

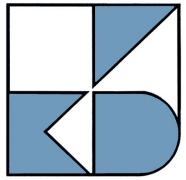


St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn
Akad. Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen



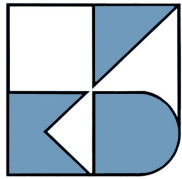
Sichert die aktuelle Finanzierung das Überleben der Krankenhäuser – die Sicht der Krankenhäuser

Dr. Josef Düllings, Hauptgeschäftsführer, St. Vincenz-Krankenhaus GmbH Paderborn
Präsident des Verbandes der Krankenhausedirektoren Deutschlands (VKD)



1. Die Finanzlage der Krankenhäuser – Mythos und Wirklichkeit
2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?
3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?
4. Was sollte der Gesetzgeber regeln?
5. Fazit

1. Die Finanzlage der Krankenhäuser



Wozu sich der Gesetzgeber verpflichtet hat:

„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“

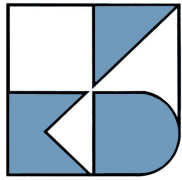
§ 1 Abs. 1 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Mit wiederholter Bestätigung:

Ausfertigungsdatum: 29.06.1972

Zuletzt geändert durch Art. 5c G v. 15.7.2013 I 2423

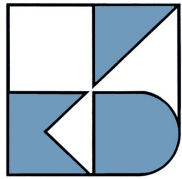
1. Die Finanzlage der Krankenhäuser



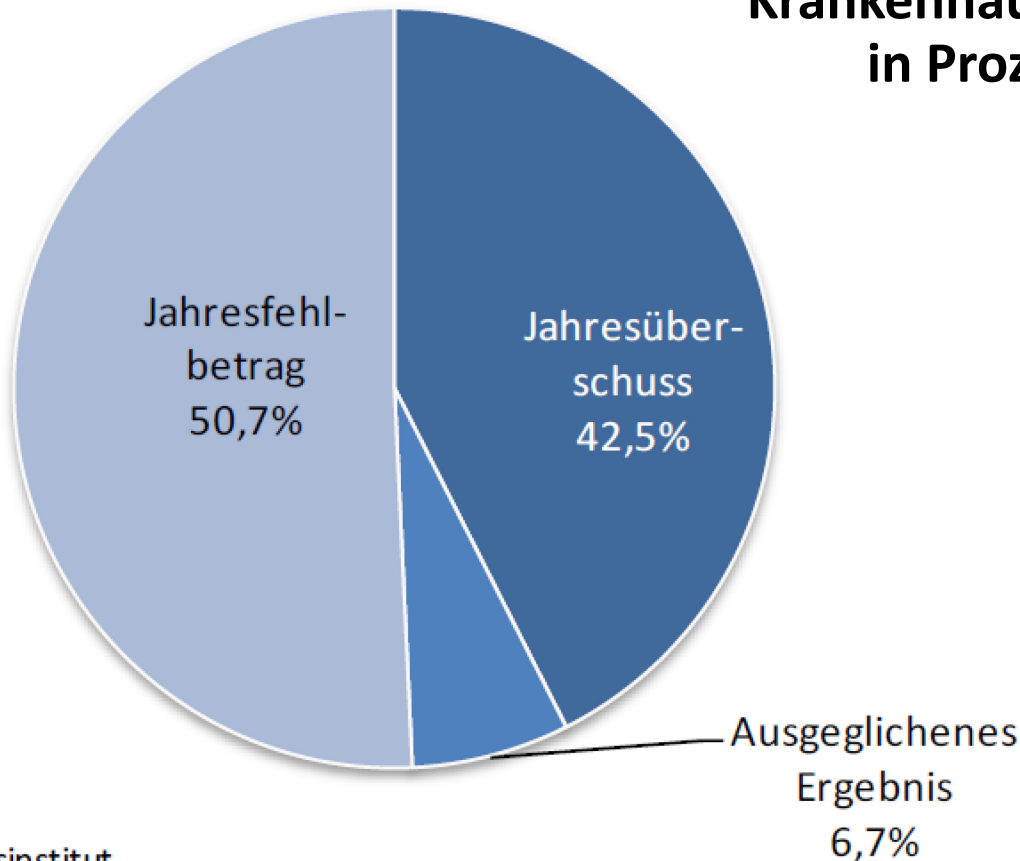
"Die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an die Krankenhäuser steigen jedes Jahr um Milliarden ... Von einer Unterfinanzierung der Kliniken durch die Krankenkassen, wie Krankenhausvertreter gerne darstellen, kann keine Rede sein" (Florian Lanz, Pressesprecher, 11.03.2014)



1. Die Finanzlage der Krankenhäuser



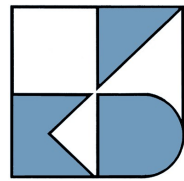
Jahresergebnis 2012 – Krankenhäuser in Prozent



© Deutsches Krankenhausinstitut

1. Die Finanzlage der Krankenhäuser

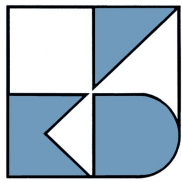
Umsatzrentabilität 2013



Umsatzrentabilität	< 250	250<400	400<800	> 800	Summe
Defizit: unter 0 %	46 55,4%	21 37,5%	29 42,6%	11 44,0%	107 46,1%
0 bis unter 4 %	32 38,6%	32 57,1%	36 52,9%	14 56,0%	114 49,1%
4 % und mehr	5 6,0%	3 5,4%	3 4,4%	0 0,0%	11 4,7%
Insgesamt	83	56	68	25	232

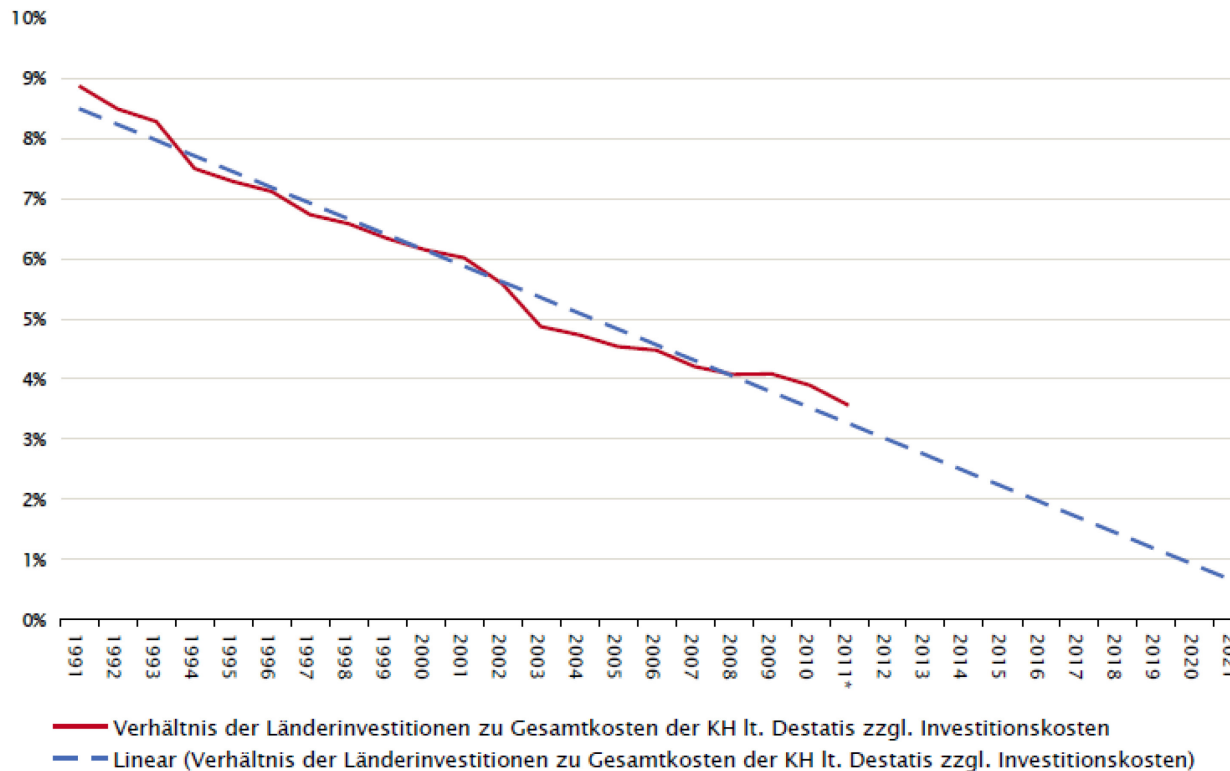
VKD-Umfrage, April bis Mai 2013: Nur Allgemeinkrankenhäuser ohne Fachkrankenhäuser einschl. Universitätsklinika, Angaben gemäß Wirtschaftsplan 2013. Umsatzrentabilität = Jahresergebnis / Umsatzerlöse x 100; ohne Finanzhilfen ab Aug. 2013 (Orientierungsgröße KPMG: UR > 4%)

Die hellseherischen Fähigkeiten des GKV-Spitzenverbandes



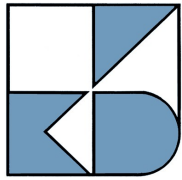
Spitzenverband

Erosion der dualen Finanzierung



Quelle: Leber, Wolff: Wer bestellt, muss bezahlen, in f&w 03/2012

1. Die Finanzlage der Krankenhäuser



Die Trennung von Investitions- und Betriebsfinanzierung ist eine rechtliche und zudem auch eine ökonomische Herausforderung.

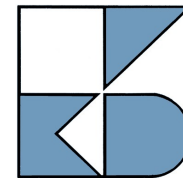
mangelhaft

In der Praxis ist das Gesamtpaket entscheidend.

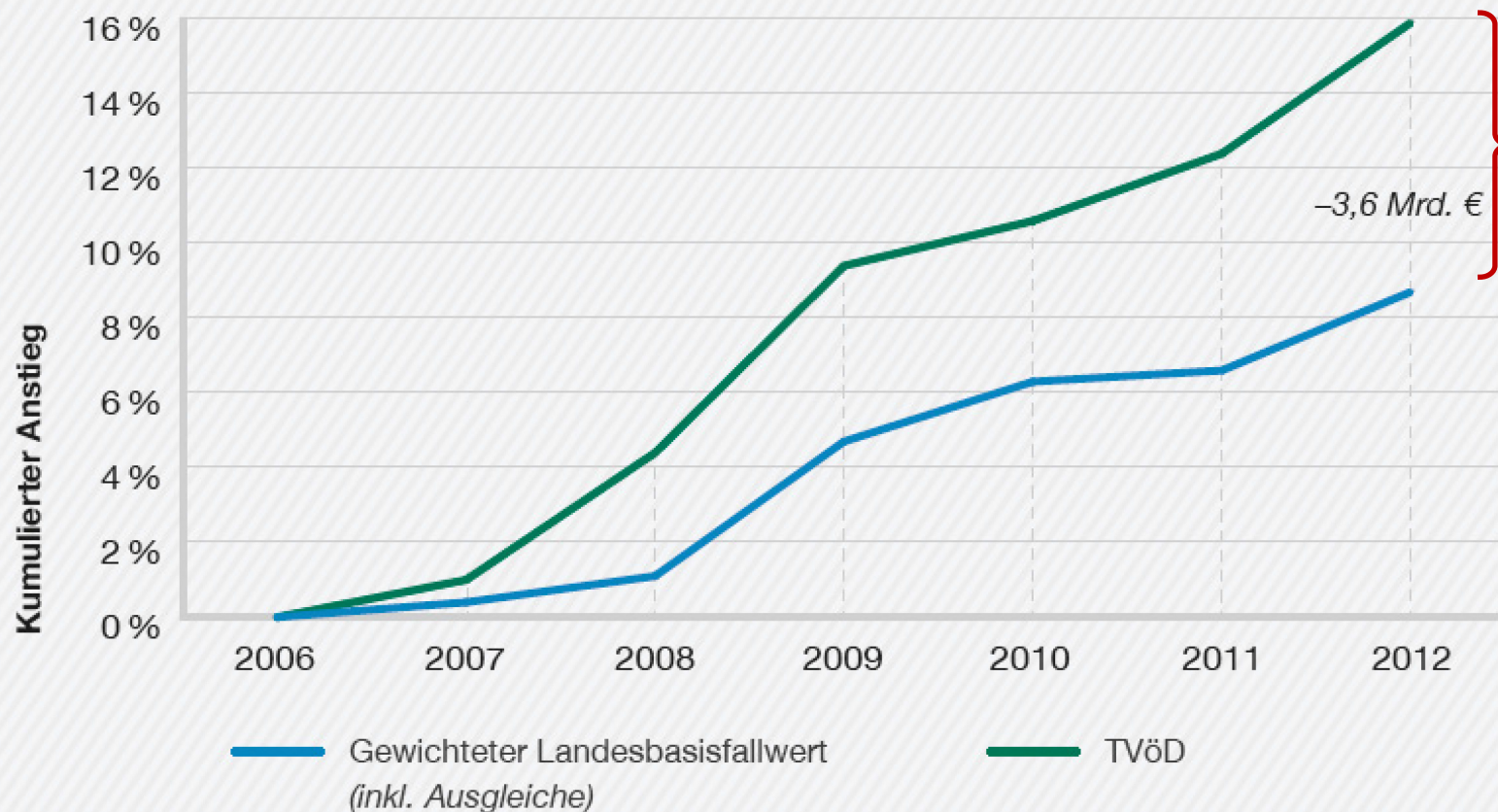
„Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren können.“
(DKG-Präsident Alfred Dänzer)



1. Die Finanzlage der Krankenhäuser



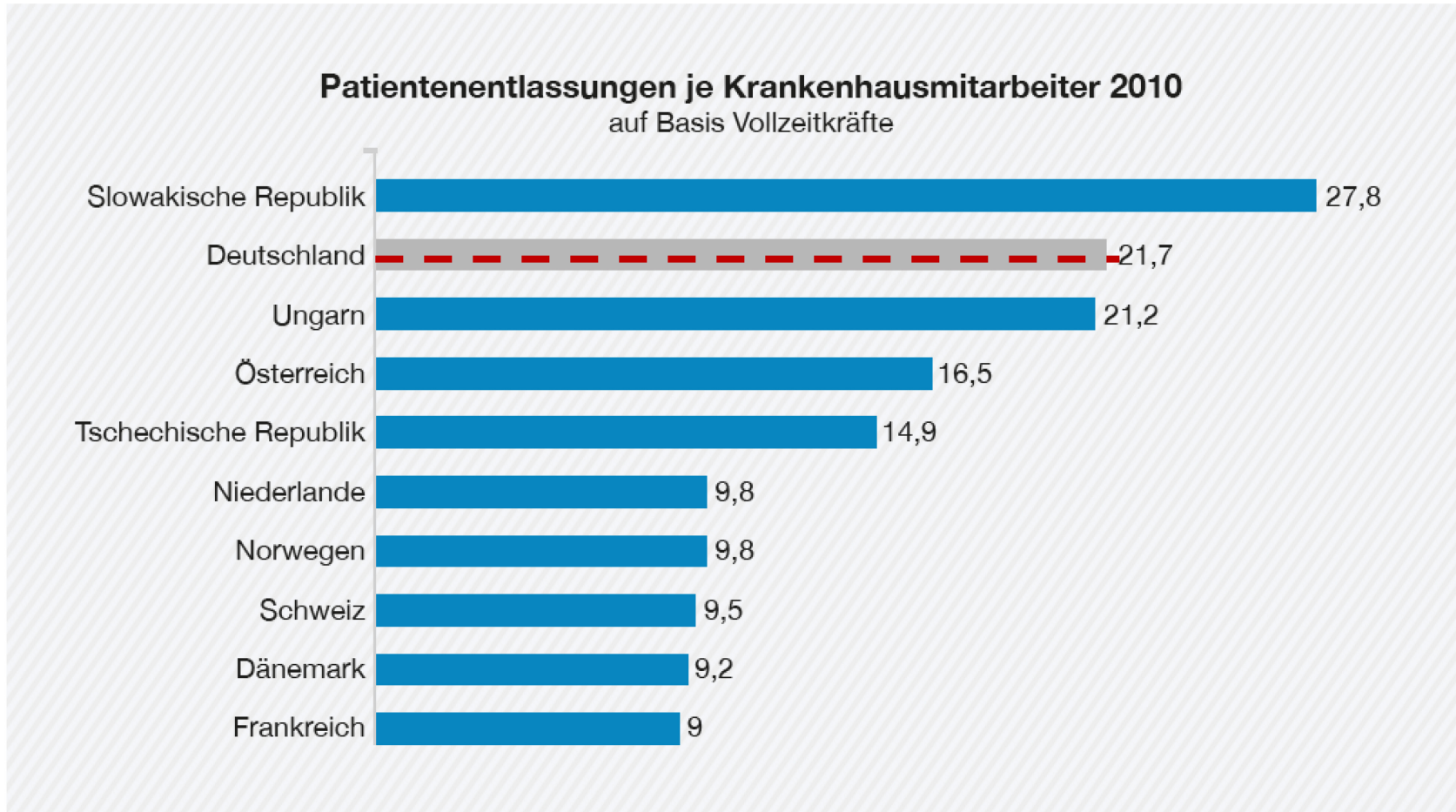
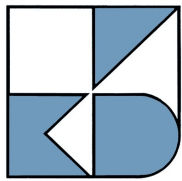
Tariflohn-Erlös-Schere der Krankenhäuser



Personal-
decke

Deutsche Krankenhausgesellschaft 2013: Faire Rahmenbedingungen für Deutschlands Krankenhäuser, Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 18. Legislaturperiode / TVöD-Verhandlungsergebnisse 2006-2012

1. Die Finanzlage der Krankenhäuser

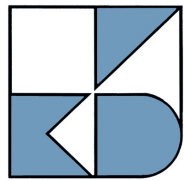


Quelle: OECD Health Data 2012

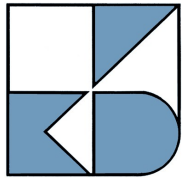
Deutsche Krankenhausgesellschaft 2013

1. Die Finanzlage der Krankenhäuser

Idealtypische Darstellung (2013)

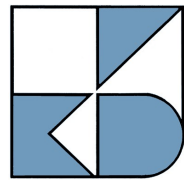


Merkmal	Grundversorger	Kalkulationshaus	Schwerpunkthaus
Betten	200	400	550
BWR	7.000	13.700	18.000
Pforte Tage	365	365	365
Vollkräfte	5,5	5,5	5,5
BP-K Insg. €	200.000	200.000	200.000
Euro je BWR	14,60	14,60	14,60
Insg. € Pforte	102.200	200.000	262.800
€ Diff. /Kosten	-97.800	0	62.800



1. Die Finanzlage der Krankenhäuser – Mythos und Wirklichkeit
2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?
3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?
4. Was sollte der Gesetzgeber regeln?
5. Fazit

2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?



WB, 06.03.2014

Schäuble will Kassenzuschüsse kürzen

Einsparungen sollen dem Bund zu einem ausgeglichenen Etat verhelfen

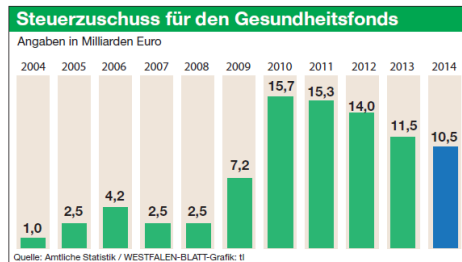
Berlin (epd). Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble (CDU) will den Bundeszuschuss für die Krankenkassen um sechs Milliarden Euro kürzen. Krankenkassen und die Opposition warnten, Versicherte müssten 2015 mit höheren Beiträgen rechnen.

Finanzminister die Zahlungen an den Gesundheitsfonds um 3,5 Milliarden Euro gekürzt. Wie es weiter heißt, soll zum Ausgleich der Bundeszuschuss 2017 und 2018 auf 14,5 Milliarden Euro steigen, je 500 Millionen Euro mehr als zuvor vorgesehen. Gröhe erklärte, die Kassen verfügten über Reserven in

Höhe von 30 Milliarden Euro. Man könne damit zur Haushaltskonsolidierung beitragen, zumal das Geld wieder zurückfließe, erklärte der Minister. Das sehen Kassen, Gewerkschaften, Sozialverbände und die Opposition anders. »Den Bundeszuschuss zu kürzen, wäre ein Beschleunigungspro-

gramm für Beitragserhöhungen«, erklärte der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. DGB-Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach sprach von »einem Raubzug des Bundes« bei den Sozialkassen.

In ihrem Koalitionsvertrag warnen Union und SPD, die gute Finanzlage der Kassen dürfe »nicht darüber hinwegtäuschen, dass ab 2015 die prognostizierten Ausgaben des Gesundheitsfonds seine Einnahmen übersteigen werden«. Der Bundeszuschuss dient der Bezahlung familienpolitischer Leistungen wie der kostenlosen Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern oder der Finanzierung des Kinderkrankengeldes für berufstätige Eltern. Nach Angaben der Kassen schlagen diese Leistungen pro Jahr mit 20 Milliarden Euro zu Buche. **Seite 4: Kommentar**



Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) bestätigte, dass der Bundeszuschuss 2015 um weitere 2,5 Milliarden Euro gekürzt werden soll. Er solle 2015 lediglich 11,5 Milliarden Euro statt der vereinbarten 14 Milliarden betragen, berichtete die »Süddeutsche Zeitung«. Das gehe aus Eckpunkten des Ministeriums für die Etatplanung hervor. Für 2014 hatte der

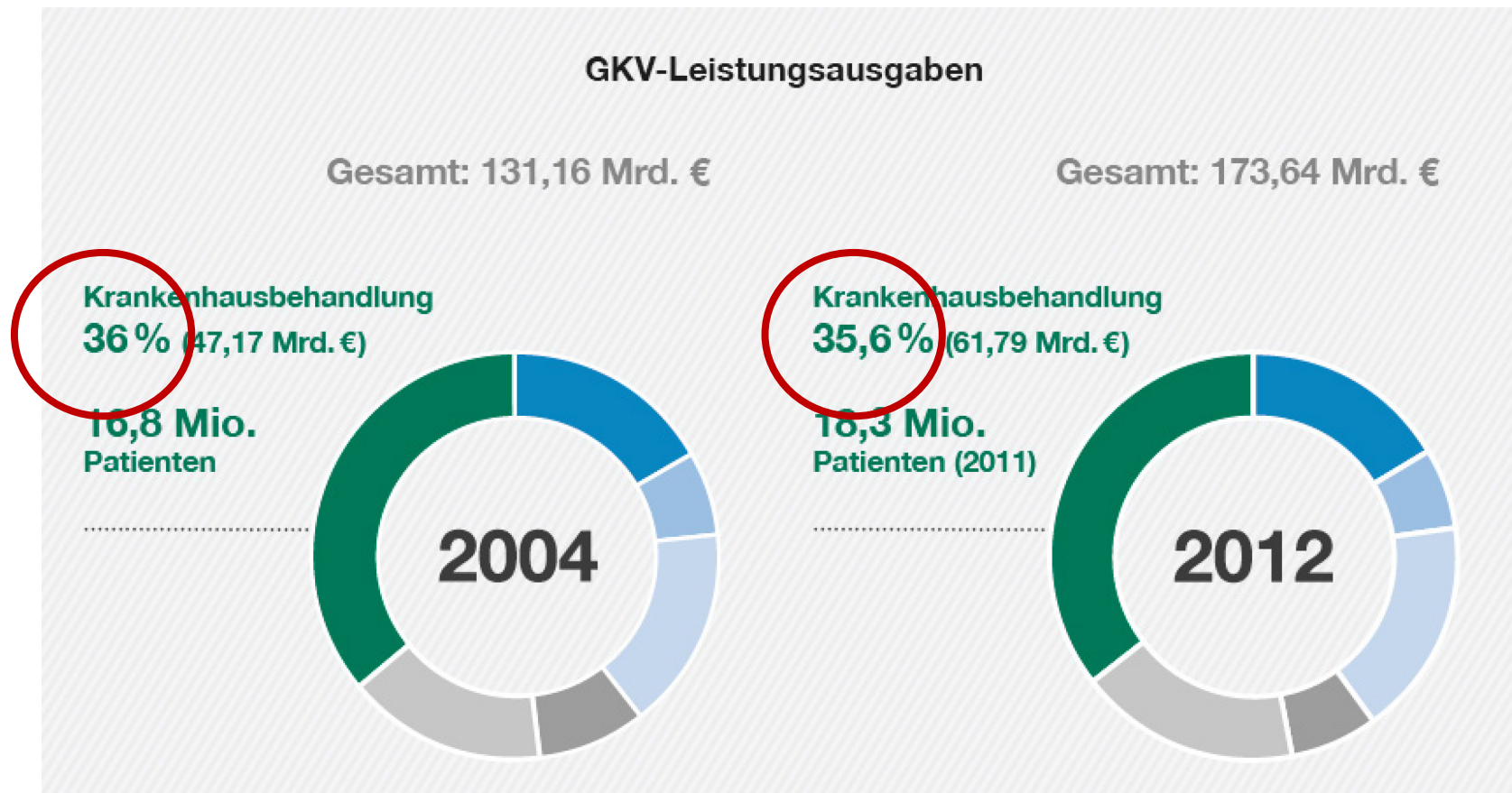
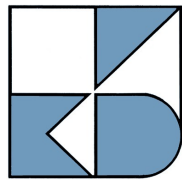
Reserven 30,0 Mrd. €
2014: - 3,5 Mrd. €
2015: -2,5 Mrd. €
(aus der Liquiditätsreserve)

Bundeszuschuss geplant
2016: 14,0 Mrd. €
ab 2017: 14,5 Mrd. €

**„Den Krankenkassen stehen auch im Jahr 2014 und 2015 die vollen 14 Milliarden Euro zur Verfügung.“
(Bundesgesundheitsminister Gröhe)**

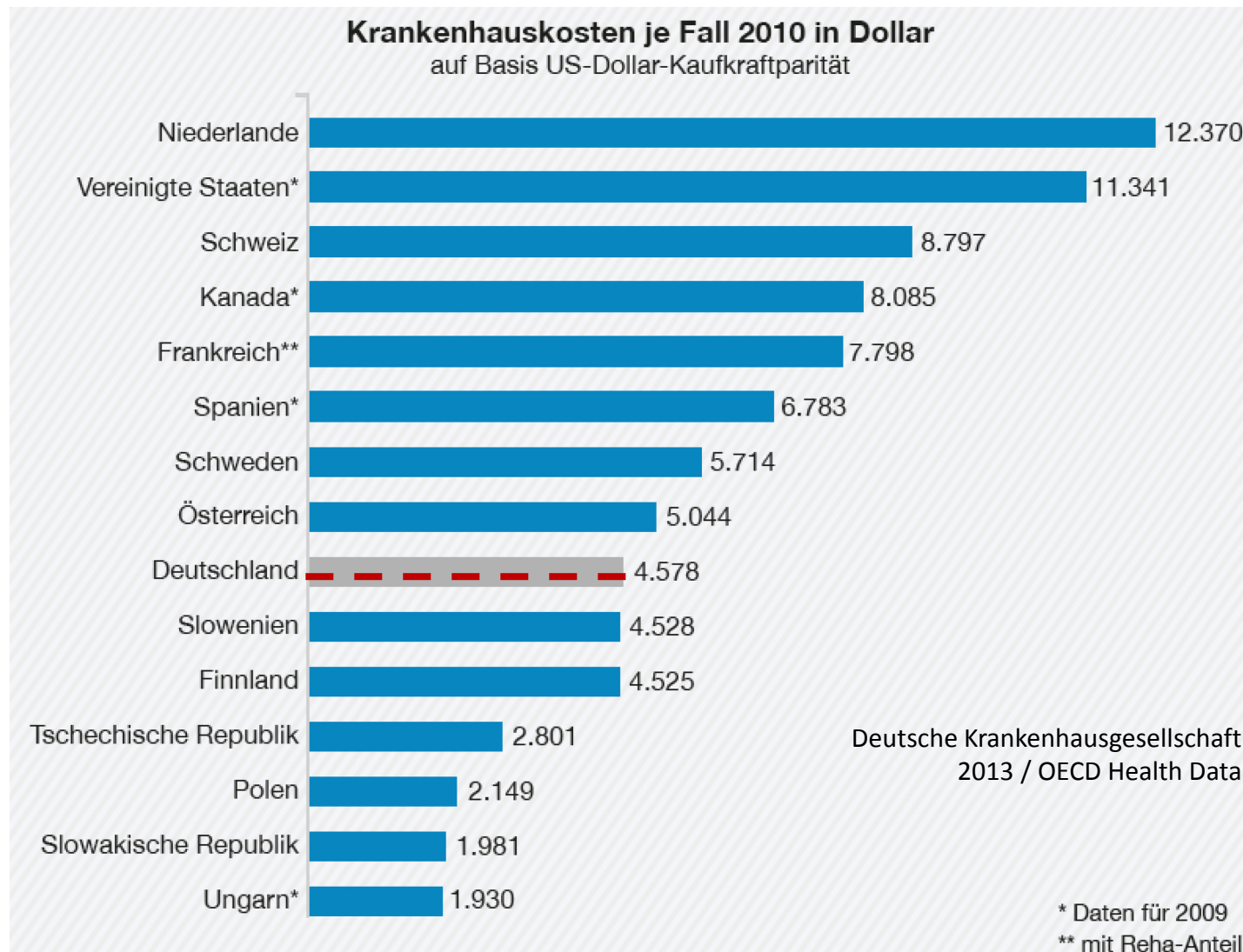
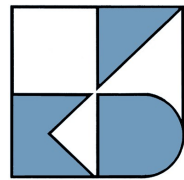


2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?

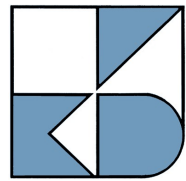


Deutsche Krankenhausgesellschaft 2013: Faire Rahmenbedingungen für Deutschlands Krankenhäuser, Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 18. Legislaturperiode / BMG / GKV

2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?

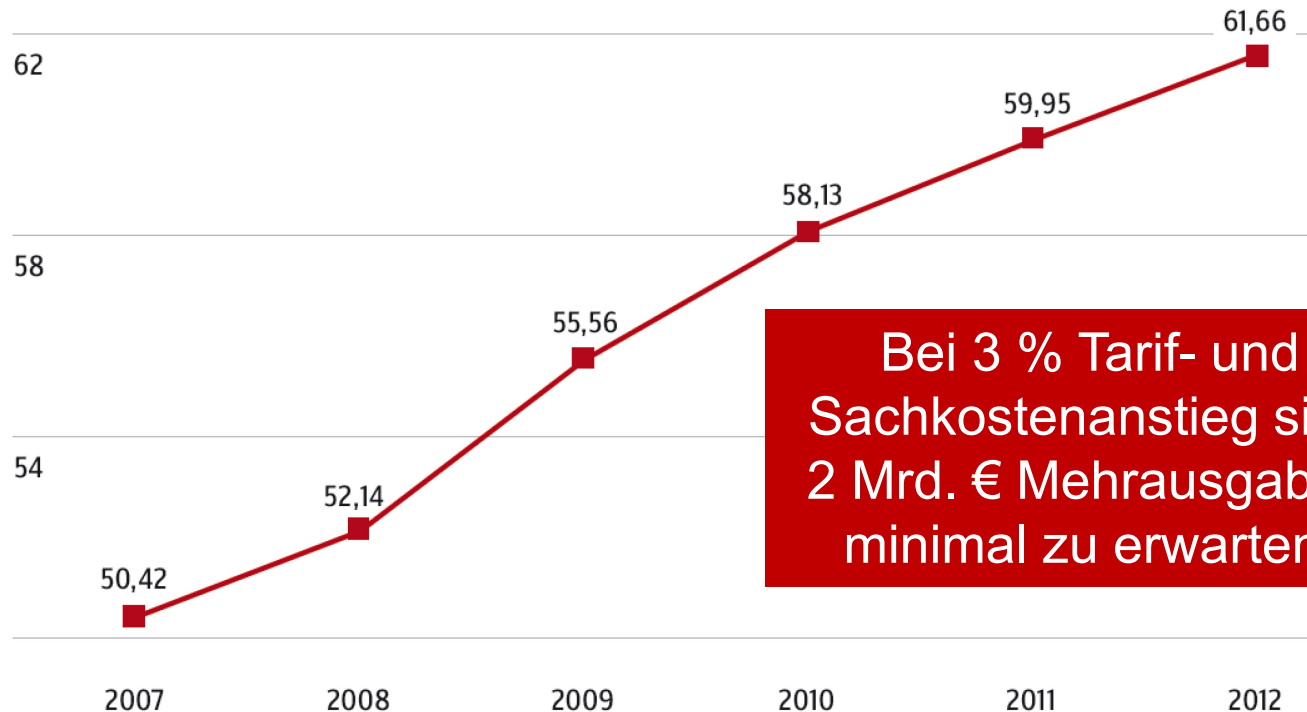


2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?



Ausgaben für Krankenhausbehandlung (insgesamt)

Angaben in Mrd. Euro

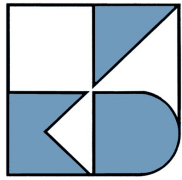


Bei 3 % Tarif- und
Sachkostenanstieg sind
2 Mrd. € Mehrausgaben
minimal zu erwarten.

2011 / 2012:
+1,71 Mrd. €
+2,9 % p. a.

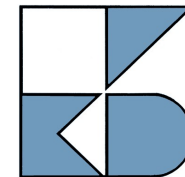
+11,24 Mrd. €
+22,3 %
+4,5 % p.a.

GKV-Spitzenverband 2013: Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung



1. Die Finanzlage der Krankenhäuser – Mythos und Wirklichkeit
2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?
3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?
4. Was sollte der Gesetzgeber regeln?
5. Fazit

3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?



Jahr	KH ¹	Betten ²	Mitarb. ³	Fälle ⁴
2004	2.166	531.333	1,07 Mio	16,8 Mio
2012	2.017	501.000	1,15 Mio	18,6 Mio
a.Diff	-149	-30.333	+0,08 Mio	+1,8 Mio
%Diff	-7%	-6%	+7%	+11%

Quelle Stat. Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2012

1 Schließung / Aufnahme als Betriebsstätte

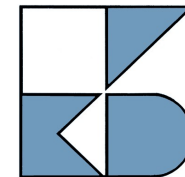
2 Abbau

3 Beschäftigte; zahlreiche Ausgliederungen im nicht-medizinischen Bereich

4 überwiegend: Demografie, medizinischer Fortschritt, Anspruchshaltung der Patienten

53% der Patienten per Einweisung; 40% als Notfall (Q: DKI 2011)

3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?



Jahr	KH ¹	Betten ²	Mitarb. ³	Fälle ⁴	VD ⁵	GKV-A ⁶	Ärzte ⁷
2004	2.166	531.333	1,07 Mio	16,8 Mio	8,7	47,2 Mrd	118.000
2012	2.017	501.000	1,15 Mio	18,6 Mio	7,6	61,7 Mrd	143.000
a.Diff	-149	-30.333	+0,08 Mio	+1,8 Mio	-1,1	+14,5 Mrd	+25.000
%Diff	-7%	-6%	+7%	+11%	-13%	+31%	+21%

Quelle Stat. Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2012

1 Schließung / Aufnahme als Betriebsstätte

2 Abbau

3 Beschäftigte; zahlreiche Ausgliederungen im nicht-medizinischen Bereich

4 überwiegend: Demografie, medizinischer Fortschritt, Anspruchshaltung der Patienten

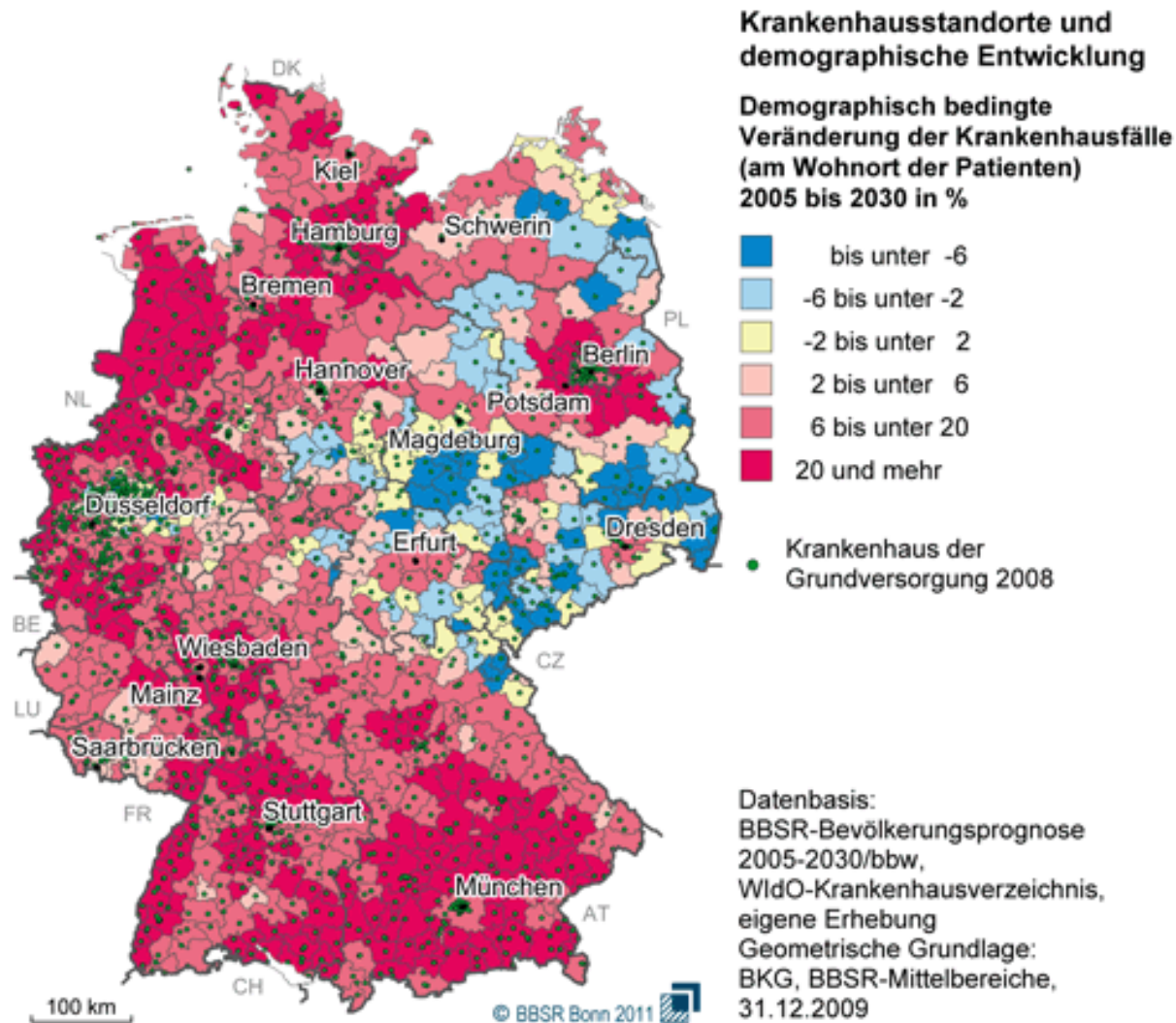
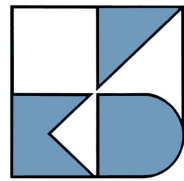
5 tw. frühere Entlassung durch med. Fortschritt (minimal-invasiv)

6 siehe 4 und 7 sowie Tarifentwicklung

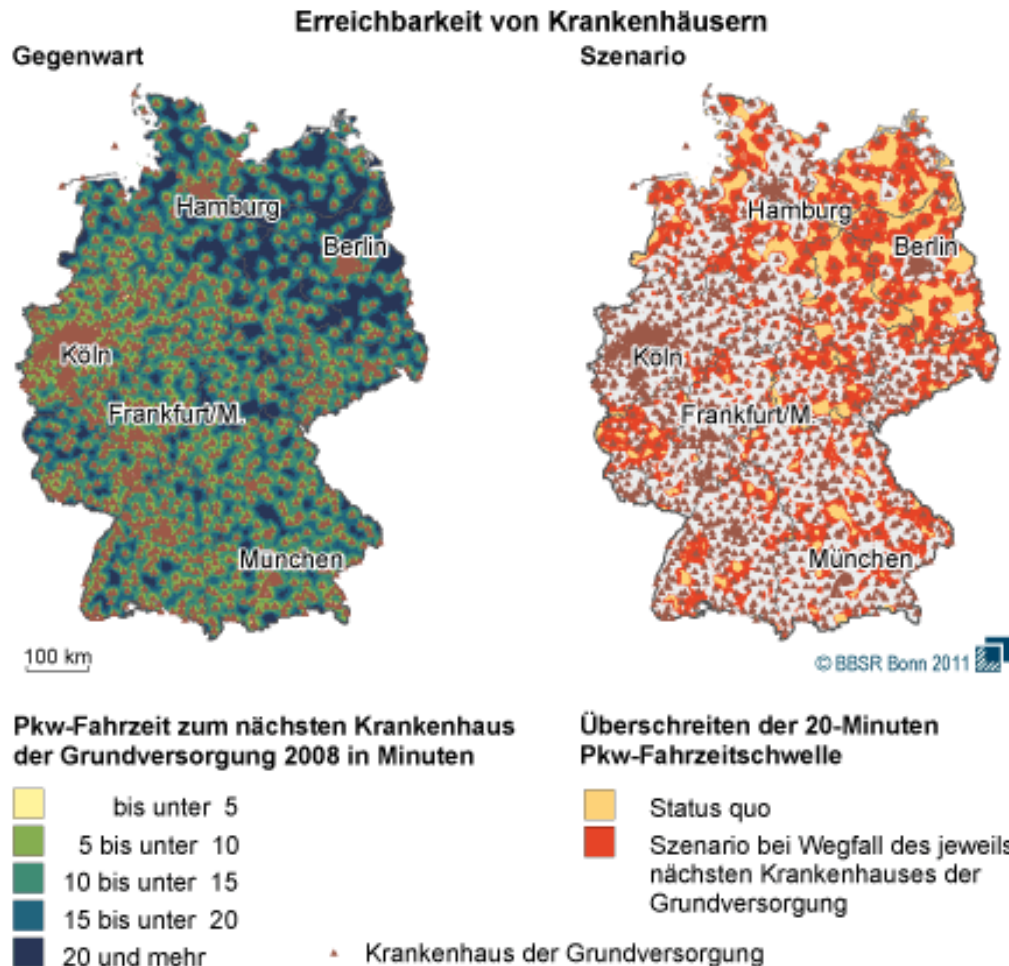
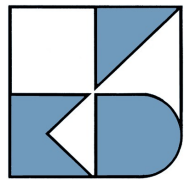
7 Vollkräfte; Umsetzung EuGH-Urteil und EU-Arbeitszeitrichtlinie (Mehrbedarf 27.000 Stellen, Q: DKG)

53% der Patienten per Einweisung; 40% als Notfall (Q: DKI 2011)

3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?



3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?



Datenbasis: Erreichbarkeitsmodell des BBSR, Krankenhausverzeichnis der wissenschaftlichen Institutes der AOK (WidO), eigene Erhebungen
Geometrische Grundlage: BKG/BBSR, Länder, 31.12.2008

In Regionen sehr unterschiedlich

„Ärztenschwemme“

Anfang 2000er Jahre

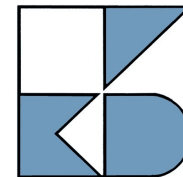
Abbau von Studienplätzen

heute Ärztemangel

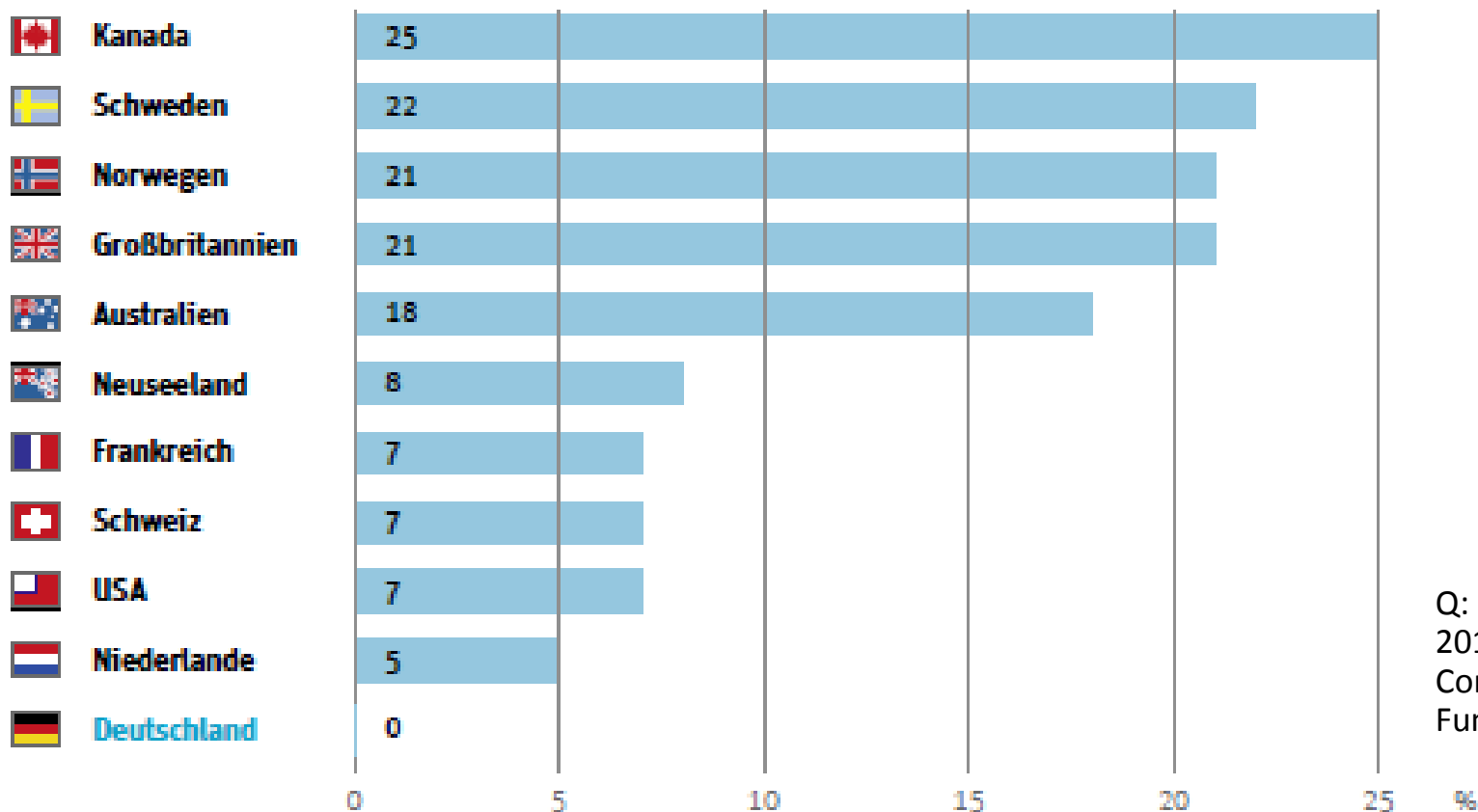
Zu berücksichtigen:

- starke demografische Alterung „Baby-Boomer“
- Hygiene
- Internationale Studien

Kapazitätsdichte in Deutschland

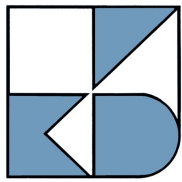


Anteil der Befragten, die 4 Monate oder länger auf einen geplanten Eingriff warten mussten



Q: PKV-Verband
2013 (Daten:
Commonwealth
Fund 2010)

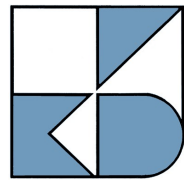
3. Kapazitätsdichte in Deutschland rechtliche Gestaltungsspielräume der Bundesländer



„Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan (...) besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde (...), welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.“

§ 8 Abs. 2 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

3. Kapazitätsdichte in Deutschland rechtliche Gestaltungsspielräume der Krankenkassen

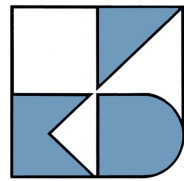


„Bei den Plankrankenhäusern (gilt) die Aufnahme in den Krankenhausplan als Abschluss des Versorgungsvertrages (...) Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

- 1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder*
- 2. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.“*

§ 109 Abs. 1 und 3 SGB V (Sozialgesetzbuch V)

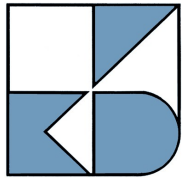
3. Kapazitätsdichte in Deutschland rechtliche Gestaltungsspielräume der Krankenkassen



Deshalb Kündigungsrecht:

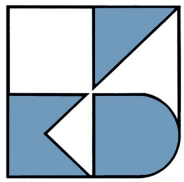
„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei (...) gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen (...) Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung (der Kündigung) nur versagt werden, wenn und soweit das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist.“

§ 110 Abs. 1 und 2 SGB V (Sozialgesetzbuch V)



1. Die Finanzlage der Krankenhäuser – Mythos und Wirklichkeit
2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?
3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?
4. Was sollte der Gesetzgeber regeln?
5. Fazit

4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? nochmals: GKV-Spitzenverband



*„Die Qualitätsunterschiede an deutschen
Krankenhäusern sind immens ...*

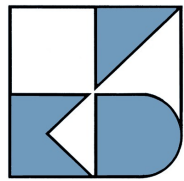
*„Ziel ist es, Patienten vor schlechter
Qualität zu schützen.“*

*„Qualität muss sich für die
Krankenhäuser auch finanziell lohnen.“*



Johann-Magnus v. Stackelberg
stv. Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? mediale Verunsicherung



NW, 22.01.2014

AOK macht Kliniken für 19.000 Tote verantwortlich

Ärztammer-Chef Windhorst kritisiert „Prangerkultur“

VON PETER STUCKHARD

■ Berlin/Bielefeld. Fast 19.000 Patienten pro Jahr sollen in deutschen Krankenhäusern ärztliche Fehler mit ihrem Leben bezahlen. So der AOK-Bundesverband in seinem Krankenhaus-Report 2014. Die häufigsten Gründe dafür: falsche Medikamente und Hygienemängel. Aber auch die

gisch auf ein Medikament reagiere, zuvor aber nicht nach Allergien gefragt worden sei. Krankenhausinfektionen, die rund vier Prozent aller Patienten erleiden, ließen sich durch gute Hygiene vermeiden.

Uwe Deh, Vorstand des AOK-Bundesverbandes, nutzte die Gelegenheit, auf „unnötige Risiken durch mangelnde Arbeitsteilung zwischen den Kli-

INFO Daten aus NRW



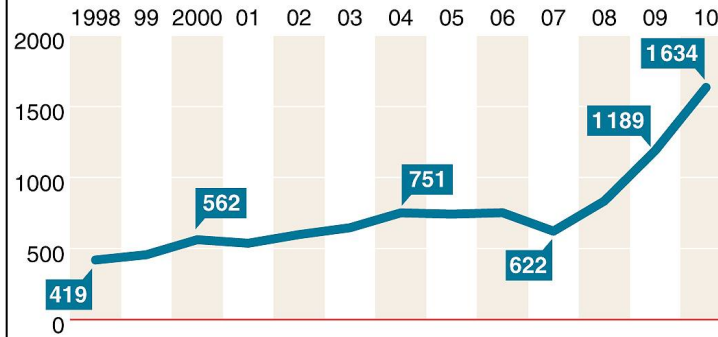
kenhausgesellschaft NRW betrieben wird. Dort sind bereits über 300 Warnhinweise zu möglichen Fehlerquellen hinterlegt.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zeichnet ein anderes Bild als die AOK. So habe der Dienst im Jahr 2012 insgesamt 8.607 Vorwürfe geprüft, die Patienten nach einer Krankenhausbehandlung erhoben hätten.



Tote durch Ärztefehler

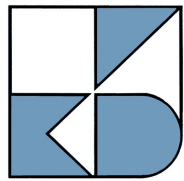
Anzahl der Todesopfer durch eingestandene Behandlungsfehler und mangelhafte Medizinprodukte



dpa • 16190

Quelle: Statistisches Bundesamt

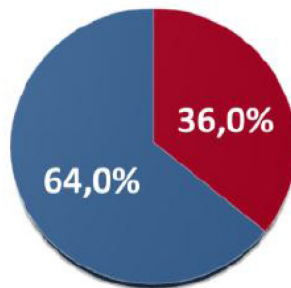
4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? der MDK



Gutachten insgesamt: 12.483

Q: Behandlungsfehlergutachten
der MDK-Gemeinschaft,
Jahresstatistik 2012

**Ambulanter
Sektor: 3.872**

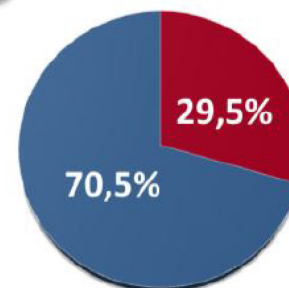


■ **Behandlungsfehler bestätigt**
■ **Behandlungsfehler nicht bestätigt**

31,0%

69,0%

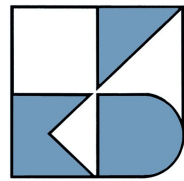
**Stationärer
Sektor: 8.607**



■ **Behandlungsfehler bestätigt**
■ **Behandlungsfehler nicht bestätigt**

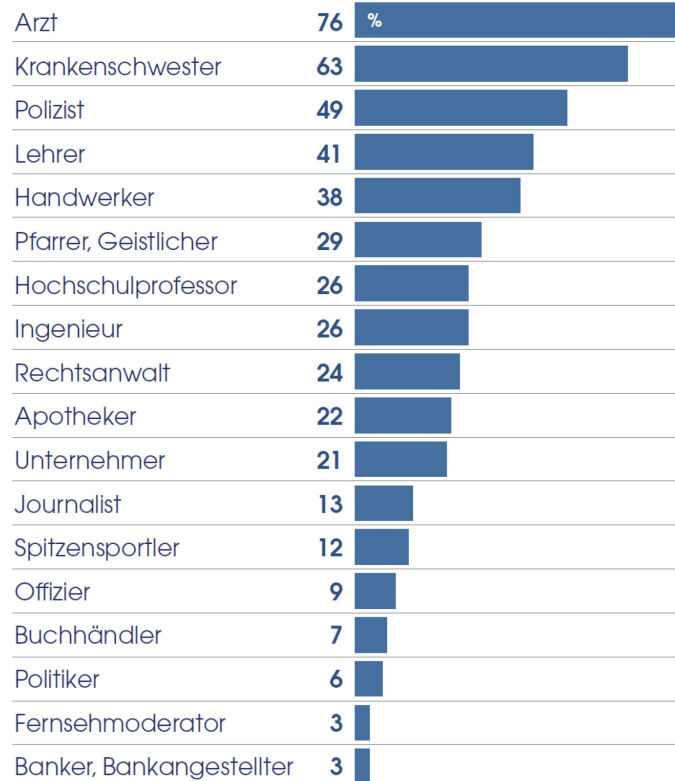
**= 2.540 Fälle
= 0,01 %**

4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? wahrgenommene Qualität



Die Allensbacher Berufsprestige-Skala

Frage: "Hier sind einige Berufe aufgeschrieben. Könnten Sie bitte die fünf davon herausuchen, die Sie am meisten schätzen, vor denen Sie am meisten Achtung haben?" (Vorlage einer Liste)



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 11007

© IfD-Allensbach

Ärzte und Pflegende
schneiden am besten ab

Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013

Jedes Krankenhaus hat das Potenzial zum Skandal



Skandal: Keine Sicherheit in unseren Kliniken



Tod eines Babys – Versäumniss

Mehr als zwei Jahre nach tragischem Ereignis: Staatsanwaltschaft erm

Der Tod eines Neugeborenen in der Leipziger Uni-Klinik im Herbst 2008 ist nach Auffassung der Staatsanwaltschaft auf eine fehlerhafte Behandlung zurückzuführen. Es wurde ein Ermitt-

nissen gegeben haben. So habe die beschuldigte Hebamme keine dauerhafte Überwachung von Swantje Reichl und ihrem noch ungeborenen Sohn veranlasst, obwohl die Mutter mehrere Stun-

Die Hebamme habe jed
diensthabende Ärztin ve
gemeinsam mit der Mutt
wiederholten Kaisersch
scheiden. Die tragischen
nach Erkenntnissen der
schaft „vorhersehbar und
Swantje Reichl erlitt eine
terriss, ihr Sohn Tony w

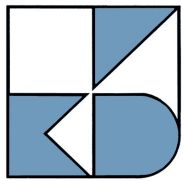


der Uniklinik gestorben: Tony Reichl

ben verantwortliche Ärzte uns gegenüber auch eingeräumt.“ Sie hätten großes Vertrauen in die Staatsanwaltschaft und hoffen auf eine baldige Anklageerhebung. „Uns ging es immer um die strafrechtliche Verantwortung der Schuldigen am Tod unseres Sohnes“, so Marcus Reichl. Nunmehr lassen sie aber auch Möglichkeiten prüfen, die Uni-Klinik auf Schmerzensgeld zu verklagen.

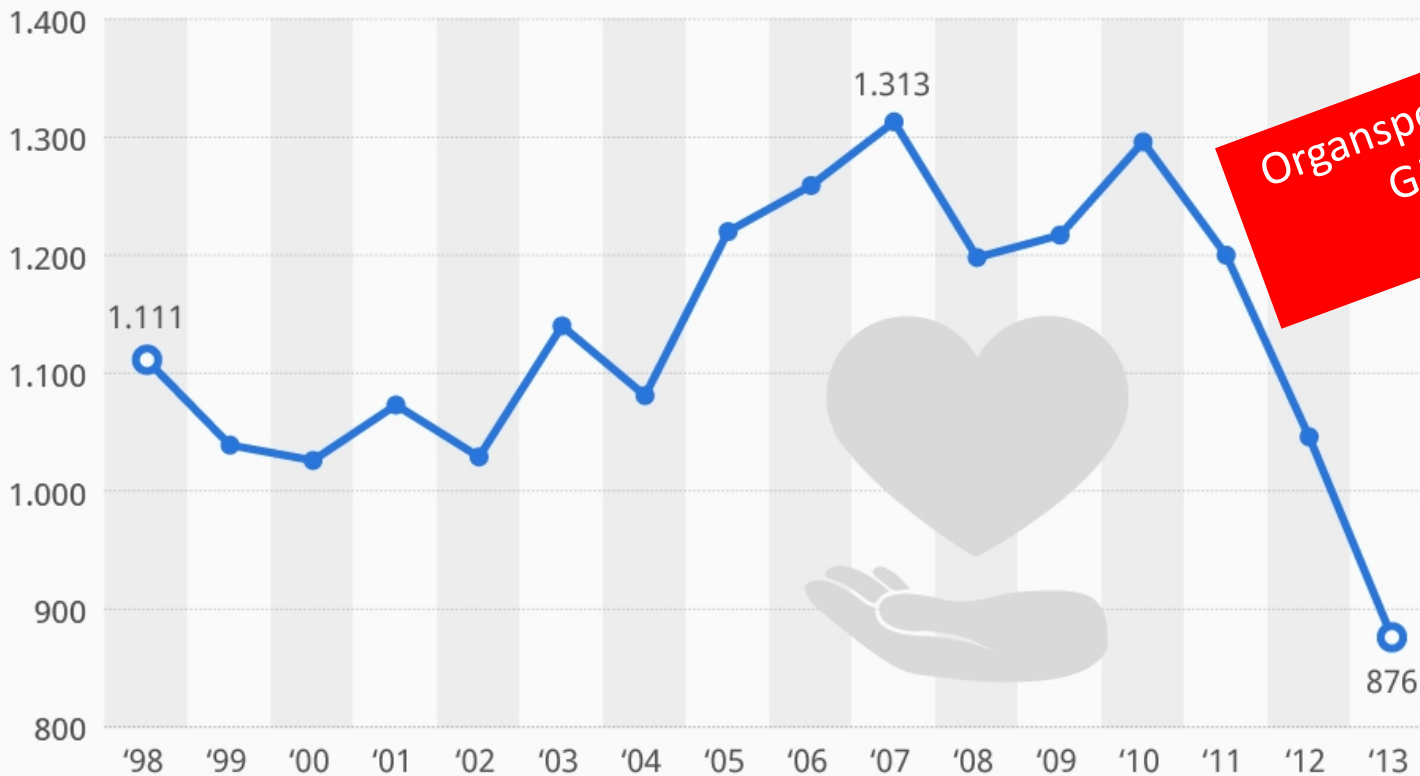
Frank Döring

Mediale Verunsicherung und ihre Folgen



So wenig Organspenden wie noch nie

Anzahl der postmortalen Organspender in Deutschland 1998 bis 2013

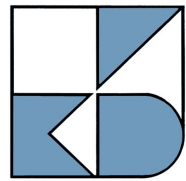


@Statista_com

Quelle: DSO

statista

4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? Politik als Getriebene?



Land NRW – aktueller Krankenhausplan:

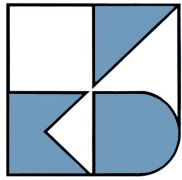
- Hebt Vorgaben für Intensivstationen für jedes (!) Krankenhaus auf universitäres Niveau (insb. Personalbesetzung)
- Über 90 % der Krankenhäuser in NRW können diese nicht erfüllen

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA):

- Universitäre Qualitätsvorgaben und Mindestmengen

„Mercedes fahren,
Golf bezahlen.“
Das kann's nicht sein.

4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? Politik als Getriebene?

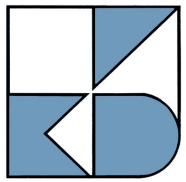


Bericht der Landesregierung NRW zum Krankenhausrahmenplan
2015 am 16. Januar 2013:

***„Das Land sieht eine Selektion über Qualitätsparameter als
sachgerechten Weg der Strukturbereinigung an.“***

(zitiert in: Kleine Anfrage der Abgeordneten Ina Scharrenbach CDU - Droht
ein Abbau von Intensivbetten in NRW-Kliniken?
Drucksache 16/5195 vom 07.03.2014)

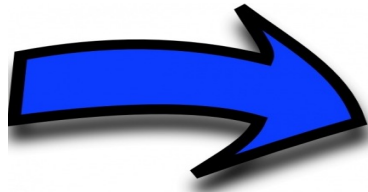
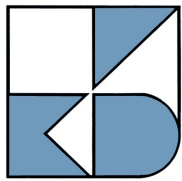
4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? So stehen die Kassen zur Vergütung von Qualität – Beispiel Brustzentren NRW



- 2006: Forderung der Zentren nach Zuschlag für Strukturqualität von Brustzentren (§ 5 Abs. 3 KHEntgG)
- 2007: Kassen und Schiedsstelle lehnen ab
- 2008: Bezirksregierung lehnt Schiedsspruch ab, erneute Verhandlung
- 2009: Genehmigung Bezirksregierung
- 2009: Klage Kassenverbände NRW gegen Land NRW
- 2012: Entscheidung VG Münster pro Strukturzuschlag
- 2013: Bestätigung OVG Münster nach Revision
- 2015: Erwartete Entscheidung des BVG
- **Prozessdauer = 9 Jahre !**

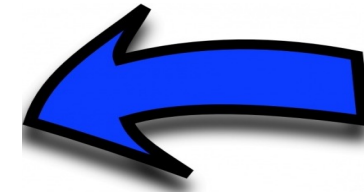
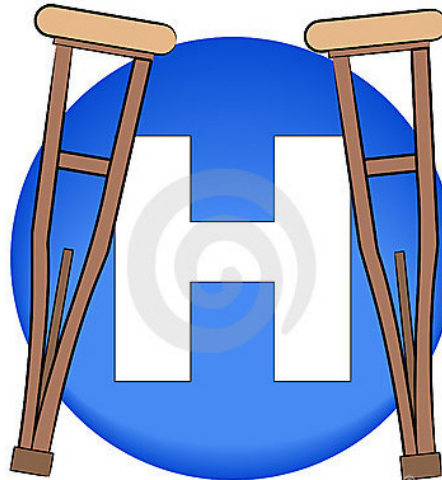


4. Was sollte der Gesetzgeber regeln? VKD-Modell zur Investitionsfinanzierung



Strukturentwicklungsfonds

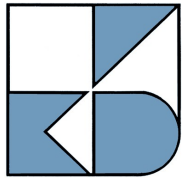
5 % vom stat. KH-Umsatz
(3,75 Mrd. Euro)
Bundes- und Landesmittel
(50 / 50)



Regel-Investitionen

5 % Zuschlag auf
Fallpauschale
(GKV / PKV)

Statt bisher 2,7 Mrd. Euro über 7,5 Mrd. Euro



1. Die Finanzlage der Krankenhäuser – Mythos und Wirklichkeit
2. Wo liegt das finanzielle Problem der Krankenkassen?
3. Wie ist die Kapazitätsdichte in Deutschland zu bewerten?
4. Was sollte der Gesetzgeber regeln?
5. Fazit

