

Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhauses seit den 1970er Jahren

**Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover**

**Vortrag auf der
Herbsttagung des Deutschen Ethikrates 2014
Dresden, 22. Oktober 2014**

Struktur des Vortrags

- **Historischer Rückblick**
 - gegliedert nach Jahrzehnten (1970er Jahre etc.)
- **Bedeutung der geänderten Rahmenbedingungen**
 - Entwicklung des Krankenhausbereichs insgesamt
 - Entwicklung der Innenwelt der Krankenhäuser
- **Schlussbetrachtung**

Historischer Rückblick

Die 1970er Jahre

- **1950er und 1960er Jahre: Unterfinanzierung und unterlassene Modernisierung der Krankenhäuser**
 - Fehlende Gesetzgebungskompetenz des Bundes
 - 1969: Gesetzgebungskompetenz des Bundes durch Grundgesetzänderung¹
- **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972**
 - **Tragende Grundüberzeugung**
 - Die Sicherstellung der Vorhaltung und Finanzierung einer bedarfsgerechten Krankenausversorgung ist Teil staatlicher Daseinsvorsorge und somit Aufgabe des Sozialstaats
 - **Zweck des Gesetzes (§ 1 KHG)**
 - wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten

1) Einfügung Art. 74 Nr. 19a GG (Gesetzgebungskompetenz des Bundes für „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze“)

Die 1970er Jahre

- **Kernelemente des KHG 1972**
 - **Einführung einer staatlichen Krankenhausplanung (Länder)**
 - **In den KH-Plan aufgenommene Krankenhäuser haben Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung**
 - **Duale Finanzierung**
 - **Investitionskosten \leq Staat (Kosten der ‚sozialen Infrastruktur‘ des Sozialstaats)**
 - **Laufende Betriebskosten \leq Nutzer bzw. ihre Kostenträger (GKV = staatliche Sozialversicherung)**
 - **Selbstkostendeckungsprinzip**
 - **Investitionsförderung + Nutzerentgelte haben zusammen die Kosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses zu decken**
 - **Tagesgleicher Pflegesatz**
 - **'Abschlagszahlung' auf das vereinbarte selbstkostendeckende Budget**

Die 1980er Jahre

- **Zunehmender Einfluss marktwirtschaftlich orientierter Gesundheitsökonomien auf die Krankenhauspolitik**
 - Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert-Bosch-Stiftung¹
 - Gutachten des Gesundheits-Sachverständigenrates²
- **1984/85: Reform der Krankenhausfinanzierung (KHNG 1984)**
 - Umstellung auf 'prospektive Budgets' auf Grundlage 'voraussichtlicher Selbstkosten'
 - Einführung pauschalierter 'Sonderentgelte' (16 krankenhauses individuell zu kalkulierende SE)
 - Krankenhausindividuell kalkulierte Fallpauschalen als Option

1) Kommission Krankenhausfinanzierung 1987
2) SVRKAiG 1989: 113-115

Programmatische Grundpositionen der Krankenhauspolitik des Bundes

- **Grundsatzdokument des BMA (1989)**
 - Explizite Bezugnahme auf die Vorschläge der Kommission Krankenhausfinanzierung und des Sachverständigenrates
 - Personelle Kontinuität durch Fachbeamte des BMA und BMG
- **Zentrale Inhalte und Ziele**
 - Schrittweise Weiterentwicklung zu einem „Preissystem“¹ = „diagnosebezogenen Fallpauschalensystem“²
 - „interne Budgetierung“ und „interne Wirtschaftlichkeitsanreize“³
 - Einbeziehung der Chefärzte in die Budgetverantwortung⁴ und „erfolgsabhängige Chefarztverträge“³

1) BMA 1989: 35

2) Luithlen/Tuschen 1989: 155

3) BMA 1989: 29

4) BMA 1989: 39

Die 1990er Jahre

- **1993: Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) = Bruch der Traditionslinie des KHG 1972**
 - Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips
 - Budgetdeckelung (mit zahlreichen Ausnahmen)
 - Umstellung auf ein Fallpauschalensystem (ab 1996)
- **1996: Verschärfung der Budgetdeckelung + Budgetkürzungen**
 - Die ‚Löcher‘ im Deckel werden geschlossen (Ausnahmen gestrichen)
 - Pauschale Kürzung der KH-Budgets in den Jahren 1997, 1998 und 1999
- **1996: Umstellung auf ein ‚Neues Entgeltsystem‘**
 - Mischsystem aus Pflegesätzen und pauschalierten Entgelten
 - Ziel: schrittweise Umstellung auf ein vollständiges Fallpauschalensystem

Die 2000er Jahre

- **GRG 2000: Umstellung auf ein „international bereits eingesetztes DRG-System“**
- **2002: Fallpauschalengesetz**
- **2003/2004: Einführungsphase für das G-DRG-System**
 - 'budgetneutrale' Übungsphase
- **2005: 'Scharfschaltung' des DRG-Systems**
 - Defizite und Überschüsse durch Anwendung der DRGs
 - Ziel der Umstellung: "Gewinner" und "Verlierer" unter den Krankenhäusern¹
- **2005-2009: Konvergenzphase**
 - Schrittweise Anpassung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an einen landesweit geltenden Basisfallwert (Landesbasisfallwert)
- **seit 2010: landesweit einheitliche 'Preise' (DRG-Fallpauschalen)**

1) Baum/Tuschen 2000

Die Bedeutung der veränderten Rahmenbedingungen

Entwicklung des Krankenhausbereichs insgesamt

- **Zunehmender ökonomischer Druck durch Kostenunterdeckungen**
 - Entkoppelung der Vergütungen von den krankenhaushausindividuellen Kosten
- **Rückzug der öffentlichen Träger**
 - **formale Privatisierung** (Änderung der Rechtsform: Regiebetrieb => GmbH)
 - Anteil der Regie-/Eigenbetriebe 2012 nur noch 18%
 - **materielle Privatisierung** (Verkauf)
 - Anteil öffentlicher Träger 1991: 46% => 2012: 30%
 - Anteil der privaten Träger 1991: 15% => 2012: 35%
- **Unzureichende Investitionsförderung**
 - Defizitäre Investitionsförderung zwingt zur Finanzierung von Investitionen aus 'Eigenmitteln' (=> Stellenabbau, Ausgründungen, Gehaltskürzungen etc.)

Entwicklung der Innenwelt der Krankenhäuser (1)

- **„Grundstimmung“ im Krankenhausbereich: Ständige latente oder auch offene Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz**
 - Gefahr der Schließung oder des Verkaufs
 - Notlagentarifverträge, „Gehaltsverzichte“, Stellenabbau, Befristung von Stellen, Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen etc.
- **Wandel der Organisations- und Leitungsstrukturen**
 - Vom Dreier-Direktorium zur Geschäftsführung
 - Letztentscheidung beim kaufmännischen Geschäftsführer
 - Vom ehrenamtlichen zum hauptberuflichen ärztlichen Direktor
 - Abteilungen werden zum "Profitcenter"
- **Chefärzte werden zu 'leitenden Angestellten' mit erfolgsabhängiger Vergütung**
 - Erfolg = wirtschaftlicher Erfolg (Boni u.a. für Fallzahlen als Leistungsanreize)

Entwicklung der Innenwelt der Krankenhäuser (2)

- **Verschlechterung der Arbeitsbedingungen**
 - Stellenabbau => chronische Arbeitsüberlastung (v.a. Pflegedienst)
 - Einkommensverluste (v.a. hauswirtschaftliche Bereiche, aber auch andere)
- **Schleichende ‚Ökonomisierung‘ der Krankenhäuser**
 - Vordringen ökonomischer Denkweisen und Kalküle in zuvor nicht durch ökonomische Orientierungen geprägte Bereiche
 - Umkehr der Zweck-Mittel-Relation: Geld als Mittel zum Zweck der Krankenversorgung => Krankenversorgung als Mittel zur Generierung von Erlösen
- **‚Überformung‘ insbesondere ärztlicher Entscheidungen**
 - Bereits ab Mitte der 1990er Jahre zu beobachten
 - Zunehmende öffentliche Thematisierung insbesondere durch Medienberichterstattung

Schlussbetrachtung

Problematische Entwicklungen

- **Zunehmende ‚Ökonomisierung‘ der Krankenhäuser ist auch eine Bedrohung für die körperliche Unversehrtheit von Patienten**
 - Durchführung medizinisch nicht notwendiger Interventionen
 - Unterlassung notwendiger Behandlungen
- **Zunehmender Vertrauensverlust der Gesellschaft gegenüber Krankenhäusern**
 - Wachsendes Misstrauen gegenüber ärztlichen Entscheidungen
- **Gefahr einer zunehmenden Überformung ärztlicher Berufsethik durch ‚Gewöhnung‘ an eine ökonomisierte Berufspraxis**
 - v.a. von Bedeutung für Berufsanfänger, die ‚es nicht anders kennenlernen‘

Bedeutung für politische Entscheidungen

- **Zentrales Problem:**
 - **Umwandlung der Krankenhäuser in Wirtschaftsunternehmen**
- **Zentrale Aufgabe:**
 - **Umkehr und Besinnung auf die historischen Wurzeln => Krankenhaus als ‚soziale Einrichtung‘**
- **Grundsätze für eine Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung**
 - **Ärztliche Entscheidungen sollten frei von ökonomischen Kalkülen sein können**
 - **Abkehr von der Vorstellung, ärztliche Entscheidungen könnten und sollten über ‚ökonomische Anreize‘ ‚gesteuert‘ werden**
 - **Schaffung eines Finanzierungssystems, das ärztliche Entscheidungen, die sich am Patientenwohl orientieren, ermöglicht und nicht ökonomisch bestraft**

Literatur

Baum, Georg; Tuschen, Karl-Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 5, S. 449-460.

BMA (1989): Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984. Bonn.

Kommission Krankenhausfinanzierung (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung - Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung, Teil I. Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung. Gerlingen: Bleicher.

Luithlen, Eberhard; Tuschen, Karl-Heinz (1989): Weiterentwicklung des Entgeltsystems der Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus, Jg. 81, Heft 4, S. 151-156.

SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden: Nomos.