

# Krankenhaus-Barometer 2008: „Kein Licht am Ende des Tunnels“

**A**m 29. Oktober 2008 stellten die DKG und das Deutsche Krankenhausinstitut in Berlin die Ergebnisse des „Krankenhaus-Barometers“ vor. Sie zeigen nach Auffassung von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum, dass die Krankenhäuser seit Jahren nicht mehr so pessimistisch und sorgenvoll in die Zukunft geschaut haben. Der Anteil der Kliniken mit einem verschlechterten Jahresergebnis hat zugenommen, die Zahl der Krankenhäuser mit Verlusten ist mit 30 Prozent unverändert hoch. Obwohl in der Regel zeitlich befristet, laufen noch immer ca. 200 Häuser unter tariflichen Ausnahmebedingungen. Hinzu kommen viele Krankenhäuser, die aus Tarifgemeinschaften ausgetreten sind. Noch schlechter sind laut der jährlichen Umfrage unter den deutschen Kliniken die Erwartungen für das laufende und für das kommende Jahr. Der sorgenvolle Blick auf 2009 ist vor allem auf die schon bei der Abfrage bekannt gewesene Tarifkostenexplosion zurückzuführen. Nach ca. 3 Prozent im laufenden Jahr müssen die meisten Kliniken ab Januar noch einmal um 5 Prozent höhere Löhne zahlen.

Das inzwischen beschlossene Hilfsprogramm der Koalition bringt nur eine teilweise Entlastung. Über 50 Prozent der Tarifkostensteigerungen und den überwiegenden Teil der Sachkostensteigerungen müssten die Kliniken selbst aufbringen. Bekanntlich sind die Wirtschaftlichkeitsreserven der Krankenhäuser ausgeschöpft. Ohne akzeptable Refinanzierung der 6,7 Mrd. € großen Kostenlücke wird die Zahl der Krankenhäuser mit Verlusten weiter zunehmen. Mehr als 20 000 Arbeitsplätze müssten abgebaut werden. Die Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würde sich weiter verschärfen. Am Ende steht die Rationierung in der Patientenversorgung, die zunehmend spürbar wird.

Die Krankenhäuser richten den dringenden Appell an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, das im Gesetzentwurf vorgesehene Hilfsvolumen als festen prozentualen Aufschlag auf die Fallpauschalenpreise zu beschließen. Nach der bislang vorgesehenen Regelung müssten erst noch langwierige Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen über die Höhe der Auswirkungen der diversen Tarifverträge geführt werden. Bis die Krankenhäuser von den finanziellen Hilfen profitieren könnten, wäre mehr als die Hälfte des Jahres vergangen. Viele Krankenhäuser würden dadurch in ernsthafte Liquiditätsprobleme geraten. Zunehmend berichten die Kliniken über eine zögerliche Kreditvergabe durch die Banken. Nicht nur Banken und die gewerbliche Wirtschaft, auch die Krankenhäuser brauchen Hilfen gegen die Finanzkrise.

Wenig hilfreich ist der regelmäßige Hinweis der Kostenträger auf Mehrerlöse, die die Krankenhäuser erzielen, die mehr Patienten behandeln. Mehr Leistungen verursachen mehr Kos-

ten. Daraus können nur begrenzt freie Erlöse erzielt werden. Das Kernproblem ist die gesetzliche Deckelung der Vergütung. Diese muss endgültig und konsequent abgeschafft werden. Als Provokation empfinden die Träger der Krankenhäuser die im Schätzerkreis aufgekommene Forderung der Krankenkassen und die Ankündigung des Bundesgesundheitsministeriums, in das KHRG neue Kürzungen zu Lasten der Krankenhäuser einführen zu wollen. Die Krankenhäuser werden sich daher in den nächsten Wochen verstärkt an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages wenden. Es wäre nicht darstellbar, wenn mit dem Gesetz, das den Krankenhäusern eine finanzielle Teilhilfe gewährt, gleich wieder neue Kürzungen beschlossen würden.

## Kurzfassung der Ergebnisse des „Krankenhaus-Barometers 2008“

### 1. Wirtschaftliche Lage – jedes dritte Krankenhaus schreibt rote Zahlen

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser wird zunehmend schlechter. In den Jahren 2007 und 2008 waren die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit für viele Krankenhäuser erreicht und zum Teil sogar überschritten. 2007 erzielte nur noch gut die Hälfte der Krankenhäuser einen Überschuss. Knapp 30 Prozent der Häuser schrieben Verluste. Gut 17 Prozent wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf.

Im Vergleich zu 2006 ist 2007 in jeweils rund einem Drittel der Krankenhäuser das Jahresergebnis gesunken (36 Prozent), gestiegen (33 Prozent) oder weitgehend gleich geblieben (30 Prozent). Erstmals seit 2004 ist der Anteil der Krankenhäuser mit verschlechtertem Jahresergebnis somit größer als der Anteil der Häuser mit verbessertem Ergebnis.

Für das Jahr 2009 erwarten zahlreiche Krankenhäuser einen weiteren Rückgang ihrer Jahresergebnisse. So würde der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss um rund 20 Prozent auf dann 32 Prozent sinken.

Nur noch gut 21 Prozent der Krankenhäuser schätzen ihre aktuelle wirtschaftliche Situation als eher gut ein, während 34 Prozent sie als eher unbefriedigend beurteilen und 43 Prozent in dieser Hinsicht unentschieden sind.

Für das Jahr 2009 erwartet jedes zweite Krankenhaus eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Seit 2004 fielen die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser damit nicht mehr so pessimistisch aus wie in diesem Jahr. Die Ursachen hierfür liegen in deutlichen Kostensteigerungen von insgesamt rund 8 Mrd. € für 2008 und 2009. Dem stehen erwartete Vergütungszuwächse durch bereits bestehende und anstehende gesetzliche Regelungen von nur etwa 3 Mrd. €

gegenüber. Das strukturelle Defizit der Krankenhäuser für 2008 und 2009 beträgt somit 5 Mrd. €. Der neue Kostenschub im Krankenhaus droht damit zu Lasten von Patienten und Mitarbeitern zu gehen.

## 2. Zukunftssicherung – schon jedes 10. Krankenhaus mit Notlagentarifvertrag

Zur Vermeidung und Beseitigung wirtschaftlicher Probleme eines Krankenhauses oder zur Beschäftigungssicherung können ggf. Abweichungen von den Regelungen eines Tarifvertrages vereinbart werden. Bereits für gut 9 Prozent der Krankenhäuser gilt derzeit ein entsprechender Notlagentarifvertrag oder ein Tarifvertrag zur Zukunftssicherung des Krankenhauses. In weiteren gut 3 Prozent der Einrichtungen sind solche Verträge darüber hinaus geplant. Ein Notlagentarifvertrag bedeutet für die Beschäftigten Gehaltseinbußen, zum Beispiel wegen Abweichungen vom Tariflohn oder Kürzungen von Weihnachts- und Urlaubsgeld. Dem Krankenhausunternehmen erleichtert er die Existenzsicherung in einer äußerst schwierigen wirtschaftlichen Lage.

## 3. Ärztemangel – 4 000 offene Stellen

Rund zwei Drittel der Krankenhäuser können derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Gründe hierfür sind Probleme bei der Personalrekrutierung und die schwierige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser. In Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen sind im Schnitt 4 Prozent der Arztstellen vakant. Hochgerechnet auf alle Krankenhäuser bleiben 4 000 Arztstellen unbesetzt. Die Anzahl offener Arztstellen hat sich binnen zwei Jahren etwa verdreifacht. Der Ärztemangel im Krankenhaus entwickelt sich allmählich zu einem gravierenden Problem der stationären Versorgung. Folgeprobleme bilden insbesondere Beeinträchtigungen der Patientenversorgung, der Ausbau von Wartelisten sowie die ärztliche Arbeitszeitorganisation.

## 4. Ambulante Behandlung im Krankenhaus – zu viele Hürden

Krankenhäuser können unter bestimmten Voraussetzungen hochspezialisierte Leistungen und die Behandlung seltener Erkrankungen ambulant erbringen (§ 116 b Absatz 2 SGB V). Fast jedes zweite Krankenhaus verfügt über ein geeignetes Leistungsspektrum hierfür. Diese Krankenhäuser sehen sich in der Pflicht, abgestimmte und qualitativ hochwertige Leistungen für ihre Patienten nicht nur stationär, sondern auch ambulant anzubieten. Hochgerechnet haben rund 500 Krankenhäuser bereits ihr Interesse an der Erbringung von ambulanten Leistungen gemäß § 116 b SGB V bekundet. Aufgrund von Widerständen der Vertragsärzte und ihren Interessenvertretungen, überzogenen Ausführungsbestimmungen des G-BA und zögerlichen Antragsgenehmigungen seitens der zuständigen Landesbehörden haben bis zum Herbst 2008 aber nur wenige Krankenhäuser diese Leistungen auch tatsächlich erbracht. ▶



Privatärztliche  
Verrechnungsstelle  
Baden-Württemberg e.V.

# PRIVATLIQUIDATION IST VERTRAUENSACHE.

Seit 1923 vertrauen uns Ärzte ihre Privatabrechnung an. Unser starkes Service-Team steht Ihnen kompetent, serviceorientiert und garantiert rechtssicher bei allen Fragen rund um die Privatliquidation zur Seite.

Rufen Sie uns an, wir freuen uns auf Sie: **0711/7201-0**  
oder informieren Sie sich im Internet unter [www.pvs-bw.de](http://www.pvs-bw.de)



Willkommen  
auf der  
**MEZIKIN**  
2009  
Stand 4C24

**PVS Baden-Württemberg e.V.**

Bruno-Jacoby-Weg 11 · 70597 Stuttgart

Tel. 0711/7201-128 und -243 · [info@pvs-bw.de](mailto:info@pvs-bw.de) · [www.pvs-bw.de](http://www.pvs-bw.de)

## 5. MDK-Prüfungen – hoher bürokratischer Aufwand

Im Jahr 2007 wurden bei rund 2 Mio. Fällen Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt. Einer ungezielten und übermäßigen Prüfpraxis konnte auch durch die Einführung einer Aufwandspauschale von 100 € an das Krankenhaus bei unbegründeter Prüfung nicht entgegen gewirkt werden. Die Prüfungsdauer je Fall ist mit durchschnittlich drei Monaten relativ lang. In dieser Zeit muss das Krankenhauspersonal die Prüfungen intern bearbeiten und die Abrechnungen gegenüber dem MDK rechtfertigen. Dadurch kommt es zu einer deutlichen Bindung von Krankenhauspersonal. Der immense bürokratische Aufwand bei langen Verfahrensdauern, die hohe Personalbindung in den Krankenhäusern sowie die Personalkosten beim MDK selbst stehen in einem Missverhältnis zur geringen Erfolgsquote der Prüfungen.

## 6. Fehlerkultur – mehr Patientensicherheit durch Risikomanagement

In Deutschland verfügt bereits knapp ein Drittel der Krankenhäuser über ein klinisches Risikomanagement zur Vermeidung von Behandlungsfehlern und Behandlungsrisiken. Die Thematik rückt zusehends in den Fokus der Krankenhäuser. In weiteren 41 Prozent der Häuser befindet sich ein Risikomanagementsystem im Aufbau oder in der Planung. Mehr als die Hälfte der Häuser mit klinischem Risikomanagement verfügt

über ein Beschwerdemanagement, Melde- oder Erfassungssysteme für Fehler und Beinahe-Fehler, systematische Schadensfallanalysen und schriftliche Dienstanweisungen zum Umgang mit Zwischenfällen. Durch die Einführung des Risikomanagements hat sich die Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern erhöht. In den nächsten Jahren ist mit einer konsequenten Weiterentwicklung zu rechnen. Eine positive Fehlerkultur zur Erfassung, Analyse und Vermeidung von Fehlern oder Risiken hält im Krankenhaus zunehmend Einzug.

## 7. Beruf und Familie – Familienfreundlichkeit wird groß geschrieben

Die Familienfreundlichkeit hat im Krankenhaus eine große Bedeutung. Bei rund 80 Prozent der Krankenhäuser hat die Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen hohen Stellenwert in ihrer Unternehmensstrategie. Bereits heute bieten 20 Prozent der Krankenhäuser eine betriebliche Kinderbetreuung an. Die Krankenhäuser liegen damit über dem Durchschnitt der deutschen Wirtschaft. Weitere 30 Prozent der Krankenhäuser planen mittelfristig in den nächsten fünf Jahren Angebote zur betrieblichen Kinderbetreuung. Weitere familienfreundliche Maßnahmen mit sehr hohem Verbreitungsgrad im Krankenhaus sind insbesondere die Arbeitszeitflexibilisierung, die betriebliche Elternzeit, die Gewährung von Sonderurlaub aus familiären Gründen sowie Arbeitseinsätze und Kontakthalteprogramme während der Elternzeit. ■

## Kabinett beschließt Beitragsatz für die gesetzliche Krankenversicherung 2009

Das Bundeskabinett hat am 29. Oktober 2008 den bundesweit einheitlichen Beitragssatz für gesetzlich Versicherte ab 1. Januar 2009 beschlossen. Wie vorgesehen, wurde vor der Beschlussfassung der Deutsche Bundestag von der Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung unterrichtet. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt ab 2009 14,6 Prozent, der ermäßigte Beitragssatz 14,0 Prozent. Hinzu kommt ein Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten, den die Mitglieder allein tragen, also ohne hälftige Beteiligung der Arbeitgeber. Die Verteilung der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ändert sich nicht.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt kommentierte dieses histo-

rische Ereignis wie folgt: „Einer der letzten Schritte zur Umsetzung des Gesundheitsfonds ist getan. Am 15. November wird jede Krankenkasse genau wissen, wie viel Euro und Cent zur Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stehen. Die Zeit des Jammerns und Wehklagens auf Seiten mancher Kassenfunktionäre muss nun vorbei sein. Die Krankenkassen starten schuldenfrei in eine neue Ära, viele haben bereits wieder gute Rücklagen aufgebaut. Sie erhalten zu 100 Prozent die Mittel, die sie 2009 benötigen, um alle Kassenleistungen zu bezahlen. Ich erwarte, dass die Krankenkassen nun ihre Arbeit machen und endlich Leistung zeigen – für die Versicherten. Ich erwarte konstruktive Vorschläge, wie die Kassen mit den über 10 Mrd. € mehr eine gute Versorgung organisieren. Die Versicherten haben einen Anspruch darauf. Insgesamt stehen der Krankenversicherung so fast 167 Mrd. € zur Verfügung. Die Kassen haben viele



Möglichkeiten, durch gute Angebote, wirksame Rabatt-Verträge, durch Einzelverträge über mehr Qualität und durch sehr guten Service für ihre Versicherten zu zeigen, was sie können.“

Mit dem Beschluss der ab 2009 geltenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung sind weitere notwendige Voraussetzungen für die Errichtung des Gesundheitsfonds erfüllt. Die Bundesregierung hat die bundeseinheitlichen Beitragssätze auf Basis einer Empfehlung des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt für alle gesetzlich Versicherten beschlossen. Foto: dpa ■