

Zum Thema

Das Ende des Wachstums

Jahrzehnte lang gab es bei Fallzahlen in Krankenhäusern im Grunde nur eine Richtung: nach oben. Nun vermelden viele Häuser Stagnation, sogar Rückgänge. Vieles spricht dafür, dass das Ende des Wachstums vorläufig erreicht ist. Die Folgen: Der Wettbewerb wird intensiver, und der Krankenhausmarkt steht vor einem Umbruch.

Von Florian Albert

Die Geschäftszahlen, die der DAX-Konzern Fresenius für seine Kliniktochter Helios im Februar präsentierte, waren ernüchternd: Der mit Abstand größte Krankenhauskonzern Deutschlands verbuchte 2017 ein Minus von zwei Prozent auf 5,97 Milliarden Euro. Allein im vierten Quartal 2018 sank der Umsatz um fünf Prozent. „Der Umsatz von Helios Deutschland war beeinflusst durch einen Rückgang von Fallzahlen, unter anderem bedingt durch eine unerwartet hohe Fluktuation bei Ärzten und die Personalknappheit im Pflegebereich sowie den generellen Trend zur ambulanten Behandlung“, heißt es in der Bilanzmitteilung.

Helios ist kein Einzelfall: Auch Agaplesion machte 2017 ähnliche Erfahrungen. Bislang war der größte freigemeinnützige Klinikträger hierzulande seit seiner Gründung Jahr für Jahr von wachsenden Umsätzen und Patientenzahlen verwöhnt. „Das Jahr 2018 ist leider nicht so gelaufen, wie wir es uns vorgestellt haben. Wir erleben einen Markt mit stagnierenden Patienten- und Fallzahlen“, berichtete Finanzvorstand Jörg Marx im Interview mit *f&w* (Märzausgabe). Kaum ein Krankenhaus in der Fläche erreiche die geplanten Vorgaben. Der evangelische Träger kalkuliert mit einer Stagnation der Leistungszahlen aus.

Ein weiteres Beispiel ist der Krankenhauszweckverband Rheinland (KHZV). „Im Jahr 2018 hat sich sowohl der Case Mix als auch die Fallzahl in Summe über alle rund 140 somatischen KHZV-Mitgliedskrankenhäuser hinweg im Vergleich zum korrespondierenden Vorjahreszeitraum verringert“, so Geschäftsführer Martin Heumann.

Auch die Sana Kliniken können diesen Trend bestätigen – und das über alle Kliniken und Regionen hinweg. „Das ist wie der Wasserspiegel in der Badewanne: Zieht man den Stöpsel, fließt das Wasser gleichmäßig ab“, kommentiert Vorstandsvorsitzender Thomas Lemke die Entwicklung. Selbst so manche Universitätsklinik bleibt von dieser Entwicklung nicht verschont. Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) registrierte man 2018 erstmals

seit vielen Jahren einen Rückgang der Fallzahlen um 1,2 Prozent, berichtet der Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Jens Scholz. Zahlreiche weitere Geschäftsführer und Vorstände berichten von ähnlichen Erfahrungen – über alle Träger, Regionen und Klinikgrößen hinweg.

Bereits für 2017 hatte das Statistische Bundesamt einen Rückgang der Patientenzahlen von 0,4 Prozent gemeldet. Statt 19.532.779 Patienten im Jahr 2016 wurden im Jahr 2017 nur noch 19.442.810 Patienten in deutschen Krankenhäusern stationär behandelt (Abbildung 1).

Zugegeben: Das Minus fällt mit rund 90.000 Fällen beziehungsweise 0,4 Prozent klein aus. Aber selbst ein Nullwachstum ist Neuland für die Klinikbranche, die in den zurückliegenden 20 Jahre ständig wuchs. Für zahlreiche Krankenhäuser kann diese Stagnation

Fallzahlen in Krankenhäusern seit 1999

Patienten Anzahl

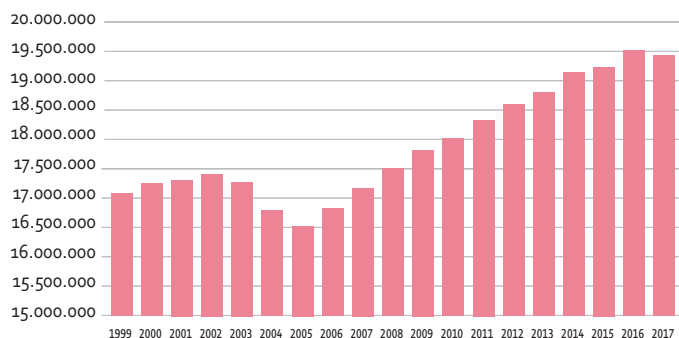


Abb. 1

i Rückläufige Fallzahlen

Die Fallzahlen haben sich in den verschiedenen Fachabteilungen zuletzt unterschiedlich entwickelt. Laut Daten der Deutschen Krankenhausgesellschaft war die Zahl der Patienten in den mit Abstand größten Disziplinen Innere und Chirurgie (jeweils -0,5 Prozent) von 2016 zu 2017 rückläufig (Tabelle). Auch in anderen Fachabteilungen zeigt sich ein leichter Rückgang. In einigen Fachgebieten sind die Fallzahlen hingegen weiter gestiegen, beispielsweise in der Geriatrie (plus 4,2 Prozent auf 385.120) und der Urologie (plus 0,9 Prozent auf 836.978).

Allgemeine Fachabteilungen mit sinkenden Fallzahlen

Fachabteilung	2016	2017	
Innere	7.647.231	7.606.379	-0,53 %
Chirurgie	4.392.438	4.369.706	-0,52 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.766.570	1.730.737	-2,02 %
HNO	582.779	571.660	-1,9 %
Herzchirurgie	139.041	138.940	-0,07 %
Kinderchirurgie	127.163	126.648	-0,4 %
Kinderheilkunde	1.016.779	993.722	-2,27 %
Orthopädie	828.512	812.668	-1,91 %

Tabelle 1

„Das ist wie der Wasserspiegel in der Badewanne: Zieht man den Stöpsel, fließt das Wasser gleichmäßig ab.“

Thomas Lemke, Vorstandsvorsitzender Sana Kliniken

bereits kurzfristig zu einem ernsten Problem werden. „Nur Wachstum und Skaleneffekte gleichen die steigenden Kosten aus. Und die Decke ist in vielen Krankenhäusern dünn“, sagt Prof. Dr. Boris Augurzky vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Er geht wie andere Branchenkenner davon aus, dass das Plateau bei den stationären Fallzahlen – zumindest vorübergehend – nun endgültig erreicht ist. Wachstumsraten wie in den vergangenen Jahrzehnten würden der Vergangenheit angehören, so der Gesundheitsökonom. „Ich denke schon, dass wir von einem Ende des Wachstums sprechen können“, sagt auch Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren (VKD) im Interview (Seite 304). Die Folge: Der Wettbewerb unter den Kliniken dürfte härter werden; mehr Krankenhäusern droht die Pleite und die Kliniklandschaft insgesamt könnte vor einem Umbruch stehen. „Drei Prozent weniger ist für ein Krankenhaus schwer zu verkraften“, schätzt Düllings.

Seit 1991 sind die stationären Fallzahlen um satte 33,4 Prozent gestiegen. Lässt man den statistischen Knick Mitte der 2000er Jahre außer Acht, der vor allem auf die Einführung der Fallpauschalen zurückzuführen ist (etwa durch Fallzusammenführungen), wuchsen die Patientenzahlen Jahr für Jahr – auch eine Folge politischer Rahmenbedingungen und Anreize im DRG-System.

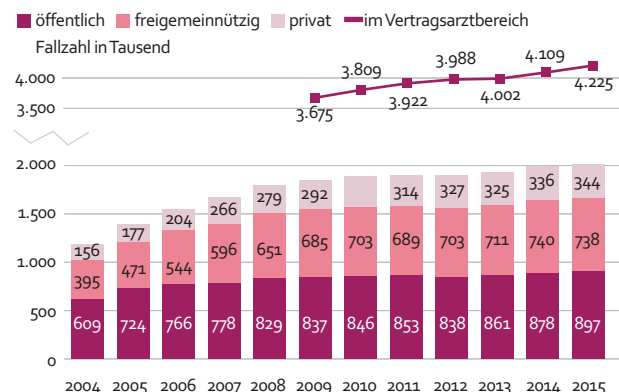
„Krankenhäuser tragen unter DRG-Bedingungen die Kostenverantwortung für die Leistungserstellung und müssen verstärkt auf wirtschaftliche Aspekte achten“, unterstreicht der Ökonom Prof. Dr. Andreas Beivers (s. Beitrag S. 308). Oder wie es Prof. Dr. Michael Böckelmann, Vorsitzender der Geschäftsführung der Schüchtermann-Klinik, auf den Punkt bringt: „Das System funktioniert nur mit Wachstum, ohne das kein Krankenhaus überleben kann.“ Um die steigenden Personalkosten zu stemmen und Investitionsmittel selbst zu erwirtschaften, gab es für Kliniken daher jahrelang nur eine Devise: Wachsen um jeden Preis. Denn Umsätze können im DRG-System praktisch nur steigen,

wenn der Case Mix, also die Fallmenge, zunimmt. Andere Vergütungskomponenten wie Zuschläge spielen nur eine untergeordnete Rolle für den Umsatz. Rund 80 Prozent der Krankenhausvergütung hierzulande stammen aus den DRG. Krankenkassenvertreter wie Stefan Wöhrmann vom VDEK verweisen aber auch darauf, dass Krankenhäuser immer stärker auf individuelle Erlöse ausweichen. „Allein 2018 war die Steigerungsrate der Erlössumme mit ihren krankenhausindividuellen Entgelten doppelt so hoch wie beim Erlösbudget mit den Katalogentgelten. Die Steigerungsrate bei den krankenhausindividuell vereinbarten Zusatzentgelten war sogar viermal so hoch (s. Interview S. 312).“

Steigt der Preis, steigt die Zahl der Behandlungen

Die Politik habe die Fehlanreize bei der Einführung der Fallpauschalen unterschätzt, meint VKD-Präsident Düllings. „Mengen kloppen“ wurde zum geflügelten Wort. Zu schnell, so der Vorwurf, würde in Krankenhäusern zum Skalpell gegriffen. Zwar kamen die Gesundheits-

Ambulante Operationen in Krankenhäusern und im Vertragsarztbereich



Quelle: Destatis/Zi/Krankenhausreport 2008

Abb. 2

ökonomischen Prof. Dr. Jonas Schreyögg und Prof. Dr. Reinhard Busse 2014 in ihrem Gutachten zur Mengenentwicklung zu dem Schluss, dass sich die Fallzahlenentwicklung nicht monokausal erklären lasse, sondern auch durch eine veränderte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen oder eines anderen Angebotes. Allerdings konnten beide Autoren nachweisen: Steigt der Preis, steigt auch die Zahl der Behandlungen. Obgleich auch nach diesem Gutachten unklar blieb, ob die Veränderung der Fallzahlen über das medizinisch notwendige Maß hinausgegangen sei oder nicht, reagierte die Politik: Die doppelte Degression – also Abschläge vor Ort plus entsprechender Dynamik beim Landesbasisfallwert –, der Fixkostendegressionsabschlag und händische Eingriffe ins DRG-System zur Abwertung vermeintlich mengenanfälliger Leistungen sind nur einige Beispiele, mit denen diverse Koalitionen das stetige Fallzahlenwachstum drosseln wollten. Auch wenn sich manche Politiker nun auf die Schultern klopfen: Die politische Intervention allein hat den Fallzahlenrückgang nicht verursacht. Tatsächlich sind auch andere Gründe maßgeblich, die sich in den einzelnen Häusern unterschiedlich stark bemerkbar machen:

1. Ambulantisierung

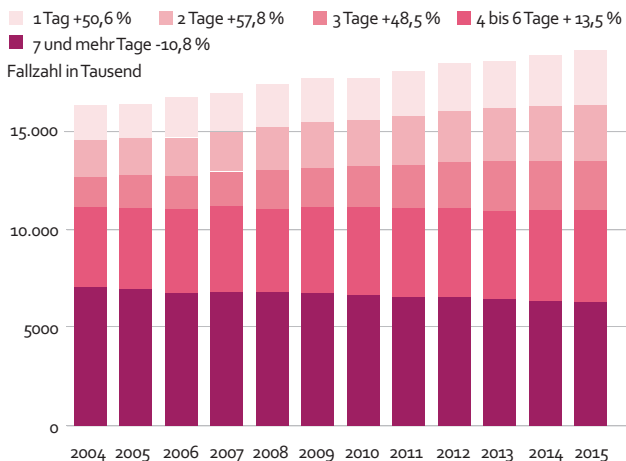
Es ist eine Binsenweisheit, dass immer mehr Leistungen ambulant erbracht werden. „Der Trend ist erkennbar bei diversen kleinen Eingriffen, für die es heute schon eine ambulante Abrechnungsmöglichkeit gibt“, erklärte Helios auf Anfrage von *f&w* ohne konkrete Zahlen zu nennen. Die Zahl der ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich steigt seit Jahren: laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) von 3,7 Millionen im Jahr 2009 auf 4,2 Millionen im Jahr 2015. Deutschland, so schreiben es Gesundheitsökonom Schreyögg und weitere Autoren im Krankenhausreport 2018 (Abbildung 2).

Deutschland erlebt demnach einen Trend, der andere Industrieländer längst erfasst hat. Dort sinken die stationären Fallzahlen infolge der Ambulantisierung seit Jahren. 2015 hatte Deutschland 23.553 stationäre Fälle je 100.000 Einwohner – weit mehr als der EU-15-Durchschnitt von 15.184 Fällen. Ein weiteres Indiz, dass sich dieser Trend verstärken wird: Die Zahl der Kurzlieger, also der Patienten, die ein bis drei Tage im Krankenhaus bleiben, steigt jährlich: Seit 2000 hat die Zahl um satte 75 Prozent (2015) zugenommen (von 4,7 Millionen auf 8,2 Millionen; Abbildung 3). „Es ist zu vermuten, dass diese Entwicklungen direkte Auswirkungen auf den ambulanten Sektor haben, beispielsweise in Form einer Verschiebung dorthin“, schreibt Torsten Schellhase vom Statistischen Bundesamt im Krankenhausreport 2018.

2. MDK-Prüfungen

VKD-Präsident Düllings führt den Fallzahlenrückgang vor allem auf die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zurück. Im St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn klafft demnach eine kräftige Lücke zwischen dem Leistungs-Brutto und -Netto (s. Interview 304). Nach offizieller Statistik liegt die MDK-Prüfquote bundesweit bei mittlerweile 15 Prozent. Es gebe sogar Häuser, wo die Prüfquote zwischen 20 und 30 Prozent liege,

Fallzahl differenziert nach Verweildauer



Quelle: Destatis/Zi/Krankenhausreport 2008

Abb. 3

so Düllings. „Bei einer Erfolgsquote von teilweise 50 zu 50 ist das eine ganze Menge“, sagt der VKD-Präsident. Auch Martin Heumann vom Krankenhaus-Zweckverband Rheinland, nennt in *f&w* 2/19 die MDK-Prüfungen als Grund für sinkende Fallzahlen. Das zu Jahresbeginn veröffentlichte Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zeigt, dass kleine und große Krankenhäuser gut 26 Prozent der strittig gestellten Case Mix-Punkte/Erlöse durch Abrechnungsprüfungen verlieren. Bei den Krankenhäusern zwischen 300 und 599 Betten liegt die Verlustquote sogar bei durchschnittlich 38 Prozent. Allerdings schlägt die Abrechnungsprüfung nicht in allen Krankenhäusern gleichermaßen zu Buche.

„MDK-Prüfungen sind nicht Ursache für die Entwicklung rückläufiger stationärer Fallzahlen, denn derzeit wird nur ein sehr kleiner Anteil von stationären Fällen durch den MDK zu ambulant gewandelt“, sagt etwa eine Sprecherin der Helios Kliniken.

3. Personalmangel

Der Personalmangel, vor allem in der Pflege, führt schon heute dazu, dass Krankenhäuser Betten oder sogar ganze Stationen schließen müssen. Den Rückgang am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein begründet Vorstandsvorsitzender Jens Scholz nicht etwa mit einem veränderten medizinischen Bedarf. „Haupttreiber neben der heftigen Influenzawelle war und ist der Mangel an Pflegefachkräften. Operationen und Behandlungen konnten teilweise nicht durchgeführt werden, weil das notwendige Fachpersonal fehlte“, so Scholz. Der private Konzern Helios spürt den Mangel auch in anderen Berufsgruppen wie Ärzten und Hebammen. „Betroffen sind vor allem Kliniken in eher ländlichen, stadtfürneren Regionen. Zudem sind vor allem die Fachgebiete Gynäkologie und Geburtshilfe, Geriatrie sowie Pädiatrie vom Fachkräftemangel betroffen“, sagt eine Sprecherin. Es komme in einzelnen Kliniken deshalb immer wieder vor, dass aufgrund einer angespannten Personalsituation übergangsweise Stationen zusammengelegt werden müssen, um die Versorgung sicherzustellen.

Viele Klinikmanager erwarten jedoch, dass die Folgen des Personalmangels in Zukunft noch viel gravierender ausfallen werden – Stichwort Pflegepersonaluntergrenzen.

Es droht eine Strukturreform über Pleiten

Stand heute droht der Krankenhauslandschaft eine ungesteuerte Marktberreinigung. „Ich fürchte, dass wir bald eine Krankenhausstrukturreform über Pleiten erleben werden. Nur dass diese dort stattfinden werden, wo man die Kliniken eigentlich braucht“, meint Düllings.

Das aktuelle Beispiel des insolventen Klinik- und Seniorenheim-Betreibers Katharina Kasper Via Salus aus Rheinland-Pfalz mit fünf Krankenhäusern könnte demnach nur der Auftakt zu einer größeren Pleitewelle sein, an deren Ende die Zahl der Krankenhäuser deutlich reduziert sein wird. Gesundheitsökonom Augurzky prognostiziert, dass bald noch mehr Kliniken vom Netz gehen werden, auch weil sie ausbleibende Patientenzahlen in die Bredouille bringen. Seine Prognose: Vor allem für die freigemeinnützigen Träger könnte es eng werden. Anders als viele kommunalen, die den Stadtkämmerer hinter sich wissen, und die privaten mit entsprechenden Reserven bei der Marge fehlt ihnen ein entsprechender Rückhalt, so Augurzky.

Die Krankenhäuser selber setzen auf unterschiedliche Strategien. Helios beispielsweise fährt sein ambulantes Angebot hoch. Der Konzern hat zum 1. September 2018 auf Ebene seiner regionalen Geschäftsführung die Sparten „Ambulante Versorgung“ und „Neue Geschäftsfelder“ etabliert. „Ziel der Sparten ist es, ambulante Versorgungsangebote, Prävention und sektorenübergreifende Modelle bei Helios auszubauen“, sagt eine Sprecherin.

Eine weitere große Krankenhauskette, die nicht genannt werden möchte, plant im kommenden Jahr mit einem Null-Wachstum in den einzelnen Häusern und möchte den Standorten so buchhalterisch Luft für neue Konzepte verschaffen. „Wir streben das nicht an, aber wir müssen den Blick öffnen für gewisse Strukturveränderungen“, sagt ein Manager im Gespräch mit *f&w*.

Für Grundversorger dürfte es eng werden

Auch die Sana Kliniken setzen seit Jahren auf eine Abkehr vom reinen stationären Geschäft. „Das Krankenhaus wird die Plattform in der Mitte sein, um das herum wir neue Angebote im ambulanten und tertiären Bereich schaffen“, sagt der Vorstandsvorsitzende Thomas Lemke. „Wir wollen uns vom Krankenhaus unabhängiger machen.“ Auch der kirchliche Träger Agaplesion setzt auf sektorenübergreifende Konzepte. Die Gesamtstrategie zielt auf die transsektorale Vollversorgung ab, so Finanzvorstand Marx. „Im stationären Bereich wollen wir das Thema Spezialisierung noch stärker vorantreiben und an einigen Standorten neue Fachabteilungen eröffnen, soweit es planungsrechtlich möglich ist.“

Während die Big Player bereits nach neuen Strategien suchen, dürfte es vielen kleinen Krankenhäusern und Grundversorgern schwerfallen, die sinkenden Fallzahlen auszugleichen. Erschwerend kommt nach Einschätzung von Sana-Chef Lemke der Wille der Politik hinzu, große Einheiten zu stärken. „Es ist kein Zufall, dass die Ausnahmen von der Gesamtentwicklung fast ausschließlich große Kliniken sind, die einen Zuwachs verbuchen. Denn sie sind infolge politischer Regulation die Gewinner im System.“ Die Vorgaben zu Mindestmengen, Zentren oder der Notfallversorgung werden nach Lemkes Einschätzung in Zukunft vor allem Maximalversorger erfüllen können. Auch das Krankenhausbarometer des DKI zeigte, dass der Anteil der Krankenhäuser mit unbefriedigender wirtschaftlicher Lage mit steigender Krankenhausgröße abnimmt. „Erstmals seit Einführung des DRG-Systems beurteilen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ihre wirtschaftliche Situation damit am besten“, heißt es darin.

Um die Existenz kleinerer Grundversorger zu sichern, wäre nach Einschätzung vieler Experten nun die Politik am Zug. „Vorhaltung sollte besser finanziert werden“, sagt Michael Böckelmann. Vor allem Grundversorger gehören nach Ansicht des Vorsitzenden der Geschäftsführung der Schüchtermann-Klinik nicht in den klassischen DRG-Wettbewerb. In eine ähnliche Kerbe schlagen die Gesundheitsökonominnen Andreas Beivers (s. Beitrag S. 308) und Boris Augurzky. Letzterer ist sich sicher: „Wir erleben den Einstieg in den Ausstieg aus dem DRG-System – auch, weil diesem der sektorenübergreifende Ansatz fehlt.“ Um Vorhaltung besser zu finanzieren, empfiehlt er den Blick ins Ausland – konkret nach Spanien, wo Fresenius die Klinikette Quirónsalud betreibt. Das dort zum Teil praktizierte Capitation-Modell könnte demnach Vorbild für Deutschland sein. Kliniken oder andere Träger übernehmen dort die Gesundheitsversorgung einer Region. In einem Stadtteil von Madrid beispielsweise schließt die Kommunalverwaltung Verträge mit Kliniken, die dann den Stadtteil versorgen und eine Pauschale für jeden „ihrer“ Bürger erhalten. Wenn eine Einrichtung etwa eine spezialisierte Leistung nicht anbieten kann, kauft es diese bei einem anderen Krankenhaus ein.

Trotz schwieriger Aussichten bleibt VKD-Chef Josef Düllings optimistisch. „Krankenhäuser werden in zehn Jahren einen ganz anderen Stellenwert haben als heute.“ Er setzt dabei auf die Generation der Babyboomer. „Überall, wo die Babyboomer kommen, verändern sich Strukturen markant. Das war bei den Kindergärten so, bei den Schulen und das wird nun auch bei den Krankenhäusern so sein, wenn diese Generation dort aufschlagen wird. Aber bis dahin werden wir sicher durch ein Tal der Tränen gehen, das wird nicht leicht.“

„Nur Wachstum und Skaleneffekte gleichen die steigenden Kosten aus. Und die Decke ist in vielen Krankenhäusern dünn.“

Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI