

10 Jahre „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) in deutschen Krankenhäusern

Eine Zwischenbilanz aus ökonomischer Perspektive

Patrick Bremer

Im Jahr 2013 erreichte der deutsche Gesundheitsmarkt ein Volumen von rund 315 Mrd. Euro. Dies entspricht 11,3 % des gesamten Bruttoinlandprodukts. Mit 90 Mrd. Euro entfiel davon über ein Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben auf den Krankenhausmarkt. In Baden-Württemberg wurden insgesamt 40 Mrd. Euro und somit 9,6 % am baden-württembergischen BIP für Gesundheit ausgegeben. Die Ausgaben für Krankenhäuser betragen im Land 11,4 Mrd. Euro. Auch ein Vergleich mit der Größenordnung der für Deutschland prägenden Branchen wie den Fahrzeugbau mit einem bundesweiten Umsatz von 364,4 Mrd. Euro oder den Maschinenbau mit 222,8 Mrd. Euro Umsatz verdeutlicht den hohen ökonomischen Stellenwert des stationären Sektors.

Im Gegensatz zu den zuletzt genannten Branchen, die durch angebots- und nachfrageorientierte Preisfindung gekennzeichnet sind, in denen das Streben nach Effizienz zu Gewinnen führt und somit ein automatischer Anreiz zur Berücksichtigung von Knappheitsindikatoren gegeben ist, sind diese marktwirtschaftlichen Mechanismen im Krankensektor größtenteils außer Kraft gesetzt. Die daraus resultierenden Wirtschaftlichkeitsreserven erforderten immer wieder staatliche Eingriffe in Form von entsprechenden Gesetzen und Reformmaßnahmen. Vor diesem Hintergrund und mit der ausdrücklichen Zielsetzung der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausmarkt wurde mit der Einführung eines fallpauschalisierten Vergütungssystems (DRG-System) im Jahre 2004 die wohl größte Strukturreform im Gesundheitswesen der letzten 30 Jahre verabschiedet. Im vorliegenden Beitrag werden die ökonomischen Auswirkungen 10 Jahre nach der DRG-Einführung in Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen Bundesländern analysiert. Die Betrachtung stellt sowohl die Effizienz der Leistungserbringung der Krankenhäuser als auch die Veränderung des Krankenhausmarktes in den Mittelpunkt.

Das deutsche System der Krankenhausfinanzierung ist durch eine strikte Trennung der Krankenhauskosten in Investitionskosten und Betriebskosten¹ gekennzeichnet (Duale Finan-

zierung). Während die Investitionskosten allein durch die Bundesländer aufgebracht werden, werden die Betriebskosten beitragsfinanziert



Das zweistufige System der DRG-Preisbildung

Der Berechnung der Höhe einer DRG-Fallpauschale liegt ein zweistufiges Preisbildungsverfahren zugrunde und ergibt sich aus der Multiplikation einer sogenannten Bewertungsrelation mit einem Basisfallwert. Für die Preisbildung sind somit drei Elemente von zentraler Bedeutung:

Diagnosis Related Groups (DRG)

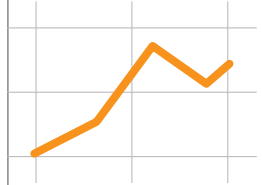
Grundlage des DRG-Systems ist das Fallgruppen- bzw. Patientenklassifikationssystem. Dieses dient dazu, Patienten anhand bestimmter Kriterien in möglichst kostenhomogene Gruppen – die DRGs – einzuordnen. Hauptkriterien für die Fallgruppenzuordnung sind: Hauptdiagnose, Nebendiagnose sowie diagnostische und therapeutische Prozeduren. Darüber hinaus sind bei einem Teil der DRGs ebenso die Merkmale „Alter“, „Geschlecht“ und „Aufnahmegrund“ relevant.

Bewertungsrelationen

Zunächst werden die DRGs mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen bewertet. Die Bewertungsrelation ist ein Maß für die Kostenintensität einer DRG und beschreibt die Durchschnittskosten von Patienten einer bestimmten DRG im Verhältnis zu den Durchschnittskosten aller DRGs. Beispielsweise ist der Ressourcenaufwand einer DRG mit der Bewertungsrelation 2,0 doppelt so hoch wie der des durchschnittlichen Behandlungsfalls aller DRGs.

Basisfallwert

Als Basisfallwert werden die in Euro ausgedrückten Kosten des durchschnittlichen Behandlungsfalls bezeichnet. Somit entspricht der Basisfallwert der monetären Bewertung der Bewertungsrelation 1,0.



Dipl.-Ökonom Dr. Patrick Bremer ist Referent im Referat „Wirtschaftswissenschaftliche Analysen, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen“ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg.

¹ Die Betriebskosten umfassen die Kosten des laufenden Krankenhausbetriebs und setzen sich aus Personal- und Sachkosten zusammen. Die Betriebskosten machen über 90 % der Gesamtkosten der Krankenhäuser aus.

- 2 Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland – eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern. Verlag Hans Huber, S. 411 ff.
- 3 Die durchschnittliche Verweildauer gibt die Anzahl der Tage an, welche die Patienten durchschnittlich in vollstationärer Behandlung verbracht haben.
- 4 Die durchschnittliche Bettenauslastung ergibt sich als Relation aus tatsächlicher und maximaler Bettenbelegung und lässt sich anhand folgender Formel ermitteln:

$$\text{Durchschnittliche Bettenauslastung} = (\text{Berechnungs- und Belegungstage} \times 100) / (\text{Aufgestellte Betten} \times \text{Kalendertage})$$
 wobei gilt:

$$\text{Berechnungs- und Belegungstage} = \text{Krankenhausfälle} \times \text{durchschnittliche Verweildauer}$$
- 5 Schützing, Birgit/Theurl, Engelbert/Winner, Hannes (2007): Krankenhausfinanzierung und Verweildauer: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Reform der Krankenhausfinanzierung in Österreich, Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Jahrgang 30, Heft 2, S.142–163.

durch die Krankenkassen getragen. Von 1973 bis 1985 wurden die Betriebskosten zunächst auf Grundlage des sogenannten Selbstkostendeckungsprinzips vergütet. Nach diesem Prinzip erfolgte die Vergütung der erbrachten Leistungen durch krankenhaushaus- und fachabteilungsindividuelle tagesgleiche Pflegesätze. Das heißt, jeder Tag, den ein Patient im Krankenhaus verbrachte, wurde unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsaufwand durch einen fixen Geldbetrag vergütet. Die systemimmanenten Anreize waren aus Perspektive der Ausgabenträger schwerwiegend, denn je länger ein Patient im Krankenhaus gehalten wurde, desto größer war der Erlös für die Klinik. Diese Anreize wirkten einer abschließlichen Bemessung der Belegungstage anhand der medizinischen Notwendigkeit und somit einer wirtschaftlichen Leistungserbringung entgegen.

Als Folge dessen wurde 1995 mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten für bestimmte Behandlungsfälle und Operationen ein Versuch unternommen, das Entgeltssystem leistungsorientierter zu gestalten. Anders als ursprünglich geplant, wurden jedoch rund drei Viertel der Krankenhausleistungen nach wie vor über tagesgleiche Pflegesätze vergütet. Der erhoffte Effekt einer spürbaren Effizienzsteigerung in der stationären Versorgung stellte sich dadurch nicht ein.

Einführung des DRG-Systems führte zu...

Erst mit dem Grundsatzbeschluss zur generellen Umstellung auf ein Fallpauschalensystem im Zuge der Gesundheitsreform 2000 sowie der verpflichtenden Einführung des DRG-Systems zum 1. Januar 2004 wurde das Entgeltssystem vollständig neu ausgerichtet. Diagnosis Related Groups (DRGs) bezeichnen ein Klassifikationssystem, mit dem Patienten anhand von medizinischen und demografischen Kriterien in Fallgruppen eingeteilt werden (siehe i-Punkt „Das zweistufige System der DRG-Preisbildung“). Mit einer DRG-Fallpauschale werden dann alle Krankenhausleistungen eines definierten Behandlungsfalles (mit Ausnahme der Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik) – unabhängig von den im Einzelfall tatsächlich anfallenden Kosten und der Aufenthaltsdauer – vergütet.²

Das DRG-System soll somit Anreize schaffen, die internen Abläufe des Behandlungsprozesses zu optimieren, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu erhöhen. Denn je effizienter die jeweiligen Diagnosen und Behandlungen durchgeführt werden, desto mehr bleibt von dem pauschalen Erlös übrig. Die Anreizlogik des Systems der tagesgleichen Pflegesätze wird somit umgekehrt, da es aus ökonomischer Sicht nunmehr sinnvoll ist, die Patienten nicht länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus zu behalten.

... Effizienzsteigerung durch eine Verringerung der Verweildauer ...

Als vordringlichstes Ziel der DRG-Einführung nannte der Gesetzgeber die Kostenreduktion bei gleicher oder sogar steigender Versorgungsqualität. Dabei sollte die kostengünstigere Leistungserbringung vor allem durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer³ sowie durch den Abbau von Überkapazitäten in Form einer höheren Bettenauslastung⁴ realisiert werden. Die durchschnittliche Verweildauer gilt als einer der wichtigsten Indikatoren zur Beurteilung der Effizienz der stationären Leistungserbringung, denn mit der Verkürzung der Verweildauer wird neben dem Sinken der direkten Behandlungskosten ebenso eine Reduzierung der indirekten Kosten assoziiert.⁵

Im Jahr 2004, dem Jahr, in dem alle Krankenhäuser zum ersten Mal verpflichtend anhand des DRG-Fallpauschalensystems abrechnen mussten, betrug die durchschnittliche Verweildauer bundesweit 8,7 Tage (Tabelle 1). Der entsprechende Wert für Baden-Württemberg lag mit 8,9 Tagen geringfügig über dem Bun-

T1 Durchschnittliche Verweildauer und Bettenauslastung 2004 und 2013 im Ländervergleich

Bundesland	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen		Durchschnittliche Bettenauslastung in %	
	2004	2013	2004	2013
Baden-Württemberg	8,9	7,6	74,3	76,8
Bayern	8,5	7,4	74,1	76,8
Berlin	8,7	7,6	80,7	82,2
Brandenburg	8,8	7,9	79,1	79,1
Bremen	8,5	7,1	75,9	78,4
Hamburg	8,4	7,8	75,5	83,7
Hessen	8,4	7,6	73,3	77,0
Mecklenburg-Vorpommern	8,1	7,1	79,9	76,2
Niedersachsen	8,8	7,4	77,7	79,4
Nordrhein-Westfalen	9,0	7,6	74,6	76,3
Rheinland-Pfalz	8,4	7,4	72,0	73,2
Saarland	8,3	7,5	79,7	88,1
Sachsen	9,1	7,5	77,2	78,5
Sachsen-Anhalt	8,7	7,3	77,4	74,5
Schleswig-Holstein	8,6	7,7	77,1	77,2
Thüringen	8,9	7,8	75,5	76,3
Deutschland	8,7	7,5	75,5	77,3

desdurchschnitt. Zwischen den Bundesländern zeigten sich vor der Systemumstellung zum Teil erhebliche Unterschiede. So lag der Wert in Mecklenburg-Vorpommern mit 8,1 Tagen am niedrigsten, während Sachsen mit 9,1 Tagen die höchste durchschnittliche Verweildauer aufwies. Innerhalb von 10 Jahren reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer deutschlandweit um 13,9 % und lag somit im Jahr 2013 bei 7,5 Tagen. In Baden-Württemberg erfolgte mit 14,2 % eine geringfügig höhere Verringerung (*Schaubild 1*). Mit 7,6 Tagen entsprach die durchschnittliche Verweildauer nun beinahe dem Bundesdurchschnitt. Ausgehend von der höchsten Verweildauer im Jahr 2004 verringerte sich der Wert in Sachsen im gesamten Zeitraum von 2004 bis 2013 am stärksten (- 17,3 %). Eine systematisch stärkere Verringerung der Verweildauer in Bundesländern mit überdurchschnittlich hohen Werten im Ausgangsjahr lässt sich allerdings nicht beobachten.

Ein Vergleich der Spannweite – das heißt, der Differenz des größten und des kleinsten Messwerts der durchschnittlichen Verweildauer zu beiden Zeitpunkten – zeigt, dass die Länderunterschiede im Laufe der Zeit abgenommen haben. Während Brandenburg im Jahr 2013 mit 7,9 Tagen die höchste durchschnittliche Verweildauer aufwies, lag der niedrigste Wert in Bremen sowie in Mecklenburg-Vorpommern bei 7,1 Tagen und somit nunmehr lediglich 0,8 Tage darunter. Im Jahr 2004 betrug die Spannweite noch 1,0 Tage. Vor dem Hinter-

grund, dass für eine Vielzahl von Krankenhauffällen ein Ressourcenverbrauch proportional zur Länge der Verweildauer nachgewiesen wurde,⁶ lässt sich seit der DRG-Einführung somit eine deutliche Effizienzsteigerung in allen Bundesländern feststellen.

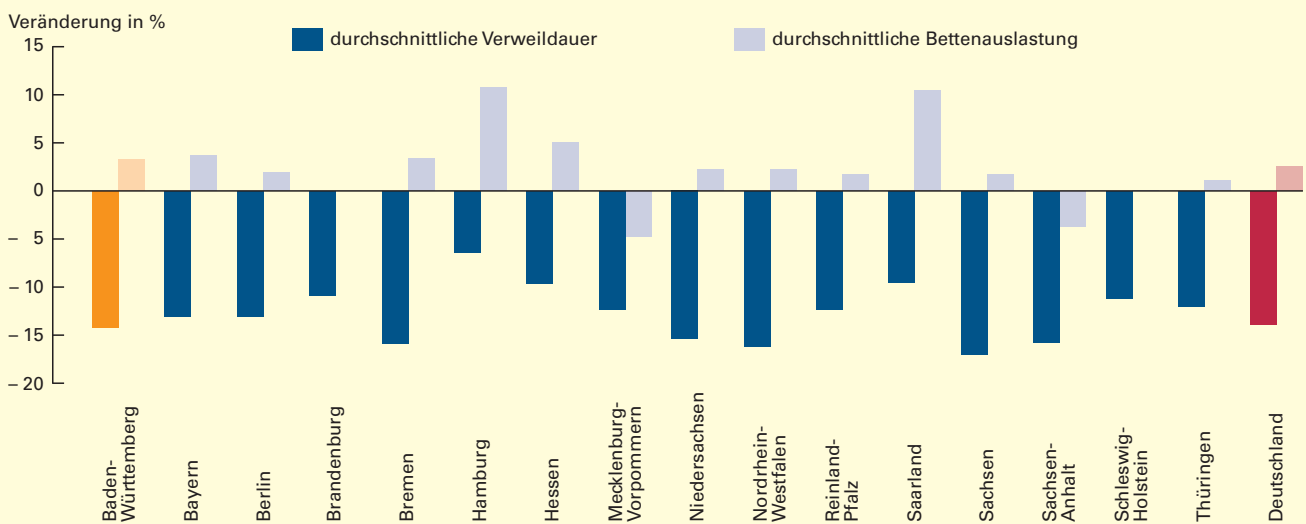
... und einer Erhöhung der Bettenauslastung

Als weiterer bedeutender Indikator zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung spiegelt die Kennziffer „durchschnittliche Bettenauslastung“ in *Tabelle 1* die Kapazitätsauslastung der Krankenhäuser bzw. das mögliche Vorhandensein von Überkapazitäten wider. Gemäß den Krankenhausplänen verschiedener Bundesländer gilt eine Bettenauslastung von 85 % als Maßstab für eine bedarfsgerechte und zugleich effiziente Versorgung der Patienten.⁷ Im Bundesdurchschnitt, aber auch in Baden-Württemberg, wurde dieser Vorgabewert sowohl im Jahr der DRG-Einführung als auch 10 Jahre später allerdings deutlich unterschritten. Immerhin konnte im Beobachtungszeitraum zumindest eine moderate Steigerung der durchschnittlichen Bettenauslastung erzielt werden. So erhöhte sich der bundesdeutsche Durchschnitt um 1,8 Prozentpunkte auf 77,3 % und Baden-Württemberg verzeichnete eine Steigerung um 2,5 Prozentpunkte auf 76,8 % (*Tabelle 1*). Die lediglich moderate Erhöhung der durchschnittlichen Bettenauslastung innerhalb der letzten Jahre kann durch die folgenden Entwicklungen er-

⁶ Murphy, Mark E./Noetscher, Cheryl M. (1999): Reducing hospital inpatient lengths of stay, *Journal of Nursing Care Quality*, S. 40–54.
⁷ Bölt, Ute/Graf, Thomas (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik, in: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Wirtschaft und Statistik*, Heft 2, S. 112–138.

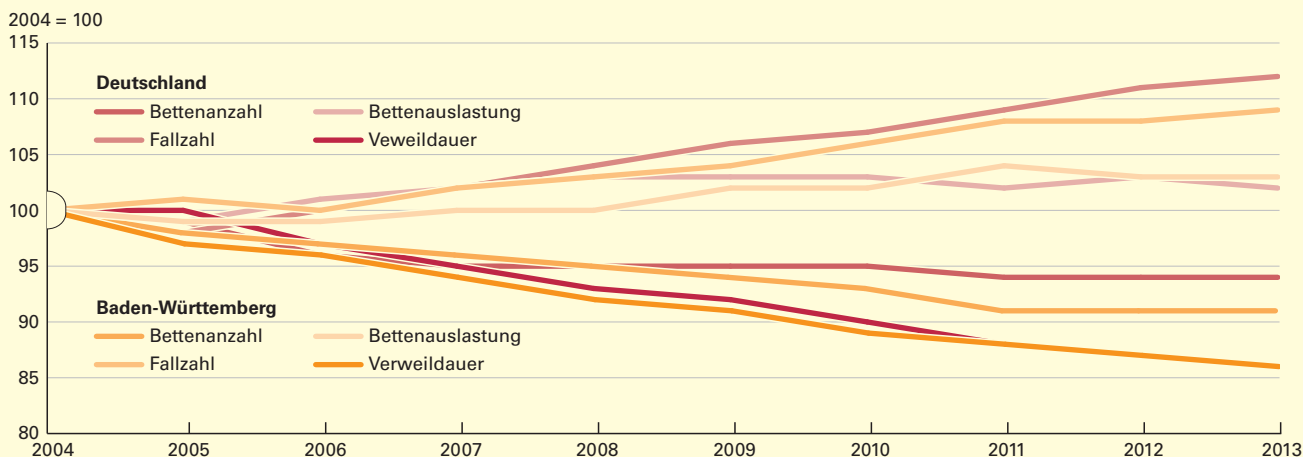
S1

Veränderung der durchschnittlichen Verweildauer und Bettenauslastung zwischen 2004 und 2013 im Ländervergleich



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; eigene Berechnungen.

Entwicklung wichtiger Determinanten der durchschnittlichen Bettenauslastung seit 2004 in Baden-Württemberg und Deutschland



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; eigene Berechnungen.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

894 15

klärt werden. Obwohl der Anstieg der Fallzahlen (BW: + 9,2 %; D: + 11,8 %) durch die verringerte Verweildauer (BW: - 14,2 %; D: - 13,9 %) überkompensiert wurde und demzufolge die durchschnittlichen Berechnungs- und Belegungstage abnahmen, sank die Anzahl der aufgestellten Betten nur in geringfügig höherem Ausmaß (Schaubild 2).

Nichtsdestotrotz deutet somit auch der zweite Effizienzindikator sowohl für Deutschland als auch für Baden-Württemberg auf eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit in der stationären

Versorgung hin. Im regionalen Vergleich sind die Entwicklungen der einzelnen Größen und somit die Veränderungsraten der durchschnittlichen Bettenauslastung jedoch sehr unterschiedlich. Während die Bettenauslastung zum Beispiel in Hamburg um 10,8 % zunahm, reduzierte sich diese in Mecklenburg-Vorpommern um 4,7 %. Die Gründe für die überdurchschnittliche Bettenauslastung der Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg dürften darin liegen, dass sie eine Mitversorgungsfunktion für das Umland haben. Mit einer durchschnittlichen Bettenauslastung in Höhe von rund



Phasen der Systemumstellung

Budgetneutrale Phase

Die Umstellung auf das DRG-System bedeutete für die Krankenhäuser zunächst eine erhebliche bürokratische und organisatorische Herausforderung. Um die spezifische Kostensituation der einzelnen Krankenhäuser zu berücksichtigen und ihnen den Übergang zu erleichtern, sollte die sogenannte budgetneutrale Phase zunächst als Übergangsphase dienen. Zu diesem Zweck wurden die Basisfallwerte in den Jahren 2003 und 2004 noch nicht auf Basis der Ist-Kosten aller Krankenhäuser, sondern auf Grundlage der Ist-Kosten der jeweiligen Klinik berechnet. Folglich wurden identische DRGs in verschiedenen Krankenhäusern in unterschiedlicher Höhe vergütet.

Konvergenzphase

Von 2005 bis 2009 wurden dann in jedem Bundesland die krankenhausindividuellen Basisfallwerte in fünf Konvergenzschritten an einen landeseinheitlichen Durchschnittswert, den sogenannten Landesbasisfallwert, angeglichen. Seit 2010 erfolgt in einer Art zweiten Konvergenzphase eine schrittweise Angleichung der unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte an einen bundesweiten Basisfallkorridor. Durch die stufenweise Anpassung der Basisfallwerte gerieten Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Fallkosten zum Teil unter erhebliche wirtschaftliche Schwierigkeiten und Rationalisierungsdruck. Die zunächst vorgesehene Konvergenz auf einen für alle Krankenhäuser einheitlichen Bundesbasisfallwert wurde daher im Zuge des GKV-Finanzierungsgesetzes gestrichen (Streichung § 10 Abs. 13 Satz 2 KHentgG).

88 % erreichte den oben genannten Vorgabewert auf Basis der Krankenhauspläne allerdings lediglich das Saarland.

Starke Veränderung des Krankenhausmarktes

Durch die Umstellung auf das DRG-Fallpauschalensystem gerieten Krankenhäuser mit überdurchschnittlichen Ausgaben zum Teil unter erheblichen Kostendruck. So prognostizierten etwa betriebswirtschaftliche Analysen zur Kreditwürdigkeit deutscher Krankenhäuser zu Beginn der DRG-Einführung eine Schließung von ca. 10 % aller Kliniken bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2010 (siehe i-Punkt „Phasen der Systemumstellung“).⁸ Seit der Systemumstellung ließ sich tatsächlich ein eindeutiger Trend in der Krankenhauslandschaft beobachten: So ist die Anzahl der Krankenhäuser bundesweit von 2 166 im Jahr 2004 auf 1 996 im Jahr 2013 gesunken (Tabelle 2). Dies entspricht einem Rückgang um 7,8 %. In Baden-Württemberg nahm der Kapazitätsabbau sogar ein noch größeres Ausmaß an. Von 316 Krankenhäusern im Jahr 2004 verblieben bis zum Jahr 2013 nur noch 272 Einrichtungen, das waren 44 Einrichtungen bzw. 13,9 % weniger als 2004. Im Ländervergleich zeigen sich allerdings durchaus markante Unterschiede

hinsichtlich der Kapazitätsentwicklung. Während zum Beispiel die Anzahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und dem Saarland um rund 19 % zurückging, verzeichnete Brandenburg einen Zuwachs von acht Kliniken (17 %).

Der Wandel des Krankenhausmarktes spiegelt sich auch in der Verschiebung der Eigentümerstruktur der Krankenhäuser wider. Hier lässt sich seit DRG-Einführung ein eindeutiger Trend zu immer mehr Einrichtungen in privater Trägerschaft erkennen. So gab es etwa im Jahr 2013 bundesweit 139 private Häuser und somit knapp über ein Viertel mehr als vor der Systemumstellung. In Baden-Württemberg viel die Zuwachsrate mit 7,9 % unterdurchschnittlich aus. Mit Ausnahme von Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen wuchs der private Sektor in allen Bundesländern. Der Rückgang der Gesamtzahl der Kliniken traf folglich allein die freigemeinnützigen und die öffentlichen Einrichtungen. In den vergangenen 10 Jahren nahm die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser bundesweit um 184 (-23,6 %) und die der freigemeinnützigen um 125 (-15 %) ab. In Baden-Württemberg reduzierte sich die Anzahl an öffentlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen in ähnlichem Ausmaß. Der überdurchschnittliche Rückgang der Gesamtzahl

⁸ Augurzky, Boris/Engel, Dirk/Krolop, Sebastian/Schmidt, Christoph M./Terkatz, Stefan (2005): Krankenhaus Rating Report 2006: Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung – Entwicklung der deutschen Krankenhäuser bis 2010, RWI Materialien, Nr. 22.

T2 Veränderung der Krankenhausträgerschaft zwischen 2004 und 2013 im Ländervergleich

Bundesland	Krankenhäuser insgesamt			Davon								
				öffentliche Einrichtungen			freigemeinnützige Einrichtungen			private Einrichtungen		
	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %
Baden-Württemberg	316	272	-13,9	139	99	-28,8	76	64	-15,8	101	109	+7,9
Bayern	387	366	-5,4	221	167	-24,4	53	50	-5,7	113	149	+31,9
Berlin	71	81	+14,1	3	2	-33,3	36	35	-2,8	32	44	+37,5
Brandenburg	47	55	+17,0	22	21	-4,5	18	15	-16,7	7	19	+171,4
Bremen	14	14	0,0	5	5	0,0	7	7	0,0	2	2	0,0
Hamburg	47	52	+10,6	10	4	-60,0	19	12	-36,8	18	36	+100,0
Hessen	172	172	0,0	64	54	-15,6	62	43	-30,6	46	75	+63,0
Mecklenburg-Vorpommern	34	39	+14,7	8	7	-12,5	13	12	-7,7	13	20	+53,8
Niedersachsen	206	197	-4,4	72	51	-29,2	77	76	-1,3	57	70	+22,8
Nordrhein-Westfalen	456	370	-18,9	90	81	-10,0	317	247	-22,1	49	42	-14,3
Rheinland-Pfalz	98	91	-7,1	20	17	-15,0	59	56	-5,1	19	18	-5,3
Saarland	26	21	-19,2	11	9	-18,2	15	12	-20,0	0	0	0,0
Sachsen	86	79	-8,1	40	34	-15,0	17	18	+5,9	29	27	-6,9
Sachsen-Anhalt	51	48	-5,9	24	14	-41,7	15	17	+13,3	12	17	+41,7
Schleswig-Holstein	105	95	-9,5	32	16	-50,0	32	31	-3,1	41	48	+17,1
Thüringen	50	44	-12,0	19	15	-21,1	15	11	-26,7	16	18	+12,5
Deutschland	2 166	1 996	-7,8	780	596	-23,6	831	706	-15,0	555	694	+25,0

der Einrichtungen in Baden-Württemberg lässt sich somit primär auf die unterdurchschnittliche Zunahme privater Trägerschaften zurückführen.

Deutlich gestiegener Marktanteil privater Träger

Bei der gesunkenen Gesamtzahl der Krankenhäuser ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese nicht ausschließlich auf ersatzlose Schließungen zurückzuführen ist, sondern dass dazu ebenso Krankenhausfusionen beigetragen haben, deren genaue Anzahl aus der amtlichen Statistik allerdings nicht hervorgeht. Die Veränderung der Bettenanzahl der verschiedenen Krankenträger ist daher ein aussagekräftiger Indikator für die Verschiebung von Marktanteilen. Aus *Tabelle 3* wird deutlich, dass der Krankenhausmarkt – gemessen an der Zahl der Betten – im Betrachtungszeitraum um insgesamt 5,8 % geschrumpft ist. Dabei reduzierte sich die Bettenanzahl der öffentlichen Einrichtungen um 14,3 % auf nunmehr 240 632 Betten und die der freigemeinnützigen um 10,2 % auf 170 086 Betten. Die aufgestellten Betten in Einrichtungen mit privatem Träger erhöhten sich hinge-

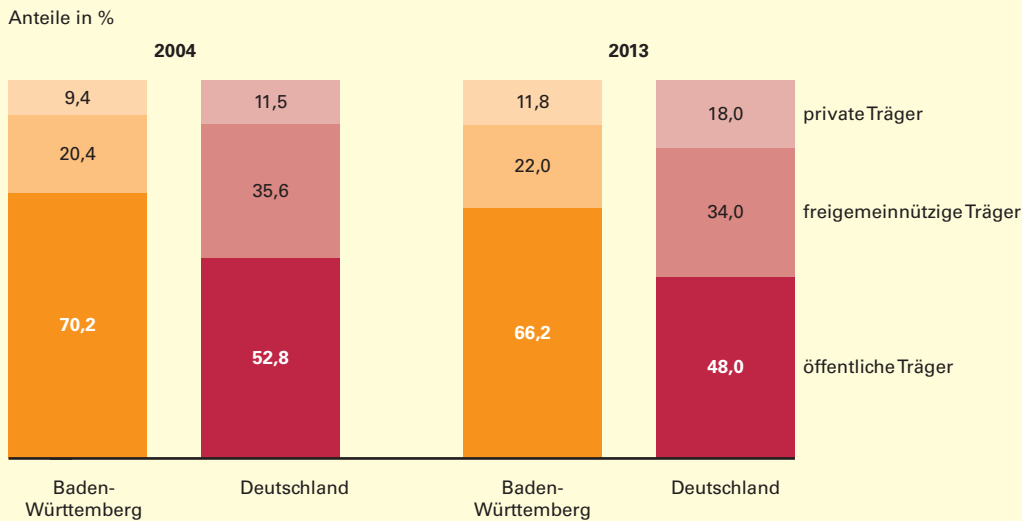
gen um 46,8 % auf insgesamt 89 953. Somit geht die 25-prozentige Zunahme der Anzahl an privaten Krankenhäusern mit einer Verdoppelung der Bettenanzahl in privater Trägerschaft einher. Dieser Effekt lässt sich durch die Tatsache erklären, dass eine Vielzahl der im Zuge der DRG-Einführung in finanzielle Schwierigkeiten geratenen öffentlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen von privaten Trägern übernommen wurde. Insgesamt stieg der Marktanteil privater Krankenhäuser von 11,5 % im Jahr 2004 auf 18 % im Jahr 2013 (*Schaubild 3*). Im Gegenzug nahm der Marktanteil öffentlicher Einrichtungen von 52,8 % auf 48,1 % ab, während der Anteil freigemeinnütziger Einrichtungen mit einer Abnahme um 1,7 Prozentpunkte auf 34 % relativ konstant blieb.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt haben öffentliche Einrichtungen in Baden-Württemberg nach wie vor einen deutlich höheren Marktanteil. Dennoch ist deren Bettenanteil seit der DRG-Einführung ausgehend von 70,2 % um 4 Prozentpunkte gesunken. Der Marktanteil der privaten Einrichtungen erhöhte sich um 2,4 Prozentpunkte auf insgesamt 11,8 % und blieb somit deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt.

T3 Veränderung der Bettenanzahl zwischen 2004 und 2013 im Ländervergleich

Bundesland	Aufgestellte Betten insgesamt			Davon in								
				öffentliche Einrichtungen			freigemeinnützige Einrichtungen			private Einrichtungen		
	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %	2004	2013	Veränderung in %
Baden-Württemberg	62 387	56 726	- 9,1	43 815	37 525	- 14,4	12 736	12 509	- 1,8	5 836	6 692	+ 14,7
Bayern	79 674	75 675	- 5,0	61 015	54 083	- 11,4	9 906	8 732	- 11,9	8 753	12 860	+ 46,9
Berlin	20 531	20 070	- 2,2	8 511	7 660	- 10,0	9 074	8 543	- 5,9	2 946	3 867	+ 31,3
Brandenburg	15 534	15 191	- 2,2	9 714	8 296	- 14,6	3 429	2 671	- 22,1	2 391	4 224	+ 76,7
Bremen	5 877	5 111	- 13,0	3 590	3 114	- 13,3	1 989	1 708	- 14,1	298	289	- 3,0
Hamburg	11 848	12 163	+ 2,7	6 014	1 630	- 72,9	4 902	3 711	- 24,3	932	6 822	+ 632,0
Hessen	37 059	36 158	- 2,4	20 794	18 639	- 10,4	12 124	9 185	- 24,2	4 141	8 334	+ 101,3
Mecklenburg-Vorpommern	10 390	10 385	0,0	3 558	3 294	- 7,4	2 471	1 754	- 29,0	4 361	5 337	+ 22,4
Niedersachsen	45 518	42 302	- 7,1	23 730	17 202	- 27,5	16 862	16 181	- 4,0	4 926	8 919	+ 81,1
Nordrhein-Westfalen	130 489	120 247	- 7,8	40 245	37 707	- 6,3	84 399	74 445	- 11,8	5 845	8 095	+ 38,5
Rheinland-Pfalz	25 780	25 360	- 1,6	8 999	8 435	- 6,3	15 054	15 214	+ 1,1	1 727	1 711	- 0,9
Saarland	7 351	6 405	- 12,9	4 455	3 923	- 11,9	2 896	2 482	- 14,3	0	0	0,0
Sachsen	28 507	26 340	- 7,6	18 389	16 685	- 9,3	3 197	3 072	- 3,9	6 921	6 583	- 4,9
Sachsen-Anhalt	17 332	16 332	- 5,8	11 463	8 672	- 24,3	3 400	3 392	- 0,2	2 469	4 268	+ 72,9
Schleswig-Holstein	16 297	15 969	- 2,0	9 416	6 797	- 27,8	3 176	3 169	- 0,2	3 705	6 003	+ 62,0
Thüringen	16 759	16 237	- 3,1	7 009	6 970	- 0,6	3 719	3 318	- 10,8	6 031	5 949	- 1,4
Deutschland	531 333	500 671	- 5,8	280 717	240 632	- 14,3	189 334	170 086	- 10,2	61 282	89 953	+ 46,8

S3

Veränderung der Marktanteile zwischen 2004 und 2013
in Baden-Württemberg und Deutschland

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser; eigene Berechnungen.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

895 15

Fazit

Vor dem Hintergrund stetig gestiegener Beitragsätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Faktoren „medizinisch technischer Fortschritt“ und „demografische Alterung“, welche die Gesundheitsausgaben auch zukünftig erhöhen dürften, sind Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen unerlässlich. In diesem Beitrag konnte mittels der Effizienzindikatoren „durchschnittliche Verweildauer“ und „durchschnittliche Bettenauslastung“ gezeigt werden, dass sich die stationäre Krankenhausversorgung sowohl bundesweit als auch speziell in Baden-Württemberg seit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 tendenziell in die seitens des Gesetzgebers gewünschte Richtung zu mehr Wirtschaftlichkeit entwickelte. Ebenso wurde deutlich, dass seit der Systemumstellung ein erheblicher Wandel des Krankenhausmarktes stattgefunden hat. Dieser zeigt sich zum einen in Form einer deutlichen Marktkonzentration und zum anderen anhand der Veränderung der Eigentümerstruktur hin zu immer mehr Krankenhäuser in privater Trägerschaft.

Berücksichtigt werden sollte an dieser Stelle allerdings, dass sich die im Rahmen dieser Untersuchung identifizierten Effekte nicht kau-

sal bzw. nicht ausschließlich auf die Umstellung auf das DRG-System zurückführen lassen. Beispielsweise folgt die hier festgestellte Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer einem bereits seit längerer Zeit bestehenden Trend. So ist die Verweildauer innerhalb der letzten 5 Jahre vor der DRG-Einführung bundesweit von 9,7 Tage im Jahr 2000 auf 8,7 Tage im Jahr 2004 gesunken. Welche Effekte isoliert der DRG-Einführung zuzuschreiben sind und welche Effekte hingegen aus Maßnahmen resultieren, die bereits im Vorfeld der Systemumstellung ergriffen wurden, lässt sich anhand dieser rein deskriptiven Analyse nicht zweifelsfrei feststellen. Ebenfalls berücksichtigt werden sollte, dass sich dieser Beitrag ausschließlich auf die ökonomischen Auswirkungen der DRG-Einführung konzentriert. Infolgedessen bleiben wichtige medizinisch-pflegerische, ärztliche sowie ethische Aspekte, die für die Gesamtbeurteilung der stationären Versorgung ebenso relevant sind, unberücksichtigt. ■

Weitere Auskünfte erteilt
Dr. Patrick Bremer, Telefon 0711/641-29 70,
Patrick.Bremer@stala.bwl.de