

Philipp Blank  
Gesundheitsökonom (ebs)  
28.04.2020

# Gastbeitrag

Das deutsche Krankenhausssystem: Die Entwicklung bis zur Covidkrise – das Handling während der Krise – ein Ausblick nach der Krise

---

*Laut einem Bericht aus dem Jahr 2019 der Deutschen Krankenhausgesellschaft geht hervor, dass sich allein in den letzten zehn Jahren ein Investitionsstau von mindestens 30 Milliarden Euro aufgetürmt hat*

---

## Die Entwicklung bis zur Covidkrise – Schwerpunkt Krankenhausfinanzierung

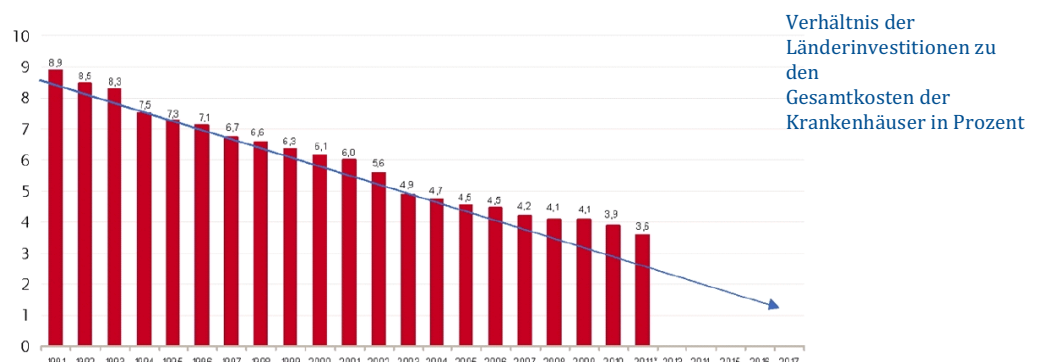
„Die Evolution des Medizinmanns“, unter diesem Titel stellt Joachim Müller-Jung in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung schon im Jahr 2013 fest, dass ein seit Jahrzehnten von Reform zu Reform hechelndes Gesundheitssystem das Ansehen der deutschen Krankenhäuser verdirbt. Es ist zu beklagen, dass ökonomische Anreize die Heilkunst zu korrumpieren vermögen und öffentlich mehr über Hygienemängel und Ärztepfusch geredet wird als über die Wohltaten, die wir aus den Fortschritten der Medizinwissenschaft gewinnen.

Doch wie kommt es zu dieser Einschätzung? Wie kam es dazu, dass sich seit 1991 die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland um mehr als 20% verringert hat. Hierzu ein kurzer Blick auf das Thema Krankenhausfinanzierung und die politische Handlungsweise der letzten Jahre.

Die Krankenhausfinanzierung, seither ein duales Finanzierungssystem, in dem die Bundesländer die Finanzierung der Investitionskosten übernehmen (sollen) und die Betriebskosten von den Sozialleistungsträgern getragen werden.

### **Betrachtung Investitionskosten:**

Laut einem Bericht aus dem Jahr 2019 der Deutschen Krankenhausgesellschaft geht hervor, dass sich allein in den letzten zehn Jahren ein Investitionsstau von mindestens 30 Milliarden Euro aufgetürmt hat. Gleiches zeigt auch folgende Darstellung, die das Verhältnis der Länderinvestitionen zu den Gesamtkosten der Krankenhäuser in Prozent von den Jahren 1991 bis 2011 darstellt:



Vergütung und die vorher definierende Liegezeit richten sich somit nach Krankheitsart, Operation und Schweregrad der Erkrankung. In der Begründung des Fallpauschalen-Gesetzes werden als Ziele genannt, dass das neue Entgeltsystem das Leistungsgeschehen transparenter machen soll und die Wirtschaftlichkeit fördert.

Die Entwicklung die daraus folgte, zeigt sich in der Betrachtung der Fallzahlen, der Verweildauer und Anzahl von Krankenhäusern (1991 bis 2017). Laut Statista wurden im Jahr 2017 in deutschen Krankenhäusern insgesamt rund 19,4 Millionen Fälle registriert. Damit hat sich das Patientenvolumen seit 1991 um rund ein Viertel erhöht. Dabei konnten vor allem die privaten Träger ihren Durchlauf erhöhen. Im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser konnten die Privatkliniken in den letzten zehn Jahren ihre Fallzahlen um knapp 30 Prozent erhöhen, wohingegen öffentliche und freigemeinnützige Träger lediglich um 7 bzw. 8 Prozent zulegen konnten. Die gestiegenen Fallzahlen sind vor dem Hintergrund verringerter infrastruktureller Voraussetzungen zu sehen. Die Zahl der Kliniken und Krankenhäuser in Deutschland ist seit Jahren rückläufig. Waren es 1991 noch rund 2400, zählt das Statistische Bundesamt aktuell nur noch 1.942 Kliniken. Mit der Zahl der Häuser hat sich auch die Anzahl der Krankenhausbetten um rund ein Viertel von 665.500 auf rund 497.200 reduziert. Aus weniger Betten und Kliniken aber gleichzeitig mehr zu behandelnden Patienten resultiert eine deutlich verringerte Verweildauer von derzeit durchschnittliche 7,3 Tagen. Zum Vergleich: im Jahr 1992 belief sich die Falldauer noch auf 13,3 Tage.

Es muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass auch der medizinische Fortschritt und andere Faktoren (weitere Gesetzgebungen) in diese Entwicklung hineinbezogen werden müssten, ich bin jedoch davon überzeugt, dass die grundlegende Veränderung der Finanzierung unmittelbar den größten Einfluss auf die oben beschriebenen Entwicklungen hat.

**Fazit 1** – Aus meiner Sicht war es vor Ausbruch der Covid Krise das politische Ziel die Kosten des Gesundheitssystems dauerhaft zu senken. Ein priorisiertes Ziel dabei war es, die Zahl der Krankenhäuser zu verringern, welches man durchaus als erreicht ansehen kann. Dass diese Entwicklung weiter fortschreiten sollte, zeigt auch die politische Reaktion auf die Bertelsmann Studie von 2019. Diese beschreibt die Möglichkeit die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 600 zu reduzieren, was von SPD Gesundheitsexperte Karl Lauterbach wie folgt kommentiert wurde: „Der Grundtenor der Studie ist zwar richtig. Aber die Berechnung, dass man bis zu zwei Drittel der Krankenhäuser abbauen könnte, die halt ich aber für falsch und überzogen.“

Ich fasse dies gerne zusammen mit den Worten: „Die Zahl der Krankenhäuser wird gesenkt, ohne dass am Ende jemand greifbare Schuld daran hat“

---

*Am 13. März 2020 (3.062 bestätigte Fälle, 5 Verstorbene (0,2%), hohe Dunkelziffer in Deutschland) schreibt Jens Spahn einen Brief an alle deutschen Krankenhäuser und appelliert, angesichts der Coronakrise, zusätzlich Personal zu rekrutieren.*

---

## Das Handling während der Krise – Schwerpunkt Krankenhausfinanzierung

Lassen sich die Entwicklungen vor der Krise recht gut analysieren und mit Zahlen belegen ist es, da wir uns noch mitten in der Krise befinden, für eine fundierte Prüfung des Handlings während der Krise noch deutlich zu früh. Im Folgenden fasse ich die aus meiner Sicht wichtigsten Punkte zusammen und beurteile diese.

Nach offiziellen Aufzeichnungen hat das Corona Virus am 27. Januar 2020 Deutschland erreicht. Zu diesem Zeitpunkt schätzt das Bundesgesundheitsministerium das Risiko für eine Ausbreitung des Virus in Deutschland als gering ein.

In den folgenden Tagen/Wochen werden vor allem Rückholaktionen von deutschen Staatsbürgern aus Krisenregionen priorisiert und durchgeführt. Es werden mehrere Aufrufe zu mehr Hygiene gestartet.

Am 13. März 2020 (3.062 bestätigte Fälle, 5 Verstorbene (0,2%), hohe Dunkelziffer in Deutschland) schreibt Jens Spahn einen Brief an alle deutschen Krankenhäuser und appelliert, angesichts der Coronakrise, zusätzlich Personal zu rekrutieren. Er forderte die Kliniken zudem auf, planbare Operationen und Eingriffe zu verschieben. Mit diesem Schreiben garantiert er, dass die wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser seitens der gesetzlichen Krankenkassen (nicht vom Staat) ausgeglichen werden. Es wird eine unbürokratische Lösung in Aussicht gestellt.

Der erste Gesetzesentwurf dieser pragmatischen Lösung sieht unter anderem vor, dass Kliniken für ausgefallene Operationen eine Erstattung von bis zu €500 pro Belegungstag erhalten. Gleichzeitig sollen Ausgaben für zusätzliche Intensivbetten mit €30.000 unterstützt werden und die Gehälter der Pflegekräfte vollständig übernommen werden. Klingt die Übernahme der Gehälter der Pflegekräfte als gute Maßnahme, steht hier jedoch ein immenser bürokratischer Aufwand entgegen.

Der Entwurf hat in Deutschland und in den Kliniken zu einem Aufschrei der Empörung gesorgt, welchem ich mich nur anschließen kann. Der Entwurf lässt Einnahmenverluste wie beispielsweise das Essen in der Kantine oder Parkgebühren von Besuchern, die mittlerweile einen nicht geringen Anteil der Einnahmen von Krankenhäusern ausmachen und die deutliche Preiserhöhung, gerade im Bereich der persönlichen Schutzausrüstung, völlig außer Acht. Wolfgang Heyl (Geschäftsführer des Frankfurter Bürgerhospitals) kommentierte den Gesetzesentwurf in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung „Es ist schäbig, was da geschieht, die Kliniken werden komplett im Stich gelassen.“

Das tatsächlich eingeführte Gesetz zum 1. April 2020 ist nun sehr viel umfangreicher, wirft aber weiterhin die Frage auf, ob es ausreichend ist. Eine komplette Analyse würde den Umfang dieses Beitrages überschreiten. Deswegen an dieser Stelle nur die, aus meiner Sicht, wichtigsten Kennzahlen:

- Einführung einer bundeseinheitlichen €560 tagesbezogene Ausgleichszahlung zur Kompensation der Einnahmefälle durch

Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen.

- Fallbezogener, zeitlich begrenzter Zuschlag von €50 für krisenbedingte Mehrkosten.
- Zulage von €50.000 für den Ausbau zusätzlicher intensivmedizinischer Beatmungskapazitäten mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde.
- Länder sollen nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren.

**Zwischenfazit 2** – Wie oben schon erwähnt wäre ein endgültiges Fazit hier aus meiner Sicht zu verfrüht. Ob das grundlegende Festhalten der Krankenhausfinanzierung (DRG) mit den derzeitigen Zuschüssen der richtige Weg ist, oder eine eventuelle pauschale Kostenübernahme der tatsächlichen Aufwendungen einen besseren Weg dargestellt hätte, werden wir am Ende des Jahres 2020 bzw. im Jahr 2021 analysieren können. Im Hinblick, dass Herr Spahn in seinem Brief die Krankenhäuser darum gebeten hat Personal aufzubauen (darauf, dass man qualifiziertes Pflegepersonal nicht einfach und schnell aufbauen kann gehe ich nicht ein) und nun viele Kliniken Kurzarbeit anmelden könnte man zu dem Schluss kommen, dass das derzeitige Gesetz schon sehr kurzfristig eine Überarbeitung erfährt.

Auch möchte ich in diesem Zwischenfazit nicht grundlegend darauf eingehen, dass die Bundesregierung während der Coronakrise angefangen hat notwendige Schutzrüstung und Investitionsgüter teils selbst und teils über die Bundeswehr zu beschaffen. Da es hier ein Mangel, gerade im Bereich des Mund-Nasen Schutzes und der Schutzmasken, an den Produkten gibt, hoffe ich auf den Erfolg der Maßnahmen, jedoch zeigen erste Meldungen, dass die Qualität der beschafften Ware deutliche Qualitätsdefizite aufweist. Auch hier muss man sich im Nachhinein die Frage stellen, warum nicht enger mit Industrie und Handel, die langjährige Erfahrung in den fraglichen Beschaffungsmärkten haben, zusammengearbeitet worden ist oder weiterhin nicht gearbeitet wird.

## **Ein Ausblick nach der Krise – Schwerpunkt Versorgungssicherheit**

Ich hoffe, dass ich in den ersten beiden Punkten in Kürze dargestellt habe warum die Krankenhauslandschaft und die Beschaffungsmärkte heute so sind wie sie sind. Die Ökonomie hat in Krankenhäusern längst Einzug gehalten und die Politik hat in den vergangenen Jahren den Kostendruck auf die Krankenhäuser deutlich verstärkt. Um diesen zu bewältigen haben insbesondere die Sachkosten eine deutliche Preisreduktion erfahren. Verhandlungen gingen gezwungenermaßen doch um die letzte Nachkommastelle und nicht um Gesamtkonzepte der Betreuung. Einkaufsgemeinschaften haben in der Industrie und dem Handel in vielen Fällen nur noch den Ruf der Bonusabgreifer, anstatt dass man nach gemeinschaftlicher verbindlicher Mehrwerts Findung für die Krankenhäuser gesucht hat.

Als Konsequenz ist die Industrie und der Handel gezwungenermaßen immer mehr auf billiglohn Länder ausgewichen um die erwünschten Einkaufspreise der Krankenhäuser befriedigen zu können.

Es ist wichtig zu erwähnen, dass dieser Prozess seit Jahrzehnten vorangeschritten ist und es aus meiner Sicht auch mindestens ein Jahrzehnt dauern wird, bis diese

Entwicklungen umzukehren sind. Wichtig wird sein, wie der politische Weg aussehen wird. Wird der Schwerpunkt weiterhin auf der Finanzierung liegen, oder auf dem Thema Versorgungssicherheit mit „regionaler Beschaffung“ umschwenken.

Ist es tatsächlich die Versorgungssicherheit liegt es dann an der Politik, den Krankenhäusern, den Einkaufsgemeinschaften, der Industrie und dem Handel smarte Lieferketten zu bilden und die jeweiligen Fachbereiche auch den jeweiligen Experten zu überlassen. Für konkrete Vorschläge ist es an dieser Stelle natürlich deutlich zu früh.

Aus meiner Sicht muss es in Zukunft wieder zwei fixe Punkte im Gesundheitswesen und den Kliniken geben. Am Anfang steht ein kranker Patient und am Ende die perfekte Patientenbetreuung. Der Weg zwischen den Punkten sollte so effizient und wirtschaftlich wie möglich gestaltet werden, jedoch müssen ökonomische Fehlanreize, wie um nur ein Beispiel zu nennen performance orientierte Vergütungsverträge von leitenden Klinikärzten, verhindert werden.

Quo vadis deutsches Gesundheitssystem? Man darf gespannt sein.