



Pressemitteilung

Geplante Reform wird die Probleme verschärfen

VKD-Mitgliederbefragung 2015 zeigt die dramatische Lage vieler Krankenhäuser

Berlin, d. 16. September 2015. Ein Drittel der deutschen Krankenhäuser, die ihre Leistungen über Fallpauschalen abrechnen, schreibt rote Zahlen. Neun von zehn Kliniken sind nicht mehr in der Lage, die für eine sichere Zukunft notwendigen Überschüsse zu erwirtschaften. Das sind zwei zentrale Ergebnisse der diesjährigen, inzwischen dritten Mitgliederbefragung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD).

„Diese und weitere Ergebnisse müssen auch der Politik und der Öffentlichkeit endlich zu denken geben. Unser derzeitiges Finanzierungssystem für die Krankenhäuser gehört dringend auf den Prüfstand. Es wirkt mehr und mehr verheerend auf die Versorgungsrealität. Das ist eine Schlussfolgerung, die wir aus der prekären Situation vieler Kliniken ziehen müssen“, erklärte der Präsident des VKD, Dr. Josef Düllings, heute in Berlin anlässlich der Vorstellung der Studie. Er machte gleichzeitig deutlich, dass aus Sicht des Krankenhausmanagements die geplante Klinikreform in der aktuellen Fassung nicht geeignet ist, die Probleme zu lösen. Im Gegenteil – sie verschärft sie.

Befragt wurden rund 1.800 Führungskräfte von Krankenhäusern Anfang dieses Jahres. Der Zeitpunkt fiel in eine Übergangszeit, in der die 2013 beschlossenen Krankenhaushilfen vorübergehend zur Entlastung der Kliniken beitrugen. Hinzu kam die allgemein gute wirtschaftliche Lage, die in einigen Bereichen auch die Krankenhäuser entlastete. Daraus ergab sich zunächst ein etwas besserer Eindruck als vor einem Jahr. Dieser wurde jedoch bei einer Zukunftsbetrachtung schnell wieder getrübt.

Schwerpunkte der Befragung waren, wie im Jahr zuvor, die bisherige Leistungsentwicklung und die Umsatzrentabilität. Hinzu kamen Fragen zur geplanten Leistungsentwicklung und zur Umsetzung des in 2013 von der Bundesregierung beschlossenen Hygieneförderprogramms. Da Leistungs- und Zahlungsverweigerungen der Krankenkassen sowie eine unverhältnismäßige Ausweitung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes die Versorgung der Patienten zunehmend belasten, wurde auch nach dem Verhältnis der Klinikleitungen zu den Krankenkassen gefragt.

Vor allem kleine Kliniken und Maximalversorger in roten Zahlen

Die Befragung zeigte, dass vor allem die Finanzlage der Allgemeinkrankenhäuser mit weniger als 250 Betten dramatisch ist. Von ihnen wiesen im vergangenen Jahr 48,6 Prozent ein Defizit aus. Ebenfalls sehr schwierig ist die Lage vieler Krankenhäuser der Maximalversorgung einschließlich der Universitätskliniken, von denen 42,9 Prozent in 2014 rote Zahlen schrieben.

Kleine Krankenhäuser machen in Deutschland rund die Hälfte aller Einrichtungen aus. Wenn von diesen wiederum rund 50 Prozent ihren Versorgungsauftrag nicht kostendeckend mit Fallpauschalen erfüllen können – im Übrigen ohne dass sie durchweg schlechter wirtschaften als die anderen - zeigt das, in welche Schiefelage die stationäre Gesundheitsversorgung bereits geraten ist.

Wenn gleichzeitig Maximalversorger und Universitätskliniken gerade die Behandlungen nicht adäquat vergütet bekommen, für die sie eigentlich da sind und wohin die kleineren Häuser

Patienten überweisen, die hochspezialisierter Leistungen bedürfen, ist auch das ein klares Zeichen für die Mängel im DRG-System, in dem stets der Durchschnitt die Hauptrolle spielt.

Das muss dringend verändert werden, so der VKD. Kleine Krankenhäuser der Grundversorgung, die für die gesetzlich vorgeschriebene, Flächen deckende Versorgung zwingend notwendig sind, müssen unkompliziert Versorgungszuschläge erhalten. Maximalversorger müssen einen Zuschlag als Belastungsausgleich für besonders kostenintensive Behandlungen erhalten, die im Fallpauschalensystem nicht sachgerecht abgebildet sind.

Im vergangenen Jahr wiesen laut Umfrage 35 Prozent aller Allgemeinkrankenhäuser einschließlich der Universitätskliniken ein Defizit aus (2015 rechnen laut Wirtschaftsplan über 32 Prozent mit einem Defizit). In 2014 waren es noch 46 Prozent. Diese Verbesserung ist vor allem Ergebnis der Krankenhaushilfen, die nun mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz wieder abgeschafft werden sollen. Daher wird dieser leichte Aufwärtstrend vom VKD lediglich als temporär eingeschätzt. Der Anteil der Häuser mit roten Zahlen wird wieder deutlich ansteigen, wenn der Versorgungszuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro jährlich tatsächlich, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, ab 2017 entfällt und gleichzeitig die Abschläge für Mehrleistungen erhöht sowie zeitlich auch noch deutlich verlängert werden.

Dr. Düllings: „Der Gesetzgeber entzöge damit den ohnehin klammen Krankenhäusern weitere Ressourcen. Die negativen Auswirkungen auf Qualität und Patientensicherheit wären damit vorprogrammiert. Ich kann mir kaum vorstellen, dass die Bundestagsabgeordneten das sehenden Auges so beschließen.“

Schwarze Null reicht nicht zur Sicherstellung der Versorgung

Noch deutlich gefährlicher für eine stabile Zukunft der Krankenhausversorgung aber ist ein weiteres Ergebnis der Umfrage: Die meisten Krankenhäuser – neun von zehn – sind nicht mehr in der Lage, die für Investitionen notwendigen Überschüsse zu erwirtschaften. Hier hat sich im Vergleich zu vorhergehenden Befragungen leider überhaupt nichts zum Positiven verändert. Der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser mit einer Umsatzrentabilität von über vier Prozent lag 2014 bei unter 10 Prozent. Mindestens vier Prozent müssen aber erreicht werden, um wenigstens die vorhandene Infrastruktur zu erhalten. Die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung von Investitionen durch die Länder ist ein wesentlicher Grund für die entstandene Situation. Den Krankenhäusern entsteht hier jährlich eine Deckungslücke von rund drei Mrd. Euro, die sich von Jahr zu Jahr kumulativ ausweitet. Nur einen kleinen Teil davon kann ebenfalls nur ein kleiner Anteil der Krankenhäuser aus den erwirtschafteten Erlösen kompensieren. In der weit überwiegenden Mehrzahl der Kliniken setzt sich die personelle und finanzielle Auszehrung unvermindert fort. Eine schwarze Null reicht daher nicht. Bund und Länder konnten sich leider nicht zu einem Lösungsvorschlag für dieses seit Jahren schwelende Problem durchringen. Jede Reform, die diese Frage unbeantwortet lässt, beseitigt nicht die Hauptursache des Finanzierungsdilemmas und muss daher scheitern.

Nur moderate Mengensteigerungen

Die von Seiten der Krankenkassen immer wieder erhobenen Vorwürfe ökonomisch motivierter Mehrleistungen durch Krankenhäuser zur Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage haben sich weder in diversen Gutachten, noch in der aktuellen VKD-Befragung bestätigt. Die Klinikmanager erwarten danach für das Jahr 2015 insgesamt nur eine moderate Leistungsentwicklung. Rund zwei Drittel der Kliniken gehen von einer rückläufigen bis moderat steigenden Leistungsentwicklung von bis zu zwei Prozent aus. Mehr als 20 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser erwarten eher konstante bis rückläufige Fallzahlen. Gründe dafür sind oft die Konzentration von Leistungssegmenten an anderen Kliniken, aber auch die Schließung von Abteilungen, zum Beispiel für Geburtshilfe. Etwa sieben Prozent der

Allgemeinkrankenhäuser rechnen mit einem Leistungsanstieg von mehr als fünf Prozent, u.a. weil neue Leistungen angeboten werden, für die es im Umfeld einen Bedarf gibt.

Hygieneprogramm wirkt – Förderung hinkt nach

Im Jahr 2013 hat der Bundestag ein Hygieneförderprogramm beschlossen. Danach sollen bis 2016 Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeitstellen von Hygienepersonal, Fort- und Weiterbildungen sowie externe Beratung finanziell gefördert werden. Wirkt das Programm? Auch danach wurden die Krankenhausmanager befragt. Es zeigte sich: ein großer Teil der Kliniken hat intensiv an der Verbesserung der personellen Ausstattung im Hygienebereich gearbeitet. So hatten u.a. knapp 60 Prozent der Häuser die personelle Besetzung aufgestockt. Mit der Finanzierung durch die Krankenkassen haperte es allerdings vielfach. Nur knapp 60 Prozent dieser Kliniken mit zusätzlichen Stellen, wurden, wie gesetzlich vorgeschrieben, auch von den Kassen refinanziert.

Kassen verzögern Zahlungen und lehnen Leistungen ab

Diese wenig partnerschaftliche Handlungsweise zeigten dann die Antworten zum Geschäftsgebaren der Krankenkassen ebenfalls. Sie vermittelten zudem einen ganz speziellen und vor allem auch für die Patienten irritierenden Blick auf das Verhalten der Versicherungen. Danach wurden bestimmte Leistungen, die Teil des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses waren, von den Krankenkassen in den Entgeltverhandlungen mit Allgemeinkrankenhäusern zum Teil rundheraus abgelehnt. Rund 80 Prozent der Häuser mussten in Budgetverhandlungen über ihren Versorgungsauftrag streiten, der ja durch das jeweilige Land dem Haus zugewiesen wurde und gar nicht Gegenstand der Verhandlungen sein dürfte. Die Häuser klagten erfolgreich dagegen, aber der Eindruck bleibt, dass sich hier Kassen durch Zeitgewinn finanzielle Vorteile auf Kosten der Kliniken verschafft haben.

Hinzu kommt, dass mit solchen Tricks eine zeitnahe Übertragung des medizinisch-technischen Fortschritts aus Krankenhäusern der Maximalversorgung in die Schwerpunkt- und Regelversorgung verzögert wird. Das betraf vor allem neue, aufwändige Therapien. Auffällig ist, dass insbesondere teure Therapien häufiger abgelehnt wurden, unter anderem die Implantation von MitralClips, die mit rund 32.000 Euro je Leistung einen sehr hohen Ausgabenposten in der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen. Das in der Umfrage festgestellte Ausmaß von versuchten Leistungsausschlüssen hat aus Sicht des VKD eine neue Qualität. Der fatale Eindruck ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen zunehmend zu „Innovationsblockierern“ entwickeln.

Fazit

Die aktuelle Befragung zeigt, dass die Finanzlage der Krankenhäuser nach wie vor kritisch, häufig sogar dramatisch ist. Wenn keine Korrekturen am gegenwärtigen Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes vorgenommen werden, müssen sich die Ergebnisse zwangsläufig weiter verschlechtern. Der VKD fordert daher u.a. die Beibehaltung des Versorgungszuschlags und seine Überführung in den Landesbasisfallwert. Der geplante „Fixkostendegressionsabschlag“ für zusätzlich vereinbarte Leistungsmengen darf höchstens 25 Prozent betragen und sollte nicht fünf, sondern nur drei Jahre lang erhoben werden. Das Problem der Investitionsfinanzierung muss endlich gelöst werden.

Die zunehmende Belastung des Verhältnisses zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, ausgelöst durch Strategien der Versicherungen, Leistungen nicht oder erst verzögert bezahlen zu wollen und den Versuch, Leistungen aus dem Versorgungsvertrag gesetzwidrig auszuschließen, schadet nicht nur den Krankenhäusern, sondern vor allem auch den

Versicherten und Patienten. Hier sollten die Kassen zu einem partnerschaftlichen Miteinander zurückkehren.

Hintergrund

Die Befragung wurde von Dezember 2014 bis Januar 2015 wie in den Jahren zuvor als Online-Befragung durchgeführt. Es wurden rund 1.800 aktive Mitglieder (Vorstände, Geschäftsführer, Krankenhausdirektoren und Verwaltungsleiter) angeschrieben. Auswertbare Antworten gingen für 441 Kliniken ein. Die Rücklaufquote lag bei gut 24 Prozent (2013: 17 Prozent).

Kontakt

VKD-Geschäftsstelle Berlin
Tel.: 030-28885912
vkdgs@vkd-online.de

Pressesprecher Dr. Falko Milski
Geschäftsführer
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH

Telefon: 03821 700100
E-Mail: f.milski@bodden-kliniken.de

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vertritt mit rund 2.350 Mitgliedern das Management fast aller deutschen Krankenhäuser einschließlich der Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Er versteht sich als Ansprechpartner insbesondere in Fragen der Krankenhauspraxis und des Klinikmanagements. www.vkd-online.de