



©Franz Pfluegl - stock.adobe.com

„Das Chaos ist vorprogrammiert.“

Interview mit Prof. Dr. Erika Raab

Die finanzielle Lage der Kliniken ist besorgniserregend. Laut Krankenhaus Barometer wird der Anteil der Krankenhäuser mit negativem Jahresergebnis bei knapp 80 Prozent liegen. Wir sprachen mit Prof. Dr. Erika Raab, Geschäftsführerin der Kreisklinik Groß-Gerau GmbH und Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) e.V. darüber, wie die angelaufene Krankenhausreform die Situation weiter verändern wird und wie sie sich in Groß-Gerau den Herausforderungen stellen.

Keywords: Finanzierung, Gesundheitspolitik, Strategie



Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin der Kreisklinik Groß-Gerau GmbH
Vorstandsvorsitzende der DGfM e.V.

Die Krankenhäuser stehen enorm unter Druck, müssen massive finanzielle Probleme schultern und gleichzeitig die angelaufene Kran-

kenhausreform umsetzen. Eine Besserung der Lage ist erst einmal nicht in Sicht.

KU Gesundheitsmanagement: Laut dem aktuellen Krankenhaus Barometer wird der Anteil der Krankenhäuser mit negativem Jahresergebnis 2024 voraussichtlich bei knapp 80 Prozent liegen. Wie wird sich das Ihrer Meinung nach 2025 weiter entwickeln?

Prof. Dr. Erika Raab: Die wirtschaftliche Situation wird sich für die Kliniken weiter verschärfen. Zwei Drittel der Kliniken erwarten eine weitere Verschlechterung der Wirtschaftslage. Wer hofft, dass die Krankenhausreform etwas ändert, wird enttäuscht. Die Krankenhausreform löst nicht die strukturelle Unterfinanzierung und wird frühestens 2027 erste Wirkungen zeigen. Die Preissteigerungen bei den Personal- und Sachkosten wirken sich stark auf die Liquidität aus. Hinzu kommt die mangelhafte Investitionsausstattung. 2025 haben wir fortgesetzt sehr hohe Forderungen in den Tarifverhandlungen, die deutlich über den Steigerungen des Landesbasisfallwertes liegen. Auch wenn die direkten Tarifsteigerungen in den Tabellenentgel-

ten als Tarifierhöhungsraten finanziert werden sollen, werden strukturelle Tarifforderungen etwa im Sinne von Personalvorgaben, der Senkungen der Anzahl maximaler Dienst- und Rufbereitschaften u.ä. nicht gegenfinanziert. Ebenso verhält es sich mit den Bürokratiekosten. Exemplarisch sei hier auf die Nachhaltigkeitsberichterstattungs-pflicht verwiesen.

Die Kreisklinik Groß-Gerau hat im Frühjahr 2024 als erste deutsche Klinik das Bundesgesundheitsministerium auf Schadensersatz verklagt. Wie kam es dazu?

Um die Auswirkungen sinkender Leistungsmengen berücksichtigen zu können war nach der bis 2022 geltenden Rechtslage für die daraus resultierenden steigenden Fallkosten nur eine begrenzte Refinanzierungsmöglichkeit über eine Anhebung des Landesbasisfallwerts nach § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntG gegeben, soweit damit nicht eine Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen verbunden ist.

Somit ist es in dem bestehenden Finanzierungssystem, welches grundsätzlich die Finanzierungssystematik für die Krankenhausreform bildet,

nicht mehr möglich, auf Leistungsrückgänge mit sachgerechten Korrekturen zu reagieren. Kompensationen für Erlösverluste waren nicht vorgesehen. Dieser gesetzgeberische Mechanismus führt zur automatischen Verschärfung der wirtschaftlichen Lage für die Kliniken.

Aus Sicht der Kreisklinik war mit der Änderung des § 10 Absatz 4 KHEntG die weitere Verschärfung der strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser vorhersehbar. Insofern gilt es nun gerichtlich zu klären, ob der Staat bei der von ihm geschuldeten Daseinsvorsorge nicht nur die Krankenhäuser vernünftig ausstatten muss, sondern auch für handwerklich schlecht gemachte Gesetze haftet. Das ist sicherlich in Deutschland Neuland. Wenn jedoch 80 Prozent der Kliniken in einer wirtschaftlichen Schieflage sind, weil sämtliche Wirtschaftlichkeitsressourcen längst genutzt wurden, ist es ein deutlicher Hinweis auf systematische Fehler des Finanzierungssystems, welche im Übrigen auch das KHVVG nicht ändert.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ist trotz teils massiver Kritik aus der Klinik-Branche zu nächst beschlossen. Welche Auswirkungen hat die Umsetzung konkret für Sie in der Klinik Groß-Gerau?

Die Kreisklinik hat bereits seit dem Jahr 2019 im Rahmen der Bedarfsprüfung vor Ort das Konzept eines intersektoralen Versorgungszentrums mit angegliederter Notfallversorgung und basisstationären Behandlungen, wie sie heute den allgemeinen Leistungsgruppen entsprechen, entwickelt. Dazu wurde das Fallportfolio einer kritischen Prüfung unterzogen. Spezialleistungen werden an Kooperationskliniken verlegt. Insofern hat die Kreisklinik bereits die notwendigen Transformationsschritte vor der Reform vollzogen und sich entsprechend aufgestellt.

Gesundheitsminister Lauterbach hat mit der Krankenhausreform eine Abkehr von der Ökonomisierung der Medizin versprochen. Wie bewerten Sie als Klinikgeschäftsführerin dieses Versprechen?

Von einer Entökonomisierung kann keine Rede sein. Im Gegenteil. Es handelt sich eher um die Verschärfung im Sinne einer horizontalen und vertikalen Steuerung. Horizontal verbleibt es bei den Fallpauschalen mit ihrer Verweildauersystematik. Vertikal wird die Kontrolle und Steuerung der Fallzahlen im Vorhaltebudget relevant. Die

Fallpauschalen bleiben der Dreh- und Angelpunkt der Leistungserbringung. Durch die Einführung einer dritten Form der Vergütung, dem Vorhaltebudget, wird neben dem fortbestehenden Pflegebudget und den Residual-

chensystematik betrachtet, zeigt sich, dass schlicht ein bisheriger Entgeltanteil der Fallpauschalen umdeklariert und umverteilt wird. Das hat mit einer echten Vorhaltefinanzierung gar nichts gemein.

„Die Vorhaltefinanzierung führt auch nicht zur Entbürokratisierung, da sie das existierende DRG-System um weitere neue technokratische Regulierungen ergänzt. Ein Entfallen von Strukturprüfungen für Prozeduren (StrOPS) findet nicht statt, sondern sie werden zusätzlich mit Strukturprüfungen für Leistungsgruppen (LOPS) versehen. StrOPS plus LOPS.“

DRG eine zusätzliche Komplexität eingeführt. Dabei handelt es sich im Endeffekt nur um eine Umverteilung von Geldern.

Das heißt, eine Entökonomisierung findet nicht statt. Die Erlöse eines Krankenhauses hängen weiterhin stark von der Anzahl der behandelten Patienten ab und auch die Vorhaltefinanzierung bewirkt keine Existenzsicherung.

Interessanterweise ist die Entökonomisierung auch nicht mehr als Ziel der Reform auf den Seiten des Bundesgesundheitsministeriums ausgewiesen. Hier ist nur noch von der „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung“ die Rede. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Der Gesundheitsminister versprach gleichzeitig auch, den finanziellen Druck von den Kliniken zu nehmen. Eckpfeiler dafür sollen u.a. die Einführung von Leistungsgruppen sowie der Vorhaltefinanzierung sein. Wie ist Ihre Einschätzung dazu?

Berechnungen zeigen, dass das Vorhaltebudget über alle Fallpauschalen tatsächlich nur 20 Prozent beträgt. Durch die gewählten Rechen- und Umverteilungsmechanismen, die Berücksichtigung des Pflegebudgets als Vorhalteanteil unter vorheriger Herausnahme der Sachkosten aus der Fallpauschale entsteht ein Taschenspielertrick.

Die Verwendung des Wortes „Vorhaltung“ weckt die Erwartung, dass grundlegende Kosten für die Bereithaltung von Personal und Infrastruktur übernommen werden. Wird die Re-

Die Vorhaltefinanzierung führt auch nicht zur Entbürokratisierung, da sie das existierende DRG-System um weitere neue technokratische Regulierungen ergänzt. Ein Entfallen von Strukturprüfungen für Prozeduren (StrOPS) findet nicht statt, sondern sie werden zusätzlich mit Strukturprüfungen für Leistungsgruppen (LOPS) versehen. StrOPS plus LOPS.

Nahezu wie ein Possenspiel wirkt auch im Rahmen der behaupteten Entbürokratisierung der Leistungsgruppengrouper: Die Ermittlung der 65 Leistungsgruppen erfolgt anhand einer 12.000 Seiten umfassenden Systematik. Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass angesichts der Komplexität der Gesundheitsminister bei der Ermittlung der Leistungsgruppen dabei auf Künstliche Intelligenz setzen will.

Dem gegenüber steht die Umsetzung in der Praxis: Wie soll mit dem Kenntnisstand im Rettungswagen bei einem Notfall das richtige Krankenhaus angesteuert werden, wenn sich die Leistungsgruppen u.a. am Ende der Abrechnung im Krankenhaus aus den Diagnosen und durchzuführenden Behandlungen ergeben? Haftungsrechtlich werden die Krankenwagen wohl eher die großen Notaufnahmen ansteuern, die bereits jetzt überlastet sind. Das Chaos ist vorprogrammiert.

Sehr zutreffend hat es die Bayerische Krankenhausgesellschaft formuliert: „Anstelle einer bedarfsgerechten regionalen Versorgungsplanung soll eine unbekannte Software nach Ministeraussage die Kliniken zur Spezialisierung zwingen. Ein unfassbar komplexer Algorithmus aus dem Maschinenraum des Instituts, welches bisher für die Fallpauschalen-Finanzierung der Krankenhäuser zuständig ist, soll nun ohne Auswirkungsanalyse die künftigen Leistungen eines Krankenhauses

bestimmen, ganz unabhängig davon, was für die regionale Versorgungssicherheit sinnvoll und erforderlich ist.“ Das sagt alles.

Sie haben, wie auch viele andere, eine fehlende transparente Auswirkungsanalyse des KHVVG bemängelt. Wurde hier nachgebessert?

Auch wenn auf der Pressekonferenz am 28.1.2025 der Gesundheitsminister Gegenteiliges erzählte: Der Leistungsgruppengrouper ist noch nicht im Umlauf. Er befindet sich zum Zeitpunkt unseres Fachgesprächs nach wie vor in der finalen Phase der Zertifizierung bei

chende Umsetzung der Veränderungen des Fallportfolios lediglich zu einer Ergebnisverbesserung von einem Prozent führen. Wird dann der hohe bürokratische Aufwand zur Fallsteuerung und Ermittlung des Leistungsportfolios dagegengestellt, bleibt die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Es gibt momentan weder Beispielrechnungen seitens des BMG, noch eine qualifizierte Aussage zu den Inhalten der Leistungsgruppen, aber das System wird nach Aussage des Ministers scharf gestellt. Es gibt weder eine Planungssicherheit noch eine Planbarkeit. Als Geschäftsführung kann man über die ungesteuerte politische Vorgehensweise

Krankenhäusern zahlreiche Klagen erhoben werden. Letztlich ist die Geschäftsführung auch gezwungen, bei negativen Feststellungsbescheiden mit Leistungseinbußen Klage zu erheben. Denn es gehört zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung dazu, diese Bescheide auf ihre Rechtswirksamkeit prüfen zu lassen. Angesichts der gesetzgeberischen Eigenwilligkeiten des KHVVG und der Delegation wesentlicher grundrechtswirksamer Eingriffe in Rechtsverordnungen äußern viele Juristen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken.

Halten Sie eine Finanz-Überbrückungshilfe parallel zum KHVVG für sinnvoll?

Absolut. Selbst bei einer wohlwollenden Annahme, dass das KHVVG auf wundersame Weise die Unterfinanzierung des Systems in der Zukunft löst, wird dies aufgrund des dem KHVVG immanenten Zeitplans erst frühestens 2027 der Fall sein und das auch nur in Teilen:

2025–2026 sollen budgetneutrale Jahre sein, 2026 würde der Transformationsfonds in Kraft treten. 2027 soll eine erste teilweise Auszahlung des Vorhaltebudgets an Krankenhäuser erfolgen, 2029 ist die vollständige Vergütung der Krankenhäuser nach der neuen Finanzierungssystematik vorgesehen.

Bis dahin verschärft sich also die Kosten-Erlös-Schere weiter

Frau Prof. Dr. Raab, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte KU Fachredakteurin Birgit Sander.

„Die aktuellen Simulationen können sich nur im Wesentlichen an den Prämissen von NRW orientieren. Hier zeigt sich, dass die finanziellen positiven Umverteilungseffekte in den Universitäten und Maximalversorgern beispielsweise nur marginal sind. Dieses Erkenntnis hätte auch keiner Simulationssoftware bedurft, denn 80 Prozent der Fälle stellen eher Alltagserkrankungen dar, die sich in allgemeinen Leistungsgruppen wiederfinden.“

den entsprechenden Softwareherstellern und steht also zurzeit weder den einzelnen Krankenhäusern noch uns oder auch dem Ministerium selbst zur Verfügung. Erst nach Veröffentlichung werden Ergebnisse sichtbar sein.

Die aktuellen Simulationen können sich nur im Wesentlichen an den Prämissen von NRW orientieren. Hier zeigt sich, dass die finanziellen positiven Umverteilungseffekte in den Universitäten und Maximalversorgern beispielsweise nur marginal sind. Dieses Erkenntnis hätte auch keiner Simulationssoftware bedurft, denn 80 Prozent der Fälle stellen eher Alltagserkrankungen dar, die sich in allgemeinen Leistungsgruppen wiederfinden. Lediglich 20 Prozent der Fälle können Spezialisierungen zugeordnet werden, welche sich bereits jetzt im Wesentlichen an den entsprechenden Kliniken wiederfinden.

Es ist bitter, dass die Betroffenen der Reform selbst Auswirkungsanalysen erstellen müssen, um irgendwie beurteilen zu können, was die ganze Reform bedeutet. Ernüchternd sind die Daten. Eindrucksvoll haben beispielsweise die Kollegen von VEBETO gezeigt, wie gering die Effekte sind. Auch jene Kliniken, die sich als Gewinner wähnen, wären überrascht, wie wenig sie eigentlich profitieren: Bei einer namhaften Universitätsklinik im Norden der Republik würde die entspre-

nur noch hilflos den Kopf schütteln. Tatsächlich kann man als Reformergebnis nur konstatieren: „Wir sparen, koste es, was es wolle!“

In Nordrhein-Westfalen sind in ca. 160 Fällen die Versorgungsaufträge nachjustiert worden, nachdem die Kliniken ihre Einwände zu den Planungen vorgebracht haben. Ist das eine Größenordnung, die Sie auch bei der bundesweiten Umsetzung für realistisch halten?

Das ist schwierig zu beantworten, da sowohl die abschließende inhaltliche Definition der Leistungsgruppen als auch die Rechtsverordnungen zur Umsetzung des KHVVG fehlen. In der IT wird der aktuelle Umsetzungsgrad gern mit einer „Bananensoftware“ verglichen, die beim Kunden reift. Durch individuelle Planungsprämissen der Länder als auch krankenhausindividuelle Merkmale, etwa bei der Sicherstellung, wird letztlich der jeweilige Versorgungsauftrag beeinflusst. Als Juristin sehe ich aber auch das hohe Streitpotenzial. Durch unbestimmte Rechtsbegriffe und anhand von weichen Abgrenzungskriterien, welche nicht immer mit empirischer Evidenz begründbar sind, sowie angesichts der fehlenden Berücksichtigung des Demografiefaktors bei der Kapazitätsplanung steht zu erwarten, dass von den