

16.11.2023

## Ideenskizze für einen Lösungsvorschlag zur Krankenhausstruktur und -finanzierung

### Vorbemerkungen

In den Diskussionen um die Krankenhausreform ist eine extrem schwierige Situation entstanden. Mit gegenseitigen Schuldzuweisungen („Bund zahlt nicht die vollständigen Betriebskosten“; „Länder zahlen nicht die vollständigen Investitionskosten“; „Krankenhäuser sperren sich dem notwendigen Strukturwandel“) kommt man nicht weiter. Eine dauerhaft tragfähige Lösung erfordert Bewegung und Zugeständnisse auf allen Seiten. Grundlage einer Lösung muss eine ehrliche Bestandsaufnahme sein. Dazu gehört:

- Es gilt der Auftrag von § 1 KHG:  
Abs. 1: „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, ...“  
Abs. 2: „Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. ...“  
Dieser Gesetzauftrag gilt für alle Krankenhäuser, die nach Ansicht der Länder bedarfsnotwendig sind.
- Es gibt in Deutschland in Bezug auf die Bevölkerung mehr Krankenhäuser und mehr Krankenhausbetten als in vielen Ländern mit einem ähnlichen Wohlstandsniveau. Dabei gibt es relevante regionale Unterschiede.
- Deutschland hat im Ranking der OECD-Länder die zweitschlechteste demographische Struktur (nach Japan).
- Dem Spitzenplatz Deutschlands bei der Bettenzahl folgt **nicht** ein Spitzenplatz bei den Ausgaben. Einige Länder mit vergleichbarem Wohlstandsniveau und geringeren Bettenkapazitäten geben einen deutlich höheren Anteil ihres Wohlstands (gemessen am Anteil des Bruttoinlandsprodukts) für die Krankenhausversorgung aus (BIP-Anteil der Krankenhausversorgung: D: 3,6%; Österreich: 4,0%; Schweiz: 4,2%; Frankreich: 4,2%; Dänemark: 4,6%). Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass eine Reduzierung der Krankenhauskapazitäten in Deutschland zwangsläufig mit geringeren Ausgaben einher geht.

- Baden-Württemberg versorgt mit 478 Betten je 100.000 Einwohner seine Einwohner mit den bundesweit geringsten Bettenzahlen (Bundesdurchschnitt 2022: 573). Selbst wenn es in Baden-Württemberg 25 Krankenhäuser mit jeweils 400 Betten zusätzlich gäbe, wäre die bundesweit durchschnittliche Bettenziffer je 100.000 Einwohner nicht überschritten.
- Diese geringere Bettendichte im Land ist auch auf den bereits seit Jahren stattfindenden Strukturwandel zurückzuführen. Im Rahmen vieler Projekte hat bereits eine deutliche Konzentration der Krankenhausleistungen stattgefunden. Weitere Strukturwandel-Projekte sind angestoßen und/oder befinden sich in der Umsetzung. Aus dieser Vorreiterrolle bei der Strukturentwicklung haben die Kliniken im Südwesten keinerlei finanziellen Vorteil.
- Die geringere Bettendichte in Baden-Württemberg geht einher mit einer ebenfalls geringeren Krankenhaushäufigkeit. Von 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Baden-Württemberg nehmen pro Jahr 16.610 eine Krankenhausbehandlung in Anspruch, im Bundesdurchschnitt sind es 20.054/100.000 Einwohner (2022). Dennoch soll die tatsächliche Inanspruchnahme nach den Vorstellungen des Gesetzgebers bei der künftig angedachten Vorhaltefinanzierung ein entscheidender Faktor sein.
- Eine weitere Reduzierung der Krankenhauskapazitäten ist möglich, wenn die Ambulantisierungspotenziale aktiviert werden. In vielen Ländern wurde dabei auf eine Ambulantisierung am Krankenhaus gesetzt. Deutschland geht diesen Weg bisher nicht, sondern riskiert durch die Einführung von Hybrid-DRGs einen Aufbau neuer Behandlungskapazitäten im vertragsärztlichen Bereich – bzw. motiviert zur Verlagerung der bestehenden vertragsärztlichen Kapazitäten in Richtung besser vergüteter Leistungen, aber zu Lasten der Versorgung in der Breite.
- Die Krankenhäuser in Baden-Württemberg erwarten in 2023 ein Rekorddefizit und rechnen mit einer weiteren Verschärfung der Situation in 2024. Selbst wenn man die Energiehilfen des Bundes und die Sonderhilfen des Landes Baden-Württemberg berücksichtigt, erwarten die Kliniken in 2023 ein Defizit von insgesamt rund 400 Mio. EUR. Hierzu tragen sowohl die unzureichende Investitionsfinanzierung des Landes – in Baden-Württemberg fehlen pro Jahr zwischen 200 und 300 Mio. EUR – als auch die unzureichende Betriebskostenfinanzierung (aktuell z.B. durch Pauschalkürzung des BMG bei der Ersatzvornahme für den DRG-Katalog 2023, die Nicht-Finanzierung der Fixkosten bei rückläufigen Fallzahlen und die Verweigerung einer dauerhaften Finanzierung der Inflationskosten) bei. Verantwortlich für eine auskömmliche Gestaltung der Betriebskostenfinanzierung ist der Bundesgesetzgeber.
- Die Nicht-Finanzierung der Fixkosten bei rückläufigen Leistungsmengen, die auf eine Gesetzesänderung der aktuellen Bundesregierung aus dem Dezember 2022 zurückgeht, ist zu einem relevanten Teil für den Defizitanstieg der Kliniken in Baden-Württemberg ab 2023 verantwortlich. Bis 2016 wurde der Landesbasisfallwertanstieg in Baden-Württemberg wegen der Degression bei Leistungssteigerungen gedämpft. Dadurch werden den Krankenkassen in Baden-Württemberg bis heute pro Jahr Kosten in Höhe von etwa 670 Mio. EUR erspart. Dass dieser Mechanismus jetzt auch bei rückläufigen Leistungsmengen im Sinne einer Landesbasisfallwertprogression funktionieren muss, ist nicht nur eine betriebswirtschaftliche Notwendigkeit, sondern auch eine Frage des Vertrauens in eine konsistente Politik. Faustformel: Bei

5% Mengenreduktion muss der Landesbasisfallwert um 1,8% steigen, um das Geld zurückzuholen, welches wir in den Jahren der Leistungssteigerungen zugunsten der Krankenkassen angerechnet haben.

- Die Defizite treffen aktuell alle Trägergruppen. Für 2024 erwarten viele Kliniken Fehlbeträge in noch nie gekannter Größenordnung. Die Lage ist kritisch. Wenn sich nicht schnell etwas ändert, sind in Baden-Württemberg im Jahr 2024 Insolvenzen von versorgungsnotwendigen Krankenhäusern sehr wahrscheinlich. Unmittelbar insolvenzgefährdet sind vor allem private und frei-gemeinnützige Krankenhäuser.
- Die Fallzahlen der Krankenhäuser liegen etwa 5-10% unter dem Niveau von 2019. Wenn dieses Niveau erhalten bleibt (wovon viele Experten ausgehen), ist bei den Krankenkassen reichlich Geld vorhanden, um eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung zu gewährleisten, ohne dass vom Krankenhausbereich ein Druck auf Beitragssatzsteigerungen ausgeht. Dies wird auch durch aktuelle Daten bestätigt: So weist die AOK Baden-Württemberg zum Beispiel in ihrem veröffentlichten Rechnungsergebnis für 2022 (gegenüber 2021) keinerlei Steigerung der Krankenhausausgaben je Versicherten aus (Änderungsrate 0,0%!), während die Ausgaben im ärztlichen Bereich um 4,4% und die Einnahmen um 2,7% gestiegen sind.
- Die Krankenhäuser nehmen immer mehr Aufgaben im Bereich der ambulanten (Notfall-)Versorgung wahr, obwohl der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt. Die Krankenhäuser werden für diese Leistungen nach der ärztlichen Gebührenordnung (EBM) vergütet. Dies führt zu erheblichen zusätzlichen Defiziten. Der EBM ist für Krankenhäuser nicht geeignet, weil Krankenhäuser in der Regel andere Patienten versorgen (Risikoselektion durch die Vertragsärzte), die Leistungserbringung der Krankenhäuser häufig zu ungünstigen Zeiten erfolgt und eine komplexere Organisationsstruktur der Krankenhäuser zu beachten ist.

### **Wie könnte eine Lösung aussehen?**

#### **Strukturveränderung**

*Die Krankenhäuser und das Land sagen zu, gemeinsam an der Fortsetzung des Strukturwandels in der Krankenhausversorgung zu arbeiten.*

- Notwendig wäre hier die Bereitschaft zur Mitarbeit von Krankenhäusern und Ländern.
- Der Prozess könnte durch Ambulantisierungsanreize unterstützt werden – z.B. den von der DKG vorgeschlagenen ambulant-klinischen Bereich.
- Der Prozess könnte dadurch unterstützt werden, dass die geplante Vorhaltevergütung von der Bettenziffer abhängig gemacht wird.

### **Betriebskostenfinanzierung**

*Der Mechanismus zur Berechnung der Landesbasisfallwerte muss gewährleisten, dass die Fixkosten der Krankenhäuser auch bei Mengenreduzierungen finanziert werden.*

*Die dauerhaften Preisniveauerhöhungen aus den Jahren 2022 und 2023 werden auch dauerhaft finanziert (dauerhafte Anpassung des Landesbasisfallwertes)*

*Die Krankenhausfinanzierung berücksichtigt die unterschiedlichen nicht durch das Pflegebudget abgedeckten krankenhauserlevanten Kosten in Deutschland über eine Indexierung.*

### **Investitionsfinanzierung**

*Es werden Schritte in Richtung einer dauerhaft auskömmlichen Investitionsfinanzierung gemacht.*

- Die Länder sagen zu, die Lücke zwischen der tatsächlichen Investitionsförderung und dem kalkulatorisch ermittelten Investitionsbedarf nach InEK-Kalkulation in den nächsten 3 Jahren um x% zu schließen. Erste Schritte erfolgen schwerpunktmäßig über die Erhöhung der Pauschalförderung.

### **Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung**

*Die ambulante Notfallversorgung wird – den Realitäten entsprechend - neu geordnet und auskömmlich finanziert.*

- Wo die ambulante Notfallversorgung nicht mehr über die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden kann, wird die Sicherstellungsverantwortung auf die Krankenhäuser übertragen. Zwingende Voraussetzung dafür ist eine Abkehr von der bisherigen EBM-Vergütung und die Einführung einer auskömmlichen Vergütung, die die Kostenstrukturen der Krankenhäuser berücksichtigt.