

---

## **Gemeinsame Stellungnahme**

**des AOK-Bundesverbandes,  
des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen,  
des IKK-Bundesverbandes,  
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
der Knappschaft und  
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)**

**zur Wirtschaftlichkeitssituation der Krankenhäuser**

**für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
am 18. Juni 2008 zu den Anträgen**

- **Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden (BT-Drs. 16/8375)**
- **Krankenhäuser zukunftsfähig machen (BT-Drs. 16/9008)**
- **Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser (BT-Drs. 16/9057)**

---

**10.06.2008**

---

Die Spitzenverbände der Krankenkassen teilen die Auffassung einer aktuellen Finanznot der deutschen Krankenhäuser nicht. Die Defizitszenarien, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft seit September 2007 in mehreren Pressemitteilungen verbreitet wurden, sind einseitig, basieren überwiegend auf prospektiven Annahmen und sind daher nicht geeignet, die tatsächliche Finanzsituation der deutschen Kliniken objektiv darzustellen. Für eine differenzierte Beurteilung der wirtschaftlichen Lage ist es daher empfehlenswert, aussagekräftige Daten heranzuziehen.

Kostendruck ist keine Besonderheit des Krankenhausesektors. In keiner Branche, die sich dem Wettbewerb stellt, gibt es einen Anspruch auf die Erstattung der Selbstkosten. Es kann daher nicht Aufgabe der Kostenträger sein, bestehende ineffiziente Kliniken zu finanzieren, die durch Überarbeitung ihrer internen Strukturen und Prozesse sowie durch den Abbau von Überkapazitäten Wirtschaftlichkeitsreserven realisieren könnten. Viele Krankenhäuser arbeiten erfolgreich und mit Gewinnen unter den Bedingungen des Fallpauschalen-Vergütungssystems. Einige Klinikkonzerne verbuchen ansehnliche Gewinne und die Mehrzahl der deutschen Kliniken sind Konvergenzgewinner. Globale Modellrechnungen mit entsprechenden Defizitszenarien bieten demnach kein zutreffendes Bild. Vielmehr ist festzustellen, dass sich seit 2003 die Möglichkeiten für Krankenhäuser verbessert haben, durch wirkungsvolles Krankenhausmanagement Gewinne zu erwirtschaften.

### **Dynamische Entwicklung des Krankenhausmarktes in Deutschland**

Der Krankenhausmarkt in Deutschland befindet sich auf Grund der Einführung des DRG-Systems in einem verstärkten Qualitäts- und Preiswettbewerb. Die Folgen sind Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesse. Um im Wettbewerb bestehen zu können, kommt es für Kliniken mehr und mehr darauf an, zukunftsorientierte Strukturen zu schaffen. Als Konsequenz kommt es zunehmend zu Kooperationen, Fusionen und zudem zu Schließungen unrentabler Krankenhäuser. Alle Studien, die die zukünftige Entwicklung des Krankenhausmarktes in Deutschland untersuchen, kommen zu dem Ergebnis, dass sich der Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess fortsetzen wird. Es wird damit gerechnet, dass sich bis zum Jahr 2020 die Zahl der Krankenhäuser von aktuell rund 2.000 auf bis zu 1.500 Krankenhäuser reduzieren wird.

Von dieser Entwicklung werden die verschiedenen Trägergruppen auf Grund ihrer Innovations- und Finanzierungsfähigkeit unterschiedlich stark betroffen sein. Es handelt sich bei der gegenwärtigen sinkenden Zahl der Krankenhäuser also nicht um ein „Krankenhaussterben“, sondern um einen politisch gewollten Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess, der zur Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung im Krankenhausesektor beitragen wird.

### **Rückgang der Bettenauslastung in deutschen Krankenhäusern**

Die Kennzahlen des deutschen Krankenhausesektors haben sich in den letzten Jahren erwartungsgemäß und ohne größere Schwankungen entwickelt (vgl. Tabelle 1). Im Jahr 2006 gab es in Deutschland 2.104 Krankenhäuser (2003: 2.197, minus 4,2 %) mit insgesamt 510.767 Betten (2003: 541.901, minus 5,8 Prozent). Die stationären Fallzahlen beliefen sich im Jahr 2006 auf rund 16,8 Mio. Fälle (2003: 17,3 Mio., minus 2,7 %). Der Trend zur Reduzierung der Verweildauer hat sich schon vor der Einführung des Fallpauschalensystems angedeutet. So sind im Jahr 2006 die Patienten durchschnittlich 8,5 Tage im Krankenhaus geblieben. Mit niedrigeren Ver-

weildauern sinkt auch zwangsläufig die Bettenauslastung in deutschen Kliniken (vgl. Tabelle 1). Es liegt auf der Hand, dass sinkende Bettenauslastungen auch zu einer weiteren Reduzierung der Krankenhausbetten und sinnvoller Weise auch zu weiteren Krankenhausschließungen führen müssen. Es handelt sich hierbei nicht um „Kliniksterben“, sondern vielmehr um die krankenhauplanerische Umsetzung von notwendigen Kapazitätsanpassungen.

**Tabelle 1: Bundesweite Anzahl und Veränderungsraten bezogen auf Krankenhäuser, Fallzahlen, Betten, Verweildauer und Auslastung**

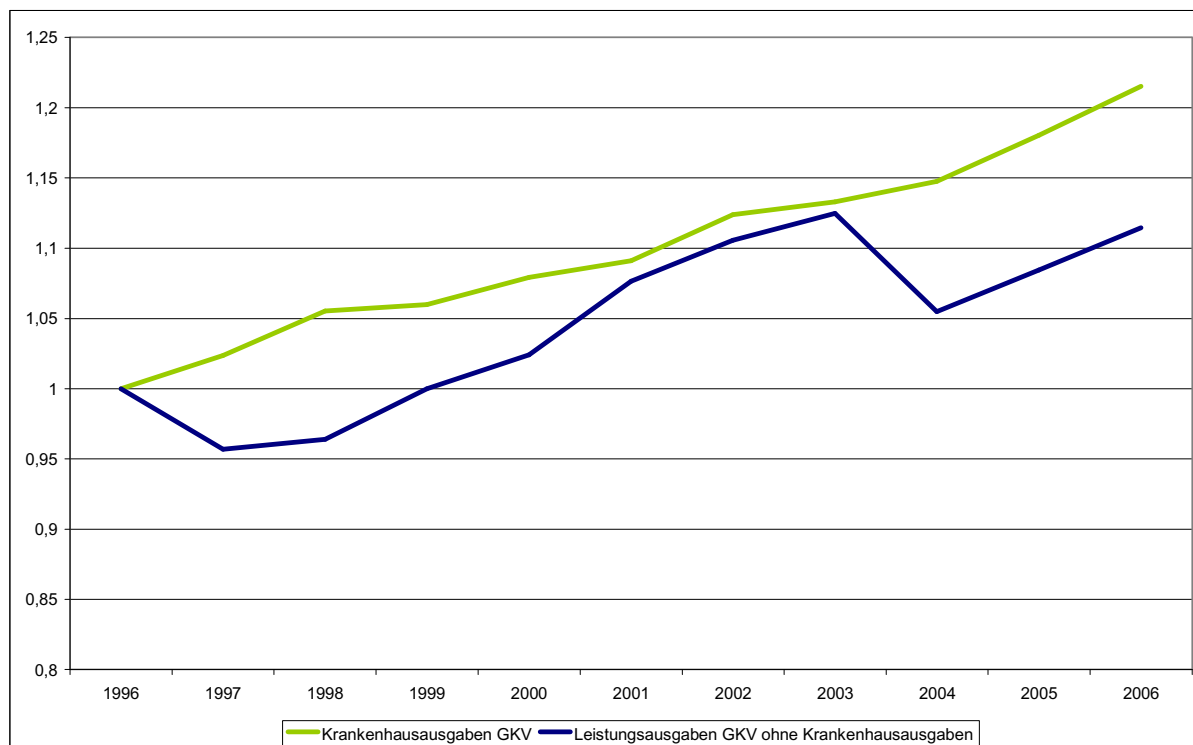
Jahr	Krankenhäuser		Fälle		Betten		Verweildauer in Tagen	Bettenauslastung in Prozent
	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	In Tsd.	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in Prozent		
1996	2.269		16.165		593.743		10,8	80,6
1997	2.258	-0,48	16.429	1,63	580.425	-2,24	10,4	81,1
1998	2.263	0,22	16.847	2,54	571.629	-1,52	10,1	82,3
1999	2.252	-0,49	17.093	1,46	565.268	-1,11	9,9	82,2
2000	2.242	-0,44	17.263	0,99	559.651	-0,99	9,7	81,9
2001	2.240	-0,09	17.325	0,36	552.680	-1,25	9,4	81,1
2002	2.221	-0,85	17.432	0,62	547.284	-0,98	9,2	80,1
2003	2.197	-1,08	17.296	-0,78	541.901	-0,98	8,9	77,6
2004	2.166	-1,41	16.802	-2,86	531.333	-1,95	8,7	75,5
2005	2.139	-1,25	16.539	-1,57	523.824	-1,41	8,6	74,9
2006	2.104	-1,64	16.833	1,78	510.767	-2,49	8,5	76,3

Quelle: Statistisches Bundesamt

### Steile Ausgabenentwicklung im Krankensektor

Vielfach wird die These aufgestellt, dass die Veränderungsraten der vergangenen Jahre die steigenden Personal- und Sachkosten nicht kompensiert hätten und somit die Existenz der Krankenhäuser gefährdet sei. Eine ganz andere Sprache spricht dagegen die Budget- und Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich (ohne integrierte Versorgung und ambulante Behandlung). Die Krankenhäuser verzeichneten bei ihrer Budgetentwicklung von 2004 bis 2006 einen Anstieg von ca. 4 %, bei Nichtberücksichtigung von Mehrleistungen einen Anstieg von ca. 3,2 %. Diese Budgeterhöhung übertrifft die in diesem Zeitraum angewandten Veränderungsdaten, die gemäß § 71 SGB V maßgeblich für die Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Budgetverhandlungen sind. Lag das Ausgabenvolumen im Jahr 1996 noch bei rund 40 Mrd. Euro, stieg es bis 2006 auf 48,5 Mrd. Euro an, was einem Anstieg von 21 % entspricht (vgl. Abbildung 1). Demgegenüber sind die restlichen Leistungsausgaben nur um 11 % gestiegen.

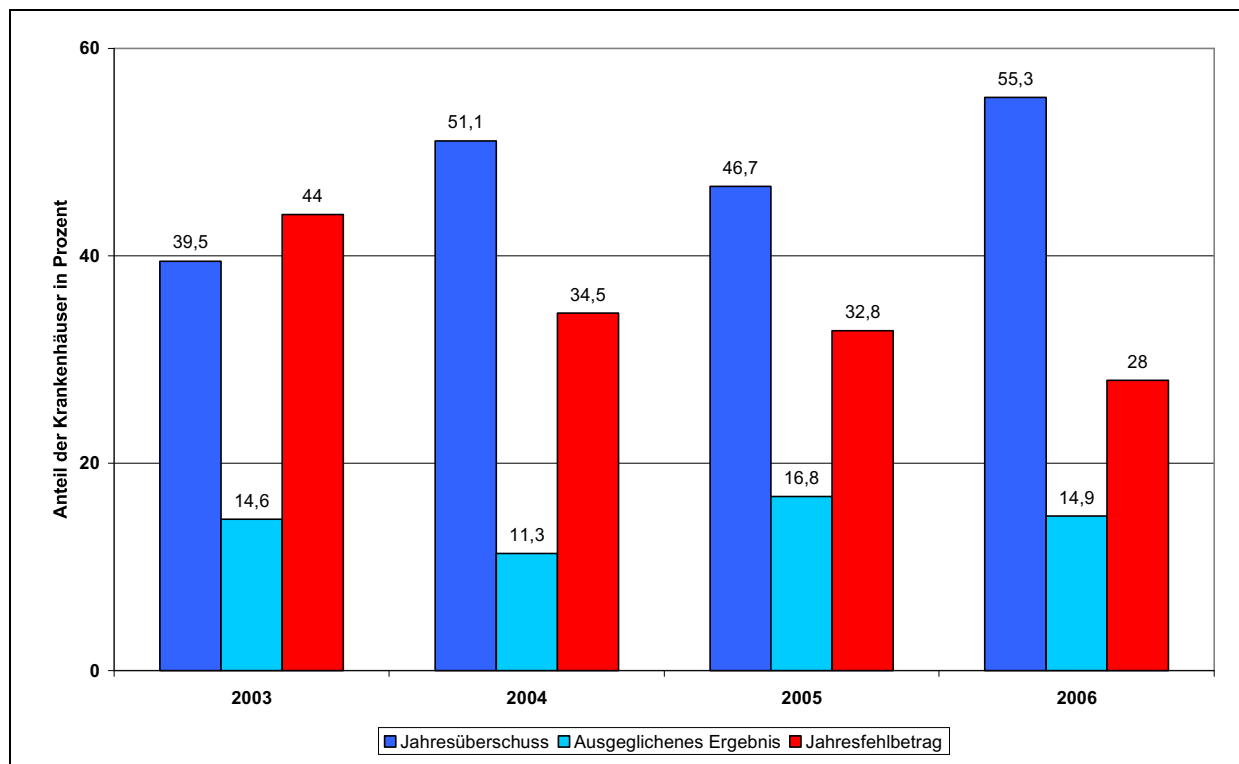
**Abbildung 1: Indexierte GKV-Krankenhaus- und Leistungsausgaben ohne Anteil der Krankenhausausgaben von 1996 – 2006**



Eine Einschätzung über die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser bedarf jedoch noch weitergehender Informationen. Die Finanzsituation für die einzelnen Krankenhäuser hat sich über die Jahre erheblich verbessert. Das Ergebnis einer repräsentativen Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) zu der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser weist von 2003, dem Jahr der DRG-Einführung, bis zum Jahr 2006 eine durchweg positive Entwicklung auf (vgl. Abbildung 2).

Demnach realisierten 2006 ca. 70 % der Kliniken einen Jahresüberschuss oder ein ausgeglichenes Ergebnis. 28 % der Krankenhäuser wiesen einen Jahresfehlbetrag auf. Im Jahr 2003 lag der Anteil der Häuser mit einem Verlust noch bei ca. 44 %. Von einer generellen Notsituation in der Krankenhausfinanzierung kann datenbasiert keine Rede sein.

**Abbildung 2: Jahresergebnisse der Krankenhäuser von 2003 – 2006 auf Basis der Auswertung des Deutschen Krankenhausinstituts**



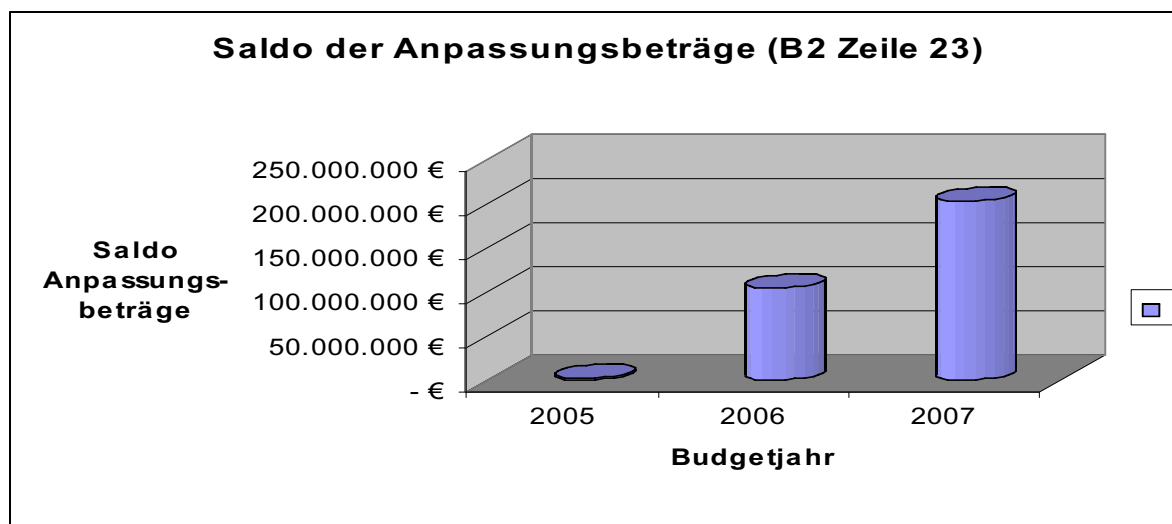
### **Die meisten Krankenhäuser profitieren von der Konvergenzphase**

Die Basisfallwerte der Krankenhäuser konvergieren im Zeitraum von 2005 bis 2009 auf einen landeseinheitlichen Basisfallwert. Da es sich hierbei nach dem Willen des Gesetzgebers um eine reine Umverteilung von Budgetmitteln zwischen den Krankenhäusern handelt, sollten hierdurch die Krankenhausausgaben eigentlich nicht steigen. Allerdings ist zwischenzeitlich festzustellen, dass das Volumen der positiven und negativen Umverteilungsbeträge sich nicht neutralisiert, sondern ein Saldo zugunsten der Krankenhäuser entstanden ist.

Die Mehrheit der Kliniken hat also bisher von der Konvergenzphase profitiert. Es gibt ein großes Übergewicht an Konvergenzgewinnern. Ungefähr 60 Prozent der Krankenhäuser haben in den Jahren 2006 und 2007 durch die Konvergenz der Basisfallwerte mehr Finanzmittel erhalten als im Jahr zuvor. Dazu zählen auch viele Universitätskliniken. Bemerkenswert ist beispielsweise die Universität Greifswald, die 2007 einen hausindividuellen Basisfallwert unter dem Niveau des Landesbasisfallwerts in Mecklenburg-Vorpommern aufweist, einem der niedrigsten Landesbasisfallwerte im Bundesgebiet. Auch die Universitäten Heidelberg bzw. München (Rechts der Isar), die mittlerweile 6 Prozent unterhalb der jeweiligen Landesbasisfallwerte liegen, gewinnen in der Konvergenzphase Budgetanteile hinzu. Dies verdeutlicht die positive Entwicklung der Abbildungsqualität der Leistungen der öffentlichen Universitätskliniken im DRG-System.

Ursächlich für diese Entwicklung, die in den meisten – insbesondere den ausgabenstärksten – Ländern beobachtet werden kann, ist ein „Auseinanderdriften“ vom jeweiligen Landesbasisfallwert einerseits und den hausindividuellen Basisfallwerten andererseits. Vereinfacht gesagt: Das Preisniveau auf Landesebene bildet das Preisni-

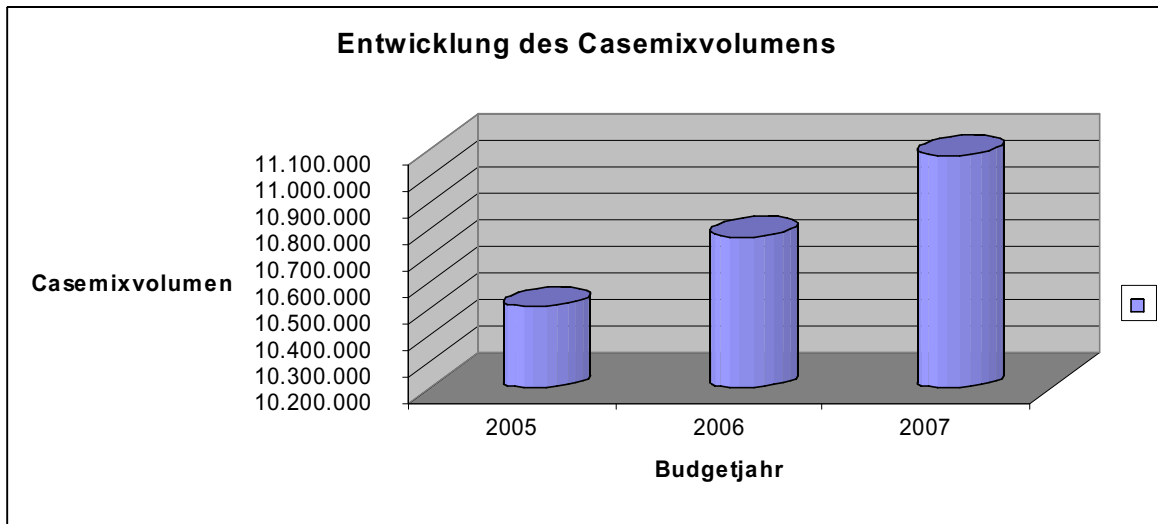
veau über alle Kliniken des Landes nicht korrekt ab, sondern bewegt sich darüber. In der Folge konvergieren die hausindividuellen Basisfallwerte gegen einen überhöhten Landesbasisfallwert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Konvergenzschnitte in Richtung des landeseinheitlichen Basisfallwertes seit 2005 von Jahr zu Jahr größer werden. Entsprechend spürbarer werden die finanziellen Folgewirkungen. Der letzte (und größte) Angleichungsschritt erfolgt im Jahr 2009.



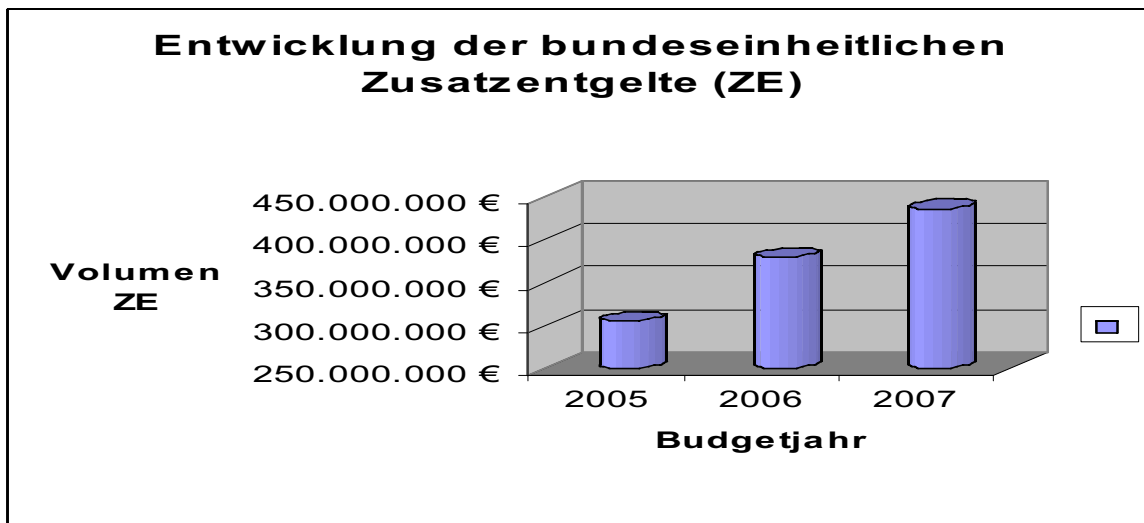
Im Betrachtungszeitraum ergibt sich ein Saldo der Budgetsteigerungen zugunsten der Krankenhäuser in Höhe von rd. 1 %, dessen vollständige Wirkung sich im Jahr 2009 mit jährlich 2 % entfalten wird. Nach Ende der Konvergenzphase verbleiben alleine aus dieser Konvergenzschiefelage ohne Mehrleistungsvereinbarungen bei den Häusern zusätzlich rd. 1 Mrd. € jährlich.

### **Trend zur Leistungsexpansion**

Zeitgleich mit Einführung der Landesbasisfallwerte und der damit verbundenen Konvergenzphase wurde auch die bestehende Deckelung der hausindividuellen Budgets aufgehoben. Dies bedeutet, dass Mehr- oder Minderleistungen direkte Auswirkungen auf die Budgets haben. In der Folge hat dies zu einer erheblichen Mengenexpansion stationärer Leistungen geführt. Im Zeitraum von 2005 bis 2007 ist die bundesweite Summe der vereinbarten Case-Mix-Punkte um insgesamt 5,44 % angestiegen. Eine Fortsetzung dieses Trends ist auf Basis der Selbsteinschätzung der Krankenhäuser (AOLG-Länderumfrage) auch weiterhin zu erwarten.



Im gleichen Zeitraum ist das Budgetvolumen für bundeseinheitliche Zusatzentgelte, die zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen vergütet werden, über alle Kliniken um 42,75 % gestiegen.



### **Viele Möglichkeiten für Erlöszuwächse oberhalb der Veränderungsrate**

Die Behauptung, die Möglichkeit für die Kliniken Erlöszuwächse zu erzielen, sei auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen limitiert (2007: Neue Bundesländer 1,05 %, alte Bundesländer 0,28 %; 2008: Alle Bundesländer 0,64 %) ist schlichtweg falsch. Der Gesetzgeber hat zahlreiche z. T. zweckgebundene Ausnahmetatbestände geschaffen, die den Kliniken deutliche Erlöszuwächse über die Veränderungsrate hinaus ermöglichen:

1. Bei Leistungssteigerungen werden zusätzliche Fälle im DRG-Bereich ab 2008 fast mit den vollen Durchschnittspreisen finanziert, obwohl bei zusätzlichen Leistungen eigentlich nur Grenzkosten (variable Kosten) relevant sind. Eine Budgetierung, die expandierende Krankenhäuser einschränkt, gibt es gar nicht mehr.
2. Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen sind die Krankenkassen nach § 4 Abs. 13 KHEntgG seit 2003 verpflichtet, einen jährlich um 0,2 Prozent-

---

punkte steigenden Prozentsatz des „Gesamtbudgets“ zusätzlich zur Verfügung zu stellen. Somit können Krankenhäuser, die Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nachweisen, im Jahr 2008 zusätzlich 1,2 % ihres „Gesamtbudgets“ zur Deckung der Personalkosten erhalten.

3. Die Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) werden nach § 4 Abs. 14 KHEntgG ebenfalls zusätzlich finanziert (bundesweite Mehrkosten ca. 300 Mio. €) Hierdurch können die Tarifsteigerungen für die jungen Ärzte refinanziert werden.
4. Die schrittweise Anpassung des Vergütungsniveaus der neuen Bundesländer an das der alten Bundesländer auf Basis des TVöD wird seit jeher in vollem Umfang zusätzlich finanziert. Die gesetzlichen Grundlagen hierfür sind § 4 Abs. 4 i.V.m. § 10 Abs. 5 KHEntg sowie § 6 Abs. 1 BPfIV.
5. Alle Krankenhäuser in den neuen Bundesländern erhalten nach Artikel 14 Abs. 1 Gesundheitsstrukturgesetz im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms zur Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung im Beitrittsgebiet bis zum Jahr 2014 einen Zuschlag von 5,62 € je Berechnungstag von den Krankenkassen. Hierdurch erzielen die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern jährliche Zusatzerlöse in einer Größenordnung von 125 Mio. €.
6. Krankenhäuser, die hauptsächlich Leistungen abrechnen, die nicht über DRG-Fallpauschalen vergütet werden (Psychiatrie, Psychosomatik, besondere Einrichtungen), haben nach § 6 Abs. 2 BPfIV Anspruch auf einen Ausgleich der Auswirkung der Tarifentwicklung nach dem TVöD. Übersteigt die Tarifentwicklung nach dem TVöD die Veränderungsrate, wird der Unterschied zu einem Drittel ausgeglichen. Somit wird die Personalkostensteigerung zur Hälfte refinanziert (TVöD-Berichtigung). Hierdurch konnten die betroffenen Krankenhäuser in den alten Bundesländern im Jahr 2007 0,2 % des Gesamtbudgets zusätzlich Erlösen.
7. Medizinische Innovationen, die noch nicht über DRG-Fallpauschalen abgebildet sind, sogenannte „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“, werden außerhalb jeglicher Budgetierung finanziert.
8. Einzelne Krankenhäuser können aufgrund besonderer Merkmale durch die Vereinbarung von Zuschlägen für Sicherstellung sowie für Schwerpunkte und Zentren gezielt mit zusätzlichen finanziellen Mitteln ausgestattet werden.
9. Die Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen übernehmen die Krankenkassen nach § 17a KHG zusätzlich über eine Zuschlagsfinanzierung. Die Höhe richtet sich nach dem individuellen Bedarf des Krankenhauses, so dass in diesem Bereich keine Unterfinanzierung auftreten kann. Vielmehr ist nicht auszuschließen, dass die für die Ausbildung bereit gestellten Mittel auch anderweitig verwendet werden.

### **„Verdeckte Monistik“ schmälert Gewinnsituation**

Es ist unstrittig, dass die gegenwärtige Investitionsfinanzierung durch die Länder nicht mehr angemessen ist. Seit der Einführung der dualen Finanzierung im Jahr 1972 ist die Investitionsquote (Anteil der öffentlichen Fördermittel an den Krankenhausausgaben von GKV u. PKV) stetig von rund 25 % auf rund 5 % gesunken. Dabei sind die von den Ländern bereit gestellten Mittel in den vergangenen Jahren auch in absoluter Höhe gesunken. Zahlten die Länder 1993 noch insgesamt 3,9 Mrd. € für Krankenhausinvestitionen, waren es 2006 nur noch 2,7 Mrd. €. Allerdings gibt es er-



---

hebliche Unterschiede zwischen den Ländern was den Finanzierungsumfang der Investitionen betrifft.

Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhäuser gezwungen, dringende Erhaltungs-, Rationalisierungs- und medizinische Erweiterungsinvestitionen (z.B. Großgeräte) anderweitig zu finanzieren. Unerlässliche Investitionen müssen die Kliniken daher notgedrungen aus ihren Erlösen finanzieren (verdeckte Monistik). Die Zahlungen der Krankenkassen, die eigentlich die laufenden Personal- und Sachkosten für die Krankenhausbehandlung (Betriebskosten) decken sollen, werden also z. T. für Investitionen zweckentfremdet. Diese Quersubventionierung engt den finanziellen Handlungsspielraum der Krankenhäuser zusätzlich ein.

Geht man von einer sachgerechten bundesdurchschnittlichen Investitionsquote von 9 % aus, besteht gegenüber der tatsächlichen Investitionsquote seitens der Länder (5 %) eine Lücke von 4 Prozentpunkten. Wenn die Krankenhäuser die Hälfte dieser Investitionslücke selber aus Erlösen für die Krankenhausbehandlung finanzieren, stehen damit Zahlungen der Krankenkassen in der Größenordnung von 1 Mrd. € nicht mehr für die Deckung der Personalkosten zu Verfügung.

### **Keine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung**

Im Rahmen der DRG-Einführung hat man zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung die Möglichkeit der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen eingeführt. Sicherstellungszuschläge sind für die Vorhaltung von Leistungen zu zahlen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar, zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung aber notwendig sind (17b Abs. 1 Satz 6 KHG i. V.m. § 5 Abs. 2 KHEntgG). Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung für Krankenhausleistungen liegt in der Kompetenz der Bundesländer. Bisher wurde von der Möglichkeit der Sicherstellungszuschläge kaum Gebrauch gemacht.

Auch die Erreichbarkeitsanalyse des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung zeigt, dass eine sehr gute Erreichbarkeit zu den Krankenhäusern der Grundversorgung vorliegt (vgl. Raumordnungsbericht 2005). Demnach gelangten im Jahr 2005 rund 98 % der deutschen Bevölkerung innerhalb eines 20-Minuten-Radius (Erreichbarkeit auf Basis der PKW-Fahrzeit) zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung.

### **Krankenhäuser expandieren in neuen Geschäftsfeldern**

Vor allem im ambulanten Sektor werden neue Geschäftsfelder erschlossen. Diese betreffen ambulante Leistungen nach § 115b oder § 116b SGB V, Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V.

Über den Einstieg in die ambulante Versorgung sichern sich die Krankenhäuser zusätzliche Einnahmemöglichkeiten mit der additiven Chance, neue vollstationäre Patienten zu erhalten bzw. dauerhaft zu binden. So ist das ambulante Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V gekennzeichnet durch einen anhaltenden Fallzahlenanstieg. Dadurch haben die Krankenhäuser allein von 2002 auf 2006 rund 190 Prozent mehr Erlöse erzielt. Auch die Erbringung hochspezialisierter Leistungen, Leistungen für seltene Erkrankungen und für Krankheiten mit besonderem Krank-

---

heitsverlauf gemäß § 116 b SGB V wird künftig noch mehr zum Ausbau der ambulanten Tätigkeit für Krankenhäuser führen.

Krankenhäuser nutzen die Möglichkeit der neuen Versorgungsformen wie die integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren ihr Leistungsangebot auf andere Sektoren auszuweiten. Leistungen der integrierten Versorgung werden dabei grundsätzlich neben der ambulanten und stationären Versorgung abgerechnet. Im ersten Quartal 2008 beläuft sich das Vergütungsvolumen in der Integrierten Versorgung bei über 5.100 laufenden Verträgen auf rund 715 Mio. Euro. Bei mehr als 52 % der Fälle der gemeldeten Verträge fungieren Krankenhäuser als direkte Vertragspartner. Im ambulanten Sektor expandieren Krankenhäuser durch MVZ. Die Zahl der zugelassenen MVZ ist in 2007 im Vergleich zum Vorjahr um 42 % und damit auf fast tausend Einrichtungen gestiegen. Gut ein Drittel davon befindet sich in der Hand von Krankenhäusern bzw. deren Trägern. Mit Hilfe von MVZ binden Kliniken Einweiser an sich und sichern sich Patientenströme.

### **Fazit**

Die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems und die damit verbundene Finanzierungsumstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen haben den deutschen Krankenhaussektor maßgeblich verändert. Dies zeigt sich sowohl im medizinischen Bereich etwa durch eine weitere Reduzierung der Verweildauer als auch im ökonomischen Bereich zum Beispiel durch Prozessoptimierungen und zunehmende Spezialisierungen der Häuser. Diese Umstellung war politisch gewollt, um mehr Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit im stationären Sektor zu schaffen. In dieser Phase der Krankenhauskonsolidierungs- und Konzentrationsprozesse von „Krankenhaussterben“ zu sprechen zeugt von mangelnder Einsicht für die Notwendigkeit von Reformen im Kliniksektor. Die finanzielle Situation der Krankenhäuser hat sich entgegen der Darstellung der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser positiv entwickelt. Ursache dafür sind die Möglichkeiten für Krankenhäuser, insbesondere durch Leistungserbringung im fachärztlich ambulanten Sektor zusätzliche Einnahmequellen, zu erschließen.

Die Reduktion des wirtschaftlichen Anpassungsdrucks für alle Krankenhäuser über zahlreiche neue Zuschläge im Stil des alten Selbstkostendeckungsprinzips scheint momentan politisch opportun zu sein, führt jedoch zu einem Stillstand bzw. zur Umkehr des angestoßenen Reformprozesses. Fraglich ist auch wie derartige Zuschläge (Tarifausgleich, Sonderprogramm Pflegekräfte, Sonderprogramm PsychPV etc.) finanziert werden sollen. Eine Finanzierung zu Lasten der GKV würde die Lohnnebenkosten deutlich erhöhen und das Ziel „Senkung der Sozialabgaben“ ernsthaft gefährden.

---