

**Die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser Stand Beginn 2008**  
**Gutachten RWI / BDO**  
**- Ergänzende Anmerkungen aus mikroökonomischer Sicht -**

Die Krankenhäuser wurden 2007 und werden 2008 finanziell deutlich reduziert. Folgende Faktoren bilden die Rahmenbedingungen:

1. Doppelte Budgetdeckelung auf Landes- und auf Krankenhausebene
2. Sanierungsbeiträge aus dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
3. Rechnungskürzung zur Anschubfinanzierung integrierte Versorgung um bis zu 1% der jeweiligen Rechnungssumme
4. Hohe Tarifabschlüsse für die Ärzte 2007 (Marburger Bund) und noch höhere zu erwartende Tarifabschlüsse 2008 (Marburger Bund und Ver.di)
5. Leicht reduzierte Lohnnebenkosten im Bereich der Arbeitslosenversicherung, Beitragssatzanhebungen bei einzelnen Krankenkassen

Auf ein kleinstädtisches Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen mit etwa 210 aufgestellten Betten wirken sich diese – wie folgt – aus:

**Auswirkung der Rahmenbedingungen 2008 auf die Ertragslage des Krankenhauses**

<b>Budget 2008</b>		EUR	18.800.000,00	
Rechnungskürzung Sanierungsbeitrag Krankenkassen		0,5% EUR	-84.600,00	§ 4 Abs. 9 KHEntgG
Grundlohnsummensteigerungsrate Budget		0,64% EUR	120.320,00	§ 71 SGB V
Zwischensumme			<u>35.720,00</u>	
Personalkostensteigerung 2008		3,5%		
Bruttolohn 2007	12.000.000,00	EUR	-420.000,00	Tarifanpassung
Absenkung der Lohnnebenkosten	3.080.000,00	98,5% EUR	46.200,00	AloV
Erhöhung Wasser, Energie, Brennstoffe	581.040,00	6,0% EUR	-34.862,40	Preiseffekt
Lebensmittel	380.000,00	5,0% EUR	-19.000,00	Preiseffekt
Übrige Sachkosten	5.300.000,00	1,8% EUR	-95.400,00	Preiseffekt
Zwischensumme			<u>-523.062,40</u>	
<b>zu erwart. Verschlechterung der Ertragslage ohne Gegenmaßnahmen</b>			<u><b>-487.342,40</b></u>	<b>-2,59%</b>

Das entspricht bei einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, das bisher auf Tarifflucht – also Ausgliederung der Mitarbeiter aus dem regulären Krankenhaustarifwerk (Outsourcing) verzichtet hat - dem Kostenvolumen von rd. 11,5 Vollzeitkräften (VK) im Pflegedienst. Das Beispiel-Krankenhaus beschäftigt rd. 114 VK im Pflegedienst. Es wäre somit eine Reduktion des Pflegedienstes von mehr als 10% nötig, um die Gesamtpersonalkostensteigerung um 3,5 % auszugleichen. Unter Beachtung der Besetzungserfordernisse bei Mindestbesetzungen – nachts und bei kleinen Stationsgrößen – ist fraglich, ob ein ordnungsmäßiger Dienstplan mit diesem ausgedünnten Personalbestand noch geleistet werden kann.

Ein Beispiel der Personalentwicklung eines großen kommunalen Krankenhauses sei nachfolgend dargestellt:

<b>Durchschnittliche Vollkräftezahlen 2004 bis 2007 (vorläufig)</b>				
<i>Ärztlich-pflegerische Dienstarten</i>	$\phi$ 2004	$\phi$ 2005	$\phi$ 2006	$\phi$ 2007 (vorläufig)
Ärztlicher Dienst	203	205	196	194
Pflegedienst	410	397	385	365
Medizinisch-technischer Dienst	151	150	144	141
Funktionsdienst	146	149	122	121
<b>Klinikum gesamt</b>	<b>910</b>	<b>901</b>	<b>846</b>	<b>821</b>

Die Entwicklung in der Personalbesetzung des Klinikums zeigt ab 2004 insgesamt einen deutlichen Personalabbau im ärztlich-pflegerischen Dienst. Während der Personalabbau im Ärztlichen Dienst des Beispiel-Krankenhauses u.E. eher als untypisch einzustufen ist, ist das Bild in den anderen medizinischen Dienstarten branchentypisch für somatische Krankenhäuser. Die Personaleinsparungen von bis zu 17 % können betriebswirtschaftlich als Effizienzsteigerung gesehen werden, praktisch bedeutet das eine Leistungsverdichtung beim nicht-ärztlichen Personal; also weniger verfügbare Arbeitszeit pro Patient (Fall). Dabei bleibt die Zunahme der ärztlich-pflegerisch fremden Tätigkeiten (etwa durch erhöhte Dokumentationsanforderungen) in diesen Zeitkontingenten verborgen, andererseits wäre die Verweildauerverkürzung gegenläufig zu berücksichtigen:

<i>Belastungsziffern in Stunden pro stationärem Fall</i>	φ 2004	φ 2005	φ 2006	φ 2007 (vorläufig)
Ärztlicher Dienst	12,4	12,3	12,3	11,5
Pflegedienst	24,1	23,2	22,5	20,8
Medizinisch-technischer Dienst	8,9	8,8	8,4	8,0
Funktionsdienst	8,6	8,7	7,1	6,9

**Fazit:** Mit einer Personalkostensteigerung zwischen 3,5 % bzw. möglicherweise bis zu 4,5 % in 2008 und im Übrigen gleichen Rahmenbedingungen wie im Fallbeispiel des kleinen konfessionellen Krankenhauses eingangs dargestellt, würde sich die Ertragslage des großen kommunalen Beispielklinikums um EUR 2,0 bis 2,4 Mio. verschlechtern. Das Klinikum wird seinen Personalkörper weiter ausdünnen müssen, um nicht rote Zahlen zu schreiben. Es ist davon auszugehen, dass die Hauptlast dabei der Pflegedienst auf den Stationen und der Medizinisch-technische Dienst, also das Personal der Funktionsbereiche (Röntgen, CT, MR, Labor etc.), zu tragen haben werden. Der Ausweg einer Preiserhöhung ist den Krankenhäusern verwehrt, weil die Preise gesetzlich auf Landesebene und auf Bundesebene „gedeckt“ sind, um die Ausgaben der Krankenkassen zu begrenzen bzw. um das deutsche Gesundheitswesen – insbesondere in der stationären Krankenversorgung - zum Kapazitätsabbau zu zwingen. Die Anpassungslast tragen erkennbar die mittleren und unteren Einkommensgruppen im Krankenhaus.

Köln, 6. Februar 2008

*J. Giller ppa Jürgen Nitschke*