

Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

Wie viel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?

KARSTEN HONSEL, VORSTANDSVORSITZENDER DER GESUNDHEIT NORDHESSEN HOLDING AG, KASSEL



Der Wettbewerb ist für die stationäre Versorgung in Deutschland vielfältig reguliert und in mehreren seiner Dimensionen eingeschränkt. Dabei prägen insbesondere die sich aus den Landesplanungen ergebenden Strukturen die Wettbewerbssituation der Krankenhäuser in den Bundesländern. Auch die Produktpreise sind politisch mitgeprägt, da die Basisfallwerte durch die Selbstverwaltung in jedem Bundesland separat festgelegt werden. Für weitere Verzerrungen sorgt die duale Finanzierung, da Krankenhäuser seit Jahren von den Bundesländern zu wenig Investitionsmittel erhalten. Betrachtet man allerdings insgesamt die Ziele Versorgungssicherheit, -qualität und Kostenkontrolle, dann werden diese durch die staatlichen, wettbewerbsbeschränkenden Eingriffe im Wesentlichen erreicht. Jedoch zeigt der hohe Anteil an Krankenhäusern, die Defizite erwirtschaften, dass ihre wirtschaftliche Lage nicht stabil ist. Die Stärkung von Versorgungsverbänden und ein Zuschlag für Versorgungssicherheit in der Fläche können hier in die richtige Richtung weisen.

Wie viel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?

Die Krankenhäuser in Deutschland sind als Teil der Volkswirtschaft von erheblicher Bedeutung. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung betragen im Jahr 2014 68 Milliarden Euro. In deutschen Krankenhäusern sind ca. 1,2 Millionen Menschen beschäftigt. Krankenhäuser gehören regelmäßig zu den großen Arbeitgebern ihrer Region. Gleichzeitig erbringen sie Leistungen für ihre Patienten, die dem Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge zugeordnet werden können. Der Zugang ist – zumindest teilweise – im wahrsten Sinne des Wortes von existenzieller Bedeutung. Vor diesem Hintergrund kommt der Frage „Wie viel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?“ ein besonderes Gewicht zu.

Die Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland ist die soziale Marktwirtschaft. Wettbewerb und Bedürfnisbefriedigung werden über Märkte organisiert. Dabei werden ordnungspolitische Rahmenbedingungen gesetzt, die das Marktgeschehen in sozialpolitische Vorstellungen einbetten. Für den Bereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung ist der Wettbewerb jedoch durch den Gesetzgeber eingeschränkt.

Im Folgenden soll aus der Sicht eines Krankenhauses und anhand von verschiedenen Wettbewerbsdimensionen untersucht werden, an welchen Stellen der Wettbewerb durch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen von Bund bzw. den Ländern begrenzt ist. Es wird untersucht, mit welchen ordnungspolitischen Motiven diese Eingriffe vorgenommen werden und in welchen Bereichen Krankenhäuser sich im Wettbewerb befinden. Abschließend wird eine Bewertung vorgenommen. Hierbei geht es ins-

besondere um die Frage, ob die ordnungspolitischen Ziele durch die Eingriffe in den Wettbewerb erreicht werden.

Die Eingriffe in den Wettbewerb im Bereich des Gesundheitswesens geschehen auf der Grundlage eines breiten gesellschaftspolitischen Konsenses. Die Auffassung, dass die stationäre Gesundheitsversorgung vollständig wettbewerblich organisiert und von ausschließlich privaten Marktteilnehmern erbracht werden soll, ist in Deutschland aus Sicht des Autors dauerhaft nicht konsensfähig.

In der Literatur gibt es eine Vielzahl von Definitionen des Wettbewerbs. Gut verständlich ist dabei die Definition von Wikipedia. Sie lautet: „Wettbewerb bezeichnet in der Wirtschaftswissenschaft das Streben von mindestens zwei Akteuren (Wirtschaftssubjekten) nach einem Ziel, wobei der höhere Zielerreichungsgrad eines Akteurs einen niedrigeren Zielerreichungsgrad eines anderen bedingt.“

Die Wettbewerbsdimensionen von Krankenhäusern

Folgende Wettbewerbsdimensionen sollen für Krankenhäuser näher betrachtet werden:

- Produktangebot
- Produktpreis
- Produktmengen
- Investitionsfinanzierung/Kapitalbeschaffung
- Qualität der Produkte
- Personalgewinnung
- Mitarbeitervergütung
- Ressourcen/Beschaffung.

Die Übersichtsdarstellung (siehe Abbildung 1) macht deutlich, in welchem Umfang diese Dimensionen des Wettbewerbs eingeschränkt sind:

Das Produktangebot

Die Gesundheitsvorsorge im stationären Bereich ist Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Die Gewährleistung einheitlicher Lebensbedingungen dient dabei als Begründung für weitreichende Eingriffe der öffentlichen Hand zur Regelung von Standorten und dem Umfang von medizinischen Leistungsangeboten. Ziel ist es, eine wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen. Das Ziel in Paragraph 1 Absatz 1 Krankenhausgesetz (KHG) formuliert: Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Diese Zieldefinition steht im Widerspruch zur Definition von Wettbewerb, der ja gerade darauf ausgerichtet ist, dass sich ein Wettbewerber gegenüber und zu Lasten eines anderen Wettbewerbers Vorteile verschafft, den Marktaustritt eines Wettbewerbers inbegriffen.

Seit 1972 wird die stationäre Krankenversorgung in Deutschland durch die Krankenhauspläne der Bundesländer bestimmt. Diese legen in sehr unterschiedlicher Detailtiefe fest, an welchem Standort (bzw. an welchem Krankenhaus) Leistungen erbracht werden. Sie regeln ferner die Fachabteilungsstruktur und die Kapazität (i.d.R. die Anzahl der Betten). Aktuell gibt es Überlegungen, die Planungsinhalte um die Notfallversorgung zu erweitern. Sind Krankenhäuser im Landeskrankenhausplan ausgewiesen, so besteht für die gesetzliche Krankenversicherung ein Kontrahierungszwang, soweit die medizinischen Leis-

Wettbewerbsdimensionen im Krankenhausmarkt

Dimension	Einschränkung des Wettbewerbs	Kommentar
Produktangebot	●	■ Die Krankenhausplanung reguliert, in welchen medizinischen Feldern ein Krankenhaus tätig sein darf
Kapital	●	■ Investitionen werden vom Bundesland über Fördermittel finanziert
Preis	●	■ Staatliches Festpreissystem mit Fallpauschalen (G-DRG)
Produktmengen	●	■ Mengensteuerung durch Krankenhaus-Budgets
Qualität	●	■ Keine Transparenz über die Behandlungsqualität der Häuser für Patienten ■ Qualität ist nicht preisbildend
Personal	●	■ Freie Personalplanung- und auswahl
Mitarbeitervergütung	●	■ Grundsätzlich freie Gestaltungsspielräume
Ressourcen/ Beschaffung	●	■ Unregulierte Beschaffung

● Uneingeschränkter Wettbewerb
● Wettbewerb teilweise eingeschränkt
● Stark eingeschränkter Wettbewerb

Quelle: Karsten Honsel



Abbildung 1: Die Darstellung lässt erkennen, in welchem Umfang die verschiedenen Dimensionen von Wettbewerb eingeschränkt sind.

tungen durch die Landeskrankenhausplanung abgedeckt sind. Diese Leistungen sind dem Krankenhaus grundsätzlich zu vergüten. Über die Gesamtheit der Leistungen und die Gesamtvergütung der Summe aller medizinischen Leistungen verhandelt das Krankenhaus mit allen Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam“. Die Vergütung ist dabei festgeschrieben.

Das Land stellt damit sicher, dass medizinische Leistungen an dem von ihm durch die Krankenhausplanung formulierten Ort der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Auf diesem Wege soll das Ziel der „patienten- und bedarfsgerechten Versorgung“ des Paragraphen 1 KHG erreicht werden. Wesentlicher Punkt der Bedarfsgerechtigkeit ist dabei die Möglichkeit, ein Krankenhaus im Notfall in einer angemessenen Zeit zu erreichen. Dies ist beispielsweise bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall von überragender Bedeutung für den Patienten. In der praktischen Umsetzung dieser Krankenhausplanung haben sich zwischen den Bundesländern und einzelnen

Regionen sehr unterschiedliche Strukturen ergeben. So ist die durchschnittliche Krankenhausgröße unterschiedlich. In Süddeutschland (insbesondere Bayern, aber auch Baden-Württemberg) ist die durchschnittliche Größe der Häuser gering und die Anzahl der Häuser relativ groß. In den neuen Bundesländern (insbesondere Sachsen) sind die Krankenhäuser im Durchschnitt deutlich größer. Auch die Krankenhausedichte ist höchst unterschiedlich.

Es ist festzuhalten, dass das Leistungsangebot in der stationären medizinischen Versorgung durch die Landeskrankenhausplanung festgeschrieben ist und somit nicht dem Wettbewerb unterliegt. Die sich aus den Landesplanungen ergebenden Strukturen sind andererseits sehr unterschiedlich. Sie prägen die Wettbewerbssituation des einzelnen Krankenhauses maßgeblich.

Ein Sonderfall ist die Psychiatrie. Hier ist die Notfallversorgung über die Zuordnung von Versorgungsregionen, die bis auf die Ebene einzelner Straßen festgeschrieben sind, detailliert geregelt. Psychiatrische Krankenhäuser

sind verpflichtet, Patienten aus dem Versorgungssektor aufzunehmen. Patienten aus anderen Sektoren sind in die zuständige psychiatrische Klinik zu verlegen. Diese Regelung soll 100-prozentige Versorgungssicherheit gewährleisten. Im Gegenzug wird Wettbewerb um Notfallpatienten unterbunden.

Krankenhäuser unterliegen trotz der Landeskrankenhausplanung dem Wettbewerbsrecht. Zusammenschlüsse sind nach den Bedingungen des Kartellrechts genehmigungspflichtig. Diese gesetzliche Regelung ist für den Autor nicht nachvollziehbar.

Der Produktpreis

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen folgt besonderen Regeln. Eine Erkrankung tritt i.d.R. schicksalhaft auf. Die Nachfrage nach einer medizinischen Leistung ist somit nicht das Ergebnis einer autonomen Konsumentenscheidung. Dabei ist gleichzeitig die sogenannte „Kreuzpreiselastizität“ extrem gering. Ein steigender Preis hat bei einem ernsthaft erkrankten kaum Auswirkung auf den Umfang der Nachfrage. Es besteht daher die Möglichkeit für Anbieter von Krankenhausleistungen, hohe Preise durchzusetzen. Daher kann eine freie Preisfindung bei stationären Krankenhausleistungen zu Beschränkungen beim Zugang zu diesen Leistungen führen.

Auch hierzu gibt der Paragraph 1 KHG Ziele vor: Es soll die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung zu sozial tragbaren Pflegesätzen sichergestellt werden. Um diese Ziele sicherzustellen, sind die Preise für Krankenhausbehandlungen in Deutschland weitgehend standardisiert und somit keine Dimension des Wettbewerbs.

Die Krankenhausplanung beschreibt über die Benennung von Fachabteilungen, welche medizinischen Leistungen ein Krankenhaus erbringen darf. Das InEK (Institut für Entgeltkalkulation) veröffentlicht jährlich einen Leistungskatalog, in dem alle stationären Leistungen der Krankenhäuser in Deutschland erfasst sind.

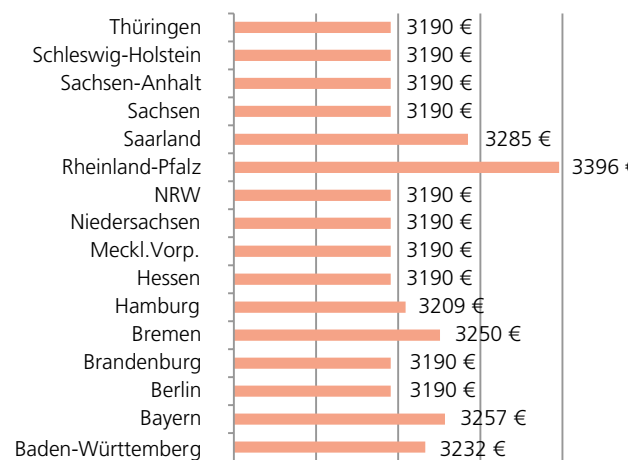
Diese Leistungen heißen DRG (Diagnosis Related Groups). Jede Behandlung eines Patienten wird nach Abschluss in eine DRG überführt. Dies geschieht, indem die Diagnosen und die einzelnen Behandlungsschritte dokumentiert werden. Die Kombination aus Diagnosen (ICD) und Behandlungen (ICPM) führen zu einer DRG. Im übertragenen Sinne ist die DRG somit das Produkt. Für jede DRG hat das InEK berechnet, wie ökonomisch aufwändig

die DRG im Vergleich zum Durchschnitt aller DRG ist. Dieser Faktor wird Casemix-Index genannt. Zur Berechnung des Preises für eine medizinische Leistung wird nun die Grundvergütung, der sogenannte Basisfallwert, mit dem Casemix-Index multipliziert. So wird der Preis für eine medizinische Behandlung für alle Krankenhäuser grundsätzlich auf dem gleichen Weg ermittelt. Preisdifferenzen ergeben sich nur daraus, dass der Basisfallwert durch die Selbstverwaltung in jedem Bundesland jährlich separat festgelegt wird. Er variierte 2015 zwischen 3190 und 3396 Euro, ohne dass es dafür einen ordnungspolitischen Grund gibt. Zudem gibt es Kataloge von zusätzlich vergüteten Leistungen, die bundeseinheitlich sind und i.d.R. Sachkosten betreffen.

Die Produktmengen

Neben Produkt und Preis ist auch die Höhe der Gesamtvergütung eines Krankenhauses in einem Geschäftsjahr geregelt und unterliegt nicht dem Wettbewerb. Das Krankenhaus verhandelt jedes Jahr ein Budget. In diesem Budget sind die einzelnen Leistungen dem Inhalt und der Menge nach, aber auch die Gesamtleistung geregelt und fixiert. Erbringt ein Krankenhaus Leistungen, die in der Summe der Vergütungen (also die Summe der einzelnen DRG) über dem Budget liegt, so sind 65 Prozent an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Die Gesamtvergütung ist budgetiert. Diese

Landesbasisfallwert 2015 (EUR)

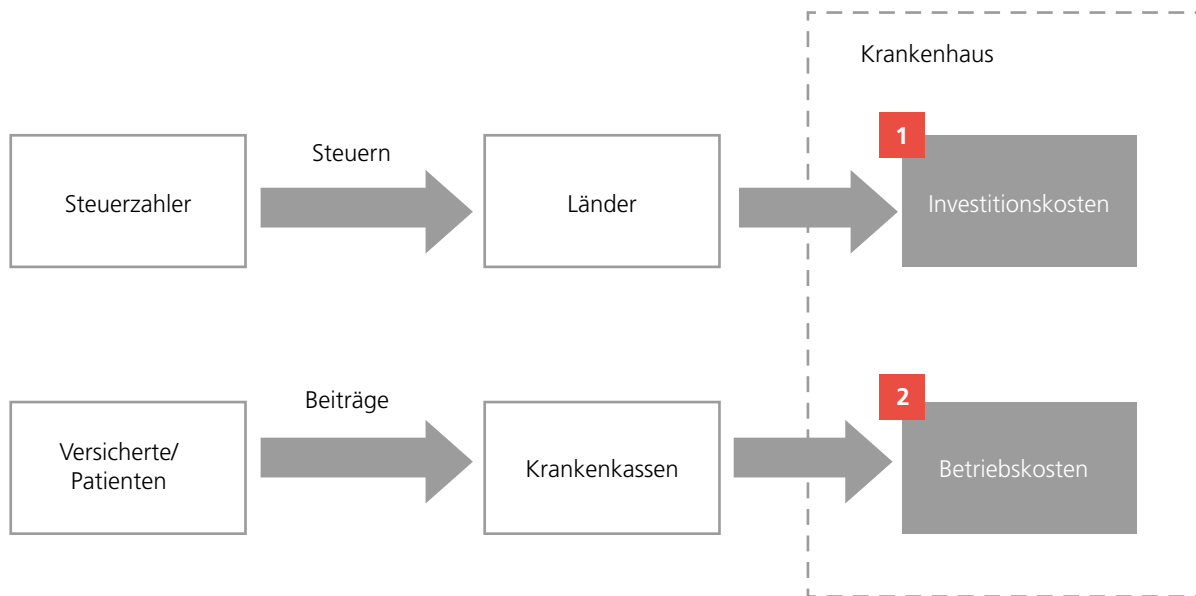


Quelle: AOK



Abbildung 2: Der Landesbasisfallwert variierte 2015 regional deutlich – ohne dass es dafür ordnungspolitische Gründe gäbe.

Duale Krankenhausfinanzierung



Quelle: Karsten Honsel



Abbildung 3: In der dualen Finanzierung sollen die Krankenkassen über die DRG und die Krankenhausbudgets die Betriebskosten finanzieren, wohingegen die Investitionskosten von den Ländern bereitgestellt werden sollen.

Regel ist wettbewerbsfeindlich. Im Wettbewerb um Patienten erfolgreiche Krankenhäuser erhalten nur 35 Prozent der Vergütung, wenn das Budget überschritten wird. Mit dieser Regelung soll das Ziel der „tragbaren Pflegesätze“ erreicht werden.

Gelingt es einem Krankenhaus dauerhaft Vergütungen zu generieren, die über dem Budget liegen, so kann das Budget erhöht werden. Die gesetzlichen Regelungen sehen hier vor, dass diese Leistungen nur mit deutlichen Abschlägen in das Budget aufgenommen werden. Die Preise orientieren sich ausschließlich an einzelnen Patientenbehandlungen (DRG). Kosten der Sicherstellung der Versorgung z.B. im Bereich der Notfallmedizin wurden bislang nicht gesondert vergütet.

Qualität

Die Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung ist in den meisten Branchen ein wichtiger Wettbewerbsfaktor. Dabei ist es üblich, dass für Produkte mit einer überdurchschnittlichen Qualität besser Preise erzielt werden können. Dies hat für die Unternehmen im Wettbewerb

erhebliche Bedeutung. Marktteilnehmer wählen bezüglich Preis, Qualität und Produktmengen individuelle Strategien. Einerseits gibt es Wettbewerber, die Produkte von einer hohen Qualität zu einem hohen Preis anbieten („Feinkost Käfer“). Andererseits gibt es Wettbewerber, die mit einer angemessenen Qualität große Mengen von Produkten zu einem niedrigen Preis absetzen wollen (Discounter im Lebensmittelbereich). Für den Bereich der stationären Krankenversorgung ist die Qualität der medizinischen Leistung derzeit nicht preisrelevant. Eine schlechte Qualität führt bislang nicht zu einem Abschlag. Eine gute Qualität nicht zu einer höheren Vergütung.

Zwar sind seit 2006 Qualitätsberichte für Krankenhäuser vorgeschrieben. Diese sind jedoch nur Fachleuten verständlich. Auch Patientenportale im Internet versuchen, die Qualität von Krankenhäusern zu bewerten.

Dennoch ist die Qualität der Krankenhausbehandlung als Wettbewerbsfaktor nicht ohne Bedeutung. Sowohl Bewertungen von Krankenkassen als auch Patienten-Portale im Internet gewinnen an Bedeutung. Krankenhäuser reagieren auf diese Entwicklung durch Qualitätsmessung

und Veröffentlichung durch eigene Internetportale. Etwa 340 Krankenhäuser aus Deutschland veröffentlichen und vergleichen Qualitätsdaten bei IQM. Der Gesetzgeber hat nun im Krankenhausstrukturgesetz erstmalig Regelungen vorbereitet, die Qualität preisbildend machen. Krankenhäuser mit einer unterdurchschnittlichen Qualität sollen Preisabschläge hinnehmen müssen. Verbessert sich die Qualität nicht, kann dies zum Verlust des Versorgungsauftrags führen. Die Folge wäre ein Ausscheiden des Krankenhauses aus dem Versorgungsangebot.

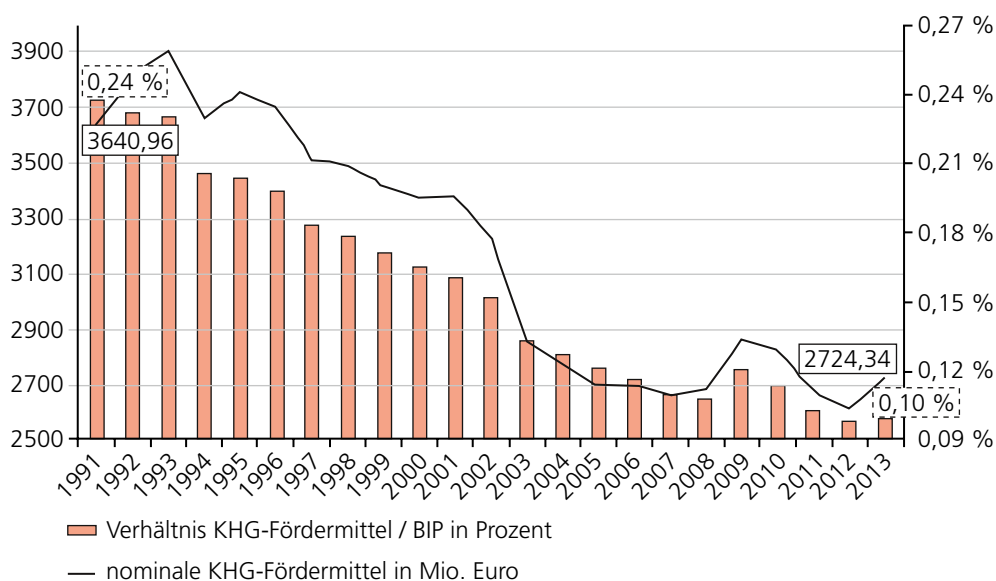
Der Gesetzgeber hat vor diesem Hintergrund das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) gegründet, das bis Ende 2018 ein System zur Qualitätsmessung entwickeln soll. Dieses System muss justizabel sein, wenn es preisbildend wirken soll. Eine besondere Herausforderung stellt die Risikoadjustierung dieses Systems dar. Das System muss nicht nur das Ergebnis einer Behandlung messen. Es muss auch die Ausgangsbasis bei Beginn der Behandlung eines Patienten abbilden. Wettbewerbsbeschränkend wirkt der Ansatz, dass nur eine Malus-Regelung, nicht aber ein Bonus bei besonders guter Qualität vorgesehen ist.

Kapitalbeschaffung / Investitionsfinanzierung

Das medizinische Leistungsangebot wird über die Landeskrankenhauspläne gesteuert. Hieraus abgeleitet ist das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung (siehe Abbildung 3). Während die Krankenkassen über die DRG und die Krankenhausbudgets die Betriebskosten finanzieren, sollen die Investitionen von den Ländern bereitgestellt werden. Die Bundesländer bestimmen zunächst das Leistungsangebot und übernehmen dann die Investitionen. Diesem gesetzlichen Anspruch werden die Bundesländer nicht gerecht. Die Fördermittel sinken seit Jahren. Der Investitionsstau beträgt nach Berechnung des RWI 2015 zwölf Milliarden Euro (siehe Abbildung 4).

Die duale Finanzierung funktioniert nicht. Krankenhäuser erhalten zu wenig Investitionsmittel und müssen Investitionen aus den Betriebskosten finanzieren. Die Zuweisung der Mittel erfolgt über die Landesministerien. Indirekt stellt die duale Finanzierung einen Wettbewerbsfaktor dar. Krankenhäuser, die hohe Einzelförderungen z.B. für Neu- oder Teilneubauten erhalten, sind gegenüber anderen im Vorteil. Sie haben nach Abschluss solcher Baumaßnahmen Kostenvorteile bei den Betriebskosten.

Entwicklung der nominalen KHG-Fördermittel (Mio-Euro) und im Verhältnis zum BIP (%) zwischen 1991 und 2013



Quelle: DKG



Abbildung 4: Die Fördermittel der Länder sinken seit Jahren, so dass Krankenhäuser als Folge Investitionen aus den Betriebskosten finanzieren müssen.

Personalgewinnung – Mitarbeitervergütung – Ressourcen / Beschaffung

In allen drei genannten Dimensionen des Wettbewerbs gelten für Krankenhäuser die gleichen Bedingungen wie in anderen Branchen der Volkswirtschaft. Mitarbeiter und Ressourcenbeschaffung sind wettbewerblich organisiert. Hier stehen die Krankenhäuser im Wettbewerb sowohl mit anderen Krankenhäusern, als auch mit anderen Unternehmen z.B. um qualifiziertes Personal.

Da Krankenhäuser Spezialistenorganisationen sind, kommt der Gewinnung von qualifiziertem Personal in der Krankenversorgung große Bedeutung zu. Dies gilt insbesondere im ärztlichen Bereich aber auch in der spezialisierten Pflege sowie Teilen des sogenannten Funktionsdienstes in den diagnostischen Bereichen. Personalengpässe in einzelnen Bereichen, wie beispielsweise der OP-Pflege, können erhebliche ökonomische Auswirkungen haben. Insbesondere im ländlichen Bereich wird es zunehmend schwerer, qualifiziertes Personal in ausreichender Anzahl zu finden. Eine umfassende Mitarbeiterorientierung ist daher im Krankenhaus ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

Führen die Eingriffe in den Wettbewerb zu den gewünschten Ergebnissen?

Die im Paragraphen 1 des KHG formulierten Ziele, die die Grundlage für die Einschränkungen des Wettbewerbs im Krankenhauswesen sind, lassen sich unter folgende Überschriften subsumieren:

- Versorgungssicherheit
- Versorgungsqualität
- Kostenkontrolle.

Eine Bewertung der Zielerreichung folgt diesen Überschriften.

Versorgungssicherheit

Die stationäre medizinische Versorgung in Deutschland ist grundsätzlich gut. Krankenhausbetten stehen in ausreichender Form und i.d.R. wohnortnah zur Verfügung. Die Krankenhausplanung und der damit verbundene Eingriff in den Wettbewerb hat im Wesentlichen zur Zielerreichung geführt. Eine Diskussion über unterschiedliche Versorgungsqualitäten in den einzelnen Bundesländern gibt es nicht, obwohl die Krankenhausplanung zu unterschiedlichen Strukturen in den Bundesländern geführt hat. Somit scheint es keine relevanten Versorgungsunterschiede zwischen den Bundesländern zu geben. Gleich-

zeitig ist die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser nicht stabil, aber im Vergleich der Bundesländer unterschiedlich. Die Analyse zeigt, dass Bundesländer, die eine geringere Anzahl von Krankenhäusern mit einer höheren Durchschnittsgröße im Krankenhausplan verankert haben, wirtschaftlich stabilere Krankenhäuser haben.

Versorgungsqualität

In der öffentlichen Wahrnehmung ist die Qualität der Krankenhausbehandlung in Deutschland weit überwiegend gut. Als Indiz mag hier gelten, dass Deutsche, die im Ausland erkranken, sich häufig zur Behandlung ins Heimatland begeben. Dennoch hat die Frage der Qualität in der öffentlichen Diskussion in den letzten zwei Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Auslöser für die Diskussion sind nach Auffassung des Autors zwei unterschiedliche Sachverhalte.

Zum einen hat das im Jahr 2004 in Deutschland eingeführte Vergütungssystem mit den DRG (Fallpauschalen) zu verkürzten Verweildauern in Krankenhäusern geführt. Gleichzeitig wurden Kostensteigerungen nicht ausfinanziert. Es sind somit aus wirtschaftlichen Gründen fortlaufende Produktivitätssteigerungen bei der stationären Behandlung von Patienten notwendig. Dies führt zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung. Es bleibt weniger Zeit für die Behandlung, insbesondere die Pflege des einzelnen Patienten, der dies als Qualitätsverschlechterung wahrnimmt.

Die Krankenkassen instrumentalisieren die Qualitätsdiskussion mit dem Ziel der Veränderung der Krankenhausstruktur. Ziel ist dabei der Abbau von Krankenhausbetten und die Schließung kleiner Krankenhäuser. Dies soll nach Meinung der Krankenkassen zu Kosteneinsparungen führen.

Qualität wird unabhängig davon als Dimension des Wettbewerbs für Krankenhäuser an Bedeutung gewinnen. Sollte es dem IQTiG gelingen, ein justiziables System der Qualitätsmessung von Krankenhausbehandlungen zu erarbeiten, wird Qualität auch preisbildend werden und damit in den Fokus des Wettbewerbs rücken.

Kostenkontrolle

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland weisen seit vielen Jahren mit ca. elf Prozent einen relativ konstanten Anteil am Bruttoinlandsprodukt aus. Insofern entfalten Eingriffe des Staates in das Gesundheitswesen Wirkung. Dies ist bemerkenswert, da das Gesundheitswesen und insbesondere die Krankenhäuser

den auch für andere Branchen üblichen Kostensteigerungen bei Personal- und Sachkosten unterliegen. Darüber hinaus entstehen Kostensteigerungen aus der demografischen Entwicklung sowie dem medizinischen Fortschritt.

Betrachtet man die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser, wird deutlich, dass im Jahr 2014 ca. 31 Prozent von ihnen einen Verlust ausgewiesen haben. Besonders kritisch ist die Situation dabei bei kleinen und medizinisch undifferenzierten Krankenhäusern, wie sie im ländlichen Raum anzutreffen sind. Insofern wird ein Teil der Kosten der stationären Krankenversorgung faktisch den Trägern bzw. Gesellschaftern der Krankenhäuser auferlegt.

Eine wesentliche Ursache für die wirtschaftlichen Probleme dieser Häuser ist die Sicherstellung der Notfallversorgung in der Fläche (Versorgungssicherheit). Diese Vorhaltung wird bislang nicht getrennt finanziert. Sie muss aus den Fallvergütungen quersubventioniert werden, was für kleine Krankenhäuser oft nicht vollständig möglich ist. Der Gesetzgeber hat nun zur Sicherstellung der Versorgung mit der Einführung eines „Sicherstellungszuschlags“ reagiert. Die konkrete Umsetzung dieser neuen gesetzlichen Regelung in der Praxis steht aus.

Fazit und Ausblick

Im Krankenhausgesetz sind Ziele für die stationäre Krankenversorgung formuliert. Sie lassen sich unter den Schlagworten Versorgungssicherheit, gute Versorgungsqualität und Kostenkontrolle subsummieren. Um diese Ziele zu erreichen, kommt es zu staatlichen Eingriffen, die wettbewerbsbeschränkend wirken. Im Wesentlichen werden dadurch die gesetzten Ziele erreicht. Dies rechtfertigt die Eingriffe in den Wettbewerb für die Vergangenheit grundsätzlich. Jedoch sind die deutschen Krankenhäuser wirtschaftlich nicht stabil.

Vergleicht man die Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Bundesländer, so wird deutlich, dass Länder, die auf eine geringere Zahl und höhere Durchschnittsgröße gesetzt haben, gleichfalls zu guten Ergebnissen bei der Versorgungssicherheit und -qualität kommen, jedoch wirtschaftlich stabilere Krankenhäuser haben.

Dies kann einen Weg aufzeigen, wie Versorgungssicherheit, -qualität und Kostenkontrolle auch künftig gewährleistet werden können. Denkbar ist auch eine Stärkung von Krankenhausverbänden. Versorgungssicherheit

in der Fläche muss bezahlt werden. Ein Sicherstellungszuschlag weist hier in die richtige Richtung. Es bedarf einer gesellschaftspolitischen Diskussion zur künftigen Struktur der Krankenversorgung.

E-Mail-Kontakt: Karsten.Honsel@gnh.net

KARSTEN HONSEL



Diplom-Kaufmann Karsten Honsel ist seit 2015 Vorstandsvorsitzender der Gesundheit Nordhessen Holding AG, Kassel; zuvor war er Kaufmännischer Direktor des Universitätsklinikums Bonn sowie langjähriger Geschäftsführer der Klinikum Region Hannover GmbH mit den Geschäftsbereichen Finanzen und Infrastruktur.

