

Wird eine gute Gesundheitsversorgung unbezahlbar?  
Effizienzpotentiale im deutschen Gesundheitssystem  
am Beispiel der Krankenhausversorgung

Prof. Dr. Berthold Wigger  
Karlsruher Institut für Technologie

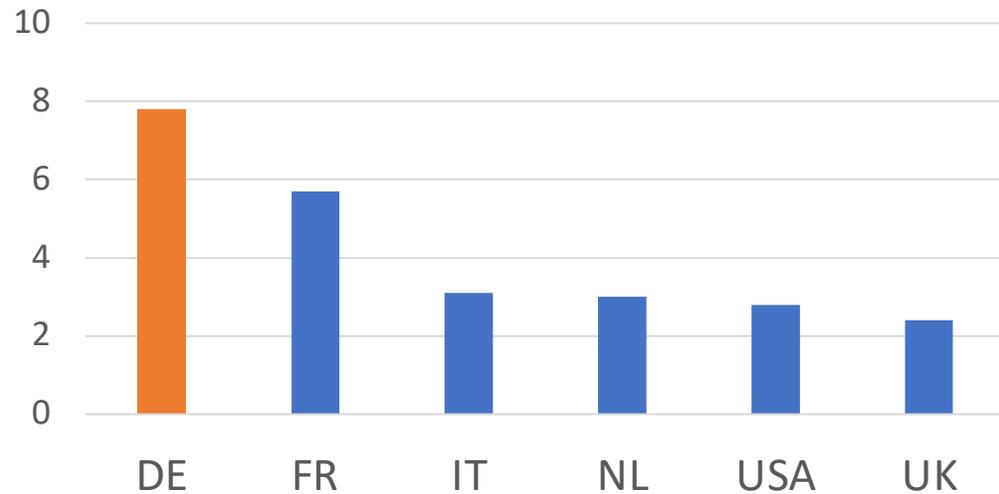
4. Juni 2024

# Fehlversorgungsmerkmale der Krankenhausversorgung in Deutschland

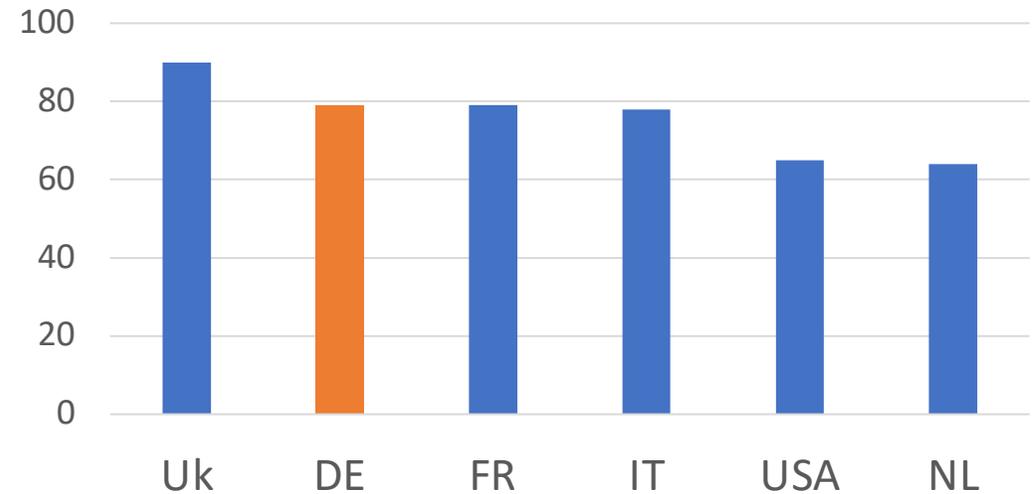
- Zu viele Krankenhausbetten
- Zu viele zu kleine Krankenhäuser
- Zu geringe Krankenhausinvestitionen (der Länder)

# Zu viele Krankenhausbetten

Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner,  
2021



Bettenbelegungsrate in %, 2019



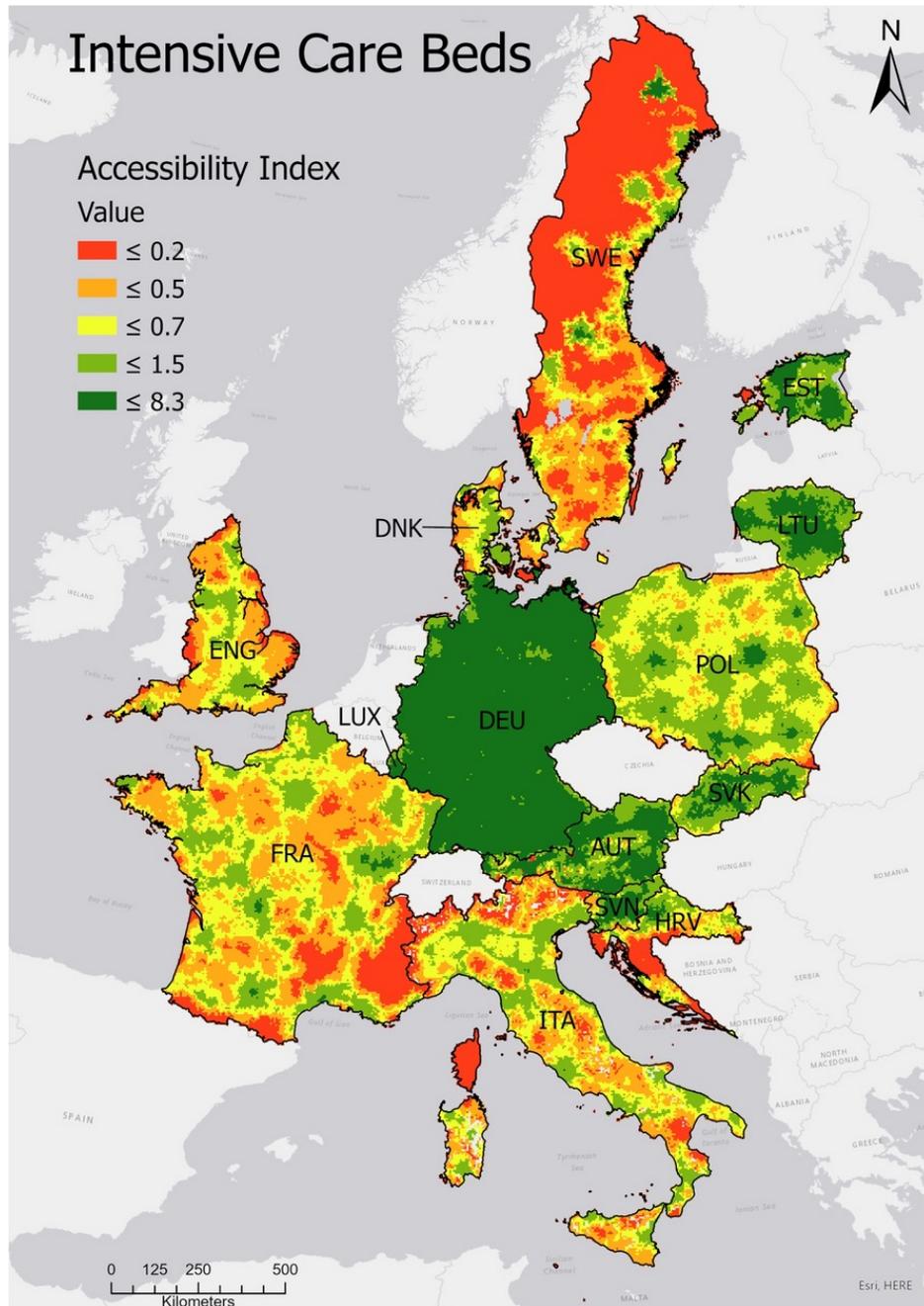
Quelle: OECD (2023)

# Zu viele Krankenhausbetten

- Hohe Bettenzahl nicht per se ein Fehlversorgungsmerkmal, denn
  - könnte entsprechende Versorgungspräferenzen in der Bevölkerung widerspiegeln.
  - könnte Spezialisierung Deutschlands im Rahmen der internationalen Arbeitsteilung sein (Export von Krankenhausleistungen).
- Beides würde aber funktionierende Märkte für Krankenhausleistungen voraussetzen.

# Marktversagen in der Krankenhausversorgung

- Informationsasymmetrie zwischen Anbietern (Experten) und Nachfragern (Laien)
- Fehlende Preissensitivität der Nachfrager
- Führt zu angebotsinduzierter Nachfrage (Roemersches Gesetz: *A bed built is a bed filled*)



# Erreichbarkeit von Krankenhäusern

Quelle: Bauer (2020)

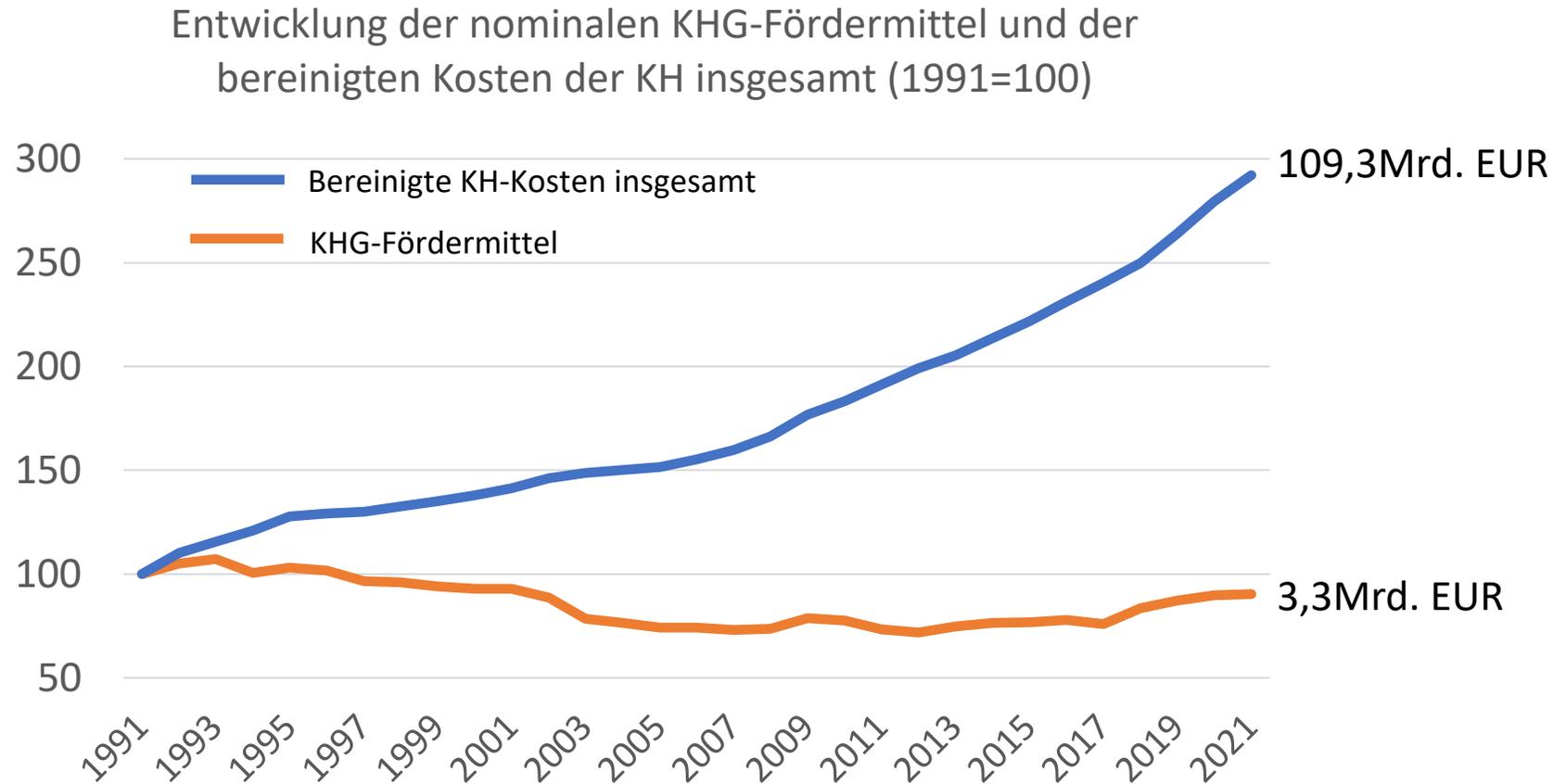
# Zu viele zu kleine Krankenhäuser

<b>KH-Größe (Bettenzahl)</b>	<b>KH-Anzahl</b>
bis 49	292
50 bis 99	163
100 bis 149	185
150 bis 199	148
200 bis 299	214
300 bis 399	152
400 bis 499	125
500 bis 599	75
600 bis 799	85
800 bis 999	30
1.000 und mehr	57

Quelle: Statistisches Bundesamt (2023)

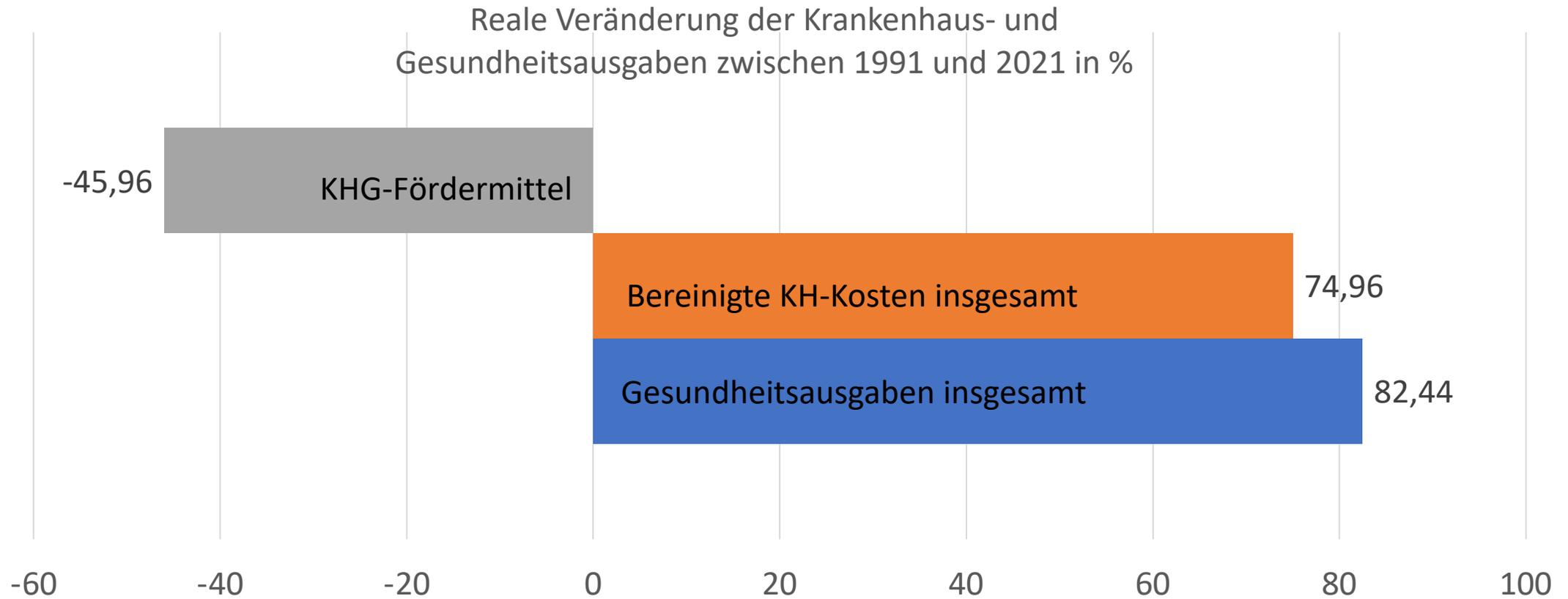
- 1.525 allgemeine KH im Jahr 2022
- Große Häufung sehr kleiner KH
- Empirie: Behandlungsqualität in kleinen KH schlechter wegen geringerer Fallzahl und schlechterer Ausstattung mit Großgeräten
- 1.002 oder zwei Drittel der allgemeinen KH mit weniger als 300 Betten
- Empirie: KH sollten über eine Anzahl von mindestens 300 Betten verfügen, um betriebswirtschaftlich nachhaltig wirtschaften zu können

# Zu geringe Investitionen der Länder



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023), Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022), eigene Berechnungen

# Zu geringe Investitionen der Länder



Quelle: Statistisches Bundesamt (2023), Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022), eigene Berechnungen

# Zwischenfazit

- Die beschriebenen Fehlversorgungsmerkmale, insbesondere die hohe Bettenzahl und -belegung, sind in einem gewissen Umfang charakteristisch für die Krankenhausversorgung.
- These: Das institutionelle Design der deutschen Krankenhausversorgung verschärft die Fehlversorgung.

# Institutionelles Design der deutschen Krankenhausversorgung

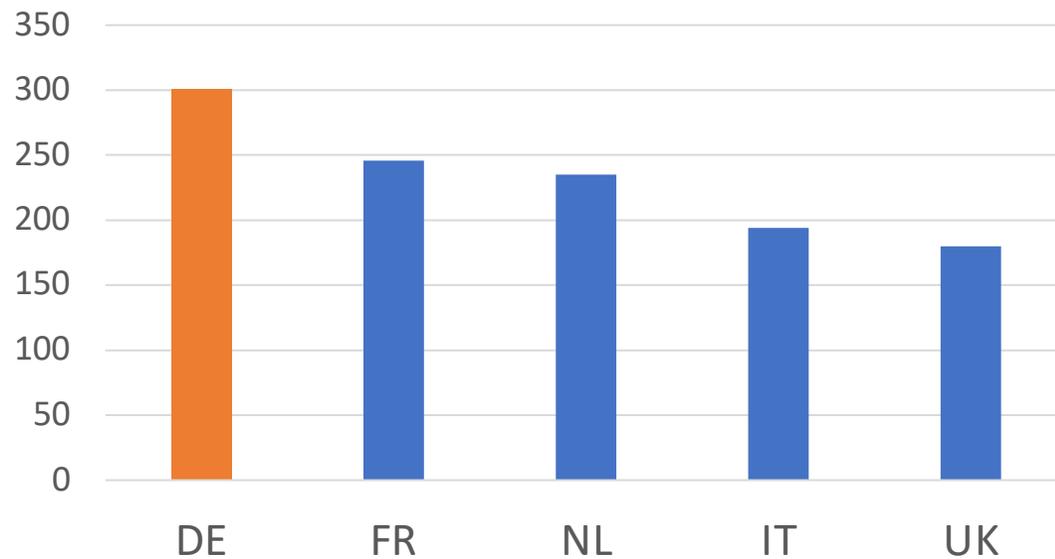
- Krankenhausplanung ist Sache der Länder: Sie entscheiden darüber, wo ein Krankenhaus errichtet, erweitert oder geschlossen wird.
- Krankenhauskosten werden dual finanziert: Betriebskosten übernehmen die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, Krankenhausinvestitionen werden von den Ländern gefördert.
- Krankenhäuser erhalten pro Behandlungsfall einen eine DRG-Fallpauschale (seit 2020 Pflegebudget aus Fallpauschale ausgegliedert).

# Fehlanreize der Krankenhäuser

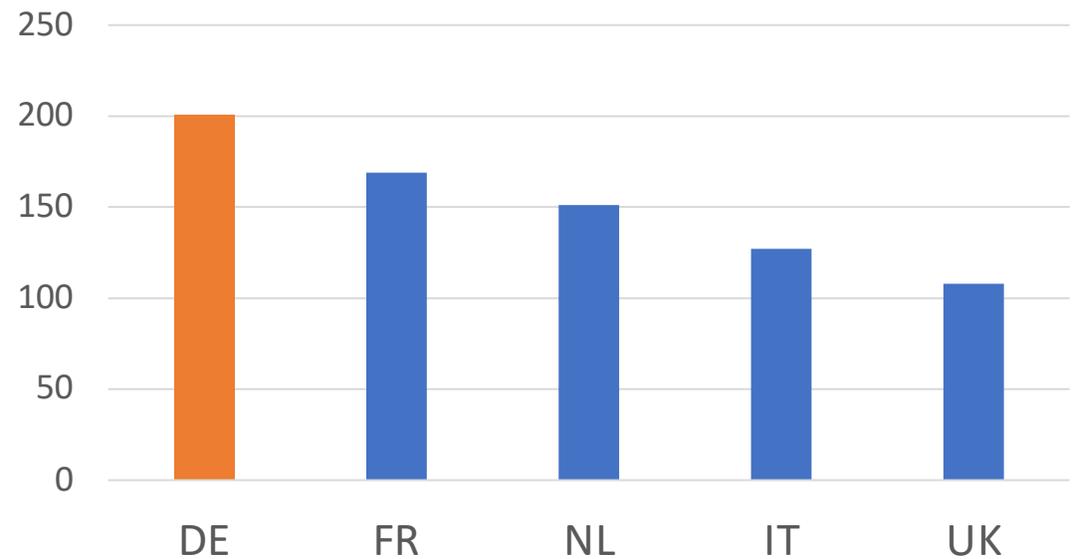
- Nicht auskömmliche Investitionsförderung der Länder verschärft Anreiz der Krankenhäuser, Leistungsmengen auszuweiten, um Investitionen mit Deckungsbeiträgen aus Entgelt von Behandlungsfällen zu finanzieren.
- Führt zu Mengenausweitungen insbesondere bei Behandlungsfällen mit hohen Deckungsbeiträgen.

# Hüft- und Kniegelenksoperationen

Hüftersatz pro 100.000 Einwohner, 2021



Knieersatz pro 100.000 Einwohner, 2021



Quelle: OECD (2023)

## Fehlanreize der Länder

- Duale Finanzierung schwächt Anreiz der Länder zur ausreichenden Investitionsförderung ihrer Krankenhäuser. Diese müssen die Länder aus eigenen Haushaltsmitteln finanzieren. Finanzierung von Investitionen über Deckungsbeiträge von Behandlungsentgelten belastet die Versicherten aller Länder.
- Planungskompetenz der Länder bedeutet, dass Standortentscheidungen für Krankenhäuser eng mit landespolitischen Willensbildungsprozessen verknüpft sind.
- Für lokale und regionale Entscheidungsträger dürfte es ein wichtiges Anliegen sein, dass ihr Ort oder ihre Region von einer Krankenhausschließung verschont bleibt.

# Reformoptionen: Vorbemerkungen

- Föderalismus ist in der Krankenhausversorgung gegenwärtig zwar verfassungsrechtlich verankert. Mit Blick auf die damit verfolgten Ziele, einschließlich des Ziels der Gewährleistung gleichwertiger Lebensverhältnisse, ist er aber kein Eigenwert: Die bestehenden Defizite geben vielmehr Anlass zum Nachdenken über eine Neuordnung der Kompetenzen.
- Das Wissen der Länder über die Bevölkerungsstruktur und -verteilung ist auch in Zukunft in die Krankenhausplanung einzubeziehen. Das System der Krankenhausversorgung sollte flexibel genug sein, um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

# Reformoptionen

- Stärkere Zentralisierung der Krankenhausplanung.
- Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung, in dem Behandlungs- und Investitionskosten aus einer Hand finanziert werden.
- Investitionspauschalen der Länder könnten in Zukunft in einen Fonds eingezahlt werden, aus dem übergeordnete, nicht einzelnen Behandlungsfällen zuzurechnende Aufwendungen finanziert werden.

# Anmerkungen zur geplanten Krankenhausreform

- Konsolidierung der Krankenhausversorgung.
- Stärkere Einflussnahme des Bundes auf die Krankenhausplanung, Effekt auf die Krankenhausplanung der Länder bleibt abzuwarten.
- Vorhaltepauschalen: schwächen den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und führen zu Wartezeiten.