

Krankenhausfinanzierung in der Pandemie

Mehr Geld für weniger Leistung

Ein Jahr Corona-Pandemie, zwei Wellen, drei Rettungsschirme: Die vergangenen Monate standen weitgehend im Zeichen der Krisenfinanzierung. Im Ergebnis verbuchten die Kliniken 14 Prozent höhere Einnahmen als 2019, dabei lagen die Fallzahlen bei nur 87 Prozent des Vorjahres. Brauchen leere Kliniken mehr Geld als gut frequentierte?

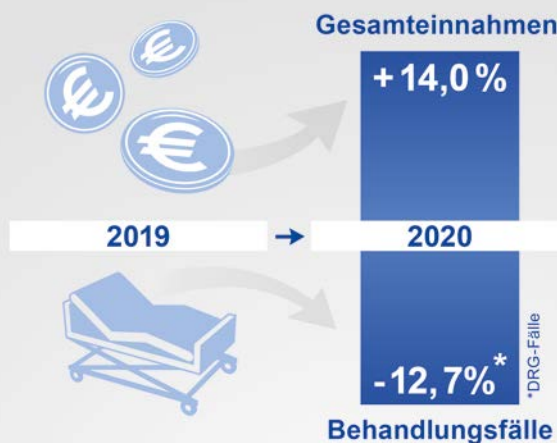
Die Corona-Finanzhilfen des Bundes belaufen sich inzwischen auf einen zweistelligen Milliardenbetrag. Vom 16. März

bis Ende Juni 2020 erhielten die Kliniken sogenannte Freihaltepauschalen, von denen vor allem kleine Häuser profitierten. Vom 1. Juli an wurden die Zahlungen ausdifferenziert, dennoch waren bis zum 31. Dezember gut 9,4 Milliarden Euro geflossen. Auch die gesetzlichen Krankenkassen gaben 2020 mehr Geld für Krankenhäuser aus: mit 82,2 Milliarden Euro etwa 1,3 Milliarden Euro mehr als 2019. Zirka 700 Millionen Euro kamen für zusätzliche Intensivbetten hinzu.

Unter dem zweiten Rettungsschirm, den das Bundesgesundheitsministerium (BMG) aufspannte, standen seit dem 18. November vor allem große Häuser der hohen Versorgungsstufen, bei Engpässen auch die Kliniken der Basisversorgung. Die Bundesländer durften und dürfen weitere Einrichtungen benennen. Seit dem 1. Februar kompensiert der Bund auch Leerstände in Fach- und Spezialkliniken. Die Mindererlöse anderer Häuser werden im Rahmen der Budgetverhandlungen ausgeglichen.

Mehrere Sonderregelungen spülten weitere Gelder in die Kassen der Kliniken. So hat das BMG zum 1. April 2020 den Pflegeentgeltwert, den maßgeblichen Multiplikator zur Ermittlung des Pflegebudgets, für das gesamte Jahr auf 185 Euro erhöht – die Überschüsse verbleiben bei den Häusern. Zudem müssen die Kassen seit April jede Rechnung binnen fünf Tagen bezahlen. Dabei durften 2020 nur fünf Prozent der Rechnungen geprüft werden; regulär wären es 12,5 Prozent gewesen. Auch die neu eingeführten Strafzahlungen von 300 Euro für jede durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung korrigierte Rechnung ist bis Ende 2021 ausgesetzt – so fließt nach AOK-Schätzungen eine weitere Milliarde Euro zusätzlich an die Krankenhäuser.

Leistungsmenge geht deutlich zurück



Während die Einnahmen der Krankenhäuser im Jahr 2020 um 14 Prozent gestiegen sind, haben sie deutlich weniger Patienten behandelt als 2019.

Quelle: BMG/BAS, InEK; Grafik: AOK-BV

Illustration: iStock.com/falashitubaone

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

„Patienten werden Alternativen finden“

Markt und Meinung Seite 3

Mehr Konzentration wäre möglich

Zusammenschluss wird geprüft

Mehr Geld für Hebammen

Versorgung und Service Seite 4

Höhere Anforderungen an die Versorgung sehr kleiner Frühchen

Ergebnisse leicht verbessert

Resist: Resilienz online trainieren

Zahlen – Daten – Fakten Seite 5

Rettungsschirm für Krankenhäuser:
mehr als elf Milliarden Euro zusätzlich

„Wir gehen davon aus, dass sich Erlösverluste und Kompensationszahlungen im Jahr 2020 in etwa ausgleichen.“

Gerald Gaß, designerter Hauptgeschäftsführer der DKG

Langfristige Perspektiven

„Patienten werden Alternativen finden“



Dr. Sebastian Krolop,
Global Chief
Operating Officer
bei HIMSS

Kliniken werden wohl dauerhaft mit weniger Patienten auskommen müssen, glaubt Dr. Sebastian Krolop, Mitherausgeber des Krankenhaus-Rating-Reports vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Krolop ist Arzt und Vorstand der HIMSS (Chicago, USA). „Blickpunkt Klinik“ sprach mit ihm über tatsächliche und vermeintliche Folgen der Pandemie.

Wie steht es derzeit um die Liquidität der Kliniken?

Insgesamt kann man sagen, dass die Maßnahmen der Bundesregierung greifen. Krankenhäuser, die schon vor der Pandemie strukturelle Probleme hatten, haben es nun doppelt schwer. Die Erlöse lassen sich schlechter planen, die Häuser müssen Kosten reduzieren und bekommen Personalprobleme, die Qualität sinkt, die Patienten bleiben weg – und mit ihnen die Einnahmen. Man muss differenzieren, wer sich da beschwert. Ein Ministerium kann es kaum allen Akteuren recht machen. Pauschale Vorwürfe sind jedenfalls zu kurz gegriffen.

Welche Herausforderungen bestehen fort – auch und gerade, wenn die Pandemiesituation länger anhält?

Die Frage lautet: Wie geht man auf Dauer mit weniger Fällen um? Schon vor der Pandemie sahen wir einen Rückgang der stationären Fallzahlen, der durch die Pandemie verstärkt wird. Im Krankenhaus-Rating-Report zeigen wir seit Jahren, dass wir, gemessen am Bedarf, ungünstige Klinikstrukturen

mit zu vielen Standorten haben. Nicht spezialisierte Kliniken haben heute und auch in Zukunft die größten Schwierigkeiten.

Welche Rolle spielen Strukturdefizite wie Überkapazitäten und zu viele kleine Häuser?

Die Kliniken geraten mit ihrem stationären Geschäftsmodell zunehmend unter Druck, das sehen wir auch in anderen Ländern. In den USA erzielen die Häuser nur noch 50 Prozent ihrer Einnahmen aus stationären Behandlungen; der Rest geschieht ambulant oder durch Tele-Medizin. Die starren Sektorengrenzen verhindern das weitgehend in Deutschland. Doch Patienten finden zunehmend Gefallen an digitalen Lösungen. Videokonferenzen oder telefonische Beratungen nehmen global exponentiell zu – dabei werden die Patienten nicht immer ins nächste Krankenhaus geleitet.

Wie unterstützen eigentlich andere Länder in der Pandemie ihre Krankenhäuser?

Jeder versteht im Moment, dass man Krankenhäuser braucht. Die finanzielle Unterstützung, die Unternehmen und Kliniken in Deutschland erfahren, ist fast unvergleichlich. Andere Länder, auch solche, die ihre Gesundheitsversorgung sehr schätzen, sind da viel schneller an ihre Grenzen gekommen.

Glauben Sie, dass der Bund durch die Corona-Finanzhilfen künftig mehr Einfluss bei der Strukturierung der Krankenhauslandschaft erhalten wird?

Schwer zu sagen. Gesundheit ist bei uns dezentral organisiert, allerdings zeigen der Investitionsstau der Kliniken und die aktuelle Pandemie die Grenzen und Nachteile dieser Strukturen auf. Heute haben Klinikschließungen ausschließlich wirtschaftliche Gründe. Ein strategischer Ansatz für einen modernen Krankenhausbedarf ist nicht zu erkennen.

PRESSEECHO

Uniklinikum Mainz gestärkt

Die Mainzer Universitätsmedizin erhält von der rheinland-pfälzischen Landesregierung 60 Millionen Euro zusätzlich. Im zweiten Nachtragshaushalt 2020 sind zunächst 45 Millionen Euro vorgesehen, bis 2023 sollen jährlich weitere fünf Millionen fließen. Die Zielvereinbarung zwischen Land, Universität und Universitätsmedizin sieht vor, die humanmedizinische Ausbildung am Standort auszubauen.

Echo-online, 2. März 2021

270 Millionen für Esslingen

Der Gemeinderat der Stadt Esslingen hat einen weitgehenden Neubau seines städtischen Klinikums beschlossen. Für die umfassende Modernisierung sind Investitionen von 270 Millionen Euro eingeplant. Um organisatorische Abläufe zu verbessern, fassen die künftigen Gebäude gleichartige Funktionen zusammen, dabei werden stationäre und ambulante Leistungen getrennt. Die Eröffnung ist für 2025 geplant.

Esslinger Zeitung, 9. Februar 2021

Geburtshilfe mit Zuschuss

Das Krankenhaus St. Barbara in Schwandorf hat zirka 789.000 Euro für die Gynäkologie und Geburtshilfe am Standort erhalten. Die Gelder stammen aus dem „Zukunftsprogramm Geburtshilfe“, mit dem das Land Bayern seine Kommunen bei der Finanzierung entsprechender Abteilungen unterstützt. Das Klinikum gilt mit 676 Geburten im Jahr (2019) als Hauptversorger der Region und betreut dort etwa die Hälfte aller Geburten.

Mittelbayerische, 31. Januar 2021

Covid-19-Versorgung

Mehr Konzentration wäre möglich

Covid-19-Patienten könnten von einem gestuften Versorgungskonzept mit noch stärkerer Zentralisierung profitieren. Das ist das Ergebnis einer Studie zur stationären Versorgung von 17.094 AOK-Fällen in über 1.000 Kliniken. Demnach waren 77 Prozent aller Krankenhäuser an der Versorgung von Covid-19-Patienten beteiligt, 48 Prozent behandelten Erkrankte, die beatmet werden mussten. Eine Hälfte der Häuser versorgte 88 Prozent aller Patienten (Fälle). Die übrigen zwölf Prozent verteilten sich auf viele Kliniken mit oft sehr kleinen Fallzahlen. So wurde knapp ein Viertel der Beatmungspatienten in Häusern behandelt, die nur wenig Erfahrung mit Beatmung vorweisen können.

>> www.link.springer.com

Großklinikum Rhein-Neckar-Region

Zusammenschluss wird geprüft

Die geplante Fusion der beiden Universitätskliniken in Mannheim und Heidelberg nimmt Gestalt an. Das Land Baden-Württemberg hat beschlossen, ein Gutachten zu dem Vorhaben zu finanzieren, um Chancen und Risiken, wirtschaftliche und rechtliche Fragen rund um das potenzielle Großklinikum auszuloten. Durch den Zusammenschluss der nur 20 Kilometer auseinander liegenden Standorte soll im Südwesten der Bundesrepublik ein Krankenhaus in der Größenordnung der Berliner Charité entstehen. Ein entsprechendes Strategiepapier hatten die beteiligten Institutionen im Oktober 2020 vorgestellt. Mit 3.300 Betten und 18.000 Beschäftigten wäre der neue Maximalversorger nicht nur das größte deutsche Krankenhaus, sondern auch der größte Arbeitgeber der Region. Ursprünglich sollte der Prozess im Jahr 2022 abgeschlossen sein. Forschungsministerin Theresia Bauer drängt unterdessen auf einen Neubau.

Geburtshilfe

Mehr Geld für Hebammen

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat ein neues Förderprogramm für mehr Hebammen an Krankenhäusern aufgelegt. Laut Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) sollen die Kliniken für die Jahre 2021 bis 2023 zirka 60 Millionen Euro erhalten, um mehr Hebammen zu beschäftigen oder die Arbeitszeiten von Teilzeitkräften auszuweiten. Laut Ministerium könnten so bis zu 600 zusätzliche Stellen für Hebammen geschaffen werden. Weitere 1.750 Stellen könnten für Fachkräfte entstehen, die Hebammen in ihren Abteilungen unterstützen. Das BMG reagiert damit auf die Ergebnisse eines Gutachtens, das insbesondere in Großstädten Engpässe bei der Betreuung von Geburten festgestellt hat.

>> www.aok.de/gesundheitspartner

DREI FRAGEN AN ...

... **Christoph Radbruch**,
Vorstandsvorsitzender des Deutschen
Evangelischen Krankenhausverbandes
(DEKV)



Zusammenarbeit intensiviert

Wie bewerten Sie die bisherigen und geplanten Corona-Finanzhilfen für Kliniken?

Insgesamt waren die Maßnahmen des Jahres 2020 sachgerecht. Jetzt geht es aber um Planungssicherheit. Die Auswirkungen der Pandemie auf die Kliniken sind zurzeit nicht angemessen berücksichtigt. Wir müssen den Krisenmodus beenden und eine Regelfinanzierung schaffen, die Krisen gut abfedert. Und auch langfristig werden wir weniger stationäre Fälle haben.

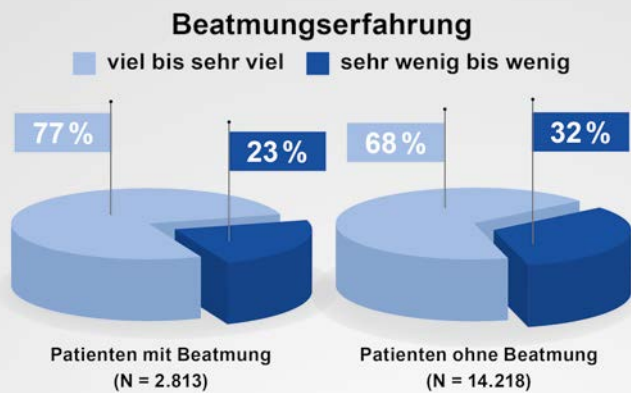
Wie stellt sich die Belegungssituation in den Häusern Ihres Verbandes dar?

Die Belegung ist regional sehr unterschiedlich. Im Schnitt gehen die Fallzahlen aufgrund der Pandemie um 20 Prozent zurück – weil Kapazitäten freigehalten werden müssen, Patienten auf Behandlungen verzichten und Ärzte weniger einweisen; aber auch durch Krankschreibungen und Quarantäne bei Beschäftigten.

Was sind Ihre Erkenntnisse aus der Krise?

Es scheint, dass unsere stationäre Versorgung auf Krisen gut reagieren kann. Covid-19 hat die Zusammenarbeit in vielen Bereichen intensiviert, zwischen den Kliniken, aber auch mit den Krankenkassen und der Industrie. Man muss abwarten, welche Erfahrungen Bestand haben. Die Pandemie beschleunigt zudem vorhandene Trends in Digitalisierung und Hygiene.

Covid-19: ein Viertel der Patienten in wenig erfahrenen Kliniken behandelt



Von 2.813 Covid-19-Patienten, die beatmet werden mussten, wurden 23 Prozent in Kliniken mit wenig Beatmungserfahrung behandelt.

Quelle: WiDO; Grafik: AOK-BV

Mindestmengen

Höhere Anforderungen an die Versorgung sehr kleiner Frühchen

Mindestens 25 Neugeborene unter 1.250 Gramm Geburtsgewicht müssen Kliniken künftig versorgen, um die Leistung auch weiterhin anbieten zu können. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Dezember auf seiner letzten Sitzung des Jahres 2020 beschlossen. Zudem hat der Ausschuss die Mindestmenge für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre erhöht. Operationen dieser Art erfordern künftig mindestens 26 Fälle pro Jahr am Standort. Bei Nierentransplantationen bleibt es bei der bisherigen Mindestmenge von 25 Eingriffen jährlich pro Haus. Hierbei hat der G-BA die zugrunde gelegten Ziffern aus dem Katalog der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Version 2021) überarbeitet. Bisher lag die Mindestmenge für komplexe Eingriffe an der Speiseröhre bei 10, für Perinatalzentren (Level 1) bei 14 Fällen jährlich pro Krankenhaus. Experten erwarten durch die Konzentration der Eingriffe auf weniger Standorte einen Qualitätsgewinn, da Kliniken mit höheren Fallzahlen im Vergleich weniger Komplikationen und weniger Todesfälle aufweisen. >> www.aok.de/gesundheitspartner

Qualitätsreport

Ergebnisse leicht verbessert

Die Qualität der Krankenhäuser hat sich geringfügig verbessert. Das geht aus dem Qualitätsreport 2020 des Instituts

für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hervor. Positiv entwickelte sich etwa die Versorgung nach der chirurgischen Wiederöffnung der Halschlagader (Karotis-Revaskularisation): Wenn bei Patienten während des Eingriffs neurologische Defizite auftreten, sollten sie nach der OP fachneurologisch untersucht werden – die Häufigkeit entsprechender Versäumnisse ging von 8,84 auf 3,38 Prozent zurück. Insgesamt haben die Krankenhäuser bei 33 von 221 Indikatoren besser abgeschnitten als 2018. Mehr als 70 Prozent der Ergebnisse blieben unverändert. >> www.aok.de/gesundheitspartner

Prävention in der Pflege

Resist: Resilienz online trainieren

Können digitale Trainingsprogramme dazu beitragen, dass Pflegendе besser mit den Belastungen in ihrem Beruf umgehen? Dies testet die AOK jetzt gemeinsam mit der Leuphana Universität Lüneburg im Rahmen des Pilotprojektes „Resist“ zur Resilienzförderung in der Pflege. Das Angebot richtet sich an Pflegekräfte, die in sechs wöchentlichen Einheiten ihre psychische Widerstandsfähigkeit stärken können. Für ein individuelles Coaching stehen den Teilnehmern zudem ausgebildete Psychologen der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz zur Verfügung. Das Gesundheitstraining gehört zum Forschungsprojekt Care4Care, das darauf abzielt, ein ganzheitliches Instrument zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege zu entwickeln. >> www.aok.de/fk/betriebliche-gesundheit

PERSONALIA

Wechsel im Gesundheitsressort



Daniela Behrens ist neue Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung in Niedersachsen. Die bisherige Leiterin der Gleichstellungsabteilung im Bundesfamilienministerium folgt auf Carola Reimann, die ihr Amt aus gesundheitlichen Gründen niedergelegt hat. Behrens arbeitete bereits von 2013 bis 2017 als Staatssekretärin im niedersächsischen Wirtschaftsministerium.

Gernot Marx führt die DIVI



Prof. Gernot Marx ist neuer Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Der Direktor der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care des Aachener Uniklinikums führt die Fachgesellschaft zunächst für zwei Jahre. Neuer „President elect“ und damit künftiger Präsident ist der Unfallchirurg Prof. Felix Walcher vom Uniklinikum Magdeburg.

Neue Amtszeit für Brit Ismer



Brit Ismer bleibt für weitere drei Jahre Vorsitzende der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG). Die Kaufmännische Direktorin des Jüdischen Krankenhauses wurde im Dezember erneut im Amt bestätigt. Ismer steht bereits seit 2009 an der Spitze der BKG, die 60 Kliniken und 46 stationäre Pflegeeinrichtungen vertritt. Im Hauptamt leitet sie seit 20 Jahren die Stiftung des Jüdischen Krankenhauses in Berlin.

TERMINE

12. bis 14. April 2021 in Berlin
15. Kongress für Krankenhaus-
hygiene (online)

24. bis 27. März 2021
in Himmelfort
Next Health Business Retreat

27. und 28. April 2021 in Köln
15. Gesundheitskongress des
Westens (hybrides Format)

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> Infografiken

>> Jahresabschlüsse

>> Klinikstrukturen

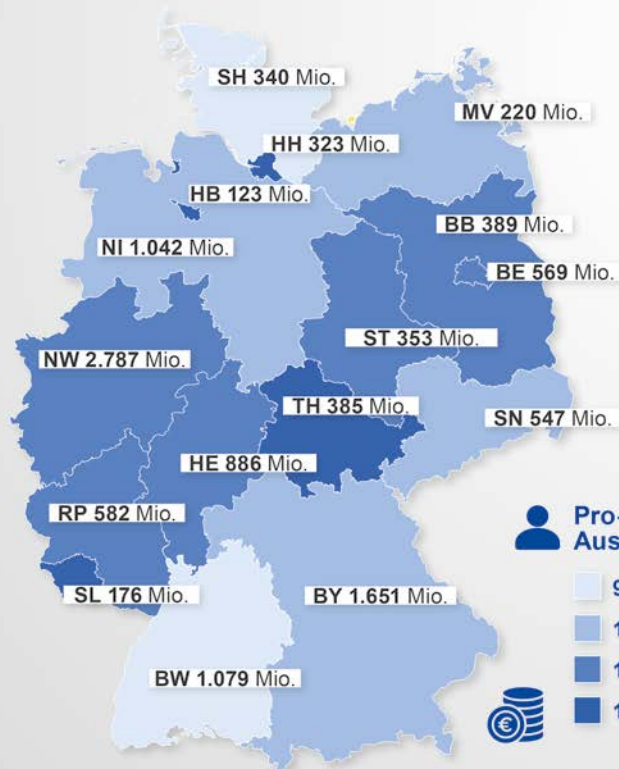
>> Markt

>> Personal

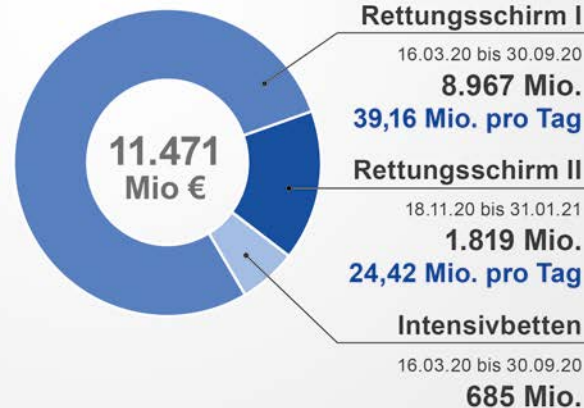
>> Qualität

Rettungsschirm für Krankenhäuser: mehr als elf Milliarden Euro zusätzlich

AUSGEZAHLTE FÖRDERMITTEL
je Bundesland in Millionen Euro



AUSGEZAHLTE FÖRDERMITTEL
je Maßnahme in Millionen Euro



Pro-Kopf-Ausgaben in €



Stand: 1. Februar 2021

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), Statistisches Bundesamt; Grafik: AOK-Bundesverband

Viel Geld für leere Betten

Mehr als elf Milliarden Euro flossen bis Ende Januar 2021 als pandemiebedingte Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser. Bezogen auf die Ausgaben je Einwohner bieten die Länder ein unterschiedliches Bild: Spitzenreiter sind Thüringen (181,24 Euro pro Kopf) und Bremen (180,98 Euro). Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben benötigten Baden-Württemberg (97,11 Euro) und Schleswig-Holstein (116,83 Euro). In allen Ländern machen die Freihaltepauschalen des ersten Rettungsschirms den Löwenanteil aus: Für jedes frei gehaltene Bett hatte der Bund zunächst 560 Euro pro Tag ausgeschüttet. Nachdem der Expertenbeirat zur Bewertung der Corona-Finanzhilfen eine Differenzierung empfohlen hatte, zahlte der Bund je nach Leistungsprofil der Häuser zwischen 360 und 760 Euro. Noch einen Schritt weiter ging der Gesetzgeber im Dritten Bevölkerungsschutzgesetz. Seit Mitte November richtet sich der Anspruch auf Corona-Finanzhilfen nach dem lokalen Infektions- und Versorgungsgeschehen. In erster Linie werden Häuser der Notfallstufen zwei und drei gefördert; bei weitgehend belegten Intensivstationen kommen auch die Basisversorger zum Zug. Die Förderung beträgt 90 Prozent der Belegung des Jahres 2019. Seit Anfang Februar werden auch Fach- und Spezialkliniken unterstützt.

Illustration: iStock.com/bubaone