

Zukunft von Akutkliniken

Trägerschaft, Finanzierung und Versorgung


HSH NORDBANK

Kooperationspartner:



Hamburgisches
WeltWirtschafts
Institut

Inhaltsverzeichnis

Jana Stöver und
Henning Vöpel
unter Mitarbeit von
Marco Oestmann
und Alkis Otto

1. Einleitung	4
2. Bestandsaufnahme Akutkliniken	6
2.1 Regionale Verteilung nach Anzahl und Kapazitäten	6
2.2 Rechtliche und regulatorische Rahmenbedingungen	7
2.3 Trägerschaft	8
2.4 Öffentliche und privatwirtschaftliche Modelle: Duales System vs. Monistik	10
3. Trends und Rahmenbedingungen	13
3.1 Demografie	14
3.2 Technologischer Fortschritt	16
3.3 Regulierung	17
4. Zukunft von Akutkliniken	20
4.1 Künftige Nachfrage nach stationärer Versorgung	20
4.2 Angebotsseitige Anpassungsreaktionen der Kliniken	24
4.3 Gesundheitspolitischer Spielraum	26
4.4 Prognose des künftigen Investitionsbedarfs	26
5. Fazit	28
Quellen	30

Einleitung

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland steht vor gravierenden Veränderungen. Maßgeblich hierfür sind Faktoren und Entwicklungen, die sowohl die Nachfrage als auch die Angebotsseite stationärer Behandlung betreffen – wie zum Beispiel die Alterung der Gesellschaft oder der medizintechnische Fortschritt. Beide Seiten des Marktes sind zudem in vielfältiger Weise reguliert. Auch hier wird es in Zukunft zu Veränderungen und weiterem institutionellen Wandel kommen, der insbesondere die Finanzierung und die Trägerschaft von Krankenhäusern betreffen wird. Die Dringlichkeit von Veränderungen und Anpassungen im Krankenhaussektor wird insbesondere vor dem Hintergrund deutlich, dass derzeit rund 10 % der deutschen Akutkliniken¹ von Insolvenz bedroht sind (vgl. Augurzky et al. 2011). Diese Situation tritt überwiegend in strukturschwachen Regionen auf.

Die Krankenhäuser nehmen im Gesundheitssystem und in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Stellung ein: Im Jahr 2009 entfielen rund 100 Mrd. Euro von insgesamt 278 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben auf stationäre und teilstationäre Einrichtungen, davon wiederum allein 70 Mrd. Euro auf Krankenhäuser. Fast 40 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen fließen an die Krankenhäuser (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Grundsätzlich wird in Deutschland die Versorgung der Bevölkerung mit Akutkliniken durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt. Es verpflichtet die Bundesländer, eine bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen². Dieser öffentliche Versorgungsauftrag schließt jedoch private oder gemeinnützige Träger von Krankenhäusern ausdrücklich nicht aus. In den letzten Jahren ist eine steigende Anzahl von Krankenhäusern von öffentlicher in private Trägerschaft übergegangen. Hieran hat sich eine intensive Diskussion über die Gewährleistung, die Effizienz und die Qualität der Versorgung in Krankenhäusern angeschlossen.

Aus ökonomischer Sicht steht ein Qualitäts- und Kostenwettbewerb der Krankenhäuser dem Versorgungsauftrag nicht grundsätzlich im Weg. Der Versorgungsauftrag umfasst die regionale Sicherstellung einer Akutversorgung, lässt jedoch die Fragen von Trägerschaft und Finanzierung offen. Neben der regionalen Versorgungssicherheit stellt der Zugang zu gleicher Gesundheitsversorgung ein weiteres normatives Postulat der Gesundheitspolitik dar und wird durch die gesetzliche Krankenversicherung geregelt. Regionale Versorgungssicherheit und gleiche Gesundheitsversorgung stellen jedoch nicht

nur normative Grundsätze dar; staatliche Interventionen und Regulierungen lassen sich auch ökonomisch begründen. Ein Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern kann unter diesen regulatorischen Rahmenbedingungen durchaus sinnvoll sein.

In Zukunft wird es eine Reihe von Entwicklungen geben, die den Investitionsbedarf in Krankenhäuser entscheidend beeinflussen werden. Der demografische Wandel in Deutschland führt zu einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung. Auch die Veränderung der regionalen Bevölkerungsverteilung wird Auswirkungen auf den Versorgungsauftrag haben. Medizintechnischer Fortschritt wird zusätzlich zu Verschiebungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führen. Schließlich werden die Regulierung des Gesundheitssystems sowie die Finanzierung und Trägerschaft von Krankenhäusern indirekt die öffentlichen und privaten Investitionen in diesem Bereich beeinflussen. Es ist zu erwarten, dass grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen und ein wachsender privater Gesundheitsmarkt zu Veränderungen im Bereich der stationären Versorgung führen werden. Ein wesentlicher Aspekt betrifft den Zusammenhang zwischen globalen Innovationen, nationaler Regulierung und regionaler Versorgung. Die Synchronisierung von Innovations- und Investitions-

zyklen wird bei schnellerem technischen Fortschritt eine wichtige gesundheitspolitische, regulatorische und betriebswirtschaftliche Aufgabe der Zukunft.

In der vorliegenden Studie sollen der künftige Investitionsbedarf für Krankenhäuser, Bettenkapazitäten und ihre Ausstattung mit Medizintechnik unter den genannten zu erwartenden Entwicklungen abgeschätzt werden. Einige der wesentlichen Bestimmungsfaktoren sind hierbei besser zu prognostizieren als andere, ebenfalls maßgebliche, über die große Unsicherheit besteht. Insofern sollen aus methodischen Gründen die quantitativen und qualitativen Aussagen erst diskutiert und dann in einem Ausblick zu einer abschließenden Einschätzung verdichtet werden.

¹ Der Begriff Akutklinik wird synonym zum „klassischen Krankenhaus“ als stationärer Einrichtung verwendet. Dies beinhaltet die Vorhaltung einer Notfallversorgung sowie auch einer teilstationären Versorgung.

² DKG 2010.

2. Bestandsaufnahme Akutkliniken

2.1 Regionale Verteilung nach Anzahl und Kapazitäten

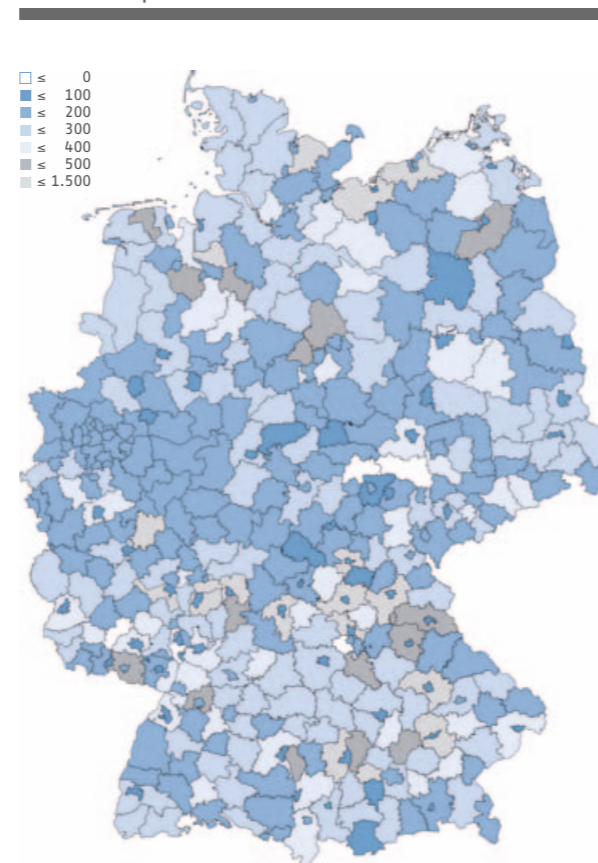
Für die stationäre Versorgung, insbesondere für die Notfallversorgung in Krankenhäusern, ist eine schnelle Erreichbarkeit von entscheidender Bedeutung. Dies ist der Fall, obwohl ein zunehmender Teil der Versorgung mittlerweile ambulant stattfindet und die stationäre Versorgung von Fällen, die keiner Akutbehandlung bedürfen, räumlich zentralisierter erfolgt als noch vor wenigen Jahren.

Insgesamt weist Deutschland im internationalen Vergleich eine hohe Bettendichte auf (vgl. OECD 2010). Dabei gibt es aber große regionale Unterschiede in Deutschland. Vor allem strukturschwache und ländliche Regionen haben im Vergleich zu Ballungszentren eine geringere Bettendichte (vgl. Abbildung 1). Dies lässt sich u. a. damit erklären, dass in die Bettendichte auch Bettenkapazitäten für die stationäre, aber nicht akute Versorgung eingehen; für diese aber lassen sich gerade in größeren, bevölkerungsreichen Zentren Skalen- und Verbundvorteile realisieren. Spezialkliniken können in Zentren eine höhere durchschnittliche Auslastung und bessere Kalkulation der temporären Spitzenlasten erzielen. Dies ist einerseits auf die hohe Bevölkerungsdichte und andererseits auf die bessere Infrastruktur und die enge Anbindung von umliegenden Regionen zurückzuführen.

Die Bettendichte bildet jedoch nicht zwingend die regionale Versorgungsgüte ab. So können sowohl die Fallzahl als auch die Belegungszeiten regional sehr unterschiedlich ausfallen. Gerade in strukturschwachen Regionen wandern zunächst die Jüngeren ab,

sodass die verbleibende Bevölkerung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich alt ist. Hieraus leitet sich in der Regel ein höherer Bettenbedarf pro Einwohner ab. Zudem werden in einigen Regionen Kapazitäten auf-, in anderen abgebaut. Die derzeitige Bettendichte ist daher nur eine Momentaufnahme.

Einwohner pro Krankenhausbett



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010), Darstellung: HWWI

Abb. 1: Regionale Verteilung der Bettendichte

2.2 Rechtliche und regulatorische Rahmenbedingungen

Für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern besteht in Deutschland ein staatlicher Versorgungsauftrag. Dieser resultiert aus dem politischen Postulat gleicher Lebensverhältnisse innerhalb Deutschlands in Verbindung mit einem möglichen Marktversagen in der Bereitstellung von Krankenhäusern. Die Krankenhausinvestitionsplanung zur Feststellung des Bedarfs an Akutkliniken und Bettenkapazitäten sowie ihrer regionalen Verteilung erfolgt auf Ebene der Bundesländer, die die Investitionen aus Steuermitteln finanzieren. Die rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung und -planung ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

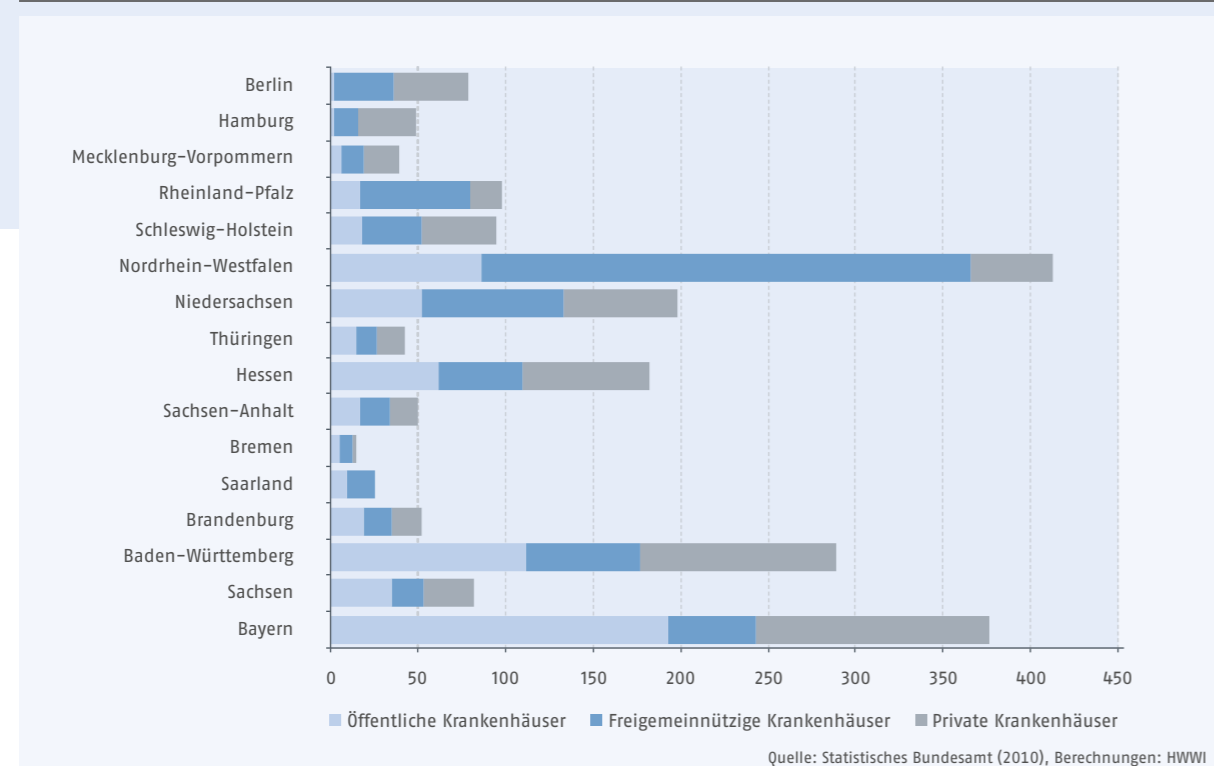
Der Zweck des KHG ist die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ (§ 1 Abs. 1 KHG). Wesentlich ist hier die Unterscheidung zwischen Anlage-, Wirtschafts- und Verbrauchsgütern.

Unter die Investitionskosten fallen alle Kosten für die Errichtung eines Krankenhauses, die Wiederbeschaffung von Anlagegütern (ohne Grundstückskosten) und für die Wirtschaftsgüter. Letztere unterscheiden sich von den Verbrauchsgütern hinsichtlich ihrer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren. Unter die Betriebskosten fallen die Verbrauchsgüter und die Löhne und Gehälter. Die Betriebskosten werden durch die Art und die Güte der Behandlung bestimmt.

Die Leistungen von Akutkliniken sind in § 39 Abs. 1 SGB V definiert und umfassen solche, die „... im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses [...], die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“.

In Deutschland existiert eine sogenannte „duale Finanzierung“: Die Investitionskosten werden von den Bundesländern finanziert, während die Betriebskosten durch die Krankenkassen getragen werden. Die Investitionsförderung erfolgt dabei nach der Krankenhausinvestitionsplanung der Länder und kann in Form einer zweckgebundenen Einzelförderung oder einer Pauschalförderung gewährt werden. In der „Monistik“ erfolgt die Finanzierung „aus einer Hand“. Die Krankenkassen übernehmen dann sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten. Eine konkrete institutionelle und formale Ausgestaltung – insbesondere die Berechnung der Verteilung der Investitionsmittel – ist mit der Wahl der Finanzierungsform jedoch noch nicht zwingend festgelegt. Denkbar sind Zuschüsse aus Steuermitteln oder die Finanzierung über eine Erhöhung der Sozialabgaben, hier der Krankenversicherungsbeiträge.

Krankenhäuser nach Trägerschaft, 2009 (aufsteigend geordnet nach Anteil der öffentlichen Trägerschaft) Abb. 2



2.3 Trägerschaft

Aus dem öffentlichen Versorgungsauftrag hat sich – auch historisch bedingt – die öffentliche Trägerschaft von Krankenhäusern als vorherrschende Form etabliert. Grundsätzlich lassen sich Krankenhäuser nach Trägerschaft und Rechtsform unterscheiden. Öffentliche Krankenhäuser können in öffentlich-rechtlicher oder in privatrechtlicher Form betrieben werden. Als öffentlich-rechtlich gelten Anstalten und Stiftungen. In der privatrechtlichen Form (als GmbH) schließen sich Gebietskörperschaften wie Bund, Länder oder Kommunen einerseits und Körperschaften wie Arbeitsgemeinschaften und Sozialversicherungsträger andererseits zusammen. Freigemeinnützige Krankenhäuser werden von Kirchen, Vereinen und Stiftungen geführt, private Krankenhäuser als gewerbliche Unternehmen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Die ordnungspolitische Begründung für den Versorgungsauftrag hat sich zwar mittlerweile geändert, der daraus resultierende institutionelle Wandel hat sich aber noch nicht komplett vollzogen. Es ist aber in den

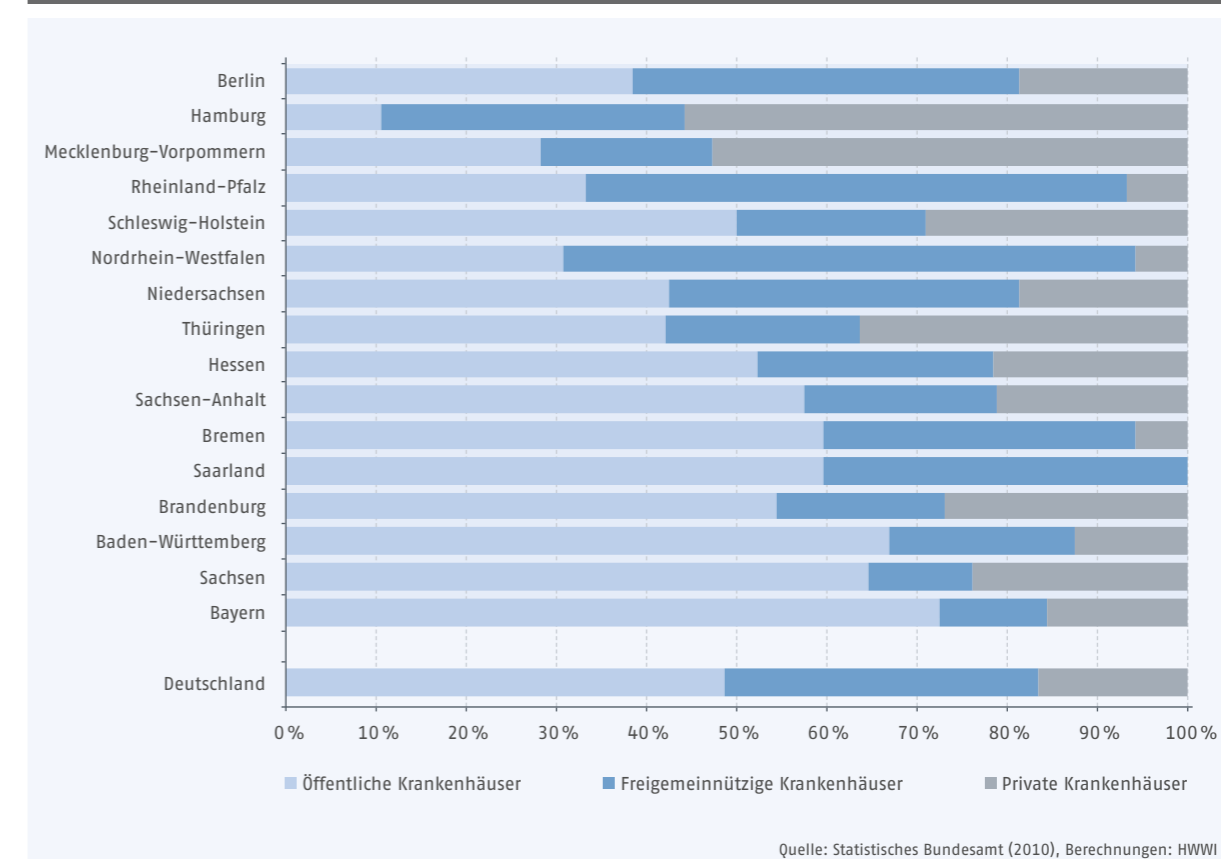
vergangenen Jahren bereits zu einer deutlichen Verschiebung hinsichtlich der Trägerschaft von Krankenhäusern in Deutschland gekommen. In Deutschland werden heute 31 % der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft geführt. Der Trend geht jedoch – nicht zuletzt aufgrund veränderter politisch motivierter Rahmenbedingungen – zu privater Trägerschaft (vgl. Augurzky et al. 2009). In den letzten 18 Jahren ist der Anteil privater Krankenhäuser um 17 Prozentpunkte auf 32 % gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010). Die Verteilung unterscheidet sich dabei in den Bundesländern erheblich (vgl. Abbildung 2).

So ist z. B. in Bayern die öffentliche Trägerschaft nach wie vor die vorherrschende Form, während dies in Nordrhein-Westfalen die freigemeinnützige und in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg die private Trägerschaft ist. Die Unterschiede lassen sich historisch, regulatorisch und strukturell erklären. Dies ist aber nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

Die Unterschiede sind insofern von Bedeutung, als die Trägerschaft von Krankenhäusern oft im Zusammenhang mit Unterschieden in Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung diskutiert wird. Zudem lassen sich daraus Rückschlüsse ziehen, welche strukturellen Bedingungen eine Privatisierung von Krankenhäusern begünstigen. Außerdem werden die Bundesländer in sehr unterschiedlicher Weise vom demografischen

Wandel betroffen sein. Die Trägerschaft kann insofern Hinweise auf regionale Besonderheiten in Bezug auf den öffentlichen Versorgungsauftrag geben, als private Anbieter vermehrt in attraktivere regionale Märkte eintreten. Bezieht man die Trägerschaft nicht auf die Anzahl der Krankenhäuser, sondern auf die Anzahl der Betten, ergibt sich ein modifiziertes Bild (vgl. Abbildung 3).

Betten nach Trägerschaft, 2009, anteilig (aufsteigend nach Anteil der Krankenhäuser in öffentl. Trägerschaft) Abb. 3



Der Anteil der in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Betten variiert zwischen 11 % in Hamburg und 72 % in Bayern. Bundesdurchschnittlich beträgt der Anteil rund 48 %. Entsprechend variiert auch der Anteil der Betten in privater Trägerschaft. Im Saarland, in Bremen und in Nordrhein-Westfalen ist dieser mit unter 7 % am niedrigsten, in Hamburg mit 56 % am höchsten. Für Deutschland insgesamt liegt der Anteil durchschnittlich bei 17 %. Der Anteil der Betten in freigemeinnütziger Trägerschaft beträgt folglich 35 %. Somit befindet sich rund ein Drittel der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, aber fast die Hälfte der Betten. Freie und private Träger betreiben jeweils ein weiteres Drittel der Krankenhäuser, der Bettenanteil liegt bei 35 % bzw. 17 %. Private Krankenhäuser weisen folglich unterdurchschnittliche Bettenkapazitäten auf. Die großen regionalen Unterschiede in der Trägerschaft zeigen heute bereits, dass künftige regulatorische und gesundheitspolitische Entscheidungen zu asymmetrischen Effekten führen werden. Insofern ist eine in Bezug auf die Trägerschaft wettbewerbsneutrale Ausgestaltung von Reformen notwendig.

2.4. Öffentliche und privatwirtschaftliche Modelle: Duales System vs. Monistik

Was die Finanzierung betrifft, existieren zwei konkurrierende Modelle. Nach der zurzeit praktizierten „dualen Finanzierung“ werden die Investitionsmittel aus den Länderhaushalten bereitgestellt. Daraus werden die Gebäude sowie längerlebige Wirtschaftsgüter, wie zum Beispiel Computertomographen, finanziert. Die laufenden Betriebskosten werden von der Krankenkasse nach den Pflegesätzen gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz (KHGEntgG) bezahlt.

Diese Trennung soll der Idee nach die flächendeckende regionale medizinische Versorgung der Bevölkerung und die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser sichern.

Kritisiert werden an der dualen Finanzierung vor allem die externe Bürokratie der Investitionsplanung sowie die negativen Folgen für die betriebswirtschaftliche Rentabilität von Krankenhäusern. Mit einem „Globalbudget“ könnte jedes Krankenhaus über die Verwendung der Mittel in Investitionsausgaben und für laufende Betriebskosten selbst entscheiden, während bei einer dualen Finanzierung diese Entscheidung gewissermaßen institutionell geregelt ist.

Die Menge aller möglichen Allokationen bei dualer Finanzierung ist eine echte Teilmenge der Menge aller möglichen Allokationen bei Finanzierung „aus einer Hand“ (monistische Finanzierung). Damit sind immer alle Allokationen, die bei dualer Finanzierung möglich sind, auch bei monistischer Finanzierung möglich, jedoch nicht umgekehrt. Die Allokation der Ressourcen ist bei monistischer Finanzierung also immer mindestens genauso gut wie bei dualer Finanzierung. Empirisch zeigt sich, dass sich das Investitionsverhalten der Krankenhäuser bei monistischer Finanzierung tatsächlich von dem bei dualer Finanzierung unterscheidet. Zum Teil lieferten auch die Krankenhäuser in privater Trägerschaft Hinweise auf die Vorteilhaftigkeit einer monistischen Finanzierung (vgl. Rürup 2008). Ein weiteres Argument gegen die duale Finanzierung betrifft die dadurch erzeugte institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Die duale Finanzierung führt wegen der

externen Übernahme von Investitionskosten von Krankenhäusern gewissermaßen zu einer Subvention der stationären gegenüber der ambulanten Behandlung, was dem Ansatz einer integrierten Versorgung entgegenwirkt. Außerdem könnten mögliche Effizienzreserven im Gesundheitssystem in Form einer optimierten Angebotsstruktur blockiert sein. Zudem ist der Anteil der Investitionsfinanzierung in den letzten Jahren stetig gesunken, weshalb oft von einer „schleichenden Monistik“ gesprochen wird (vgl. Rürup 2008). Insgesamt führt die duale Finanzierung also zu ineffizienten Verzerrungen auf der Angebotsseite.

Bei einer monistischen Finanzierung werden alle entstehenden Investitions- und Betriebskosten über die Krankenkassen, stellvertretend für die Patienten, abgerechnet. Auf diese Weise werden die Mittel – entsprechend der erbrachten Leistung – auf die Krankenhäuser alloziert. Monistik bedeutet die Aufhebung der Trennung zwischen Investitions- und Betriebskosten. Sie bewirkt, dass die Zuteilung von Investitionsmitteln stärker wettbewerblich erfolgt und die Krankenhäuser um diese Mittel konkurrieren (vgl. Rürup 2008).

Die Investitionsmittel werden dabei als Zuschlag auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen verteilt. Bemessungsgrundlage für den Investitionszuschlag kann – mit unterschiedlicher Allokationswirkung – entweder die bloße Fallzahl oder die mit der Fallschwere gewichtete Fallzahl sein. Die Begründung hierfür ist, dass die diagnosebezogene Fallpauschale nicht in jedem Fall auch die diagnosebezogenen Investitionsaufwendungen abbildet. Die Finanzierung kann dabei über die Beiträge zur Krankenversicherung oder

zusätzlich aus Steuermitteln erfolgen. Entscheidend für die Monistik ist lediglich, dass die Verteilung der Investitionsmittel an die Betriebskosten gekoppelt ist, die Verwendung der Mittel aber jedem Krankenhaus selbst obliegt: Es trifft seine Investitionsentscheidungen autonom. Damit gewinnen die Krankenhäuser ein zusätzliches Steuerungsinstrument im Qualitäts- und Versorgungsmanagement. Im Prinzip sollte das Gesamtbudget für Investitionsausgaben und Betriebskosten von der Finanzierungsart unabhängig sein. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Frage, ob die Finanzierung aus den Versicherungsbeiträgen, also den Lohnnebenkosten, oder aus Steuermitteln erfolgen soll, auch aus bürokratischen und politökonomischen Motiven und Gründen entschieden wird. Dieses Problem kann sich bei voranschreitender Deregulierung und Privatisierung auf Gesundheitsmärkten neu stellen und gegebenenfalls Neutralitätspostulate hinsichtlich Trägerschaft, Finanzierung etc. verletzen. Steuersystematisch ist eine Steuerfinanzierung gegenüber einer Beitrags- oder Gebührenfinanzierung mit dem Versorgungsauftrag zu rechtfertigen.

Ein wesentliches Argument für eine monistische Finanzierung besteht darin, dass bei einer Kopplung der Investitionsmittel an die Fallpauschalen, deren Höhe durch die Bundespflegesatzverordnung (BpflVO) geregelt wird, kein struktureller Investitionsstau entstehen kann (vgl. Rürup 2008). Unter Umständen kann eine solche Kopplung aber dazu führen, dass sich bei unterschiedlicher Bevölkerungsdynamik regionale Disparitäten und strukturelle Besonderheiten in der Versorgung verfestigen. Um einer solchen Entwicklung vorzubeugen, schlägt Rürup (2008) ein Monitoring

3. Trends und Rahmenbedingungen

durch die Bundesländer vor, das eine regional flächendeckende Elementarversorgung sicherstellen soll. Der Versorgungsauftrag steht in einem Zielkonflikt mit der Spezialisierung und Zentralisierung von Krankenhäusern, die auf der einen Seite zu höherer Wirtschaftlichkeit, auf der anderen Seite aber zu einer regionalen Ausdünnung führen könnten. Es wird erwartet, dass sich das „Geschäftsmodell“ von Krankenhäusern in strukturschwachen und bevölkerungsrückläufigen Regionen verändern und anpassen wird. Eine Entwicklung zu einer stärkeren Integration von ambulanter und stationärer Versorgung ist wahrscheinlich (vgl. Augurzky et al. 2011).

Ein wesentlicher Vorteil der Investitionsentscheidung „aus einer Hand“ besteht im zügigen Abbau von Überkapazitäten, da sich zum einen die Investitionsmittel nach der Fallzahl bzw. der Fallpauschale und nicht nach den Kapazitäten richten; zum anderen hätte das Krankenhaus einen Anreiz, die Auslastung durch Abbau von Überkapazitäten zu reduzieren. Vorhandene Mittel könnten stattdessen in die Qualität der Versorgung investiert werden. Außerdem bewirkt die Monistik, dass der Investitionsbedarf entpolitisiert und entbürokratisiert wird, da die Höhe der Investitionen nicht mehr von der kommunalen Haushaltslage abhängt. Der Übergang zur Monistik führt zu einer schnelleren Kapazitätsanpassung, da die Investitionsmittel nicht mehr zweckgebunden, sondern an die Fallpauschale gekoppelt sind und die Verwendung der Mittel dem einzelnen Krankenhaus obliegt.

Die Art der Finanzierung ist in Bezug auf die Trägerschaft nicht zwingend wettbewerbsneutral. Der Übergang von der dualen zur monistischen sowie von öffentlicher zu privater Trägerschaft hat sowohl intendierte als auch unerwünschte Effekte. Zunächst kann die Privatisierung von Krankenhäusern zu einem „Rosinenpicken“ führen, d. h., nur die Krankenhäuser werden privatisiert, die privatwirtschaftlich rentabel betrieben werden können. Es verbleiben – am Ende einer in diesem Sinne adversen Selektion – nur die in öffentlicher Hand, die defizitär sind, aber aufgrund des Versorgungsauftrages weiter betrieben werden müssen. Ein solcher Prozess muss keinesfalls ineffizient sein, sondern kann wohlfahrt ökonomisch geboten sein.

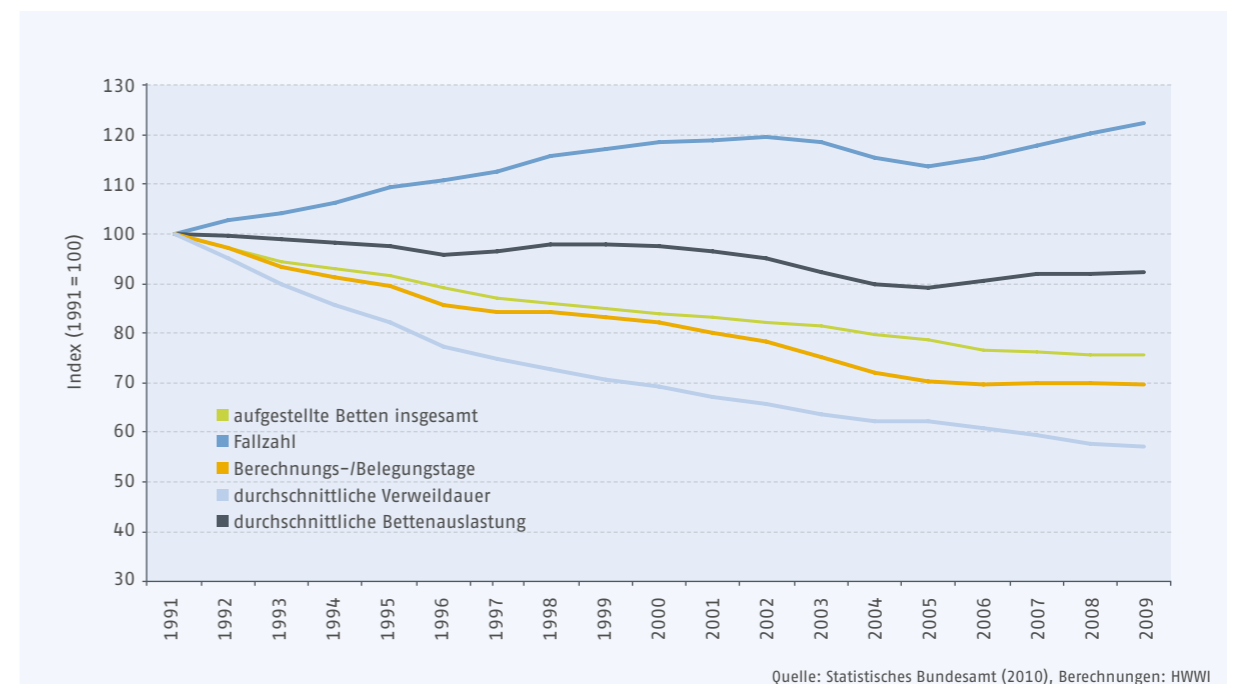
Es stellt sich zudem die ordnungspolitische Frage, ob ein solchermaßen induzierter Wettbewerb trotz des verletzten Neutralitätspostulats nicht dennoch erwünscht sein kann. Die Vergütung der Versorgungsleistung wäre sowohl für öffentliche als auch für private Krankenhäuser durch die Fallpauschalen geregelt, sodass hier ein erwünschter Kostenwettbewerb stattfände, der bei gleichen – politisch-normativ festgesetzten – Versorgungsansprüchen und gleicher Versorgungsqualität zu einer Prozessoptimierung führt. Die Frage, ob die Privatisierung zu mehr Effizienz und Qualität in der Gesundheitsversorgung führt oder die Versorgungssicherheit gefährdet, ist Gegenstand der Diskussion in der Politik wie auch in der Forschung (vgl. z. B. Tiemann/Schreyögg 2009).

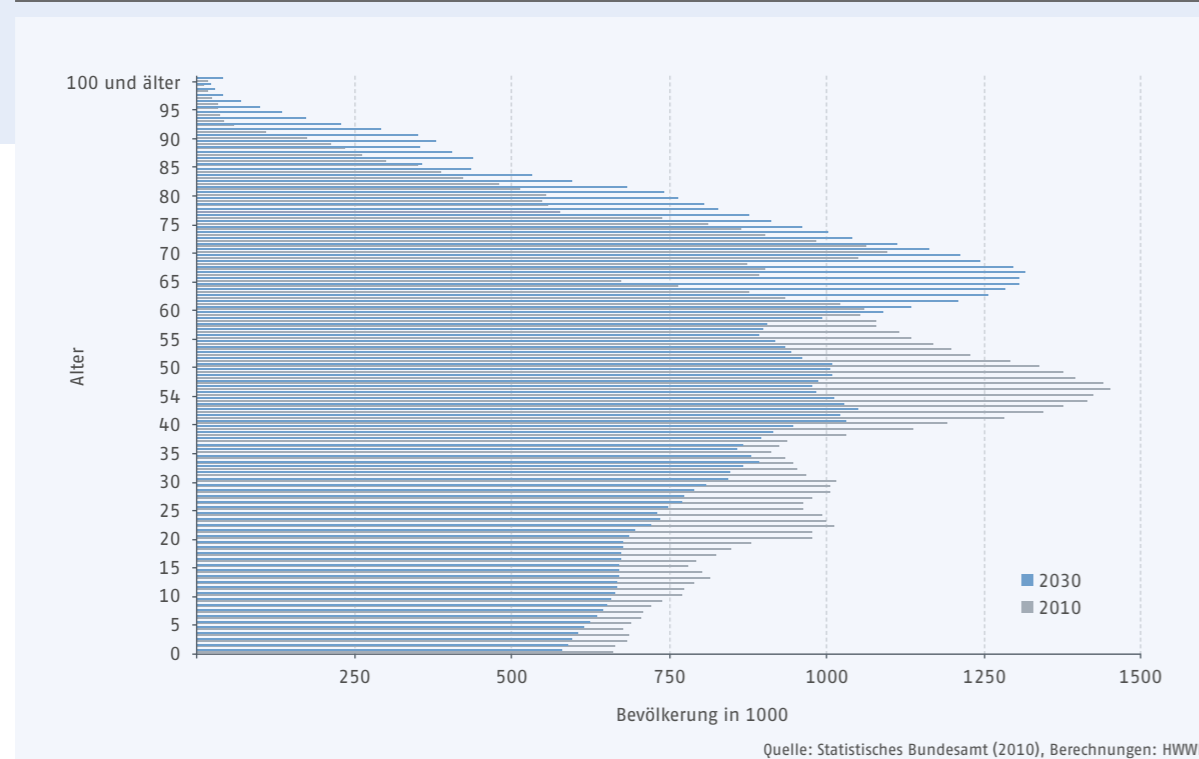
Die zentralen Bestimmungsgründe für den Bettenbedarf sind die Fallzahl und die Verweildauer (zur näheren Erläuterung vgl. Abschnitt 4.1). Diese haben sich seit 1991 gegenläufig entwickelt (vgl. Abbildung 4). Die sinkende Verweildauer hat dabei die steigende Fallzahl überkompensiert, sodass trotz zurückgehender Bettenkapazität der Auslastungsgrad noch leicht gesunken ist. Die Anzahl der Betten ist zwischen 1991 und 2009 um 24 %, die Anzahl der

Krankenhäuser um 14 % zurückgegangen. Die Bettendichte (Betten pro 10.000 Einwohner) ist in diesem Zeitraum von 83,2 auf 63,2 gesunken. Die Fallzahl der stationären Behandlungen ist dagegen um 20 % gestiegen. Die in Verbindung mit sinkender Verweildauer sogar leicht rückläufige Bettenauslastung – von rund 84 % in 1991 auf rund 75 % in 2005 (danach wieder leicht ansteigend) – wird von einigen Autoren als gering eingestuft (vgl. z. B. BMF/RWI 2008).

Trends zentraler Maßzahlen deutscher Krankenhäuser

Abb. 4





3.1 Demografie

Die Bevölkerung in Deutschland schrumpft und altert: Die Geburtenraten gehen stärker zurück als die Sterberaten, sodass die Bevölkerungsgröße abnimmt und der Anteil der Älteren steigt. Dieser Effekt wird durch die steigende Lebenserwartung noch verstärkt (vgl. Abbildung 5).

Die demografische Entwicklung ist eine zentrale Determinante für die Entwicklung der Fallzahl. Eine rückläufige Bevölkerung führt ceteris paribus zu einer sinkenden Fallzahl. Mit zunehmendem Lebensalter steigen jedoch typischerweise die Krankheitshäufigkeit und auch die durchschnittliche Verweildauer (vgl. Bräuninger et al. 2007). Was den Effekt einer steigenden Lebenserwartung auf den Gesundheitszustand betrifft, so wird zwischen der Medikalisierungsthese und der Kompressionsthese unterschieden. Nach der Medikalisierungsthese werden die gewonnenen Lebensjahre überwiegend krank verbracht, was eine

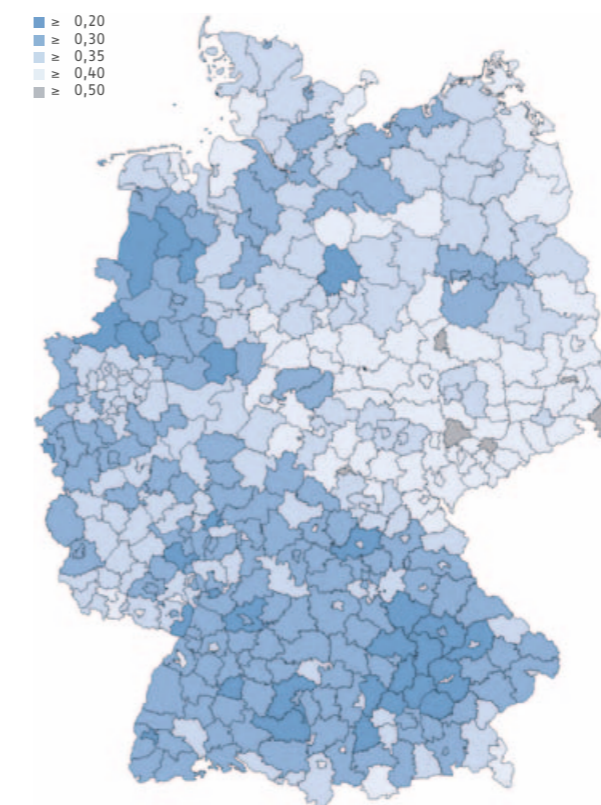
steigende Fallzahl und höhere Verweildauer impliziert. Nach der Kompressionsthese wird eine steigende Lebenserwartung begleitet (und begründet) von einer sinkenden Krankheitswahrscheinlichkeit, was eine rückläufige Fallzahl zur Folge hat.

Allein der isolierte demografische Effekt führt in Deutschland zu einer deutlichen Erhöhung der Gesundheitsausgaben – bis 2030 steigen die direkten Gesundheitskosten (ohne krankheitsbedingte Arbeitsausfälle) real auf bis zu 40 Mrd. Euro pro Jahr; ein unterstellter medizintechnischer Fortschritt, der zu einer Senkung des „biologischen Alters“ um fünf Jahre führte, würde den demografisch bedingten Anstieg der Gesundheitskosten allerdings annähernd kompensieren (vgl. Bräuninger et al. 2007). Für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sind jedoch nicht nur die aggregierten Daten entscheidend, sondern auch die regionale Verteilung der Bevölkerung.

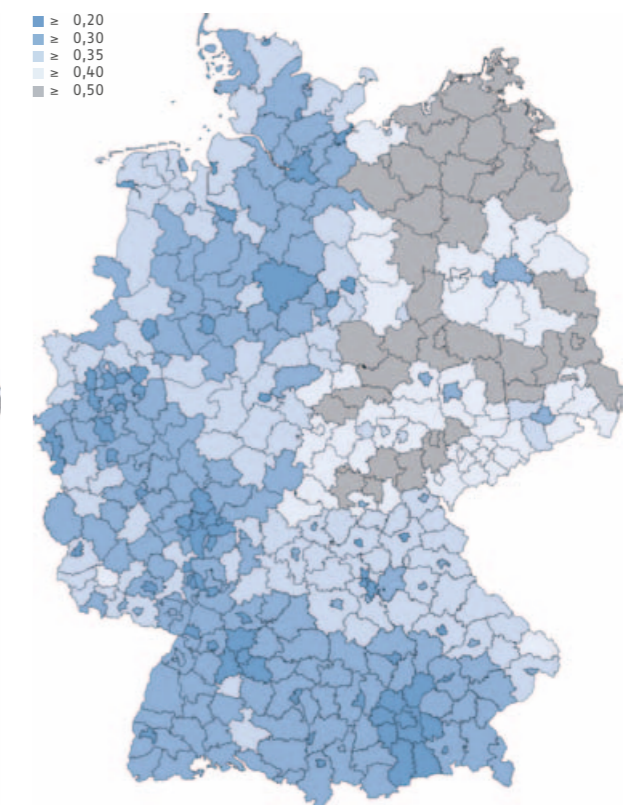
In Deutschland ist der Effekt zu beobachten, dass die Städte größer werden, ländliche und strukturschwache Regionen dagegen von Abwanderung betroffen sind. Für den öffentlichen Versorgungsauftrag ergeben sich daraus folgende Implikationen: Zum einen können in den wachsenden Agglomerationen Skalen- und Verbundvorteile realisiert werden, d. h., teure medizintechnische Geräte können durch eine steigende Auslastung effizienter betrieben werden. Die Konzentration der Bevölkerung führt zu besserer Erreichbarkeit stationärer Versorgung. Dies begünstigt sowohl eine Vergrößerung spezialisierter Kliniken als

auch eine generelle Zentralisierung stationärer Versorgung. Zum anderen muss jedoch weiterhin die Versorgung (insbesondere die Notfallversorgung) in den ländlichen Regionen aufrechterhalten werden. In diesen Regionen wird sich die Rentabilität der Krankenhäuser verringern. Es ist daher zu erwarten, dass diese Krankenhäuser weiterhin in öffentlicher Trägerschaft bleiben. Die ländliche Versorgung bleibt auch insofern von erheblicher Bedeutung, als die Bevölkerung in den ländlichen Regionen nicht nur rückläufig ist, sondern zudem stark altert, weil es vor allem die mobileren Jüngeren sind, die strukturschwache

Alterskoeffizient 2010



Alterskoeffizient 2010–2025 (Veränderung absolut)



Regionen verlassen. Als Folge ergibt sich bereits heute, aber zukünftig noch verstärkt, eine regional sehr unterschiedliche Altersstruktur (vgl. Abbildung 6).

Zurzeit bestehen außerdem regional erhebliche Unterschiede in der Fallzahl pro Einwohner (vgl. Augurzky et al. 2010). Damit gehen regionale Über- und Unterkapazitäten einher. Für einige Regionen deutet dieser Befund auf bisher nicht realisierte Effizienzpotenziale hin. Bereinigt man die regionalen Unterschiede in der Fallzahl pro Einwohner um Unterschiede in der regionalen Altersstruktur, verbleibt immer noch ein unerklärter „Rest“, der sich als Effizienzreserve interpretieren lässt. Der stationäre Fallzahlüberhang ist nach Berechnungen des RWI (vgl. Augurzky et al. 2010) im Saarland mit 13,2 % gegenüber dem Bundesdurchschnitt am größten, in Baden-Württemberg mit – 12,8 % am geringsten. Bezogen auf den Mittelwert über alle Bundesländer als Benchmark ergäbe sich laut RWI ein Einsparpotenzial von 330 Mio. Euro. Starke regionale Unterschiede – bereinigt um Unterschiede in Alter und Geschlecht – werden auch bei den kumulierten Fördermitteln je Fall aufgezeigt. Sie reichen zwischen 1991 und 2006 von 7.411 Euro pro Fall in Brandenburg und 2.572 Euro pro Fall in Niedersachsen (in Preisen von 2006). Auch hier liegen erhebliche Effizienzpotenziale vor, die durch eine Umstellung von der dualen Finanzierung auf die Monistik zumindest teilweise realisiert werden könnten (vgl. Abschnitt 2.4).

3.2. Technologischer Fortschritt

Nach § 70 SGB V muss die Krankenhausbehandlung „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizini-

schen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“.

Aus § 70 SGB V wird der Konflikt zwischen Kostenbegrenzung einerseits und moderner medizinischer und medizintechnischer Versorgung andererseits deutlich. Grundsätzlich weisen medizintechnische Innovationen in Diagnostik und Therapie einen Doppelcharakter auf: Zum einen können mehr Krankheiten behandelt werden; dies führt zu einer Erhöhung der Fallzahlen. Zum anderen können Krankheiten schneller und besser behandelt werden. Allerdings sind derzeit die Innovationsanreize für Pharmaindustrie und Medizintechnik in der Tendenz dahingehend gesetzt, eher teure „Add-on“-Technologien, die kaum einen echten therapeutischen Nutzen haben, als kosten-senkende Prozessinnovationen zu entwickeln. Durch die mangelnde Tarifwahlfreiheit der Versicherten haben die Patienten kaum eine Möglichkeit, die Innovation durch eine freie Marktnachfrage nach Qualität und Preis zu lenken. Dadurch wirkt medizintechnischer und pharmazeutischer Fortschritt tendenziell häufig kostensteigernd und mengenausweitend. Daneben haben sich aber Verfahren etabliert, die zu einer Verkürzung der Verweildauer bei stationären Aufenthalten, zu einer teil-stationären oder sogar ambulanten Behandlung geführt haben. Insofern müssen im Hinblick auf die stationäre Versorgung in Krankenhäusern unterschiedliche Dimensionen und Ausprägungen technischen und technologischen Fortschritts

beachtet werden. Eine Abschätzung über die zukünftige Richtung des medizintechnischen Fortschritts ist schwierig, da sie einerseits durch die Innovationsanreize zu einem erheblichen Teil regulatorisch bestimmt wird. Andererseits sind für die Zukunft Basisinnovationen beispielsweise in der Bio-, der Gen- und der Nanotechnologie zu erwarten, die von der Angebotsseite zu vielfältigen, in ihrer Wirkungsrichtung teilweise entgegengesetzten Effekten führen können. Weitere Veränderungen im Krankenhaussektor könnten künftig von zusätzlichen Substitutionsmöglichkeiten zwischen Medizintechnik und Personal ausgehen. Der Rückgang der Beschäftigung in Krankenhäusern in den vergangenen Jahren kann hingegen nur teilweise mit dem Substitutionseffekt begründet werden. Auch ersatzlose Einsparungen beim Personal haben zum Beschäftigungsrückgang beigetragen. Der Rückgang betraf dabei in stärkerem Maße den nichtärztlichen Bereich als den ärztlichen Bereich (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Schließlich haben sich die Innovationsprozesse global erheblich beschleunigt. Dies führt zu einer schnelleren Veraltung und einer höheren Abschreibungsrate von Medizintechnik. Beispielsweise werden heute noch vielfach als überholt geltende Röntgengeräte verwendet. Was unter einer „angemessenen“ medizinischen Versorgung zu verstehen ist, dürfte sich im Zeitablauf infolge des beschleunigten Fortschritts immer schneller wandeln. Zudem dürfte es durch den medizintechnischen Fortschritt zu Verschiebungen in der Versorgungskette zwischen Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation kommen, die ebenfalls Auswirkungen auf die stationäre Fallzahl hätten.

3.3 Regulierung

Ein zentraler Einflussfaktor für die Entwicklung im Krankenhaussektor ist die Regulierung des Gesundheitssystems. Die Regulierung betrifft verschiedene Akteure und Märkte. Diese haben fast immer in irgendeiner Form Auswirkungen auf den Krankenhaussektor und die stationäre Versorgung. Im Wesentlichen lassen sich die Regulierungen (und die induzierten Anreizwirkungen) zwischen Patienten und Krankenkassen einerseits und Krankenkassen und Leistungsanbietern (Ärzten und Krankenhäusern) andererseits unterscheiden. Ansätze zur Um- oder Deregulierung bietet ein umfangreicheres Tarifwahlrecht (z. B. die Variation der Selbstbehaltete betreffend) zwischen Versicherten und Krankenkassen sowie in den Leistungsverträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern.

Insgesamt dürfte – insbesondere vor dem Hintergrund der Alterung der deutschen Gesellschaft – eine weitere Deregulierung des Gesundheitssystems zu erwarten sein. Schon jetzt führt die politische Begrenzung der Gesundheitskosten zu einer Rationierung an Gesundheitsleistungen und einem gebremsten (und nicht präferenzgerechten, nachfragegeleiteten) technischen Fortschritt, der sich in Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung niederschlägt. Der sogenannte „zweite Gesundheitsmarkt“ in Deutschland ist hingegen weitgehend unreguliert und frei finanziert. Es zeigt sich, dass dieser Markt in den vergangenen Jahren schneller gewachsen und zudem einkommens-elastischer ist als der regulierte, zwangsfinanzierte Gesundheitsmarkt (vgl. Straubhaar et al. 2006).

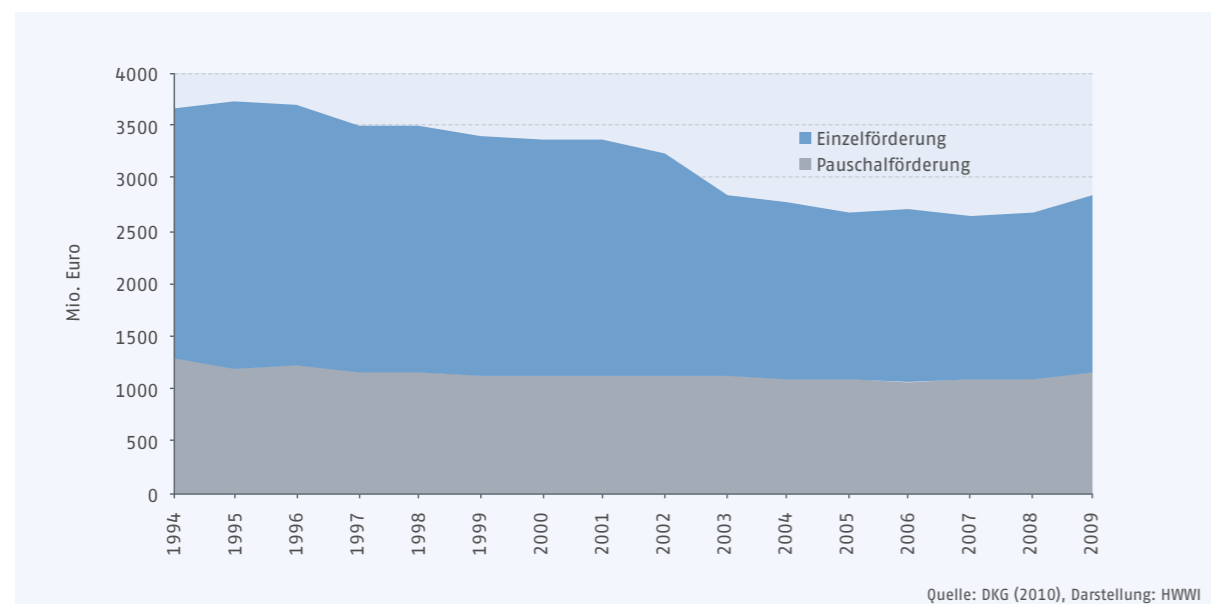
Eine künftige Deregulierung dürfte daher ceteris paribus zu höheren und nicht zu geringeren Gesundheitsausgaben führen.

In diesem Zusammenhang spielt die Trägerschaft von Krankenhäusern eine wichtige Rolle. Der Übergang zur Monistik könnte – obgleich sich Argumente für eine höhere Allokationseffizienz finden lassen – zu einer politisch und fiskalisch motivierten Reduzierung der Gesamtbudgets der Krankenhäuser führen. Eine zunehmende Privatisierung sowohl

auf der Nachfrageseite als auch auf der Angebotsseite, und auf letzterer insbesondere der steigende Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, könnte einem möglichen „Investitionsstau“ entgegenwirken. Im Zuge der „schleichenden Monistik“ (vgl. Abschnitt 2.4) ist die Höhe der Investitionsförderung seit 1994 gesunken (vgl. Abbildung 7). Der Rückgang ist dabei im Wesentlichen auf die Einzelförderung zurückzuführen, während die Pauschalförderung in jeweiligen Preisen annähernd konstant geblieben, preisbereinigt aber leicht gefallen ist.

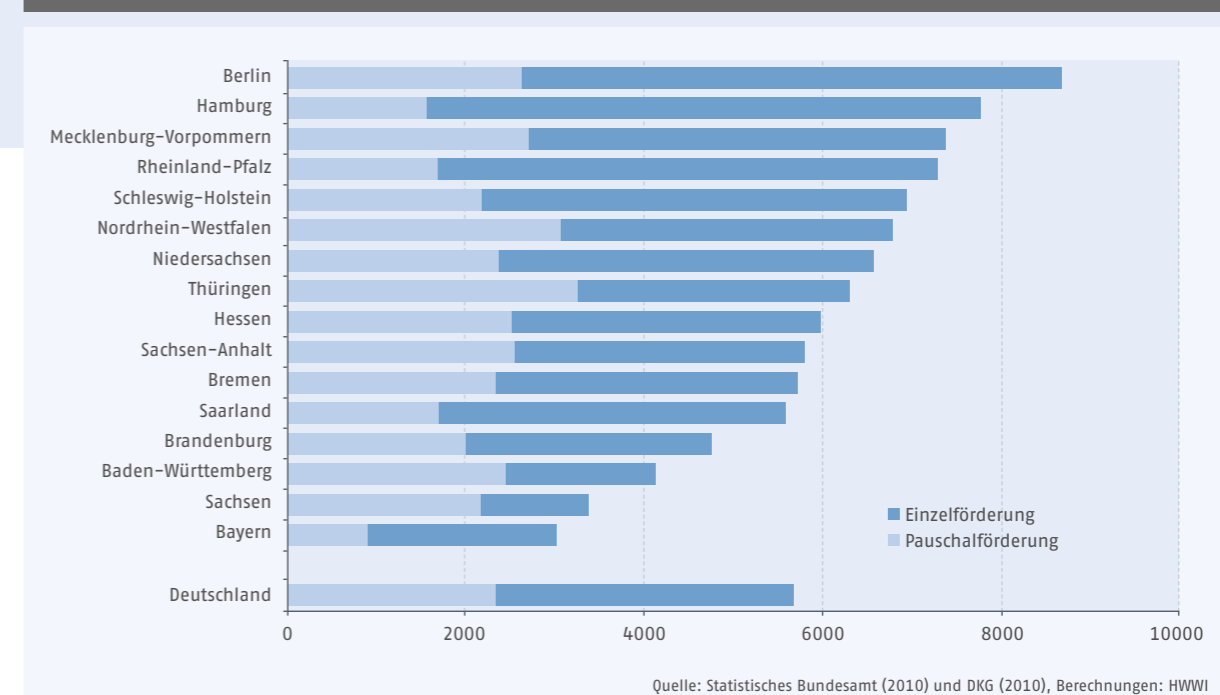
Entwicklung der KHG-Fördermittel, 1994-2009

Abb. 7



KHG-Fördermittel pro Bett, 2009

Abb. 8



In 2009 betrug die Gesamtsumme der Investitionsförderung 2,86 Mrd. Euro. Zwischen 1991 und 2008 ist die Investitionsförderung preisbereinigt um 29% gesunken (DKG 2010). Die Krankenhaus-Investitionsquote (Verhältnis der KHG-Fördermittel zu den Krankenhausausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenkassen) ist in diesem Zeitraum von rund 10% auf 4,6% gesunken (vgl. DKG 2010). Das Verhältnis von Investitionsausgaben zu Betriebskosten hat sich zulasten ersterer verschoben. Kapazitäten und Ausstattung sind demnach nicht im gleichen Ausmaß gewachsen wie die Fallzahlen. Dies kann entweder auf eine gestiegene Effizienz, etwa durch eine höhere Bettenauslastung, oder auf einen Investitionsstau hindeuten.

Einen wichtigen Vergleichsmaßstab liefert die Höhe der KHG-Fördermittel pro Bett und Jahr. Hier zeigen sich wiederum – wie unter 3.1 für die kumulierten Fördermittel pro Fall – erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Der Förderbetrag reicht von knapp 3.000 Euro in Sachsen bis über 8.000 Euro in Hamburg (vgl. Abbildung 8).

Ein weiterer Aspekt der Regulierung betrifft die grenzüberschreitenden Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitswirtschaft. Es ist davon auszugehen, dass die Mobilität von Patienten und Ärzten im Zuge der Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union weiter zunehmen wird. Insofern können – außer bei der Notfallversorgung – Wohnort und Behandlungsort auseinanderfallen. Schon heute existiert ein Gesundheitstourismus z.B. nach Osteuropa oder in die Türkei, um Zahn- oder Augenbehandlungen kostengünstiger oder in spezialisierten Kliniken vornehmen zu lassen.

Vor allem für Privatpatienten wird diese Art des Gesundheitstourismus zunehmen, aber auch für die gesetzlichen Krankenkassen könnte eine Internationalisierung der Gesundheitsversorgung kostensenkend wirken, sofern dies politisch gewollt und regulatorisch ermöglicht wird. Diese Entwicklung kann zu Veränderungen im Krankenhaussektor in Deutschland führen, deren Ursachen nicht allein in der Regulierung des deutschen Gesundheitssystems liegen und insoweit schwierig zu prognostizieren sind.

4. Zukunft von Akutkliniken

4.1 Künftige Nachfrage nach stationärer Versorgung

Die Nachfrage nach stationärer Versorgung hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Abgebildet wird die Nachfrage durch den abgeleiteten Bettenbedarf. Die gebräuchliche Formel zur Berechnung des Bettenbedarfs ist die sogenannte „Hill-Burton-Formel“ (vgl. DKG 2010).

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{BN \times 1000 \times 365}$$

wobei die Notation Folgendes bedeutet:

E: Einwohnerzahl

KH: Krankenhaushäufigkeit

VD: Verweildauer

BN: Bettennutzung

Diese vier Variablen werden maßgeblich durch demografische, politische und technologische Faktoren beeinflusst. Zu den demografischen Faktoren gehören die Entwicklung der Bevölkerung, ihre regionale Verteilung, der Altersquotient und die Lebenserwartung. Die politischen Faktoren umfassen regulatorische und institutionelle Rahmenbedingungen, die vor allem die Finanzierung und die Trägerschaft von Krankenhäusern betreffen. Die technologischen Faktoren wiederum beziehen sich auf den medizinischen Fortschritt, dessen Umsetzung in den Krankenhäusern in Form von Erneuerungs- und Ersatzinvestitionen erfolgt, sowie auf die Auswirkungen des medizintechnischen Fortschritts auf die Gesundheitsversorgung und den Bettenbedarf.

Die Einwohnerzahl wird durch die schrumpfende Bevölkerung insgesamt und durch regional unterschiedliche Wanderungssalden bestimmt.

Dies hat für die Bettenkapazitäten gemäß der genannten, anerkannten Formel einen entscheidenden Einfluss. Der staatliche Versorgungsauftrag gewinnt damit insbesondere für strukturschwache, zumeist ländliche Regionen an Bedeutung. Umgekehrt ist eine gute Infrastruktur, zu der die Gesundheitsversorgung maßgeblich gehört, ein Instrument, um den Bevölkerungsrückgang in den strukturschwachen Regionen zu stoppen und weitere negative Auswirkungen zu verhindern. Die regionale Bevölkerungsdynamik und die Entwicklung der Infrastruktur folgen einem endogenen, interdependenten Prozess. Bei schwindender Bevölkerung wird die Finanzierung öffentlicher Güter schwieriger, da das regionale Steueraufkommen sinkt und der Pro-Kopf-Finanzierungsbeitrag steigt. Die Folge kann ein Rückgang in der Versorgung mit öffentlichen Gütern sein, woraus wiederum verstärkte Anreize für Abwanderung entstehen.

Die Krankenhaushäufigkeit bzw. die Fallzahl hängt zum einen von der absoluten Bevölkerungszahl, zum anderen von der Altersstruktur der Bevölkerung ab. Die Krankheitshäufigkeit (wie auch die Verweildauer) nimmt mit zunehmendem Lebensalter typischerweise zu. In den Regionen mit Bevölkerungsrückgang verbleiben zumeist die Älteren, weshalb es zwar zu einem sinkenden Bettenbedarf aufgrund des Bevölkerungsrückgangs kommt, dieser aber infolge des steigenden Alterskoeffizienten unterproportional ausfällt. Die Krankenhaushäufigkeit hängt des Weiteren vom technologischen und medizintechnischen Fortschritt ab. Immer mehr Krankheiten, die früher einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machten, können heute ambulant behandelt werden.

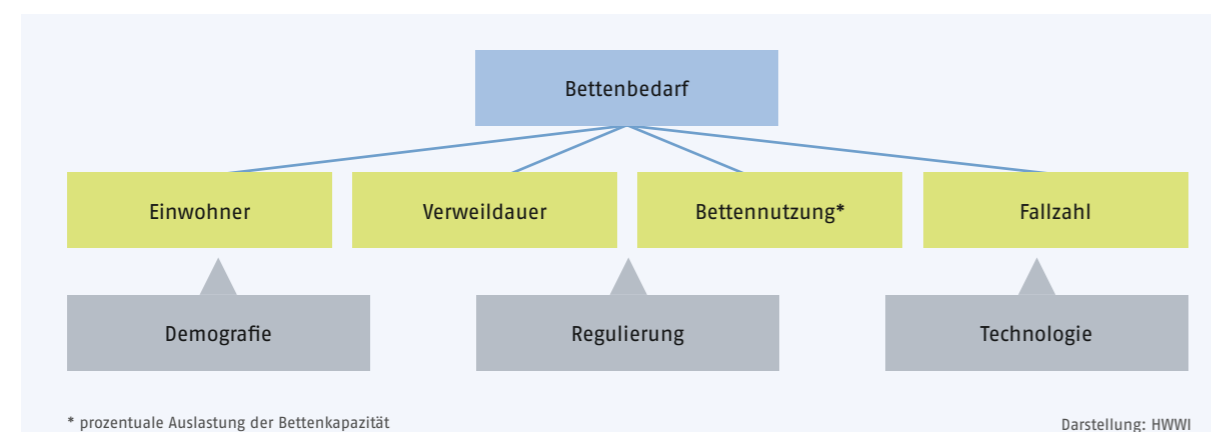
Dieser Trend von stationärer zu ambulanter Versorgung dürfte in Zukunft anhalten (Augurzky et al. 2010). Zu einem erheblichen Anteil wird die Krankenhaushäufigkeit jedoch durch die Gesundheitspolitik bestimmt. Der latente Kostendruck auf die gesetzliche Krankenversicherung infolge der sogenannten „Null-Preis-Illusion“ (Allmendegut-Charakter der Gesundheitsleistungen) führt ceteris paribus zu Rationierungen an Gesundheitsleistungen und daher unter Umständen zu einer kostenbedingten und politisch bestimmten Verschiebung von stationärer zu ambulanter Behandlung.

Die Verweildauer im Krankenhaus hängt von demografischen, technologischen und regulatorischen Faktoren ab. Steigt der Anteil der Älteren an der Bevölkerung durch geringe Geburtenzahlen und nimmt außerdem die Lebenserwartung zu, nehmen altersbedingte Krankenhausaufenthalte relativ zu. Deren Verweildauer ist im Allgemeinen höher. Dadurch steigt die durchschnittliche Verweildauer an.

Bezüglich der Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung auf den Gesundheitszustand existieren zwei konkurrierende Thesen, die Kompressions- und die Medikalisierungsthese (vgl. Abschnitt 3.1). Welche dieser beiden Thesen zutrifft, hängt von der Wirkungsrichtung des medizintechnischen und technologischen Fortschritts ab. Es ist wahrscheinlich, dass technologischer Fortschritt, der auf eine bessere Gesundheitsversorgung wirkt, als Folge implizit die Lebenserwartung erhöht. In diesem Sinne existiert ein Trade-off zwischen Investitionen in neue Medizintechnik und Investitionen in Krankenhausbetten:

Determinanten des Bettenbedarfs

Abb. 9



Bei schlechterer medizintechnischer Ausstattung würden mehr Betten benötigt, weil die Krankenhaushäufigkeit und die Verweildauer höher sind als bei einer besseren medizintechnischen Ausstattung.

Die Verweildauer wird zudem politisch beeinflusst. Ebenso wie die Krankenhaushäufigkeit lässt sich die Verweildauer administrativ reduzieren, um Gesundheitskosten zu begrenzen. Eine stärkere Liberalisierung der Tarifwahl von Versicherten und Patienten, etwa über private Zusatzleistungen oder Selbstbehalte, könnte einer solchen „Rationierung“ jedoch entgegenwirken, da zumindest in einigen Bereichen die privaten, frei finanzierten Ausgaben auf dem sogenannten „zweiten Gesundheitsmarkt“ einkommenselastischer sind als die öffentlichen, zwangsfinanzierten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund der beschränkten Mobilität von Patienten und der Erfordernis einer schnellen Notfallversorgung darf die „Hill-Burton-Formel“ jedoch nicht nur im nationalen Aggregat angewendet werden, sondern muss regional detailliert betrachtet werden. Das Kriterium für die regionale Abgrenzung ist dabei die Erreichbarkeit. Der Bettenbedarf bezieht sich immer auf ein bestimmtes, durch (zeitliche) Erreichbarkeit definiertes Gebiet. Aufgrund des Versorgungsauftrags muss der Bettenbedarf flächendeckend abgedeckt werden. Eine steigende Mobilität der Patienten dürfte hier zu einer stärkeren Spezialisierung und Zentralisierung von Krankenhäusern und zu einem Abbau von vorgehaltenen Spitzenkapazitäten führen. Für Krankheiten und Behandlungen, die keiner Notfallversorgung bedürfen, dürften sich aus Kostengründen (Skalen- und Verbundvorteile) verstärkt zentrale Spezialkliniken bilden.

Die Bettennutzung ist definiert als die durchschnittliche prozentuale Auslastung der Bettenkapazität. Die Bettenkapazität wird dabei berechnet als Produkt aus vorhandenen Betten und Anzahl der Kalendertage pro Jahr, während die tatsächliche Nutzung der Summe der Bettentage über alle Patienten bei vollstationärer Versorgung entspricht.

Aus den vorstehend genannten Bestimmungsgründen für die künftigen Investitionen in Akutkliniken lassen sich sowohl dämpfende als auch expansive Faktoren identifizieren (vgl. Abbildung 10). Dämpfend wird der Rückgang der Bevölkerung wirken. Dieser wird zum Teil durch eine zunehmende Alterung der Bevölkerung kompensiert, wodurch die Fallzahl und die durchschnittliche Verweildauer steigen. Bei ungleichmäßiger Verteilung der Bevölkerung werden Skalenvorteile zudem in geringerem Maße realisiert, woraus ein zum Bevölkerungsrückgang unterproportionaler Abbau von Bettenkapazitäten resultiert.

Eine Abwägung aller Determinanten des Bettenbedarfs gegeneinander ist vielschichtig: Zum einen sind viele der Entwicklungen mit erheblicher Unsicherheit behaftet, wie etwa die Richtung und das Ausmaß des medizintechnischen Fortschritts. Zum anderen bezieht sich für den Bereich der stationären Notfallversorgung der relevante Bettenbedarf auf eine nach Erreichbarkeit definierte Region. Der aus den Determinanten abgeleitete Bettenbedarf trifft jedoch auf eine bereits vorhandene Bettenkapazität. Die Stromgröße Investitionsbedarf ergibt sich aus der Differenz zwischen erforderlicher und vorhandener Bettenkapazität, die eine Bestandsgröße ist.

Unter den gegebenen Umständen wird in einigen Regionen eine Reduzierung des Bettenbestandes vorteilhaft sein. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Unwägbarkeiten beschränkt sich diese Studie auf qualitative Aussagen über die Wirkungsrichtung der zentralen Determinanten des Bettenbedarfs.

Im Gegensatz zu den Auswirkungen des medizinischen Fortschritts und der Regulierung lässt sich der zu erwartende demografische Effekt auf

den Krankenhaussektor bereits im Vorfeld valide quantifizieren. Das RWI (vgl. Augurzky et al. 2010) schätzt den Anstieg der stationären Fallzahl zwischen 2006 und 2020 auf 12,5%; das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von rund 0,84%. Wird unterstellt, dass ein steigender Anteil der stationären Fälle in Zukunft ambulant behandelt werden kann, reduziert sich der Anstieg der stationären Fallzahl in diesem Zeitraum auf 5,6% bzw. auf durchschnittlich jährlich 0,39%.

Dämpfende und expansive Faktoren für künftige Investitionen in Akutkliniken

Abb. 10

Dämpfender Faktor	Auswirkung
Bevölkerungsrückgang	Fallzahl sinkt
Kostendämpfung	Verweildauer sinkt
Spezialisierung und Zentralisierung von Kliniken	Bettennutzung steigt
Mobilität von Patienten und Ärzten	Fallzahl sinkt
Grenzüberschreitende Dienstleistungen	Fallzahl sinkt
Therapieverkürzender technischer Fortschritt	Verweildauer sinkt
Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung	Fallzahl sinkt
Expansiver Faktor	Auswirkung
Alterung der Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fallzahl steigt ■ Verweildauer steigt
Räumliche Verteilung der Bevölkerung	Bettennutzung sinkt
Deregulierung	Fallzahl steigt
Mengenausweitender technischer Fortschritt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fallzahl steigt ■ Verweildauer steigt
Beschleunigte Innovationsprozesse	Abschreibungsrate steigt

Darstellung: HWWI

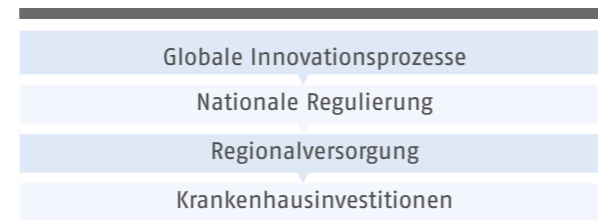
4.2 Angebotsseitige Anpassungsreaktionen der Kliniken

Für die Investitionsplanung der Kliniken ergeben sich aus diesen Entwicklungen folgende Probleme: Zunächst gilt es, sich an den optimalen Bettenbestand regional anzupassen. Da es zwischen den Regionen erhebliche Disparitäten hinsichtlich Bevölkerungsdynamik und Alterung gibt, kann es in einigen Regionen zu einem Aufbau, in anderen Regionen – unter Beachtung des Versorgungsauftrages – zu einem Abbau von Kapazitäten kommen. Darüber hinaus existiert eine Finanzierungsrestriktion, die zum einen die Investitionsmittel in Gebäude und Wirtschaftsgüter betrifft, zum anderen die Gesundheitsausgaben durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Durch die „Null-Preis-Illusion“ kommt es zu einer Überbeanspruchung des Gesundheitssystems und daraus folgend einem latenten Finanzierungsdruck. Ferner gibt es keine marktbasiereten (Preis-)Informationen und Knappheitsindikatoren, die zu einer effizienten Lenkung der Forschungsinvestitionen im Gesundheitssektor führen könnten. Die Folge ist, dass es zu vielen Scheininnovationen („Add-on“-Technologien) kommt, die sehr teuer sind, aber zu keiner nennenswerten Qualitätsverbesserung führen. Teure Produktinnovationen verdrängen (fehl-)anreizbedingt kosten-senkende Prozessinnovationen. Schließlich haben sich in den letzten Jahren die Innovationsprozesse global erheblich beschleunigt. Die Abschreibungsrate auf „alte“ Geräte erhöht sich, und Investitionszyklen verkürzen sich. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die regionale Krankenhausplanung, die sich im Spannungsfeld zwischen globaler Innovation, nationaler Regulierung und regionaler Versorgungssicherheit be-

wegt. Gerade die demografische Veränderung weist regionale Disparitäten auf, sodass der Versorgungsauftrag vor dem Hintergrund von Skalenvorteilen (sinkende Durchschnittskosten bei steigender Auslastung der Kapazitäten) immer teurer zu werden droht.

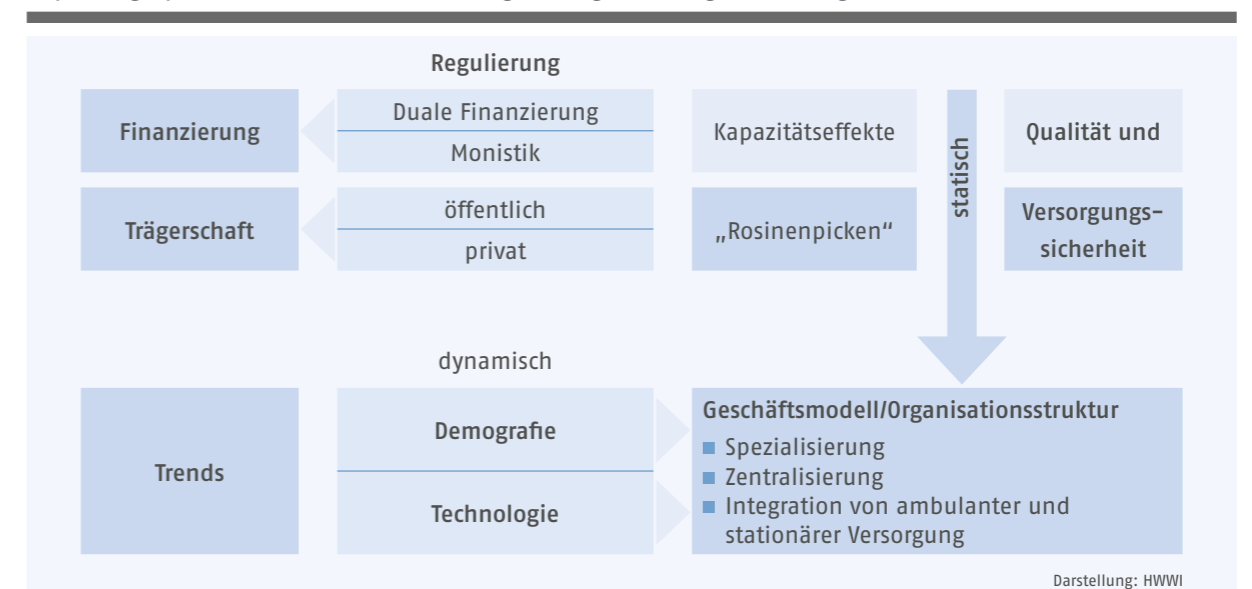
Ebenen exogener Einflussfaktoren auf Krankenhausinvestitionen Abb. 11



Aus diesen für die Krankenhäuser im Wesentlichen exogenen Trends lassen sich angebotsseitige Anpassungsreaktionen ableiten. Inwieweit sich diese Trends auf die Nachfrage- und Angebotsseite auswirken, hängt entscheidend von der Regulierung ab. Der latente Kostendruck im Gesundheitssystem wird voraussichtlich dazu führen, dass sich der Gesundheitsmarkt weiter liberalisiert. Es ist grundsätzlich schwierig, die Auswirkungen von Regulierungsänderungen und insbesondere von Deregulierung abzuschätzen, da es gerade die dynamische („Entdeckungs“-)Funktion von Märkten ist, neue Geschäftsmodelle und Organisationsformen zu finden.

Anpassungsoptionen von Akutkliniken an Regulierungsänderungen und exogene Trends

Abb. 12



Entscheidend für die angebotsseitigen Anpassungsreaktionen ist die Interdependenz zwischen Regulierungsänderung, hier sind die zentralen Instrumente der Politik die Trägerschaft, und die Finanzierung und den exogenen Trends (vgl. Abb. 12). Zum Teil resultiert die Regulierungsänderung aus der notwendigen Anpassung an die exogenen Trends, zum Teil kann Umregulierung diese Trends kanalisieren. Aus heutiger Perspektive ist zu erwarten, dass sich die Finanzierung von der dualen Finanzierung hin zur Monistik und die Trägerschaft von öffentlichen zu stärker privaten Modellen verschieben. In Verbindung mit den exogenen Trends, vor allem Demografie und Technologie,

ist als qualitative Entwicklungslinie zu erwarten, dass es künftig zu einer stärkeren Integration von ambulanter und stationärer Versorgung kommt, insbesondere in ländlichen Regionen, in denen die Koexistenz von ambulanter und stationärer Versorgung, die sich zum Teil aufgrund neuer Verfahren mittlerweile überschneiden, ineffizient wird. Des Weiteren ist aufgrund der Konzentration der Bevölkerung in wachsenden Agglomerationen eine Zentralisierung von Krankenhäusern zu erwarten. Schließlich wird es insbesondere für die nichtakute stationäre Versorgung eine stärkere Spezialisierung von Krankenhäusern an zentralen Standorten geben.

4.3 Gesundheitspolitischer Spielraum

Der Politik stehen grundsätzlich zwei Instrumente zur Anpassung zur Verfügung: die Finanzierung und die Trägerschaft von Krankenhäusern. Beide hängen miteinander zusammen, können jedoch institutionell unterschiedlich ausgestaltet werden. In der Tendenz dürften die rentablen Krankenhäuser in die private Trägerschaft überführt werden, während die defizitären Krankenhäuser, da sie Gegenstand des Versorgungsauftrages sind, in öffentlicher Hand bleiben. Durch diese „adverse Selektion“ infolge eines „Rosinenpickens“ der privaten Träger erhöht sich zwangsläufig das Finanzierungsdefizit für die öffentliche Hand. Dennoch kann die Privatisierung von Krankenhäusern unter bestimmten Bedingungen sinnvoll sein. Grundsätzlich verstößt eine Privatisierung weder gegen den Versorgungsauftrag noch gegen den Grundsatz eines gleichen Zugangs aller Patienten zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung.

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland steht dennoch vor einem Umbruch. Es ist zu erwarten, dass das Gesundheitssystem weiter dereguliert wird. Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben wird dadurch steigen. Da die öffentlichen Gesundheitsausgaben aufgrund des latenten Kostendrucks auf die gesetzliche Krankenversicherung politisch beschränkt werden und private Gesundheitsausgaben einkommenselastischer sind, führt eine Erhöhung des Anteils privater Ausgaben zu insgesamt steigenden Gesundheitsausgaben. Grundsätzlich unterscheidet sich das Investitionsverhalten privater Akteure in regulierten Märkten vom Investitionsverhalten in nichtregulierten Märkten. In regulierten Märkten kommt zum unternehmerischen

Risiko das Risiko von Regulierungsänderungen hinzu. Dies führt zu geringerer Planbarkeit und in der Folge zu einem kürzeren Investitionshorizont oder gar – bei schnell und wiederholt wechselnder politischer Ausrichtung – zu Attentismus.

4.4 Prognose des künftigen Investitionsbedarfs

Ökonomisch lässt sich ein „Investitionsbedarf“ streng genommen nicht sinnvoll ermitteln. Vielmehr existiert eine Nachfrage nach stationärer Versorgung, die auf der Angebotsseite entsprechende Investitionen auslöst. Im deutschen Gesundheitssystem sind jedoch sowohl die Nachfrage- als auch die Angebotsseite vielfältig reguliert. Insoweit steht eine Prognose unter erheblichen Unsicherheiten, die nicht stochastischer Art, sondern politisch-regulatorisch begründet sind. Erfahrungsgemäß kann es in der Regulierung des Gesundheitssystems zu einer schnellen Abfolge von Reformen kommen, hinter denen Partialinteressen oder politische Richtungswechsel stehen. Eine mit der künftigen Regulierung konsistente Prognose des Investitionsbedarfs ist daher nur unter sehr strikten Ceteris-paribus-Annahmen möglich. Auch der medizintechnische Fortschritt unterliegt der Regulierung. Diese impliziert bestimmte Innovationsanreize und steuert die Investitionen in Forschung und Entwicklung. Ausmaß und Richtung des medizintechnischen Fortschritts, z. B. im Hinblick auf die Verweildauer oder die Verschiebung von stationärer zu ambulanter Versorgung, sind demzufolge ebenfalls mit Unsicherheit behaftet. Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf den Betten- und der daraus abgeleitete Investitionsbedarf lassen sich jedoch relativ valide bestimmen.

Nach Prognose des RWI (vgl. Augurzky et al. 2010) wird die Fallzahl bis zum Jahr 2020 um 12% steigen, bei unterstellter Fortsetzung der Verschiebung von stationärer zu ambulanter Versorgung wird ein Anstieg von lediglich 5,4% erwartet. Extrapoliert man zusätzlich die Trends bei der durchschnittlichen Verweildauer und der Bettennutzung der vergangenen Jahre bis zum Jahr 2020, ergeben sich folgende gegenläufige Entwicklungen der zentralen Determinanten des künftigen Bettenbedarfs (vgl. Abbildung 13).

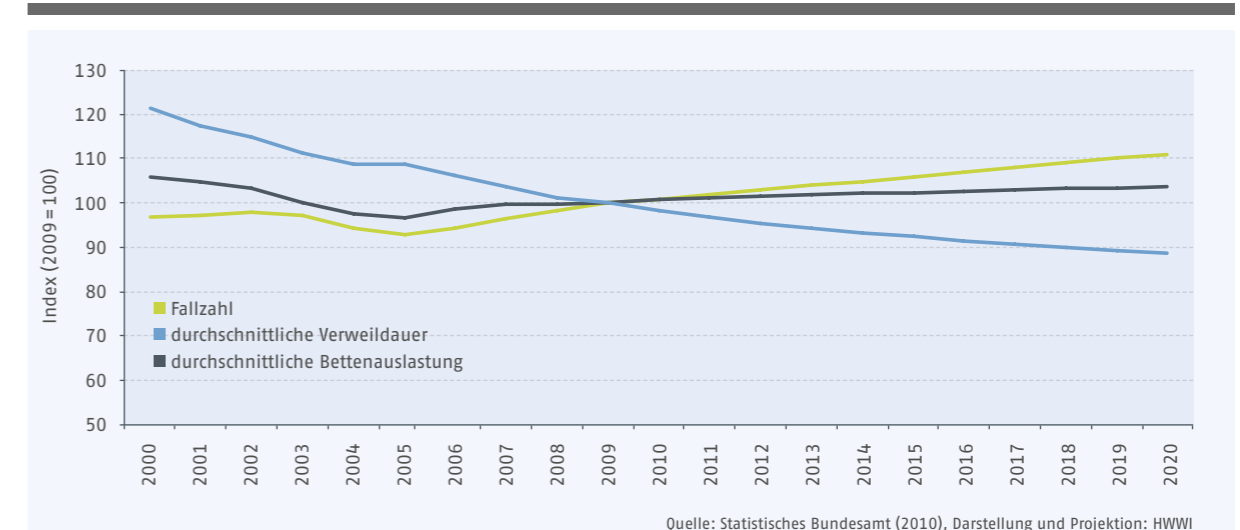
Nach der „Hill-Burton-Formel“ (vgl. Abschnitt 4.1) sinkt der Bettenbedarf in Deutschland bei Projektion der Determinanten gemäß Abbildung 13 bis zum Jahr 2020 um 3,8%. Um aus der Prognose des Bettenbedarfs eine Prognose des Investitionsvolumens abzuleiten, muss zusätzlich eine Annahme über die Entwicklung

der Investitionsförderung pro Bett getroffen werden. Die Investitionsmittel setzen sich aus der Einzelfallförderung und der Pauschalförderung zusammen. Die Einzelförderung ist dabei in den vergangenen Jahren zurückgegangen (vgl. Abbildung 7).

Für die Abschätzung der Investitionsförderung werden zwei Szenarien betrachtet. Im ersten Szenario wird angenommen, dass die Höhe der Fördermittel sich bis 2015 real auf das durchschnittliche Niveau der Jahre 2003 bis 2009 einpendelt und danach bis 2020 konstant bleibt. Im zweiten Szenario wird angenommen, dass die Höhe der Fördermittel pro Bett real bis 2015 wieder auf das durchschnittliche Niveau des Zeitraums zwischen 1997 und 2002 steigt und danach bis 2020 konstant bleibt. Im ersten Szenario wird also abgebildet, dass die gesunkene Investitionsquote der

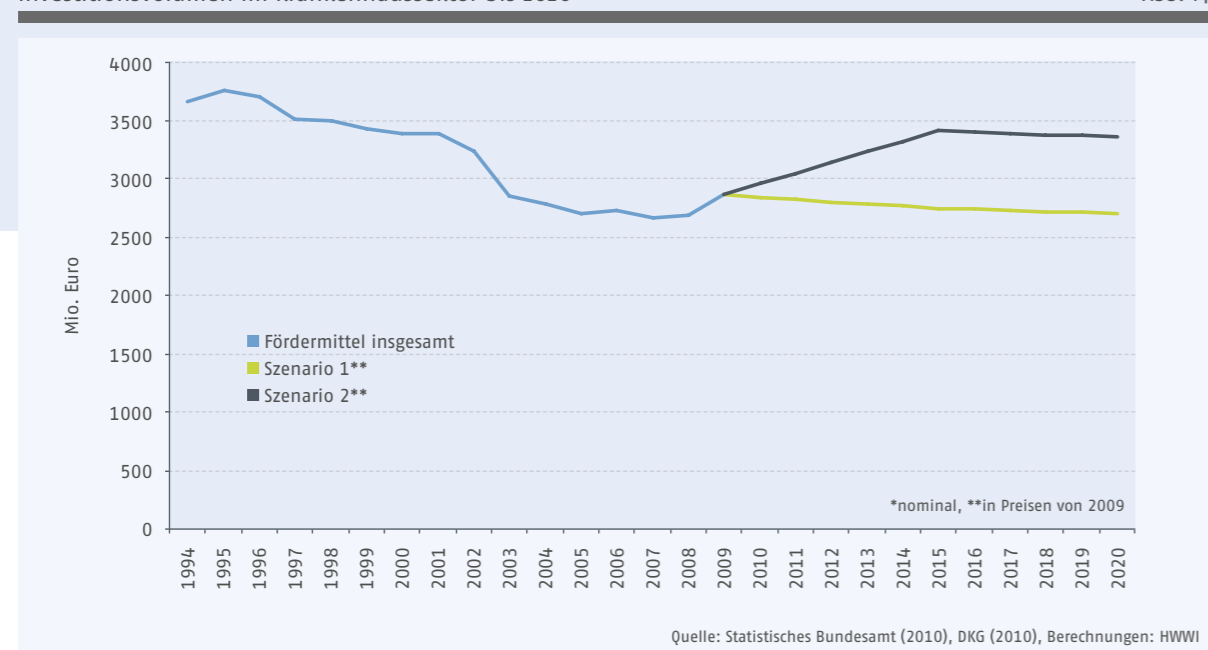
Projektion zentraler Maßzahlen deutscher Krankenhäuser bis zum Jahr 2020

Abb. 13



Investitionsvolumen im Krankensektor bis 2020

Abb. 14



letzten Jahre beibehalten werden kann, während die Investitionen im zweiten Szenario wieder auf ein höheres Niveau zurückkehren und die niedrige Quote der vergangenen Jahre mit Blick auf die Qualität der stationären Versorgung mittelfristig nicht durchhaltbar sind. In Preisen von 2009 bedeutet dies im ersten Szenario eine Investitionsförderung von 5.565 Euro, im zweiten Szenario von 6.916 Euro pro Krankenhausbett in Deutschland. Gemessen als Quote am Bruttoinlandsprodukt bedeutet dies jedoch nach wie vor eine sinkende Investitionsquote für Krankenhäuser. Zusammengefasst ergibt sich – je nach Szenario – aus der Entwicklung des Bettenbedarfs und der Entwicklung der Investitionsförderung pro Bett folgende Entwicklung für die Investitionsvolumina bis 2020 (vgl. Abbildung 14). Wie zu erkennen ist, wird in dem ersten Szenario davon ausgegangen, dass sich die Entwicklung der letzten Jahre bei den Fördermitteln insgesamt fortsetzt und die Gesamtinvestitionen bei leicht sinkender Bettenkapazität rückläufig sein werden – von rund 2,86 Mrd. Euro in 2009 auf rund 2,70 Mrd.

Euro in 2020. Im zweiten Szenario wird unterstellt, dass es in den nächsten Jahren zu Aufholinvestitionen kommt, um den diagnostizierten Investitionsstau der letzten Jahre aufzulösen. Nach diesem Szenario steigen die Gesamtinvestitionen in 2020 gegenüber 2009 auf rund 3,35 Mrd. Euro (in Preisen von 2009).

Die hier prognostizierte Entwicklung des Investitionsvolumens unterliegt – wie erwähnt – erheblichen Unsicherheiten. Insbesondere dürfte sich das aggregierte Investitionsvolumen für Deutschland regional sehr unterschiedlich verteilen (vgl. Abschnitt 3.1). In einigen Regionen wird es zu einem Aufbau von zusätzlichen Kapazitäten kommen, in anderen zu einem Abbau. In ländlichen und in strukturschwachen Regionen dürften die Effizienzreserven, die z. B. aus Skaleneffekten resultieren, aufgrund des Versorgungsauftrages nur begrenzt sein und könnten allenfalls mit einer stärkeren Integration der ambulanten und der stationären Versorgung begründet werden.

5. Fazit

Der Krankensektor in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren deutlich gewandelt: Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft hat kontinuierlich zugenommen. Der demografische Wandel und der medizintechnische Fortschritt werden den Kostendruck im öffentlichen Gesundheitswesen weiter erhöhen. Um Skaleneffekte zu realisieren, wird sich die stationäre Versorgung stärker zentralisieren und die Krankenhäuser werden sich stärker spezialisieren. Diese Entwicklung beinhaltet voraussichtlich auch grenzüberschreitende Dienstleistungen im Bereich der stationären Versorgung. Die Privatisierung von Krankenhäusern steht in den ländlichen und strukturschwachen Regionen dem öffentlichen Versorgungsauftrag entgegen. Hier könnten Effizienzreserven durch eine stärkere Integration von stationärer und ambulanter Versorgung gehoben werden.

Der künftige Investitionsbedarf wird im Wesentlichen durch die demografische Entwicklung, durch Ausmaß und Art des medizintechnischen Fortschritts sowie durch die Regulierung des Gesundheitssystems bestimmt. Insgesamt wird die Bevölkerung in Deutschland in Zukunft zudem schrumpfen und altern. Die demografische Entwicklung wird regional jedoch sehr unterschiedlich sein, sodass sich keine deutschlandweit einheitliche Prognose des künftigen Investitionsbedarfs von Akutkliniken ableiten lässt. Es kann aber

im Aggregat aufgrund der Alterung von einem leichten Anstieg der stationären Fallzahl ausgegangen werden. Der medizintechnische Fortschritt kann sowohl mengenausweitend als auch therapieverkürzend wirken. Letzteres kann eine Verschiebung von stationärer hin zu ambulanter Versorgung bewirken, die den Anstieg der stationären Fallzahl dämpft. Da die privaten, frei finanzierten Gesundheitsausgaben einkommenselastischer sind, also stärker zunehmen als die öffentlichen Ausgaben, dürfte eine Privatisierung des Gesundheitsmarktes tendenziell expansiv wirken.

Eine Prognose künftiger Regulierungsänderungen und deren Auswirkungen auf die Nachfrage nach stationärer Versorgung und auf die Leistungsanbieter ist zwar für den Investitionsbedarf sehr bedeutsam, aber in ihrer Zuverlässigkeit sehr eingeschränkt. Aus diesem Grund wurden zwei Szenarien formuliert, die einen Korridor für das aggregierte Investitionsvolumen bis 2020 angeben. In einem „Status-quo-Szenario“ werden die Investitionen von rund 2,86 Mrd. Euro in 2009 aufgrund des geringeren Bettenbedarfs bis 2020 real auf rund 2,70 Mrd. Euro sinken. Im Szenario „Aufholinvestitionen“ wird der in den letzten Jahren aufgebaute Investitionsstau zum Teil abgebaut. Trotz sinkendem Bettenbedarf steigen die Gesamtinvestitionen hier infolge steigender Investitionsförderung pro Bett bis 2020 auf rund 3,35 Mrd. Euro.

Quellen

- Augurzky, B., Beivers, A., Neubauer, G., Schwierz, C. (2009), Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, RWI Materialien, Heft 52.
- Augurzky, B., Felder, S., Krolop, S., Schmidt, C.M., und Wasem, J. (2010), Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm. RWI Positionen 38. RWI: Essen.
- Augurzky, B., Gülker, R., Krolop, S., Schmidt, C.M., Schmidt, H., Schmitz, H. und Terkatz, S. (2011), Krankenhaus Rating Report 2010 – Die fetten Jahre sind vorbei – Executive Summary. RWI Materialien 67. RWI: Essen.
- BMF/RWI (2009), Effizienzreserven im Gesundheitswesen, Präsentation auf einem AOK-Workshop am 26.02.2009.
- Bräuninger, M., Sattler, C., Kriedel, N., Vöpel, H., Straubhaar, T. (2007), Gesundheitsentwicklung in Deutschland bis 2037 – Eine volkswirtschaftliche Kostensimulation. HWWI Policy Paper 1–6, HWWI: Hamburg.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2010), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.
- Manouguian, M., Stöver, J., Verheyen, F., Vöpel, H. (2010), Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich, HWWI Policy Paper 55, HWWI: Hamburg.
- OECD (2009), Health Data 2009, Paris.
- Rürup, B. (2008), Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Statistisches Bundesamt (2010), Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011), Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, Wiesbaden.
- Straubhaar, T., Geyer, G., Locher, H., Pimpertz, J., Vöpel, H. (2006), Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen.
- Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems, Baden-Baden.
- Tiemann, O., Schreyögg, J., (2009), Effects of ownership on hospital efficiency in Germany. BUR – Business Research, Vol. 2. (urn:nbn:de:0009-20-21700).

**Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut gGmbH
(HWWI)**

Heimhuder Straße 71
20148 Hamburg

Tel. 040 340576-334
Fax: 040 340576-776

info@hwwi.org
www.hwwi.org

HSH NORDBANK AG

Gerhart-Hauptmann-Platz 50
20095 Hamburg
Tel. 040 3333-0
Fax 040 3333-34001

Martensdamm 6
24103 Kiel
Tel. 0431 900-01
Fax 0431 900-34002

info@hsh-nordbank.com
www.hsh-nordbank.de