

Dr. Boris Augurzky/Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D./Christoph Schwierz

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Gutachten (Kurzfassung) des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI Essen), in Kooperation mit BDO Deutsche Warentreuhand AG – Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.

Kernaussage der anlässlich einer Pressekonferenz in Berlin am 7. Februar 2008 vorgestellten Prognose ist eine Finanzierungslücke in Höhe von 2,2 Mrd. € für 2008 und kumulativ bis 2009 von 3 Mrd. €, wenn sich der Marburger Bund mit seiner Forderung nach einer ca. 10-prozentigen Lohnerhöhung für den ärztlichen Dienst und ver.di mit 8 Prozent für den nicht-ärztlichen Dienst durchsetzen sollten. Wenn das Angebot der Arbeitgeber einer 5-prozentigen Lohnerhöhung in mehreren Stufen zum Tragen kommt, gehen die Wissenschaftler für 2008 von einer Finanzierungslücke der Krankenhäuser in Höhe von 1,3 Mrd. € und kumulativ bis 2009 von 1,5 Mrd. € aus. Nach Rechnung der DKG entspricht 1 Mrd. € Unterdeckung in den Krankenhäusern ca. 25 000 Planstellen.

Der Krankenhausmarkt macht im Jahr 2005 25,9 Prozent des deutschen Gesundheitsmarktes von 240 Mrd. € aus. Seit zehn Jahren ist sein Anteil leicht rückläufig. 1995 betrug er noch 27,4 Prozent. 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. €, bedingt durch Kostensteigerungen und gesetzliche Restriktionen (Gesundheitsreform). Die so entstandenen jähr-

lichen Finanzierungslücken haben zu Anpassungen bei Personal- und Sachkosten geführt. Personal des nichtärztlichen Dienstes wurde abgebaut, zum Teil ausgelagert. Der Personalkostenanteil ist bei Krankenhäusern daher seit Jahren rückläufig. 1995 betrug er noch 66,8 Prozent, 2006 nur noch 62,9 Prozent. 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 Kran-

kenhäuser. 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 eine Expertise zu aktuellen Entwicklungen im Krankenhaussektor stellt die BDO Deutsche Warentreuhand AG zur Verfügung (siehe ab Seite 213). 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. Februar 2008 geäußer-

Abbildung 1: Erlöse und Kosten 2008 und 2009

Erlöse und Kosten 2008 und 2009 werden durch zahlreiche Faktoren beeinflusst

Erlöse	Kosten
Vergütungsanpassung (nach Grundlohnsummenentwicklung) Erlössteigerungen durch – Zunahme der Fälle – Ausweitung außerbudgetärer Leistungen – Wahlleistungen – Ambulante Leistungen – Sonstige Angebote Bereits vor 2008 in Kraft – Sanierungsbeitrag (GKV-WVG) seit 2007 – Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung	Löhne und Gehälter • Tarifabschlüsse (noch offen) • Sinkende Sozialabgaben Personalbedarf durch • Zunahme der Fälle • Rückgang der Belegungstage • Belastungszunahme des Personals Sachmittelpreise • Preisinflation • Mehrwertsteuererhöhung (bereits vor 2008) Sachmittelbedarf durch • Zunahme der Fälle • Rückgang der Belegungstage
Nicht berücksichtigt werden Investitions- und Finanzierungskosten	

Quelle: RWI Analyse, Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Abbildung 2: Angebote und Forderungen in der Tarifrunde 2008

Noch stark divergierende Forderungen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite

Angebot Arbeitgeber	Forderungen Marburger Bund und ver.di
Lohnerhöhungen für ärztlichen und nichtärztlichen Dienst <ul style="list-style-type: none"> • 2008: + 3,04 % • 2009: + 1,88 % • 2010: + 0,08 % Annahmen im Prognosemodell <ul style="list-style-type: none"> • Abschlüsse im kommunalen Bereich übertragen sich auch auf nichtkommunalen Bereich • Unikliniken sind ausgenommen, da schon Tarifabschluss 2008 existiert; sie ziehen in 2009 nach 	Forderungen des Marburger Bundes für ärztlichen Dienst: + 10,19 % Forderungen von ver.di für nichtärztlichen Dienst: + 8,00 % Annahmen im Prognosemodell <ul style="list-style-type: none"> • Abschlüsse im kommunalen Bereich übertragen sich auch auf nichtkommunalen Bereich • Unikliniken sind ausgenommen, da schon Tarifabschluss 2008 existiert; sie ziehen in 2009 nach • Zwei Drittel der Erhöhung in 2008, ein Drittel in 2009

Quelle: RWI Analyse, Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

ten Forderungen der Gewerkschaften und des vorgelegten Angebots der Arbeitgeber durch. Unberücksichtigt bleiben betriebswirtschaftliche Gegenreaktionen der Krankenhäuser auf die Finanzierungslücken, das heißt zum Beispiel Personalabbau und/oder Outsourcing von Dienstleistungen.

Sollten sich der Marburger Bund mit seiner Forderung nach einer ca. 10-prozentigen Lohnerhöhung für den ärztlichen Dienst und ver.di mit 8 Prozent für den nichtärztlichen 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-prozentigen 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**.

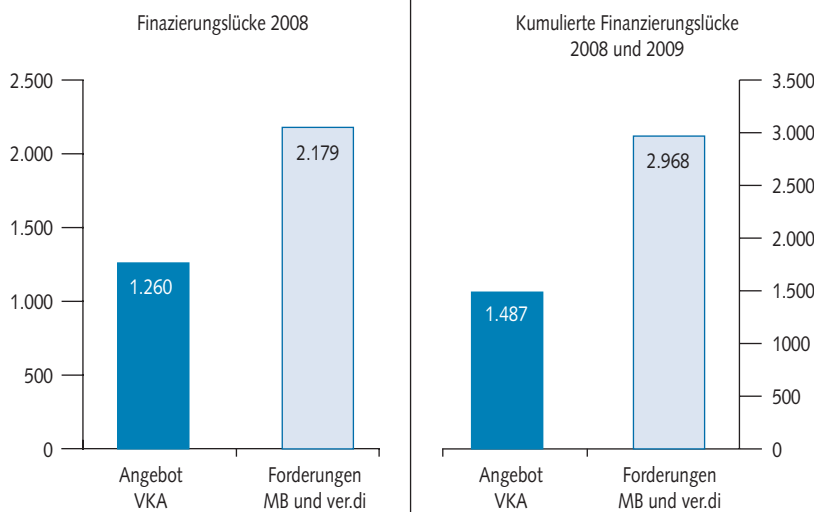
Die wichtigsten Gründe sind die hohen zu erwartenden Tarifabschlüsse, steigende Sachkosten, insbesondere für Energie und Lebensmittel, und das geringe Erlöswachstum. Die Krankenhausvergütungen werden im Jahr 2008 nur um 0,64 Prozent angehoben – gemäß der Grundlohnsummenentwicklung von vor fast zwei Jahren. Berücksichtigt man noch andere Erlös-komponenten, erwarten wir 2008 einen gesamten Erlösanstieg von 760 Mio. € bzw. 1,1 Prozent, einen Anstieg der Sachkosten um rund 950 Mio. € 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 Prozent. Wachsende Personal- und Sachkosten im Jahr 2009 zehren diesen Zuwachs allerdings mehr als auf. Sollte die Vergütungsanpassung 2009 stattdessen nur 0,64 Prozent 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 Prozent und bei Durchsetzung der Forderungen der Gewerkschaften 3,2 Prozent betragen.

Abbildung 3: Finanzierungslücke 2008/kumulierte Finanzierungslücke 2008/2009

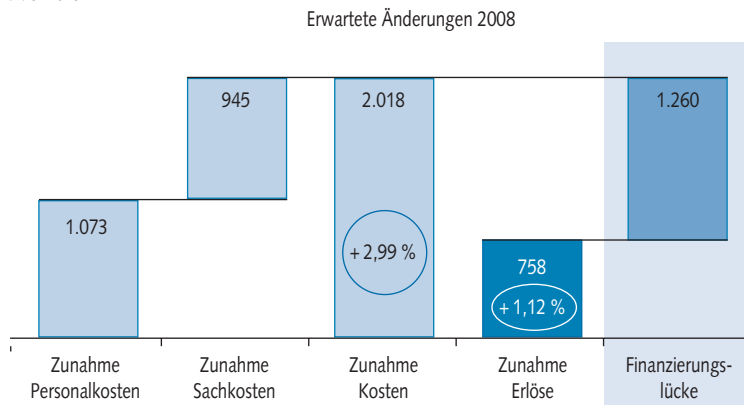
Finanzierungslücke 2008 zwischen 1,2 und 2,2 Mrd. Euro, bis 2009 sogar zwischen 1,4 und 3,0 Mrd. Euro in Mio. Euro



Quelle: RWI Analyse, Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Abbildung 4: Finanzierungslücke 2008/Arbeitgeberangebot

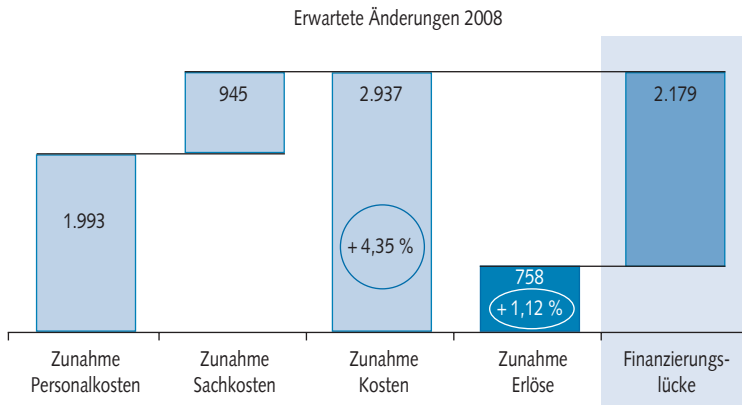
Finanzierungslücke 2008 bei Annahme des Arbeitgeberangebots in Mio. Euro



Quelle: RWI Analyse, Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Abbildung 5: Finanzierungslücke 2008/Gewerkschaftsforderungen

Finanzierungslücke 2008 bei Annahme der Forderungen von Marburger Bund und ver.di
in Mio. Euro

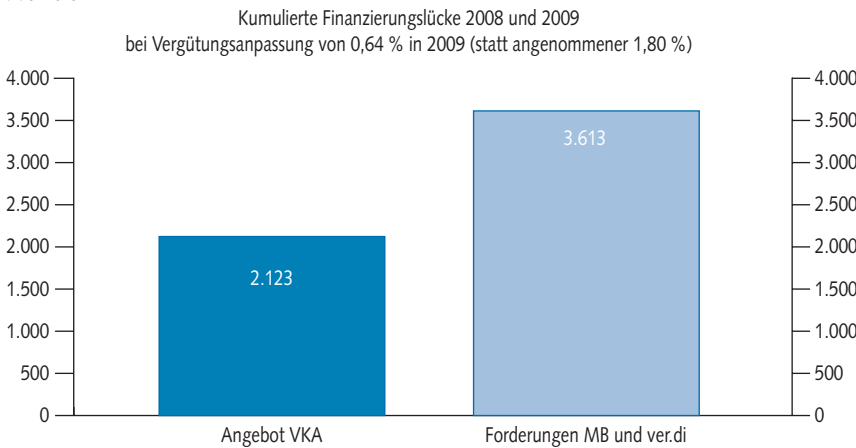


Quelle: RWI Analyse, Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

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 Prozent 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. Januar 2007 und für die Anschubfinanzierung zum Ausbau der Integrierten Versorgung.

Abbildung 6: Finanzierungslücke 2008/2009 bei Vergütungsanpassung 0,64 Prozent

Bei Vergütungsanpassung 2009 auf Niveau von 2008 noch deutlich größere kumulierte Lücke
in Mio. Euro

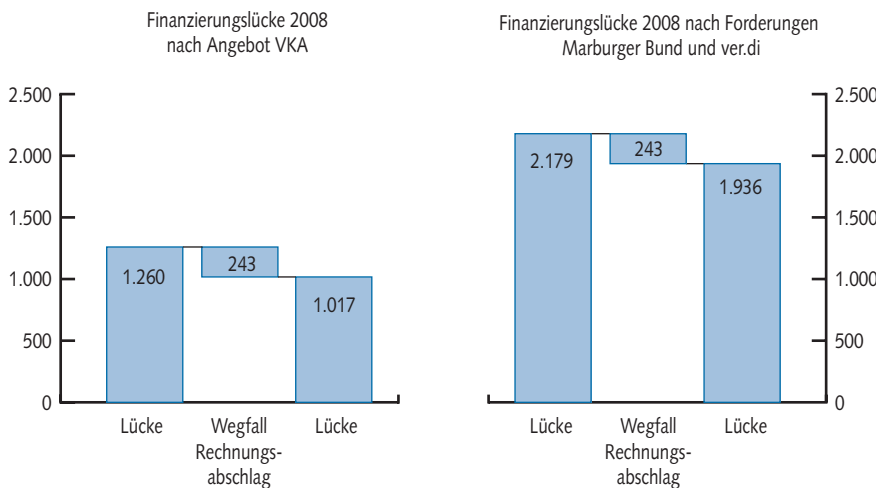


Quelle: RWI Analyse, Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

Auf der Kostenseite fließen in die Berechnungen Mengen- und Preisänderungen ein. Das prognostizierte Wachstum der stationären Fallzahl und der Fall schwere – ausgelöst durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt – erhöht tendenziell den Personal- und Sachmittelbedarf, der erwartete Rückgang der Belegungstage reduziert ihn. Tarifabschlüsse führen zu höheren Personalkosten im ärztlichen und nichtärztlichen Dienst. Dem wirken sinkende Sozialabgaben in geringem Maße entgegen. Schließlich erhöhen sich die Preise für verschiedene Sachmittelar ten. Wir erwarten stark wachsende Preise für Energie und Lebensmittel, während die Herstellerabgabepreise von Arzneimitteln nur unterproportional zunehmen dürften.

Abbildung 7: Wegfall des Sanierungsbeitrags

Wegfall des 0,5%-Rechnungsabschlags ab 2008 reduziert Finanzierungslücke
in Mio. Euro



Quelle: RWI Analyse, Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009

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.

Tabelle 1: Auswirkungen der Rahmenbedingungen auf die Ertragslage des Krankenhauses

Budget 2008		EUR	18.800.000,00	
Rechnungskürzung Sanierungsbeitrag Krankenkassen	0,5 % EUR	-84.600,00		§ 4 Absatz 9 KHEntgG
Grundlohnsummensteigerungsrate Budget	0,64 % EUR	120.320,00		§ 71 SGB V
Zwischensumme		35.720,00		
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			-523.062,40	
zu erwart. Verschlechterung der Ertragslage ohne Gegenmaßnahmen			-487.342,40	-2,59 %

Projektteam

Dr. Boris Augurzky (Projektleiter), Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D., und Christoph Schwierz, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Telefon 02 01/81 49-0, Fax 02 01/81 49-2 00, e-mail: rwi@rwi-essen.de

Ergänzende Anmerkungen aus mikroökonomischer Sicht

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

Tabelle 2: Durchschnittliche Vollkräftezahlen 2004 bis 2007 (vorläufig)

Ärztlich-pflegerische Dienstarten	Ø 2004	Ø 2005	Ø 2006	Ø 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
Klinikum gesamt	910	901	846	821

- 1) Doppelte Budgetdeckelung auf Landes- und auf Krankenhausebene.
- 2) Sanierungsbeiträge aus dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz.
- 3) Rechnungskürzung zur Anschubfinanzierung integrierte Versorgung um bis zu 1 Prozent 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.

Die RWI-Studie ist kostenlos zum Download verfügbar unter www.rwi-essen.de. Gedruckte Exemplare werden gegen Erstattung der Kopierkosten abgegeben bei: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung Essen, Frau Marlies Tepas, Telefon: 02 01/81 49-2 69.

Auf ein kleinstädtisches Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen mit etwa 210 aufgestellten Betten wirken sich diese Faktoren wie folgt aus (vergleiche ► **Tabelle 1**). ►



Treffen Sie uns! Auf dem Gesundheitskongress des Westens 2./3. April 2008 in Essen

Erfolg ist kein Zufall.

IHR DIENSTLEISTER FÜR ANWÄLTlichen FORDERUNGSEINZUG – EFFIZIENT, FLEXIBEL UND KOSTENBEWUSST

AIS Rechenzentrum für Rechtsanwälte GmbH & Co. KG ≡ Bürodorf ≡ 19272 Sumte
Telefon: 03 88 41 - 75 0 ≡ Telefax: 03 88 41 - 75 404 ≡ E-Mail: vertrieb@buerodorf.de

www.buerodorf.de

Tabelle 3: Belastungsziffern in Stunden pro stationärem Fall

Belastungsziffern in Stunden pro stationärem Fall	Ø 2004	Ø 2005	Ø 2006	Ø 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

Die in ► **Tabelle 1** dargestellte, zu erwartende verschlechterte Ertragslage entspricht bei einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, das bisher auf Tarifflicht – also Ausgliederung der Mitarbeiter aus dem regulären Krankenhaustarifwerk (Outsourcing) – verzichtet hat, dem Kostenvolumen von rund 11,5 Vollzeitkräften (VK) im Pflegedienst. Das Beispielkrankenhaus beschäftigt rund 114 VK im Pflegedienst. Es wäre somit eine Reduktion des Pflegedienstes von mehr als 10 Prozent nötig, um die Gesamtpersonalkostensteigerung von 3,5 Prozent auszugleichen. Unter Beachtung der Besetzungserfordernisse bei Mindestbesetzungen – nachts und bei kleinen Stationsgrößen – ist es fraglich, ob ein ordnungsmäßiger Dienstplan mit diesem ausgedünnten Personalbestand noch geleistet werden kann.

Ein Beispiel der Personalentwicklung eines großen kommunalen Krankenhauses ist in ► **Tabelle 2** dargestellt.

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 eher als untypisch einzustufen ist, ist das Bild in den ande-

ren medizinischen Diensten branchentypisch für somatische Krankenhäuser. Die Personaleinsparungen von bis zu 17 Prozent können betriebswirtschaftlich als Effizienzsteigerung gesehen werden, praktisch bedeutet das eine Leistungsverdichtung beim nichtärztlichen 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 (vergleiche ► **Tabelle 3**).

Fazit: Mit einer Personalkostensteigerung zwischen 3,5 Prozent bzw. möglicherweise bis zu 4,5 Prozent im Jahr 2008 und im Übrigen gleichen Rahmenbedingungen wie im Fallbeispiel des kleinen konfessionellen Krankenhauses eingangs dargestellt, würde sich die Ertragslage des großen kommunalen Beispielklinikums um 2 bis 2,4 Mio € verschlechtern. Das Klinikum würde 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 „gedeckelt“ 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.

BDO Deutsche Warentreuhand AG –
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

MEDICA-Frühjahrsforum 2008

24. April in Berlin

Dr. med. in Deutschland – Herausforderungen für einen Traumjob

Die Zahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland steigt seit Jahren kontinuierlich an. Derzeit arbeiten über 310 000 Mediziner in 2 100 Krankenhäusern und 93 000 Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Das Gesundheitswesen wird für Ärzte auch in Zukunft der leistungsstärkste Job-Motor mit hervorragenden Berufschancen in einem breiten Tätigkeitsspektrum sein. Doch die Anforderungen an die Ärzteschaft im klinischen und niedergelassenen Bereich sind einem dynamischen Wandlungsprozess unterworfen. Dabei stehen die Arbeitgeber – insbesondere die Krankenhäuser – zunehmend vor der Herausforderung, bei immer knapperen finanziellen

Ressourcen eine hohe Qualität und Motivation der Mitarbeiter zu gewährleisten.

Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten, die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und eine spürbare Arbeitsverdichtung gehen einher mit einem Wandel des ärztlichen Leitbildes, welcher das traditionelle Berufsbild des Arztes in den nächsten Jahren nachhaltig verändern wird. Neben steigenden Anforderungen an arzt-spezifische Tarifverträge spielen dabei auch alternative Berufsfelder für Ärzte in der Industrie sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine entscheidende Rolle.

Das Medica-Frühjahrsforum 2008 wird unter dem Generalthema „Dr. med. in Deutschland – Herausforderungen für einen Traumjob“ eine Plattform für gesundheits- und wirtschaftspolitisches Know-how bieten. Veranstalter sind die Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK), die Messe Düsseldorf GmbH und der Medica e.V. Das ausführliche Programm steht auf Seite 276 f. dieses Heftes.