

Ursachen und Analysen

Finanzlage deutscher Krankenhäuser 2024

Die finanzielle Situation deutscher Kliniken spitzt sich immer weiter zu. Rund die Hälfte der Häuser muss voraussichtlich Personal abbauen, bis zu 10 Prozent werden um Standort-schließungen nicht herumkommen. Lesen Sie in unserem Schwerpunkt mehr über die Hintergründe und mögliche Lösungsansätze für die Kliniken.



Quelle: Kirsten Oborny/Thieme

— Üblicherweise enthalten die Pressemitteilungen von Kliniken zu Neujahr die Nachricht über das erste Neugeborene des Jahres. Dieses Jahr war das mancherorts anders: Bei den Regiomed-Kliniken beispielsweise, einem relevanten kommunalen Krankenhausverband in Oberfranken und

Südthüringen, war es die Nachricht über die Einleitung des Insolvenzverfahrens. Es wird nicht die einzige Nachricht dieser Art in diesem Jahr sein. Das Jahr 2024 könnte, so fürchtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft, ein Jahr der Krankenhausinsolvenzen werden.

Flächendeckend erhebliche Defizite

Es gibt sicher vielfältige, auch krankenhaushausindividuelle Gründe, die für die finanzielle Situation der Kliniken verantwortlich sind. Wenn jedoch über 80 Prozent der Krankenhäuser im Jahr 2023 ein erhebliches De-

fizit erwirtschaften und ein noch höheres für 2024 erwarten, dann handelt es sich um ein strukturelles Problem, nämlich eine strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhausbehandlung. Gemäß §4 des Krankenhausentgeltgesetzes beruht die Krankenhausfinanzierung auf zwei Säulen: „Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen [...] erhalten.“

Inzwischen wurde durch zwei Rechtsgutachten, eines im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und eines im Auftrag der privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser, festgestellt, dass diese klare und eindeutige Regelung in Verbindung mit anderen Verfassungsgrundsätzen Bund und Länder verpflichtet, die Krankenhäuser auskömmlich zu finanzieren. Das Ziel und der Auftrag ist die „wirtschaftliche Sicherung“ der Krankenhäuser, also ausdrücklich die Vermeidung von Defiziten. Dies ist keine freiwillige Aufgabe, die je nach Kassenlage erfolgen kann oder nicht, sondern eine gesetzliche Verpflichtung, der Bund und Länder nachkommen müssen.

Große finanzielle Lücke

In diesem Zusammenhang bereitet derzeit die Kreisklinik Groß-Gerau mit Unterstützung der Hessischen Krankenhausgesellschaft eine Klage gegen den Bund vor, in der konkret die Defizite des Jahres 2023 als Schadensersatz geltend gemacht werden. In der Realität ist die Fördermittelquote, also das Verhältnis der Fördermittel der Länder zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser, von 9,2 Prozent im Jahr 1992 auf 3 Prozent

im Jahr 2021 gesunken. Für eine Bestandserhaltung eines Krankenhauses, also mindestens erforderlich, wird jedoch eine Investitionsquote zwischen 9 und 12 Prozent angesehen. Wären die Fördermittel der Länder entsprechend den Krankenhausgesamtkosten angestiegen und damit die Fördermittelquote bei den 9,2 Prozent des Jahres 1992 geblieben, so hätte sich die Differenz zu den tatsächlichen Fördermitteln bis ins Jahr 2021 auf rund 90 Milliarden Euro addiert. Diesen Betrag schulden letztlich die Länder den Krankenhäusern bzw. den Krankenkassen, da aus den Behandlungsvergütungen die Lücke bei den Investitionskosten bis 2019 quersubventioniert wurde.

Viele Kliniken haben bis heute noch kein Pflegebudget für 2020 verhandelt, nur sehr wenige haben eine Vereinbarung für 2023 getroffen.

Denn bis in das Jahr 2019 konnten die Kliniken die rückläufige Investitionsförderung durch die Einnahmen aus den Behandlungsvergütungen weitgehend ausgleichen. Dies geschah, indem die Fixkosten durch Leistungsausweitung verringert und durch allgemeine Effizienzsteigerung und Kosteneinsparung – insbesondere im größten Kostenblock der Personal- und hier der Pflegepersonalkosten – insgesamt die Ausgabenseite reduziert wurde. Die dem DRG-Fallpauschalensystem zugeschriebenen negativen Effekte wie Fallzahlsteigerung und Personaleinsparung sind daher weniger durch die Anreize der DRGs als vielmehr durch die Unterfinanzierung der Investitionskosten bedingt.

Pflege muss vielerorts vorfinanziert werden

Ab dem Jahr 2019 änderten sich jedoch die Voraussetzungen für diese Möglichkeiten. Grund: Die Fallzahlsteigerung war weitgehend ausgereizt, bereits 2019 waren die Fallzahlen insgesamt leicht rückläufig. Die Pflegepersonaluntergrenzen in Verbindung mit dem Pflegepersonalmangel auf dem Arbeitsmarkt setzten zusätzlich Grenzen für die Leistungsausweitung. Nach der Einführung des Pflegebudgets ab dem Jahr 2020 sind nun rund 20 Prozent der bisher frei verfügbaren Einnahmen zweckgebunden. Zwar sollen dadurch die Pflegepersonalkosten vollständig finanziert werden, aber dieser Einnahmeanteil kann nicht mehr zur Deckung der Investitionsförderlücke verwendet werden. Einsparungen bei den Pflegepersonalkosten führen auch zu geringeren Einnahmen und verbessern die finanzielle Situation des Krankenhauses daher nicht mehr. Wie zu erwarten war, hat die Einführung des Pflegebudgets zu zusätzlichen Konflikten bei den Budgetverhandlungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern geführt, und etliche Krankenhäuser haben bis heute noch kein Pflegebudget für das Jahr 2020, nur sehr wenige haben eine Vereinbarung für das Jahr 2023. Die ohne Pflegebudget abzurechnenden vorläufigen Pflegeentgelte oder auch ein Vorjahresbudget deckt die deutlich ansteigenden Pflegepersonalkosten nicht. Die Krankenhäuser müssen ihr Pflegepersonal zu weiten Teilen vorfinanzieren. Sie haben zwar einen Anspruch auf die jeweiligen Kosten, das Geld fließt jedoch erst nach Jahren. Das Krankenhaus hat weniger tatsächliche flüssige Mittel zur Verfügung, und sofern diese Liquidität nicht ausreicht, um die anfallenden Kosten in Form von Rechnungen und Gehältern zu begleichen, führt dies zu einem Insolvenzverfahren.

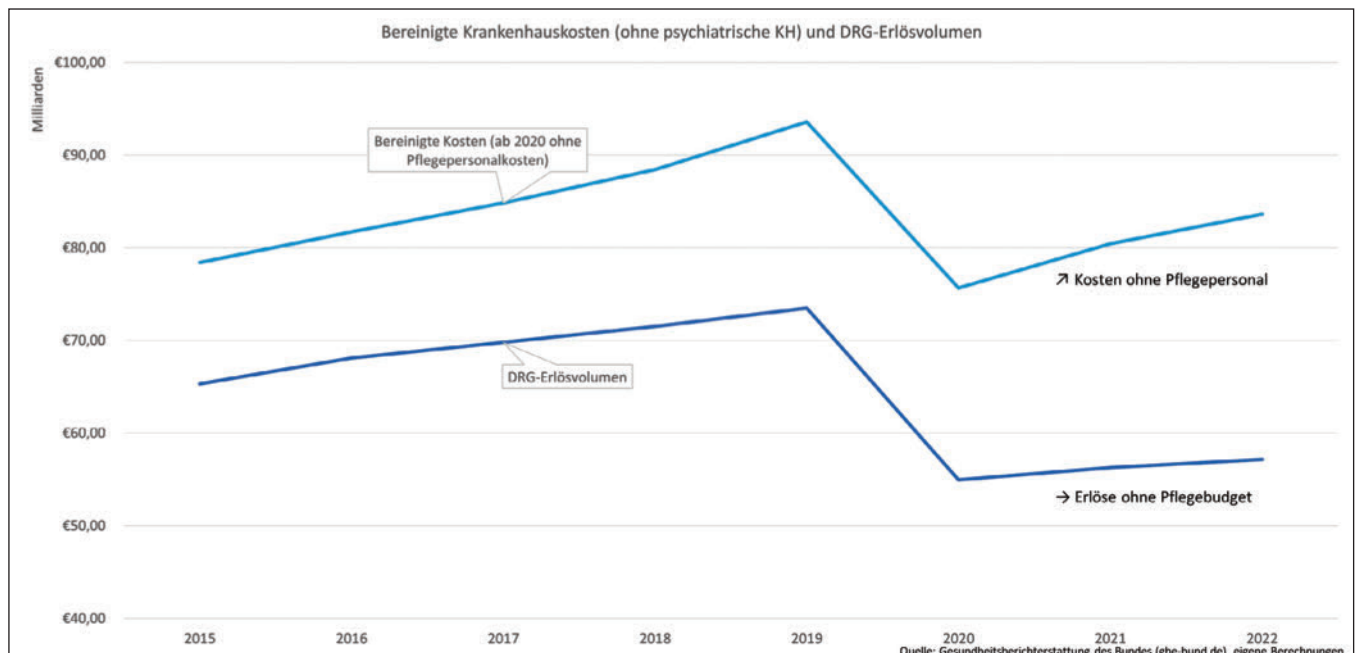


Abb. 1 Krankenhauskosten und Erlöse

Corona: wenig Gewinner, viele Verlierer

Die Coronapandemie führte dann zu einem Einbruch der Fallzahlen um rund 13 Prozent in den Jahren 2020 bis 2022. Für den Fallzahlrückgang gab es zwar über die Leerstandpauschale Ausgleichs aus Bundesmitteln, allerdings war die Methode zu ihrer Verteilung anfangs sehr pauschal und hat dazu geführt, dass einige Krankenhäuser daraus Gewinne erzielen konnten, während bei anderen Krankenhäusern die coronabedingten Verluste nicht ausgeglichen wurden. Es sei darauf hingewiesen, dass die DKG eine andere Ausgleichsmethode in Anlehnung an die Vorjahresbudgets vorgeschlagen hatte, die vermutlich zu weniger Verwerfungen geführt hätte.

Die Fallzahlen haben vielerorts bis heute nicht das Niveau des Jahres 2019 erreicht und werden mittelfristig aufgrund des Personal Mangels einerseits und durch die zunehmende Ambulantisierung anderer-

seits weiter sinken. Die jetzt eingeführten Hybrid-DRGs sind erst ein Anfang und werden in den nächsten Jahren voraussichtlich einen deutlich größeren Umfang des Leistungsspektrums abbilden. Allerdings sind die entsprechenden Fälle zwar jetzt als Hybrid-DRG abzurechnen, da in der endgültigen Verordnung jedoch auf Abrechnungsregelungen verzichtet und dies der Selbstverwaltung überlassen wurde, werden auch hier die Krankenhäuser zunächst auf das Geld für diese Leistungen warten müssen. Inzwischen ist die Umsetzungsvereinbarung zwischen DKG und GKV-SV zwar geschlossen, ihre technische Umsetzung wird jedoch frühestens im Mai dieses Jahres möglich sein.

On top: die Inflation

Auch der AOP-Katalog wird schrittweise erweitert, für den Katalog 2024 wurden 171 OPS-Codes mit einem Fallvolumen von insgesamt etwa 300 000 bisher vollstationären

Fällen neu aufgenommen. Krankenhäuser müssen ihre Organisations- und Kostenstrukturen für die Erbringung ambulanter Leistungen den – gegenüber der stationären Vergütung deutlich geringeren – Einnahmen anpassen.

Auch wenn das alles relativ viele Herausforderungen auf einmal sind, hätten vermutlich die meisten Krankenhäuser die dadurch notwendigen Anpassungen und Veränderungen durch kluges Management meistern können. Vielleicht wären einige, aber sicher deutlich weniger als aktuell, trotzdem in die Insolvenz gerutscht.

Doch mit dem Überfall Russlands auf die Ukraine hat sich die Situation grundlegend verändert. Durch den sprunghaften Anstieg der Energiekosten, daraus folgend der Produktionskosten und damit der Verbraucherpreise kam es zu einer erheblichen Inflation, zu deren Ausgleich auch die Beschäftigten entsprechende Gehaltssteigerungen forderten. Diesem

deutlichen Anstieg der Sach- und Personalkosten auf der Ausgabenseite stehen jedoch durch den Landesbasisfallwert gesetzlich geregelte Einnahmen gegenüber. Die Steigerung der Landesbasisfallwerte ist begrenzt durch die Einnahmeveränderungsrate der Krankenkassen und dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Orientierungswert, der allerdings auf zurückliegenden und damit vorinflationären Kosten beruht. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Landesbasisfallwerte bei weitem nicht so angestiegen sind wie die Kosten – und zwar in einem Umfang, der auch durch noch so gutes Management nicht ausgeglichen werden kann. Faktisch ist eine Krankenhausbehandlung nicht mehr kostendeckend möglich.

Dieses Problem kann und muss allein durch die Politik geregelt werden. Notwendig ist prinzipiell eine Anpassung der Landesbasisfallwerte an die Inflation. Zwar sind die Krankenkassen und auch einige, insbesondere größere Krankenhäuser gegen eine Verteilung mit der Gießkanne. Doch da es derzeit aufgrund der mangelnden Krankenhausplanung keine wirklich geeigneten Kriterien gibt, welche Krankenhäuser erforderlich sind und welche nicht, gibt es auch keine Grundlage für eine gezielte Verteilung. Der Vorschlag von Dr. Leber vom GKV-Spitzenverband „Rettet die Richtigen!“ läuft daher ins Leere, weil bisher die „Richtigen“ nicht definiert sind.

Politik muss handeln

In der Politik belauern sich Bund und Länder jedoch in einem gegenseitigen Revierkampf, statt im Sinne der Gesundheitsversorgung notwendige rasche Entscheidungen zu treffen. Bildlich gesprochen steht inzwischen den meisten Kliniken das Wasser mindestens bis zur Unterlippe, vielleicht können sich manche noch auf den Zehen-

spitzen einige Zeit halten, aber der Pegel steigt weiter an. Hinterher Rettungsboote auszuschicken ist viel aufwendiger und teurer, als jetzt dafür zu sorgen, dass der Wasserstand sinkt.

Es braucht daher jetzt dringend ein eigenständiges Gesetz, damit die Folgen der Inflation für die Krankenhäuser abgefangen werden, um versorgungsrelevante Krankenhausinsolvenzen zu vermeiden. Dieses Gesetz darf nicht an andere Regelungen und Bedingungen geknüpft sein, die auf diesem Wege durchgesetzt werden sollen. Auch die Krankenhausreform ist nur möglich, wenn es dann noch Krankenhäuser gibt!

Eine Lösung: Bürokratieabbau

Es gibt noch eine weitere und sehr effektive Möglichkeit zur Kostentlastung: den Bürokratieabbau. Die Aufgabe unseres Gesundheitssystems ist die gesundheitliche Versorgung der Menschen. Diese wird von den Menschen erbracht, die in der Versorgung arbeiten, von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten und sonstigen therapeutischen Berufen. Wir leisten uns jedoch in unserem Gesundheitswesen einen erheblichen Wasserkopf an Verwaltung und Controlling bis hin zu Beratungsunternehmen und Rechtsanwaltskanzleien, die von den Beiträgen zur Krankenversicherung finanziert werden. Viele der Regelungen, insbesondere zur Sektorenabgrenzung und Leistungsbeschränkung stammen noch aus dem letzten Jahrtausend, als die Rahmenbedingungen und insbesondere der Arbeitsmarkt noch völlig anders aussahen. In neueren Paragraphen der Gesundheitsgesetzgebung umfassen einzelne Absätze inzwischen mehrere Seiten. Es gibt kaum noch jemanden, der einen Überblick hat und die gesetzlichen Regelungen im vollen Umfang kennt, geschweige denn versteht.

Statt jedoch die im Koalitionsvertrag angekündigte Überprüfung auf unnöti-

ge Regelungen und Entbürokratisierung mutig und umfassend umzusetzen, hat das Bundesgesundheitsministerium bisher lediglich eine Liste möglicher bürokratieentlastender Maßnahmen vorgelegt, die geradezu lächerlich ist. Eine deutliche Entrümpelung und Vereinfachung der Gesundheitsgesetzgebung würde erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen für das eigentliche Ziel der Gesundheitsversorgung freisetzen und teure Fehler vermeiden helfen. Zusammenfassend ist festzustellen:

- Die strukturelle Unterfinanzierung durch seit Jahrzehnten mangelnde Investitionsförderung der Länder einerseits und fehlende Anpassung der Landesbasisfallwerte andererseits macht eine kostendeckende Krankenhausbehandlung unmöglich.
- Hinzu kommen die Liquiditätsprobleme insbesondere durch verzögerte Abschlüsse des Pflegebudgets und zu niedrige Pflegeentgeltwerte.
- Die durch zunehmende Ambulantisierung wegfallenden Einnahmen müssen durch Schaffung ambulanter Organisations- und Personalstrukturen am Krankenhaus kompensiert werden. Ob tatsächlich eine ambulante Versorgung am Krankenhaus zu auf rein ambulanten Strukturen beruhenden Preisen möglich ist, bleibt allerdings fraglich.
- Eine umfassende Entbürokratisierung könnte personelle und finanzielle Ressourcen für die Gesundheitsversorgung freisetzen.



Rainer Schaffert, Facharzt für Chirurgie, Krankenhausbetriebswirt und Mediator, arbeitet als Geschäftsführer für den Klinikverbund Hessen e.V..