

Das alte Leid (Lied)

Das Krankenhausstrukturgesetz trat in seinen wesentlichen Teilen am 1. Januar 2016 in Kraft. Damit wurde eine Vielzahl von Regelungen eingeführt, die die Krankenhausfinanzierung, die Krankenhausstruktur und die stationäre Qualitätssicherung betrafen. In diesem Gesetz wurde klargestellt, dass es dabei bleibt, dass die Bundesländer die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Investitionen für die Krankenhäuser bereit zu stellen haben. Soweit, so gut – aber wie sieht die Wirklichkeit aus?

Bestandsaufnahme der DKG zeigt Investitionslücke von über 100 Prozent

Am 18. April 2017 veröffentlichte die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Bestandsaufnahme in Abstimmung mit den Landeskrankenhausesellschaften zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2017. Zusammengefasst heißt es darin, dass die Bundesländer im Jahr 2015 ca. 2,8 Milliarden Euro zur Investitionsfinanzierung nach §9 KHG zur Verfügung gestellt haben. Das Gesamtvolumen der KHG-Mittel auf Bundesebene liegt damit unterhalb des durchschnittlichen Investitionsvolumens der Jahre 1991–2015. Unter Berücksichtigung eines bestandserhaltenden Investitionsbedarfs von mindestens sechs Milliarden Euro zeigt sich aus der Sicht der DKG eine Investitionslücke von über 100 Prozent; dabei wurde der jährliche Investitionsbedarf von Universitätskliniken (Lehre und Forschung sowie Ausbildungsstätten) nicht berücksichtigt.

Diese Aussagen decken sich im Wesentlichen mit denen des jährlich erscheinenden Krankenhaus-Ratingreports (RWI Essen). Deren Pressemitteilung vom 9. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass die Krankenhäuser aus eigenen Mitteln jährlich 1,9 Milliarden Euro an Investitionsmitteln zusätzlich aufbringen. Dabei gibt es große länder-spezifische Unterschiede. Der kumulierte

Investitionsstau beträgt rund 28 Milliarden Euro. Bei Fortschreibung des Status quo aus 2014 würde der Anteil der Krankenhäuser mit erhöhter Insolvenzgefahr bis 2020 auf 23 % steigen. Berücksichtigt man die Maßnahmen des Krankenhausstrukturgesetzes, dürfte der Anteil mit Insolvenzgefahr (auf Konzernebene) bis 2020 dagegen nahezu konstant bei 12 % bleiben. Weiter heißt es in der Presseerklärung, dass die Insolvenz-wahrscheinlichkeit deutscher Krankenhäuser im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr weitgehend unverändert geblieben ist. 11 % befanden sich im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Bei einer Betrachtung nach Trägern lagen 21 % der öffentlich-rechtlichen Häuser im „roten Bereich“, 10 % der freigemeinnützigen und 3 % der privaten; die Situation der öffentlich-rechtlichen soll sich leicht verschlechtert haben.

Die Ertragslage hat sich jedoch verbessert; die Umsatzrendite stieg von 1,3 auf 1,8 %. Auf Konzernebene wiesen 23 % der Krankenhäuser einen Jahresverlust aus; 2013 waren es noch 30 %.

Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen

Das Krankenhausstrukturgesetz hat zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen einen Strukturfonds vorgesehen. Es werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Mit diesen Mitteln sollen Vorhaben der Länder gefördert werden, wenn diese sich mit einem gleich hohen Betrag beteiligen. So wird maximal ein Volumen in Höhe von einer Milliarde Euro zur Verfügung gestellt. Die Krankenhäuser erhalten die Förder-gelder zusätzlich zu der fälligen Investitions-förderung durch die Bundesländer.

Nicht zu verkennen ist, dass auch bei der Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung etwas getan wurde; aber einen Durchgriff des Bundes auf die Länder zur Erfüllung der Investitionsfinanzierung gibt es nicht.

Zauberwort „monistische Krankenhausfinanzierung“ nicht mehr bemühen

Daher ist absehbar, dass das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder bleibt – wie dies auch in der Vergangenheit der Fall war. Früher gab es ein Zauberwort: monistische Krankenhausfinanzierung. Dies ist wohl in jüngster Vergangenheit nicht mehr so aktuell. Einerseits fragt man sich, wo das Geld für die Kassenseite herkommen soll; andererseits erscheint es ausgeschlossen, dass die Länder auf ihre Planungshoheit verzichten, wie dies u. a. durch das Konsenspapier der Länderseite als Vorstufe zum Strukturgesetz dokumentiert und im Gesetz nochmals klargestellt wurde. Es ist gut, das „Zauberwort“ nicht mehr zu bemühen, sondern dass der Bund versucht, bei einer Mitfinanzierung auf die Verbesserung der Versorgungsstrukturen in den Bundesländern hinzuwirken.

RA Jörg Robbers, Geschäftsführer VRA
Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek,
Vorstandsvorsitzender VRA

Kontaktadresse

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Geschäftsstelle
Herr Jörg Robbers (Geschäftsführer)
Schumannstr. 18, 10177 Berlin
Tel.: 030/2062 98-79, Fax: 030/2062 98-82
E-Mail: gf-vra@gmx.de, gf@vraev.de
Internet: www.vraev.de

Impressum

Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. Andreas Krause, Chefarzt, Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie, Immanuel Krankenhaus Berlin;
Prof. Dr. Heinz-Jürgen Lakomek, Chefarzt, Klinik für Rheumatologie und Geriatrie, Johannes Wesling Klinikum Minden;
Jörg Robbers, Rechtsanwalt, Geschäftsführer VRA