

Beiträge und Analysen

# Gesundheitswesen aktuell 2022

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

**Marc Bataille, Kim-Ines Meier, Achim Wambach**  
Neue Ordnung in der Krankenhausfinanzierung,  
Seite 60–76

doi: 10.30433/GWA2022-60

Marc Bataille, Kim-Ines Meier, Achim Wambach

## Neue Ordnung in der Krankenhausfinanzierung

Die Diskussionen um die Strukturen der deutschen Krankenhauslandschaft reißen nicht ab. Dabei richtet sich der Blick vor allem auf die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach gegründete „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Diese soll Empfehlungen für eine Reform der Krankenhausversorgung erarbeiten. Passend dazu hat die Monopolkommission im Mai des Jahres 2022 ihr 83. Sondergutachten veröffentlicht. Hierin hat sie sich ausführlich mit der Wirksamkeit der Krankenhausplanung und -finanzierung aus wettbewerbspolitischer Sicht beschäftigt und Vorschläge für Reformen entwickelt. Dieser Beitrag konzentriert sich auf die Analysen der Monopolkommission zu den gegenwärtig bestehenden Finanzierungsinstrumenten. Zunächst werden anhand von Studien vorhandene strukturelle Ineffizienzen in der deutschen Krankenhauslandschaft aufgezeigt. Hierauf aufbauend werden mögliche Ursachen in der Ausgestaltung der Finanzierung von Krankenhäusern identifiziert. Schließlich werden konkrete Lösungsansätze für eine zielgerichtete und wettbewerbskonforme Neuordnung der Krankenhausfinanzierung herausgearbeitet und insbesondere wird die Einführung von Vorhaltezuschlägen empfohlen.

### Anhaltender Reformdruck bei der Krankenhausversorgung

Die deutsche Krankenhauslandschaft steht in diesen Tagen wieder einmal besonders im Blickfeld. Im dritten Jahr der Corona-Pandemie drängen sich Fragen vor allem nach der Zukunft der Krankenhausstrukturen auf. Mit der Ankündigung der Bundesregierung, umfassende Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in die Wege zu leiten, sind nun grundlegende Veränderungen in Sichtweite geraten (SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021). Zur Umsetzung ihrer Pläne hat die Bundesregierung eine Regierungskommission, bestehend aus 17 Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens, einberufen. Diese soll Empfehlungen und Leitplanken für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung erarbeiten.

Die Politik reagiert damit auf die bereits seit Jahren verstärkte Kritik vieler Fachgremien und Marktakteure an den Strukturen der deutschen Krankenhauslandschaft. Kritisiert wird, dass die gegenwärtigen Strukturen weder bedarfsgerecht noch wirtschaftlich oder zukunftsorientiert seien. Ein Vorwurf lautet, es gebe eine zu hohe Anzahl kleiner

und kaum spezialisierter Krankenhäuser, deren regionale Leistungsangebote nur selten aufeinander abgestimmt seien. Vor allem Ballungsgebiete seien durch eine Überversorgung geprägt. Besondere Aufmerksamkeit erzeugte in diesem Zusammenhang die im Auftrag der Bertelsmann Stiftung veröffentlichte Studie, die sich für eine deutliche Reduzierung der Krankenhäuser auf weniger als die Hälfte aussprach (Bertelsmann Stiftung 2019). Gleichzeitig fehlen jedoch teilweise Versorgungskapazitäten im ländlichen Raum. Die Folge dieser suboptimalen Angebotsstrukturen seien gravierende Mängel in der Behandlungsqualität sowie Ineffizienzen und Unwirtschaftlichkeiten in deutschen Krankenhäusern (siehe beispielsweise SVR-Gesundheit 2018). Viele Krankenhäuser befinden sich in Insolvenzgefahr (Augurzky et al. 2022).

Die Krankenhauslandschaft steht vor gewaltigen Herausforderungen. Nun ist es an der Regierungskommission, die Versorgungsstrukturen neu zu bewerten und Reformvorschläge zu erarbeiten. Eine systematische Betrachtung der strukturellen Einflussfaktoren und Steuerungsmechanismen ist dazu Voraussetzung. Es zeigt sich, dass der Staat bei der Gestaltung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen eine entscheidende Aufgabe übernimmt. Im Einzelnen haben die Bundesländer den gesetzlichen Auftrag, gewünschte Versorgungsstrukturen zu definieren und Krankenhauspläne aufzustellen. Die Krankenhauspläne weisen dabei in aller Regel die von den Bundesländern gewünschte Anzahl an Krankenhäusern, Betten, medizinischen Fachabteilungen und Standorten aus. Sie stellen damit ein zentrales Instrument für die Sicherstellung der stationären Versorgung dar. Zudem ist der Staat für die Finanzierung der Krankenhausversorgung verantwortlich. Aber auch der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern wirkt wesentlich auf die Versorgungsstrukturen ein. Marktwirtschaftliche Mechanismen und wettbewerbliche Anreize tragen dazu bei, dass die vorhandenen Strukturen besser genutzt und sowohl qualitativ als auch quantitativ dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung angepasst werden. Mit dem Fokus auf die Wirkung und systematische Ausrichtung dieser Einflussfaktoren hat die Monopolkommission im Rahmen ihres 83. Sondergutachtens eine Reihe von Vorschlägen vorgelegt, die sich auf das Zusammenspiel von Wettbewerb, Krankenhausplanung und Finanzierung beziehen und deren Auswirkung auf Versorgungssicherheit und -qualität untersuchen. Hierzu hat sie eine Auswertung bestehender institutioneller Regulierungs- und Steuerungsmechanismen

der deutschen Krankenhausversorgung vorgenommen. Im Rahmen des Bearbeitungsprozesses des Gutachtens wurden die damit verbundenen Fragestellungen unter anderem durch schriftliche Befragungen und Anhörungen relevanter Akteure und Krankenhausplanungsbehörden der Länder sowie in zahlreichen Fachgesprächen erörtert. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich ausschließlich auf den Aspekt der zielorientierten und wettbewerblichen Finanzierung von Krankenhäusern.

## Studien legen Verbesserungsbedarf deutscher Krankenhausstrukturen nahe

Als Indiz für das Vorhandensein ineffizienter Versorgungsstrukturen werden oftmals internationale Vergleiche auf Basis einzelner Kennzahlen angestellt. So stehen in Deutschland für die stationäre Versorgung insgesamt 1.903 Krankenhäuser und 487.783 Betten zur Verfügung (Statistisches Bundesamt 2022a: 18). Damit liegt die Anzahl der Krankenhausbetten mit durchschnittlich 790 Betten je 100.000 Einwohner hierzu-lande fast 80 Prozent über dem OECD-Durchschnitt. Schweden beispielsweise verfügt über 210 und Dänemark über 260 Betten pro 100.000 Einwohner (OECD 2021: 139).

Die im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten wurde insbesondere im Rahmen der COVID-19-Pandemie in der Öffentlichkeit als Vorteil angesehen. Nach Auffassung von Fachleuten habe sich dabei zudem gezeigt, wie leistungsfähig und flexibel deutsche Krankenhäuser auf unerwartete Bedarfsschwankungen reagieren können. Vor diesem Hintergrund scheint das deutsche Gesundheitssystem besonders breit und vielfältig aufgestellt zu sein. Die genannten Versorgungsmerkmale müssen allerdings auch hinsichtlich ihrer Effizienz interpretiert werden. So lässt eine hohe Krankenhaus- und Bettendichte allein keine Rückschlüsse darüber zu, ob diese Strukturen auch eine qualitativ hochwertige und finanziell tragfähige Krankenhausversorgung gewährleisten können.

Eine nähere Betrachtung der Krankenhausstrukturen zeigt, dass es bundesweit zwar hohe Bettenkapazitäten gibt, diese sich aber auf viele kleine Krankenhäuser verteilen. Derzeit verfügen rund 69 Prozent aller Krankenhäuser über weniger als 300 Betten

(Tabelle 1). Dies gilt typischerweise als Maßstab für Krankenhäuser geringerer Größe, die vorrangig der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen sind.

**Tabelle 1: Anzahl deutscher Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen**

| Bettengrößen<br>(Krankenhäuser mit ...) | Anzahl<br>deutscher Krankenhäuser | Prozent<br>(kumuliert) |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 0 Betten                                | 63                                | 3,31                   |
| 1 bis 49 Betten                         | 365                               | 22,49                  |
| 50 bis 99 Betten                        | 230                               | 34,58                  |
| 100 bis 149 Betten                      | 235                               | 46,93                  |
| 150 bis 199 Betten                      | 178                               | 56,28                  |
| 200 bis 299 Betten                      | 250                               | 69,42                  |
| 300 bis 399 Betten                      | 177                               | 78,72                  |
| 400 bis 499 Betten                      | 141                               | 86,13                  |
| 500 bis 599 Betten                      | 84                                | 90,54                  |
| 600 bis 799 Betten                      | 85                                | 95,01                  |
| 800 und mehr Betten                     | 95                                | 100,00                 |
| insgesamt                               | 1.903                             |                        |

Anmerkung: Krankenhäuser mit 0 Betten sind reine Tages- oder Nachtkliniken mit nur teilstationärer Versorgung.

Quelle: eigene Darstellung basierend auf Statistisches Bundesamt 2022a: 18.

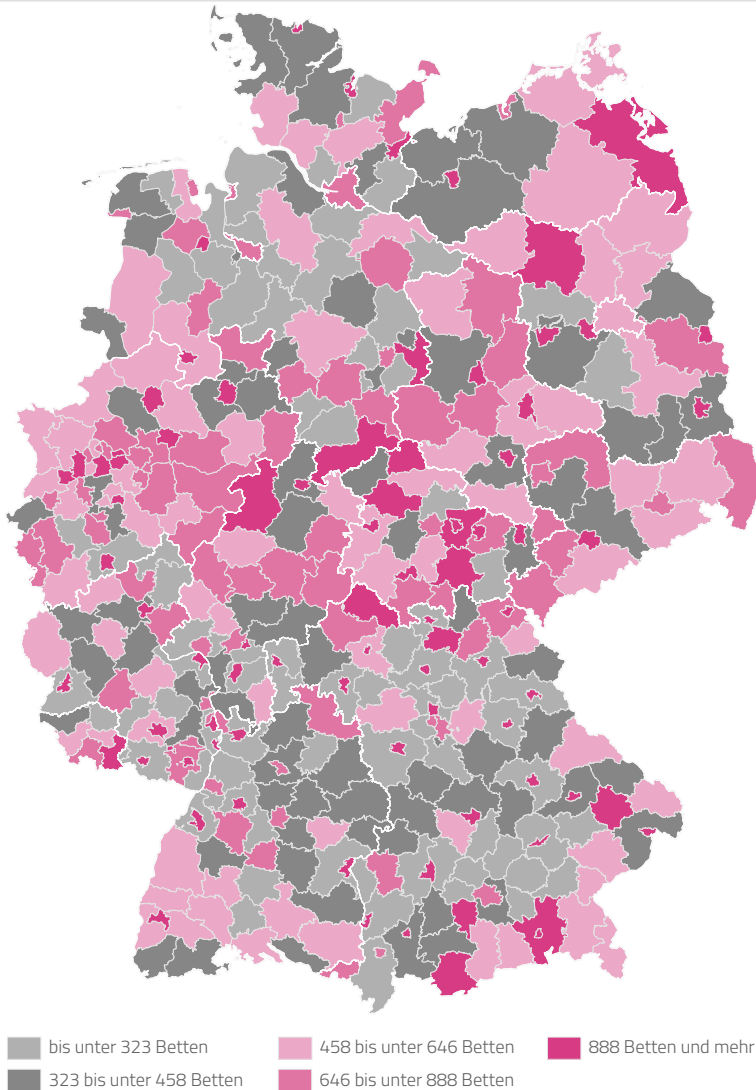
Die Vorhaltung vieler kleiner Krankenhäuser kann sich negativ auf die Versorgungsqualität in den jeweiligen Häusern auswirken. Zwar schreiben eine Reihe von nationalen und internationalen Studien deutschen Krankenhäusern insgesamt eine gute bis sehr gute Qualität zu (beispielsweise OECD 2021). Gleichwohl bedeutet die Vorhaltung vieler Krankenhäuser auch, dass die Fallzahlen in den einzelnen Häusern eher gering sind, also pro Jahr nur wenige Personen mit einem bestimmten Krankheitsbild behandelt werden. Dies kann dazu führen, dass es dem dortigen Personal an der für die konkrete Behandlung erforderlichen Erfahrung und Expertise fehlt. Auch die empirische Evidenz zeigt beispielsweise bei der Behandlung von Schlaganfällen einen positiven Zusammenhang zwischen der Behandlungsqualität und der Fallzahlhöhe (einen Überblick bietet IGES 2021: 14 ff.). Zudem sind kleinere Krankenhäuser oft schlechter mit medizinisch-technischen Großgeräten, beispielsweise Computertomographen (CT), ausgestattet. Im Jahr 2017 besaß nur rund jedes dritte Krankenhaus mit bis zu 299 Betten mindestens ein CT-Gerät. Demgegenüber waren es bei Häusern mit mehr als 300 Betten über 85 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018: 58).

Einzelnen, insbesondere kleineren Häusern fehlt es häufig an gut ausgebildetem Fachpersonal und Stellen bleiben teilweise unbesetzt. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie konnten etwa aufgrund von fehlendem Pflegepersonal rund 20 bis 30 Prozent der deutschen Intensivbetten nicht für die Behandlung von Patientinnen und Patienten genutzt werden (DIVI 2021). Auch dies ist möglicherweise eine Folge der hohen Krankenhausdichte.

Darüber hinaus weist ein erheblicher Anteil der Krankenhäuser einen relativ geringen Grad an medizinischer Spezialisierung auf. So wurden im Jahr 2019 über 65 Prozent aller Behandlungsleistungen in einem Krankenhaus mit einer geringen oder mittleren Spezialisierung erbracht. Hierbei kann festgestellt werden, dass der Spezialisierungsgrad seit Jahren deutlich abnimmt (Monopolkommission 2022: Tz. 56). Dies kann mit Blick auf die Versorgungsqualität als nachteilig angesehen werden, gilt ein positiver Einfluss des Spezialisierungsgrads für viele Behandlungsbereiche doch als wissenschaftlich belegt.

Für die Beurteilung bestehender Krankenhausstrukturen ist auch ein Blick auf die regionale Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen erforderlich. Schließlich kann die unmittelbare Nähe zu einem Krankenhaus unter Umständen überlebensnotwendig sein. Die regionalen Versorgungsmöglichkeiten lassen sich anhand der verfügbaren Krankenhausbetten in einer Region darstellen. Abbildung 1 zeigt die Verteilung von Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf Landkreisebene im Jahr 2019. Die Anzahl der Krankenhausbetten variiert zum Teil erheblich zwischen einzelnen Kreisgebieten. In den dunkelrot eingefärbten Kreisen werden die meisten Betten vorgehalten. Mit 2.866 Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner belegt die Stadt Ansbach Platz 1 in Deutschland, gefolgt von Erlangen (1.944) und Heidelberg (1.913). Demgegenüber stehen in den hellgrau eingefärbten Kreisen weniger als 335 Betten pro 100.000 gemeldeter Personen zur Verfügung. Die Landkreise Kusel und Fürth sind dabei Beispiele für Kreise, die keine eigenen Krankenhausbetten vorhalten.

**Abbildung 1: Verteilung der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf Kreisebene**



Anmerkung: Nicht erfasst sind Krankenhausbetten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Räumliche Auflösung entspricht Raumbezügen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt und Raumforschung und umfasst Landkreise sowie kreisfreie Städte.

Quelle: eigene Darstellung auf Datengrundlage vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2021.

Insgesamt ist festzustellen, dass Ballungszentren – beispielsweise das Rhein-Ruhr-Gebiet – bei vergleichbaren Bevölkerungszahlen grundsätzlich über deutlich höhere Bettendichten als ländlichere Regionen – beispielsweise Niederbayern – verfügen. Dabei ist verschiedenen Studien zufolge zudem eine stetig wachsende Divergenz der Versorgungsangebote zwischen Ballungszentren und ländlichen Räumen zu verzeichnen (beispielsweise Neubauer 2017: 152). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass eine regional hohe Vorhaltung an Krankenhausbetten nicht unbedingt eine Überversorgung impliziert, sondern auch Ausdruck der Mitversorgungsfunktion der Region für die umliegenden Kreise sein kann.

Die schlechte finanzielle Lage eines nicht unerheblichen Teils der Krankenhäuser ist ein weiteres Problem. Im Jahr 2020 befanden sich einer Studie des RWI-Leibniz Instituts für Wirtschaftsforschung zufolge sieben Prozent der Krankenhäuser im „roten Bereich“ erhöhter Insolvenzgefahr, weitere 25 Prozent im „gelben Bereich“ und nur 68 Prozent im „grünen Bereich“ geringer Insolvenzverfahren (Augurzky et al. 2022). Die Insolvenzgefahr wird in der Studie anhand eines krankenhausespezifischen Insolvenzrisikos bestimmt, das bedeutet der Ausfallwahrscheinlichkeit eines Krankenhauses, seinen Zahlungsverpflichtungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums nicht mehr nachkommen zu können. Dabei hat das Insolvenzrisiko deutscher Krankenhäuser bis zum Beginn der COVID-19-Pandemie stetig zugenommen. Zwar hat sich im Jahr 2020 die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser insgesamt verbessert, allerdings dürfte dies vor allem auf die umfassenden Ausgleichszahlungen von Bund und Ländern im Rahmen der Pandemie zurückzuführen sein. Es ist daher nur von einem einmaligen Abschwächen des zuvor negativen Trends auszugehen, dem vor allem strukturelle Zusammenhänge zugrunde liegen dürften. Ein Faktor dabei ist die hohe Anzahl kleiner Krankenhäuser. Studien zeigen, dass sich eine zunehmende Betriebsgröße positiv auf die wirtschaftliche Lage von Krankenhäusern auswirkt. Dabei weisen vergleichsweise große Krankenhäuser mit einer Kapazität von 600 bis 900 Betten in der Regel die besten Ertragslagen auf (Augurzky et al. 2022). Ursächlich dafür dürfte sein, dass größere Krankenhäuser über hohe Fallzahlen Größenvorteile realisieren und die Rentabilität steigern. Einen positiven Einfluss haben der Studie zufolge zudem der Grad der Spezialisierung und die Trägerzugehörigkeit eines Krankenhauses, wobei Häuser in öffentlicher Trägerschaft tendenziell wirtschaftlich schlechter abschneiden.

In der Gesamtschau lässt sich aus den vorgenannten Strukturmerkmalen ein hoher Verbesserungsbedarf der derzeit bestehenden Krankenhausversorgung ableiten. Im Folgenden soll daher der Frage nachgegangen werden, wie die Ausgestaltung der Finanzierungsmechanismen von Krankenhäusern erfolgen sollte, die für die Sicherstellung einer sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung eine zentrale Rolle spielt.

## Zusammenspiel von Staat und Wettbewerb auch im Fokus der Krankenhausfinanzierung

Krankenhäuser stehen im deutschen Versorgungssystem miteinander im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten, die sich insbesondere bei geplanten Behandlungen für eine Einrichtung ihrer Wahl entscheiden können. Wettbewerb ist dabei auch zwischen Krankenhäusern kein Selbstzweck. Vielmehr löst er Anreize aus, die vorhandenen Versorgungsstrukturen effizient zu nutzen und das Leistungsangebot qualitativ und quantitativ dem speziellen Bedarf der Bevölkerung anzupassen. Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Leistung zusätzliche Patientinnen und Patienten für sich gewinnen können, haben die Möglichkeit, höhere Gewinne zu erwirtschaften. Der Wettbewerb trägt auf diese Weise dazu bei, bestmögliche Versorgungsstrukturen zu schaffen.

Grundsätzlich ist die wettbewerbliche Selbststeuerung von Krankenhäusern daher dem Gemeinwohl dienlich. Diese Funktion kann jedoch an Grenzen stoßen, etwa in Regionen, wo es aus rein betriebswirtschaftlicher Sicht nicht wirtschaftlich ist, Versorgungsstrukturen vorzuhalten. So kann es etwa im dünn besiedelten, ländlichen Raum dazu kommen, dass eine wohnortsnahe Versorgung der Bevölkerung nur bei suboptimalen Auslastungsgraden möglich ist, die auf Basis des allgemeinen Finanzierungssystems mit Verlusten einhergeht. Im Rahmen des Finanzierungssystems muss eine umfassende Versorgungssicherheit gewährleistet werden, sodass die als notwendig erachteten Strukturen auch dort vorgehalten werden können.

Vor diesem Hintergrund sind damit zwei zentrale Anforderungen an die Krankenhausfinanzierung zu stellen: Einerseits sollten die Finanzierungsinstrumente im Einklang mit wettbewerblichen Selbststeuerungsprozessen stehen. Andererseits bedarf es

geeigneter Mittel, die der Staat gezielt zur (Nach-)Steuerung gewünschter Versorgungsstrukturen einsetzen kann. Nur wenn die Krankenhausfinanzierung sowohl mit marktwirtschaftlichen Mechanismen als auch mit staatlicher Nachsteuerung harmonisiert und es zu einem effizienten Zusammenspiel von Regulierung und Wettbewerb kommt, können optimale Versorgungsstrukturen entstehen. Nachfolgend soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die gegenwärtige Finanzierung diese normativen Anforderungen erfüllt.

## Aktuelle Finanzierungsmechanismen mit begrenzter und teils wettbewerbsverzerrender Wirkung

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erfolgt seit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 nach dem Prinzip der dualen Finanzierung: Die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser werden grundsätzlich von den Krankenversicherungen in Form überwiegend einheitlicher DRG-Fallpauschalen vergütet. Die Investitionskosten werden hingegen von den Bundesländern als Kostenträger finanziert. Die praktische Krankenhausfinanzierung kennt darüber hinaus diverse Finanzierungsquellen, die ergänzend zur dualen Vergütungssystematik die stationäre Versorgungssicherheit sicherstellen sollen.

Der gegenwärtig größte Anteil der Krankenhausfinanzierung erfolgt durch das DRG-Fallpauschalensystem. Dabei bekommen Krankenhäuser für jede voll- oder teilstationär erbrachte Leistung und in Abhängigkeit von der festgestellten Diagnose einen pauschalen Betrag von der Krankenversicherung der behandelten Person vergütet. Die pauschalisierte Vergütung auf Basis von Diagnosefallgruppen beziehungsweise Diagnosis Related Groups (DRG) stellt die den Wettbewerb aktivierende Seite der Finanzierung dar. Sie löst Leistungsanreize aus. Krankenhäuser können ihre Wirtschaftlichkeit verbessern, indem sie ihre Ressourcen entsprechend einsetzen und auslasten. Wenn sie Patientinnen und Patienten hohe Qualität anbieten, lassen sich diese vermehrt bei ihnen behandeln. Eine zentrale Frage im Rahmen der Regulierung pauschalierter Entgelte betrifft deren Höhe. Eine übliche und mit den Regulierungszielen harmonisierende Form der Festlegung der Entgelthöhe ist der Vergleich von Krankenhäusern untereinander. Hierzu werden die Fallpauschalen auf Basis effizienter oder durchschnittlicher Kosten festgelegt.

Krankenhäuser, die zu wenige Patientinnen und Patienten beziehungsweise zu hohe Kosten aufweisen, sind gezwungen, ihr Angebot anzupassen, sofern sie nicht als bedarfsnotwendige Häuser eine zusätzliche Finanzierung erhalten. In Deutschland werden die Fallpauschalen im Zuge eines komplexen Verfahrens ermittelt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die durchschnittlichen Kosten für einzelne Leistungen und gewichtet den Aufwand zur Behandlung unterschiedlicher Falltypen untereinander. Die genauen Prozesse zur Ermittlung der Fallpauschalen sind jedoch für Außenstehende intransparent. Im Rahmen der DRG-Vergütung könnten zudem gezielte Qualitätsanreize für Krankenhäuser durch Zu- und Abschläge auf die Fallpauschalen gesetzt werden. Dies bedeutet, dass Krankenhäuser für Leistungen mit besonders guter Qualität Zuschläge und/oder bei unzureichender Qualität Abschläge erhalten (sogenannte Pay-for-Performance-Ansätze). In diversen internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass in Ländern, die Pay-for-Performance-Programme nutzen, wie beispielsweise in Großbritannien oder den USA, die Qualität in den Krankenhäusern gesteigert werden konnte (siehe beispielsweise Milstein und Schreyögg 2016). In Deutschland finden Pay-for-Performance-Ansätze gegenwärtig keine Anwendung. Zwar wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz im Jahr 2016 hierfür die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen. Diese wurden allerdings im Jahr 2021 wieder aus den Gesetzestexten gestrichen. Als Grund wurde das Fehlen eines überzeugenden Konzepts für die zeitnahe Umsetzung von Qualitätszu- und -abschlägen genannt.

Ein bei den Bundesländern angesiedeltes Finanzierungsinstrument ist die Investitionskostenförderung. Den Ländern wird damit ein besonderer gesetzlicher Auftrag zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser zugeordnet. Im Rahmen der Investitionskostenförderung sollen sie sämtliche Investitionskosten der Krankenhäuser tragen, die beispielsweise für die Errichtung von Häusern oder die Anschaffung von notwendigen Anlagegütern anfallen. Sie können dabei zwischen der klassischen Förderung in Form von Einzel- und Pauschalförderungen und den später eingeführten Investitionsfallpauschalen wählen. Bei Letzteren erhalten die Krankenhäuser pro behandelte Person einen pauschalen Betrag für Investitionen. In der Praxis zeigt sich, dass die gegenwärtig vor allem als Pauschal- und Einzelfallförderung ausgestaltete Investitionskostenförderung seit Jahren auf einem im Vergleich zum Investitionsbedarf sehr

geringen Niveau stagniert. Im Jahr 2020 lag der Anteil der Investitionskostenförderung der Länder an den bereinigten Betriebskosten bei nur rund 3,12 Prozent (eigene Berechnung basieren auf Statistisches Bundesamt 2022b und Deutsche Krankenhausgesellschaft 2021:119). Die Förderlücken veranlassen die Krankenhäuser oft, anderweitige Finanzierungsquellen zu erschließen, indem sie Investitionen etwa aus DRG-Mitteln finanzieren. Neben dem geringen Umfang weist die klassische Investitionsförderung auch wettbewerbliche Nachteile auf. So führt die staatliche Kosten- und Risikoübernahme für Investitionen dazu, dass die Investitionsentscheidungen der Häuser nicht mehr das Ergebnis eines Leistungs- und Qualitätswettbewerbs zwischen Krankenhäusern sind. Insbesondere müssen sie ihre Entscheidungen über den angemeldeten Investitionsbedarf nicht so streng an die mit den Investitionen zukünftig erwarteten Erträge knüpfen. Darüber hinaus schwächt die in der Praxis vor allem pauschale Investitionskostenförderung die Einflussmöglichkeiten der Länder auf die Steuerung von Investitionsmitteln. Zwar stärken Pauschalfördermittel die Handlungsautonomie der Krankenhäuser und bauen bürokratische Hürden ab, weil Krankenhäuser damit grundsätzlich frei wirtschaften können. Allerdings verlieren die zuständigen Landesbehörden gleichzeitig ihren Spielraum, die als notwendig angesehenen Investitionsbedarfe oder Anschaffungen bestimmter medizinischer Geräte bei einzelnen Häusern zu fördern. In der Konsequenz ist es den Ländern kaum möglich, die Investitionskostenförderung gezielt zur Sicherstellung einer flächendeckenden sowie qualitativ hochwertigen Versorgung einzusetzen.

Ergänzt wird das duale System der Krankenhausfinanzierung durch diverse Zuschlagssysteme, wie dem Sicherstellungszuschlag für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die Zu- und Abschläge für die Notfallversorgung oder die Zentrumszuschläge. Die Gesetzgebung hat damit zusätzliche staatliche Finanzierungsmechanismen eingeführt, um die Vorhaltung basisversorgender Leistungen sowie von Notfall- und Zentrumsstrukturen sicherzustellen, die im Rahmen des regulären DRG-Vergütungssystems nicht unbedingt refinanzierbar sind. In der Praxis ist mit Blick auf die Sicherstellungszuschläge – grundsätzlich stellvertretend für alle Zuschlagssysteme – jedoch festzustellen, dass diese finanziell nur sehr gering ausgestattet sind und daher eine nur schwache Steuerungswirkung entfalten (Schreyögg und Milstein 2020: 24 f.). Die Zuschläge belaufen sich

im Durchschnitt jährlich auf weniger als 500.000 Euro pro Haus. Dies entspricht gerade einmal einem Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten eines Krankenhauses. Zudem bildet der Sicherstellungszuschlag nur sehr wenige strukturelle Kostenfaktoren ab. Berücksichtigt werden dabei in erster Linie die geografischen Gegebenheiten der Häuser, weshalb vor allem ländliche Krankenhäuser von Zuschlägen profitieren können. Offen bleibt, wie etwa die Finanzierung von städtischen Krankenhäusern oder von Reservekapazitäten für eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Die Zuschläge sind in ihrer aktuellen Ausgestaltung damit zu wenig differenziert, um gesundheitspolitisch gewünschte Versorgungsstrukturen gezielt sicherzustellen.

Ein weiteres, wettbewerblich sehr problematisches Finanzierungsinstrument existiert in Form des sogenannten kommunalen Defizitausgleichs. Dieser ist eine Art „finanzielles Auffanginstrument“, das den Betrieb von Krankenhäusern sicherstellt, wenn anderweitige Finanzierungsmittel im Einzelfall bereits ausgeschöpft sind. Konkret beschreibt der Defizitausgleich einen durch Länder, Kreise oder Kommunen geleisteten Ausgleich von Defiziten, die in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft entstehen. Die selektive Finanzierung seitens einer kommunalen Gebietskörperschaft zugunsten von öffentlichen Krankenhäusern geht mit einer erheblichen Wettbewerbsverzerrung zum Nachteil von privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern einher. Darüber hinaus fehlt es dem Defizitausgleich an klaren (gesetzlichen) Vorgaben und Anforderungen, nach denen öffentlichen Krankenhäusern ein Ausgleich ihrer Betriebsverluste gewährt wird. Es liegt dabei allein im Ermessen der kommunalen Gebietskörperschaft, über das „ob“, „wofür“ und „wie viel“ der Zuwendung zu entscheiden. Besonders kritisch ist daher die hohe finanzielle Bedeutung des Defizitausgleichs zu sehen. Nicht selten beläuft sich dieser auf mehrere Millionen Euro pro Jahr. Es besteht die Gefahr, dass durch den Defizitausgleich anstelle einer gezielten Nachsteuerung für die Versorgungssicherheit auch ineffiziente Strukturen finanziert und gefestigt werden.

## Krankenhausfinanzierung mit Vorhaltezuschlag neu ausrichten

Ein Reformdruck der Krankenhausfinanzierung wird erkennbar, weil der Status quo der Sicherung und Fortschreibung des Bestandes keine adäquate Steuerung der Krankenhauslandschaft erlaubt. Eine Steuerung erfordert vielmehr Eingriffe zugunsten

effizienter und versorgungssichernder Krankenhäuser. So deuten zahlreiche Studien darauf hin, dass die Krankenhauslandschaft gegenwärtig durch suboptimale Angebotsstrukturen mit einer Tendenz zu Überkapazitäten in Ballungsgebieten und teilweise Unterkapazitäten auf dem Land geprägt ist. Es spricht vieles dafür, dass die strukturellen Ineffizienzen und Überkapazitäten auch auf die vom Finanzierungssystem ausgehenden Fehlanreize zurückzuführen sind.

Folglich erscheint eine zielgerichtete und wettbewerbskonforme Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung erforderlich. Um den gesellschaftlichen Zielen gerecht zu werden, ist es angezeigt, die Finanzierungsströme in ihrer Systematik neu auszurichten. Dies betrifft zunächst den leistungsabhängigen Teil des Finanzierungssystems, dessen Aufgabe in einer wettbewerbslich unverfälschten Allokation von stationären Versorgungsleistungen liegt. Dieser Teil wird heute im Wesentlichen durch das DRG-System abgebildet, das den Schwerpunkt der Krankenhausfinanzierung darstellt. Das DRG-System ist in seiner heutigen Form allerdings zum Teil damit überlastet, neben guter Qualität auch die Sicherstellung von Leistungen zu finanzieren. Es sollte deshalb weiterentwickelt werden, sodass sich die effizienten (beziehungsweise mindestens durchschnittlich effizienten) Leistungsangebote auskömmlich finanzieren lassen. Hierzu bedarf es unter anderem eines klaren Regulierungsstandards für die Entgelthöhe der Fallpauschalen. Die Monopolkommission empfiehlt eine regelmäßige Prüfung des Fallpauschalensystems, damit dieses zielgerichtet und transparent ausgestaltet wird. Für die Überprüfung dieser und weiterer Aspekte, wie eine stärkere Qualitätsausrichtung, wird vorgeschlagen, einen wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium für Gesundheit zu schaffen.

Im Rahmen einer konsequenten Finanzierung der Effizienzkosten spricht zudem einiges dafür, nicht nur die variablen Betriebskosten, sondern auch die fixen Kosten in das leistungsorientierte Vergütungssystem mit einzuschließen. Die Investitionskosten sollten deshalb in das wettbewerbliche DRG-System überführt werden. Diese Möglichkeit wurde bereits im Jahr 2009 in Form der leistungsorientierten Investitionsfallpauschalen in § 10 Absatz 1 KHG geschaffen.

Gleichwohl kann ein (wettbewerbliches) DRG-System nicht alle Versorgungsziele sicherstellen. Der Vorschlag der Monopolkommission beinhaltet deshalb einen zweiten Finanzierungsarm, der gezielt auf die öffentliche Aufgabe der Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung gerichtet ist. Eine große Chance könnte dabei die – wie im Koalitionsvertrag anvisierte – Einführung von sogenannten Vorhaltezuschlägen bieten. Dabei sollten die fixen Vorhaltekosten von Krankenhäusern für Strukturen der Leistungserbringung beispielsweise für die Notfallversorgung, die Grundversorgung auf dem Land, aber auch für medizinisches Personal oder Geräte durch ein neues Instrument zielgerichteter finanziert werden. Die finanzielle Unterstützung würde sich dabei an den strukturellen Kostentreibern der Krankenhäuser orientieren, sodass die individuelle Situation der Krankenhäuser erfasst wird. Der Vorhaltezuschlag könnte alle bisherigen, neben der regulären Krankenhausfinanzierung existierenden, Finanzierungsmittel zusammenführen und die Mittelvergabe insgesamt neu ausrichten. Konkret bedeutet dies, dass diverse zusätzliche Finanzierungsquellen – wie der Sicherstellungszuschlag oder die Notfall- und Zentrumszuschläge – in einen einzelnen Vorhaltezuschlag umgewandelt werden.

Im Ergebnis würde die Krankenhausfinanzierung künftig im Wesentlichen aus zwei Komponenten bestehen: einer wettbewerblichen, leistungsorientierten Komponente in Form von DRG-Fallpauschalen und einer struktursichernden Komponente in Form von Vorhaltezuschlägen. Insoweit würde das gegenwärtige Sammelsurium an Finanzierungsinstrumenten aufgelöst werden.

Der Vorhaltezuschlag soll eine zielgerichtete Finanzierung bedarfsnotwendiger Versorgungsstrukturen sicherstellen, ohne dabei im Wettbewerb notwendige Effizienzunterschiede zwischen Krankenhäusern zu verwischen. Aus diesem Grund sollten nur solche Versorgungsstrukturen im Vorhaltezuschlag berücksichtigt werden, die im Rahmen des DRG-Systems nicht geeignet abgebildet werden können. Der Vorhaltezuschlag sollte an konkrete Parameter und Vorgaben zur Vorhaltung bestimmter Leistungsbereiche anknüpfen. Die Monopolkommission unterbreitet hierzu verschiedene Vorschläge. Ein möglicher Parameter könnte zum Beispiel geografische Nachfrageunterschiede erfassen. Dies bedeutet, dass etwa ländliche Krankenhäuser, die aufgrund

ihrer geografischen Lage eine geringere Nachfrage haben oder eine suboptimale Betriebsgröße aufweisen, für die Erbringung gegebenenfalls unwirtschaftlicher Leistungen einen finanziellen Ausgleich erhalten. Weitere Parameter könnten die technische Ausstattung eines Krankenhauses oder die Vorhaltung von Reservekapazitäten für unregelmäßig und unvorhersehbar auftretende Bedarfsschwankungen abbilden. Die Strukturparameter könnten dabei durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert und bundeseinheitlich festgelegt werden.

Die Vorhaltezuschläge müssten ein substantielles Förderungsvolumen umfassen, damit die angedachte Umstellung des Finanzierungssystems auf die Vorhaltezuschläge eine hinreichende Wirkung entfalten kann. Dies ließe sich über eine Neuordnung der Finanzierungsströme erreichen, ohne dabei die Gesamtfinanzierungshöhe zu verändern. Der gegenwärtige Finanzierungsumfang der verschiedenen Kostenträger – insbesondere der Krankenkassen und Länder – bliebe unverändert.

Die Länder würden ihre bisherige Verpflichtung zur Investitionskostenförderung an die Krankenkassen abgeben und ihren ehemaligen Finanzierungsanteil in den Vorhaltezuschlag übertragen. Hierbei sollten die Länder auch eigene Strukturparameter erlassen und den Vorhaltezuschlag nach eigener Einschätzung aus ihren Mitteln aufstocken können (in Form eines Sondervorhaltezuschlags). Dadurch würden die Länder in ihrer Möglichkeit gestärkt, eigene Vorstellungen an die regionale Versorgungssicherstellung durchzusetzen. Zugleich bliebe die fiskalische Äquivalenz gewahrt, wenn die Länder höhere Anforderungen definieren können und diese aus eigenen Mitteln finanzieren. Insoweit könnte ein bestimmtes Versorgungsniveau punktuell hergestellt werden, ohne dass – wie bisher – auf das problematische System der Defizitausgleiche zurückgegriffen werden müsste.

Die Finanzierung aller leistungsabhängigen Vergütungsbestandteile würde bei den Krankenkassen angesiedelt werden. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser in Form von gemeinsamen DRG-Fallpauschalen finanzieren.

## Literatur

- Augurzky, B. et al. (2022). Krankenhaus Rating Report 2022: Vom Krankenhaus zum Geisterhaus? Heidelberg.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2019). Zukunftsfähige Krankenhausversorgung – Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Gütersloh.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2021). Indikator: Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner. Online unter [www.inkar.de/](http://www.inkar.de/) (Download am 1. Juli 2022).
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021. Online unter [www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2022/2022-01-17\\_Anlage\\_Bestandsaufnahme\\_2021.pdf](http://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2022/2022-01-17_Anlage_Bestandsaufnahme_2021.pdf) (Download am 29. Juli 2022).
- DIVI – Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2021). Fehlende Pflegekräfte auf Intensivstation: In jedem dritten Bett kann kein Patient mehr behandelt werden. Online unter [www.divi.de/presse/pressemeldungen/pm-fehlende-pflegekraefte-auf-intensivstationen-in-jedem-dritten-bett-kann-kein-patient-mehr-behandelt-werden](http://www.divi.de/presse/pressemeldungen/pm-fehlende-pflegekraefte-auf-intensivstationen-in-jedem-dritten-bett-kann-kein-patient-mehr-behandelt-werden) (Download am 22. Juni 2022).
- IGES (Hrsg.) (2021). Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung. Berlin.
- Milstein, R. und J. Schreyögg (2016). Pay for Performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. In: *Health Policy* 120 (10). S. 1125–1140.
- Monopolkommission (2022). Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren. 83. Sondergutachten. Baden-Baden.
- Monopolkommission (2020). Wettbewerb 2020, XXIII. Hauptgutachten. Baden-Baden.
- Neubauer, G. (2017). Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und J. Wasem (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2017*. Stuttgart. S. 151–166.
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Online unter <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en> (Download am 1. Juli 2022).

- Rinaldo, L., Brinjikji, W. und A. Rabinstein (2017). Transfer to High-Volume Centers Associated With Reduced Mortality After Endovascular Treatment of Acute Stroke. In: Stroke 48 (5). S. 1316–1321.
- Schreyögg, J. und R. Milstein (2020). Bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhausvergütung – Reformvorschläge unter der Berücksichtigung von Ansätzen anderer Staaten. Hamburg.
- SPD, Bündnis/Die Grünen und FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021 bis 2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP.
- Statistisches Bundesamt (2022a). Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2020. Tabelle 2.1.1.
- Statistisches Bundesamt (2022b). Kosten der Krankenhäuser nach Bundesländern. Online unter [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/kosten-krankenhaeuser-bl.html](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/kosten-krankenhaeuser-bl.html) (Download am 29. Juli 2022).
- Statistisches Bundesamt (2018). Grunddaten der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 – 2017. Tabelle 2.7.1.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn/Berlin.