



Foto: Stockfotos-MG – stock.adobe.com

# Womit ist zu rechnen?

## Interview mit Michael Wilke

Die gesetzlich vorgesehenen Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser reichen nicht aus, um die Erlösausfälle und Zusatzkosten durch die COVID-19-Pandemie zu kompensieren. Dadurch hat sich die wirtschaftliche Situation der Häuser im Vergleich zum Vorjahr deutlich verschlechtert. Wir sprachen mit Michael Wilke, Geschäftsführer der inspiring-health GmbH über die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie.

**Keywords:** Finanzierung, Gesundheitspolitik, Abrechnung



**Michael Wilke**  
Professor für Krankenhausmanagement  
Geschäftsführer inspiring-health GmbH

**E**in ist Gewiss – die Corona-Pandemie wirkt sich in vielfältiger Weise auf die Krankenhaushauslandschaft aus. Auch Konsequenzen hinsichtlich der Budgetverhandlungen 2020 und 2021 sind zu erwarten.

### Herr Wilke, wie sieht die erste finanzielle Corona-Zwischenbilanz in den Krankenhäusern aus?

Vor der Anpassung der Freihaltepauschale haben wir gesehen, dass Krankenhäuser mit komplexeren Fällen, d.h. mit einem höheren Case-Mix Index, die dann z.B. auch noch in den letzten Jahren die Verweildauer optimiert haben, am meisten gelitten haben. Aber auch Universitätsklinika und Maximalversorger waren mit der einheitlichen Pauschale klar unterfinanziert. Kleinere Häuser hingegen oder psychiatrische Einrichtungen haben von der Pauschale profitiert.

Daher kann man sagen, dass die Zwischenbilanz stark vom Haustyp abhängt. Insgesamt hat es aber wohl noch keine Insolvenzen wegen coronabedingten Liquiditätsengpässen gegeben, das stimmt zuversichtlich.

### Waren die Anpassungen und Staffelung der Freihaltepauschalen ausreichend?

Die Beteiligten im Expertenbeirat des BMG haben die Pauschalen „nachkalkuliert“ und mit der jetzigen Staffelung etwas mehr Sachgerechtigkeit erreicht. Es ist zu erwarten, dass die Anzahl der Häuser, die ohne große bis sehr große Defizite durch das Jahr 2020 kommen mit

den Maßnahmen größer wird. Gegenüber den höchst unterschiedlichen und durch die Vielfalt von 1.200 Fallpauschalen, fast 200 Zusatzentgelten und diversen NUB-Leistungen Budgetvarianten sind abgestufte Freihaltepauschalen immer nur eine Übergangslösung.

Der Bund muss sicher noch einmal – mindestens per Rechtsverordnung – nachbessern und eine Möglichkeit schaffen, dass die tatsächlichen Effekte hausindividuell berechnet, mit den Freihaltepauschalen verrechnet und dann eine Art „Spitzausgleich“ vorgenommen wird. Schließlich handelt es sich ja um einen regulatorischen Machteingriff, der sei er auch noch so sehr nötig gewesen, am Ende des Jahres kein einziges Krankenhaus in finanzielle Nöte bringen darf. Bei einer Spitzabrechnung muss man die Planleistungen 2020 bzw. das IST von 2019 als Basis nehmen und dann vergleichen.

### Wie groß kann die vorzuhaltende Corona-Reservekapazität in den unterschiedlichen Kliniken sein, ohne dass die Häuser wirtschaftliche Probleme bekommen?

Reservekapazitäten zur Behandlung von COVID-19 Patienten sollten zunächst einmal nicht in allen Häusern vorgehalten werden. Wie die Ent-

wicklungen zeigen, werden wir eher lokale Ausbrüche (Siehe Tönnies in Rheda-Wiedenbrück / Gütersloh) haben. Da macht es keinen Sinn, wenn z.B. die Arberlandklinik Zwiessel Betten freihält. Dazu kommt, dass man – mit den Erfahrungen der ersten Welle – eben auch sieht, dass aufwändige stationäre Behandlungen von COVID-19 Patienten klar überwiegend in Häusern vorgenommen werden, welche die Kompetenz dazu haben. Etliche Bundesländer arbeiten deswegen an Konzepten, dass regional bestimmte Kliniken definiert werden, um COVID-19 Patienten bei einem Aufflammen lokaler Herde oder einer zweiten Welle zu behandeln.

Diese Kliniken müssen dann – weil sie ja explizit zur Vorhaltung verpflichtet werden – dafür 1:1 kompensiert werden. Hier ist es sicher sinnvoll, um kurzfristig reagieren zu können, rund 20% der Kapazitäten bis auf weiteres als Vorhaltung frei zu haben. Hier sollte man die Auswertungen heranziehen, die bereits verfügbar sind, um eine sinnvolle Gewichtung von Normal- und Intensivstationsbetten zu ermitteln. Ich denke persönlich, dass eine regionale Staffelung zwar etwas längere Wege bedeutet, dass diese aber im Lichte einer zentralisierten, fokussierten Versorgung in Kauf genommen werden.

Alle anderen Kliniken, z.B. orthopädische Fachkliniken oder hochspezialisierte Herzzentren sollte keine Vorhalteauflagen bekommen. Somit können diese in den Normalbetrieb zurückkehren und brauchen keine laufende Kompensation mehr.

Nur im – unwahrscheinlichen – Fall einer unbeherrschbaren, exponentiellen Infektionsausbreitung müssen schnell Kapazitäten geschaffen werden. Dass dies funktioniert, auch wenn vorher keine Vorhaltungen da sind, haben die Deutschen Krankenhäuser im März gezeigt.

**Was sind in finanzieller Hinsicht die lessons learned für eine mögliche weitere Infektionswelle?**

Ich hatte Anfang Mai Gelegenheit mit einer ganzen Reihe von Krankenhausgeschäftsführern und Vorständen von Unikliniken zu sprechen. Interessant ist zunächst ein-

mal, dass die Mehrzahl der Befragten eine zweite Welle ziemlich sicher erwartet. Beruhigend ist allerdings, dass alle sich besser vorbereitet fühlen. Ein Vorstand hat gesagt, das gesamte Klinikum könne in 48-72 Stunden auf COVID-19 Akutbehandlung umgestellt werden. Damit in der zweiten Welle oder bei einem wie auch immer gearteten Aufflammen von COVID-19 finanzielle Sicherheit herrscht, ist es unbedingt erforderlich die Freihaltepauschalen mindestens bis Ende des Jahres oder gar bis Q1/2021 laufen zu lassen. Wenn man die Vorhaltekapazitäten wie von mir vorgeschlagen anpasst, ist dies auch kein allzu großes finanzielles Risiko für den Bund und die Länder. Die zweite wichtige Lernerfahrung ist sich rechtzeitig mit ausreichend Schutzkleidung einzudecken, da wir dramatische Steigerungen der Preise erlebt haben und sich dies in einer zweiten Welle sicher wiederholt.

**Zusammen mit Prof. Steffen Gramminger von der hessischen Krankenhausgesellschaft, Vicondo Healthcare und mit Unterstützung Ihrer Studenten an der Medical School Hamburg haben Sie einen COVID-19 Budgetsimulator entwickelt. Welches Feedback haben Sie dazu aus den Kliniken erhalten?**

Zunächst einmal möchte ich mich bei allen Mitwirkenden bedanken, dass dieses Werkzeug so schnell bereit gestellt werden konnte und alle Änderungen – wie jetzt die differenzierten Vorhaltepauschalen – zeitnah zur Verfügung stehen. Wir erhalten durchweg positive Rückmeldungen und haben mit einigen Häusern auch bereits Detaildiskussion geführt, wie z.B. deren individuelle DRG-Verteilung der COVID-19 Patienten abgebildet werden kann. Auch das ist möglich. Das Werkzeug war und ist als Tool für die schnelle Übersicht gedacht und das klappt gut. Jedes Haus muss – Anfang 2021 – dann natürlich eine Detailrechnung aufmachen, um die bereits erwähnten Berechnung verhandlungsgünstig aufzubereiten.

**Herr Wilke, vielen Dank für das Gespräch!**

*Das Interview führte  
Fachredakteurin Birgit Sander*

**IMMER BESTENS  
GESCHULT – AUCH  
IM KLINIKALLTAG**



**Das Learning Management System (LMS) von Bartels Consulting qualifiziert Ihr Team: online, flexibel, topaktuell**

- Die flexible Alternative bzw. Ergänzung zu unseren bewährten Präsenzs Schulungen
- Optimal in Ihren täglichen Arbeitsablauf integrierbar
- Kompetenzgewinn belegt durch Online-Zertifikate
- Unser LMS als intuitive Informationsplattform

**Nutzen Sie jetzt unser LMS!**  
Weitere Informationen unter  
**Telefon: 02541 - 811 70 oder**  
**E-Mail: info@bartels-consulting.de**  
**www.bartels-consulting.de**