

Neubauer, Günter

Article — Digitized Version

Reform der Krankenhausfinanzierung: Ein dringliches Problem

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Neubauer, Günter (1984) : Reform der Krankenhausfinanzierung: Ein dringliches Problem, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 64, Iss. 2, pp. 83-86

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/135890>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Reform der Krankenhausfinanzierung – Ein dringliches Problem

Günter Neubauer, München

Die vom Bundesminister für Arbeit und Soziales im Frühsommer eingesetzte Beratergruppe zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung hat kürzlich ihr Gutachten vorgelegt. Damit nehmen die Reformbemühungen um den Krankenhausesektor konkrete Gestalt an. Wie notwendig ist eine Reform der Krankenhausfinanzierung? Welche Reformvorschläge sind in der Diskussion?

Mit der Stellungnahme der Beraterkommission beim Bundesminister für Arbeit und Soziales ist freilich noch längst nicht das letzte Wort zur Reform der Krankenhausfinanzierung gesprochen. Schwierigkeiten dürften insbesondere daraus erwachsen, daß die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser nach Art. 74, Ziffer 19 c des Grundgesetzes der konkurrierenden Gesetzgebung von Bund und Ländern unterliegt. Die Chancen für eine mutige, geschlossene Reform sinken damit erheblich. Auch fühlen sich die Kirchen als Krankenhausträger zur Wachsamkeit aufgerufen, damit nicht ihre aus der Weimarer Verfassung übernommenen Autonomierechte unbillig eingeschränkt werden.

Auch wenn die gegenwärtig diskutierten Reformvorschläge zur Krankenhausfinanzierung erheblich voneinander abweichen, herrscht bei allen angesprochenen Gruppen die Meinung vor, daß der Krankenhausesektor dringend wirtschaftlicher Reformen bedarf. Auch besteht über die hauptsächlichlichen Mängel Einigkeit. Diese Einigkeit wird vor allem durch das hohe Ausgabenvolumen und den gesundheitspolitischen Stellenwert des Krankenhausesektors bewirkt.

Bereits 1980 wurden für alle Gesundheitsleistungen mehr als 200 Mrd. DM ausgegeben¹. Ohne die Einkommensleistungen, die etwa 30 % der Summe ausmachen, entfielen immerhin 9,6 % unseres Sozialproduktes auf Gesundheitsgüter; damit kletterte der Anteil der Gesundheitsgüter in den letzten zehn Jahren um 3,1 Prozentpunkte nach oben. Von den gesamten Ausgaben flossen 1980 42 Mrd. DM oder 21 % in die 3190 Krankenhäuser; zehn Jahre zuvor belief sich die Sum-

me noch auf 11,5 Mrd. DM, was 16,3 % der damaligen Gesamtsumme entsprach. Diese Ausgaben übernahmen zu 62 % die gesetzlichen Krankenkassen, 21 % finanzierten die Gebietskörperschaften, immerhin 6 % zahlten die privaten Krankenkassen, und auf die Arbeitgeber entfielen noch 4,5 %. Die privaten Haushalte mußten lediglich rund 2 % der Ausgaben direkt aus eigener Tasche begleichen.

Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), dem wichtigsten Finanzier, sind die Krankenhausaufgaben zum teuersten Einzelposten geworden. Während der siebziger Jahre erhöhten die Krankenhäuser ihren Anteil am Gesamtbudget der GKV von 25 % auf 31 % und überflügelten damit den ambulant-ärztlichen Bereich.

Die Kostendynamik der Krankenhäuser demonstriert augenfällig die Entwicklung der Kosten pro Pfl egetag, die von 64 DM 1970 auf 221 DM im Jahre 1980 anstiegen, ein Zuwachs von 289 %, von dem freilich 215 % auf Preissteigerungen zurückzuführen sind².

Auf der anderen Seite erbringen die Krankenhäuser beachtliche Leistungen. In rund 700 000 Betten wurden 1980 11,2 Mill. Patienten behandelt, das entsprach einem Auslastungsgrad von 84 %. Im Durchschnitt dauerte die Behandlung 20,1 Tage pro Fall (einschließlich Psychiatrie), so daß sich 220 Mill. Krankenhauspfl egetage pro Jahr errechnen, wobei der Tendenz nach die Zahl der Patienten steigt und die Behandlungsdauer pro Patient fällt. Die Leistungen erstellten rund 775 000 Arbeitskräfte, darunter 68 600 Ärzte und 262 700 Pflegepersonen³. Investitionsgüter kauften die Krankenhäu-

¹ Eine umfassende Zusammenstellung ist zu finden in Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Ausgaben für Gesundheit 1970-1980, Fachserie 12, Reihe S. 2, Stuttgart, Mainz 1982.

² Zu den Zahlen vgl. Statistisches Bundesamt, a.a.O., S. 14.

³ Zu den Beschäftigtenzahlen siehe Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Berufe des Gesundheitswesens 1981, Fachserie 12, Reihe 5, Stuttgart und Mainz 1983, S. 5 und S. 23.

Prof. Dr. Günter Neubauer, 42, vertritt an der Hochschule der Bundeswehr München das Fach Volkswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Wirtschafts- und Sozialpolitik.

ser 1980 für gut 5 Mrd. DM. Daneben bezogen sie noch für rund 3 Mrd. DM Arzneimittel von der pharmazeutischen Industrie. Damit können sich die Krankenhäuser mit einigen Zweigen unserer Wirtschaft durchaus vergleichen.

Der Krankenhausektor im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen im Jahre 1981

| Wirtschaftszweige | Umsatz/Ausgaben (Mrd. DM) | Beschäftigte 1 000 | Investitionshöhe (Mrd. DM) |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|
| Krankenhäuser | 47 | 775 | 5,7 |
| Baugewerbe insgesamt | 110 | 1151 | 3,9 |
| Bergbau insgesamt | 32 | 238 | 3,2 |
| Chemische Industrie | 138 | 565 | 6,5 |
| Nahrungs- u. Genußmittelgewerbe | 156 | 488 | 5,2 |
| Straßenfahrzeugbau | 137 | 787 | 8,0 |

Quelle n: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (Hrsg.): pharma daten 83. Frankfurt 1983. S. 86 ff., Statistisches Jahrbuch 1983. Seite 167.

Die Tabelle macht deutlich, daß die Krankenhäuser vor allem wichtige Arbeitgeber sind. Im Krankenhaus entfallen etwa 70 % aller Kosten auf das Personal. Von daher kann man von vornherein schon feststellen, daß kostensparende Reformen den Personalbestand nicht unangetastet lassen können.

Wirtschaftliche Schwachstellen

Das gegenwärtige Krankenhausversorgungssystem kann als ein Beziehungsgeflecht zwischen vier wichtigen Entscheidungsträgergruppen beschrieben werden.

An erster Stelle sind die *Patienten* als Leistungsverbraucher zu nennen. Sie sind formaljuristisch mit starken Rechten ausgestattet. So kann ohne Einwilligung des Patienten kein Arzt eine Behandlung vornehmen. Faktisch freilich sind die Patienten eher die schwächsten Akteure. Ohne finanzielle Verantwortung für den Leistungsverbrauch richtet sich ihr Interesse auf eine qualitativ maximale Behandlung. Sie wirken damit expansiv auf die Ausgaben.

Die *Krankenhäuser* als Leistungsersteller setzen dem expansiven Verhalten der Patienten wenig Widerstand entgegen. Die Ärzte im Krankenhaus unterstützen eher diesen Trend, da es ihrem beruflichen Selbstverständnis entspricht, für einen Patienten alles erdenklich Mögliche zu tun. Und da die Medizintechnik quasi täglich die Behandlungsmöglichkeiten erweitert, richtet sich der stete Wunsch der Ärzteschaft auf neue medizintechnische Einrichtungen. Der Verwaltungsdirektor des Krankenhauses, an den sich zuerst die Wünsche richten, kann nur wenig mit ökonomischer Vernunft

bremsen. Den Bürgern wie den Krankenhausträgern, insbesondere den Kommunen, liegen die Vorstellungen der Ärzte näher als die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen eines Verwaltungsdirektors. Der Verwaltungsdirektor bemüht sich daher weniger um interne Kostensenkungen als darum, den Finanzträgern, das sind vor allem die gesetzlichen Krankenkassen, die getätigten Ausgaben als bedarfsnotwendig und wirtschaftlich vertretbar darzustellen.

Die *gesetzlichen Krankenkassen* sind nämlich vom Gesetzgeber dazu verpflichtet worden, den Krankenhäusern alle bedarfsnotwendigen und wirtschaftlich vertretbaren laufenden Betriebskosten zu erstatten (Kostenerstattungsprinzip). Die Kassen können die Kostenerstattung von Leistungen nur verweigern, wenn sie diese nicht für bedarfsnotwendig oder für unwirtschaftlich halten. In einem solchen Nicht-Einigungsfall setzt ein langwieriges Nachweis- und Kontrollverfahren ein, an dessen Ende ein Bemühen der gerichtlichen Instanzen steht. Und da während des Prüfverfahrens die Kassen lediglich die bisherigen Kosten zu übernehmen haben, erfordert das Verfahren von den Krankenhäusern finanzielles Durchhaltevermögen. Hierbei sind die kommunalen Häuser begünstigt, da sie auf Kommunalaushalte zurückgreifen können, was freigemeinnützigen Spitälern generell nicht möglich ist.

Nun werden aber die laufenden Betriebskosten weitgehend von den Investitionen bestimmt. Die Investitionskosten finanziert aber der *Staat, insbesondere die Länder*, wobei die Neubauinvestitionen nach dem Muster klassischer staatlicher Investitionslenkung ablaufen. Das Land erstellt einen Bedarfsplan, zu dem die Betroffenen gehört werden. Der Bedarfsplan bildet die Grundlage für ein mehrjähriges Krankenhausbauprogramm, das mittels jährlicher Investitionspläne erfüllt wird. Nun muß man aber wissen, daß der Bedarf als Ex-ante-Größe nicht objektiv ermittelbar ist, was subjektiven, politisch motivierten Vorstellungen Vorschub leistet. Ehrgeizige Kommunalpolitiker versuchen, die Länderminister auf unterschiedliche Weise für ihre Baupläne zu gewinnen. Das Ergebnis sind nicht selten überdimensionierte und falsch konzipierte Krankenhäuser, deren laufende Kosten die Krankenkassen zu erstatten haben.

Schwerwiegende Mängel

Fassen wir die Mängel zusammen: Im *Finanzierungsbereich* erweist sich vor allem die Trennung der Investitionskosten von den Betriebskosten als verhängnisvoll (duale Finanzierung). Der Staat, der die Investitionskosten übernimmt, bestimmt den prestigeträchtigen Krankenhausneubau sowie die lang- und mittelfristige

Ausstattung. Die Krankenkassen haben die Folgekosten zu übernehmen, die heute bereits nach fünf Jahren die Erstinvestitionen übersteigen. Die Krankenhäuser versuchen, Kostenteile – je nach Finanzlage und Widerstand von Staat und Krankenkassen – dem einen oder anderen zuzuschieben. Gleichzeitig findet eine schleichende Verstaatlichung der freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser statt, da die staatlichen Investitionszuschüsse als Fremdkapital zu behandeln sind.

Im Bereich der *Leistungsentgeltung* führt die Verpflichtung der Krankenkassen zur Kostenerstattung zu einer Fehlallokation im Krankenhaus. Nicht der Leistungsverbesserung, sondern dem Kostennachweis gilt das Bemühen der Krankenhausverwaltung. Unterstützt wird diese Tendenz durch eine Kostenerstattung, qua pauschalen Pflegesatz pro Patiententag, in der die erbrachten Leistungen nicht erkennbar sind. Die Kostenerstattung verbietet auf der anderen Seite eine Überschüßerzielung und dämpft auch von daher den Anreiz zur Wirtschaftlichkeit. Schließlich wissen zumindest die kommunalen Krankenhäuser im Defizitfalle die Steuerzahler hinter sich. Die Leistungsverbraucher spüren die Unwirtschaftlichkeit der Leistungserstellung direkt finanziell überhaupt nicht.

Die Steuerung des gesamten Bereiches geschieht schwergewichtig mittels einer *staatlichen Bedarfsplanung*. Krankenhäuser, die im Bedarfsplan aufgenommen sind, erhalten staatliche Investitionsgelder. Hält der Staat den Bedarf für gedeckt, haben neue Anbieter keine reellen Marktzutrittschancen, da sie ihre eigenen Investitionskosten weder vom Staat noch über die Krankenkassen erstattet erhalten – ganz im Gegensatz zu ihren Konkurrenten. Ein wirkungsvoller Wettbewerb wird so abgeblockt. Die staatliche Investitionslenkung schränkt aber auch erheblich die Handlungsspielräume der durch den Bedarfsplan geschützten Häuser sowie der Krankenkassen ein und demotiviert damit die dort verantwortlichen Akteure.

Reformvorschläge

Die skizzierten Mängel rückten erst in den letzten zwei bis drei Jahren in das Bewußtsein der Verantwortlichen. Erst als man merkte, daß sich die Krankenhauskosten trotz massiver staatlicher Einwirkungsmöglichkeiten nicht bändigen ließen⁴, setzte die Suche nach weitergehenden Reformen ein. Inzwischen ist die Zahl der Reformvorschläge rasch angewachsen⁵. Hier sollen nur vier Reformansätze kurz skizziert werden: Der Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung⁶, der Standpunkt des Deutschen Caritasverbandes⁷, die Vorstellungen

der Krankenkassen⁸ und die Vorschläge der vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingesetzten Beratergruppe⁹ (BMA-Kommission).

Die Vorschläge der *Bosch-Kommission*¹⁰ konzentrieren sich auf eine monistische Krankenhausfinanzierung, d. h. die Krankenkassen übernehmen auch die Investitionskosten über den Pflegesatz. Der Staat wird aus seiner Finanzierungsaufgabe entlassen, muß aber gleichzeitig auf seine Planungshoheit verzichten. Um die Umstellung ausgabenneutral zu gestalten, geben die Krankenkassen versicherungsfremde Aufgaben, wie Sterbegeld, Mutterschaftsgeld etc., an den Staat ab.

Die Krankenkassen handeln mit den Krankenhäusern als Vertragspartner einen prospektiven Preis für die Patientenbehandlung aus. Eine solche Preisvereinbarung für eine kommende Rechnungsperiode eröffnet den Krankenhäusern Gewinnchancen und zugleich Verlustrisiken, belohnt also eine wirtschaftliche Betriebsführung. Der Preis selbst könnte nach Hotelleistung und medizinischer Behandlungspauschale aufgesplittert werden. In jedem Fall wird das Prinzip der Kostenerstattung aufgegeben.

Die Krankenhäuser schließen sich regional zu Körperschaften zusammen und übernehmen die verbleibenden Planungs- und Koordinierungsaufgaben in einer Region und sind außerdem bei der Fallpauschale Verhandlungspartner der Krankenkassen. Ziel ist eine weitgehend staatsfreie Krankenhausfinanzierung.

So weit gehen die Vorschläge des *Deutschen Caritasverbandes*¹¹, der sich vor allem den konfessionellen Krankenhäusern verbunden fühlt, nicht. Hier wird die verbindliche staatliche Bedarfsplanung durch dezentrale Orientierungspläne ersetzt, an deren Erstellung vor allem die Krankenhäuser als Träger des Planungsrisikos zu beteiligen sind. Der Orientierungsplan ist mit ei-

⁴ So versuchte man es mit einem Krankenhauskostendämpfungs-gesetz 1981 (vgl. Gesetz vom 22. Dez. 1981, BGBl. I 1568).

⁵ Vgl. dazu insbesondere Dokumente zur Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems, in: Das Krankenhaus, 1983, H. 6-12.

⁶ Robert-Bosch-Stiftung GmbH: Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung, Materialien und Berichte 12, Stuttgart 1983.

⁷ Vgl. Franz Spieghalter: Für die Existenz des Katholischen Krankenhauses. Zur Neuordnung der Krankenhausplanung und -finanzierung, in: Unser Standpunkt 16, Freiburg 1982, S. 1-31.

⁸ Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes, Oktober 1983.

⁹ Bundesminister für Arbeit und Soziales: Gutachten der Beratergruppe zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, Bonn 1983.

¹⁰ Der Autor ist selbst Mitglied dieser Kommission, die seit Herbst 1981 arbeitet.

¹¹ Den Vorschlag des Deutschen Caritasverbandes übernahmen weitgehend der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband.

ner Investitionsmelde- und Investitionsbegründungspflicht der Krankenhäuser verbunden. Investitionen, die orientierungsplankonform sind, werden vom Staat subventioniert.

Das Leistungsentgelt soll zwischen dem einzelnen Krankenhaus und den Krankenkassen prospektiv ausgehandelt werden – bei grundsätzlicher Anerkennung einer Kostendeckungspflicht durch die Krankenkassen. Doch sollen Überschüsse über einen begrenzten Zeitraum als Verlustreserven angesammelt werden dürfen.

Grundanliegen dieses Vorschlages ist es, die Stellung des freigemeinnützigen Krankenhauses zu stärken und die selbst definierte Sonderstellung des kirchlich-gebundenen Krankenhauses durch keine übergeordnete Stelle einengen zu lassen.

Die *Spitzenverbände der Krankenkassen*¹² treten für eine Fortdauer der dualen Finanzierung ein. Das Prinzip der Mischfinanzierung durch Bund, Länder und Gemeinden entspricht dem Grundsatz des kooperativen Föderalismus und ist ebenfalls beizubehalten. Für den Bereich der Bedarfsplanung fordern die Kassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht. Die Bedarfsplanung bleibt ein wichtiges Steuerungsinstrument und ist weiter auszubauen. Als Leistungsentgelt wird ein prospektiv ausgehandelter pauschaler Pflegesatz vorgeschlagen, der auf der Basis betriebsindividueller Kosten ermittelt wird. Das Kostendeckungsprinzip wird damit in seiner strengen Form aufgegeben und Überschüsse wie Verluste begrenzt zugelassen. Die Pflegesatzverhandlungen bleiben den Krankenhäusern und Krankenkassen in voller Autonomie. Im Konfliktfall werden neutrale Schiedsinstanzen angerufen.

Die jüngste Stellungnahme stammt von der *BMA-Kommission*; sie wurde im Dezember 1983 vorgelegt. Ausgangspunkt für die Kommission war die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers verankerte Forderung nach Abbau der Mischfinanzierung durch Bund und Länder im Krankenhausbereich. Zwar will sich der Bund einerseits aus der Finanzierung weitgehend zurückziehen, andererseits jedoch nicht alle Befugnisse aufgeben. Damit zeichnet sich ein Konflikt mit den Ländern ab. Im Prinzip wird an der dualen Finanzierung, d. h. an der staatlichen Investitionsfinanzierung festgehalten.

Einzelne Ausgestaltungsvorschläge der BMA-Kommission weisen sonst deutliche Parallelen zum Bosch-Vorschlag auf, so daß auf eine Darstellung verzichtet

werden kann. Lediglich beim Leistungsentgeltverfahren legt sich die BMA-Kommission akzentuierter fest. Neben einem Basispflegesatz und Entgelt für die Erfüllung von Versorgungsaufträgen wird eine Gebührenordnung für Krankenhäuser erstellt. Letztere soll nicht Einzelleistungen, sondern Fallpauschalen beinhalten. Mit einer solchen Pauschalierung hofft man, die Verweildauer weiter drücken zu können, was insbesondere die Aufnahme von Pflegefällen für das Krankenhaus weniger attraktiv machen soll.

Realisierungschancen

Vergleicht man die skizzierten Reformvorstellungen, so fällt einerseits ihre Interessengebundenheit auf und andererseits der Mangel an Mut, von eingefahrenen Denkmustern und vorhandenen Institutionen abzurücken. Gleichwohl zeichnet sich ab, daß alle Reformvorschläge wenig Chancen auf eine geschlossene Umsetzung haben. Zu stark und vielfältig fühlen sich die Politiker den Krankenhäusern verbunden. Allenfalls die Bundesregierung, jedoch kaum die Länder und am wenigsten die Kommunen dürften bereit sein, sich im Krankenhaussektor auf Rahmgestaltungsaufgaben zurückzuziehen. Vieles deutet darauf hin, daß die Bundesregierung die Finanzverantwortung an die Länder voll abgibt, aber nicht gewillt ist, auf alle Gestaltungsrechte zu verzichten. Die Länder ihrerseits dürften die Finanzierung der sogenannten Rationalisierungsinvestitionen an die Krankenkassen abtreten, aber die Finanzierung der Erstinvestitionen behalten. Den Krankenkassen und Krankenhäusern werden sicherlich sukzessiv stärkere Beratungsrechte gegenüber dem Land eingeräumt.

Im Leistungsentgeltbereich ist eine Auflockerung des strengen Kostenerstattungsprinzips zu erwarten. Ob man sich auf eine prospektive Festlegung der Pflegesätze mit der Zulassung von Gewinn und Verlust einigen kann, hängt wesentlich von dem Selbstvertrauen der Krankenhäuser ab. Daß man in einer wirtschaftlich schwierigen Lage wenig Zustimmung bei den Krankenhäusern finden dürfte, verwundert nicht. Auf der anderen Seite stößt der Versuch, die Krankenhäuser in ihrer Verhandlungsposition zu stärken, indem man den Krankenhausgesellschaften einen öffentlich-rechtlichen Charakter gibt, auf den entschiedenen Widerstand der Krankenhäuser.

Die Gefahr, daß eine Reform, die den Namen verdient, an den verschiedenen Interessenstandpunkten scheitert, ist groß. Es bleibt zu hoffen, daß das hohe gesundheitspolitische wie volkswirtschaftliche Gewicht des Krankenhaussektors alle Beteiligten stets an ihre Verantwortung mahnt.

¹² Die GKV-Spitzenverbände repräsentieren die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Angestelltenkrankenkassen, Arbeiter-Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen.