

Udo Beck, Dr. Frank Thölen

Klinikfinanzierung in der Sackgasse

Ein Ausweg aus der Perspektive eines Klinikverbundes

Ein großer Teil der Kliniklandschaft in Deutschland befindet sich in oder vor einer existenziellen Krise, die Pandemiesituation hat hier wie ein Katalysator gewirkt. Die aktuellen Hochrechnungen der Jahresergebnisse 2021 im Clinotel-Krankenhausverbund geben Anlass zur Sorge, denn die Handlungsspielräume werden auch für krisenerprobte und konsolidierungserfahrene Klinikmanager immer enger. Die Autoren beschreiben die aktuelle Finanzperspektive öffentlicher und freigemeinnütziger Kliniken des Clinotel-Krankenhausverbundes und zeigen Wege aus der drohenden Krise.

Die jahrzehntelang währende Wachstumsphase ist vorbei und die „klassischen“ betriebswirtschaftlichen Instrumente zur Steuerung der personalkostenintensiven Kliniken sind häufig bereits umgesetzt oder schlicht nicht mehr anwendbar (zum Beispiel wegen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes). Im Gegenteil: Der spürbar wachsende Fachkräftemangel sorgt für eine „Inflation“ der Personalkosten in manchen Berufsgruppen, die durch das aktuelle Finanzierungsmodell nicht refinanziert sind. Sollten ab 2022 die Patienten den Kliniken weiterhin anteilig fernbleiben, droht nicht wenigen, auch „systemrelevanten“ Kliniken, der finanzielle Kollaps.

Finanzlage 2021 und Perspektive

Derzeit veröffentlichen viele Kliniken positive Jahresabschlüsse für das Jahr 2020, was irriterweise in der Außenwirkung ein eher positives Bild zur Finanzlage der deutschen Kliniken vermittelt. Tatsächlich ist es aktuell so, dass eine Alarmstimmung in vielen Kliniken herrscht. Nach wie vor ist der Case-Mix-Rückgang, der von Januar bis Juni 2021 zu 2019 verbund-

weit 15 % betrug, auch nach dem Wegfall des Rettungsschirms Mitte Juni 2021 in den Kliniken deutlich spürbar. Kaum eine Klinik wird das Leistungsniveau 2019 inklusive Ausgleichszahlungen erreichen, sodass am Ende der sogenannte 98 %-Ausgleich zum Tragen kommt. Mit dem zusätzlichen Wegfall der Einnahmen aus anderen Bereichen wie Ambulanzen, Wahlleistungen, Nebenbetrieben etc. ergibt sich derzeit für fast alle Kliniken des Verbundes ein Szenario, dass im negativen Sinne rekordverdächtig ist. Anfang Juli 2021 wurde innerhalb des Verbundes eine Befragung zum voraussichtlichen Betriebsergebnis 2021 und der Erwartung für 2022 durchgeführt, an der sich 35 Träger (19 öffentlich, 16 freigemeinnützig) mit insgesamt 44 Kliniken, also zwei Drittel der Verbundmitglieder, beteiligt haben.

Wie in ► **Abbildung 1** erkennbar ist, hatten die 44 teilnehmenden Mitgliedshäuser bereits in 2019 ein negatives Ergebnis (erstmal in der 20-jährigen Verbundhistorie). In 2020, welches der GKV-Spitzenverband als „goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung“ bezeichnet hat, gab es, auch aufgrund der not-

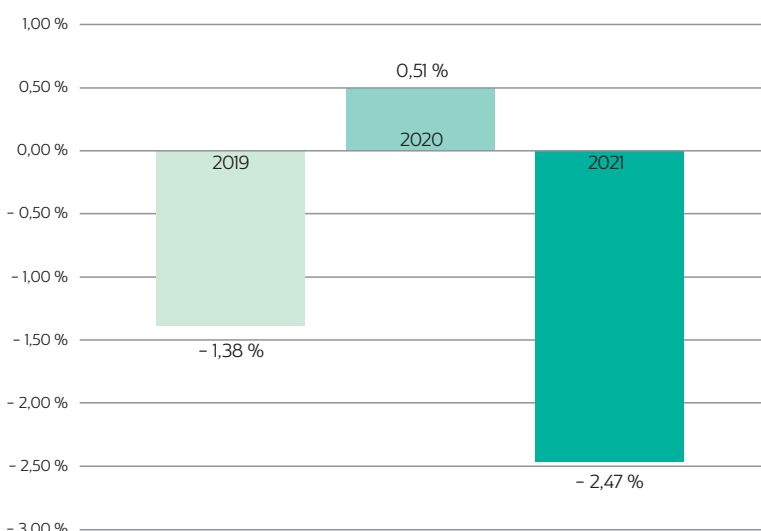
wendigen Ausgleichszahlungen für diese Kliniken, eine leicht positive Umsatzrendite von 0,6 %. Für das laufende Jahr 2021 erwarten die Geschäftsführer der teilnehmenden Mitgliedshäuser ein Rekorddefizit von minus 2,5 %.

Die Erwartungen für 2022 sind ebenfalls alles andere als rosig. Nur etwa ein Drittel der Geschäftsführer erwartet eine Verbesserung gegenüber dem deutlich negativen Ergebnis von 2021, während das zweite Drittel eine Stagnation und ein Drittel sogar eine noch weitere Verschlechterung des Ergebnisses erwartet, wie in ► **Abbildung 2** dargestellt.

Diese Finanzperspektive muss als alarmierend bezeichnet werden und spiegelt derzeit sicherlich das Gros der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger wieder. Die Klinikfinanzierung steckt in einer Krise, aus der die Kliniken allein aus eigener Kraft nicht herauskommen werden. Hier ist gemeinsames, strukturiertes Handeln gefragt.

Abbildung 1: Umsatzrendite 2019 bis 2021 (Prognose) in %

Gesamt (44 CLINOTEL-Mitgliedskliniken)



Maßnahmen auf Krankenhaus-ebene

Liquiditätssicherung und Konsolidierung

Seit Mitte Juni 2021, also seit dem Wegfall der Ausgleichspauschale für die pandemiebedingten Leistungsrückgänge, ist die Liquidität in vielen Kliniken rückläufig. Die Auslastungen sind vielfach nicht auf Vor-Corona-Niveau, sodass die Erlöse nicht die entstehenden Kosten decken. Ausgleichsansprüche, die der Gesetzgeber hier sinnvollerweise vorgesehen hat, kommen angesichts des enormen Budgetverhandlungsstaus voraussichtlich erst in 2023 zum Tragen. Bis dahin müssen die Kliniken mit ihren Trägern und/oder Banken eine Lösung finden. Immer häufiger müssen Träger und Banken davon überzeugt werden, dass die Liquiditätslage ein temporäres Problem ist, für dessen Lösung ein nachvollziehbares Konzept vorliegt. Neben einem professionellen Liquiditätsmanagement sind hier strukturierte Analysen zur Zukunftsfähigkeit erforderlich. Dazu gehören kurz- und mittelfristig wirkende operative Konsolidierungsmaßnahmen sowie die Überprüfung der mittel- bis langfristigen Medizinstrategie.

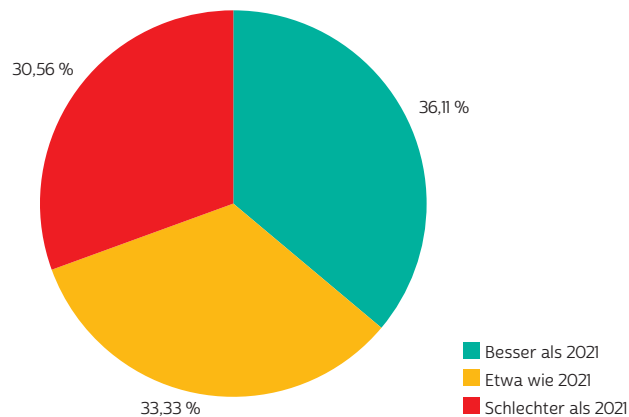
Zur Unterstützung der Konsolidierungsmaßnahmen nutzen die Geschäftsführer der Mitgliedshäuser die zahlreichen Clinotel-Benchmarks. Es lassen sich an der einen oder anderen Stelle immer noch Handlungsfelder erkennen und auch, wo es Kliniken mit besonders guten Ergebnissen in den jeweiligen Bereichen gibt. In der verbundinternen, digitalen Wissensplattform myCLINOTEL finden sich in der Rubrik „Gute Praxis“ 250 Einträge zu 70 Projekten zur Prozess- und Kostenoptimierung. Von „Ambulantisierungsstrategie“ bis „Zentralsterilisation“ sind dort Projekte aufgeführt, die zum direkten kollegialen Austausch einladen. Für die Kliniken, die Maßnahmen mit externer Begleitung durchführen möchten, bietet Clinotel ein „Beraterportal“ mit 180 Einträgen und den individuellen Bewertungen des Erfolges durch die Geschäftsführungen an. Im monatlichen digitalen Management-Jour-Fixe findet auch hierzu ein reger kollegialer Austausch statt. Natürlich ist es Aufgabe jeder Klinik, hier alle Möglichkeiten auszuschöpfen. Die maximalen Potenziale zur Kostenreduktion liegen allerdings häufig unter den benötigten Summen für ein nur ausgeglichenes Ergebnis, sodass mit klassischer Konsolidierung allein ein erforderlicher Turnaround nicht überall gelingen kann.

Medizinstrategische Ausrichtung aktualisieren

Schon vor der Coronapandemie standen die Zeichen des Gesetzgebers auf Ausweitung der Ambulantisierung. Stufenweise Abrechnungskontrollquoten mit dem MDK-Reformgesetz wurden 2020/2021 zunächst ausgesetzt, werden jedoch 2022 wieder zum Tragen kommen. Ein neuer AOP-Katalog wird ab Januar 2022 den Ambulantisierungsdruck weiter erhöhen. Faktisch werden Kliniken stationäre Leistungen verlieren, Umsätze wer-

Abbildung 2: Prognose Betriebsergebnis 2022

Umfrageergebnis gesamt (44 CLINOTEL-Mitgliedskliniken)



den weiter zurückgehen. Einen gewissen „Vorgeschmack“ haben die Kliniken während der Pandemie bereits erhalten, denn ein Teil des Leistungsrückgangs ist auch dem Umstand geschuldet, dass nicht zwingend notwendige Klinikaufenthalte schlichtweg komplett vermieden wurden.

Tatsache ist, dass Kliniken ab 2022 Fehlbelegungen unbedingt verhindern müssen, sowohl primäre als auch sekundäre Fehlbelegung. Dadurch werden Erlöse in voller Höhe ausfallen, Fixkosten hingegen bleiben. Bei der Suche nach den nötigen komplementären Erlöserinnahmen müssen die Kliniken den hierzu vielfach bereits begonnenen Weg konsequent fortsetzen, beispielsweise durch

- Intensivierung wettbewerblicher Maßnahmen um komplexere Behandlungen, die auch mittel- bis langfristig der stationären Behandlung bedürfen
- Auf- bzw. Ausbau professioneller MVZ-Strukturen
- Schaffung ambulanter Operationsmöglichkeiten mit separaten, effizienten Abläufen
- Aufbau der Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e, 132m SGB V neu)

Gleichzeitig findet aktuell eine Umgestaltung der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen statt, der Modellcharakter für das gesamte Bundesgebiet nachgesagt wird. Die hier für die Erbringung der jeweiligen „Leistungsgruppen“ notwendigen strukturellen Voraussetzungen lassen bereits sehr gut erkennen, welches Maß an Konzentration und Spezialisierung hier auf die Kliniken zukommen wird. Hier ein wenig Gefäßchirurgie, dort 1–2 Katheteruntersuchungen am Tag, einmal pro Monat ein großer Eingriff in den Thorax usw. wird es künftig nicht mehr geben. Bereits heute muss man die Möglichkeiten und Grenzen für die eigene Klinik hierzu ermitteln und den Umbau auf zukunftsfähige Strukturen beginnen. Clinotel unterstützt die Mitgliedshäuser hier bei der Leistungsplanung für 2022 und auch bei der Herausarbeitung einer zukunftsfähigen Medizinstrategie unter Einbindung der Markt- und Konkurrenzdaten sowie den Strukturanforderungen in Anlehnung an die neue Krankenhausplanung NRW. ▶

Digitalisierung

Das KHZG hat neben der Finanzierung entsprechender Investitionen in die Digitalisierung und die IT-Sicherheit bei vielen Kliniken eine intensive Auseinandersetzung mit der Digitalisierungsstrategie und deren konkreter Umsetzung begründet. Die Förderanträge sind gestellt, in den nächsten Jahren müssen die dahinterstehenden Projekte in den Kliniken umgesetzt werden, um die Fördermittel auch abrufen zu können. Vielfach werden hier neue Prozessmodelle entstehen. Die bisherige Erfahrung im Bereich Digitalisierung lässt erwarten, dass die geförderten Investitionen zum Teil mit Folgekosten im Bereich der Betriebskostenfinanzierung verbunden sind, die bisher unregelt sind.

Fazit

In den Kliniken wird in den kommenden Monaten und Jahren ein enormer Umsetzungsdruck mit weitreichenden Veränderungsmaßnahmen zu bewältigen sein. In den aktuellen Strukturen werden die klinikinternen Maßnahmen alleine zur nachhaltigen Zukunftssicherung nicht ausreichen. Ohne flankierende Maßnahmen auf der landes- und bundespolitischen Ebene werden viele Kliniken wirtschaftlich nicht überleben. Ob diese Kliniken für die medizinische Versorgung obsolet oder unverzichtbar sind, ist dann nicht das Kriterium. Am Ende werden dann die Kommunen mit dem Sicherstellungsauftrag der örtlichen Gesundheitsversorgung dastehen. Die Krankenhausfinanzierung steckt aktuell in einer Sackgasse.

Das Dilemma der Krankenhausplanung, Investitions- und Betriebskostenfinanzierung

Grundsätzlich herrscht Einigkeit darüber, dass es in deutschen Kliniken insgesamt Ambulantisierungspotenzial, zu viele Betten und am Ende auch zu viele Klinikstandorte gibt. Dass Konzentration und Spezialisierung grundsätzlich aus ökonomischer und qualitativer Sicht sinnvolle Ansätze sind, ist ebenfalls unstrittig. Allerdings ist Krankenhausplanung derzeit die alleinige Aufgabe der Länder. Sofern also Fachabteilungen oder Kliniken geschlossen werden sollten, wäre es Aufgabe der Länder, diese konkret zu ermitteln und ihnen dann auch konsequent den Versorgungsauftrag zu entziehen. Wer einmal erlebt hat, zu welchen Bürgerprotesten es bei einer einzelnen betroffenen Klinik kommt, dem wird schnell klar, dass politisch gewählte Vertreter der jeweiligen Landeswahlkreise diese Entscheidungen in einem entsprechend erforderlichen Umfang niemals treffen werden.

Stattdessen äußern sich Gesundheitspolitiker auf Bundesebene, Gesundheitswissenschaftler, Krankenkassenvertreter, Stiftungen und auch der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und viele weitere Stakeholder vermehrt öffentlich zu diesem Thema.

Jeder der genannten Stakeholder versucht, im Rahmen seiner Möglichkeiten, Einfluss zu nehmen. Der Bund hat beispielsweise mit dem Krankenhausstrukturfonds u. a. zum Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten bis zum Jahr 2024 Förder-

mittel zur Verfügung gestellt. Damit sollen Kliniken für die Schließung von Standorten finanzielle Anreize geboten werden.

Der GBA legt aus der Qualitätsperspektive heraus Mindestmengen und Strukturvoraussetzungen für die Erbringung einzelner Leistungsbereiche fest.

Die Krankenkassen, die in der Landeskrankenhausplanung keine Entscheidungskompetenz haben, wirken auf dem Weg der Finanzierung der Betriebskosten auf die Entwicklung der Kliniken ein. Hier sind die Abrechnungsprüfungen zu nennen, die seit 2015 Jahr für Jahr bis auf eine Anfragequote von über 20 % immer weiter intensiviert wurden. Es geht dabei überwiegend um die Frage, ob einzelne Patienten im Krankenhaus nicht oder kürzer hätten behandelt werden können. Die immer weiter zunehmende gesetzliche Regelungstiefe der Abrechnungs- und Prüfungsverfahren erfordert enorme Ressourcen auf beiden Seiten einschließlich der Sozialgerichtsbarkeit.

Problematisch sieht es unverändert bei der Investitionsfinanzierung aus. Das Kernproblem bei der Finanzierung der notwendigen Infrastruktur ist die seit über zwei Jahrzehnten kontinuierlich wachsende Finanzierungslücke zwischen dem Investitionsbedarf der Kliniken und den bereitgestellten Fördermitteln der Länder. Als Folge davon liegt der Anlagenabnutzungsgrad aller Clinotel-Mitgliedshäuser aktuell bei 58,2 % und damit rd. 10 % höher als noch vor zehn Jahren, als dieser bei 48,5 % lag. Das ist ein erheblicher Substanzverlust in einer Branche, in der Innovationskraft mit der Investition in moderne Technik einhergeht. Hier steht die Gesundheitsversorgung im Wettbewerb um Landesmittel mit ebenfalls gesellschaftlich hochrelevanten Bereichen wie Bildung, Innere Sicherheit u. v. m. Es ist offensichtlich, dass es auch zukünftig nicht gelingen wird, die Finanzierungslast dauerhaft allein bei den Ländern zu belassen. Die ausschließliche Krankenhausfinanzierung durch die Länder führt ebenfalls in die Sackgasse.

Auch die Kliniken selbst entwickeln über Fusionen, Kooperationen und den Ausbau vertikaler Kooperationen Lösungen. Diese sind i. d. R. wettbewerbsorientiert und stellen selbstverständlich immer die jeweils eigene Existenzsicherung in den Vordergrund und nicht die für eine Region beste Lösung.

Was den Kliniken in unserem Gesundheitssystem jedoch aktuell fehlt, ist ein gemeinsames und abgestimmtes Konzept, in dem Krankenhausplanung, die Investitionsfinanzierung und die Betriebskostenfinanzierung konsequent einem erkennbaren „roten Faden“ folgen.

Ein wichtiger Schritt heraus aus dieser Planungs- und Finanzierungskrise wäre, dass die hierfür verantwortlichen Stakeholder aus Bundregierung und Landesministerien dieses Thema zunächst einmal gemeinsam angehen. Ähnlich wie in der Pandemie müssen auch in dieser Krise die wesentlichen Eckpunkte der gewünschten Krankenhausstrukturen bundesweit gemeinsam festgelegt werden. Hierbei gilt es, zunächst grundsätzliche Festlegungen zu treffen, wie zum Beispiel

– Wollen wir Wettbewerb inkl. Kartellrecht oder geplante Konzentration und Spezialisierung?

- Wollen wir die Klinikanzahl reduzieren? Mit welchem Ziel? Um wie viele? In welchem Zeitraum?
- Wollen wir wohnortnahe Versorgung oder Konzentration und Spezialisierung: Welche planbaren Leistungsangebote sollen zeitnah (beispielsweise in 30 Minuten) erreichbar sein und welche Spezialleistungen erlauben längere Anfahrtswege (zum Beispiel bis zu 90 Minuten)?
- Qualität der Leistungserbringung: Welche strukturellen Mindestvoraussetzungen (personell/apparativ/zeitliche Verfügbarkeit/Mengen) müssen die jeweiligen Leistungsangebote vorweisen?
- Wie und durch wen werden Vorhaltekosten der regionalen Grund-/Notfallversorgung finanziert?
- Sollen ambulante Leistungen stärker durch Kliniken erbracht werden? Welche sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle sollen dabei gefördert werden und wie werden diese finanziert?
- Wo und wie findet die Facharztweiterbildung statt?

Zu diesen beispielhaft aufgeführten Fragen sind die Eckpunkte und die Finanzierungsgrundlagen von Bund und Ländern gemeinsam zu regeln. Hierzu wäre dann auch die konkrete Umsetzung festzulegen. So könnte für jede Versorgungsregion ein regionales Planungs- und Finanzierungskonzept unter Einbindung der jeweiligen Träger seitens der Landesministerien erarbeitet werden, welches auf den festgelegten Planungs- und Finanzierungsgrundsätzen basiert. Natürlich birgt dieses Vorgehen auch Konfliktpotenzial, aber es besteht hier die Chance auf einen dringend erforderlichen Neuanfang. Die Neuausrichtung der Krankenhausplanung NRW bietet hier einige gute Grundlagen zu einer möglichen Gestaltung von Entscheidungskriterien. Nachfolgend drei Beispiele für zukunftsorientierte Konzepte aus Clinotel-Mitgliedskrankenhäusern. Im Landkreis Lörrach konnte in diesem Jahr mit dem Neubau eines Zentralkrankenhauses begonnen werden. Aus bisher vier Klinikstandorten entsteht ein Zentralklinikum mit insgesamt 10 % weniger Betten. Der Gesundheitscampus wird komplementäre ambulante, teil- und vollstationäre Versorgungsbereiche vorhalten. Die technische und digitale Infrastruktur und die moderne, ablauforientierte Planung werden eine zukunftsfähige Klinik entstehen lassen. Investitionsmittel von Bund und Land werden hier ebenso eingesetzt wie Eigenmittel des Trägers, die sich durch effizientere Abläufe amortisieren werden.

Die Mitgliedskliniken im Ortenaukreis planen, ihre bisher neun Standorte auf bedarfsnotwendige vier und dabei die Bettenzahl von ehemals 1 700 auf 1 350 (minus 20 %) zu reduzieren. Zu höheren Krankenkassenbeiträgen werden diese Konzepte nicht führen, aber ohne ausreichende zusätzliche Investitionsfinanzierung aus dem Strukturfonds wären diese herausragenden Projekte nicht umsetzbar.

Im Westküstenklinikum wurde am Standort Brunsbüttel ein integriertes Versorgungszentrum etabliert, das wohnortnah ein sehr gut angenommenes medizinisches Versorgungskonzept anbietet. Hierzu waren jahrelange Verhandlungen mit mehrseitigen Verträgen erforderlich. Sektorenübergreifende Versor-

gungsangebote dieser Art sollten standardisiert umsetzbar und finanzierbar sein.

In der Vergangenheit wurden immer mehr einzelne gesetzliche Detailregelungen getroffen, da die Planungs- und Finanzierungsstrukturen auf der obersten Ebene leider nicht so geregelt sind, dass in den Versorgungsstrukturen automatisch „das Richtige“ passiert. In der aktuellen Legislaturperiode sind 29 Gesetze mit umsetzungsrelevanten Tatbeständen für die Kliniken erlassen worden. Das bedeutet, dass rund alle sieben Wochen ein neues Gesetz in den Kliniken umgesetzt werden musste, einschließlich der Bewältigung einer Coronapandemie. Die Finanzsituation der Kliniken hat sich durch diese Flut an Gesetzen insgesamt nicht verbessert. Insofern wäre es für die Zukunft wünschenswert, wenn es deutlich weniger neue Gesetze gäbe, diese dann aber im Sinne der genannten Vorschläge Bürokratie abbauen und zukunftsfähige Planungs- und Finanzierungsstrukturen schaffen.

Unter diesen Bedingungen wären die Kliniken dann auch in der Lage, durch die Erledigung ihrer „Hausaufgaben“ wie Liquiditätssicherung und Konsolidierung, Neuausrichtung der Medizinstrategie und Digitalisierung ihre Existenz nachhaltig zu sichern. Dabei wird es zu Umverteilungen und auch zu Schließungen oder Fusionen von Fachabteilungen und Kliniken kommen, sodass am Ende (mit Ausnahme der Investitionsförderung) nicht mehr Geld ins System fließen muss. Der Unterschied zur derzeitigen Situation wäre, dass es sich um ein strukturiertes, geplantes Vorgehen handelte. Eine Perspektive, die fast allen Klinikmanagern im Moment fehlt, die es aber dringend braucht, um unser Gesundheitssystem aus der Sackgasse zu führen. Die ungeplante Bereinigung der Krankenhauslandschaft über „finanzielles Siechtum“ durch dauerhaften Mittelentzug ist die denkbar schlechteste Variante.

Anschrift der Verfasser

Diplom-Verwaltungswirt Udo Beck M.A./Dr. med. Frank Thölen M.A., Geschäftsführung, Clinotel Krankenhausverbund gGmbH, Riehler Str. 36, 50668 Köln

— Anzeige —



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Qualitätssicherungskonferenz

am 4. und 5. November 2021
als Online-Veranstaltung

Programm und Informationen zur Anmeldung:
www.g-ba.de