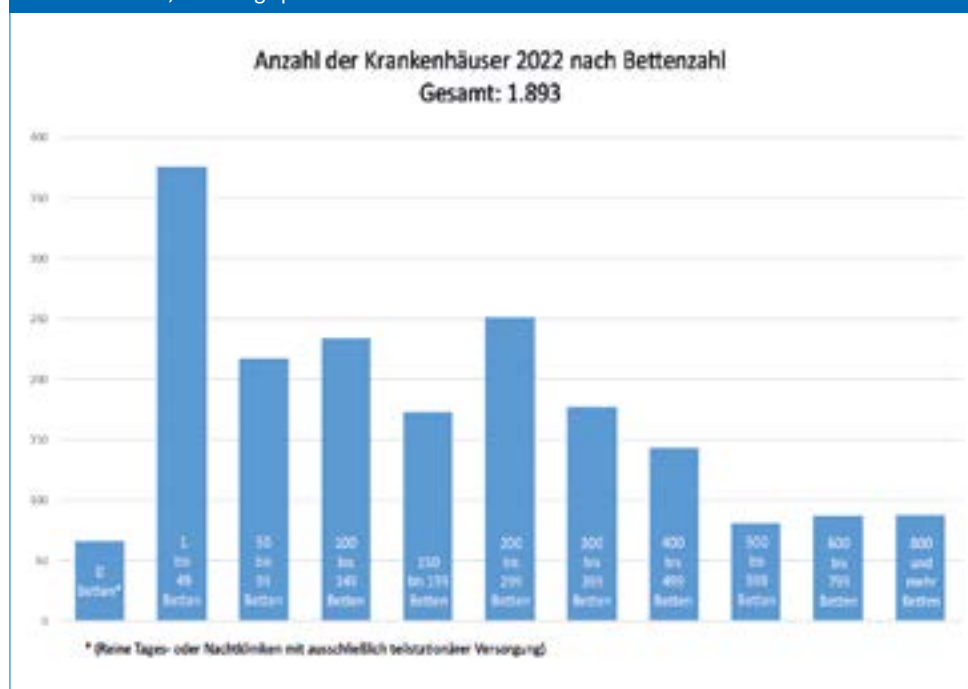


Abb. 8: Zahl der Krankenhäuser nach Bettengröße (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Fasst man die in der Abbildung 8 ausgewiesenen Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten zusammen, kommt man auf **56%**. Dies ist sicherlich ein relativ hoher Anteil an kleinen Krankenhäusern. Doch, „wer bleibt und wer geht“, darf nicht ausschließlich an der Bettenzahl und den Planvorgaben bestimmt werden. Es muss die **medizinische Leistungsfähigkeit und Leistungsqualität** den Ausschlag geben, und das unter Mitbestimmung der

regionalen und lokalen Entscheidungsträger, einschließlich der betroffenen Bevölkerung, wie wir das im Abschnitt 1 auch beschrieben haben.

Andererseits gibt es für das Gebiet der Geburtshilfe ausreichend Evidenz, dass die Zahl der Geburten in einer Einrichtung recht eindeutig mit dem **Behandlungsergebnis** korreliert ist.

Aus der nächsten Abbildung wird ersichtlich, dass in Deutschland, im Vergleich zu Schweden und Finnland, viele Kinder in relativ kleinen Kliniken zur Welt kommen.

Vergleich der Versorgungssituation in Entbindungskliniken

Deutschland, Schweden und Finnland

Neonatale und kindliche Mortalität (< 5 Jahre) pro 1 000 Lebendgeborene

Land	0 – 6 Tage	7 – 28 Tage	29 – 365 Tage	1 – 4 Jahre	< 5 Jahre
GER	1,6	0,5	1,0	0,6	3,6
SWE	1,2	0,3	0,7	0,5	2,7
FIN	1,3	0,4	0,7	0,6	3,0

Geburten (in Prozent) im Verhältnis zur Geburtenzahl in Kliniken in Deutschland, Schweden und Finnland

Land	< 500	500 – 999	1000 – 1499	1500 – 2999	3000 – 4999	> 5000
GER	16,1	33,7	25,0	22,9	2,3	0
SWE	0,5	5,9	6,0	36,5	21,3	29,8
FIN	4,0	14,1	11,9	35,0	34,9	0

Abb. 8: Perinatalmedizinische Versorgung in Finnland, Schweden und Deutschland (Quelle: Perinatalmedizinische Versorgung: Maximale Sicherheit für Mutter und Kind anstreben, Deutsches Ärzteblatt 2015; 112 (1-2): A-18 / B-15 / C-15)

Deutlich wird in der Abbildung 9 auch, dass die Zahl der Geburten mit der Qualität der Kliniken, gemessen an der kindlichen Mortalität, bis zum **fünften Lebensjahr** korreliert ist. Dabei ist überraschend, dass dieser Zusammenhang, wenn auch schwach ausgeprägt, bis ins fünfte Lebensjahr der Kinder nachwirkt. Auf den ersten Blick ist auch überraschend, dass in den Flächenstaaten Schweden und Finnland die **örtliche Konzentration** der Geburten, verglichen zu Deutschland extrem hoch ist. Vor allem in Schweden kommen nur

rund 12% und in Finnland rund 30% der Kinder in Kliniken mit weniger als 1.500 Geburten im Jahr zur Welt, während es in Deutschland nahezu 75% sind. Daraus lässt sich ableiten, dass in den beiden skandinavischen Ländern die ländliche Versorgung mit Geburtskliniken weitaus geringer sein muss, als in Deutschland.

Zwar sind die Zahlen der Abbildung 9 rund 10 Jahre alt und in dieser Zeit hat sich auch in Deutschland eine lokale Konzentration der Geburten ergeben. Dennoch hat Deutschland auch heute noch in dieser Hinsicht einen beträchtlichen Veränderungsprozess vor sich.

Trotz des eindeutigen Zusammenhangs zwischen Größe einer Entbindungsklinik und der Leistungsqualität, wird in Deutschland über die Zukunft der ländlichen Krankenhausversorgung unterschiedlich diskutiert. Berücksichtigt man, dass kleine Kliniken von vornherein schwierige Geburten i. d. R. an große Einrichtungen abgeben, dürften die Qualitätsunterschiede faktisch noch höher ausfallen.

Offen ist auch, wie die ländliche Krankenhausversorgung der Zukunft aussehen soll. Aufgrund der sich rasch verändernden Medizintechnologie, des wachsenden medizinischen Wissens und Trends zu schonenderen, roboterassistierten Behandlungen, sowie einer durch KI gestützten Diagnostik und Therapie, kann niemand voraussagen, wie eine künftige optimale Krankenhausstruktur sein soll. Daran wird auch eine **zentrale Krankenhausplanung letztlich scheitern**. Hinzu kommt eine deutlich gewachsene Mobilität der Bevölkerung, insbesondere der heutigen und künftigen Elterngeneration.

Worauf es ankommt, ist, dass die Krankenhäuser genügend flexibel **orts- und situationsbezogen** reagieren können. Um dies zu gewährleisten, müssen die Krankenhäuser **autonom über Investitionsmittel** verfügen können. Letztlich bedeutet dies aber auch, dass die derzeitige Investitionsförderung im Rahmen der **dualen Krankenhausfinanzierung abgelöst** werden muss, wenn man ein flexibles Versorgungssystem aufbauen will.

## Lösungsvorschlag zur Strukturkrise

Eine Übergangslösung in diese Richtung stellt das Entgeltsystem für Krankenhausleistungen in der **Schweiz** dar. Dort werden die Leistungen **monistisch vergütet, aber dual finanziert**.

Die DRG-Entgelte werden dort **inklusive eines Investitionsaufschlages** monistisch abgerechnet. Damit erhalten die Krankenhäuser Investitionsmittel, die keine Planungsvorgaben für das Leistungsspektrum, das Leistungsvolumen oder den Leistungsort beinhalten. Zwar unterliegen die schweizerischen Krankenhäuser gleichwohl einer **kantonalen Planung**, welche bestimmte Leistungsspektren regional vorgibt. Die Finanzierung selbst, d.h. die Mittelaufbringung, wird nach wie vor über die einzelnen Kantone in der Form geleistet, dass die Investitionsmittel den jeweiligen Krankenkassen zugewiesen werden.

Zwar ist die schweizerische Lösung nur ein Schritt in die Richtung eines monistischen Entgeltsystems, aber es ist dennoch **flexibler** und **reagibler** auf künftige Herausforderungen als das deutsche Entgeltsystem.

Ein weiterer Schritt an die sich ändernde Patientenversorgung wäre die Etablierung von **regionalen Komplexvergütungen**, bis hin zu **regionalen Budgets**. In beiden Fällen soll eine integrierte ambulant-stationäre Versorgung angestrebt bzw. erreicht werden. Mit Regionalbudgets wird einem Verbund von ambulanten und stationären Leistungserbringern ein Budget gegeben, das auf Basis der versorgten Bevölkerung **unter Berücksichtigung derer Risikostrukturen** kalkuliert wird. Hierzu könnten die Erfahrungen des Risikostrukturausgleichs des Gesundheitsfonds eine gute datenbasierte Unterstützung darstellen.

Ein kleinerer Schritt in diese Richtung wäre die Etablierung von **ambulant-stationären Komplexpauschalen**, die einem regionalen ambulant-stationären Versorgungsverbund gewährt werden. Hierzu müssten die Krankenkassen, wie schon heute in der Krankenhausvergütung, sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen, um durchaus im Wettbewerb bestehenden Versorgerverbänden entsprechende Verträge anzubieten.

Auch für diese Vorschläge ist eine ordnungspolitische Neuorientierung, wie am Anfang dargestellt, erforderlich, nämlich: **Lokalen Akteuren** Priorität einzuräumen und staatliche Planungsvorgaben auf das notwendige Maß zurückzuführen.

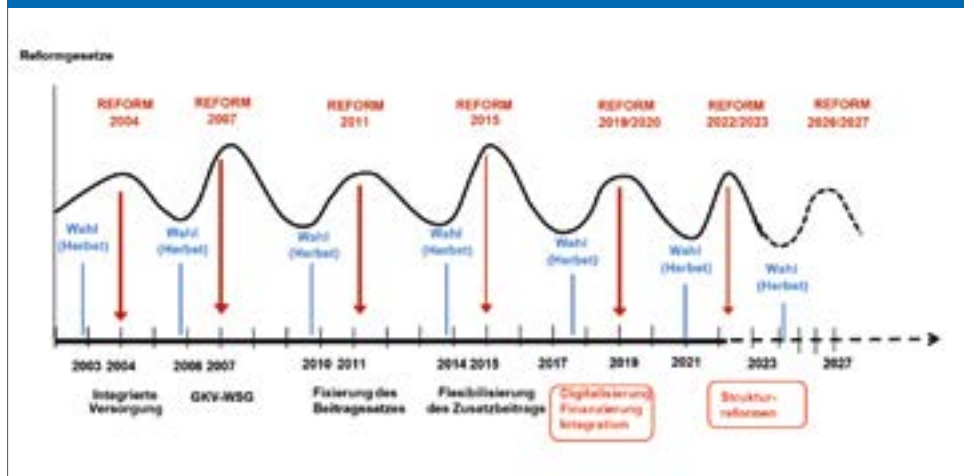
#### 4. Krankenhausreform in Schritten statt in erratischen Sprüngen

Zeitliche Schritte zur Umsetzung der von uns gemachten Vorschläge sind:

- **Kurzfristig**, noch im Jahr 2024, Behebung der Liquiditätskrise durch betriebspezifische DRG-Zusatzentgelte
- **Mittelfristig**, bis 2025/26, Loslösung der DRG-Kalkulation von der Verweildauer, gleiches Entgelt für stationäre und tagesklinische Patientenbehandlung
- **Langfristige** Restrukturierung 2027+x: durch monistische Investitionsfinanzierung, Komplexpauschalen und wettbewerbliche Regionalbudgets

Und – da im entsprechenden politisch bestimmten Reformzyklus, wie in der untenstehenden Grafik dargestellt – die nächste Reform 2027 folgen wird, bleibt es dem nächsten Gesundheitsminister überlassen, eine **ordnungspolitische Neuorientierung** in der Krankenhausversorgung durchzusetzen.

Nach den Reformen von Lauterbach ist vor den Reformen von XY!







INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Frau-Holle-Straße 43  
81739 München

Telefon: +49 89 60 51 98  
Telefax: +49 89 60 61 187  
E-Mail: [ifg@ifg-muenchen.com](mailto:ifg@ifg-muenchen.com)  
[www.ifg-muenchen.com](http://www.ifg-muenchen.com)