

26. Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser muss verbessert werden - nur dann können die Krankenhäuser noch sparen

Eine qualitativ ausreichende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch die Krankenhäuser setzt voraus, dass die Behandlungskosten vollständig erstattet werden.

Die Krankenhäuser benötigen ein transparentes und verlässliches Preis-Leistungs-System. Dieses sollte ihnen und den Krankenkassen ermöglichen, über Preis- und Mengenrabatte zu verhandeln.

Die bundesweit vorgeschriebenen Behandlungsstandards sind einzuhalten.

26.1 Krankenhäuser erreichten bis 2008 positive Jahresergebnisse

Bei fast allen geprüften Kliniken überstiegen in den letzten 6 Jahren die Gesamterlöse die beträchtlichen Aufwendungen. Trotz der schwierigen und ständig beklagten Rahmenbedingungen erzielten die meisten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein bis 2008 positive Ergebnisse. Durch eine konsequente Verbesserung der Prozessabläufe wurden Kostensteigerungen im Personal- und Sachmittelbereich kompensiert. Diese erfreulichen Ergebnisse wären ohne den erzeugten Kostendruck nicht möglich gewesen.

Seit 2004 werden die Krankenhauskosten nach neuen Fallpauschalen abgerechnet (Diagnoses Related Groups - DRG). Die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser haben gezeigt, dass dabei der gesetzlich geforderte Wettbewerb möglich ist. Wirtschaftlichkeitsreserven bei Personal- und Sachkosten wurden gehoben, Leistungen erweitert und die ambulanten Behandlungen ausgebaut.

Die Krankenhäuser gehen davon aus, dass ihr Einsparpotenzial jetzt ausgeschöpft ist. Auch wenn der LRH diese Aussage nicht in jedem Fall teilt, erfordert eine angemessene Patientenversorgung den Ausgleich der entstandenen Kosten.

Bei 10 ausgesuchten Krankenhäusern wurde die wirtschaftliche Entwicklung näher betrachtet. Basis waren die Jahresabschlüsse 2002 bis 2007 und die vorläufigen Jahresergebnisse 2008. Ergebnis: In allen Häusern sind seit Einführung der Fallpauschalen die Erlöse gestiegen. Dadurch konnten die meisten Krankenhäuser ihre Mehraufwendungen decken und

positive Jahresergebnisse erzielen. Die entstandene Kostentransparenz führte zu Prozessoptimierungen. Fallkosten konnten gesenkt werden. Die Umstellung auf das Abrechnungssystem ist weitgehend akzeptiert. Das ist insofern bemerkenswert, als die Kliniken zuvor immer wieder beklagt hatten, der niedrige Basisfallwert und die Unterbewertung von Leistungen der Maximalversorgung würden zu Erlösrückgängen führen. Dies trat nicht ein.

Von 2004 bis 2008 stiegen in den untersuchten Krankenhäusern auch die Fallzahlen um 4,5 % oder 11.626 Fälle. Ein Grund hierfür ist, dass die Behandlungsangebote erweitert wurden. Außerdem wird die neue Abrechnungssystematik dazu beigetragen haben. Während Patienten mit mehreren Diagnosen vor Einführung des DRG-Systems als ein Behandlungsfall angesehen wurden, werden Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen heute wiederholt im Krankenhaus aufgenommen und entlassen. Jede Wiederaufnahme kann dann als neuer Fall abgerechnet werden. Damit stiegen die Fallzahlen.

26.2 Krankenhauspersonal wurde deutlich reduziert

Die positiven Jahresergebnisse hängen auch damit zusammen, dass Krankenhauspersonal deutlich reduziert wurde. Bei den geprüften Krankenhäusern verringerte sich die Zahl der Vollkräfte von 2002 bis 2008 von 15.312 auf 13.785. 10,4 % der Vollbeschäftigten wurden u. a. in folgenden Berufsgruppen abgebaut:

Berufsgruppe	Veränderung	
	Vollkräfte	%
Ärzte	+ 15	+ 0,6
Pflegedienst	- 402	- 7,5
Medizinisch-technischer Dienst	- 346	- 12,2
Funktionsdienst	- 55	- 3,7
Klinisches Hauspersonal	- 188	- 55,2
Wirtschafts- u. Versorgungsdienste	- 482	- 51,6
Technischer Dienst	- 1	- 0,4
Verwaltungsdienst	+ 69	+ 7,1

26.3 Wurde Krankenhauspersonal an der richtigen Stelle gespart?

Nicht alle Personalverringerungen führten zu wirklichen Einsparungen. Das klinische Hauspersonal und die Beschäftigten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst wurden in eigene Tochtergesellschaften ausgegliedert. Mit diesen Tochtergesellschaften wurden Dienstleistungsverträge geschlossen.

Im Gegensatz dazu wurden im medizinisch-technischen Dienst sowie im Pflege- und Funktionsdienst von 2002 bis 2008 zusammen 803 Vollkräfte abgebaut. Das entspricht in diesen Berufsgruppen einem Abbau von mehr als 8 %. Diese Entwicklung führte bei gleichzeitig gestiegenen Fallzahlen und der Zunahme von schweren Behandlungsfällen zwangsläufig zu höheren Belastungen des Pflegepersonals.

Keine Einsparungen gab es im ärztlichen Dienst und in der Verwaltung. Im Gegenteil, hier wurde Personal aufgestockt. Während dies im ärztlichen Dienst mit 0,6 % zu vernachlässigen ist, ist der Zuwachs im Verwaltungsbereich mit über 7 % bedenklich. Es kann nicht sein, dass Rahmenbedingungen die Krankenhäuser zwingen, in originären patientenbezogenen Aufgabenbereichen Personal einzusparen und gleichzeitig den Verwaltungsdienst aufzustocken.

Die Krankenhäuser begründen diese Entwicklung mit dem ausgeweiteten Medizincontrolling. Für jeden Behandlungsfall seien Diagnose und Therapie anhand vorgegebener Codes zu erfassen. Nur so könne der Behandlungsfall einer Fallgruppe zugeordnet werden. Die Fallgruppe bilde dann die Grundlage für die Abrechnung.

Da auch vor der Abrechnung Diagnosen nach Fallpauschalen erfasst und verschlüsselt wurden, kann der Personalanstieg in den Verwaltungen nicht ausschließlich mit dem notwendigen Medizincontrolling begründet werden. Die Personalsteigerungen in den Krankenhausverwaltungen widersprechen dem auf allen Ebenen geforderten Bürokratieabbau. Sie sind kritisch zu verfolgen.

26.4 **Trotz 10 % weniger Personal fast unverändert hohe Personalkosten**

Während die Krankenhäuser in 6 Jahren mehr als 10 % ihres Personals abgebaut haben, sanken im gleichen Zeitraum die Personalkosten lediglich um 0,6 %. Hauptgrund dafür waren die Tarifierhöhungen. Durch sie stiegen die Personalkosten von 2002 bis 2008 um 10,8 %.

Beim Vergleich der geprüften Krankenhäuser fielen die unterschiedlich hohen durchschnittlichen Personalkosten innerhalb der Berufsgruppen auf. Während sich im Pflegedienst die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft 2008 in einer Bandbreite von 44 bis 48 T€ bewegten, waren die Unterschiede im ärztlichen Dienst und in der Verwaltung deutlich größer. Hier lagen die Personalkosten zwischen 86 und 110 T€. In der Verwaltung ergab sich ein Korridor von 47 bis 59 T€. Bei fast allen Krankenhäusern hatten sich die durchschnittlichen Kosten im Verwaltungsbereich zum Teil

deutlich erhöht. In einem Fall stiegen sie von 2007 auf 2008 um 20,2 %, in einem anderen um 8,7 %.

Der sich in den Krankenhausverwaltungen ausbreitende Trend, mit leitenden Mitarbeitern generell außertarifliche Vergütungsvereinbarungen zu treffen, führte zu deutlich gestiegenen Personalkosten. Gleiches gilt für Sonderverträge mit Chefarzten. Die ständig steigenden Kosten im ärztlichen Leitungsbereich können genauso wenig wie im Leitungsbereich der Krankenhausverwaltungen über die Fallpauschalen gedeckt werden. Sie werden bei anderen Berufsgruppen eingespart.

26.5 Krankenhäuser fordern mehr Personal

Die Krankenhäuser begründen ihren Personalmehrbedarf mit der hohen Arbeitsbelastung. Die Arbeitsbelastung der einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus wird deutlich, wenn die Zahl der Vollkräfte und der Relativgewichte (Kennzahl für die ökonomische Fallschwere) gegenübergestellt werden. Danach stieg die Belastung in den einzelnen Berufsgruppen von 2004 bis 2008 wie folgt:

Berufsgruppe	So stieg die Arbeitsbelastung 2004 bis 2008 in %
Ärztlicher Dienst	2,2
Pflegedienst	4,6
Medizinisch-technischer Dienst, z. B. Röntgen, Labor	16,0
Funktionsdienst, z. B. OP-Dienste	0,6

Im medizinisch-technischen Dienst und in der Pflege haben die Belastungen deutlich zugenommen. Weniger Pflegepersonal musste nicht nur mehr, sondern auch schwerere Fälle behandeln. Dagegen führte die Personalvermehrung im Verwaltungsdienst zu einer Entlastung von 5 % je Vollkraft.

Die Personalkosten eines Krankenhauses betragen 55 bis 70 % der Gesamtkosten. Die gesetzlich geregelte Budgetierung der Leistungserlöse und die kaum zu beeinflussenden Sachkosten zwingen dazu, Kostensteigerungen durch Personalabbau zu kompensieren. Nach Auffassung der Krankenhäuser führt dieser Weg zu messbaren Einbußen bei der Pflegequalität. Das könne nur dann verhindert werden, wenn weiteres Pflegepersonal vollständig und dauerhaft gegenfinanziert werde. Die nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vorgesehene einmalige 90%ige Finanzierung von 17.000 Pflegekräften für 3 Jahre löse die Probleme im Pflegebereich nicht.

Auch der LRH sieht die gestiegenen Belastungen des Krankenhauspersonals. Die steigenden Fallzahlen und die Zunahme der schweren Behandlungsfälle allein rechtfertigen jedoch keine pauschale Forderung nach mehr Personal. Die Krankenhausverwaltungen müssen endlich belastbare Grundlagen für die Personalbedarfsberechnung schaffen. Der Bedarf an Vollkräften ist in jedem Einzelfall zu ermitteln. Ohne diese Zahlen kann über die Forderungen der Krankenhäuser nach mehr Personal nicht sachgerecht verhandelt werden. Die zur Ermittlung notwendigen Systeme, Anhaltszahlen, Kennziffern etc. sind seit Langem vorhanden und wurden ständig weiterentwickelt. Sie müssen jedoch auch genutzt werden.

26.6 **Transparente und flexible Betriebskostenfinanzierung einführen**

Die gesetzliche Krankenversicherung ist auf eine ausreichende Zahl von Beitragszahlern angewiesen. Nur so kann der Beitragssatz in vertretbarer Höhe erhalten werden. Um Beitragserhöhungen zu vermeiden, müssen entweder Ausgaben reduziert oder/und Einnahmen erhöht werden. In den letzten Jahrzehnten haben die Krankenkassen primär ihre Ausgaben reduziert. Die Auswirkungen trafen insbesondere die Krankenhäuser und die Patienten stark.

Für den LRH sind im Gesundheitssystem weitere Ausgabenreduzierungen notwendig und möglich. Er hat in seinen Prüfungen bei den Krankenhäusern in den letzten Jahren etliche Einsparvorschläge gemacht. In der Fachpresse gibt es außerdem viele sachgerechte Hinweise, wie hier künftig gespart werden kann.

Die derzeitige Betriebskostenzahlung der Krankenkassen an die Krankenhäuser muss auf ein transparentes Preis-Leistungs-System umgestellt werden. Krankenkassen und Krankenhäusern sollte freigestellt werden, in eigener Verantwortung unter Beachtung bundesweit vorgeschriebener Behandlungsstandards über Preis- und Mengenrabatte zu verhandeln. Ambulante und stationäre Behandlungserlöse müssen von den Beitragssätzen der gesetzlichen Krankenversicherungen entkoppelt werden. Medizinisch notwendige Behandlungen dürfen nicht von den Beitragseinnahmen der Krankenkassen abhängen. Dies gilt für den ambulanten und stationären Bereich gleichermaßen. Nur so können die Krankenhäuser auf Dauer wirtschaftliche und dennoch kostendeckende Leistungen erbringen.

Das Krankenhausmanagement muss durch eine neue Betriebskostenfinanzierung in die Lage versetzt werden, ihr Unternehmen Krankenhaus auf der Basis verlässlicher Erlöse laufend zu steuern.

Die in die Prüfung einbezogenen Krankenhäuser und das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit (Sozialministerium) tragen die Forderung nach einem leistungs- und aufwandsgerechten Vergütungssystem weitgehend mit.

Das **Sozialministerium** erklärte, das Petikum der Entkopplung der stationären Behandlungserlöse von den Beitragssätzen der Kostenträger sei bereits mit dem KHRG aufgegriffen worden. Bund und Länder seien sich darüber einig, dass die bisherige Budgetdeckelung der Krankenhäuser auf Basis der Grundlohnentwicklung durch die Einführung eines sogenannten Orientierungswertes abgelöst werde. Das Statistische Bundesamt erarbeite hierfür ein Grundkonzept; Ziel sei es, erstmals zum 30.06.2010 einen Orientierungswert zu ermitteln.

Kiel, den 07. Mai 2010

Landesrechnungshof Schleswig-Holstein

Dr. Aloys Altmann

Aike Dopp

Dr. Ulrich Eggeling

Dr. Gaby Schäfer

Claus Asmussen