Quelle:
www.lazarus.at/2021/06/29/deutscher-krankenhaus-rating-report-2021-immer-mehr-kranke-haeuser-sind-pleite

Deutscher Krankenhaus Rating Report 2021: Immer mehr „kranke Häuser“ sind pleite

Wie bei dieser Heilpflanze (*Echinacea, Sonnenhut*) ist auch die Hochblüte der Krankenhäuser längst vorbei. Mehr und mehr Häuser rutschen tief in die roten Zahlen oder gehen pleite. Die Überversorgung erreicht ihre Grenzen, ebenso wie die öffentlichen Gesundheitskosten. In der sich wandelnden Versorgungslandschaft könnten spezialisierte „Magnetspitäler“ ebenso ein nachhaltiger Rettungsanker sein wie interdisziplinäre, multiprofessionelle kommunale Gesundheitszentren. Der Strukturwandel muss und wird kommen.

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2019 weiter verschlechtert. 13 Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Sobald die Corona-Ausgleichszahlungen 2020/2021 wegfallen, wird sich die Situation ab 2022 jedoch weiter deutlich verschlechtern, prognostiziert der

„Krankenhaus Rating Report 2021″.

Der Status quo

- Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2019 erneut verschlechtert. 13 Prozent der Krankenhäuser befanden sich im „roten Bereich“ erhöhter Insolvenzgefahr, 27 Prozent im „gelben“ und 60 Prozent im „grünen Bereich“. Im Jahr zuvor lagen noch 63 Prozent im „grünen Bereich“. Die Ertragslage hat sich 2019 ebenfalls leicht verschlechtert: 33 Prozent der Krankenhäuser schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust, 2018 waren es 31 Prozent. Im Jahr 2019 betrug das durchschnittliche Jahresergebnis 0,8 Prozent der Erlöse, im Jahr 2016 waren es noch 2,2 Prozent.
- Ausschlaggebend für die schlechte wirtschaftliche Lage dürfte die seit 2017 anhaltende Stagnation der Leistungsmenge gewesen sein. Aufgrund der COVID-19-Pandemie sank im Jahr 2020 die stationäre Fallzahl zudem um dramatische 13 Prozent, in den ersten Monaten der Pandemie vorübergehend sogar um 30 Prozent. Im Jahr 2020 waren 2 Prozent aller Betten und 4 Prozent aller Intensivbetten durch COVID-19-Patienten belegt. Auch im Jahr 2021 dürfte die Ausnahmesituation mit deutlich geringerer Leistungsmenge als 2019 bestehen bleiben.
- Insgesamt wurden 2020 rund 10,2 Milliarden Euro für die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser in Form von Ausgleichszahlungen ausgezahlt. Die Ausgleichszahlungen lagen in der Summe höher als die durch die Leistungsreduktion hervorgerufenen Mindererlöse der Krankenhäuser, sodass die Erlöse 2020 bei den somatischen Krankenhäusern durchschnittlich um etwa 3,7 Prozent und bei psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken durchschnittlich um etwa 10,6 Prozent zugenommen haben. Entsprechend dürfte sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken 2020 kurzzeitig verbessern und 73 Prozent im „grünen“ sowie 9 Prozent im „roten“ Bereich liegen.
- Die Auslagerung der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2020 führte schon 2019 zu einem erheblichen Aufbau des Pflegediensts in den Krankenhäusern und gleichzeitig zu einem Abbau des Funktionsdiensts. Außerdem sind Wanderungsbewegungen von der Alten- in die Krankenpflege zu beobachten. Der erwartete starke Sogeffekt des

Pflegebudgets zeigt sich demnach schon. Auch der Wettbewerb um die Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt nimmt zu. Schon vor 2019 war die Fluktuation des Pflegepersonals gestiegen.

- Im Krankenhausbereich und im vertragsärztlichen Bereich arbeiten immer mehr Ärzte, allerdings sind sie zunehmend in Teilzeit tätig. Im vertragsärztlichen Bereich stieg der Teilzeit-Anteil von 8 Prozent im Jahr 2009 auf 38 Prozent im Jahr 2020. Daher ist hier umgerechnet die Zahl der Vollkräfte zwischen 2009 und 2020 konstant geblieben. Überdies arbeiten immer mehr ambulant tätige Ärzte in einem Angestelltenverhältnis. Im Jahr 2008 waren es 6 Prozent, im Jahr 2020 schon 24 Prozent.
- Große Krankenhäuser haben typischerweise ein besseres Rating als kleine. Dabei erreichen Krankenhäuser mit einer Bettenzahl zwischen 600 und 900 bzw. mit Umsatzerlösen zwischen 140 und 190 Millionen Euro die beste Ertragslage – ausgenommen Fachkliniken. Ein hoher Grad an Spezialisierung beeinflusst das Rating ebenso positiv wie die Zugehörigkeit zu einer Kette. Kliniken in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft schneiden im Allgemeinen beim Rating und der Ertragslage deutlich besser ab als öffentlich-rechtliche Kliniken.
- Regional fällt das Rating am schlechtesten in Baden-Württemberg und Niedersachsen/Bremen aus, signifikant besser in Ost-Deutschland.

Investitionen

- Die Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beliefen sich im Jahr 2019 auf 3,16 Milliarden Euro. Gegenüber dem Vorjahr lagen sie damit um 3,8 Prozent höher, sind im langfristigen Trend aber geschrumpft. Bezogen auf die Krankenhauserlöse beliefen sie sich im Jahr 2019 auf nur 3,5 Prozent (1991: rund 10 Prozent). Zum Erhalt der Unternehmenssubstanz sollten jährlich 7 bis 8 Prozent der Erlöse in Investitionen fließen. Der jährliche förderfähige Investitionsbedarf der Plankrankenhäuser zum Substanzerhalt liegt bei mindestens 5,5 Milliarden Euro, zuzüglich Universitätskliniken bei 6,3 Milliarden Euro. Krankenhäuser schließen diese Lücke teilweise aus eigener Kraft, was ihnen aufgrund der sich verschlechternden Ertragslage, aber auch der Ausgliederung von zweckgebundenen Pflegebudgets inzwischen weniger gut gelingt.

Projektion und Zielbild

- In einem Basisszenario wird der Status quo des Jahres 2019 unter Berücksichtigung der Erkenntnisse während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 sowie der demografischen Entwicklung und bereits beschlossener Gesetzesänderungen bis 2030 fortgeschrieben. Annahme ist eine Rückkehr zum Vor-Krisen-Niveau im Jahr 2022 und eine Zunahme der Fallzahl in Höhe von 4 Prozent gegenüber 2019 bis zum Jahr 2030. In diesem Szenario würde der Anteil der Krankenhäuser im „roten" Rating-Bereich bis 2030 auf 26 Prozent und der Anteil der Häuser mit einem Jahresverlust auf 34 Prozent wachsen.
- In einem Szenario „Neustart" wird angenommen, dass das Leistungsvolumen nicht mehr das Vorkrisenniveau von 2019 erreichen wird, sondern auf dem Niveau von 2021 stagniert und bis 2030 nur noch marginal ansteigt, sodass die stationäre Fallzahl im Jahr 2030 rund 6 Prozent unter dem Niveau von 2019 liegt. Kombiniert mit einer weiter sinkenden Verweildauer würde die Auslastung der stationären Kapazitäten infolgedessen stark sinken. In diesem Szenario würde sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser dramatisch verschlechtern. Nahezu drei Viertel der Häuser schrieben dann bereits ab 2022 Verluste und bis 2030 betrüge das durchschnittliche Jahresergebnis -10 Prozent. Bei kontinuierlichen Struktur- und Prozessoptimierungen sowie einer Anpassung der Krankenhauskapazitäten an das neue niedrigere Leistungsniveau könnte sich die Lage bis 2030 dagegen wieder etwa auf dem Niveau von 2019 stabilisieren.
- Zielbild. Im „Krankenhaus Rating Report 2021″ wird ein Zielbild einer modernen Gesundheitsversorgung erarbeitet, das als Richtschnur für die 2020er-Jahre dienen kann. In diesem Zielbild wird die Gesundheitsversorgung ganzheitlich gedacht, von präventiven bis zu kurativen Angeboten und von sehr einfachen bis zu hochkomplexen Spezialangeboten:
  – In der elektronischen Patientenakte (ePA) werden alle Gesundheitsdaten des Patienten hinterlegt.
  – Ein „dezentraler Kümmerer" agiert als individueller Ansprechpartner für Patienten in allen Gesundheitsfragen und als Koordinator von Diensten. Diese Aufgabe eines „Case Managers" wird von Hausärzten und Pflegeexperten gemeinsam wahrgenommen. Sie organisieren die

individuelle Gesundheitsversorgung vor Ort und arbeiten nach dem Vorbild der Gesundheitszentren in Finnland in größeren Zentren zusammen.

– Die Rolle des Krankenhauses ändert sich: Kleine Krankenhäuser der Grundversorgung können in ein solches Zentrum integriert werden. Auf der Landkreisebene übernimmt ein großes Krankenhaus als Regionalversorger für die Organisation der regionalen Gesundheitsversorgung Verantwortung. Maximalversorger engagieren sich in der überregionalen Versorgung.

– Es gibt eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung nach bundeseinheitlichen Kriterien und sektorenübergreifende Vergütungselemente.

– Auf der lokalen Ebene wird große Gestaltungsfreiheit gewährt, um innovative Versorgungsmodelle erproben zu können.

– Die Bevölkerung in ländlichen Gebieten ist an die Gesundheitsangebote durch flexible und effiziente Mobilitätsangebote angebunden, umgekehrt gelangt das Angebot beispielsweise über mobile Gesundheitsexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum zu den Menschen.

Handlungsempfehlungen auf Basis des Zielbilds

- Krankenhausversorgung. Innerhalb von Versorgungsregionen ist eine enge Koordination der Angebote nötig. Wo immer möglich, sollten sich Träger innerhalb der Region zusammenschließen oder zumindest trägerübergreifend kooperieren.
- Ambulante und sektorenübergreifende Versorgung. Ambulante und Integrierte Gesundheitszentren sollten für die primärärztliche und fachärztliche Versorgung etabliert werden. In den meisten Regionen finden sich Krankenhäuser, die sich aufgrund ihrer Größe und Lage als Teil eines „Integrierten Gesundheitszentrums“ (IGZ) eignen könnten. Dazu sollten Hürden für die Übernahme von ambulanten Leistungen durch Krankenhäuser abgebaut werden.
- Rettungswesen. Je stärker zentralisiert eine Krankenhausstruktur ist, desto mehr muss das Rettungswesen digitalisiert sein. Jeder Rettungswagen benötigt eine telemedizinische Anbindung zum Krankenhaus, und es müssen bereits erste wichtige Schritte durch den

Notarzt oder entsprechend ausgebildete Rettungssanitäter unternommen werden.

- Altenhilfe. Die Altenpflege muss enger mit der medizinischen Versorgung verknüpft werden. Nötig ist ein nahtloser Übergang vom Krankenhausaufenthalt zur Kurzzeitpflege. Ein IGZ oder ein Krankenhaus sollte zu diesem Zweck entsprechende Verträge mit der Pflegeversicherung schließen können. Auch das Prinzip „Reha vor Pflege" sollte stärker gelebt werden.
- Mobilität und Nähe. Ein wichtiger Baustein der ländlichen Versorgung sind mobile Gesundheits- und Pflegeexperten mit telemedizinischer Anbindung an ein Gesundheitszentrum oder ein Krankenhaus.
- Digitalisierung. Die Versorgung sollte nach dem Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär" gestaltet werden. Zentrale Voraussetzung dafür ist die elektronische Patientenakte (ePA). Vorbild dafür könnte die ePA aus Estland sein, die auf paternalistische Voreinstellungen seitens Dritter weitgehend verzichtet und dem einzelnen Bürger eine große Autonomie zugesteht. Da Estland Mitglied der Europäischen Union ist, ist die dortige ePA konform zur Datenschutzgrundverordnung und sollte demnach auch in Deutschland zulässig sein.
- Personal. Es werden Anreize zur Erhöhung der Erwerbstätigenquote benötigt. Dabei ist einer der größten Hebel das Anheben der Teilzeitquote, weil in Teilzeit tätige Fachkräfte bereits voll ausgebildet und einsatzfähig sind. In der Pflege sind ein neues Verständnis des Pflegeberufs und Karriereoptionen nötig, wie etwa „Clinical Nurses" mit der Übernahme von mehr Verantwortung und Tätigkeiten, die bislang ausschließlich Ärzten vorbehalten sind. Ergänzend sollte die Zuwanderung ausländischer Fachkräfte gefördert werden.
- Gestaltungsfreiheit. Auf regionaler Ebene ist angezeigt, mehr Gestaltungsfreiheit zu gewähren, um die Versorgung effizienter gestalten und patientenorientierter erbringen zu können.

„Der Anteil der von Insolvenz bedrohten Kliniken wird in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter steigen", sagt RWI-Gesundheitsexperte Boris Augurzky. „Sektorenübergreifende Versorgung und Digitalisierung sind wichtige Bausteine, um die Situation von Kliniken und Patienten zu verbessern", so Augurzky. „Voraussetzung für alle digitalen Anbindungen ist jedoch eine Standardisierung der Daten und Schnittstellen", ergänzt Sebastian Krolop (HIMSS, Healthcare

Information and Management Systems Society).

Datengrundlage des „Krankenhaus Rating Report 2021″ sind 550 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern aus dem Jahr 2018 und 547 aus dem Jahr 2019. Sie umfassen insgesamt 951 Krankenhäuser. Für das Jahr 2020 lagen noch keine Jahresabschlüsse in ausreichender Zahl vor. Der Report wird gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) und der HIMSS erstellt.

Dieser Kurzdarstellung liegt die Studie >„Krankenhaus Rating Report 2021: Mit Wucht in die Zukunft katapultiert“ zugrunde. Diese kann (als Buch + eBook) beim >Verlag medhochzwei bestellt werden (ISBN 978-3-86216-830-9).