



Gesundheit ist ein hohes Gut

Krankenhäuser in Deutschland haben in den jetzt zurückliegenden zehn Jahren rund 50% Mehrerlöse von den Gesetzlichen Krankenkassen erhalten (August 2019)

Viele Krankenhäuser in Deutschland sind überwiegend nur noch als Medizinbetriebe tätig, um Geld zu verdienen.

Wenn man die Presseveröffentlichungen verfolgt, stehen allerdings viele Kliniken vor dem Ruin. Als Kenner der Probleme, wie ein solcher Betrieb geführt werden sollte, will ich einmal versuchen, die unterschiedlichen Fakten zu schildern, wie derartige Meldungen zusammenpassen. Die Stadt- und Kreiskrankenhäuser erhielten noch vor einigen Jahren wegen der erwirtschafteten Defizite hohe Zuschüsse aus den Steuermitteln. Auch die Khs(er) im Eigentum der Kirchen und der Wohlfahrtsverbände wurden bei den Verlusten oftmals von ihren Trägerverbänden subventioniert. Das alles ist Vergangenheit. Weil die Jahreszuschüsse nicht mehr flossen und besonders in den Kommunalen Häusern eine konsequente sparsame Wirtschaftsführung im Sinne der vertraglichen Budgetvereinbarungen – insbesondere bei den Personalausstattungen – nicht eingehalten wurden, die dann die Verluste jährlich verdeutlichten, wurden einige der genannten Krankenhäuser in Privateigentum überführt oder als Gesellschaft (z. B. eGmbH) weitergeführt. Einige gemeinnützige Häuser gingen in Privatbesitz oder wurden in Aktiengesellschaften umgewandelt. Aber viele Krankenhäuser behielten bis heute ihre Trägerstruktur. Besonders in diesen Häusern haben Personalräte und Gewerkschaften eine ziemliche Macht, wenn es um Personalentscheidungen geht. Sehr oft wurden wirtschaftliche Outsourcing-Maßnahmen verhindert oder Überprüfung und Akzeptanz der in den Fallpauschalen nicht abgesicherten Personalkosten in Kauf genommen. Je weniger Planbetten im Landeskrankenhausplan zugestanden sind, umso negativer fällt das Betriebsergebnis bzw. die schlechte Liquidität aus. Der weitere Grund sind überalterte Bausubstanzen, sodass wirtschaftliche Betriebsabläufe sehr schwierig zu gewährleisten sind. Nun hat der Gesetzgeber eingegriffen und hat den Krankenhäusern Mindeststellen für Pflegekräfte zugebilligt. D.h., auch wenn Mehrstellen in der Pflege nicht besetzt werden konnten, sind die Krankenkassen verpflichtet, die notwendigen Finanzmittel im Jahresbudget zuzugestehen! Was daraus absehbar ist, kann man sich denken.

Ende der 90er Jahre wurden sich die Krankenhausgesellschaften mit den Spitzenverbänden der GKV und den Privaten Krankenkassen einig, die in den USA erfolgreich praktizierten DRG (diagnose bezogenen Fallpauschalen) in Deutschland einzuführen. Mir bekannte Fachärzte wurden in den 90er Jahren beauftragt, in einem längeren Verfahren entsprechende Fallpauschalen im Katalog auf deutsche Verhältnisse mit den wirtschaftlichen Kalkulationen (Personal- und Sachkosten) festzulegen und zur Einführung vorzuschlagen. Aus naheliegenden Gründen fanden sich beide Vertragspartner (Krankenkassen und Krankenhäuser) aus unterschiedlichen Erwartungen zur Einführung der Fallpauschalen bereit. Bevor die DRGs endgültig als offiziellen Abrechnung der Kliniken eingeführt wurden, galten Landesbudgets (Fallwerte) mit der probeweisen Abgleichung der Fallpauschalen. Danach sind dann die diagnosebezogenen Fallpauschalen in allen Bundesländern als Abrechnungen mit den Krankenkassen gesetzlich endgültig eingeführt worden. Die erstmalig bewerteten Fallpauschalen wurden wegen der Personal



Gesundheit ist ein hohes Gut

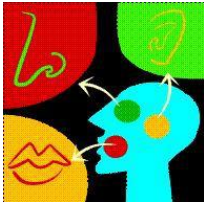
kostensteigerungen sowie der Preisentwicklungen nach oben verändert. Die Krankenhäuser beschäftigen zusätzliche Fallmanager (Fachärzte), die die Therapien, diagnostische Verfahren und Eingriffe auflisten mit den unterschiedlichen Fallkosten, die dann in den Rechnungen je Patient eingearbeitet und den Krankenkassen zugestellt werden. Bei den Krankenkassen wurden bisherige Pflegesatz/Budget-Verhandler nunmehr im Vorprüfverfahren eingesetzt. Auffälligkeiten gehen bis zum heutigen Tag zur Prüfstelle des Dienstes der Krankenkassen. Sollten Abrechnungsfehler festgestellt werden, gehen diese Beanstandungen an das Krankenhaus zurück. Kann das Krankenhaus die richtigen Fallpauschalen in der erfolgten Abrechnung nachweisen, erhält es eine Prämie von der entsprechenden Krankenkasse für seine Mehrarbeit! Die Falschabrechnungen der Krankenhäuser belaufen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt schon bei fast 1 Milliarde Euro zu Lasten der Kassen. So sind die Mitgliedsbeiträge der Arbeitnehmer und Rentner entsprechend jährlich gestiegen. Damit die Krankenkassen nicht für die Beitragserhöhungen verantwortlich gemacht werden, hat der Gesetzgeber die jeweiligen Erhöhungen durch einheitliche Beitragssätze bestimmt.

Große Krankenhäuser, wenn sie Aktiengesellschaften oder GmbH, aber auch im Privateigentum geführt sind, haben in den seltensten Fällen wirtschaftliche Probleme seit dem die Fallpauschalen wegen der unterschiedlichen Therapien zur Abrechnung gelangen. Die abzurechnenden Fallpauschalen werfen dort im Allgemeinen Gewinne ab. Die Personalführungen finden in diesen genannten Häusern sehr viel stringenter statt, Rücksichtnahme von den privaten Häusern bei den geforderten Anforderungen des Personals sind in der Öffentlichkeit kaum bekannt. Kein Wunder, dass die Aktienbesitzer in der Regel jährliche Dividenden einstreichen. Übrigens sind diese Krankenhäuser selten auf Investitionskosten der Landesbehörde angewiesen, denn die Erträge reichen in der Regel auch noch für Finanzierungen der notwendigen Investitionsmaßnahmen aus.

Soweit die gegenwärtige Situation der Krankenhäuser in Deutschland.

In den letzten Wochen konnte man von den Medien erfahren, dass wieder neu die Reduzierungen der gegenwärtigen Krankenhauszahlen mit bis zu 50% der Bestände thematisiert wurden. Da der Leistungsstandard aufgrund der enormen medizinischen Fortschritte nicht zu bestreiten ist, sind diese Standards im Sinne der verbesserten Krankenbehandlungen anzupassen. Wenn kleinere Krankenhäuser diesen Anpassungsschritt wegen der personell-fachärztlichen Defizite nicht beschreiten können, ist es der Bevölkerung zuzumuten, eine Einrichtung in der Entfernung von bis zu 30 Kilometern aufzusuchen. Die Krankenkassen sollten da unbedingt mit den niedergelassenen Ärzten an einem Strang ziehen.

Ein großes Problem haben die Krankenhäuser bei der Notfallversorgung. 60 – 80 % der sogenannten Notfälle gehören nicht zu den Erfordernissen der Erstversorgung in einem Krankenhaus. Grund sind die Schwachpunkte in den Praxen, die im Regelfall nur noch 4 1/2 Tage als Sprechstunden anbieten, wobei die wenigsten Notfallpatienten einen sofortigen Termin erhalten. Hier sind nun die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschritten, um in einer bundesweiten Telefonnummer für Abhilfe zu sorgen. Das eigentliche Problem sind die Freizeitvorstellungen der Hausärzte. Das nunmehr eingerichtete



Gesundheit ist ein hohes Gut

System der Notversorgung kann wirklich nicht befriedigen.

Es ist dringend nötig, in den Städten und Gemeinden „Gesundheitszentren zu Lasten der Einzelniederlassungen“ und zwar für 24 Stunden täglich einzurichten und finanziell zu fördern.

Ich persönlich glaube aber nicht, dass der Gesundheitsminister Jens Spahn sich über die vielen Lobbyisten hinwegsetzen kann und das Gesundheitswesen neu mit Zustimmung der Bundesregierung umsetzen will und darf.

Bad Bevensen, im August 2019

Günter Steffen