

Rheinisch-Westfälisches Institut
für Wirtschaftsforschung
in Kooperation mit BDO Deutsche Waren-
treuhand AG – Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Gutachten im Auftrag der
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

Abschlussbericht



Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Dietmar Kuhnt, Dr. Henning Osthues-Albrecht, Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Dr. Hans Georg Fabritius,

Prof. Dr. Harald B. Giesel, Dr. Thomas Köster, Dr. Wilhelm Koll, Dr. Thomas A.

Lange, Tillmann Neinhaus, Dr. Torsten Schmidt, Dr. Gerd Willamowski

Forschungsbeirat:

Prof. Michael C. Burda, Ph.D., Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest,

Prof. Dr. Justus Haucap, Prof. Dr. Walter Krämer, Prof. Dr. Michael Lechner,

Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI Essen

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †

RWI : Projektberichte

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen

Tel. 0201/81 49-0, Fax 0201/81 49-200, e-mail: rwi@rwi-essen.de

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2008

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

Abschlussbericht – Februar 2008

Projektteam: Dr. Boris Augurzky (Projektleiter), Prof. Dr. Christoph M. Schmidt,
Ph.D., und Christoph Schwierz

Rheinisch-Westfälisches Institut
für Wirtschaftsforschung
in Kooperation mit BDO Deutsche Warentreuhand AG
– Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Gutachten im Auftrag der
Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

Abschlussbericht – Februar 2008



Projektteam: Dr. Boris Augurzky (Projektleiter), Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D., und Christoph Schwierz

Das Projektteam dankt der BDO Deutsche Warentreuhand AG, insbesondere Joachim Müller und Jürgen Metzenmacher, den Krankenhauszweckverbänden Südwestfalen und Köln, Bonn und Region, insbesondere Hans-Jürgen Winkelmann, Martin Heumann, Thomas Köhler und Stefan Kentrup, jeweils für die Bereitstellung von Daten und ihrer Expertise. Wir danken ferner Experten und Expertinnen aus dem Gesundheitswesen, die unsere Modellannahmen kritisch hinterfragt und uns ihre Einschätzungen dazu mitgeteilt haben. Dank geht auch an das Statistische Bundesamt für die Bereitstellung von Daten, an Karl-Heinz Herlitschke und Thomas Michael für die engagierte Unterstützung bei der Datenarbeit sowie an Lionita Krepstakies für die redaktionelle Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen selbstverständlich allein die Autoren.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	7
1. Einleitung.....	10
2. Prognosemodell.....	12
2.1 Datengrundlage	12
2.2 Fälle und Belegungstage.....	14
3 Kosten	17
3.1 Personalkosten	19
3.2 Sachkosten.....	25
4 Erlöse.....	31
5 Ergebnisse	36
5.1 Zentrale Ergebnisse	36
5.2 Ergänzende Analysen	40
6 Fazit.....	44
Literatur	46
Anhang.....	47
Annahmen zur Personalkostenentwicklung.....	47
Annahmen zur Sachkostenentwicklung.....	49

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Kosten der Krankenhäuser 2006.....	13
Tabelle 2	Kostenkomponenten im Zeitverlauf	18
Tabelle 3	Änderungsraten der Personalmenge	21
Tabelle 4	Tariflohnerhöhungen – Forderung der Gewerkschaften ..	22
Tabelle 5	Tariflohnerhöhungen – Angebot der Arbeitgeber.....	23
Tabelle 6	Entwicklung der Lohnnebenkosten.....	23
Tabelle 7	Änderungsraten der Sachmittelpreise.....	29
Tabelle A1	Annahmen zur Leistungsverdichtung.....	48
Tabelle A2	Wahl der Bezugsgröße bei Personalmenge	48
Tabelle A3	Wahl der Bezugsgröße bei Sachmittelmenge.....	50

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Marktvolumen 2005 in Mrd. €	10
Schaubild 2	Verteilung der Gesundheitsausgaben auf Leistungserbringer.....	11
Schaubild 3	Mengenprognose: Fallzahlen und Belegungstage	14
Schaubild 4	Medizinisch-technischer Fortschritt.....	15
Schaubild 5	Stationäre Fallzahl.....	16
Schaubild 6	Verweildauer	16
Schaubild 7	Belegungstage	18
Schaubild 8	Verteilung der Personalkosten	19
Schaubild 9	Prognose der Personalkosten.....	20
Schaubild 10	Entwicklung der Personalmenge.....	22

Schaubild 11	Vergleich gewerbliche Wirtschaft	24
Schaubild 12	Änderungsraten der gesamten Personalkosten	25
Schaubild 13	Verteilung der Sachkosten	26
Schaubild 14	Verteilung des medizinischen Bedarfs	26
Schaubild 15	Prognose der Sachkosten.....	27
Schaubild 16	Entwicklung der Sachmittelmenge	27
Schaubild 17	Preisindizes	28
Schaubild 18	Änderungsrate der gesamten Sachkosten.....	30
Schaubild 19	Entwicklung der Gesamtkosten	30
Schaubild 20	Verteilung der Erlöse.....	32
Schaubild 21	Prognose der Erlöse	32
Schaubild 22	Restliche Erlöse	35
Schaubild 23	Gesamtentwicklung der Erlöse	35
Schaubild 24	Überblick über wesentliche Modellannahmen	36
Schaubild 25	Finanzierungslücke 2008 und 2009.....	37
Schaubild 26	Finanzierungslücke 2008 bei Annahme des Arbeitgeberangebots.....	37
Schaubild 27	Finanzierungslücke 2008 bei Annahme der Forderungen von Marburger Bund und Ver.di.....	38
Schaubild 28	Zusätzliche Finanzierungslücke 2009 bei Annahme des Arbeitgeberangebots.....	39
Schaubild 29	Zusätzliche Finanzierungslücke 2009 bei Annahme der Forderungen von Marburger Bund und Ver.di.....	39
Schaubild 30	Finanzierungslücke: Personalbedarf durch Zunahme der Belastung je Fall	40
Schaubild 31	Finanzierungslücke: Keine Zunahme der Fallzahlen.....	41
Schaubild 32	Finanzierungslücke: Kein Rückgang der Verweildauer	42

Schaubild 33	Finanzierungslücke: Keine Mengeneffekte, nur Preiseffekte	42
Schaubild 34	Finanzierungslücke: 6-monatiger Zeitverzug der nicht- kommunalen Träger bei Umsetzung der Tarifabschlüsse ..	43
Schaubild 35	Finanzierungslücke: Wegfall des 0,5% Rechnungsabschlags für stationäre GKV-Fälle ab 2008	44

Executive Summary

Der Krankenhausmarkt macht im Jahr 2005 25,9% des deutschen Gesundheitsmarkts von 240 Mrd. € aus. Seit zehn Jahren ist sein Anteil leicht rückläufig. 1995 betrug er noch 27,4%. Ein Grund für den relativen Bedeutungsverlust mag in der Deckelung der Vergütungen der Krankenhäuser zu suchen sein. In den vergangenen Jahren wuchsen die Erlöse aller Krankenhäuser weniger stark als die Kosten. Die Krankenhäuser befanden sich bereits im Jahr 2007 in einer Situation deutlicher Unterfinanzierung in Höhe von mindestens 1 Mrd. Euro bedingt durch Kostensteigerungen und gesetzliche Restriktionen (Gesundheitsreform). Die so entstandenen jährlichen Finanzierungslücken haben zu Anpassungen bei Personal- und Sachkosten geführt. Personal des nicht-ärztlichen Diensts wurde abgebaut, zum Teil ausgelagert. Der Personalkostenanteil ist bei Krankenhäusern daher seit Jahren rückläufig. 1995 betrug er noch 66,8%, 2006 nur noch 62,9%. Für manche Krankenhäuser bedeutete der wachsende Kostendruck sogar das wirtschaftliche Aus, manche konnten in anderer Trägerschaft oder mit Hilfe von Verlustausgleichen durch den Träger überleben.

Ziel des vorliegenden Gutachtens ist die Ermittlung der für 2008 und 2009 zu erwartenden Finanzierungslücken der Krankenhäuser. Hierzu wird die Kosten- und Erlösentwicklung prognostiziert. Als Prognosebasis dienen makroökonomische Daten des Statistischen Bundesamts, des Bundesministeriums für Gesundheit und des RWI Essen. Mikroökonomische Daten über typische Jahresabschlüsse von Krankenhäusern und Expertise zu aktuellen Entwicklungen im Krankensektor stellt die BDO Deutsche Warentreuhand AG zur Verfügung. Zahlreiche Expertenbefragungen, unter anderem zu Tarifabschlüssen und aktuellen Tarifverhandlungen, finden Eingang in die Prognosen. Da zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine Einigung zwischen Gewerkschaften (Marburger Bund und Ver.di) und Arbeitgebern besteht, rechnen wir die Belastungen jeweils für die bis zum 1.2.2008 geäußerten Forderungen der Gewerkschaften und des vorgelegten Angebots der Arbeitgeber durch. Unberücksichtigt bleiben betriebswirtschaftliche Gegenreaktionen der Krankenhäuser auf die Finanzierungslücken, d.h. zum Beispiel Personalabbau und / oder Outsourcing von Dienstleistungen.

Sollte sich der Marburger Bund mit seiner Forderung nach einer 10,19%igen Lohnerhöhung für den ärztlichen Dienst und Ver.di mit 8% für den nicht-ärztlichen Dienst durchsetzen, errechnen wir für das Jahr **2008 eine Finanzierungslücke in Höhe von 2,2 Mrd. € und kumulativ bis 2009 von 3,0 Mrd. €**. Sollte das Angebot der Arbeitgeber einer 5%igen Lohnerhö-

hung in mehreren Stufen zum Tragen kommen, gehen wir für **2008 von einer Finanzierungslücke in Höhe von 1,3 Mrd. € und kumulativ bis 2009 von 1,5 Mrd. € aus**. Die wichtigsten Gründe sind die hohen zu erwartenden Tarifabschlüsse, steigende Sachkosten, insbesondere für Energie und Lebensmittel, und das geringe Erlöswachstum. Die Krankenhausvergütungen werden im Jahr 2008 nur um 0,64% angehoben – gemäß der Grundlohnsummenentwicklung von vor fast zwei Jahren. Berücksichtigt man noch andere Erlösbestandteile, erwarten wir 2008 einen gesamten Erlösanstieg von 760 Mill. € bzw. 1,1%, einen Anstieg der Sachkosten um rund 950 Mill. € und deutlich höhere Personalkosten in Abhängigkeit der Tarifabschlüsse (1,1 bis 2,0 Mrd. €).

Bei der kumulativen Betrachtung bis 2009 ist berücksichtigt, dass die Vergütungsanpassung konjunkturell bedingt 2009 deutlich ansteigen müsste, erwartungsgemäß um 1,8%. Wachsende Personal- und Sachkosten im Jahr 2009 zehren diesen Zuwachs allerdings mehr als auf. Sollte die Vergütungsanpassung 2009 stattdessen nur 0,64% wie 2008 betragen, würde sich die Finanzierungslücke je nach Tarifabschluss auf 2,1 bis 3,6 Mrd. € kumulieren. **Um ein weiteres Anwachsen der Finanzierungslücke 2009 zu vermeiden, müsste die Vergütungsanpassung 2009 bei Annahme des Arbeitgeberangebots 2,2% und bei Durchsetzung der Forderungen der Gewerkschaften 3,2% betragen.**

Die vorgestellten Berechnungen berücksichtigen erwartete Änderungen in den Kosten und Erlösen in den Jahren 2008 und 2009 jeweils gegenüber dem Vorjahr. Dazu zählen unter anderem die Vergütungsanpassung nach der Grundlohnsummenentwicklung, Erlössteigerungen durch Zunahme der Fallzahl sowie durch Ausweitung außerbudgetärer Leistungen. Der Sanierungsbeitrag des GKV-WSG von 0,5% der Krankenhausrechnungen der GKV wirkte bereits 2007 und führt daher 2008 und 2009 zu *keiner Änderung* der Erlössituation *gegenüber* 2007. Dies gilt ebenso für die Mehrwertsteuererhöhung zum 1.1.2007 und für die Anschubfinanzierung zum Ausbau der Integrierten Versorgung.

Auf der Kostenseite fließen in die Berechnungen Mengen- und Preisänderungen ein. Das prognostizierte Wachstum der stationären Fallzahl und der Fallschwere – ausgelöst durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt – erhöhen tendenziell den Personal- und Sachmittelbedarf, der erwartete Rückgang der Belegungstage reduziert ihn. Tarifabschlüsse führen zu höheren Personalkosten im ärztlichen und nicht-ärztlichen Dienst. Dem wirken sinkende Sozialabgaben in geringem Maße entgegen. Schließlich erhöhen sich die Preise für verschiedene Sachmittelararten. Wir erwarten stark wachsende Preise für Energie und Lebensmittel,

während die Herstellerabgabepreise von Arzneimitteln nur unterproportional zunehmen dürften.

Änderungen bei den Investitions- und Finanzierungskosten bleiben unberücksichtigt. Grundsätzlich ist in diesem Bereich eher von wachsenden Kosten auszugehen. Insgesamt vertreten wir durch die Wahl der Modellannahmen die Auffassung, eine konservative Prognose zur Finanzierungslücke für 2008 und 2009 abzugeben. Ergänzend führen wir Sensitivitätsanalysen bezüglich der getroffenen Annahmen durch.

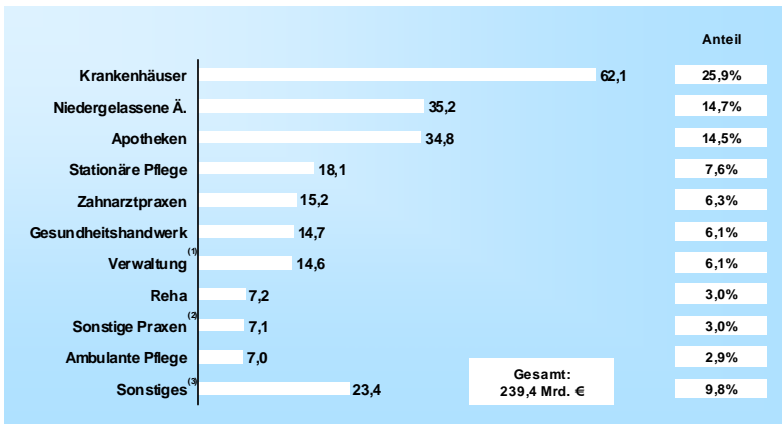
Die aufgezeigte Finanzierungslücke wird den Handlungsdruck auf Krankenhäuser spürbar erhöhen. Das RWI Essen enthält sich einer Bewertung der politischen, volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Konsequenzen.

1. Einleitung

Der Krankenhausmarkt macht im Jahr 2005 25,9% des deutschen Gesundheitsmarkts von 240 Mrd. € aus (Schaubild 1). Seit zehn Jahren ist sein Anteil leicht rückläufig (Schaubild 2). 1995 betrug er noch 27,4%. Ein Grund für den relativen Bedeutungsverlust mag in der Deckelung der Vergütungen der Krankenhäuser zu suchen sein. In den vergangenen Jahren wuchsen die Erlöse aller Krankenhäuser weniger stark als die Kosten. Das Erlöswachstum war durch das geringe Wachstum der Grundlohnsumme geprägt, das sich aufgrund der unterdurchschnittlichen gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland und dem damit verbundenen Rückgang der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ergab.

Schaubild 1

Marktvolumen 2005 in Mrd. €



(1) Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen

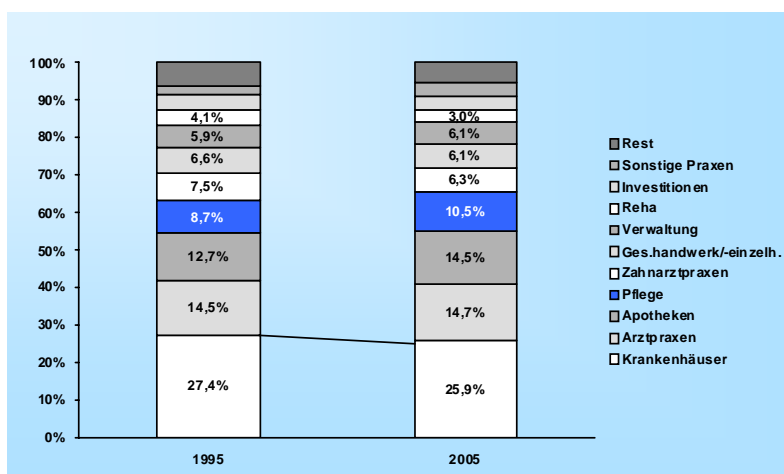
(2) Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern

(3) Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u.a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte
Quelle: Gesundheitsausgaben Statistisches Bundesamt (2007); RWI Analyse

Die so entstandenen jährlichen Finanzierungslücken mussten auf Seiten der Krankenhäuser zu Anpassungen bei Personal- und Sachkosten geführt haben. Personal des nicht-ärztlichen Diensts wurde abgebaut, zum Teil ausgelagert. Der Personalkostenanteil ist bei Krankenhäusern seit Jahren rückläufig. 1995 betrug er noch 66,8%, 2006 nur noch 62,9%. Für manche Kran-

Schaubild 2

Verteilung der Gesundheitsausgaben auf Leistungserbringer



Quelle: Statistisches Bundesamt (2007), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2005; ADMED / HCB / RWI Analyse

SE

kenh user bedeutete der wachsende Kostendruck sogar das wirtschaftliche Aus, manche konnten in anderer Trägerschaft oder mit Hilfe kommunaler Verlustausgleiche  berleben.

Ziel des vorliegenden Gutachtens ist die Ermittlung der für 2008 und 2009 zu erwartenden Finanzierungslücken der Krankenhäuser. Hierzu wird die Kosten- und Erlösentwicklung prognostiziert. Als Prognosebasis dienen makroökonomische Daten des Statistischen Bundesamts, des Bundesministeriums für Gesundheit und des RWI Essen. Mikroökonomische Daten über typische Jahresabschlüsse von Krankenhäusern und Expertise zu aktuellen Entwicklungen im Krankenhaussektor stellt die BDO Deutsche Warentreuhand AG zur Verfügung. Zahlreiche Expertenbefragungen, unter anderem zu Tarifabschlüssen und aktuellen Tarifverhandlungen, finden Eingang in die Prognosen. Unberücksichtigt bleiben betriebswirtschaftliche Gegenreaktionen der Krankenhäuser auf die Finanzierungslücke, d.h. zum Beispiel Personalabbau und / oder Outsourcing von Dienstleistungen. Der folgende Abschnitt stellt das Prognosemodell, dessen Datengrundlage und Annahmen dar. Abschnitt 3 stellt die Ergebnisse vor. Abschnitt 4 zieht ein kurzes Fazit. Im Anhang finden sich weitere Details zum Modell und den Annahmen.

2. Prognosemodell

Das Prognosemodell modelliert auf Basis des Standes 2006 die Personalkosten, Sachkosten und die Erlöse bis 2009. Dabei werden jeweils Mengen- und Preiseffekte berücksichtigt. Zur Abbildung der Mengeneffekte greifen wir unter anderem auf eine Prognose der Fallzahl und Verweildauer aus dem Krankenhaus Rating Report 2008 zurück (Augurzky et al. 2008. Preise werden durch Preisindizes bzw. Tariflohnerhöhungen fortgeschrieben. Sonstige Kosten machen nur 1,5% aller Kosten aus und werden durch einfache Annahmen fortgeschrieben (Tabelle 1).

Im Folgenden stellen wir kurz die Datengrundlage und das Prognosemodell für stationäre Fälle und die Verweildauer dar und gehen auf die einzelnen Komponenten Personal-, Sachkosten und Erlöse ein. Wir bemühen uns um konservative Annahmen zur Fortschreibung der Kosten- und Erlösbestandteile. Wir berücksichtigen grundsätzlich keine betriebswirtschaftlichen Gegenreaktionen der Krankenhäuser auf Finanzierungsgpässe, wie z.B. Personalabbau oder Outsourcing. Es soll ausschließlich dargestellt werden, wie sich der Status quo in den Jahren 2008 und 2009 kosten- und erlösseitig darstellen würde.

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage bilden erstens makroökonomische Daten des Statistischen Bundesamts, des Bundesministeriums für Gesundheit und des RWI Essen. Zweitens greifen wir auf typische Jahresabschlüsse von Krankenhäusern der BDO Deutsche Warentreuhand AG (BDO) zu. Schließlich finden die Expertise der BDO zu aktuellen Entwicklungen im Krankenhaussektor sowie zahlreiche Expertenbefragungen, unter anderem zu Tarifabschlüssen und aktuellen Tarifverhandlungen, Eingang in das Prognosemodell.

Das Statistische Bundesamt liefert auf einer jährlichen Totalerhebung mit Auskunftspflicht basierende aggregierte Daten zum Leistungs- und Kostengeschehen im akutstationären Sektor. Wir nutzen Grunddaten zur Entwicklung der stationären Fallzahlen und der Verweildauer im Zeitraum von 1991 bis 2006 (Statistisches Bundesamt 2000, 2001, 2003, 2005, 2005a, 2006, 2007, 2007a). Daten zur Entwicklung der Personalmengen in Vollzeitäquivalenten und disaggregiert in vier medizinische und sechs nicht-medizinische funktionale Berufsgruppen liegen für den Zeitraum 1999 bis 2006 vor.¹ Das medizinische Personal gliedert sich dabei in den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, den medizinisch-technischen Dienst und den Funktionsdienst. Beim

¹ Weiter in der Vergangenheit liegende Daten sind in Datenbankform nicht verfügbar.

Tabelle 1

Kosten der Krankenhäuser 2006

	Mill. €	
Gesamt	66179	100,0%
Personalkosten	41218	62,3%
Sachkosten	23965	36,2%
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	262	0,4%
Steuern	100	0,2%
Kosten der Ausbildungsstätten	634	1,0%
Quelle: RWI Essen		

nicht-medizinischen Personal unterscheiden wir zwischen dem klinischen Hauspersonal, dem Wirtschafts- und Versorgungsdienst, dem Technischen Dienst, dem Verwaltungsdienst, dem Sonderdienst und sonstigem Personal.

Auf der Kostenseite liefert der Kostennachweis der Krankenhausstatistik im Zeitverlauf vergleichbare Daten zur Entwicklung der Personal- und Sachmittelkosten für den Zeitraum 2002 bis 2006 (Statistisches Bundesamt 2005b, 2005c, 2005d, 2006a, 2007b, 2007c).² Wir entnehmen die Personalkosten für die oben genannten Untergruppen für Krankenhäuser in privater, kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft. Universitätskliniken behandeln wir darüber hinaus separat. Für Sachkosten liegen Daten zu sechs Obergruppen und insgesamt 19 Einzelsachkostenarten vor. Die Obergruppen bilden Lebensmittel, der medizinische Bedarf, Energie (inkl. Wasser), Andere (z.B. Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf), Zinsen und Steuern.

Wir greifen ferner auf von der BDO bereit gestellte krankenhaustypische Gewinn- und Verlustrechnungen (GuV) aus dem Jahr 2006 zurück. Sie sind nach der Krankenhausbuchführungsverordnung erstellt, sodass daraus die wichtigsten Erlöspositionen der Krankenhäuser ersichtlich sind. Es handelt sich insgesamt um Daten von 33 Krankenhäusern aller Trägerschaften inklusive Universitätskliniken.

Schließlich verwenden wir gesamtwirtschaftliche Daten zur Entwicklung der Grundlohnsumme, des Bruttosozialprodukts und unterschiedlicher Preisindizes (Döhrn et al. 2007, Hubbard et al. 2007, Statistisches Bundesamt 2007e, 2007f, 2008g). Wir verwenden insgesamt sechs Preisindizes aus dem

² Ab 2002 werden die Kosten nach dem Bruttoprinzip, im Zeitraum 1996 bis 2001 nach dem Nettoprinzip ermittelt. Im Bruttoprinzip werden im Gegensatz zum Nettoprinzip die Kosten für nicht-pflegesatzfähige/nicht-stationäre Leistungen, z.B. für Forschung und Lehre, mit ermittelt. Dadurch ist ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z.B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich.

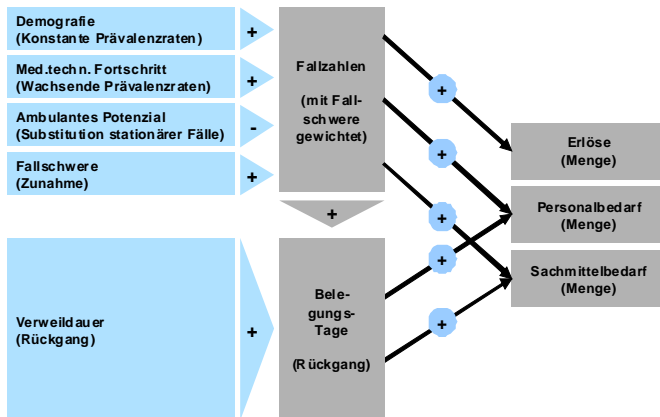
Zeitraum 1992 bis 2007, um die Sachkostenpreise zu prognostizieren. Im Einzelnen handelt es sich um Preisindizes für Energie, gewerbliche Erzeugnisse, Lebensmittel, Konsum, Erzeugerpreise für Arzneimittel im Krankenhaussektor und Verbraucherpreise für pharmazeutische Erzeugnisse.

2.2 Fälle und Belegungstage

Für Fälle und Belegungstage verwenden wir das Prognosemodell des Krankenhaus Rating Reports 2008 (Augurzky et al. 2008). Datengrundlage bilden Fallzahlen je Bundesland, Fachabteilung, Alter und Geschlecht (Statistisches Bundesamt 1997, 2002, 2005e, 2006b, 2006c). Eine detaillierte Beschreibung der Datenbasis findet sich in Augurzky et al. (2008).

Schaubild 3

Mengenprognose: Fallzahlen und Belegungstage



Quelle: RWI Analyse, Krankenhaus Rating Report 2008

57

Auf Basis der demografischen Entwicklung, Veränderung von Prävalenzen³, ambulantem Potenzial⁴ und der Entwicklung der durchschnittlichen Fallschwere schreiben wir die Fallzahl aus dem Jahr 2006 fort. Die Verweildau-

³ Die Prävalenz ist ein Maß für die Krankheitshäufigkeit und berechnet sich als Verhältnis der Anzahl Kranker zur Anzahl einer bestimmten Population.

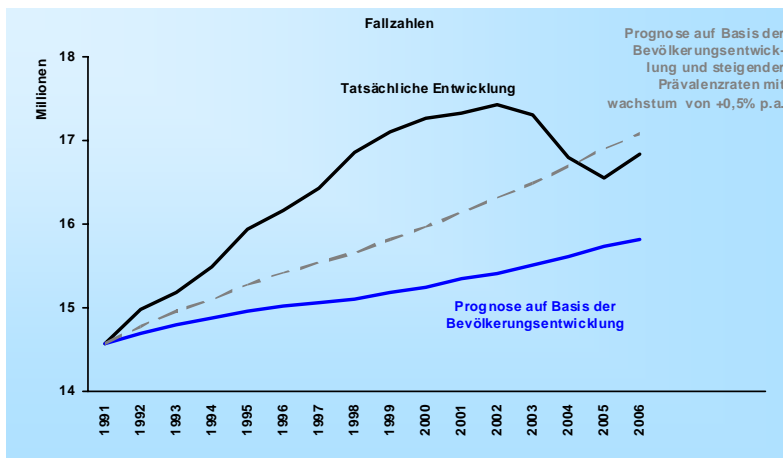
⁴ Das ambulante Potenzial definiert sich als der Anteil der traditionell stationär durchgeführten Fälle, die prinzipiell auch ambulant durchführbar wären.

er schreiben wir gemäß ihrem Trend in der Vergangenheit fort und erhalten zusammen mit der Fallzahl eine Prognose der Belegungstage. Eine wachsende Fallzahl führt zu steigenden Erlösen und höheren Kosten, rückläufige Belegungstage zu sinkenden Kosten (Schaubild 3).

Wir stellen in den vergangenen Jahren fest, dass die Prävalenzen um 0,5% p.a. zugenommen haben müssen⁵. Die Zunahme der Fallzahl zwischen 1991 und 2006 kann nicht allein durch die demografische Alterung der Bevölkerung erklärt werden (Schaubild 4). Wir vermuten, dass der medizinisch-technische Fortschritt eine Erklärung hierfür sein kann. Wir erwarten, dass in Zukunft mehr stationäre durch ambulante Fälle substituiert werden. Dafür sprechen die schrittweise gesetzliche Erweiterung des ambulanten Leistungsspektrums der Krankenhäuser und die grundsätzliche politische Forderung „ambulant vor stationär“.

Schaubild 4

Medizinisch-technischer Fortschritt

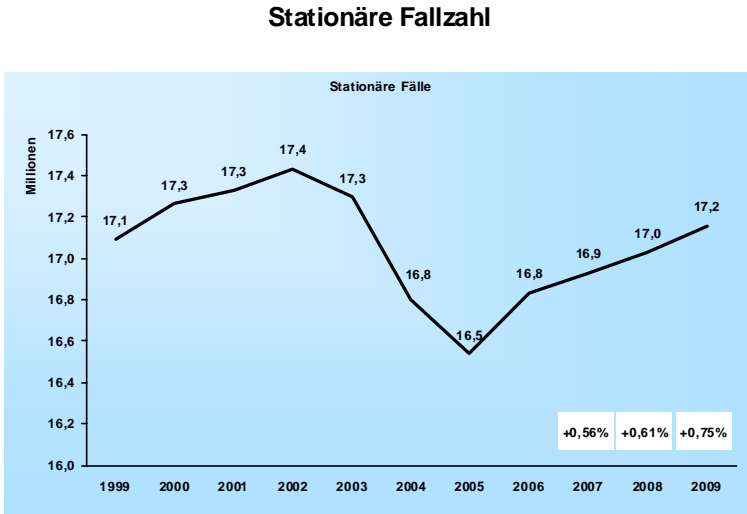


Quelle: Statistisches Bundesamt (2007), ADMED / HCB / RWI Analyse

88

⁵ Wir schätzen jährliche Änderungsraten von Prävalenzen auf lokaler Ebene für einzelne Diagnosegruppen auf Basis der Diagnosedaten aus dem Jahr 1996 und 2005.

Schaubild 5
Stationäre Fallzahl

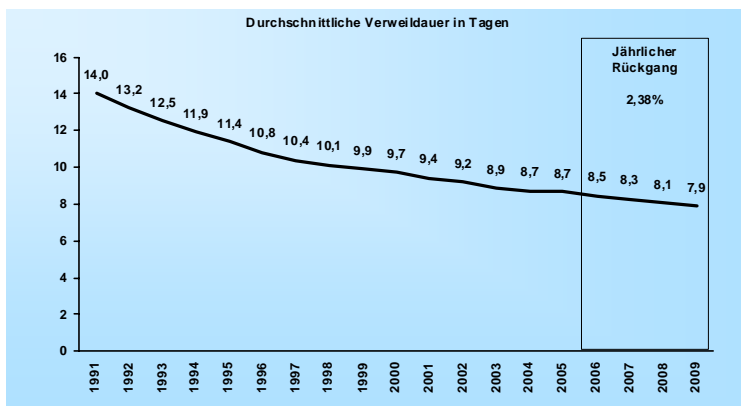


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2008; ADMED / HCB / RWI Analyse

59

Schaubild 6

Verweildauer



Anmerkung: Die Verweildauer (VWD) bezieht sich nur auf stationäre Fälle; stationäre Fälle, die zukünftig ambulant erbracht werden und meist heute schon eine geringe VWD aufweisen, werden der Berechnung der mittleren VWD nicht berücksichtigt
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2008; ADMED / HCB / RWI Analyse, Statistisches Bundesamt (2007) „Grunddaten der Krankenhäuser“

510

Das Wachstum stationärer Fälle dürfte damit etwas gebremst werden, gleichzeitig sollte die durchschnittliche stationäre Fallschwere steigen, wenn leichte Fälle ambulant erbracht werden. Insgesamt rechnen wir bundesweit 2008 mit 0,61 % und 2009 mit 0,75 % mehr Fällen (Schaubild 5).

Aufgrund des kurzen Prognosezeitraums extrapolieren wir linear den bisherigen bundesdurchschnittlichen Rückgang der Verweildauer bis 2009. Wir kommen so auf einen jährlichen Rückgang der Verweildauer von 2,38 % (Schaubild 6). Damit rechnen wir insgesamt in 2008 mit 137,2 und in 2009 mit 134,9 Mill. Belegungstagen, was einem Rückgang von 1,79 % bzw. 1,65 % entspricht (Schaubild 7).

Wir erwarten zwar eine wachsende Zahl ambulanter Fälle, schon allein wegen der erwähnten Substitution stationärer Fälle. Wir prognostizieren die Zahl der ambulanten Fälle jedoch nicht. Die Datengrundlage ist hierfür völlig unzureichend. Wir schreiben daher Erlöse aus ambulanten Leistungen nach einem Trend fort.

3 Kosten

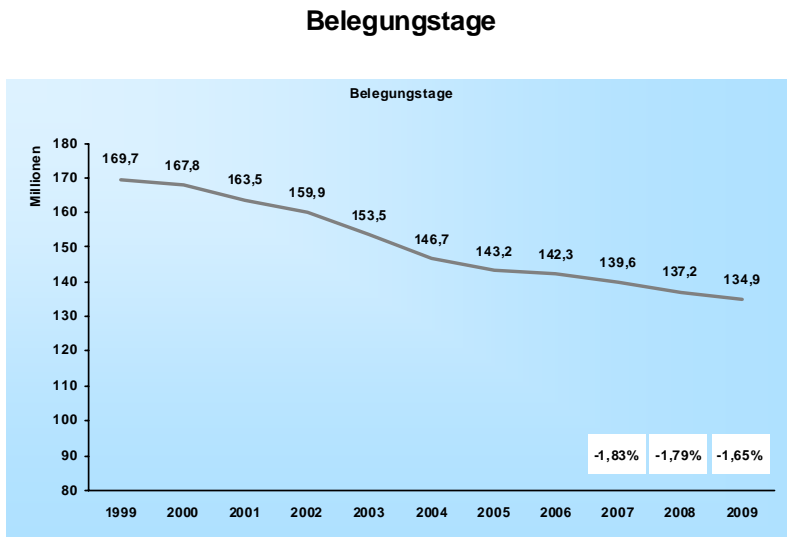
Tabelle 2 stellt die Kostenkomponenten der Krankenhäuser im Zeitverlauf dar. Der Personalkostenanteil ist seit Jahren rückläufig. 2002 betrug er noch 65,2 %, 2006 nur noch 62,3 %. Im Folgenden werden das Modell für Personal- und Sachkosten jeweils separat vorgestellt. Bei Personalkosten berücksichtigen wir sinkende Sozialabgaben, steigende Löhne und Gehälter, den Rückgang des Personalbedarfs wegen sinkender Belegungstage und steigenden Bedarf wegen wachsender Fallzahlen und Fallschwere. Bei Sachkosten fließen ebenfalls die Belegungstage und Fallzahlen ein sowie die erwartete Entwicklung verschiedener Preisindizes.

Es sei angemerkt, dass für die Prognose von 2008 und 2009 die Erhöhung der Mehrwertsteuer im Jahre 2007 keine Bedeutung mehr hat.⁶ Auswirkungen des seit 2007 in allen Bereichen geltenden Arbeitszeitgesetzes, das den Bereitschaftsdienst und die maximale Wochenarbeitszeit von Ärzten regelt, bleiben bei den Prognosen unberücksichtigt.⁷ Finanzierungskosten blenden

⁶ Sie fließt allerdings in die Prognose des Jahres 2007 ein.

⁷ Es ist schwer, die Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes sinnvoll zu quantifizieren. Wir vermuten, dass es sich insgesamt gewinnneutral auswirken könnte. Es führt einerseits zu höheren Personalkosten als Folge von notwendigen Neueinstellungen von Ärzten, andererseits zu geringeren, weil weniger Überstunden anfallen. Darüber hinaus werden bei Umsetzung des Gesetzes Erlöszuschläge gewährt.

Schaubild 7



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2008; ADMED / HCB / RWI Analyse

S11

Tabelle 2

Kostenkomponenten im Zeitverlauf

In Mill. €	2002		2006	
Gesamt	60.614		66.179	
Personalkosten	39.542	65,2%	41.218	62,3%
Sachkosten	20.415	33,7%	23.965	36,2%
Zinsen & ähnl. Aufw.	195	0,3%	262	0,4%
Steuern	38	0,1%	100	0,2%
Kosten der Ausbildungsstätten	424	0,7%	634	1,0%

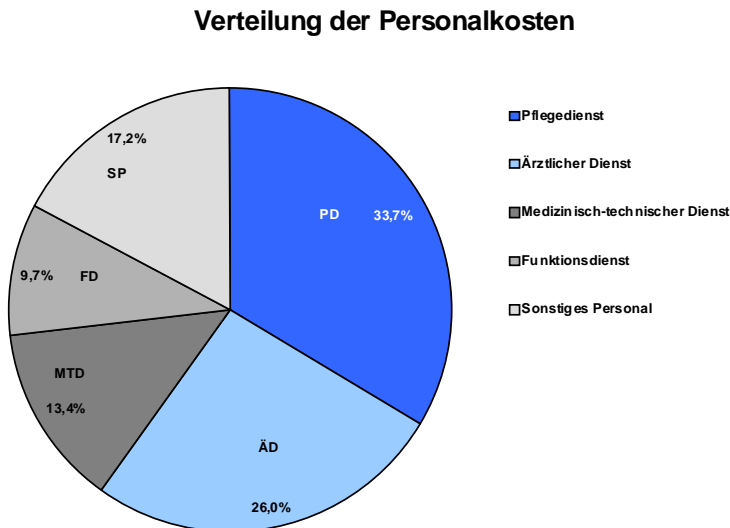
Quelle: RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2007)

wir in diesem Gutachten aus, d.h. damit auch einen möglichen Rückgang der Fördermittel oder einen notwendigen Abbau eines bestehenden Investitionsstaus.

3.1 Personalkosten

Schaubild 8 stellt die Verteilung der Kosten auf die Dienstarten dar. Mit 33,7% stellt der Pflegedienst den größten Personalkostenblock dar. Der ärztliche Dienst folgt dicht mit 26,0%, sodass die beiden Personalkostengruppen rund 60% der Personalkosten ausmachen. Wachstum der Personalmengen und Lohnerhöhungen in diesem Bereich sind damit zentrale Kostentreiber. Schaubild 9 stellt das Modell im Überblick dar. Die notwendige Personalmenge in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) wird erstens durch den Personaleinsatz je Fall bzw. Belegungstag definiert, der so genannten Belastungszahl, und zweitens durch die anfallende Leistungsmenge. Die Preise für das Personal bilden die Löhne und Gehälter je VZÄ. Wir treffen jeweils getrennte Annahmen für den Ärztlichen, Pflege-, medizinisch-technischen und Funktionsdienst. Die nicht-medizinischen Berufsgruppen, wie z.B. das klinische Hauspersonal, der technische und der Verwaltungsdienst, werden unter einer Globalannahme zusammengefasst.

Schaubild 8



Wir erwarten, dass sich die Belastungszahl langsam erhöhen wird. Einerseits führt der Rückgang der Verweildauer zu einer Leistungsverdichtung je Patient. Kürzere Liegezeiten bedeuten einen schnelleren Rhythmus von Aufnahmen und Entlassungen. Andererseits erhöht die demografischen Alterung und Ambulantisierung die stationäre Fallschwere. Im Modell nehmen wir an, dass die Belastungszahl um 0,67% p.a. wächst und den Personalbedarf entsprechend erhöht.⁸ Im Anhang werden die Belastungszahlen dargestellt.

Je nach Dienstart hängt die nötige Personalmenge von der Belastungszahl und der relevanten Leistungsmenge ab. Die Leistung wird in Fällen und Belegungstagen gemessen. Zusätzlich ermöglichen wir, dass sie konstant angesetzt wird oder einem historischen Trend folgen kann. Für jede Dienstart wählen wir eine unterschiedliche Gewichtung dieser vier Bezugsgrößen. Der ärztliche Personalbedarf hängt beispielsweise stark von der Fallzahl ab, der Pflegedienst außerdem auch von den Belegungstagen. Im Anhang finden sich die Details hierzu.

Schaubild 9

Prognose der Personalkosten



Quelle: RWI Analyse

S14

⁸ Dies bedeutet eine Erhöhung von 2% nach drei Jahren. Bei einer ersten quantitativen Untersuchung kommt der Krakenhauszweckverband Südwestfalen zu einer Erhöhung der effektiven Fallschwere von 5% in einem Zeitraum von drei Jahren.

Tabelle 3
Änderungsraten der Personalmenge

Mengen (VZÄ) p.a.	Vergleich Wachstumsraten im Zeitraum			Änderungsrate Menge p.a.		
	99-06	03-06	06-09	2007	2008	2009
Gesamt	-0,90%	-1,31%	-0,34%	-0,47%	-0,34%	-0,21%
Ärztlicher Dienst	1,97%	2,73%	1,35%	1,38%	1,29%	1,39%
Pflegedienst	-1,59%	-2,22%	-0,64%	-0,82%	-0,63%	-0,48%
Med.-technischer Dienst	-0,12%	-0,62%	-0,12%	-0,12%	-0,12%	-0,12%
Funktionsdienst	0,54%	0,30%	0,54%	0,54%	0,54%	0,54%
Klinisches Hauspersonal	-7,30%	-8,97%	-6,75%	-6,94%	-6,73%	-6,57%
Wirt.- und Versorg.dienst	-4,70%	-5,47%	-4,13%	-4,32%	-4,12%	-3,94%
Technischer Dienst	-1,97%	-2,11%	-1,38%	-1,58%	-1,37%	-1,19%
Verwaltungsdienst	-0,28%	-0,60%	0,31%	0,11%	0,33%	0,50%
Sonderdienste	-2,32%	-3,05%	-1,74%	-1,94%	-1,72%	-1,55%
Sonstiges Personal	1,38%	-4,52%	1,99%	1,78%	2,00%	2,18%

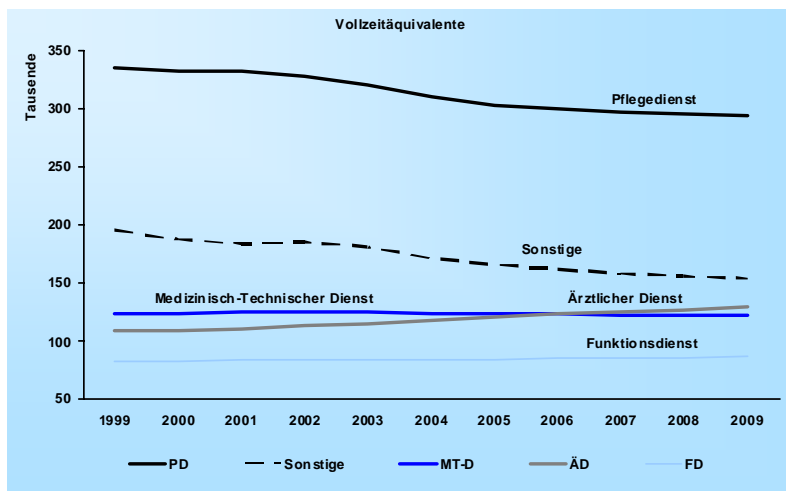
Quelle: RWI Analyse

Mit den Belastungszahlen und der Leistungsmenge ergeben sich die Änderungen der Personalmenge (Tabelle 3). Insgesamt erwarten wir ein weiteres Sinken der Personalmenge um 0,30% 2008 und um 0,16% 2009. In der Vergangenheit lag der Rückgang pro Jahr deutlich höher, was einerseits einen Trend zum Outsourcing und andererseits Personalabbau als Folge eines Kostendrucks widerspiegeln kann. Beide Effekte berücksichtigen wir nicht. In der Tat wird sich zeigen, dass wir umgekehrt das Wachstum des Sachmittelbedarfs im Vergleich zur Vergangenheit geringer ansetzen. Schaubild 10 zeigt die absolute Entwicklung der Personalmenge.

Die zweite Komponente der Personalkosten bildet der Preis bzw. Lohn je Vollzeitkraft. Die Verhandlungen der Tarifparteien für 2008 und 2009 sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt (1.2.2008) noch nicht abgeschlossen. Wir differenzieren daher das Modell nach derzeitig vorliegender Forderung der Gewerkschaften Marburger Bund und Ver.di einerseits und nach dem Angebot der Arbeitgeber andererseits. Der Marburger Bund fordert eine Gehaltserhöhung für den Ärztlichen Dienst von durchschnittlich 10,19%, Ver.di für den Nicht-ärztlichen Dienst von 8%. Wir verteilen diese Erhöhung auf 2008 zu zwei Drittel und auf 2009 zu ein Drittel. Wir nehmen ferner an, dass Krankenhäuser aller Trägerschaften mitziehen werden bzw.

Schaubild 10

Entwicklung der Personalmenge



Quelle: RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2007)

S16

Tabelle 4

Tariflohnerhöhungen – Forderung der Gewerkschaften

Ärztlicher Dienst	2008	2009
Kommunal	+6,79%	+3,40%
Freigemeinnützig	+6,79%	+3,40%
Privat	+6,79%	+3,40%
Universitätskliniken	+2,90%	+6,79%
Nicht-ärztlicher Dienst		
Kommunal	+5,33%	+2,67%
Freigemeinnützig	+5,33%	+2,67%
Privat	+5,33%	+2,67%
Universitätskliniken	+2,90%	+5,33%

Quelle: RWI Analyse

Tabelle 5

Tariflohnerhöhungen – Angebot der Arbeitgeber

Alle Dienste	2008	2009	2010
Kommunal	+3,04%	+1,88%	+0,08%
Freigemeinnützig	+3,04%	+1,88%	+0,08%
Privat	+3,04%	+1,88%	+0,08%
Universitätskliniken	+2,90%	+3,04%	+1,88%

Quelle: RWI Analyse

Tabelle 6

Entwicklung der Lohnnebenkosten

	2006	2007	2008	2009
Beitrag zur RV	19,50%	19,90%	19,90%	19,90%
Beitrag zur GKV	14,20%	14,80%	14,80%	15,00%
Beitrag zur AV	6,50%	4,20%	3,30%	3,30%
Beitrag zur SPV	1,70%	1,70%	1,83%	1,95%
Summe	41,90%	40,60%	39,83%	40,15%
Summe AG-Anteil (50%)	20,95%	20,30%	19,91%	20,08%
Sonstige Lohnnebenkosten	7,00%	7,00%	7,00%	7,00%
Faktor Gesamtlohnkosten	1,280	1,273	1,269	1,271
Änderung zum Vorjahr		0,995	0,997	1,001

Quelle: RWI Analyse

müssen. Lediglich Universitätskliniken bilden eine Ausnahme, weil bereits ein Tarifabschluss für 2008 vorliegt. 2009 dürften sie jedoch entsprechend nachziehen (Tabelle 4).

Der Verband kommunaler Arbeitgeber (VKA) hat gemeinsam mit dem Bund am 24.01.2008 ein Angebot über eine 5%ige Gehaltserhöhung verteilt auf mehrere Jahre vorgelegt (Tabelle 5).⁹ Wir nehmen wieder an, dass Krankenhäuser aller Trägerschaften dieses übernehmen werden bzw. müssen – mit Ausnahme der Universitätskliniken.

Personalkosten senkend wirkt sich die Reduktion der Sozialabgaben 2008 aus (Tabelle 6). Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung wurde um 0,90%-Punkte auf 3,30% gesenkt. Zum 1.7.2008 soll der Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung um 0,25%-Punkte angehoben werden, auf das Jahr gerech-

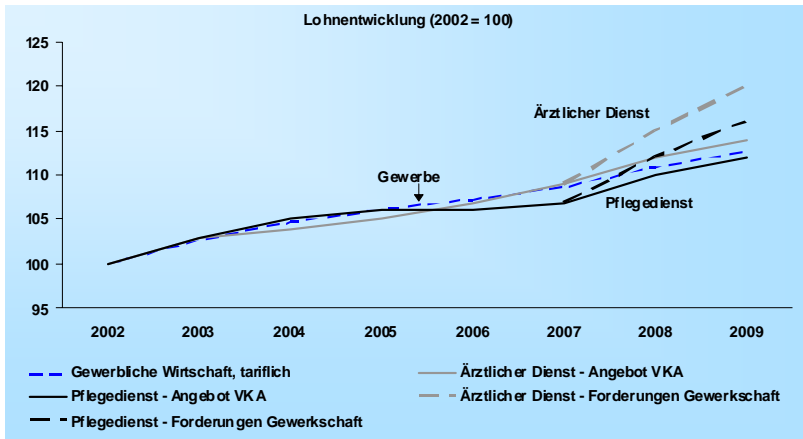
⁹ Wir lassen die außerdem geforderte Erhöhung der Wochenarbeitszeit unberücksichtigt. Sie muss nicht für alle Trägerschaften gelten. Unklar ist auch, in wie weit bereits heute unbezahlte Überstunden zu einer höheren Wochenarbeitszeit führen.

net, macht dies 0,125%-Punkte aus. 2009 dürften außerdem die Beitragssätze zur GKV leicht steigen, was die Lohnnebenkosten wieder erhöhen wird.

Ausgehend von 2002 und im Vergleich zur Tariflohnentwicklung der gewerblichen Wirtschaft wird bei Durchsetzung des Arbeitgeberangebots der Pflegedienst bis 2009 im Durchschnitt etwas niedrigere, der ärztliche Dienst etwas höhere Lohnsteigerungsraten erreicht haben (Schaubild 11). Würden Lohnsteigerungen in Höhe der Arbeitnehmerforderungen durchgesetzt, würde der ärztliche Dienst 2009 das höchste Lohnniveau erreicht haben, aber auch das Lohnniveau des Pflegepersonals würde über dem der gewerblichen Wirtschaft liegen. Die gesamten Personalkosten wachsen 2008 und 2009 deutlich stärker als in der Vergangenheit (Schaubild 12). Dies liegt erstens an den Lohnsteigerungen und zweitens an der Tatsache, dass wir keinen Personalabbau oder Outsourcing unterstellen, weshalb die Personalmenge in unserem Modell nur geringfügig zurückgeht.

Schaubild 11

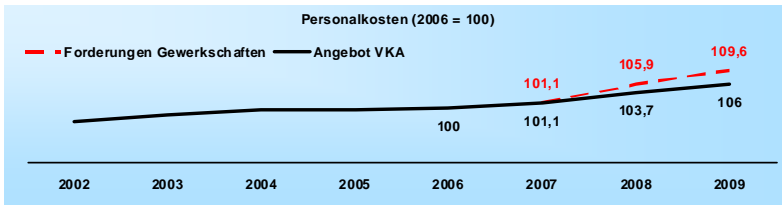
Vergleich gewerbliche Wirtschaft



Anmerkung: Löhne Gewerbe und Tariflich: 2007-2008 Konjunkturprognose RWI, 2009 Fortschreibung aus 2006-2008, Löhne Krankenhaussektor: bis 2007: Personalkosten/VZÄ, ab 2007: Prognosen RWI
 Quelle: RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2007); Konjunkturprognose RWI Essen

Schaubild 12

Änderungsraten der gesamten Personalkosten



Angebot VKA

Forderungen Gewerkschaften

		Wachstumsraten		
		02-06	2008	2009
Angebot VKA	Personal	1,04%	2,58%	2,19%
	Ärztlicher Dienst	4,00%	4,03%	3,64%
	Pflegedienst	-0,76%	2,07%	1,66%
	Medizinisch-technischer Dienst	1,56%	2,56%	2,21%
	Funktionsdienst	1,60%	3,26%	2,74%
	Sonstiges	-0,09%	0,91%	0,56%
Forderungen Gewerkschaften	Personal	1,04%	4,78%	3,47%
	Ärztlicher Dienst	4,00%	7,14%	5,57%
	Pflegedienst	-0,76%	4,06%	2,82%
	Medizinisch-technischer Dienst	1,56%	4,20%	3,42%
	Funktionsdienst	1,60%	5,21%	3,76%
	Sonstiges	-0,09%	2,72%	1,62%

Quelle: RWI Analyse

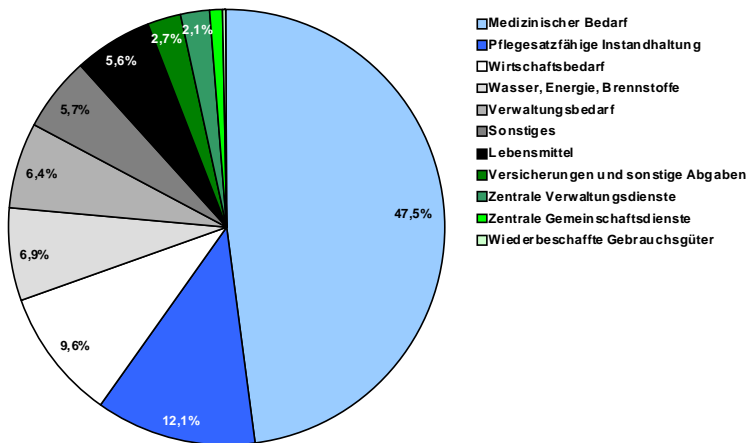
S22

3.2 Sachkosten

Schaubild 13 zeigt die Verteilung der Sachkosten auf die verschiedenen Sachkostenarten. Auf den medizinischen Bedarf fällt fast die Hälfte aller Sachkosten. Auf Grund seiner großen Bedeutung betrachten wir daher im Modell die Einzelbestandteile des medizinischen Bedarfs (Schaubild 14). Wie bei den Personalkosten differenzieren wir nach einer Mengen- und einer Preiskomponente (Schaubild 15). Da die Grunddaten der Krankenhausstatistik jedoch keine Trennung der Sachmittelkosten in Mengen und Preise erlaubt, führen wir diese künstlich durch, indem wir die Sachkosten der Vergangenheit inflationsbereinigt darstellen. Die Inflationsbereinigung erfolgt für verschiedene Kostenarten nach unterschiedlichen Preisindizes. Die so errechneten realen Sachkosten sollten näherungsweise den Mengen entsprechen, während Preiseffekte über Preisindizes abgebildet werden. Uns ist bewusst, dass zusätzlich auch strukturelle Verschiebungen im Produktportfolio zu Kostenverschiebungen führen können, ohne dass sich Mengen oder Preise ändern müssen. Eine tiefer gehende Betrachtung würde jedoch den Rahmen dieses Gutachtens sprengen.

Schaubild 13

Verteilung der Sachkosten

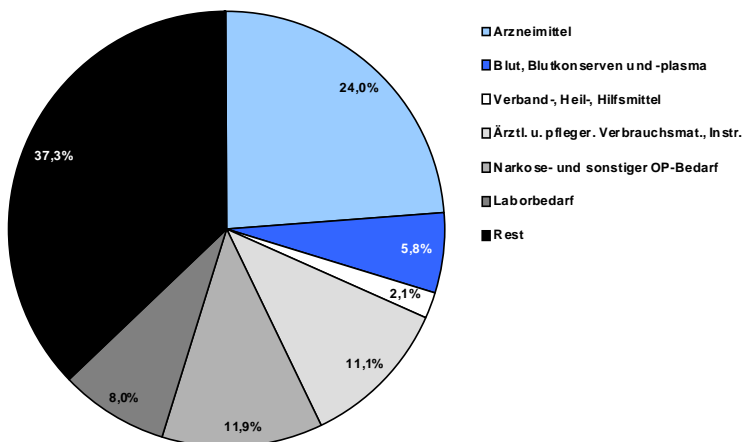


Quelle: RWI Analyse, Statistisches Bundesamt (2007)

S24

Schaubild 14

Verteilung des medizinischen Bedarfs



Quelle: RWI Analyse, Statistisches Bundesamt (2007)

S25

Schaubild 15

Prognose der Sachkosten

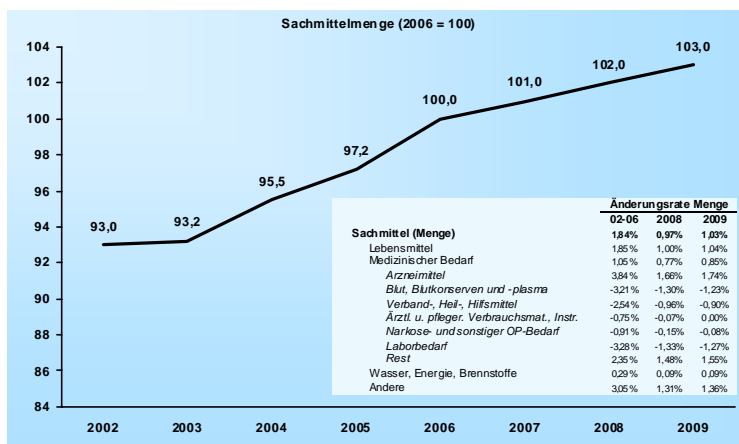


Quelle: RWI Analyse

S23

Schaubild 16

Entwicklung der Sachmittelmenge



Anmerkung Mögliches Outsourcing ist nicht berücksichtigt
 Quelle: RWI Analyse, Statistisches Bundesamt (2007)

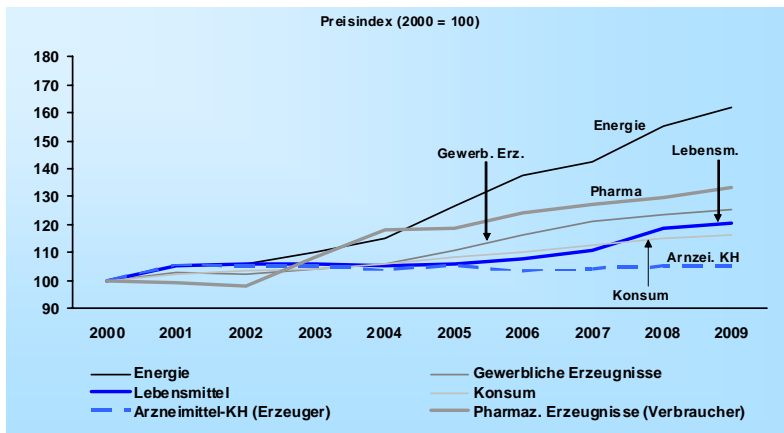
S26

Analog dem Modell zu Personalkosten hängt die Mengenprognose davon ab, wie einzelne Sachkostenarten an die Entwicklung der Fallzahl, Pflegetage oder an einen historischen Trend gebunden werden. Die genauen Annahmen hierzu werden im Anhang beschrieben. In diesem Modell ermitteln wir durchschnittliche Steigerungsraten der Sachmittelmengen für 2008 und 2009 von rund 1% (Schaubild 16). Dies liegt deutlich unter dem Durchschnitt der vergangenen jährlichen Steigerungsraten von durchschnittlich 1,8% von 2002 bis 2006. Dies erklärt sich durch das Ausblenden von Outsourcing.

Änderungen der Sachmittelpreise im Krankenhaussektor hängen maßgeblich von der Preisentwicklung der zugrundeliegenden Waren ab. Diese können approximativ durch die Wahl geeigneter Preisindizes wiedergegeben werden. Wir verwenden vergangene und prognostizierte Entwicklungen der Preisindizes (Schaubild 17). Bis einschließlich 2008 nutzen wir RWI eigene Prognosen als auch die Prognosen des Consensus Economic Forecast vom Dezember 2007. Für 2009 schreiben wir mangels anderweitiger Prognosen die Trends der vergangenen Jahre linear fort.

Schaubild 17

Preisindizes



Anmerkung: Für 2007 nehmen wir an, dass der Einmaleffekt durch die Mehrwertsteuererhöhung (insgesamt +2,6%) zu 2,0% von Krankenhäusern und zu 0,6% von ihren Zulieferern getragen werden.
Quelle: RWI Analyse; Statistisches Bundesamt (2007)

Tabelle 7

Änderungsraten der Sachmittelpreise

Änderungsraten der Preise	Preisänderung		
	2007	2008	2009
Lebensmittel	3,10%	7,00%	1,50%
Medizinischer Bedarf			
<i>Preisindex Arzneimittel</i>	0,72%	1,05%	0,15%
<i>Blut, Blutkonserven und -plasma</i>	4,00%	2,00%	1,50%
<i>Verband-, Heil-, Hilfsmittel</i>	4,00%	2,00%	1,50%
<i>Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmat., Instr.</i>	2,00%	2,00%	1,50%
<i>Narkose- und sonstiger OP-Bedarf</i>	4,00%	2,00%	1,50%
<i>Laborbedarf</i>	4,00%	2,00%	1,50%
<i>Rest</i>	4,00%	2,00%	1,50%
Wasser, Energie, Brennstoffe	3,90%	8,73%	4,20%
Andere	2,20%	2,10%	1,50%

Quelle: RWI Analyse

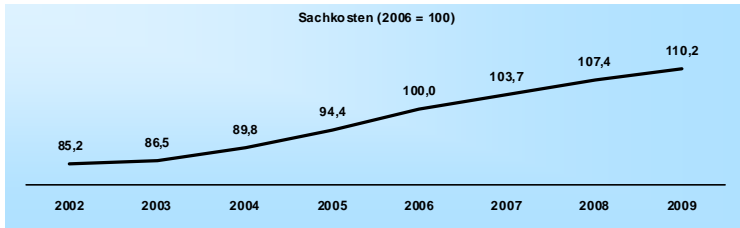
Insgesamt erwarten wir, dass sich die in 2007 manifestierte Beschleunigung der Preisentwicklung 2008 gedämpft fortsetzt und 2009 abklingt. Der einmalige Effekt der Erhöhung der Mehrwert- und Versicherungssteuer 2007 ist in den Folgejahren naturgemäß nicht mehr vorhanden. Jedoch werden sich voraussichtlich die Preiserhöhungen für Energie und Nahrungsmittel auch 2008 fortsetzen (Tabelle 7). Unterdurchschnittliche Preissteigerungen in Höhe von 1,05% für 2008 und 0,15% für 2009 sind für Arzneimittel zu erwarten. Diese überraschend geringen Steigerungsraten sind durch den Umstand zu erklären, dass Krankenhäuser mehr als 95% ihrer Arzneimittel zu Herstellerpreisen beziehen, deren Höhe seit dem Jahr 2000 nahezu konstant geblieben ist. Die geringe Steigerungsrate für Arzneimittel zu Herstellerpreisen 2007 trotz Mehrwertsteuererhöhung ist mit einer nominalen Preisenkung in 2007 zu erklären.

Bei den sonstigen, bisher nicht berücksichtigten Sachkosten gehen wir weitgehend unterstellen wir folgende Annahmen. Zinsen und ähnliche Aufwendungen werden mit ihrem historischen Trend fortgeschrieben. Zusätzlich nehmen wir an, dass sich der Zinssatz 2008 und 2009 gegenüber 2007 leicht erhöht. Steuern bleiben praktisch auf ihrem derzeitigen Niveau. Kosten der Ausbildungsstätten wachsen mit rund 1,8% pro Jahr. Schließlich nehmen wir an, dass die öffentlichen Fördermittel in ihrer Höhe konstant bleiben.

Unter Berücksichtigung aller Annahmen steigen die gesamten Sachkosten

Schaubild 18

Änderungsraten der gesamten Sachkosten



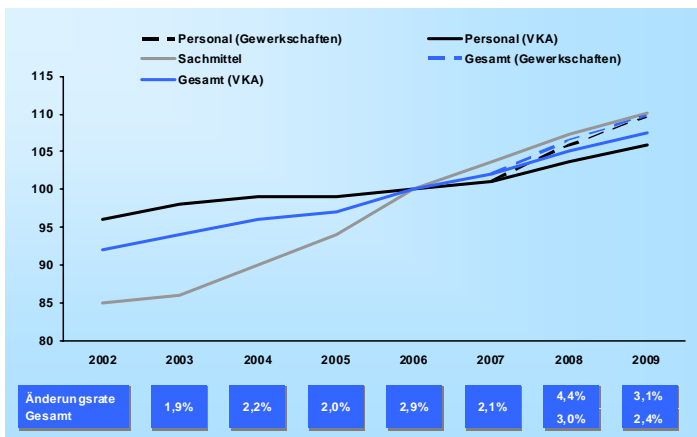
	02-06	06-09	2007	2008	2009
Sachkosten Gesamt	4,09%	3,28%	3,67%	3,64%	2,55%
Lebensmittel	2,22%	4,89%	4,11%	8,07%	2,55%
Medizinischer Bedarf	3,45%	2,74%	3,70%	2,51%	2,00%
<i>Arzneimittel</i>	3,39%	2,33%	2,36%	2,73%	1,89%
<i>Blut, Blutkonserven und -plasma</i>	0,02%	1,17%	2,62%	0,67%	0,25%
<i>Verband-, Heil-, Hilfsmittel</i>	0,72%	1,52%	2,97%	1,02%	0,59%
<i>Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmat. Instr.</i>	2,57%	1,77%	1,93%	1,93%	1,50%
<i>Narkose- und sonstiger OP-Bedarf</i>	2,40%	2,35%	3,82%	1,85%	1,42%
<i>Labarbedarf</i>	-0,4%	1,14%	2,59%	0,64%	0,22%
<i>Rest</i>	5,77%	4,03%	5,51%	3,51%	3,07%
Wasser, Energie, Brennstoffe	6,99%	5,68%	3,99%	8,82%	4,29%
Andere	4,68%	3,28%	3,51%	3,44%	2,88%

Quelle: RWI Analyse

S30

Schaubild 19

Entwicklung der Gesamtkosten



Quelle: RWI Analyse

S31

etwas langsamer an als in der Vergangenheit (Schaubild 18). Der Sachkostenanstieg dürfte 2008 bei rund 3,6% liegen und 2009 bei rund 2,6% gegenüber einer Steigerungsrate von rund 4,1% pro Jahr von 2002 bis 2006.

In der Gesamtbetrachtung der Personal- und Sachkostenentwicklung sehen wir Kostensteigerungen in Höhe von 3,2% in 2008 und 2,3% in 2009 (Schaubild 19). Damit liegen die erwarteten Kostensteigerungen über den Kostensteigerungen der vergangenen Jahre.

4 Erlöse

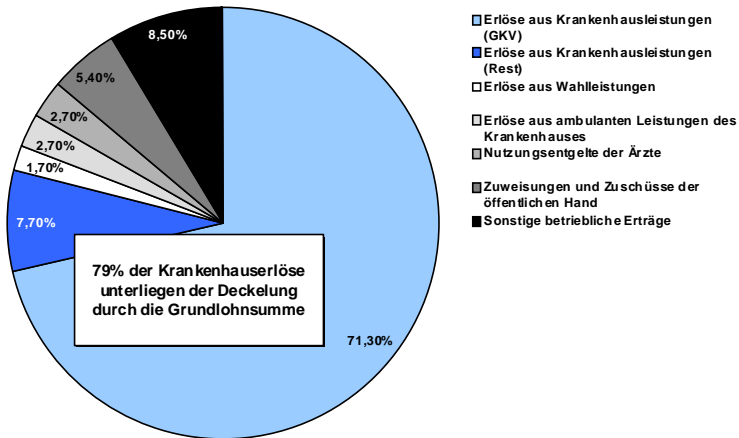
Schaubild 20 stellt die Erlösbestandteile der Krankenhäuser dar. Erlöse aus Krankenhausleistungen stellen rund 79% aller Erlöse dar und umfassen in der Regel stationäre Fälle, die der Vergütungsdeckelung unterliegen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde erstmalig eine Budgetdeckung für Krankenhauserlöse aus der stationären Behandlung vereinbart. Krankenkassenausgaben für die stationäre Behandlung wurden damit an die beitragspflichtigen Einnahmen gekoppelt. Ihr jährlicher Anstieg wird auf die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, der so genannten Grundlohnsumme, begrenzt. Die Steigerungsrate fußt auf Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit.¹⁰ Die restlichen 21% der Erlöse umfassen Erlöse aus Wahlleistungen, wie z.B. die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und die Chefarztbehandlung, Erlöse aus ambulanten Leistungen, Nutzungsentgelte der Ärzte, Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand und sonstige betriebliche Erlöse. Das Wachstum der Resterlöse ist gesetzlich nicht begrenzt.

Das Modell zur Prognose der Erlöse berücksichtigt Mengen- und Preisefekte (Schaubild 21). Für jede Erlöskategorie werden individuelle Annahmen getroffen. Die Mengenentwicklung basiert vorwiegend auf den erwarteten Fallzahlen. Die Preise für den derzeitigen Bestand an stationären Fällen erhöhen sich mit der offiziellen Vergütungsanpassung. Zusätzliche Fälle erhalten einen Preisabschlag, da der zusätzlich Erlös nach dem Mehrerlösausgleich anteilig beglichen wird.

¹⁰ Bis 2007 waren die Krankenkassenausgaben an den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder statt der Versicherten, gekoppelt. Zum Versichertenkreis zählen unter bestimmten Bedingungen auch nicht selbst erwerbstätige Familienmitglieder, die mitversichert, aber keine Krankenkassenmitglieder sind.

Schaubild 20

Verteilung der Erlöse

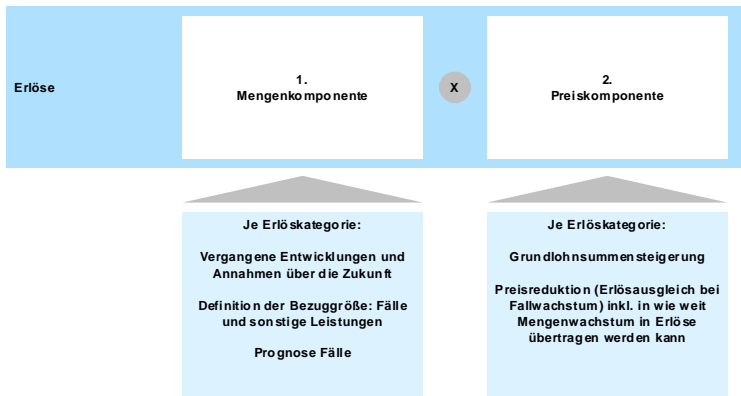


Quelle: RWI Analyse, BDO

S32

Schaubild 21

Prognose der Erlöse



Quelle: RWI Analyse

S33

Erlös steigernd wirken damit erstens die Erhöhung der Vergütungen nach der Grundlohnsumme, zweitens zu einem gewissen Teil eine Zunahme der Fallzahl und drittens die Ausweitung außerbudgetärer Leistungen, wie z.B. Wahlleistungen. Ambulante Leistungen können ebenfalls Erlös steigernd wirken. Da wir die Zahl der ambulanten Fälle jedoch nicht prognostizieren, schreiben wir Erlöse aus ambulanten Fällen nach einem Trend fort. Erlös mindernd kommt der Sanierungsbeitrag des GKV-WSG von 0,5% der Krankenhausrechnungen der GKV zum Tragen. Da dieser allerdings bereits in den 2007er Zahlen berücksichtigt ist, spielt er für Erlösänderungen 2008 und 2009 keine Rolle. Dies gilt ebenso für die Anschubfinanzierung zum Ausbau der Integrierten Versorgung.

Die offizielle Steigerungsrate der Krankenhausvergütungen beträgt 2008 0,64%. Sie errechnet sich je zur Hälfte aus den Steigerungsrate der Grundlohnsumme der zweiten Jahreshälfte 2005 und der ersten Jahreshälfte 2006 – zu einem Zeitpunkt, als die konjunkturelle Lage Deutschlands schlechter als 2007 war. Aufgrund des höheren Grundlohnsummenwachstums 2006 und 2007 erwarten wir allerdings für 2009 eine Steigerungsrate der gedeckelten Krankenhausvergütungen in Höhe von 1,80%.

Die zweite Erlös steigernde Komponente *auf Einzelhausebene* stellen Mehrerlöse durch Mehrleistungen dar. Grundsätzlich wird das Erlösbudget eines Krankenhauses ein Jahr im Voraus festgelegt. Wegen Veränderungen bei der Art und Menge der Leistungserbringung können die realisierten Erlöse jedoch von der Planvorgabe abweichen. Als Folge können Mehr- bzw. Mindererlöse entstehen. Für diesen Fall sind im Rahmen der Fallpauschalenregelung anteilige Mehr- und Mindererlösausgleiche vorgesehen. Grundgedanke dabei ist, Mehrleistungen mit den zusätzlich entstandenen (variablen) Kosten zu vergüten und bei Mindererlösen die weiterhin bestehenden Fixkosten durch Ausgleichszahlung zu decken. Der Mehrerlösausgleich beträgt 2007 65%, 2008 80% und steigt 2009 schließlich auf 100%.

Auf der aggregierten bundesweiten Ebene sollten sich grundsätzlich Mehrleistungen eines Krankenhauses durch Minderleistungen anderer Krankenhäuser ausgleichen. Da wir aber 2008 und 2009 bundesweit von einer Zunahme der Fallzahl ausgehen, sollte sich diese Zunahme auch in bundesweiten Mehrerlösen widerspiegeln. In wie weit dies der Fall ist, hängt von Verhandlungen darüber auf Landesebene ab. Wir nehmen an, dass 50% der bundesweiten Mehrerlöse durchgesetzt werden können. Die restlichen 50% der Fälle werden von Krankenhäusern damit unentgeltlich erbracht bzw. reduzieren indirekt das Preisniveau, d.h. die Landesbasisfallwerte.

Das Erlöswachstum der restlichen, nicht gedeckelten Erlöse lässt sich nur schwer quantifizieren, da uns keine Daten über ihre zeitliche Entwicklung in der Vergangenheit vorliegen. Historische Trendverläufe lassen sich daher

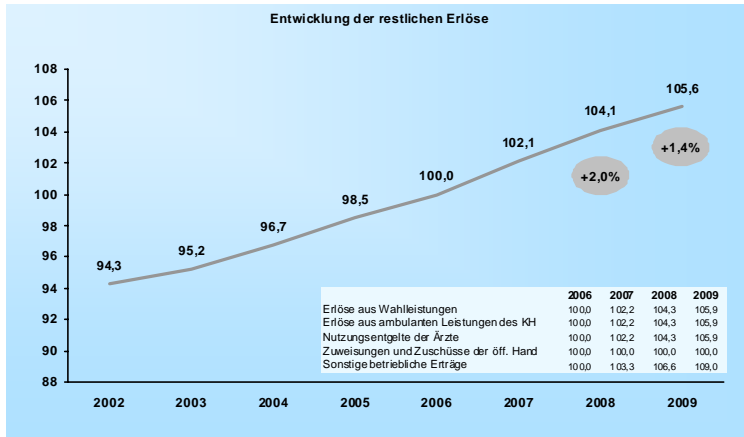
nicht ableiten. Wir treffen folgende Annahmen. Erlöse aus Wahlleistungen und aus ambulanten Leistungen nehmen mit der allgemeinen Inflation zu, ebenso die Nutzungsentgelte der Ärzte. Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand bleiben nominal konstant. Sonstige betriebliche Erlöse können stärker als die allgemeine Preisinflation wachsen. Bei den sonstigen betrieblichen Erlösen handelt es sich um Serviceleistungen der Krankenhäuser wie z.B. die hauseigene Cafeteria.

Bei den ambulanten Leistungen sind Verschiebeeffekte möglich. So könnte ein Teil der stationären Leistungen ambulant erbracht werden, wodurch dieser aus der Budgetdeckelung herausfallen und die Erlöse durch ambulante Leistungen steigern würde. Wahlleistungen, wie die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sind abhängig von der Anzahl geleisteter Pflage tage, die tendenziell abnehmen. Allerdings ist in der Vergangenheit der Anteil sozialversicherungspflichtig versicherter Patienten mit Zusatzversicherung gestiegen, was eine höhere Nachfrage nach Wahlleistungen nach sich ziehen sollte.

Nach unserer Schätzung würden die restlichen Erlöse 2008 mit 2,0% über dem Wachstum der gedeckelten Erlöse und 2009 mit 1,4% darunter liegen (Schaubild 22). Bei der Gesamtentwicklung der Erlöse prognostizieren wir 2008 ein Wachstum von 1,1% und 2009 von 2,0% (Schaubild 23). Dabei steigen die Erlöse aus gedeckelten Krankenhausleistungen 2008 um 0,9% und 2009 um 2,2%. Dies liegt höher als die Steigerung nach der Grundlohnsomme, weil im Modell ein Teil der Mengenausweitung vergütet wird.

Schaubild 22

Restliche Erlöse (21%)

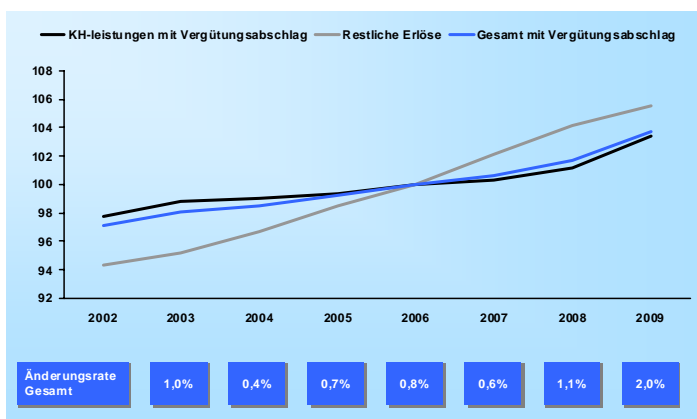


Quelle: RWI Analyse

S36

Schaubild 23

Gesamtentwicklung der Erlöse



Quelle: RWI Analyse

S37

5 Ergebnisse

5.1 Zentrale Ergebnisse

Auf Basis der getroffenen Annahmen, die Schaubild 24 überblicksartig zusammenfasst, errechnen wir eine Finanzierungslücke 2008 in Höhe von 1.260 Mill. €, sollte das Angebot der Arbeitgeber zum Tragen kommen, und von 2.179 Mill. € unter den Forderungen des Marburger Bundes und Ver.di (Schaubild 25). Wir erwarten 2008 steigende Erlöse in Höhe von 758 Mill. € bzw. 1,12%, steigende Sachkosten in Höhe von 945 Mill. € und je nach Tarifabschluss steigende Personalkosten von 1.073 bis 1.993 Mill. € (Schaubild 26 und 27).

Schaubild 24

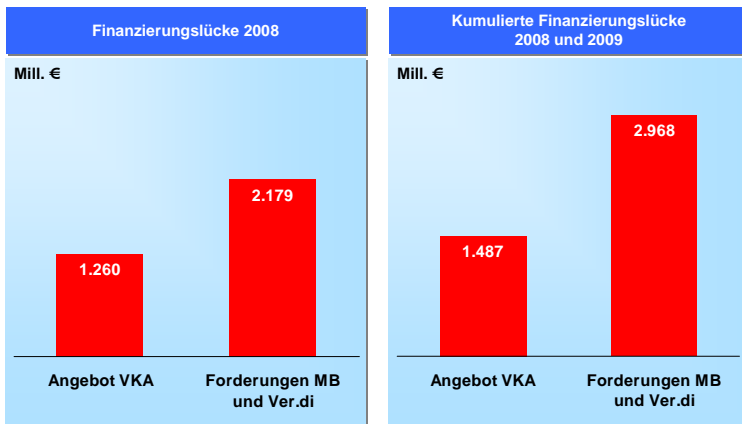
Übersicht über wesentliche Modellannahmen

Fallwachstum	Nach Berücksichtigung der demographischen Entwicklung, des ambulanten Potenzials der Änderung der Prävalenzraten +0,61% in 2008, +0,75% in 2009
Fallschwere	Durchschnittliche Fallschwere stationärer Behandlungen +0,66% p.a.
Verweildauer	Reduktion um 2,38% p.a.
Sachmittelbedarf	Je nach Sachmittelart abhängig von Fallzahl-, Pflegetagentwicklung oder historischem Trend Durchschnitt: +0,97% p.a.
Inflationsraten	2008: Konsum + 2,1%; Gewerbliche Erzeugnisse + 2,0%; Erzeugerpreise Arzneimittel im Krankenhausesektor +1,0%; Verbraucherpreise Pharmazeutischer Erzeugnisse + 2,0%; Lebensmittel + 7,0%; Energie + 8,7%
Personalkosten	Forderungen MB und Ver.di für alle Trägerschaften, Unikliniken ziehen ein Jahr später nach Angebot Arbeitgeber für alle Trägerschaften, Unikliniken ziehen ein Jahr später nach
Lohnnebenkosten	Beitrag zur Arbeitslosenversicherung: -0,90%-Punkte in 2009, konstant in 2009 Beitrag zur Pflegeversicherung: +0,125%-Punkte in 2008 und +0,125% in 2009
Personalbedarf	Je nach Dienstart abhängig von Fallzahl-, Pflegetagentwicklung oder historischem Trend Durchschnitt: -0,29% p.a.
Erlöswachstum nach Grundlohnsummenentwicklung	2008: +0,64% 2009: +1,80%
Erlöswachstum sonstiger Erträge	Wahl- und ambulante Leistungen und Nutzungsentgelte wachsen mit Konsumpreisindex Öffentliche Zuwendungen bleiben konstant Sonstige betriebliche Erlöse wachsen mit 1,5-fachem des Konsumpreisindex
Effektiver Erlösausgleich bei stationärem Fallwachstum	Mehrerlösausgleich: 80% in 2008, 100% in 2009; Durchsetzbarkeit des Erlösausgleichs im bundesweiten Gesamtbudget: 50%

Quelle: RWI Analyse

Schaubild 25

Finanzierungslücke 2008 und 2009

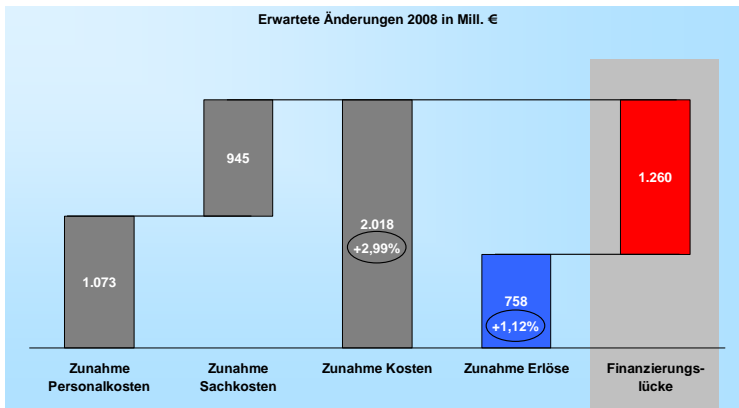


Quelle: RWI Analyse

S38b

Schaubild 26

Finanzierungslücke 2008 bei Annahme des Arbeitgeberangebots

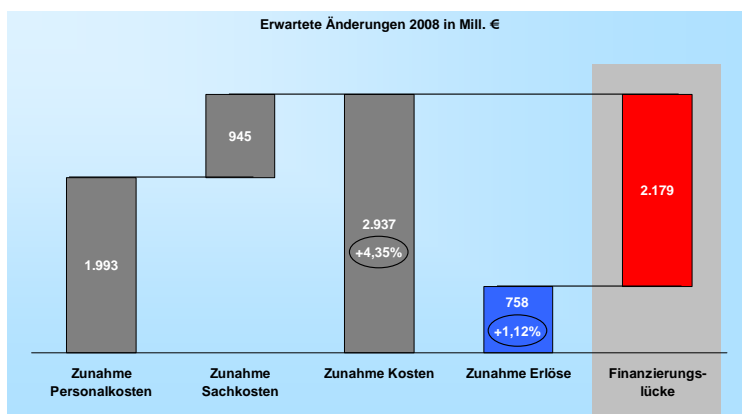


Quelle: RWI Analyse

S39

Schaubild 27

Finanzierungslücke 2008 bei Annahme der Forderungen von Marburger Bund und Ver.di



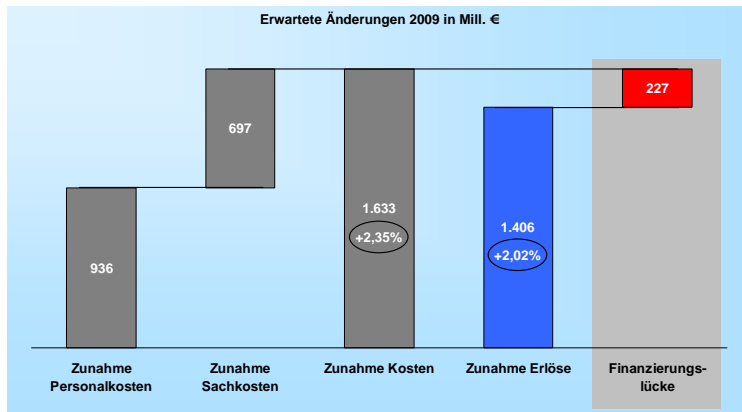
Quelle: RWI Analyse

S39b

2009 erhöht sich die Finanzierungslücke weiter um 227 Mill. € bei Annahme des Arbeitgeberangebots und um 789 Mill. € unter den Forderungen der Gewerkschaften (Schaubilder 28 und 29). Bis Ende 2009 belief sich dann die kumulierte Finanzierungslücke auf 1,5 bis 3,0 Mrd. €. Dass die zusätzliche Lücke 2009 geringer ausfällt, liegt erstens an der 2009 angenommenen Vergütungssteigerung von 1,8%. Sollte beispielweise die Vergütungserhöhung 2009 mit 0,64% ebenso niedrig wie 2008 ausfallen, ergäbe sich eine zusätzliche Lücke 2009 in Höhe von 864 bis 1.433 Mill. €. Zweitens liegt der geringere Zuwachs 2009 daran, dass ein Großteil der Tariferhöhungen in 2008 fällt. Schließlich erwarteten wir eine geringere Zunahme der Sachkosten, weil die Inflationsraten 2009 voraussichtlich unter 2008 liegen dürften.

Schaubild 28

Zusätzliche Finanzierungslücke 2009 bei Annahme des Arbeitgeberangebots

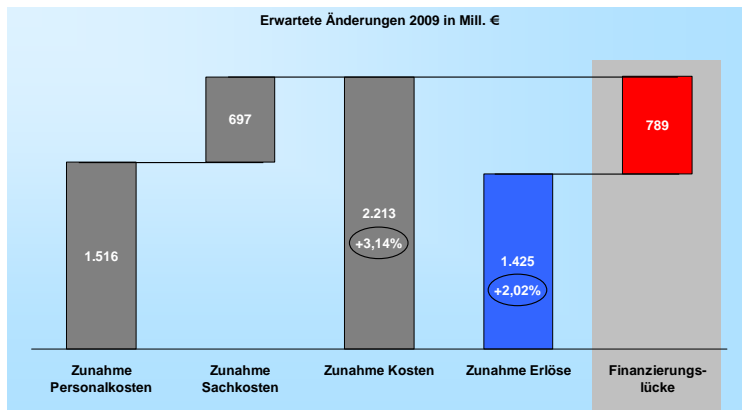


Quelle: RWI Analyse

S40

Schaubild 29

Zusätzliche Finanzierungslücke 2009 bei Annahme der Forderungen von Marburger Bund und Ver.di



Quelle: RWI Analyse

S40b

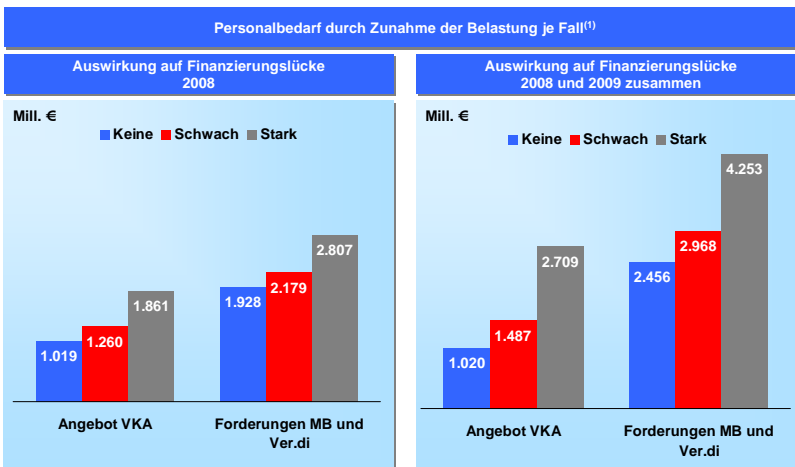
Da die aktuelle Datengrundlage nur bis zum Jahr 2006 reicht, mussten wir auch das Jahr 2007 prognostizieren, um darauf aufbauend 2008 und 2009 ableiten zu können. Nachrichtlich sei die Finanzierungslücke für das Jahr 2007 mitgeteilt. Sie liegt bei mindestens rund 1 Mrd. €. Der größte Anteil daran haben Sachkostenerhöhungen. Die Tariflohnsteigerungen fielen geringer aus als Anfang 2007 erwartet. Insbesondere im nicht-ärztlichen Dienst, der fast 75% der Personalkosten ausmacht, waren nur geringe Lohnerhöhungen feststellbar. Im Unterschied zu 2007 wird gerade der nicht-ärztliche Dienst bei Tarifierhöhungen 2008 und 2009 einen Großteil der Kostensteigerungen verursachen.

5.2 Ergänzende Analysen

Die Einschätzung der Höhe der Finanzierungslücke hängt von den getroffenen Annahmen ab. Besonders deutlich wurde dies bei der Gegenüberstellung der Tarifforderungen der Gewerkschaften und der Arbeitgeber. Um einen Eindruck von der Sensitivität der Ergebnisse zu bekommen, untersuchen wir ausgewählte Änderungen der Annahmen. Wir ändern stets nur eine Annahme *ceteris paribus*, d.h. bei unveränderten Werten aller anderen Annahmen.

Schaubild 30

Auswirkung auf die Finanzierungslücke



Anmerkung: Basisszenario „Schwach“ liegt der zusätzliche Personalbedarf ggü. „Keine“ kumuliert für 2008 und 2009 bei +0,9% und im Szenario „Stark“ bei + 2,2% ggü. „Keine“.
Quelle: RWI Analyse

Schaubild 30 stellt eine Variation der Belastungszunahme des Personals dar. Im Basisszenario nahmen wir eine *schwache* Steigerung um 0,67% p.a. an. Wir stellen diese Ergebnisse erstens einem Szenario gegenüber, bei dem wir *keine* Steigerung annehmen, und zweitens einem starken Szenario mit 1,64% Steigerung p.a. Im schwachen Basisszenario zieht dies einen zusätzlichen Personalbedarf 2008 und 2009 von zusammen 0,9% nach sich, im starken von zusammen 2,2%. Beim ersten Teilszenario verringert sich die Finanzierungslücke 2008 um etwa 240 Mill. €, kumuliert bis 2009 um etwa 300 Mill. €. Beim zweiten Teilszenario erhöht sich die Finanzierungslücke 2008 um etwa 600 Mill. €, kumuliert bis 2009 um etwas mehr als 1,2 Mrd. €.

In einem zweiten Szenario setzen wir das Fallwachstum auf 0,0% p.a. (Schaubild 31). Insgesamt reduziert sich die Finanzierungslücke 2008 dadurch leicht um rund 100 Mill. € und kumuliert bis 2009 um rund 130 Mill. €. Dies liegt daran, dass im Modell die Kosten durch die Mengenausweitung stärker wachsen als die Erlöse. Im dritten Szenario lassen wir die Verweildauer konstant auf ihrem Niveau von 2006. Hierdurch werden die Erlöse nicht beeinflusst, Kosten können jedoch nicht reduziert werden, weil die Belegungstage nicht zurückgehen. Folglich erhöht sich die Lücke 2008 um rund 250 Mill. € und kumuliert um mehr als 500 Mill. € (Schaubild 32).

Im vierten Szenario lassen wir keine Mengeneffekte, sondern ausschließlich Preiseffekte zu (Schaubild 33). Der Effekt auf die Finanzierungslücke 2008 ist moderat. Sie reduziert sich um rund 100 Mill. €, bis einschließlich 2009 um rund 180 Mill. €. Offenbar heben sich einige Mengeneffekte gegenseitig auf, sodass die Preiseffekte weit überwiegen.

Schaubild 31

Auswirkung auf die Finanzierungslücke

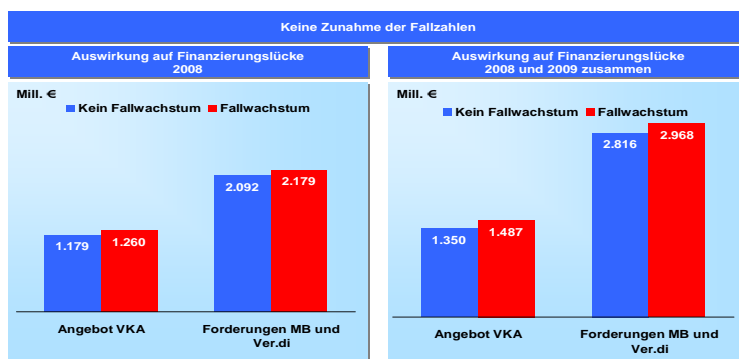
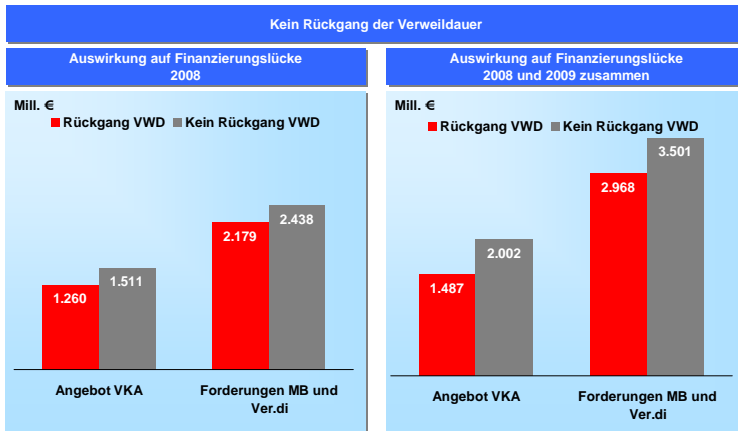


Schaubild 32

Auswirkung auf die Finanzierungslücke

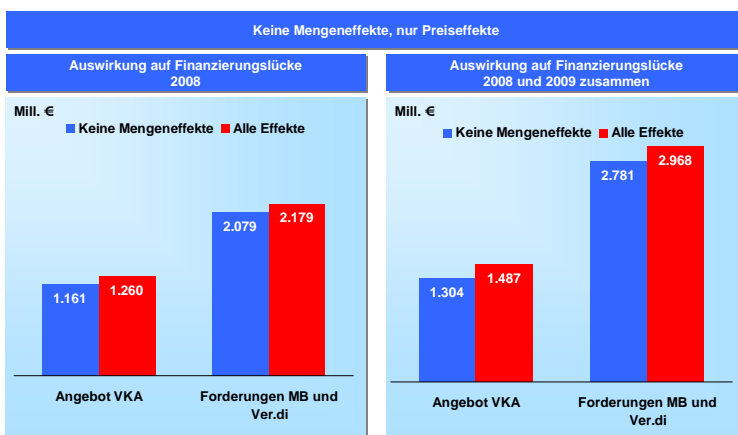


Quelle: RWI Analyse

S45

Schaubild 33

Auswirkung auf die Finanzierungslücke



Quelle: RWI Analyse

S46

Im fünften Szenario untersuchen wir, wie eine verzögerte Umsetzung der Tarifabschlüsse bei nicht-kommunalen Kliniken die Finanzierungslücke reduziert. Nehmen wir an, dass nach einem Tarifabschluss im kommunalen Bereich die freigemeinnützigen und privaten Träger erst sechs Monate später nachziehen, reduziert sich die Lücke 2008 beträchtlich, bezogen auf die Forderungen der Gewerkschaften um 500 Mill. €, bezogen auf das Arbeitgeberangebot um 260 Mill. € (Schaubild 34). Ein großer Teil davon allerdings verlagert sich auf 2009, sodass die kumulierte Lücke weniger stark sinkt, zwischen 150 und 250 Mill. € je nach Tarifabschluss.

Wir berechnen sechstens die Rücknahme des Sanierungsbeitrags von 0,5% der Krankenhausrechnungen für GKV-Leistungen im Rahmen des GKV-WSG im Jahr 2008. Es würde sich um einen positiven Einmaleffekt handeln, der die Finanzierungslücke 2008 um 243 Mill. € senken würde (Schaubild 35). Schließlich stellen wir uns siebtens die Frage, wie hoch die Vergütungsanpassung 2009 ausfallen müsste, um ab 2009 keine zusätzliche Finanzierungslücke aufzureißen. Im Falle der Annahme des Arbeitgeberangebots müsste die Vergütungsanpassung 2009 2,2% betragen, zur Erfüllung der Forderungen der Gewerkschaften 3,2%.

Schaubild 34

Auswirkung auf die Finanzierungslücke

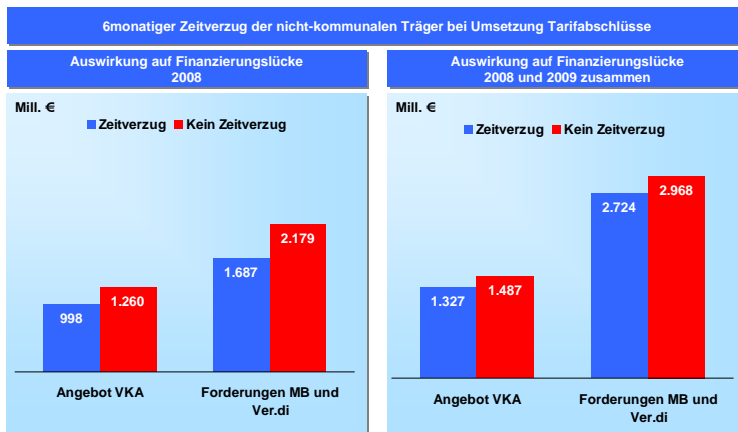
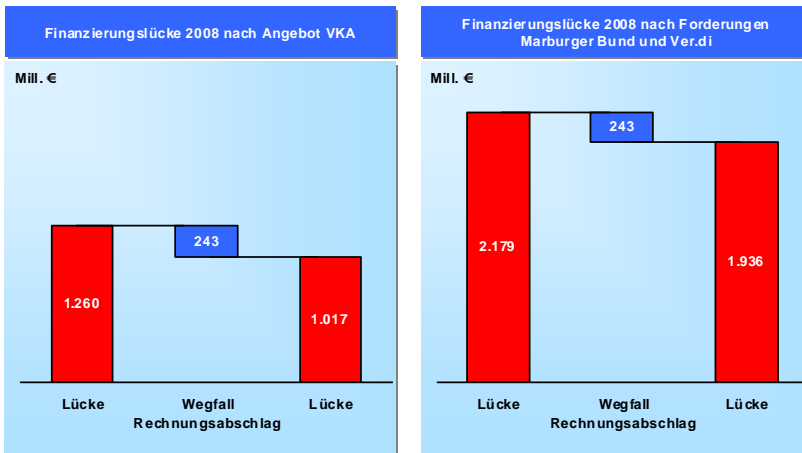


Schaubild 35

Wegfall des 0,5%-Rechnungsabschlags ab 2008



Quelle: RWI Analyse

S49

Zahlreiche weitere Szenarien sind selbstverständlich denkbar, dürften aber kaum zur weiteren Erhellung der Diskussion beitragen.

6 Fazit

Ziel des vorliegenden Gutachtens war die Berechnung der Finanzierungslücke der deutschen Krankenhäuser in den Jahren 2008 und 2009. Zu diesem Zweck wurden die Kosten und Erlöse der Krankenhäuser auf Basis des Jahres 2006 über 2007 entsprechend hochgerechnet.

Sollte sich der Marburger Bund mit seiner Forderung nach einer 10,19%igen Lohnerhöhung für den ärztlichen Dienst und Ver.di mit 8% für den nicht-ärztlichen Dienst durchsetzen, errechnen wir für das Jahr 2008 eine Finanzierungslücke in Höhe von 2,2 Mrd. € und kumulativ bis 2009 von 3,0 Mrd. €. Sollte das Angebot der Arbeitgeber einer 5%igen Lohnerhöhung in mehreren Stufen zum Tragen kommen, gehen wir für 2008 von einer Finanzierungslücke in Höhe von 1,3 Mrd. € und kumulativ bis 2009 von 1,5 Mrd. € aus. Haupttreiber hierfür sind neben den Tarifabschlüssen steigende Sachkosten, insbesondere für Energie und Lebensmittel, und das

geringe Erlöswachstum. Die Krankenhausvergütungen werden im Jahr 2008 nur um 0,64% angehoben. Bei der kumulativen Betrachtung bis 2009 ist eine Vergütungserhöhung von 1,8% zu Grunde gelegt.

Die Finanzierungslücke wird Konsequenzen in betriebswirtschaftlicher, volkswirtschaftlicher und politischer Hinsicht haben. In die Berechnungen flossen keine Gegenreaktionen der Krankenhäuser, insbesondere betriebswirtschaftlicher Art, ein. Darüber hinaus enthalten sich die Gutachter einer Bewertung der Konsequenzen.

Literatur

- Augurzky, B., S. Krolop, Ch.M. Schmidt, H. Schmitz, Ch. Schwierz und St. Terkatz (2008), Krankenhaus Rating Report 2008, erscheint demnächst in RWI: Materialien. RWI, Essen.
- Döhrn, R. et al. (2007), Die wirtschaftliche Entwicklung im Inland: Belastungen für den Aufschwung nehmen zu. *RWI: Konjunkturberichte* 58 (2): 113-163.
- Hubbard, C. V. M. et al. (eds.) (2007), Consensus Forecasts – December 2007.
- Statistisches Bundesamt (2000, 2001, 2003, 2005, 2005a, 2006, 2007, 2007a), Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser Fachserie 12 / Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2005b, 2005c, 2005d, 2006a, 2007b, 2007c), Gesundheitswesen: Kostendaten der Krankenhäuser Fachserie 12 / Reihe 6.3, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006b), Krankenhausfälle je Fachabteilung und Bundesland, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (1997, 2002, 2005e, 2006c), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007d), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2005, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007e) Verbraucherpreisindizes für Deutschland - Fachserie 17, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007f) Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise) - Fachserie 17, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008g), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktsberechnung, Erste Jahresergebnisse 2007, Tabelle 2.4; Wiesbaden.

Anhang

Annahmen zur Personalkostenentwicklung

Wir drücken Belastungszahlen in Vollzeitkräften je 1.000 Fälle bzw. je 1.000 Pfl egetage aus (Tabelle A1). Höhere Werte stellen einen Rückgang der Leistungsverdichtung je VZÄ dar, niedrigere Werte hingegen eine Zunahme. Beim ärztlichen Dienst beobachten wir seit 1999 eine Abnahme der Leistungsverdichtung (steigende Werte), die wahrscheinlich durch höheren Personaleinsatz je Fall zu erklären ist. Im Pflegedienst nimmt die Leistungsverdichtung bezogen auf Fälle zu, was vor allem auf kürzere Verweildauern der Patienten und Personalabbau zurückzuführen sein wird. Beim medizinisch-technischen Dienst schlägt sich in der niedrigeren Leistungsdichte möglicherweise die Ausgliederung der Radiologie und von Laborarbeiten nieder. Die Abnahme der stationären Leistungsdichte des Funktionsdiensts dürfte durch Zunahme ambulanter Fälle wettgemacht worden sein.

Als Bezugsgröße für den Personalbedarf kommen die Fallzahlen, die Belegungstage, ein historischer Trend oder Konstanz der Bezugsgröße in Frage. Eine Bindung an Fälle steigert wegen prognostiziertem Fallwachstum die Personalmenge. Das Gegenteil ist der Fall bei einer Bindung an Belegungstage. Die Voraussage ist nicht eindeutig bei einer Bindung an den Trend, der positiv oder negativ sein kann. Wir wählen je Dienstart eine Gewichtung aus diesen vier Möglichkeiten in Absprache mit Experten aus dem Gesundheitswesen. Zur Vereinfachung behandeln wir alle nicht-medizinischen Dienste identisch (Tabelle A2).

Tabelle A1

Annahmen zur Leistungsverdichtung**Personaleinsatz: Personal (VZÄ) / 1000 Fälle**

	1999	2006	2007	2008	2009
Gesamt	49,35	47,05	46,57	46,13	45,69
Ärztlicher Dienst	6,31	7,35	7,40	7,45	7,50
Pflegedienst	19,59	17,78	17,65	17,53	17,40
Med.-techn. Dienst	7,24	7,28	7,34	7,40	7,45
Funktionsdienst	4,79	5,05	5,12	5,19	5,27
Klinisches Hauspersonal	1,47	0,88	0,82	0,76	0,70
Wirtschafts- und Vers.d.	4,19	3,04	2,90	2,77	2,64
Technischer Dienst	1,24	1,10	1,08	1,06	1,04
Verwaltungsdienst	3,39	3,38	3,38	3,38	3,37
Sonderdienste	0,27	0,23	0,22	0,22	0,22
Sonstiges Personal	0,86	0,96	0,98	0,99	1,01

Personaleinsatz: Personal (VZÄ) / 1.000 Belegungstage

	1999	2006	2007	2008	2009
Gesamt	4,99	5,60	5,68	5,77	5,85
Ärztlicher Dienst	0,64	0,88	0,92	0,96	1,00
Pflegedienst	1,98	2,12	2,14	2,16	2,18
Med.-techn. Dienst	0,73	0,87	0,89	0,91	0,93
Funktionsdienst	0,48	0,60	0,62	0,64	0,66
Klinisches Hauspersonal	0,15	0,10	0,10	0,09	0,09
Wirtschafts- und Vers.d.	0,42	0,36	0,35	0,35	0,34
Technischer Dienst	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13
Verwaltungsdienst	0,34	0,40	0,41	0,42	0,43
Sonderdienste	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Sonstiges Personal	0,09	0,11	0,12	0,12	0,13

Quelle: Analyse RWI

Tabelle A2

Wahl der Bezugsgröße bei Personalmenge

Personalmenge	Gewichtung				
	Personal (VZÄ)	Fälle	Belegungstage	Trend	Kons- tant
Ärztlicher Dienst		80%	0%	20%	0%
Pflegedienst		30%	50%	20%	0%
Med.-techn. Dienst		0%	0%	100%	0%
Funktionsdienst		0%	0%	100%	0%
Sonstiges Personal		50%	0%	50%	0%

Quelle: Analyse RWI

Beim ärztlichen Dienst gehen wir von einer 80%igen Bindung an Fälle und einer 20%igen Bindung an den Trend aus. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass Arztkosten nicht zu 100% variabel sind und somit nicht 1:1 mit der Fallzahl zunehmen. Beim Pflegedienst gehen wir von einer partiellen Bindung an Fällen, Belegungstagen und Trend aus. Der Arbeitsaufwand des Pflegedienst bestimmt sich weitgehend durch die Anzahl der Pflgetage, aber auch Aufnahmen und Entlassungen und somit der Fälle. Beim medizinisch-technischen und dem Funktionsdienst schreiben wir den Trend fort. Das nicht-medizinische Personal ist zur einen Hälfte an die Entwicklung der Fallzahlen und zur anderen Hälfte an den historischen Trend gebunden.

Annahmen zur Sachkostenentwicklung

Als Bezugsgröße für den Sachmittelbedarf kommen die Fallzahlen, die Belegungstage, ein historischer Trend oder Konstanz der Bezugsgröße in Frage. Eine Bindung an Fälle steigert wegen prognostiziertem Fallwachstum die Sachmittelmenge. Das Gegenteil ist der Fall bei einer Bindung an Belegungstage. Die Voraussage ist nicht eindeutig bei einer Bindung an den Trend, der positiv oder negativ sein kann. Wir wählen je Sachmittelart eine Gewichtung aus diesen vier Möglichkeiten in Absprache mit Experten aus dem Gesundheitswesen. (Tabelle A3).

Bei allen Sachmitteln gewichten wir teilweise mit dem historischen Trend. Beim Lebensmittelbedarf gehen wir von einer Bindung von 10% an Fälle, 20% an Belegungstage und 70% am Trend. Der medizinische Bedarf wird relativ gleich verteilt an die Entwicklung der Fallzahl und den Trend gebunden. Wegen des relativ hohen nicht-variablen Kostenanteils bei Wasser, Energie, Brennstoffen und den darauf in Tabelle A3 folgenden Sachmittelarten werden diese unterschiedlich stark als konstant im Prognosezeitraum angesehen. Darüber hinaus erfolgt eine teilweise Bindung an Fälle beim Wirtschaftsbedarf, zentralen Verwaltungs- und Gemeinschaftsdiensten als auch eine Teilbindung an Belegungstage.

Tabelle A3

Wahl der Bezugsgröße bei Sachmittelmenge

Sachmittel (Menge)	Gewichtung			
	Fälle	Beleg- ungstage	Trend	Kons- tant
Lebensmittel	10%	20%	70%	0%
Medizinischer Bedarf				
<i>Arzneimittel</i>	50%	10%	40%	0%
<i>Blut, Blutkonserven und -plasma</i>	50%	0%	50%	0%
<i>Verband-, Heil-, Hilfsmittel</i>	50%	0%	50%	0%
<i>Ärztl. u. pfleger. Verbrauchsmat., Instr.</i>	50%	0%	50%	0%
<i>Narkose- und sonstiger OP-Bedarf</i>	50%	0%	50%	0%
<i>Laborbedarf</i>	50%	0%	50%	0%
<i>Rest</i>	50%	0%	50%	0%
Wasser, Energie, Brennstoffe	0%	0%	30%	70%
Wirtschaftsbedarf	20%	20%	20%	40%
Verwaltungsbedarf	0%	20%	30%	50%
Zentrale Verwaltungsdienste	20%	20%	30%	30%
Zentrale Gemeinschaftsdienste	20%	20%	30%	30%
Versicherungen und sonstige Abgaben	10%	10%	30%	50%
Pflegesatzfähige Instandhaltung	0%	0%	60%	40%
Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter	0%	0%	60%	40%
Sonstiges	0%	0%	60%	40%

Quelle: Analyse RWI