

Dr. Gerald Gaß

Der kalte Strukturwandel und das Prinzip Hoffnung

Seit zwei Jahren warnt die Deutsche Krankenhausgesellschaft vor einer Situation ungeordneter Struktur Anpassungen in der Krankenhauslandschaft aufgrund der wirtschaftlichen Lage und der fehlenden Perspektive für die Krankenhausträger. Wurden wir dafür anfangs noch als Lobbyisten und Schwarzmaler abgekanzelt, hat sich der Begriff des *kalten Strukturwandels* mittlerweile auch in der Kommunikation der gesundheitspolitischen Akteure in Bund und Ländern fest etabliert. Während die einen noch davon sprechen, den kalten Strukturwandel mit ihren Konzepten verhindern zu wollen, sind andere bereits weiter und fordern, den kalten Strukturwandel zu stoppen. Einigkeit besteht bei allen über die Folgen desselben: ein ungeordneter Anpassungsprozess der deutschen Krankenhauslandschaft, der nicht den bedarfsnotwendigen Erfordernissen einer flächendeckenden und verlässlichen Patientenversorgung folgt, sondern allein der betriebswirtschaftlichen Überlebensstrategie der einzelnen Krankenhausträger.

Wer trägt die Verantwortung für die aktuelle Lage?

Fangen wir zunächst bei den Krankenhäusern selbst an. Noch in den Jahren kurz vor der Coronapandemie galt überwiegend die Maxime, im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern die Zahl der stationären Patientinnen und Patienten zu erhöhen und gegebenenfalls auch durch Parallelangebote Zuwächse in der stationären Leistungserbringung zu erreichen. Stagnation oder Reduktion bedeutete einen Verlust an finanziellem Spielraum. Das existierende Finanzierungssystem leistete dafür die bekannten Anreize. Selbstverständlich galt schon damals für alle Krankenhausträger, dass besonders defizitäre Versorgungsangebote tendenziell abgebaut wurden, aber nur ein kleiner Teil der Krankenhausträger war bereit, diesen Wachstumspfad grundsätzlich zu verlassen und durch aktiven Kapazitäts- und Standortabbau strategisch auf den sich bereits abzeichnenden Fachkräfteengpass zu reagieren. Nicht selten wurde mit eigenen Mitteln noch dort investiert, wo bereits erkennbar angesichts der Personalanforderungen die Leistungserbringung schwieriger zu werden drohte. Doch muss man auch diesen Trägern zugutehalten, dass es zu dem damaligen Zeitpunkt nicht absehbar war, dass die Fallzahlen im stationären Bereich innerhalb weniger Jahre um über 15 % einbrechen würden und dies offensichtlich auch nicht nur eine vorübergehende Ausnahmesituation war. Die Gründe für diesen Fallzahlrückgang sind vielfältig und reichen von einer allgemeinen Zurückhaltung der Patienten über die zunehmende Ambulantisierung bis hin zu Leistungseinschränkungen aufgrund von Personaleng-

pässen und neuen Personalvorgaben, wie die Pflegepersonaluntergrenzen.

Mittel- und langfristig betrachtet liegt ein beträchtlicher Teil der Verantwortung für die wirtschaftliche Misere der Krankenhäuser und den kalten Strukturwandel auch bei den Bundesländern. Die von ihnen über Jahrzehnte defizitär ausgestaltete Investitionsfinanzierung hat dazu geführt, dass die meisten Standorte heute nicht in der Lage sind, unter optimalen Infrastrukturbedingungen ihre Prozesse personal- und kostensparend zu optimieren. Fehlende Investitionen im Bereich der Digitalisierung, aber auch der baulichen Infrastruktur verhindern jetzt schnellere kostenwirksame Anpassungsprozesse angesichts der desaströsen Ertragslage. Gleichzeitig stehen vielen Krankenhausträger aktuell wegen der hohen Defizitausgleiche keine eigenen Finanzierungsmittel mehr für kurzfristige Anpassungsinvestitionen zur Verfügung. Banken sind zurückhaltend bei der Kreditvergabe, sodass auch die Finanzierung der Investitionen über Fremdkapital in vielen Fällen nicht möglich ist. Daneben ist es auch die Verantwortung vieler Bundesländer, ihren Gestaltungsanspruch und ihre Gestaltungsverantwortung über eine aktive Krankenhausplanung nur unzureichend wahrgenommen zu haben. Hier hat der Bundesgesundheitsminister in seiner Kritik an Ländern durchaus auch einen wunden Punkt getroffen. Die jetzt gerade in Nordrhein-Westfalen laufende aktive Krankenhausplanung zeigt, welche Möglichkeiten die Bundesländer auch ohne eine bundespolitische Reform hätten, gestaltend in die Strukturen der Krankenhauslandschaft einzugreifen, wenn sie die politische Auseinandersetzung auf der kommunalen Ebene nicht scheuen würden.

Die unmittelbare Verantwortung für den derzeitigen kalten Strukturwandel trifft allerdings den Bund, der einerseits durch sein aktives Eingreifen in das Krankenhausfinanzierungsrecht den Kliniken Finanzierungsmöglichkeiten genommen hat und andererseits einen angemessenen Inflationsausgleich verweigert. Hätte Karl Lauterbach angesichts der dramatisch gesunkenen Fallzahlen § 10 Absatz 4 im Krankenhausentgeltgesetz nicht bewusst gestrichen, wäre es den Krankenhausgesellschaften der Länder möglich gewesen, Strukturkostenanteile der weggebrochenen Fallzahlen in die Landesbasisfallwerte hineinzuverhandeln. Und würde der Bundesgesundheitsminister sich nicht bis zum heutigen Tag strikt weigern, den notwendigen Inflationsausgleich anzuerkennen, hätte die Kosten-Erlös-Schere aus den Jahren 2022 und 2023 längst geschlossen werden können. Die Behauptung Lauterbachs, seine Krankenhausreform würde die Lage der Kliniken stabilisieren, ist bei

genauer Betrachtung eine Erzählung aus dem Land der Märchen oder ein frommer Wunsch ohne werthaltigen Beleg. Es mag sein, dass die von ihm angekündigten Maßnahmen zum Tarifkostenausgleich im Jahr 2024 und zur Weitergabe des vollen Orientierungswertes ab dem Jahr 2025 dazu führen, dass die Kosten-Erlös-Schere sich nicht noch weiter öffnet, die vorhandene Lücke wird jedoch nicht geschlossen, sondern kontinuierlich mitgeschleppt. Monat für Monat gehen wir von einem Defizitbetrag von 500 Mio. € aus, den die Krankenhäuser irgendwie schließen müssen, um die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten und eine Insolvenz des Standortes zu vermeiden.

Wie reagiert die Branche in dieser Situation?

Nur einige wenige kommunale Großkrankenhäuser oder die Universitätskliniken können darauf vertrauen, praktisch unbegrenzt Defizitausgleiche über ihre Träger zu erhalten. Aber selbst das wird nur in den Kommunen und Bundesländern möglich sein, in denen die finanzielle Lage überdurchschnittlich gut ist und derartige Defizitausgleiche andere Politikbereiche nicht allzu sehr in Mitleidenschaft ziehen. In vielen Regionen, und das bemängeln auch die kommunalen Spitzenverbände, sind die Defizitausgleiche für die kommunalen Krankenhäuser aber längst zum Problem der öffentlichen Haushalte insgesamt geworden. Es stellt sich die Frage, ob der Schulsanierung, dem ÖPNV oder dem Betrieb von Freizeiteinrichtungen, wie Schwimmbäder oder auch Kultureinrichtungen, gegenüber dem kommunalen Krankenhaus Vorrang einzuräumen ist. Kurzfristig steht, so scheint es, noch der Defizitausgleich für das Krankenhaus in der Prioritätenliste ganz oben, sicher auch in der Hoffnung, dass dies nur eine vorüber-

gehende Situation ist, denn eigentlich haben die Krankenhäuser ja einen gesetzlich verbrieften Anspruch auf auskömmliche Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen. Soweit die Theorie.

In den meisten Krankenhäusern hat längst trägerintern die Konsolidierung begonnen oder ist bereits in vollem Gang. Nicht selten werden gemeinsam mit externen Unternehmensberatungen Strategien entwickelt. In manchen Fällen verbessert sich die Ertragslage. In den meisten Fällen aber könnten unwirtschaftliche Leistungsangebote der Krankenhäuser aufgegeben werden, um die Kosten-Erlös-Schere ein Stück weit zu schließen. Realistischerweise funktioniert dies nicht über punktuelle Eingriffe, wie etwa die Optimierung des Sachkostenbudgets. Notwendig sind, und auch das zeigt sich mittlerweile in der öffentlichen Diskussion, der Abbau von Versorgungsangeboten, das Schließen von Stationen und Standorten sowie umfangreiche Personalanpassungen jenseits der Pflege. Hier könnte man einwenden, dass dies ja gerade die richtige Strategie ist, um auf sinkende Fallzahlen, mehr Ambulantisierung und ein knappes Fachkräfteangebot zu reagieren. Das trifft zu, aber nur betriebswirtschaftlich und standortbezogen. Problematisch werden diese Anpassungsmaßnahmen dann, wenn sie ausschließlich der standortbezogenen, betriebswirtschaftlichen Logik folgen und gerade eben nicht eingebettet sind in eine große krankenhauplanerische Umgestaltung der Versorgungsangebote in einem Bundesland. Es wird hier reduziert und dort geschlossen, aber die Frage nach den bedarfsnotwendigen Versorgungsstrukturen bleibt fast immer unbeantwortet. Wem das Wasser bis zum Hals steht, dem fehlt nachvollziehbar der Blick über den Tellerrand bis hin zum Horizont. ▶

Anzeige




Krankenhäuser und Kliniken von ALHO werden integral geplant, seriell vorgefertigt und sind dadurch um 70 Prozent schneller realisiert als in konventioneller Bauweise.

Bauen mit System: ALHO Modulbau
Fixe Kosten. Fixe Termine. Fix fertig.




ALHO
MODULARE GEBÄUDE

Wie geht es weiter?

Das hängt davon ab, für welchen Weg sich die Politik in den kommenden Wochen und Monaten entscheidet. Folgen die Abgeordneten des Bundestages und am Ende auch die Bundesländer im Vermittlungsausschuss den Verheißungen von Karl Lauterbach, der die Stabilisierung der Krankenhauslandschaft mit seiner Reform verspricht, werden wir noch mindestens drei qualvolle Jahre des kalten Strukturwandels erleben. Denn das, was bisher vom Gesetzgeber beabsichtigt ist, wird die Kosten-Erlös-Lücke nicht schließen. Und die Krankenhausträger sind weiterhin im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Logik zu den oben beschriebenen Anpassungsmaßnahmen gezwungen. Da wird es auch nichts helfen, wenn die Bundesländer mit Appellen und klugen Versorgungsplänen versuchen, bedarfsnotwendige Strukturen zu bewahren. Ohne den dafür notwendigen Defizitausgleich in der Tasche wird kein Krankenhausträger in der Lage sein, solche Strukturen perspektivisch noch weiter zu betreiben. Es fehlt nicht an der Bereitschaft, es fehlt an der objektiven Möglichkeit der Geschäftsführungen, das Insolvenzrecht und die Erwartungen der Aufsichtsräte zu umgehen. Das bedeutet letztlich, die Länder müssen selbst Geld in die Hand nehmen, um einen solchen Defizitausgleich nicht nur bei ihren eigenen Krankenhäusern oder den kommunalen Kliniken zu leisten, sondern auch dort, wo ansonsten von privaten, kirchlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern der Sicherstellungsauftrag an die Kommune zurückfällt. Es mag Bundesländer geben, die sich das eine Zeit lang leisten können, bei anderen ist dies angesichts der Haushaltslage von vornherein ausgeschlossen. Der kalte Strukturwandel könnte also in den kommenden drei Jahren dazu führen, dass sich die Krankenhauslandschaft in den verschiedenen Bundesländern je nach Haushaltslage des Landes negativ für die Bevölkerung verändert. Welche Konsequenzen dies für die politische Landschaft und die Akzeptanz der Bürgerinnen und Bürger hat, kann man erahnen.

Was ist jetzt zu tun?

Die Politik hat im Prinzip drei Optionen:

Die erste Option setzt auf das Prinzip Hoffnung. Die Politik kann darauf hoffen, dass die Strukturanpassungen, die jetzt von den Krankenhausträgern nach betriebswirtschaftlicher Logik vorgenommen werden müssen, zufällig mehr oder weniger genau tatsächlich die Bereiche betreffen, die auch im Rahmen einer weitsichtigen und auf den Bedarf der Versorgung ausgerichteten Krankenhausplanung reduziert, geschlossen oder umgewandelt worden wären. Wie wahrscheinlich das perfekte Zusammentreffen betriebswirtschaftlicher Logik mit bedarfsnotwendiger Krankenhausplanung sein wird, ist nur schwer zu beantworten. Angesichts der Anreize im Finanzierungssystem dürften vor allem aber die Versorgungsangebote ausgebaut und erhalten werden, die schon in der Vergangenheit überdurchschnittliche Betriebsergebnisse gebracht haben. Die Option Hoffnung ist also eher eine schlechte Wahl, vor allem wenn man bedenkt, dass es sich hier um einen Kernbereich der Daseinsvorsorge handelt.

Die zweite Option ist die systemkonforme kurzfristige Anpassung der Landesbasisfallwerte um den notwendigen Inflationsausgleich aus den Jahren 2022 und 2023 für alle Krankenhausstandorte. Diese naheliegendste Lösung des Problems hat der Bundesgesundheitsminister und die ihm folgenden Ampelfraktionen bisher immer kategorisch abgelehnt, gerne auch mit dem Hinweis, man wolle nicht mit der Gießkanne Krankenhausstandorte „retten“, die man später nicht mehr braucht. Hier scheint also auch das Prinzip Hoffnung vorzuherrschen, es würde schon die „Richtigen“ treffen.

Die dritte Option wäre ein selektiver Defizitausgleich für bestimmte Krankenhausstandorte nach festzulegenden Maßstäben mit dem Ziel, die Versorgungsangebote zu erhalten, die aus Sicht der Bundesländer besonders versorgungsrelevant und bedarfsnotwendig sind. Ein durchaus heikles Unterfangen angesichts der Tatsache, dass es bisher dafür keine rechtssicheren Kriterien und Umsetzungsvorschläge gibt. Denn prinzipiell müssten alle Krankenhausstandorte im Krankenhausplan und die dort gelisteten Versorgungsangebote bedarfsnotwendig sein und auf die Schnelle lässt sich da wohl kein grundlegend neuer Plan aufstellen. Kurzfristig wäre allenfalls denkbar, bereits vorhandene Strukturkosteninstrumente, wie der Notfallstufenzuschlag, oder bestimmte bereits existierende Zuschläge für konkrete Leistungsangebote, wie zum Beispiel in der Pädiatrie, Geburtshilfe oder Intensivmedizin, mit zusätzlichem Geld deutlich auszuweiten.

Fazit

Der kalte Strukturwandel ist eine nicht mehr zu leugnende Realität, weil er der betriebswirtschaftlichen Logik unterfinanzierter Krankenhausstandorte und der sich daraus ergebenden Anpassungsnotwendigkeit folgt. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Sie liegen zum Teil auch in der Verantwortung der Krankenhausträger selbst und bei den Bundesländern, die über Jahre hinweg weder eine ausreichende Investitionsfinanzierung noch eine aktive Krankenhausplanung geleistet haben. Im Wesentlichen liegt die Verantwortung aktuell aber beim Bund, der bewusst die wirtschaftliche Notlage der Krankenhäuser durch den fehlenden Inflationsausgleich und die Anpassungen im Finanzierungssystem herbeigeführt hat. Die Hoffnung, dass das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hier kurz- oder auch mittelfristig Abhilfe schafft, ist angesichts der dort vorgesehenen Finanzierungsmechanismen völlig unrealistisch und ein politisches Ablenkungsmanöver. Ohne ein aktives Gegensteuern in Form einer verbesserten Ertragslage für die Krankenhäuser bleibt nur das Prinzip Hoffnung für die politisch Verantwortlichen, die Krankenhausträger und am Ende auch die Bürgerinnen und Bürger, die irgendwann einmal auch Patienten sein werden.

Anschrift des Verfassers

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Wegelystraße 3, 10623 Berlin