

Die duale Krankenhausfinanzierung als Beispiel eines effizienzsenkenden Interessenkonflikts in der Sozialpolitik

Einleitung

Seit 1972 herrscht im deutschen Krankenhauswesen die sogenannte „duale Finanzierung“. Während die Krankenkassen für die Betriebskosten der Krankenhäuser aufkommen müssen, ist die Investitionsfinanzierung Pflicht der Bundesländer. Die hierin begründete Interessendivergenz erzeugt Ineffizienzen in der Steuerung des Krankenhauswesens, die zusammen mit Argumenten für die dualen Finanzierungen Gegenstand dieser Arbeit sein sollen. Desweiteren soll an einigen Stellen der Zielkonflikt zwischen dem korporatistischen, zentral planenden Ansatz der Investitionsplanung in der dualen Finanzierung und der durch die Einführung des Fallpauschalensystems wettbewerblich angelegten Betriebskostenabrechnung angesprochen werden. Im letzten Teil soll es dann um mögliche Reformscenarien gehen, wobei die Weichen durch bereits durchgeführte Reformen allesamt in Richtung Monistik, also die Finanzierung von Investitionen und Betriebsausgaben durch einen Akteur, gestellt sind.

Vorteile der dualen Finanzierung

Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhauskapazitäten wird gemeinhin als öffentliches Gut angesehen.¹ Hieraus ergibt sich der Auftrag an die öffentliche Hand, diese auch zu finanzieren, da eine Erfüllung der „regional ausgeglichenen und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung“² allein durch Marktkräfte unwahrscheinlich ist und somit an dieser Stelle Ineffizienzen entstehen würden.

Dort setzt auch die Argumentation der öffentlichen Krankenhausträger an. Bei einer Umstellung auf die Monistik „werden viele Häuser mit veralteter Technik arbeiten müssen“³, insbesondere da die Pflegesätze so berechnet werden, daß eine Kapitalrückstellung zur Finanzierung von Investitionen nicht möglich ist. Bei einer Beibehaltung der jetzigen Pflegesätze würde es also zu einer Bevorzugung

1 Henke & Göppfarth: 1997, 21

2 Henke & Göppfarth: 1997, 18

3 Unterhaardter Rundschau, 18.9.2007, 16

der kapitalreichen privaten Krankenhäuser kommen.

Auch die an der Investitionsplanung beteiligten Gebietskörperschaften lobbyieren für eine Beibehaltung des dualen Finanzierungssystems. Durch Einführung der Monistik würden „sämtliche Steuerungs- und Einwirkungsmöglichkeiten des Staates entfallen“⁴ und somit auch die Möglichkeit des Staates, Marktversagen zu beheben, so das gemeinwohlorientierte Argument der Gebietskörperschaften.

Ein weiteres Argument ist die Entlastung der Pflegesätze, was der eigentliche Anlass für die Einführung des Systems im Jahr 1972 war. Bei einer Auflösung des dualen Finanzierungssystems müssten in den meisten Szenarien die Investitionen durch die Krankenhäuser selbst finanziert werden. Um diese hierzu zu befähigen, müssten die Pflegesätze angehoben werden, was eine direkte Rückkopplung auf die Krankenkassenbeiträge und somit auf die Lohnnebenkosten hätte. Ob die Effizienzsteigerung im Bereich des Krankenhauswesens die negativen Effekte in der Beschäftigungspolitik ausgleicht, ist schwer abzuschätzen, muss aber dennoch mitberücksichtigt werden.

Ein abschließendes Plädoyer pro dualer Finanzierung vom Deutschen Krankenhaustag: „Das System der dualen Krankenhausfinanzierung mit der Aufbringung der Betriebskosten über Sozialversicherungsbeiträge und die Investitionsförderung aus den Steuerhaushalten zusammen mit der Planungshoheit der Länder hat – bei aller verständlichen und im Einzelfall gegebenenfalls auch berechtigten Kritik – bei Investitionsentscheidungen von Krankenhäusern zu Planungssicherheit und verlässlichen Finanzierungsbedingungen geführt.“⁵ Somit konnten Investitionstau in Zeiten von unterfinanzierten Krankenkassen vermieden und die medizinische Versorgung auf der Höhe des technisch-medizinischen Fortschrittes gehalten werden.⁶

Nachteile der dualen Finanzierung

Das System der dualen Finanzierung im Krankenhauswesen steht unter massiver Kritik. Die allseits „beklagten Überkapazitäten und Investitionsdefizite legen den Schluss nahe, dass eine zielorientierte Steuerung des Krankenhauswesens bisher nur unzureichend gelungen ist.“⁷

Zugrunde liegt dieser Fehlsteuerung die in der Finanzierungsstruktur angelegte „Interessenkollision der beiden Finanzierungsträger“⁸. Während die Landesbehörden gerne Investitionen aufschieben⁹, da Sie nicht die Mehrkosten durch mangelnde Rationalisierung und Optimierung der Betriebsabläufe tragen müssen, versuchen die Krankenkassen „durch ein Vorziehen von Investitionen und übermäßige Investitionen in betriebskostensenkende Großgeräte [...] die Pflegesätze zu Lasten der In-

4 Bayerische Staatszeitung, 25.2.2005

5 Obst: 2000

6 Sachverständigenrat: 2007, 49

7 Sachverständigenrat: 2007, 45

8 Henke & Göppfarth: 1997, 18

9 „die Länder die öffentliche Investitionsförderung nach § 9 KHG um mehr als 25 % reduziert haben“ Sachverständigenrat: 2007, 45

vestitionsausgaben zu senken.“¹⁰ Wie durch diese gegenläufigen Interessen Ineffizienzen entstehen, ist offensichtlich.

Ein weiterer Faktor in der Entstehung von Ineffizienz in diesem System ist das Capturing der Regulierungs- und Planungsbehörden durch Produzenteninteressen. Da die Informationsgrundlage für die Bedarfsplanung der Krankenhäuser von den Krankenhäusern selbst stammt, ist eine Fehlsteuerung in diesem Bereich nicht weiter verwunderlich. „Tatsächlich kann man beobachten, daß hoher Bedarf gerade dort nachgewiesen wird, wo ohnehin schon die Bettendichte hoch ist[...]"¹¹

Durch die Ländergebundenheit der Investitionsfinanzierung werden außerdem die Investitionen in das Krankenhauswesen letztlich durch die Finanzlage der Länder bestimmt, was eine Bundeseinheitlichkeit der Krankenhausversorgung verhindert.

Die korporatistische Zusammensetzung der Planungsgremien sorgt neben dem oben angesprochenen Capture-Syndrom auch in einem weiteren Punkt zur Ineffizienz. Angrenzende Versorgungsbereiche wie ambulante ärztliche Versorgung sowie Pflege außerhalb des Krankenhauses sind von den Gremien der Investitionsplanung ausgeschlossen und auch nie in den Genuss einer staatlichen Investitionsförderung gekommen. „Diese korporatistische Steuerungskonzeption behindert somit institutionell die unter Effizienz Gesichtspunkten wichtige Anpassungsfähigkeit des sektoral aufgetrennten Versorgungssystems gegenüber Systemen mit einer integrierten Steuerung des Angebots wesentlicher Substitutionsbereiche.“¹² Es kommt somit tendenziell zu einer Akkumulation der Krankenversorgungsleistungen in den Krankenhäusern, auch wenn diese günstiger in den angrenzenden Versorgungsbereichen erbracht werden könnten. Somit ist es nachvollziehbar, daß die niedergelassenen Ärzte für eine monistische Finanzstruktur werben,¹³ unter anderem auch, weil durch den Wegfall der staatlichen Bedarfsplanung eine Verzahnung von niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäuser etwa durch Privatstationen o.ä. möglich werden würden.

Ein eher praktisches Argument für die Auflösung des dualistischen Systems ist die Illegalität der staatlichen Investitionsförderung unter den europäischen Wettbewerbsrichtlinien. Diese stellen de facto staatliche Beihilfen dar, die den Wettbewerb verzerren, da Krankenhäuser, die sich nicht in den staatlichen Bedarfsplan eingliedern wollen, diese nicht erhalten.

Die unter den Pro-Argumenten aufgeführte Argumentation der Gebietskörperschaften wird insofern demontiert, als diese vornehmlich machtpolitische Interessen verfolgen, da durch eine monistische Finanzierung die „Kompetenz [der Bundesländer] in der Sozial- und Gesundheitspolitik entscheiden geschwächt“¹⁴ würden sowie professionspolitische Interessen, denn „[d]er gesamte Förder- und Finanzierungsapparat im Sozialministerium und bei den Regierungen würde entbehrlich.“¹⁴ Die Fachliteratur ist über die effizienzsteigernde Wirkung einer Entbürokratisierung und Dezentrali-

10 Henke & Göppfarth: 1997, 18

11 Henke & Göppfarth: 1997, 24

12 Schwefel & Leidl: 1988, 189

13 Herz, 1999, Nr. 4, 341-345

sierung der Bedarfsplanung weitestgehend einstimmig.¹⁴

Weitergehend hat sich inzwischen ein Zielkonflikt zwischen der staatlich geführten Bedarfsplanung und der wettbewerblich ausgerichteten Betriebskostenabrechnung über die Fallpauschalen eingestellt. „Die duale Krankenhausfinanzierung in Verbindung mit staatlicher Krankenhausplanung erweist sich immer mehr als ein Hindernis zur Einführung eines wettbewerblichen Vergütungssystems zur Steuerung der Krankenhausversorgung.“¹⁵ Nicht nur divergieren seit der Einführung des Fallpauschalensystems die Planungsgegenstände der Bedarfsplanung (Betten) und der Betriebsabrechnung (Fälle) voneinander, „viel gravierender ist aber die Auswirkung der Bedarfsplanung auf die krankenhausbetriebliche Entscheidungsfreiheit.“¹⁶ Ohne die Entscheidungshoheit über die eigenen Investitionen fehlt den Krankenhäusern die Flexibilität, um die zunehmende Einführung des Wettbewerbs im Krankenhaussektor erfolgreich zu gestalten.¹⁷

Perspektive der dualen Krankenhausfinanzierung

Angesichts der bereits erfolgten Ökonomisierung des Gesundheitssektors erscheinen Alternativmodelle zur monistischen Finanzierung wenig aussichtsreich. Die Beibehaltung des jetzigen Systems (oder leichte Abwandlung dessen) ist, wie oben ausgeführt, trotz einiger Vorteile nicht wünschenswert. Eine schleichende Entwicklung Richtung Monistik hat bereits eingesetzt.¹⁸ Diese Bewegung ist allerdings negativ zu beurteilen, da es ohne eine grundlegende Veränderung der Finanzierungsstruktur zu einem negativen Ergebnis käme. „Die Gefahr einer schleichenden Monistik ohne entsprechenden gesetzlichen Rahmen liegt darin, dass die Krankenkassen sich nicht verantwortlich fühlen und die Bundesländer nicht mehr fähig oder willens sind, die vorhandene Krankenhauslandschaft mit ausreichendem Investitionskapital auszustatten.“¹⁹

Konkrete Entwürfe zur Ausgestaltung der neuen monistischen Finanzierungsstruktur müssen noch weiter erarbeitet werden, allerdings existieren bereits Vorschläge, wie etwa die Finanzierung der Investitionen über eine „Krankenhausbereitstellungsgebühr“, die über die Krankenkassen eingezogen wird²⁰ oder eine Mischfinanzierung der Investitionsmittel durch Kassen und Staat, in der Ausschüttung dann gekoppelt an das Fallpauschalensystem.²¹

Wie auch immer sich dieses letztendlich gestaltet, die Tage der dualistischen Finanzierung sind durch die in der Architektur des Systems begründeten Ineffizienzen definitiv gezählt.

14 Henke & Göppfarth: 1997, 24

15 Neubauer: 2002

16 Henke & Göppfarth: 1997, 22

17 Henke & Göppfarth: 1997, 23

18 Henke & Göppfarth: 1997, 19

19 Sachverständigenrat: 2007, 57

20 Henke & Göppfarth: 1997, 24

21 Sachverständigenrat: 2007, 58

Quellen:

Henke, Klaus-Dirk & Dirk Göppfarth: 1997, „Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung“, Berlin

Obst, Lothar: 2000, „Modelle bei der Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich“, Vortrag auf dem 23. Deutschen Krankenhaustag, Düsseldorf, 22.-24. November 2000

Neubauer, Günther: 2002, „Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen“ in: Arnold, Klauber & Schellschmidt (Hrsg.): 2002, „Krankenhaus-Report 2002“, Stuttgart

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: 2007, „Kooperation und Verantwortung (Gutachten 2007)“, Bonn

Schwefel, Detlef & Reiner Leidl: 1988, „Bedarfsplanung und Selbstregulierung der Beteiligten im Krankenhauswesen“ in: Gäfgen, Gérard (Hrsg.): 1988, „Neokorporatismus und Gesundheitswesen“, Baden-Baden