

Aktuelle Situation der Krankenhäuser in Deutschland

Anlässlich einer Sondersitzung der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion am 29. November 2007 erstellte die DKG-Geschäftsstelle eine aktuelle Übersicht über die gegenwärtige Lage der Krankenhäuser in Deutschland. Ziel war es, den Politikern den Ernst der eingetretenen Situation klarzumachen. Angesichts einer ohnehin seit Jahren angespannten Finanzlage und insbesondere vor dem Hintergrund der zu erwartenden Kostenbelastungen im Zeitraum 2007/2008 geraten viele Krankenhäuser zunehmend in eine bedrohliche Lage. Massive Probleme stellen nach wie vor die auseinanderklaffenden Steigerungen der Sach- und Personalkosten im Vergleich zur Grundlohnrate und die zurückgehenden Fördermittel der Länder dar. Internationale Vergleichszahlen zeigen, dass sowohl die Gesamtkostensituation der stationären Versorgung je Einwohner und je Fall als auch die Personalproduktivität der deutschen Krankenhäuser sehr günstig liegen.

I. Lage der Krankenhäuser

a) allgemeine Lage/Stimmung

Die aktuelle Situation der Krankenhäuser ist geprägt von einer anhaltend schlechten Finanzausstattung, die sich mittlerweile in massiver Unzufriedenheit der Klinikmitarbeiter und Patienten äußert.

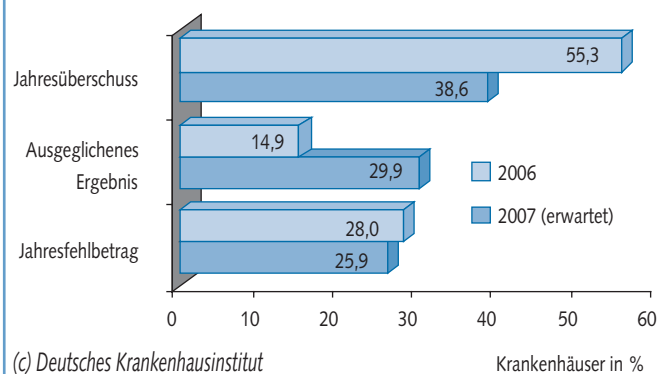
Der Abbau von 90 000 Vollzeitstellen (nahezu 10 Prozent) in den vergangenen Jahren bei zunehmender Fallschwere und überbordender Bürokratie führt zu einer hohen Arbeitsverdichtung. Zudem werden die Klinikmitarbeiter zunehmend durch Notlagentarifverträge (11 Prozent) von der allgemeinen Einkommensentwicklung abgekoppelt. Von den Mitarbeitervertretungen werden erschwerte Arbeitsbedingungen beklagt. Diese Entwicklung bekommen zunehmend auch die Patienten zu spüren. Neuesten Umfrageergebnissen zufolge klagt mittlerweile jeder 2. Patient über mangelnde Betreuung durch Ärzte und Pflegekräfte in den Krankenhäusern. Das Vertrauen der Bevölkerung in eine qualitativ hochwertige und flächendeckende medizinische Versorgung in den Krankenhäusern schwindet.

Die Kürzungen infolge AVWG und GKV-WVG und die niedrigen Grundlohnraten auf der einen Seite, außerordentlich hohe Tarifsteigerungen in diesem und im nächsten Jahr sowie die allgemeinen Kostensteigerungen auf der anderen Seite führen zu einem krassen Missverhältnis von Einnahmen und Ausgaben in den Jahren 2007 und 2008 mit Größenordnungen, die von den Krankenhäusern nach Jahren der Rationalisierung nicht mehr kompensiert werden können.

b) finanzielle Lage

Seit den 90er Jahren befinden sich die Krankenhäuser in einer Unterfinanzierungsproblematik. Bis 2006 ist die Zahl der Krankenhäuser mit einem Fehlbetrag zwar leicht gesunken. Doch ist sie mit 28 Prozent (ca. 600 Häuser) immer noch viel zu hoch. Hinzu kommt, dass nur 15 Prozent (ca. 310) der Häuser im Jahr 2006 ein ausgeglichenes Ergebnis erreichten. Es gibt keinen Bereich der Volkswirtschaft, in dem fast die Hälfte der Unternehmen keine Erträge erwirtschaften können. Die Tatsache, dass mehr als 230 Krankenhäuser (11 Prozent) nur durch Sanierungstarifverträge gesichert werden können, unterstreicht die Problematik. Zudem verschlechterte sich die Lage der Krankenhäuser im Jahr 2007 massiv. ▶

Abbildung: Jahresergebnisse 2006/2007 (erwartet)



Quelle: DKI Krankenhaus-Barometer 2007

Tabelle: Die in der Tabelle dargestellten Raten führen de facto zu einem Preismoratorium für die Krankenhäuser in den Jahren 2007 und 2008.

	Grundlohnrate West	Grundlohnrate Ost	Sanierungsbeitrag (Rechnungsabschlag)
2007	+ 0,28	+ 1,05	- 0,5
2008	+ 0,64	+ 0,64	- 0,5

– Anzeige –

Wirtschaftsprüfung
Steuer- und Rechtsberatung
Unternehmensberatung
www.bpgwp.de



Münster – Köln – Bremen – Berlin

Ausgewählte Krankenhauskennzahlen

Abbildung: Eckdaten I

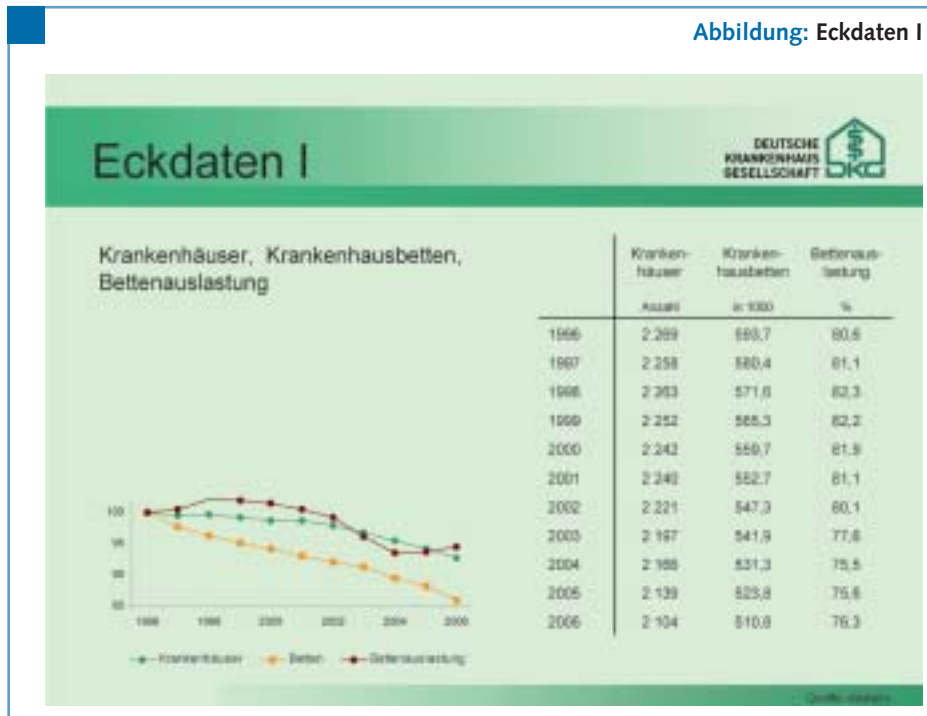
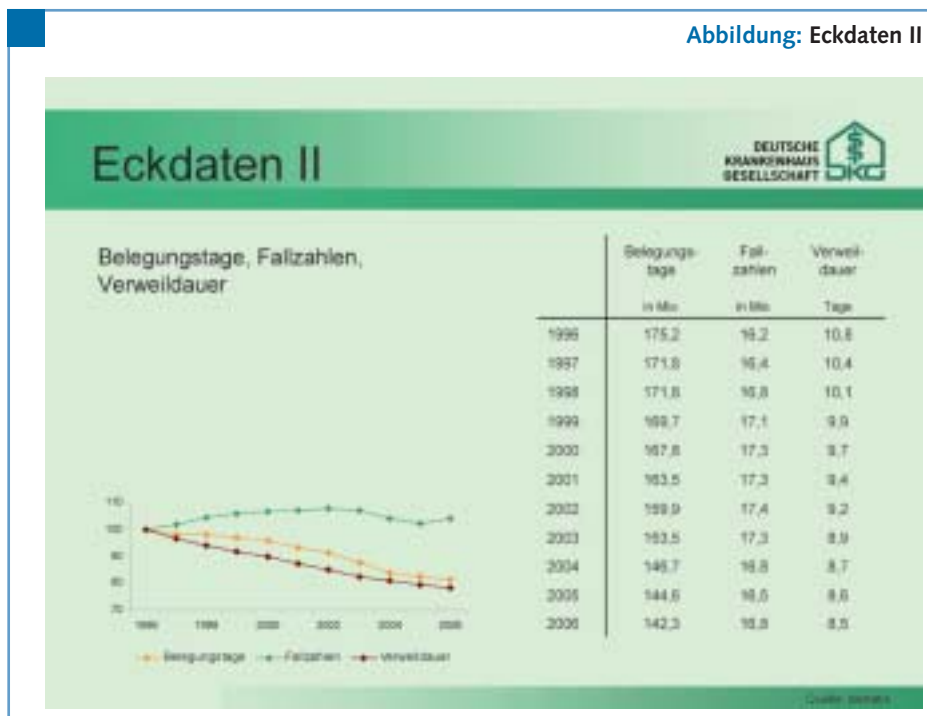


Abbildung: Eckdaten II



II. Gesetzlicher Finanzierungsrahmen

Die Grundlohnrate definiert im Krankenhausbereich den maximalen Zuwachs der landesweiten Basisfallwerte und damit den Preiserhöhungsspielraum. Alle Kosten und Preissteigerungen oberhalb dieser Raten haben unmittelbar Defizite zur Folge, die direkt zu Verlusten führen, wenn sie nicht durch Einsparungen oder Sondersituationen aufgefangen werden können. Bei einem Personalkostenanteil von durchschnittlich 64 Prozent führt dies zwangsläufig zur Rationalisierung im Personalbereich.

Seit 2004 sind die Grundlohnraten immer geringer als 1 Prozent ausgefallen. Von 2004 bis 2007 hatten die Krankenhäuser insgesamt einen Preiserhöhungsspielraum von lediglich 1,6 Prozent. In dem Vergleichszeitraum sind das Bruttoinlandsprodukt (preisbereinigt) um 6,8 Prozent und die Verbraucherpreise um 7,3 Prozent gestiegen. Hier wird deutlich, dass die Grundlohnratensystematik die Krankenhäuser und deren Mitarbeiter systematisch von der wirtschaftlichen Entwicklung abkoppelt.

Sondersituationen einzelner Häuser

Einzelne Krankenhäuser können ihr Erlösvolumen um mehr als die Grundlohnrate steigern, wenn sie mehr Fälle oder höher bewertete Leistungen erbringen. Damit verbunden sind aber regelmäßig höhere Kosten der Leistungserbringung. Zudem liegen diese Bedingungen nicht bei allen Kliniken vor. Die Zahl der insgesamt von Krankenhäusern behandelten Patienten ist seit Jahren relativ stabil. Kliniken, die im Wettbewerb von Patientenwanderungen

profitieren, stehen meistens Kliniken gegenüber, die Umsatzanteile verlieren.

Richtig ist auch, dass es Kliniken gibt, die im Rahmen der Anpassung an die landesweit einheitlichen Vergütungspreise (DRG-Konvergenzprozess 2003 bis 2009) Erlöszuwächse realisieren. Dem stehen aber auch viele Kliniken mit Vergütungsabsenkungen gegenüber. Hinzu kommt, dass in einigen Bundesländern die Landesbasisfallwerte abgesenkt wurden.

Soweit Krankenhäuser Überschüsse erzielen, kann dies nicht als Indikator für ausreichende Finanzierungsbedingungen bzw. Rechtfertigung für Kürzungen genommen werden. Gewinne sind in allen Krankenhäusern eine notwendige Voraussetzung für die Zukunftsgestaltung und die Finanzierung anderweitig nicht gedeckter Investitionsmittel. Erschwerend kommt hinzu, dass die von den Ländern bereitgestellten Investitionsmittel seit 11 Jahren in Folge auf 2,7 Mrd. € im Jahre 2006 gesunken sind.

Abbildung: KHG-Fördermittel 2006

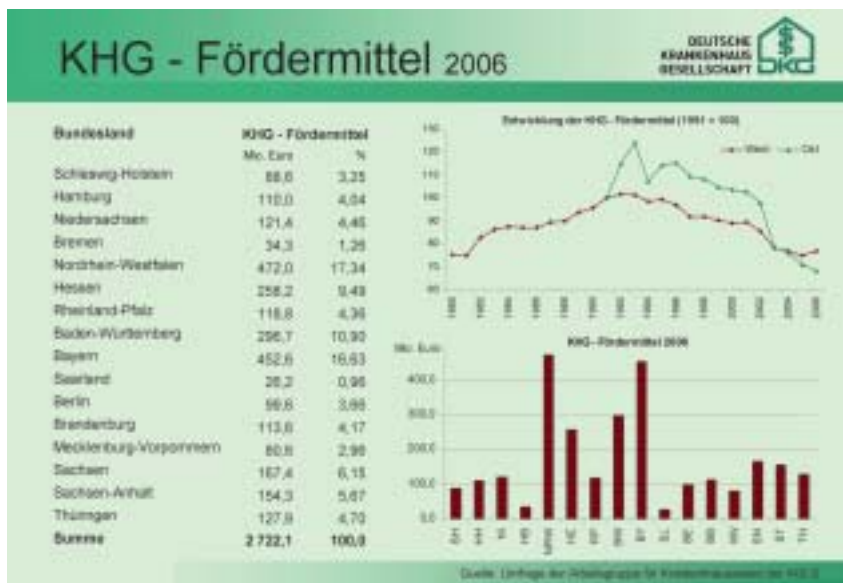
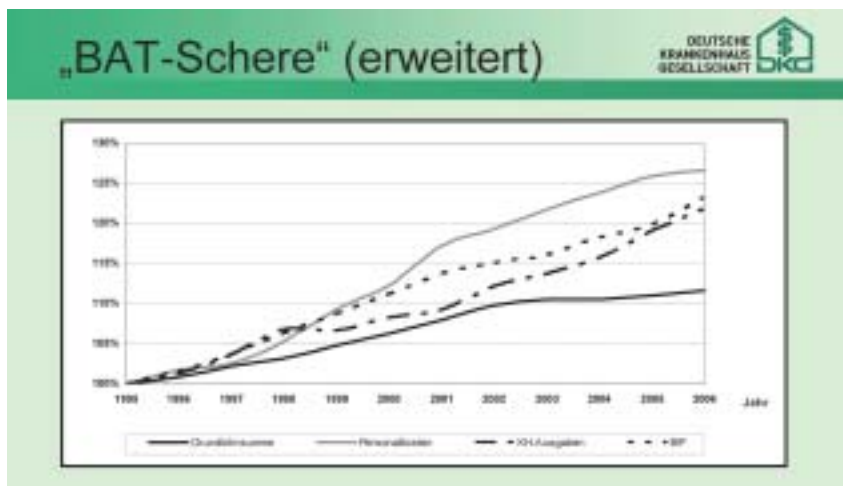


Abbildung: Entwicklung des Krankenhauspersonals (Vollkräfte)



Abbildung: „BAT-Schere“ (erweitert)



Die Beispiele machen deutlich, dass Krankenhäuser mit unterschiedlichsten Fallkonstellationen konfrontiert sind. Umso wichtiger sind finanzielle Rahmenvorgaben, die allen Krankenhäusern ökonomische Chancengleichheit geben, das heißt die gesetzlichen Vorgaben müssen wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern ermöglichen, ohne Verluste zurecht zu kommen.

Individuelle Sondersituationen sowie vom Gesetzgeber veranlasste Kostenerstattungen haben in den Jahren 2002 bis 2006 zu Gesamterlössteigerungen geführt, die oberhalb der Grundlohnraten lagen. Der Verweis auf Erlöszuwächse der Krankenhäuser in den Jahren 2002 bis 2006 von insgesamt 4 Mrd. €, durchschnittlich ca. 2,2 Prozent, bietet keine Lösungsansätze für die aktuellen Probleme der Jahre 2007 und 2008.

Durch die gesetzlich verordneten Mehrausgaben (zum Beispiel Förderung der Arbeitszeit, Ost-West-Angleichung, AiP) können bereits 1,2 Mrd. € der oben genannten 4 Mrd. € erklärt werden. Die übrigen 2,8 Mrd. € werden durch die allgemeine Preissteigerung in dem angegebenen Zeitraum über 4 Jahre begründet. Das Statistische Bundesamt hat für 2006 eine Kostensteigerung der Krankenhäuser von 2,3 Prozent festgestellt.

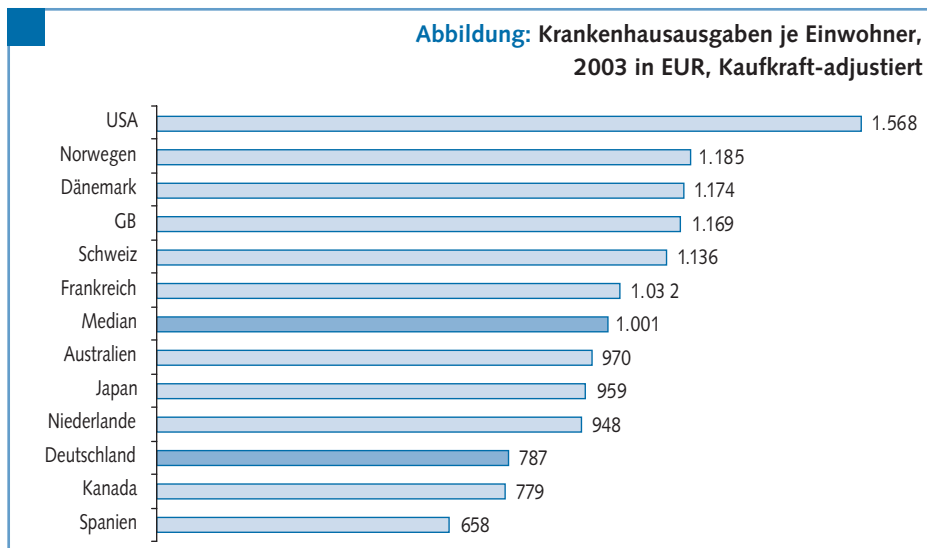
III. Finanzierungsrahmen 2007/2008

Verschärft wird die Vergütungsproblematik durch das Absenken von Landes- und hausindividuellen Basisfallwerten im Konvergenzprozess. Etwa ein Drittel aller Häuser verzeichnet sinkende hausindividuelle Basisfallwerte. In 6 Bundesländern wurden die Landesbasisfallwerte für 2007 abgesenkt. Hinzu kommen Belastungen der Krankenhäuser infolge der Abgabe für die Integrationsversorgung.

Finanzsituation 2007

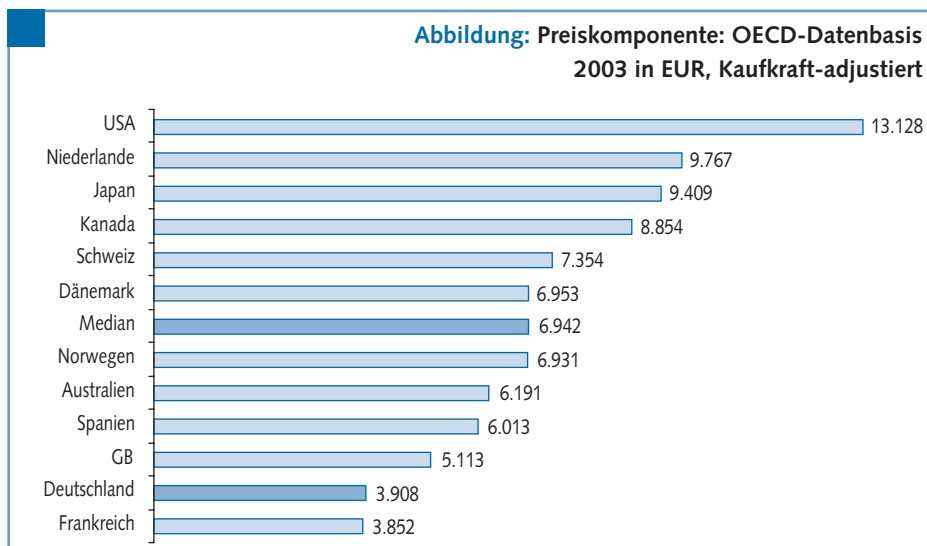
Massiv verschärft wird die ohnehin schon brisante Situation durch die außergewöhnlichen Kosten- und Preissteigerungen im Jahr 2007. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um

Krankenhauskennzahlen im internationalen Bereich



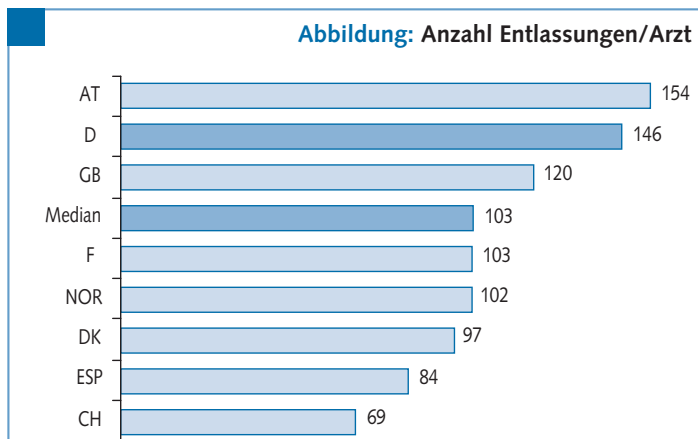
Quelle: OECD Health Data 2005, McKinsey-Kalkulation

Fallkostenvergleich, Kaufkraft-adjustiert



Quelle: OECD Health Data 2005, McKinsey-Kalkulation

Personalproduktivität



- Erhöhung der Mehrwertsteuer und allgemeine Preisentwicklung, insbesondere Energiekosten (0,7 Mrd. €),
- Tarifsteigerungen bei den Ärzten (1,5 Mrd. €),
- Tarifsteigerungen bei den übrigen Beschäftigten (0,5 Mrd. €),
- Auswirkungen gesetzlicher Aufgaben, zum Beispiel Arbeitszeitgesetz, AiP-Umstellung etc.

Dies führt im Jahr 2007 zu einer Kostensteigerung von ca. 3 Mrd. €. Demgegenüber stehen Erlössteigerungen im 1. Halbjahr des Jahres 2007 von lediglich 0,9 Prozent (hochgerechnet pro Jahr rund 0,6 Mrd. €). Dabei sind die Rechnungsabschlüsse (ca. 0,23 Mrd. €) noch nicht einmal berücksichtigt. Diese werden bei den Krankenkassen erst im 2. Halbjahr 2007 ausgabewirksam.

Finanzsituation 2008

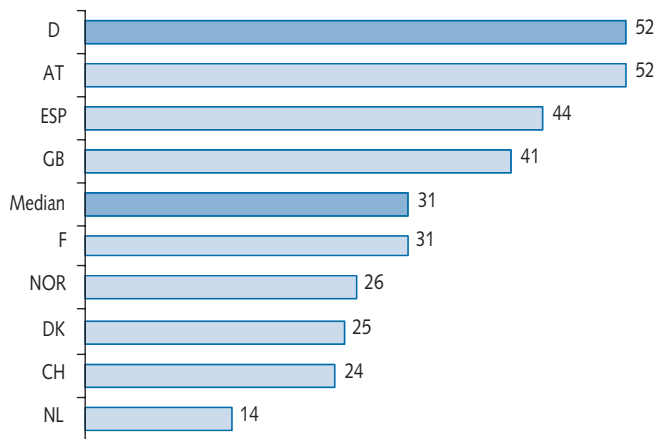
Mit dieser Verlustsituation gehen die Krankenhäuser in das Jahr 2008 mit bereits heute absehbaren Kosten- und Preissteigerungen. Wie in nahezu allen Wirtschaftsbereichen werden auch auf die Krankenhäuser mit ihren rund 1 Mio. Beschäftigten Tarifsteigerungen zukommen, die mit den vorgegebenen Vergütungszuwachsraten auch nicht ansatzweise refinanzierbar sind. Erste Fakten wurden bereits geschaffen.

- Für die Landesbehörden und Landes-einrichtungen wie die Universitätskliniken sieht der bereits bestehende Tar-

ifvertrag für 2008 eine Tariflohnerhöhung von 2,9 Prozent vor.

- Im Bundeshaushalt und allen öffentlichen Haushalten sind für 2008 deutliche Personalkostensteigerungen eingeplant. Demgegenüber können die Krankenhäuser nur 0,14 Prozent Zuwachs einplanen.
- Während nahezu alle Bereiche des öffentlichen Dienstes von der wirtschaftlichen Entwicklung durch höhere Einnahmen profitieren, können die öffentlichen Arbeitgeber allgemein erwartete Tarifabschlüsse für die Krankenhäuser nicht mitverantworten. Die Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) hat in ihrem Strategiepapier zur Tarifrunde 2008 bereits festgestellt, dass die Finanzausstattung der kommunalen Krankenhäuser keine Spielräume für lineare Erhöhungen belassen, wenn die Budgetdeckelung nicht aufgehoben wird.

Abbildung: Anzahl Entlassungen/Pflegekraft



Als Alternative bleibt nur der Ausstieg aus der Tarifgemeinschaft. Bereits im letzten Jahr mussten sich rund 230 Krankenhäuser von der Geltung der Tarifverträge befreien, um überleben zu können. Weitere 170 Häuser haben einen entsprechenden Ausstieg geplant. Die restriktiven gesetzlichen Vorgaben verschlechtern die Bedingungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Dies fördert die Herausbildung von Berufsgewerkschaften. Zurecht hat der Vorsitzende der SPD Kurt Beck dieses als eine gefährliche Entwicklung gewertet.

Der Politik vorgelegte Beispiele der Lagebeschreibung – wie die der Mühlenkreiskliniken mit ungedeckten Kostenbelastungen von 12 Mio. € in 2 Jahren – machen die Brisanz der Situation vieler gut geführter Krankenhäuser deutlich.

IV. Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft

Die Fehlbeträge in 2007 und 2008 können nicht durch kurzfristige Rationalisierungsmaßnahmen aufgefangen werden, da die Krankenhäuser in der Vergangenheit bereits massive Anstrengungen und Aktivitäten zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit unternommen und eine beachtliche Produktivität erreicht haben:

- Es wurden und werden weiterhin Betten, Personal, Abteilungen und ganze Krankenhäuser abgebaut.
- Es finden Fusionen statt und es werden Kooperationen sowie strategische Allianzen geschlossen.
- Es finden erhebliche Anpassungen der vorgehaltenen Leistungsstrukturen statt. Dienstleistungen und Aufgaben werden ausgegliedert.
- Die Anzahl der Vollzeitkräfte ging im 10-Jahresvergleich 1996 bis 2006 um 90 000 Vollzeitstellen (nahezu 10 Prozent) zurück. Allein die Anzahl der Pflegekräfte ist im gleichen Zeitraum um 50 000 Vollzeitstellen (ca. 15 Prozent) zurückgegangen.

Produktivitätssteigerungen

Die deutschen Krankenhäuser haben im internationalen Vergleich bereits eine sehr hohe Personalproduktivität erreicht. Ebenfalls bemerkenswert sind die vergleichsweise günstigen Fallkosten der deutschen Krankenhäuser. Diese reihen sich im Mittelfeld vergleichbarer OECD-Länder ein. Ungeachtet der relativ hohen Fallzahlen und der geringeren Bettenauslastung liegen die Krankenhausaussgaben in Deutschland je Einwohner kaufkraftadjustiert bereits deutlich unter denen anderer OECD-Länder.

V. Korrekturbedarf Krankenhausfinanzierung 2008

a) Gesetzlich angepasste Zuwachsrate für 2008

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren wiederholt für den Krankenhausbereich abweichende Zuwachsraten festgelegt:

- Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz wurde aus Kostendämpfungsgründen eine Nullrate vorgegeben. Nur Krankenhäuser, die 2003 freiwillig in das neue Vergütungssystem umgestiegen waren, hatten die mitgliederbezogene Grundlohnrate zur Verfügung.
- Mit dem AVWG wurde für 2006 und 2007 die versichertenbezogene Rate vorgegeben, die deutlich geringer war als die mitgliederbezogene Rate. Dadurch haben die Krankenhäuser heute 400 Mio. € weniger zur Verfügung.

Die Methodik der Grundlohnratenermittlung (§ 71 Absatz 2 SGB V) führt zu problematischen großen Zeitverzögerungen. Die Rate für 2008 spiegelt die Grundlohnentwicklung des Zeitraumes der 2. Hälfte 2005/1. Hälfte 2006 zum Zeitraum 2. Hälfte 2006/1. Hälfte 2007 wider. Das heißt, dass bis in das Jahr 2005 zurückliegende wirtschaftliche Entwicklungen die finanziellen Ressourcen im Jahr 2008 definieren. Das führt dazu, dass im Aufschwung nicht genügend finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um aufschwungbedingte Preis- und Kos-

– Anzeige –

NEU! Einzigartig!
Der Haufe TVöD LeistungsRechner.



Die perfekte Software, mit der Sie die Ermittlung des Leistungsentgelts vollständig abwickeln können.

Jetzt kennenlernen: www.haufe.de/leistung

6 Stichworte zur Situation der Krankenhäuser

Die aktuelle Situation der Krankenhäuser ist geprägt von einer Verkettung und Überlagerung von Problemfaktoren, die rasches Eingreifen und politisches Handeln dringend erforderlich machen.

Problemfaktoren

1. Niedrige Grundlohnrate

(0,28 Prozent West/1,05 Prozent Ost in 2007 und 0,64 Prozent bundesweit in 2008)

2. Gesetzliche Kürzungen

(– 0,7 Prozent Sanierungsbeitrag, Verbot von Naturalleistungsrabatten)

3. Enorme Kostensteigerungen

(Tarifentwicklung, allgemeine Preissteigerung, Energiekosten)

4. Niedrige Erlöszuwächse

(GKV-Ausgabensteigerung für Krankenhausbehandlung + 1,0 Prozent)

5. Besondere Härtefälle

(keine Fallzahlensteigerung, Konvergenzverlierer, stagnierende oder sinkende Landesbasisfallwerte)

6. Kurzfristiges Rationalisierungspotenzial erschöpft

(beispiellose Personalproduktivität und Kosteneffizienz erreicht)

tensteigerungen zeitgleich refinanzieren zu können. Bis zum Jahr 2000 wurden die Zuwachsraten zeitnah von den Selbstverwaltungspartnern geschätzt und vereinbart. Angesichts des gravierenden Auseinanderfallens der tatsächlichen (guten) wirtschaftlichen Entwicklung und der vergangenheitsbezogenen (schwachen) Rate wäre es gut begründet, per Gesetz für 2008 eine angemessene Rate von ca. 2,5 Prozent für den Krankenhausbereich vorzugeben. Damit würde die Rate, mit der die Krankenhäuser in 2009 rechnen könnten, um ein Jahr vorgezogen. Die Mehrausgaben für die GKV gegenüber der derzeit vorgesehenen Rate von 0,64 Prozent bewegen sich in der Größenordnung von 1 Mrd. €. Dies würde die Beitragssatzstabilität nicht gefährden, weil

- die Krankenhäuser durch den Sanierungsbeitrag, durch das AVWG und durch die unterdurchschnittliche Ausgabenentwicklung in den letzten 2 Jahren zur Stabilisierung der GKV maßgeblich beigetragen haben;
- die Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der deutlich gestiegenen Versichertenzahl und der

besseren wirtschaftlichen Entwicklung deutlich positiver als bei den WSG-Entscheidungen angenommen verläuft.

b) Alternativmaßnahmen zur Fortgeltung der versichertenbezogenen Grundlohnrate in 2008

Anstelle von 0,64 Prozent hätten die Krankenhäuser 1,15 Prozent Zuwachs zur Verfügung. Das würde die Krankenhäuser ca. um 250 bis 300 Mio. € entlasten. Die Verlängerung kann sachlich durchaus gerechtfertigt werden. Die Umstellung auf die Versichertenrate war seinerzeit damit begründet worden, dass der Versichertenbezug im Krankenhaus die tatsächliche Leistungsanspruchnahme besser abbilden würde.

Aussetzung des Rechnungsabschlages in 2008

Die Aussetzung des Sanierungsbeitrages von 0,5 Prozent wäre sachlich gerechtfertigt. Die Sanierung der Krankenkassen kommt durch die günstige Gesamtentwicklung sehr gut voran. Die Krankenhäuser bringen dadurch, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausleistungen im laufenden Jahr unerwartet niedrig ausfallen (1. Halbjahr 2007 + 0,9 Prozent, 3. Quartal 2007 0,8 Prozent), bereits einen großen Beitrag zur Stabilisierung der GKV. Die Aussetzung des Rechnungsabschlages in 2008 würde die Krankenhäuser um rund 230 Mio. € entlasten. ■

Kurz notiert

Jena. Am Universitätsklinikum Jena wurde Mitte Dezember 2007 zum ersten Mal seit vielen Jahren die Zahl 50 bei Lebertransplantationen innerhalb eines Jahres erreicht. 2005 waren es 30, 2006 41 Lebern. Nach wie vor gebe es, wie die verantwortlichen Ärzte bedauernd feststellen, viel zu wenig Spenderorgane für die vielen wartenden Patienten. Die Chirurgen hätten ihr „Limit längst nicht erreicht“, aber ohne Spenderorgane seien ihnen die Hände gebunden. Allein auf der Jenaer Warteliste stehen etwa 97 schwer kranke Patienten aus Thüringen und den angrenzenden Bundesländern.

Hannover. Eine Fachjury der AOK-Niedersachsen hat den „Krankenhaus-Qualitätspreises 2007“ vergeben, der dem Thema Geburtshilfe gewidmet war. Den 1. Preis, dotiert mit 4 000 €, erhielt die Henriettenstiftung in Hannover. Das Allgemeine Krankenhaus Celle und das Evangelische Krankenhaus Oldenburg teilen sich den 2. Platz mit je 500 €. Überreicht wurden die Preise von Dr. Margot Käßmann, Landesbischofin der Evangelisch-Lutherischen Kirche Hannovers. Die insgesamt 10 Bewerbungen aus allen Landesteilen haben nach AOK-Feststellung „allesamt ein hohes Niveau der Geburtshilfe in den betreffenden Krankenhäusern dokumentiert“. Damit hätten sie sich im Wettbewerb der Kliniken untereinander auch als strategische Partner profiliert, die die AOK ihren Versicherten gezielt empfehlen könne. ■