Veränderungen im Krankenhaus

CHANGE *Veränderungsprozesse in Krankenhäusern gehen unvermindert und gravierend weiter. Hier ist betriebswirtschaftliches Know-how auch des Betriebsrats gefragt. Unsere Experten zeigen, was für Betriebsräte in Krankenhäusern wichtig wird.*

VON **ANDREA ROTHKEGEL**

Die Themen Investitionsstau, Förderung von Konzentration und Spezialisierung durch den Strukturfond sowie Fachkräftemangel stehen in vielen Krankenhäusern auf der Tagesordnung. Nach Auswertungen des statistischen Bundesamts (destatis)[1] lag 2016 die Zahl der Beschäftigten in Krankenhäusern bei gut 1,2 Millionen, von denen ein Teil direkt oder indirekt von den zu erwartenden Maßnahmen betroffen sind. Für viele Betriebsräte in Krankenhäusern wird daher die Beschäftigung mit betriebswirtschaftlichen Themen immer mehr zum Alltagsgeschäft.

Entwicklung wesentlicher Kennzahlen des »Gesundheitsmarktes Krankenhaus«

Seit 1991 berichtet destatis über die Entwicklung wesentlicher Kennzahlen für Krankenhäuser. Folgende gravierende Entwicklungen fallen bei der Betrachtung der Jahre 1991 bis 2016 ins Auge:

- Die Fallzahlen stiegen in diesem Zeitraum deutlich um 34%, von 14,6 Mio. (1991) auf 19,5 Mio. (2016).
- Währenddessen halbiert sich fast die Verweildauer der Patienten (-45%)
- von 14 Tagen in 1991 auf 7,3 Tage in 2016.

Da die Verweildauer deutlicher sank als die Fallzahlen stiegen, ist verständlich, dass in diesem Zeitraum

- die Anzahl der Krankenhäuser (von 2.411 auf 1.951) und die Anzahl der Betten (von 665,6 auf 498,7 Tsd.) sank sowie
- die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten leicht stieg (von 875,8 auf 880,5 Tsd.).
- Zeitgleich sank die Bettenauslastung von 84,1% auf 77,9%.

(Siehe »Grafik 1« auf Seite 32.)

Bei Betrachtung der gleichen Kennzahlen im jüngeren Zeitraum 2000 bis 2016 zeigt sich eine andere Entwicklung:

- Auch in diesem Zeitraum stiegen die Fallzahlen deutlich (+8%). Die Anzahl Vollbeschäftigter erhöhte sich jedoch parallel, ebenfalls +8%.
- Die Verweildauer sank auch in diesem Zeitraum kontinuierlich (insgesamt -8%), von 7,9 Tagen (2010) auf 7,3 Tage (2016).

Bei leicht steigender Bettenauslastung (2010: 77,4%) und leicht sinkender Bettenanzahl (2010: 502,7 Tsd.) zeigte sich in diesem Zeitraum folgender Trend anhaltend: die Anzahl der Krankenhäuser sank (2010: 2.064).
(Siehe »Grafik 2« auf Seite 32.)

Folgende Entwicklungen sind möglich:

- Der Krankenhaus Rating Report[2] prognostiziert bis 2030 einen weiteren Rückgang der Verweildauer auf 6 Tage, in einigen Kliniken ist dies schon heute Realität.
- Grundsätzlich wird Bettenauslastung auf ca. 85% für praktikabel gehalten. Die jeweils freie Bettenkapazität steht für Notfälle sowie andere unvorhersehbare Fälle zu Verfügung.

DARUM GEHT ES

1. Investitionsstau, Strukturreform und Fachkräftemangel stehen in vielen Krankenhäusern auf der Tagesordnung.

2. Der Handlungsdruck und die Ökonomisierung im Krankenhaus wirken sich direkt oder indirekt auf die Beschäftigten aus.

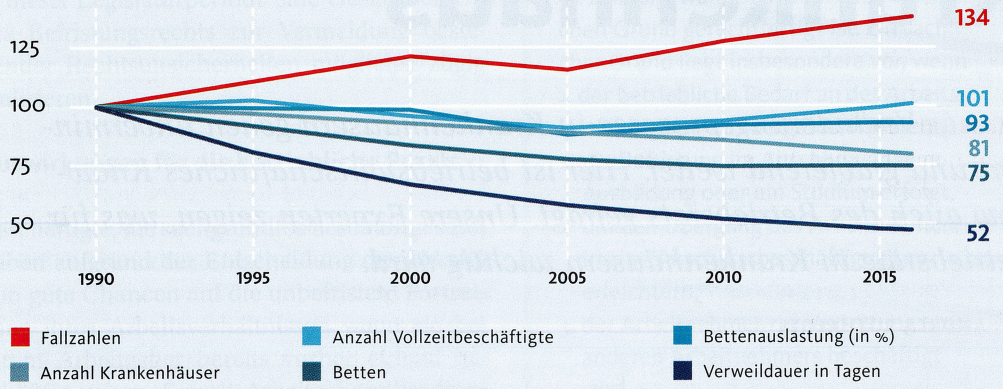
3. Betriebsräte können hier einwirken und sollten auch betriebswirtschaftliches Know-how mit einbeziehen.

1 www.destatis.de (Zahlen & Fakten / Gesellschaft & Staat / Gesundheit: Grunddaten Krankenhäuser)

2 Krankenhaus Rating Report 2017 Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung? Augurzky, Krolop, Pilny, Schmidt, Wuckel, Hrsg.: rwi, hcb, Deloitte, S. 15, 18.

GRAFIK 1

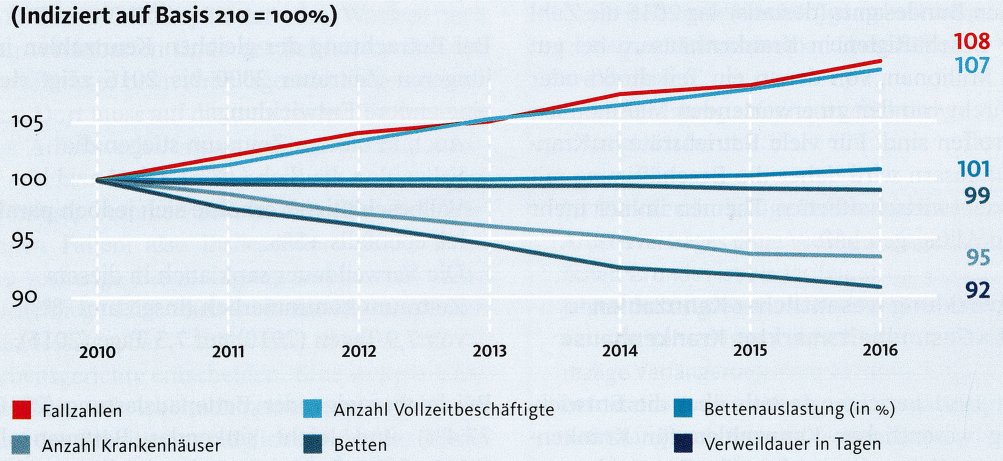
Prozentuale Entwicklung wesentlicher Kennzahlen im Krankenhaus bis 2016 (Indiziert auf Basis 1991 = 100%)



Quelle: EWR-Consulting

GRAFIK 2

Prozentuale Entwicklung wesentlicher Kennzahlen im Krankenhaus bis 2016 (Indiziert auf Basis 210 = 100%)



Quelle: EWR-Consulting

Beide Entwicklungen können zu einem weiteren Abbau von Kapazitäten (Betten und Krankenhäusern) führen. Auch der von manchen Fachleuten herangezogene internationale Vergleich beispielsweise bei der Verweildauer oder auch der Gesamtbettenzahl,[3] führt zu dem Schluss, dass in Deutschland eine Vielzahl der Krankenhäuser geschlossen werden müsste. Kritiker dieses Ansatzes benennen hingegen, dass schon jetzt in einigen ländlichen Gebieten eine wohnortnahe Versorgung problematisch ist. Bei weiteren Schließungen wird die Vorhaltung spezialisierter Ressourcen nur noch in Ballungsgebieten möglich sein.

Ergebnissituation der Krankenhäuser

2015 erzielten nach einer Studie von Roland Berger[4] 20% der Krankenhäuser einen Verlust. 72% der Krankenhäuser erwarteten mittelfris-

3 Krankenhaus-Report 2018, Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit; Hrsg.: Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasem; Schattauer Verlag, S. 33.

4 Roland Berger Krankenhaus Restrukturierungsstudie 2016: Aktuelle wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Deutschland: Weitere Therapiemaßnahmen notwendig, Stuttgart, Mai 2016.

tig – das bedeutet, in den nächsten fünf Jahren – eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation. Laut Krankenhaus Rating Report 2017, mit dem Untertitel: »Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung?«, befand sich fast jedes 10. Krankenhaus »im roten Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr«. In der Projektion bis 2025 wird trotz unterschiedlicher Szenarien ein steigender Anteil von Krankenhäusern im »roten Bereich« erwartet. Die benannten Ursachen für diese Situation sind sehr unterschiedlich; einige werden nachfolgend erläutert.

Investitionsstau wegen Mangel an Fördermitteln

Der in vielen Krankenhäusern beobachtete Investitionsstau zeigt sich in veralteter Infrastruktur der Gebäude oder der technischen Ausstattung, die aufgrund fehlender Eigenmittel bei gleichzeitig geringen Fördermitteln nicht modernisiert werden (siehe »Gut zu Wissen« in der Randspalte auf dieser Seite).

Viele Krankenhäuser können ihre Investitionen in Ermangelung ausreichender Fördermittel nur mithilfe von Krediten finanzieren. Damit werden ihre Ergebnisse durch Zinsaufwendungen und ihre Liquidität zudem durch Tilgungen »belastet«. Kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser sind bei der Beschaffung von Fremdkapital zudem häufig gegenüber den großen privaten Konzernen im Nachteil, da sie bei der Kreditvergabeprüfung durch die Banken in der Regel schlechter abschneiden. Dies wird vielfach mit ihrer wirtschaftlichen und finanziellen Situation kombiniert mit ihrer Größe und ihren Rahmenbedingungen (beispielsweise Kommune) begründet.

Gefahr von Übernahmen steigt

Krankenhauskonzerne verfügen über mehr Liquidität. Das erleichtert ihnen den Zugang zu Fremdkapital. In Folge können sie ihre Wirtschaftlichkeit mittels (Rationalisierungs-)Investitionen weiter steigern. Damit erhöhen sie den Wettbewerbsdruck insbesondere auch auf die konzernungebundenen Krankenhäuser. Die Gefahr weiterer Übernahmen steigt.

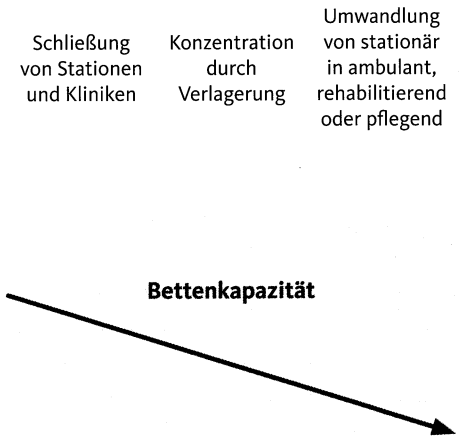
Unter den Rahmenbedingungen ist das Ziel vieler Krankenhausleitungen, einen ausreichenden Gewinn zu erwirtschaften, um die notwendigen Investitionen tätigen zu können und somit den Bestand des Krankenhauses nicht zu gefährden. Die in diesem Rahmen geplanten, kostensenkenden Maßnahmen können direkte Auswirkungen auf die Beschäftigten haben.

Strukturfond

Geplant sind: Schließungen zum Abbau von Überkapazitäten, Verlagerung von Kapazitäten, um Leistungen zu konzentrieren und Umwandlung von Krankenhauskapazitäten in ambulante, rehabilitierende oder pflegende Einrichtungen.

Was sich auf den ersten Blick positiv liest, wird den Wettbewerbsdruck der Krankenhäuser weiter erhöhen. Zentrales Ziel des 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes ist der Abbau von Überkapazitäten. Einmalig wurde ein Strukturfond in Höhe von einer Milliarde Euro aufgelegt, um das Erreichen der folgenden drei Ziele zu fördern:[5]

AUF EINEN BLICK



Laut Krankenhaus Rating Report 2017 entfielen 75% der beantragten Fördergelder auf Konzentrationsmaßnahmen und die übrigen fast vollständig auf Kapazitätsabbau.

Fachkräftemangel, auch im Krankenhaus?

Allgemein wird von einem sich stetig verschärften Personalmangel in der Pflege gesprochen.

GUT ZU WISSEN

Diese Problematik des Investitionsstaus zeigt eine im Krankenhaus Rating Report* dargestellte Rechnung sehr deutlich: Auf Basis der Bilanzen der in der Stichprobe befindlichen Krankenhäuser (ohne Unikliniken) ergibt sich ein rechnerisch ermittelter jährlicher Investitionsbedarf von 6,8 Mrd. Euro. Da dieser dem Abschreibungsbedarf entspricht, würden diese Mittel reichen, um den Status Quo der Infrastruktur und der technischen Ausstattung zu erhalten. Unter der Annahme, dass lediglich 81% der Anlagegüter förderfähig sind, ergäbe sich ein förderfähiger Investitionsbedarf von 5,4 Mrd. Euro. Die Fördermittel der Länder betragen jedoch jährlich ca. 2,8 Mrd. Euro. Daraus ergibt sich eine rechnerische Finanzierungslücke von 2,6 Mrd. Euro, die von den Krankenhäusern selbst (eigen oder fremd) zu finanzieren wäre. Werden aufgrund fehlender Förderung oder aufgrund nicht vorhandener Finanzierung notwendige Investitionen nicht getätigt oder verschoben, bildet sich ein Investitionsstau.

* Krankenhaus Rating Report 2017, Kapitel 3.6.3, S. 178 ff.

5 Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich, 5.11.2015.

Nach ver.di[6] ist jedoch ein differenzierter Blick notwendig. Der für Krankenhäuser benannte Fachkräftemangel zeigt sich regional und von Haus zu Haus unterschiedlich, aber »ein flächendeckender Fachkräftemangel kann nicht konstatiert werden«. Anders stellt sich die Situation in der Altenpflege dar: Hier liegt Fachkräftemangel vor.

Dennoch: Wie oben dargestellt, steigt Jahr für Jahr die Anzahl der Fälle. Zudem führt die demographische Entwicklung zu einem Anstieg besonders pflegeintensiver Patienten.

Das Personalwachstum (in Vollzeitbeschäftigten) verläuft nach destatis seit 2010 (bis 2016) proportional zur Steigerung der Fallzahlen (beide +8%). Bei genauerer Betrachtung zeigen sich jedoch im Detail unterschiedliche Entwicklungen. Seit 2010 erhöhte sich die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten im nicht ärztlichen Dienst lediglich um 6%, während die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten im ärztlichen Dienst um 17% stieg.

Gemäß Handelsblatt[7] erhöhten sich 2016 gegenüber 2015 die Anzahl der Behandlungsfälle um 1,4%. Zeitgleich stieg die Anzahl (in Vollzeitbeschäftigten) bei Ärzten um 2,3%, bei Beschäftigten im nicht ärztlichen Dienst um 3,2%, innerhalb dieser jedoch bei den Pflegekräften nur um 1,3%. Diese Entwicklung, insbesondere im nicht ärztlichen Bereich, führt laut ver.di zu einer Arbeitsverdichtung, der unter anderem mit der Forderung nach einer gesetzlich geregelten Personalbemessung begegnet werden soll.

Auswirkungen auf die Beschäftigten

Der Handlungsdruck und die verschärfte Ökonomisierung im Krankenhaus wirken sich direkt oder indirekt auf den einzelnen Beschäftigten aus. Eine mögliche Folge ist Arbeitsverdichtung, eine andere der Arbeitsplatzverlust, wenn beispielsweise aufgrund weiterer Spezialisierung einzelne Krankenhäuser oder Abteilungen geschlossen werden.

Handlungsmöglichkeiten der Arbeitnehmervertretung

Durch die zunehmenden Veränderungsprozesse und deren Begründungen ist die Beschäftigung mit betriebswirtschaftlichen Themen für Arbeitnehmervertretungen zum Alltagsgeschäft geworden.

Seit Anfang 2016 ist die Auskunft, ob Fördermittel aus dem Strukturfond beantragt sind oder ob dies geplant ist, als regelmäßige Information sinnvoll. Sind Mittel beantragt, kann die Arbeitnehmervertretung auf jeden Fall mit personellen, organisatorischen, also mitbestimmungsrelevanten Veränderungen rechnen. Aber auch ohne Fördermittel können betriebliche Änderungen wie Schließung, Verkauf, Restrukturierung, Outsourcing oder Reorganisation geplant sein. Diese werden in der Regel betriebswirtschaftlich begründet. Vielfach werden sie als alternativlos dargestellt, um effizienter zu werden und um im Wettbewerb überleben zu können.

Ist eine solche Maßnahme von der Krankenhausleitung geplant, kann der Betriebsrat – eventuell mit Unterstützung eines betriebswirtschaftlichen Sachverständigen – die geplante Maßnahme betriebswirtschaftlich bewerten und eine fundierte eigene Position erarbeiten.

CHECKLISTE

Folgende Vorgehensweise ist empfehlenswert:

1. Umfassende Information und detaillierte Erläuterung der geplanten Maßnahmen, einschließlich sämtlicher zugrunde liegender Annahmen.
2. Prüfung der Auswirkungen der Maßnahme auf
   a) die Beschäftigten,
   b) die Arbeitsabläufe und
   c) auf die wirtschaftliche und finanzielle Situation sowie
3. Entwicklung und Erörterung von Alternativen.

Diese betriebswirtschaftliche Bewertung der Maßnahme und möglicher Alternativen ist eingebunden in den gesamten Informations- und Beratungsprozess der Arbeitnehmervertretung mit der Krankenhausleitung. ◁

Andrea Rothkegel, betriebswirtschaftliche Sachverständige für Arbeitnehmervertretungen bei EWR-Consulting GmbH, Frankfurt.

6 ver.di-Positionspapier: Fachkräftemangel begegnen. Arbeitsbedingungen verbessern. Juni 2017.
7 Handelsblatt »Zahl der stationär behandelten Patienten steigt auf fast 20 Millionen«, 14.8.2017.

Einigungsstelle auf den Punkt

Steiner / Mittländer / Fischer (Hrsg.)
Einigungsstelle und Arbeitsgericht
Grundwissen für Betriebsratsmitglieder, Band 5 inkl. Online-Quiz
2018. 49 Seiten, kartoniert
€ 16,90
ISBN: 978-3-7663-6740-2

www.bund-verlag.de/6740

BUND VERLAG
kontakt@bund-verlag.de
Info-Telefon: 069/7950 10-20