

Wolfgang Plücker, Franz Wolking

Kliniken in Bedrängnis

*Konsequenzen der Tarifeinigung
für die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser*



Foto: gettyimages

Die aktuellen Tarifeinigungen im Klinikbereich haben die ohnehin angespannte Situation in deutschen Kliniken weiter verschärft. Welche finanziellen Folgen die Tarifrunde für die Kliniken hat, wird im folgenden Beitrag am Beispiel eines fiktiven Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung dargestellt. Es wird deutlich: Die ökonomischen Sachzwänge fordern – mehr denn je – zum Handeln. Gefragt sind organisatorische und strukturelle Anpassungen, die die derzeitige Schieflage in deutschen Kliniken verringern helfen.

Die Tarifeinigung im öffentlichen Dienst mit ver.di, dem Marburger Bund und den Kommunalen Arbeitgeberverbänden wird selbstverständlich Auswirkungen auf die personelle und damit wirtschaftliche Situation im Krankenhaus haben. Abgesehen von den immer wieder gebetsmühlenhaft wiederholten Forderungen, die Krankenhausfinanzierung auf andere – angeblich dann sogar solidere – Beine (was wäre das wohl?) zu stellen, wird genauso konsequent der Grundsatz der Beitragssatzstabilität postuliert.

Bis dahin sollte es jedoch allen Verantwortlichen klar sein, dass kurz- und mittelfristig nicht mehr Geld in das System fließen wird. Wenn parallel dazu für das Jahr 2008 die Quote für die Krankenhausesmehreinnahmen 0,64 Prozent beträgt, wovon 0,5 Prozent wieder

an die Krankenkassen zurückfließen, bleiben „unter dem Strich“ demnach 0,14 Prozent für Kostensteigerungen von fast vier Prozent im Krankenhaus. Dabei sind weitere Kostensteigerungen für Energie und Ähnliches noch nicht berücksichtigt. Wie dann hierbei auch noch die Personalkostensteigerungen ab 2008 zu bezahlen sind, will – und kann – niemand beantworten. Man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, dass die Kostensteigerungen, die durch die Tarifvereinbarung im öffentlichen Dienst von zirka 3,1 Prozent im Jahre 2008 (plus 50 Euro Basissteigerung) und die Steigerung der Ärztegehälter (ca. 8%) in diesem und dem nächsten Jahr entstehen, somit natürlich auch nicht gedeckt sein werden.

Da somit davon auszugehen ist, dass die finanziellen Auswirkungen nicht von

unbekannten Finanzierungsquellen, so genannten Reptilienfonds, gedeckt werden können, muss man sich mit dem leidigen Thema der Rationalisierung beschäftigen. Die ist nicht neu, und in der Vergangenheit sind in allen Krankenhäusern bereits umfangreiche Programme zur Ablaufverbesserung, zur rationelleren Gestaltung des Betriebsprozesses und zur Personalkosteneinsparung gelaufen. Richtig ist dabei auch, dass die Konsequenzen aus derartigen Überlegungen teilweise sehr weitreichender Natur sind und in einzelnen Fällen durchaus problematische personelle Situationen in einzelnen Bereichen bestehen.

Häufig genug wurde und wird mittels der „Rasenmähermethode“ das Kostenproblem beseitigt. Von allen denkbaren Lösungsansätzen ist diese Variante allerdings die am wenigsten geeignete, stellt aber auch häufig das letzte Mittel dar, wenn gemeinsame Überlegungen nicht zum Erfolg führen.

Nachfolgend werden die Auswirkungen der Tarifeinigung am Beispiel eines fiktiven Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung dargestellt, wobei das Augenmerk auf die patientennahen Leistungsbereiche gelegt wird. Basis ist die DRG-Kostenmatrix für 2008.

Status quo 2008 vor der Tarifeinigung

Grunddaten:

■ Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung im ländlichen Umfeld. Im Jahr 2007 hat das Krankenhaus ein ausgeglichenes Betriebsergebnis („Schwarze Null“) erwirtschaftet.

■ Das Krankenhaus verfügt über acht Allgemeinpflegestationen und eine Intensivstation mit zwölf Betten. Für die schneidenden Fächer stehen fünf

Operationssäle und zwei urologische Eingriffsräume zur Verfügung.

■ Im Bereich der Inneren Medizin wird eine Endoskopische Abteilung sowie ein Herzkathetermessplatz und eine internistische Funktionsdiagnostik vorgehalten.

■ Der Kreißsaal wird bei 420 Geburten pro Jahr von fest angestellten Hebammen versorgt.

Leistungsdaten sowie Personaldaten patientennaher Leistungsbereiche sind den Tabellen 1 bis 3 zu entnehmen.

Bereits ohne die Tariferhöhungen ergibt sich bei Berücksichtigung der Erlöse für den Arztdienst eine Überdeckung von insgesamt 2,66 Vollkräften, entsprechend nicht gedeckten Personalkosten von 237 772 Euro. Für den nichtärztlichen Bereich ist in diesem Beispiel eine Unterdeckung von 3,72 Vollkräften, entsprechend nicht realisierten Personalkosten von 171 003 Euro, festzustellen. Insgesamt entstehen unter den derzeitigen Bedingungen zirka 67 000 Euro mehr Personalkosten für die hier betrachteten Leistungsbereiche, als durch die stationären und nichtstationären Erlöse gedeckt sind.

Ergebnis 2008 nach der Tarifeinigung

Stellt man diese Rechnung unter den gegebenen Umständen mit Einbeziehung der Tariferhöhungen und gleicher Erlös- und Leistungssituation auf, so ergibt sich das in Tabelle 4 und 5 dargestellte Bild.

Die anzupassenden durchschnittlichen Personalkosten führen bei angenommener gleich bleibender Erlössituation im Ergebnis zu einer finanziellen personellen Unterdeckung von zirka 544 000 Euro; das sind Zusatzkosten von fast 477 000 Euro.

Für den Bereich des Arztdienstes ergibt sich eine zusätzliche Deckungslücke von zirka 1,8 Vollkräften und für den Bereich des nichtärztlichen Personals zirka 6,5 Vollkräfte. Die Tarifeffekte der anderen Berufsgruppen sind hier nicht berücksichtigt.

Konsequenz aus dieser Mehrbelastung wird es sein müssen, alle personalrelevanten Auswirkungen auf den Prüfstand

Rahmendaten 2007					
Fachabteilung	Planbetten	Fallzahl DRG	Auslastung	Casemix	Erlöse DRG (BR 2 785 Euro)
Chirurgie					
Viszeralchirurgie	50	1 980	74 %	1 835	5 109 694
Unfallchirurgie	40	1 296	75 %	1 643	4 575 806
Innere Medizin					
Gastroenterologie	50	2 028	81 %	1 709	4 760 725
Kardiologie	40	2 709	82 %	2 121	5 907 949
Frauenklinik					
Gynäkologie	30	1 419	67 %	1 163	3 238 595
Geburtshilfe	20	1 043	42 %	545	1 518 979
Urologie -BA-	20	858	63 %	535	1 488 740
HNO -BA-	7	680	75 %	347	967 618
Summe	257	12 012	73 %		27 568 107

Tab. 1: Leistungsdaten 2007

© DKI GmbH, Wuppertal

Arztdienst 2007						
	kum. Vollkräfte (VK)	Personal-kosten (PK)	Durchschnitt PK	DRG-Erlösanteile + sonstige Erlösanteile	erlösge-deckte VK 2007	Über-deckung (+) Unter-deckung (-)
Chirurgie	15,17	1 428 090	94 121 Euro	1 441 165	15,31	- 0,14
Viszeralchirurgie	7,67	706 406	92 142 Euro	643 160		
Unfallchirurgie	7,51	721 684	96 142 Euro	798 005		
Innere Medizin	16,29	1 424 949	87 449 Euro	1 340 953	15,33	0,96
Gastroenterologie	7,92	699 135	88 248 Euro	673 204		
Kardiologie	8,37	725 814	86 693 Euro	667 749		
Frauenklinik						
Gynäkologie	5,67	506 884	89 417 Euro	379 769	4,79	0,88
Geburtshilfe				48 759		
Urologie -BA-						
HNO -BA-						
Anästhesie	8,84	729 195	82 492 Euro	669 519	8,12	0,72
Radiologie	2,51	243 886	97 253 Euro	215 067	2,21	0,30
Summe	48,48	4 333 005	89 370 Euro	4 095 233	45,82	2,66

Tab. 2: Personaldaten patientennaher Leistungsbereiche I

© DKI GmbH, Wuppertal

zu stellen, denn weitere Anpassungen werden folgen:

■ Das Ende der Konvergenzphase zum 1. Januar 2009 mit möglichen Anpassungen, das heißt Absenkungen des Basisfallwertes.

■ Weitere Tarifanpassungen für den Bereich des ärztlichen Personals im Jahr 2009 um 3,8 Prozent in unserem Praxisbeispiel in einer ähnlichen Größenordnung, die auch nicht gedeckt werden.

■ Weitere Tarifanpassungen für den Bereich des nichtärztlichen Personals im Jahr 2009 um 2,9 Prozent.

■ (Mögliches) Ende der Opt-out-Regelung im Jahr 2009.

Wer kurzfristig zusätzliche Erlöse in der erforderlichen Höhe generieren kann, ist daher zu beneiden – wenn auch realistisch betrachtet dies eher in Ausnahmefällen möglich sein wird.

Bleibt wohl in vielen Fällen die bereits erwähnte „Rasenmähermethode“, bei der per „ordre de Mufti“ eine prozentuale Budgetkürzung in den Wirtschaftsplan eingerechnet wird. Möglicherweise wird diese Plankosmetik zu-

nächst beruhigen, allerdings ist mehr als fraglich, ob dies ohne entsprechende organisatorische und/oder strukturelle Anpassungen einen dauerhaften Erfolg zeigen wird.

Was ist zu tun?

Es müssen in der Praxis organisatorische Anpassungen vorgenommen werden, die häufig durchaus als bekannt vorausgesetzt werden können. Allerdings heißt es deshalb noch lange nicht, dass man diese Überlegungen auch im eigenen Bereich gerne umgesetzt haben möchte. Da gäbe es doch sicherlich noch andere Möglichkeiten, bevor man zu derartig einschneidenden Veränderungen schreitet, oder? Aber gleichzeitig ist auch klar, dass es den „weißen Ritter“ nicht gibt. Dann bleibt im Endeffekt nur die Überlegung, wie man intelligente Lösungen erarbeiten kann, die den empfundenen Mangel zwar nicht beseitigen, aber möglicherweise erträglicher gestalten helfen. Daher wäre es angebracht, sich über die nachfolgend aufgeführten organisatorischen Anpassungen mehr als einen Gedanken zu machen:

■ **Verlängerung von Servicezeiten** auf zehn bis zwölf Stunden – zum Beispiel im OP – mit gleichzeitiger Einführung von Schichtdienstmodellen und entsprechender Umverteilung von Leistungen und effizienter Leistungssteuerung. Im Musterkrankenhaus wäre es durch Verlängerung der Servicezeiten bei entsprechender Rahmenorganisation im OP möglich, statt der fünf betriebenen OP-Säle künftig lediglich vier OP-Säle mit vorzuhalten. Eine ganz entscheidende Rahmenbedingung hierbei ist eine Harmonisierung von Dienst- und Leistungszeiten mit entsprechender tarifkonformer Dienstplangestaltung. Dies hätte allerdings möglicherweise zur Folge, dass Einkommensverluste im Arztdienst und im Funktionsdienst unvermeidbar wären.

■ **Wirtschaftliche Stationsorganisation:** Im Beispielkrankenhaus werden neben der Intensivstation acht Allgeminstationen vorgehalten, die mit einer Besetzung von 4-3-1 (3-2-1 Sa/So/FT) betrieben werden (13,2 Vollkräfte je Station). Die Auslastung des Hauses ließe allerdings eine Re-

Nichtärztliche Organisationseinheiten 2007						
Organisationsbereich	kum. Vollkräfte (VK)	Personal-kosten (PK)	Durchschnitt PK	DRG-Erlösanteile + sonstige Erlösanteile	erlösge-deckte VK 2007	Über-deckung (+) Unter-deckung (-)
Pflegedienst (Allgemein- und Intensivstationen)	133,45	5 994 040	44 916	6 462 794	143,89	- 10,44
Funktionsdienste						
OP	18,03	926 987	51 417	950 725	18,49	- 0,46
Anästhesie	11,51	569 421	49 451	597 532	12,08	- 0,57
Endoskopie	3,01	137 788	45 782	107 788	2,35	0,66
Kreisssaal	5,50	249 568	45 376	107 788	2,38	3,12
Summe	38,05	1 883 764	49 503	1 763 834	35,63	2,42
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche						
Ambulanzen	9,42	441 167	46 833			
Interne Funktionsdiagnostik	4,35	189 090	43 469	918 875		
Physikalische Therapie	8,62	384 693	44 628			
Summe	22,39	1 014 950	45 331	918 875	20,27	2,12
Medizinisch-technischer Dienst						
Röntgen	10,65	505 140	47 431	465 491	9,81	0,84
Labor	8,31	398 514	47 956	356 419	7,43	0,88
Summe	212,85	9 796 409	46 024	9 967 412	216,57	- 3,72

Tab. 3: Personaldaten patientennaher Leistungsbereiche II

© DKI GmbH, Wuppertal

Arztdienst 2008				
	kum. Vollkräfte (VK)	Durchschnitt PK 2008 (+ 4 %)	DRG-Erlösanteile + sonstige Erlösanteile	Überdeckung (+) Unterdeckung (-)
Chirurgie	15,17	97 886 Euro	1 441 165	0,45
Viszeralchirurgie	7,67	95 828 Euro	643 160	
Unfallchirurgie	7,51	99 988 Euro	798 005	
Innere Medizin	16,29	90 947 Euro	1 340 953	1,55
Gastroenterologie	7,92	91 778 Euro	673 204	
Kardiologie	8,37	90 161 Euro	667 749	
Frauenklinik				
Gynäkologie	5,67	92 994 Euro	379 769	1,06
Geburtshilfe			48 759	
Urologie -BA- HNO -BA-				
Anästhesie	8,84	85 792 Euro	669 519	1,04
Radiologie	2,51	101 143 Euro	215 067	0,38
Summe	48,48	92 945 Euro	4 095 233	4,42

Tab. 4: Arztdienst nach Tarifierhöhungen

© DKI GmbH, Wuppertal

duktion um eine Station mit entsprechendem Rationalisierungspotenzial zu.

■ **Abbau respektive Umverteilung berufsferner Tätigkeiten** (nicht nur im

Arztdienst). Einschränkend muss hier gesagt werden, dass eine Ausgliederung solcher Tätigkeiten und die Zuordnung zu anderen Berufsgruppen keine zusätzlichen Stellen „on Top“ bedeuten kann,

sondern – wenn es einen wirtschaftlich positiven Effekt haben soll – auch die Substitution oder Umwidmung derzeit überqualifizierter Leistungserbringer bedeuten muss. Im Übrigen eine Überlegung, die solche Projekte oftmals scheitern lässt, wenn dies von den Beteiligten realisiert wird (siehe auch Arzt und Krankenhaus 11/2006).

Der dargestellte Einspareffekt ist also nur dann realisierbar, wenn eine echte Umverteilung und keine „On-Top“-Budgetierung stattfindet. Solche Berechnungen sind nicht arzt-spezifisch, sondern können bei ähnlichen Fragestellungen durchaus auf andere Berufsgruppen übertragen werden.

Wenn 30 Prozent der ärztlichen Tätigkeiten administrativer Art und davon nur die Hälfte delegierbar ist, erbringt ein Assistenzarzt bei einer Nettojahresarbeitszeit von 1 636 Std. (15% Ausfall) zirka 245 Stunden mit delegierbaren administrativen Tätigkeiten. Bei einem Bruttostundensatz eines Assistenzarztes von zirka 34 Euro entspricht dies einem Kostenäquivalent von zirka 8 330 Euro je Assistenzarzt. Der Stundensatz einer qualifizierten nichtärztlichen Kraft, die in der Lage ist, die Administration zu übernehmen, beträgt zirka 21 Euro und kostet somit nur 5 145 Euro.

Rechnet man diese Kosten hoch, ergeben sich bei zehn Assistenzärzten Kosteneinsparungen von zirka 32 000 Euro.

■ **Einführung eines Beleghebammen-systems:** Im Beispielkrankenhaus wird deutlich, dass im Bereich des Kreiß-saales mit den vorhandenen Hebammen eine Mindestbesetzung vorgehalten wird. Bei 420 Geburten pro Jahr kann ein Beleghebammen-system die Wirtschaftlichkeit dieses Bereiches verbessern.

Nichtärztliche Organisationseinheiten 2008				
Organisationsbereich	kum. Vollkräfte (VK)	Durchschnitt PK 2008 (+ 3,1 %)	DRG-Erlösanteile + sonstige Erlösanteile	Überdeckung (+) Unterdeckung (-)
Pflegedienst (Allgemein- und Intensivstationen)	133,45	46 308 Euro	6 462 794	- 6,11
Funktionsdienste				
OP	18,03	53 011 Euro	950 725	0,09
Anästhesie	11,51	50 984 Euro	597 532	- 0,21
Endoskopie	3,01	47 201 Euro	107 788	0,73
Kreißsaal	5,50	46 783 Euro	107 788	3,20
Summe	38,05	51 038 Euro	1 763 834	3,49
Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche				
Ambulanzen	9,42	48 285 Euro		
Interne Funktionsdiagnostik	4,35	44 817 Euro	918 875	
Physikalische Therapie	8,62	46 011 Euro		
Summe	22,39	46 736 Euro	918 875	2,73
Medizinisch-technischer Dienst				
Röntgen	10,65	48 901 Euro	465 491	1,13
Labor	8,31	49 443 Euro	356 419	1,10
Summe	212,85	47 451 Euro	9 967 412	2,80

Tab. 5: Nichtärztliche Organisationseinheiten nach Tariferhöhungen

© DKI GmbH, Wuppertal

Ökonomische Sachzwänge fordern zum Handeln

Wie auch immer man diese beispielhaften Maßnahmen wertet – letztlich bleiben wenig Alternativen, den ökonomischen Sachzwängen zu entgehen.

Wer auf zusätzliches Geld hofft, das dem System zugeführt wird, könnte möglicherweise enttäuscht, wenn nicht gar von der prospektiven Entwicklung überrollt werden.

Bei allen Beispielrechnungen und möglichen kostenrechnerischen Einsparungen muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Umsetzung der Ergebnisse von einem entsprechenden und vor allem effektiven Qualitätsmanagement begleitet werden muss, wenn man sich schon dem „Diktat der Ökonomie“ zu beugen hat. Allerdings wäre es fahrlässig und für den Bestand sowie die Arbeitsplätze des Krankenhauses gefährlich, hier nach der immer noch anzutreffenden „Strategie“

des Aussitzens nach dem rheinischen Postulat („Et is noch immer jut jejang“) diese aktuellen Kostenerhöhungen zu bewältigen. Dabei muss möglicherweise auch der Qualitätsstandard „Von allem nur das Beste“ auf den Prüfstand, will man nicht die Feststellung treffen müssen: **Wir sind zwar die Besten, aber auch pleite!**

Hier die Waage zu halten, ist eine Managementherausforderung, der man sich stellen muss.

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-oec. Wolfgang Plücker, Betriebswirt (grad.),
Krankenhausbetriebswirt (VKD)
Franz Wolkinger, PDL
DKI GmbH
Friedrich-Engels-Allee 256
42285 Wuppertal
E-Mail: info@dkigmbh.de
Internet: www.dkigmbh.de