

Zurück auf Anfang – die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser nach 10 Jahren DRG-System

KARL BLUM

Seit langem untersucht das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) im Rahmen seines Krankenhaus Barometers die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser: 10 Jahre nach der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) in den Jahren 2003/2004 schreiben mehr Krankenhäuser Verluste als bei deren Einführung. Am Ende dieses Betrachtungszeitraums sehen viele Häuser ihre wirtschaftliche Lage kritischer als zu Beginn des Zeitraums. Maßgebliche Ursachen hierfür sind eine nicht sachgerechte Finanzierung von Betriebskosten(-steigerungen) und eine unzureichende Finanzierung von Investitionskosten der Krankenhäuser. Sollten diese Finanzierungsprobleme nicht gelöst werden, drohen die Krankenhäuser in Deutschland flächendeckend zu Sanierungsfällen zu werden.

1 Einleitung

„Sanierungsfall Krankenhaus – Erkennen | Vorbeugen | Abwenden“ lautet der Titel des vorliegenden Buches. Der Titel impliziert, dass zumindest ein relevanter Teil der Krankenhäuser in Deutschland sanierungsbedürftig bzw. sanierungsgefährdet ist oder sich so aufstellen sollte, dass eine Sanierung auch künftig nicht droht. Die Autoren und Beiträge dieses Buches geben mannigfaltige Antworten darauf, wie die entsprechenden Herausforderungen zu meistern sind. Dabei sind nicht nur die Krankenhäuser und die Krankenhausverantwortlichen gefragt. Es ist vielmehr auch Aufgabe von Politik und Selbstverwaltung, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Sanierung von Krankenhäusern bei Bedarf ermöglichen oder von vornherein verhindern, dass Krankenhäuser zu Sanierungsfällen werden.

Bevor Ansätze zur *Therapie* des Krankenhauswesens diskutiert werden, soll einleitend jedoch zunächst die *Diagnose* gestellt werden. Konkret geht es um die Fragen, wie es um die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser tatsächlich bestellt ist und inwieweit die Lage so dramatisch ist, dass die Zahlungsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ernsthaft gefährdet sind, mithin die Krankenhäuser in Deutschland in großem Maßstab zu Sanierungsfällen zu werden drohen.

Die Krankenhausversorgung in Deutschland hat, maßgeblich bedingt durch das leistungsorientierte und pauschalierende Vergütungssystem diagnosebezogener Fallpauschalen oder DRGs (Diagnosis Related Groups) sowie regelmäßige gesundheitspolitische Interventionen mit weitreichenden finanziellen Folgen, im letzten Jahrzehnt einen tiefgreifenden Strukturwandel erfahren:

Im Jahre 2003 wurde in Deutschland zunächst optional und ab 2004 obligatorisch für alle Krankenhäuser das DRG-System eingeführt. Bis zum Jahre 2009 wurden im Rahmen der Konvergenzphase die Preise für die DRGs je Bundesland schrittweise vereinheitlicht. Seither gelten im Krankenhaus identische Preise für gleiche Leistungen; dies impliziert, je nach hausindividuellem Deckungsgrad der Fallpauschalen, Gewinnchancen und Verlustrisiken für die Krankenhäuser.

Mit der Einführung des DRG-Systems ist die größte Strukturreform im Krankenhausbereich der letzten Jahrzehnte vollzogen worden. Die damit verbundenen Herausforderungen, etwa hinsichtlich der Personal- und Ablauforganisation, haben die Krankenhäuser in weiten Teilen gemeistert. Das DRG-System hat die Leistungs- und Kostentransparenz, die Wettbewerbsintensität und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung erhöht. Maßgebliche Ziele des Fallpauschalensystems wurden erreicht.¹

Damit hat aber auch der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser in den letzten Jahren merklich zugenommen. Erschwerend kommt hinzu, dass eine Reihe von gesundheitspolitischen Interventionen des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu finanziellen Einbußen bei den Krankenhäusern geführt haben und grundlegende Probleme in der Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung von Krankenhäusern nicht gelöst werden konnten.² Dies betrifft insbesondere die sog. „Tarifschere“, also den im Vergleich zum Anstieg der Landesbasisfallwerte überproportionalen Anstieg der Tariflöhne im Krankenhaus, sowie die Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit öffentlichen Investitionsmitteln.

Im Rahmen der dualen Finanzierung sollen die Investitionskosten der Krankenhäuser weitgehend durch öffentliche Förderung aus Steuermitteln über die Bundesländer bestritten werden. Die Betriebs- und Behandlungskosten werden über die Leistungsentgelte für Krankenhausbehandlung vom Patienten bzw. den Kostenträgern übernommen.³

Investitionskosten sind die Kosten der Errichtung (Neu-, Um-, Erweiterungsbau) eines Krankenhauses und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter (ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter oder Verbrauchsgüter) sowie die Kosten der Wiederbeschaffung von Anlagegütern. Anlagegüter sind definiert als Gegenstände, die dazu bestimmt sind, dauernd dem Geschäftsbetrieb zu dienen (z.B. Geräte, technische Anlagen, Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände).

Hinsichtlich der Art der Förderung ist zwischen Pauschalförderung und Einzelförderung zu unterscheiden. Die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleinere bauliche Maßnahmen werden über pauschale Fördermittel finanziert. Nicht-kurzfristige Anlagengüter werden auf Antrag des Krankenhausträgers im Rahmen der Einzelförderung finanziert.

Allerdings sind die öffentlichen Fördermittel seit langem völlig unzureichend für die Vorhaltung der Krankenhäuser. Über das DRG-System hinaus erhöht die Unterfinanzierung mit öffentlichen Investitionsmitteln den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zusätzlich. Vor

1 DKI 2004 ff., IGES, 2010 ff.

2 Vgl. auch Baum, Zukunft der Krankenhausversorgung, in diesem Buch

3 Dietz/Bofinger, 2013

diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Beitrag, welche Auswirkungen die schwierigen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser seit Einführung des DRG-Systems hatten.

2 Methodik

Die empirische Grundlage der folgenden Analysen bilden in erster Linie die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Beim DKI-Krankenhaus Barometer handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Allgemeinkrankenhäuser zu aktuellen krankenhaus- und gesundheitspolitischen Themen. Das Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK).

Ziel des Krankenhaus Barometers ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhausgeschehen zur Verfügung zu stellen. Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das Krankenhaus Barometer zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet.

Die Grundgesamtheit der Umfragen des Krankenhaus Barometers bilden die gemäß § 108 SGB V zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland. Nicht berücksichtigt sind somit Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag, Psychiatrien, Tages- und Nachtkliniken sowie Bundeswehrkrankenhäuser. Seit dem Jahr 2007 finden auch Allgemeinkrankenhäuser unter 50 Betten keine Berücksichtigung mehr, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenerne Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche jährlich im Frühjahr bzw. Frühsommer durchgeführt wird (Zeitraum: ca. April bis Juni). Die Beteiligung liegt in der Regel zwischen 250 und 300 Krankenhäusern.⁴

Im Krankenhaus Barometer werden die Krankenhäuser u.a. regelmäßig zu ihren Jahresergebnissen und deren Entwicklung sowie zur wirtschaftlichen Situation und ihren wirtschaftlichen Erwartungen befragt. Somit liegen seit der Einführung des DRG-Systems – optional im Jahr 2003 und obligatorisch im Jahr 2004 – exklusive und repräsentative Informationen zur wirtschaftlichen Lage der deutschen Krankenhäuser im Zeitablauf vor. Der folgende Beitrag untersucht auf dieser Basis die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser in den ersten rund 10 Jahren des DRG-Systems.

⁴ DKI, 2000 ff.

Die Diskussion zur Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser kann nicht losgelöst von der Frage der unzureichenden Investitionsfinanzierung geführt werden. Da die öffentlichen Investitionsmittel nicht ausreichen, sind die Krankenhäuser ihrerseits gezwungen, erforderliche Investitionen anderweitig zu finanzieren. Die Quellen und die Höhe dieser Investitionsmittel wurden auch im Rahmen des Krankenhaus Barometers untersucht. Der folgende Beitrag analysiert vor diesem Hintergrund das tatsächliche Investitionsvolumen der Krankenhäuser bzw. den Zusatzbedarf an öffentlichen Investitionsmitteln.

3 Wirtschaftliche Entwicklung

3.1 Jahresergebnisse

Standardmäßig geben die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten im Rahmen des Krankenhaus Barometers an, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das jeweilige Beobachtungsjahr ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Abb. 1 zeigt die Entwicklung der Jahresergebnisse für die Jahre 2003 bis 2013 für die Krankenhäuser insgesamt.

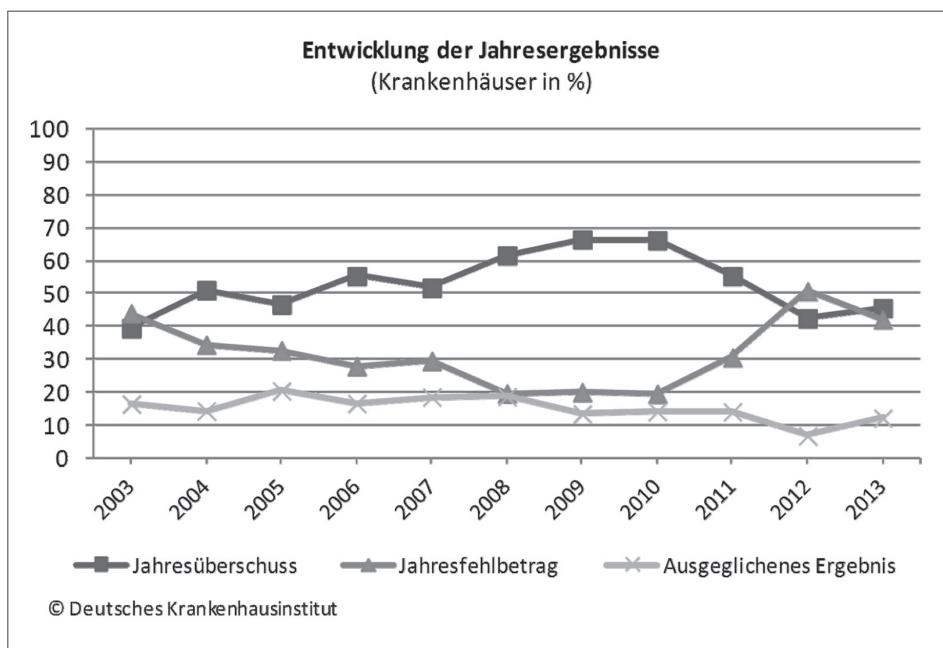


Abb. 1 Entwicklung der Jahresergebnisse der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten (in %)

Bei Betrachtung der Zeitreihen fallen vor allem zwei Aspekte besonders auf: Zum einen belegen die Jahresergebnisse die vielfach schwierige wirtschaftliche Situation der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland. So wiesen in allen Beobachtungsjahren relevante Anteile der Kran-

kenhäuser einen Jahresfehlbetrag auf. Die Werte variieren zwischen rund 20% in den Jahren 2008 bis 2010, also gegen Ende der Konvergenzphase, und gut 50% in 2012. Während der Anteil der Häuser mit Jahresfehlbetrag während der Konvergenzphase tendenziell rückläufig ist, ist nach Ende der Konvergenzphase im Jahr 2010 wieder ein merklicher Anstieg der Einrichtungen mit Verlusten zu verzeichnen.

Zum anderen öffnet sich die Schere zwischen Krankenhäusern mit positivem und negativem Jahresergebnis während der Konvergenzphase zusehends, um sich nach deren Abschluss wieder zu schließen. Während der Anteil der Einrichtungen mit einem Jahresüberschuss bzw. einem Jahresfehlbetrag in 2003, dem Jahr der optionalen Einführung des DRG-Systems, mit jeweils rund 40% noch fast identisch war, erzielten in den Jahren 2009 und 2010, also am Ende der Konvergenz, zwei Drittel der Häuser Überschüsse und ein Fünftel der Einrichtungen Verluste. Seither schließt sich die Schere wieder: Erstmals seit 2003 fiel im Jahr 2012 der Anteil der Häuser mit negativem Jahresergebnis wieder höher aus als der Anteil der Einrichtungen mit positivem Ergebnis.

Abb. 2 zeigt die Verteilung der Jahresergebnisse in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Zu diesem Zweck wurden die Krankenhäuser in drei Bettengrößenklassen unterteilt. Aus Darstellungsgründen sind nur die Anteile für Häuser mit einem Jahresfehlbetrag ausgewiesen.

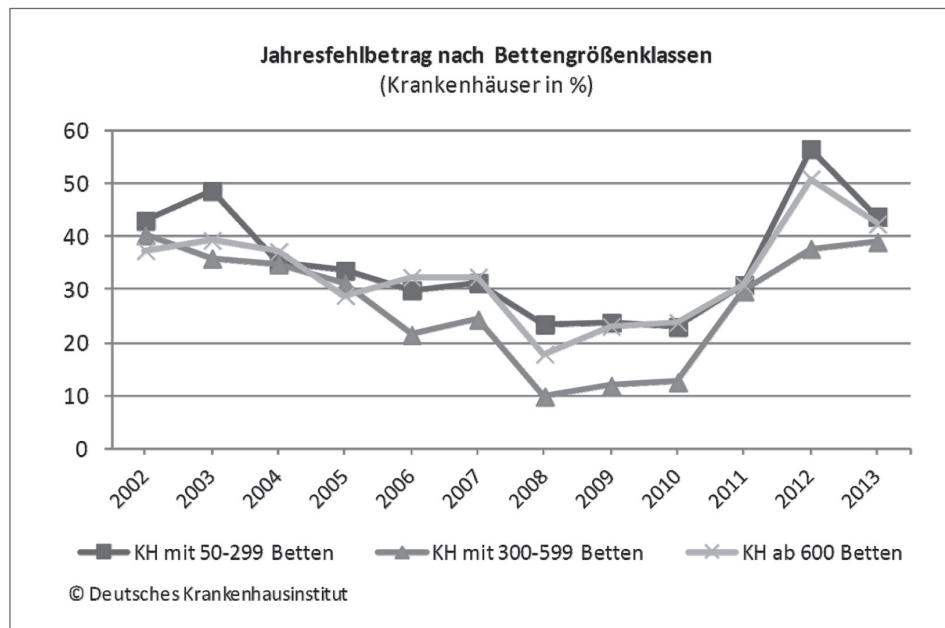


Abb. 2 Entwicklung der Jahresfehlbeträge der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten nach Bettengrößenklassen (in %)

Bei Betrachtung der Zeitreihen fallen auch hier wiederum zwei Aspekte besonders auf: Erwartungsgemäß entspricht die allgemeine Entwicklung nach Bettengrößenklassen der Entwicklung für die Krankenhäuser insgesamt. Auch hier ist der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbe-

trag seit der optionalen Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 bzw. während der Konvergenzphase tendenziell rückläufig. So variierte der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag in den Jahren 2008 bis 2010 zwischen gut 10% in der mittleren Bettengrößenklasse und knapp 25% in der unteren und oberen Bettengrößenklasse. Nach Ende der Konvergenz stieg der Anteil der Häuser mit negativem Jahresergebnis in allen Größenklassen steil an: So schrieb 2012 jeweils mehr als die Hälfte der Häuser bis 300 Betten (57%) und der Häuser ab 600 Betten Verluste (51%), in der mittleren Bettengrößenklasse war es gut ein Drittel (38%). Im Jahr 2013 haben sich die Ergebnisse Größenklassenübergreifend wieder angenähert.

Unabhängig vom allgemeinen Trend stehen die Krankenhäuser der mittleren Bettengrößenklasse fast durchweg besser da als die kleineren und größeren Häuser, insofern sie mit Ausnahme des Jahres 2005 jeweils die geringsten Anteile von negativen Jahresergebnissen aufweisen. Während sich zumindest in den Jahren 2003 bis 2005 die Ergebnisse nach Bettengrößenklassen jedoch nur geringfügig unterschieden, lagen die entsprechenden Anteilswerte für die mittleren Bettengrößenklasse seither zumeist 10 bis 15%-Punkte unter den Werten für die übrigen Klassen. Die Unterschiede zwischen den kleinen Häusern bis 300 Betten und den großen Häusern ab 600 Betten fielen im gesamten Beobachtungszeitraum hingegen überwiegend gering sowie uneinheitlich aus.

Über die bloße Angabe von positiven, negativen und ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus werden die Krankenhäuser im Krankenhaus Barometer des Weiteren regelmäßig zur konkreten Entwicklung ihres Jahresergebnisses im jeweiligen Beobachtungsjahr im Vergleich zum Vorjahr befragt. Abb. 3 informiert über die entsprechenden Entwicklungen für die Krankenhäuser insgesamt im Beobachtungszeitraum 2003 bis 2013.

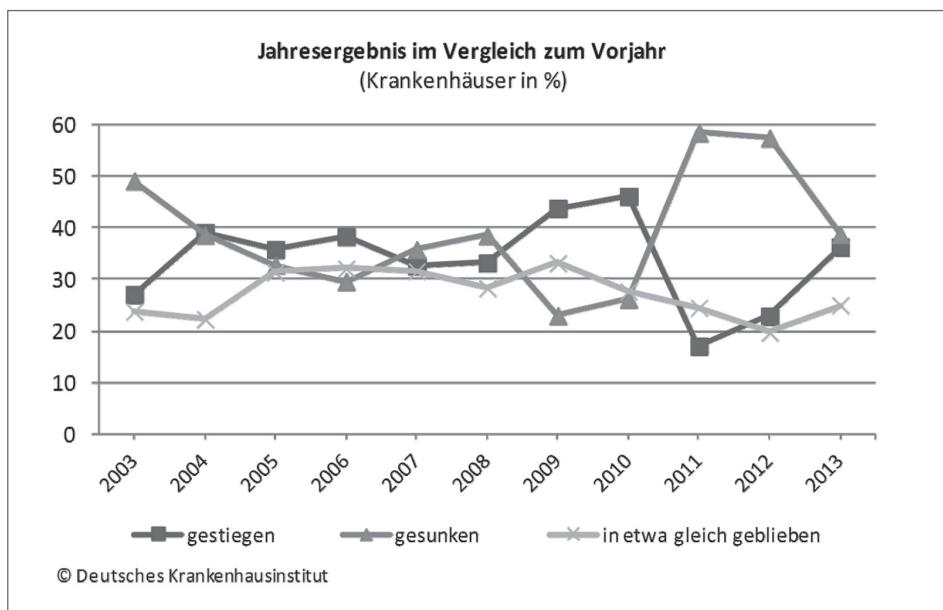


Abb. 3 Entwicklung der Jahresergebnisse der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten im Vergleich zum Vorjahr (in %)