

**Businessplan
zur Wirtschaftlichkeitsoptimierung
in den
Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg
2014 bis 2016**



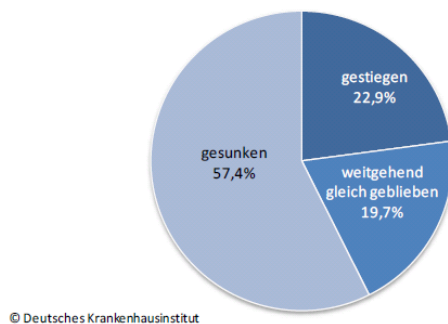
Inhalt

1 Ausgangslage und Zielsetzungen	3
2 Erlösentwicklung 2014-2016	5
3 Personalkosten	8
3 Sachkosten	18
3.1 Materialaufwand	18
3.2 Aufwand für bezogene Leistungen	20
3.3 Abschreibungen	21
3.4 Sonstige betriebliche Aufwendungen	22
4 Management Summary	24

1 Ausgangslage und Zielsetzungen

Bundesweit¹ haben in 2012 rd. 51% der deutschen Kliniken Verluste geschrieben. Die wirtschaftliche Situation hat sich damit gegenüber 2011 nochmals drastisch verschlechtert. So hat sich das Ergebnis um

Entwicklung des Jahresergebnisses 2012 im Vergleich zu 2011



57% von 2011 gegenüber 2012 verschlechtert. In kleinen Krankenhäusern bis 300 Betten sind die Ergebnisse tendenziell schlechter.

Nur 13% aller Kliniken beurteilen ihre wirtschaftliche Lage als gut. Für das Jahr 2014 erwarten lediglich 22% eine Verbesserung der Situation.

Die Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation ist auf viele Faktoren zurückzuführen. Kernfaktoren dabei stellen jedoch dar:

- Unzureichende Vergütung der Behandlungsleistungen
- Personal- und Sachkostensteigerungsraten liegen seit Jahren über der Erlössteigerungsrate
- Zu geringe Investitionsfinanzierung bei gleichzeitigem Investitionsstau
- Mangel an Ärzten und Pflegekräften führen zu teurem Einsatz von Leihpersonal
- Hohe Steigerungsraten bei speziellen Sachkosten wie Energieversorgung, Haftpflichtversicherungen
- Steigende Auflagen des Gesetzgebers ohne ausreichende Gegenfinanzierung (z.B. für Hygiene)
- Mindestbesetzungsproblematik in kleinen und mittleren Krankenhäusern
- Teure Notfallversorgung mit einer 24 h Vorhaltungsproblematik.

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg haben seit 2008 kontinuierlich die Wettbewerbsfähigkeit und damit die Erlöse gesteigert. Gleichsam wurde der mit 100 Betten vergleichsweise kleine Standort Jugenheim als Fachklinik neu aufgestellt. Auf medizinischer Seite erfolgt weiterhin eine kontinuierliche Weiterentwicklung, was jedoch nicht Schwerpunkt dieses Businessplans ist.

¹ Quelle: Krankenhaus Barometer 2013, DKI

Die Kreiskliniken sind medizin-strategisch mittlerweile gut positioniert und dem Erlöswachstum der vergangenen Jahre muss aufgrund der sich verschlechternden ökonomische Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen nunmehr eine weitere Kostenreduktion folgen.

Oberstes Ziel ist die Sicherung der Grund- und Regelversorgung im ländlichen Raum sowie ein Verbleib in kommunaler Trägerschaft, der langfristig nur gelingen kann, sofern ein ausgeglichenes Betriebsergebnis erzielt werden kann.

Der vorliegende Businessplan zeigt Einsparpotentiale innerhalb der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg für die folgenden Bereiche auf:

- Personalkosten, unterteilt nach
 - Ärztlicher Dienst
 - Pflegedienst
 - Medizinisch-Technischer Dienst
 - Funktionsdienst
 - Wirtschafts- und Versorgungsdienst
 - Technischer Dienst
 - Verwaltung (inkl. Sonderdienste)
- Sachkosten, unterteilt nach
 - Materialaufwand
 - Aufwand für bezogene Leistungen
 - Sonstige betriebliche Aufwendungen
- Abschreibungen

Dabei werden nur solche Potentiale dargestellt, auf die eine direkte Einflussmöglichkeit besteht. Gesetzlich bedingte Kostentreiber wie z.B. Hygienekosten müssen als gegeben angenommen werden.

Insgesamt erfolgt eine Betrachtung aus Gesamtunternehmenssicht und nicht getrennt nach den drei Gesellschaften Eigenbetrieb, Kreiskliniken-GmbH sowie Dienstleistungs-GmbH. Der Businessplan wurde dabei seitens des Managements sowie der Verwaltung der Kreiskliniken hausintern erarbeitet. Ebenso wurden die Chefarzte sowie die Pflegedienstleitung im Rahmen von drei Workshops sensibilisiert sowie bei der Potentialermittlung miteinbezogen. Hierbei ist ebenso zu konstatieren, dass aufgrund der hohen

Personalintensität Kostensenkungen zumeist mit Qualitätseinbußen einhergehen. Hier gilt es, ein ausgewogenes Verhältnis zu erreichen.

In die Umsetzungsplanung müssen alle relevanten Stakeholder aktiv einbezogen werden. Hierzu zählen nach Innen politische Mandatsträger, Führungskräfte und Mitarbeiter der Krankenhäuser ebenso wie der Gesamtbetriebsrat. Nur dann können alle Maßnahmen auch adäquat umgesetzt werden.

Nach Außen ist eine adäquate Kommunikationsstrategie zu wählen, da eine negative Presse aufgrund von Sanierungsmaßnahmen zumeist in Korrelation zu Fallzahlrückgängen steht.

2 Erlösentwicklung 2014-2016

Die Erlösentwicklung – gerade im Bereich der Somatik – ist zuletzt durch drei Themenbereiche beeinflusst:

- Optimale zeitliche Umsetzung struktureller Veränderungen
- Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben zum Klinikbudget
- Optimale Abbildung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in der Abrechnung.

In 2013 kam es aus unterschiedlichen Gründen teilweise (z.B. Schwierigkeiten in der Personalbeschaffung) zu einer verzögerten Inbetriebnahme neuer Leistungsbereiche in den Kreiskliniken. Die großen strukturellen Veränderungen, welche ab 2008 angegangen wurden, sind jedoch in den Jahren 2014 / 2015 weitgehend abgeschlossen und umgesetzt, so dass die Erlösentwicklung in den betroffenen Bereichen unabhängig hiervon betrachtet werden kann.

In den vergangenen beiden Jahren, wie auch in der Planung für das Jahr 2014, ist der gesetzlich vorgeschriebene Mehrleistungsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Umstand, der für die Kreiskliniken zur Unzeit kommt und eine erhebliche Schwächung ihrer Einnahmen bedeutet. Gerade in den Zeiten großen Wachstums der Kreiskliniken ist auf sog. „Mehrleistungen“, also die Erhöhung des Budgets im Vergleich zur Vorjahresvereinbarung, ein Abschlag in Höhe von 25% zu zahlen. Für das Jahr 2013 bedeutete dies eine Summe von rd. 1,34 Mio. €, die die Kreiskliniken an die Gesetzliche Krankenversicherung abführen müssen. Zudem ist für 2014, bevor der Mehrleistungsabschlag in 2015 (zunächst) aufgehoben wird, noch einmal die für 2013 ermittelte Summe erneut zu zahlen; bei zusätzlichen Mehrleistungen werden darüber hinaus weiterhin 25% Abschlag fällig.

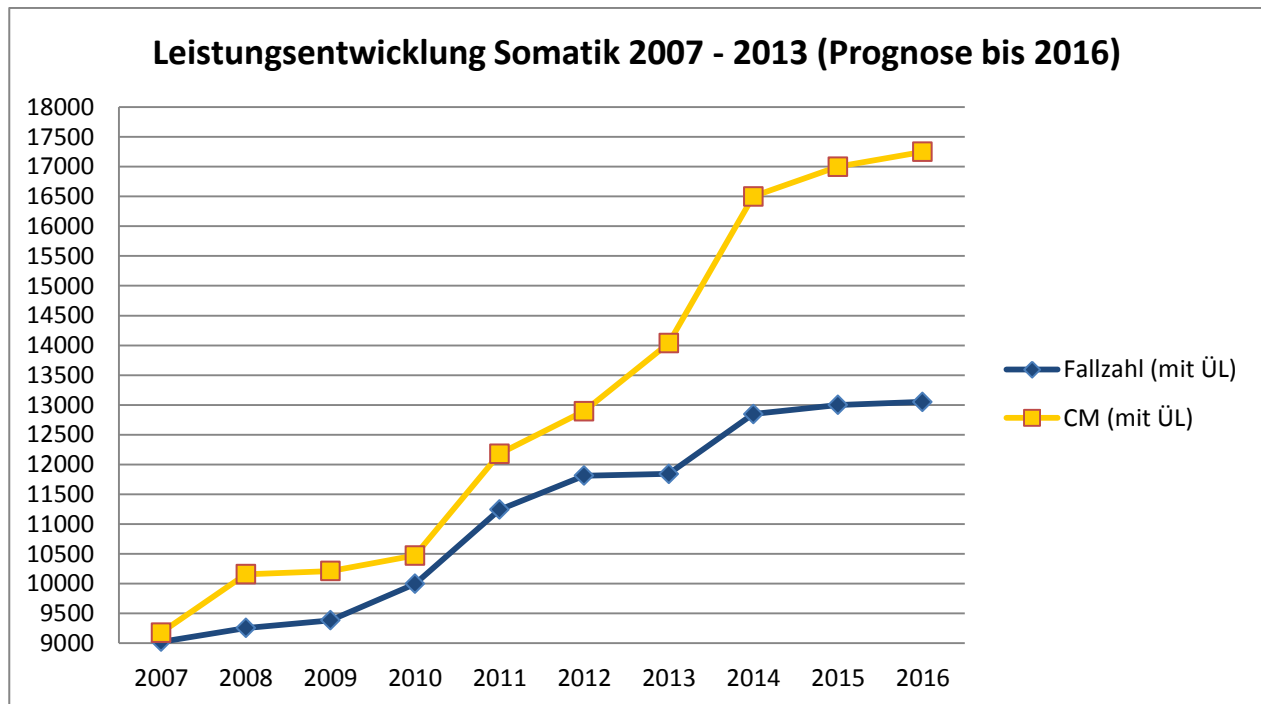
Aufgrund dieser wirtschaftlich bedrohlichen Größenordnung wurde von den Kreiskliniken alles unternommen, um für die Mehrleistungen die Durchsetzung eines Ausnahmetatbestandes im Rahmen der Budgetverhandlungen 2013 zu erreichen, so dass diese am 26.03.2014 vorläufig vor der Hessischen Schiedsstelle endeten. Hier konnte ein deutlicher Erfolg verzeichnet werden, denn die Schiedsstelle hat den geforderten Ausnahmetatbestand in vollem Umfang zugestanden. Dies bedeutet, dass sowohl für 2013, als auch für das Jahr 2014 jeweils 950T€ Mehrleistungsabschlag weniger zu zahlen sind als prognostiziert und im Wirtschaftsplan vorgesehen. Allerdings ist zu befürchten, dass die Sozialleistungsträger in Hessen diese Entscheidung anfechten und gegen die Schiedsstelle Klage vor dem Verwaltungsgericht erheben werden. Die positive Entscheidung der Schiedsstelle kann daher zunächst nur mit einer Risikorückstellung umgesetzt werden.

Der dritte Aspekt in der Erlösentwicklung ist die optimale Abbildung der tatsächlich erbrachten Leistungen am Patienten. Was wie eine Selbstverständlichkeit erscheint, ist in dem komplexen medizinischen Geschehen und der sich ständig verändernden Abrechnungsbestimmungen eine große Herausforderung.

Die Abbildung pflegerischer Leistungen bei Schwerstpflegefällen ist beispielsweise seit kurzer Zeit im DRG-System verankert. Wie oftmals bei neu eingeführten Abrechnungsbedingungen ist auch dieser zusätzliche Erlösanteil (PKMS) an eine umfangreiche und komplizierte Dokumentation gebunden. Dies hat in der Vergangenheit leider dazu geführt, dass nicht alle der tatsächlich behandelten Schwerstpflegefälle mit dem PKMS-Zusatzentgelt abgerechnet werden konnten. Die Einführung eines PKMS-Beauftragten in der Pflege zum 01.01.2014 hat nun dazu geführt, dass bereits im ersten Quartal 2014 eine deutlich größere Anzahl korrekt dokumentierter PKMS-Fälle zur Abrechnung gebracht werden konnte als im Vorjahr.

Zur Eruierung möglicher Mehrerlöse anhand einer verbesserten Fall-Kodierung haben sich die Kreiskliniken dem Benchmark von CLINOTEL angeschlossen. Hier werden in regelmäßigen Abständen klinikindividuelle Besonderheiten und Verbesserungspotentiale aufgezeigt. Das Medizincontrolling prüft die Vorschläge auf Plausibilität und Umsetzbarkeit und erarbeitet zeitnah eine Optimierung der Kodierung, wie auch eine Verbesserung der Verweildauer unter Einbeziehung des Casemanagements. Hier bestehen weitere Potentiale die sukzessive gehoben werden.

Auf Basis der bestehenden medizinischen Leistungsfelder sowie der strukturellen Weiterentwicklung der einzelnen Fachabteilungen ergibt sich für den Kernbereich Stationäre Krankenbehandlung in der Somatik ceteris paribus folgende prognostizierte Entwicklung in den Jahren 2014 bis 2016.



Die medizinisch-strategischen Weichenstellungen werden im Rahmen anderer Betrachtungen vertieft. Schwerpunkt des vorliegenden Businessplans sind Einsparungen auf Gesamtunternehmensebene unter Berücksichtigung der prognostizierten zukünftigen Erlöse.

3 Personalkosten

Ausgangslage und generelle Problemfelder

Die langjährige Problematik, dass die Tarifsteigerungen die Steigerungsrate der Erlöse übertreffen und damit die Schere zwischen Erlösen und Kosten immer weiter auseinander geht, kann nur auf der gesundheitspolitischen Makroebene beeinflusst werden. Dargestellt werden deswegen konkret beeinflussbare Handlungsoptionen auf der Mikroebene.

Eine erste Analyse der generellen hausindividuellen Problempunkte zeigt folgende Ergebnisse:

- Die Kreisklinik Groß-Umstadt muss als Notfallversorgungsstandort rund um die Uhr an 365 Tagen für diverse Bereiche wie z.B. Notfallaufnahme, Intensiv oder OP Personal vorhalten, obwohl die Auslastung über 24 Stunden nicht gleichbleibend hoch ist (teure Vorhaltungskosten). Dies führt insbesondere in den chirurgischen Kliniken sowie der Frauenklinik zu einer teuren Mindestbesetzung im ärztlichen Dienst, dem nicht ausreichend Fallzahlen entgegenstehen (Mindestbesetzungsproblematik). Aufgrund des bestehenden Sicherstellungsauftrages für die Notfallversorgung kann an dieser Problematik nichts geändert werden.
- Die seitens der Fachgesellschaften vorangetriebene, zunehmende Spezialisierung der klinischen Bereiche sowie die gesetzlichen Anforderungen führen zu einer immer weitergehenden Aufspreizung der fachärztlichen Hintergrunddienste. Dies verschärft nochmals die Mindestbesetzungsproblematik.
- Die baulich-gegebenen vergleichsweise kleinen Stationsstrukturen an der Kreisklinik Groß-Umstadt erfordern insbesondere im pflegerischen Bereich eine in der Summe höhere Besetzung wie bei einer Stationsstruktur mit 40 und mehr Betten. Einsparpotentiale im hohen sechsstelligen Bereich können erst mit Realisierung des Bettenneubaus gehoben werden.
- In den beiden anästhesiologischen Kliniken sind aufgrund der Arbeitsmarktsituation sowie der fehlenden vollumfänglichen Weiterbildungsermächtigung Ärzte überwiegend nur noch mit hohen Gehältern (z.B. Oberarztstelle) zu gewinnen. Dies verteuert die Durchschnittskosten im ärztlichen Bereich.
- Aufgrund gesetzlicher Auflagen müssen spezielle Bereiche ohne ausreichende Gegenfinanzierung wie beispielsweise Fachkräfte im Bereich der Hygiene vorgehalten werden.
- Bei Personalausfällen durch Krankheit, Schwangerschaft, durch Kündigungen oder dem Aufbau neuer Leistungsfelder muss oftmals auf externe Leihkräfte zurückgegriffen werden.

Die letzten Jahre waren durch ein deutliches Fallzahlwachstum aufgrund der Neuaufnahme von medizinischen Leistungsfeldern geprägt, so dass es im Personalbereich zwangsläufig zu einem Stellenaufwuchs gekommen ist.

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fallzahl	9.024	9.257	9.386	9.998	11.243	11.814	11.843	12.846	13.000	13.050
CaseMix	9.177	10.158	10.213	10.472	12.180	12.896	14.038	16.500	17.000	17.250
CM-Steigerung	-	10,7%	0,5%	2,5%	16,3%	5,9%	8,9%	17,5%	3,0%	1,5%

Vollkräfte *	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ärztlicher Dienst	64,1	63,4	67,0	70,1	88,3	103,3	113,3
Pflegedienst	167,3	162,3	166,1	169,4	207,3	241,7	265,4
Funktionsdienst	39,9	42,5	47,5	47,0	54,4	56,8	59,3
Medizinisch-technischer Dienst	77,1	74,9	78,0	78,8	94,7	101,2	104,0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	77,3	67,5	65,8	70,1	77,2	91,1	95,6
Technischer Dienst	11,1	9,8	9,3	10,1	11,0	10,8	10,7
Verwaltungsdienst (inkl. Sonderdienst)	40,5	42,2	42,9	39,1	42,7	45,1	45,7
Schüler	41,0	46,5	43,5	45,3	44,7	43,4	52,2
klinisches Hauspersonal	6,6	1,4	1,4	1,4	0,7	0,6	0,0
Gesamt	524,9	510,5	521,5	531,3	621,0	694,0	746,1

*(VK-Wert, um Unterbrechungen gekürzt)

Das Wachstum der Casemixpunkte (ohne Berücksichtigung der Psychiatrie) lag in 2013 gegenüber 2007 bei rd. 53%. Die Anzahl der Vollkräfte (inkl. Berücksichtigung der Psychiatrie) ist im selben Zeitraum um 42% gestiegen.

Weitere überdurchschnittliche Wachstumsraten sind 2014 sowie teilweise in 2015 nur in den erweiterten (Klinik für Geriatrie, Klinik für Orthopädie /ANO) oder neuen Kliniken (Zentrum für akute und postakute Intensivmedizin) zu erwarten. Das Wachstum bewegt sich hingegen in allen anderen Bestandskliniken perspektivisch auf einem branchenüblichen Niveau.

Ein branchenübliches Wachstumsniveau mindert spätestens ab 2015/2016 die Höhe der Mehrleistungsabschläge, was sich positiv auf zukünftige Ergebnisse auswirken wird. Zudem endet eventuell die gesetzlich vorgeschriebene teilweise Rückführung der Erlöse aus sog. Mehrleistungen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Aufgrund der wachsenden Schere zwischen Erlöszuwachs und Tarifsteigerung ist – ergänzend zu allen anderen Optimierungsmaßnahmen – ebenso eine Arbeitsverdichtung bzw. eine Steigerung der Pro-Kopf-Produktivität zielführend, um eine größere Wirtschaftlichkeit zu erzielen. Eine Steigerung der Produktivität

ohne gravierenden Qualitätsverlust ist nur bei einer Optimierung der Organisation und speziell der Kernprozesse möglich. Deswegen ist es elementar, die Kernprozesse parallel zur Arbeitsverdichtung in allen Bereichen kontinuierlich weiter zu optimieren.

Gleichsam setzen die Kreiskliniken bereits seit 2008 auf einen optimierten Qualifikationsmix und werden diesen auch zukünftig – insbesondere im pflegerischen Bereich – weiter ausbauen. Dieser gewährleistet eine Reduktion der Durchschnittspersonalkosten bei Wahrung einer ausreichenden Anzahl an Mitarbeitern im Gesamtsystem.

Ärztlicher Dienst

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg weisen aktuell insgesamt 12 Kliniken sowie eine HNO-Belegklinik auf.

Vollkräfte*	Durchschnittlicher Bestand 31.12.2013	Personalbedarf 2014	Mindestbesetzung	Differenz
Allgemeinchirurgie	8,70	8,70	ja	0,00
Plastische Chirurgie	3,84	2,43	ja	1,41
Unfallchirurgie	8,30	7,42	ja	0,88
Orthopädie	10,45	11,31	ja	-0,86
Gynäkologie	9,48	9,39	ja	0,09
Intensiv/Anästhesie	13,18	13,13	ja	0,05
Weaning	8,11	11,00	-	-2,89
Innere Medizin	36,60	35,96	-	0,64
Psychiatrie	13,05	14,00	-	-0,95
ANOA	1,00	2,61	-	-1,61
Radiologie	0,55	0,55	-	0,00
Gesamt	113,26	116,50	0,00	-3,24

Der durchschnittliche Personalbestand lag in 2013 bei rd. 113 Vollkräften. Der um rd. 3 Stellen höhere Bedarf ist durch den hohen Einsatz von Leihkräften zu relativieren. Insgesamt ergab sich dadurch eine deutlich finanzielle Mehrbelastung gegenüber dem Personalbedarf. Die Aufwendungen für Leihärzte betrugen rd. 1,2 Mio. Euro was umgerechnet rd. 12 Vollkräften entspricht. Unter Berücksichtigung der Kosten für externe Anästhesisten am Standort Jugenheim, wo seit vielen Jahren ein Dienstleistungsvertrag mit einem Anästhesienetzwerk anstelle von Anstellungsverhältnissen besteht, reduziert sich die Gesamtsumme nochmals um rd. 240.000 Euro/an. Insgesamt bestand damit in 2013 eine Unterdeckung in Höhe von rd. 650 TSD Euro oder rd. 6,5 Vollstellen die nicht durch Erlöse gedeckt waren.

In Kliniken mit Mindestbesetzung ist es aufgrund der Arbeitszeitgesetzproblematik (Abdeckung der Dienste) nicht möglich, den ärztlichen Personalbestand weiter zu reduzieren. Adäquates Mittel hierbei ist - sofern umsetzbar - eine weitere Fallzahlsteigerung bei gleichbleibendem Personaleinsatz (Produktivitätssteigerung). Ebenso müssen speziell bei diesen Kliniken Synergien mit dem Klinikum Darmstadt im Rahmen der angestrebten Fusion umfassend analysiert werden.

Zur notärztlichen Versorgung werden im Landkreis Darmstadt-Dieburg an den drei Standorten Dieburg, Groß-Umstadt und Jugenheim Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) 24 Stunden an 365 Tagen vorgehalten. Die ärztliche Besetzung der Fahrzeuge an den Standorten Dieburg und Groß-Umstadt wird durch qualifizierte Fachärzte der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sichergestellt.

Insbesondere für die Kreisklinik Groß-Umstadt als Notfallstandort ist die Besetzung des NEFs von strategisch großer Bedeutung. Dies obwohl, die vereinbarten Budgets mit den Kostenträgern nicht im vollem Umfang die anfallenden Kosten decken, da der Notarzt durch seine Festlegung in welches

nächstgelegene Krankenhaus der Patient gebracht wird, eine Schlüsselfunktion im Bereich der weiteren medizinischen Behandlung des Patienten inne hat.

Im Rahmen der Verhandlungen mit den Kostenträgern konnte durch die Neustrukturierung der beiden NEF-Standorte Dieburg und Groß-Umstadt für das Jahr 2014 ein deutlich verbessertes NEF-Budget in Höhe von insgesamt 850.000 Euro p. a. vereinbart werden. Zum Vorjahr bedeutet dies eine Budgetsteigerung von 17,50 %, die damit deutlich über der Steigerungsrate im Gesundheitswesen, die bei 2,81 % liegt, bewegt. Gegenüber der internen Kalkulation besteht noch eine Kostenunterdeckung in der Größenordnung von ungefähr 100.000 Euro. Wie auch beim Erlösbudget im Krankenhaus resultiert diese Kostenschere im wesentlich auf dem Unterschied zwischen Tarifsteigerung und festgelegter Steigerungsraten im Gesundheitswesen. Sie verschärft sich noch dadurch, dass der größte Ausgabenblock innerhalb des NEF-Budgets mit 95 % die Personalkosten sind. Damit liegen diese deutlich über der Personalkostenquote im Krankenhaus mit 60 % bis 70 %.

Pflegedienst

Vollkräfte*	Durchschnittlicher Bestand 31.12.2013			Personalbedarf 2014			Differenz
	GU	JU	Gesamt	GU	JU	Gesamt	
PD	209,83	55,61	265,44	220,63	70,00	290,63	-25,19

Im Jahresmittel 2013 waren in der Kreisklinik Groß-Umstadt rd. 210 Vollkräfte sowie in der Kreisklinik Jugenheim rd. 56 Vollkräfte angestellt. Dem gesamten Personalbestand von rd. 265 Vollkräften stand ein Personalbedarf von rd. 291 Vollkräften gegenüber. Auch hier muss jedoch in einer finanziellen Gesamtwürdigung der zusätzliche Einsatz von Leihkräften bei der Analyse miteinbezogen werden. So wurden in 2013 rd. 1,2 Mio. Euro für pflegerische Leihkräfte aufgewendet was umgerechnet rd. 24 Vollstellen entspricht. Der Personalbestand entspricht damit weitgehend dem Personalbedarf.

Ebenso erfolgt aufgrund des zunehmenden Qualifikationsmixes eine Verschiebung zwischen Stellen im Bereich des Pflegedienstes sowie des Funktions- oder Medizinisch-Technischen-Dienstes (z.B. Ersatz einer Pflegekraft durch eine Arzthelferin).

Funktionsdienst

Vollkräfte*	Durchschnittlicher Bestand 31.12.2013			Personalbedarf 2014			Differenz
	GU	JU	Gesamt	GU	JU	Gesamt	
FD	49,34	9,97	59,31	52,20	9,30	61,50	-2,19

Medizinisch Technischer Dienst

Vollkräfte*	Durchschnittlicher Bestand 31.12.2013			Personalbedarf 2014			Differenz
	GU	JU	Gesamt	GU	JU	Gesamt	
MTD	78,96	24,99	103,95	79,86	26,95	106,81	-2,86

Der Medizinisch-Technische-Dienst war im Jahresmittel 2013 ebenso wie der Funktionsdienst hinsichtlich Personalbedarf und Personalbestand weitgehend ausgeglichen bzw. etwas unterbesetzt. In diesem Bereich werden fast keine Leihkräfte – in 2013 insgesamt rd. eine Vollkraft - eingesetzt.

Wirtschafts- und Versorgungsdienst

Vollkräfte*	Durchschnittlicher Bestand 31.12.2013			Personalbedarf 2014			Differenz
	GU	JU	Gesamt	GU	JU	Gesamt	
WVD	84,73	10,88	95,61	84,26	10,86	95,12	0,49

Im Bereich des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes (z.B. Küche, Reinigung) entspricht die personelle Besetzung im Jahresmittel 2013 dem Bedarf.

Technischer Dienst

Vollkräfte*	Durchschnittlicher Bestand 31.12.2013			Personalbedarf 2014			Differenz
	GU	JU	Gesamt	GU	JU	Gesamt	
TD	7,82	2,89	10,71	9,28	2,00	11,28	-0,57

Gleiches gilt für den technischen Dienst.

Verwaltungsdienst inkl. Sonderdienst

Vollkräfte*	Durchschnittlicher Bestand 31.12.2013	Personalbedarf 2014	Differenz
VD	45,72	46,80	-1,08

Der Verwaltungsdienst inklusive Sonderdienst war im Jahresdurchschnitt 2013 mit einer Vollkraft unterbesetzt. Auch hier entspricht der Personalbestand weitgehend dem Personalbedarf.

Sämtliche weiteren Berufsgruppen sind bereits im Status-Quo entsprechend des notwendigen Personalbedarfes oder geringer besetzt. Speziell im ärztlichen Dienst ist jedoch ein umfassender Personalabbau aufgrund der teilweise kritischen Klinikgrößen sowie einer damit einhergehenden Mindestbesetzungsproblematik nicht umsetzbar. Der Einsatz von teuren Leihkräften muss jedoch auf ein Minimum reduziert werden.

Hinsichtlich einer Reduktion der Personalkosten können für die Jahre 2014 sowie insbesondere 2015 – auch unter Würdigung der prognostizierten Fallzahlsteigerungen – im Gesamtunternehmen nachfolgende Potentiale identifiziert werden:

Insgesamt können die Personalkosten in 2014 und insbesondere in 2015 um rd. 845.000 Euro gesenkt werden. Auf die einzelnen Berufsgruppen bezogen sind die Kostenpotential wie folgt verteilt:

- Version 06. Mai 2014

Weitere Problematiken und Lösungsansätze im Personalbereich

Anwendung von Opt-Out sowie effizienterer Personaleinsatz

Wie bereits im Bereich Personalkosten dargestellt, entstehen ein Teil der Personalkosten dadurch, dass in den Kliniken an 365 Tagen im Jahr eine ärztliche sowie pflegerische Mindestbesetzung vorgehalten werden muss. Zeitgleich sieht das Arbeitszeitgesetz vor, dass ein Arbeitnehmer im Durchschnitt von sechs Monaten eine Wochenarbeitszeit von 48 Stunden nicht überschreiten darf. Um dies zu erreichen, sind wie beschrieben Besetzungen vorzunehmen, denen nicht ausreichend Leistungszahlen entgegenstehen.

Das Arbeitszeitgesetz eröffnet die Möglichkeit, dass Arbeitgeber und -nehmer individualvertraglich eine höhere Wochenarbeitszeit als die im Arbeitszeitgesetz grundsätzlich vorgeschriebenen 48 Stunden vereinbaren, wenn in die Arbeitszeit erhebliche Zeiten des Bereitschaftsdienstes fallen. Ist das der Fall, kann die Wochenarbeitszeit auf bis zu 58 Stunden ausgeweitet werden. Eine solche Abweichung ist jedoch nur aufgrund eines Tarifvertrages oder durch eine Betriebsvereinbarung möglich, die auf Bestandteile des Tarifvertrages Bezug nimmt. Da die Kreiskliniken GmbH über keinen Tarifvertrag verfügt, war bisher die Opt-out-Vereinbarung nicht möglich. Es konnte jedoch im Jahr 2014 aufgrund der vorgenommenen Anpassungen mit dem Betriebsrat eine entsprechende Betriebsvereinbarung verhandelt werden. Nunmehr besteht eine Rechtsgrundlage zur individualvertraglichen Opt-Out-Vereinbarung.

Durch die mögliche Erhöhung der Wochenarbeitszeit kann gerade in den kleineren Kliniken mit weniger Köpfen der Dienstbetrieb aufrechterhalten werden, so dass die erforderliche Mindestbesetzung auch mit einer geringeren Überbesetzung erreichbar ist. Der Umfang hängt von der Opt-out-Bereitschaft der Arbeitnehmer/innen ab, die derzeit nach Schaffung der Rechtsgrundlage geklärt wird.

Aktuell wird mit einer externen Firma eine Überprüfung aller Dienstmodelle und auch eine Schulung der Dienstplaner vorgenommen, um eine noch effizientere Personaleinsatzplanung zu erreichen. Ziel ist, dass durch die vorgenommene Personaleinsatzplanung mit den vorhandenen Köpfen alle Dienste abgedeckt werden, ohne dass es zu einer Anhäufung von Mehrarbeitsstunden auf dem Arbeitszeitkonto kommt. Die avisierte Zeitschiene bis zur Umsetzung ist der 30.06.2014

Problematik Mehrarbeitsstunden und Lösungsansätze

Wie in allen Krankenhäusern besteht auch in den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg die Problematik der Mehrarbeitsstunden und der damit wachsenden Arbeitszeitkonten mit entsprechenden Rückstellungen in der Bilanz. Es gibt Mitarbeiter/innen, die ihre Stunden nicht abbauen oder abbauen können und deren Arbeitszeitkonto seit Jahren anwächst. Zeitgleich fallen aufgrund von kurzfristigen Personalausfalls oder aus anderen Gründen neue Mehrarbeitsstunden an, die nicht abgebaut werden können. Gerade bei

kurzfristigem Ausfall kann die Arbeit im Krankenhaus in den patientennahen Berufsgruppen nicht liegen bleiben, sondern es muss aufgrund der Mindestbesetzungsproblematik eingesprungen werden.

Damit besteht die Problematik der *Altstunden* als auch der neu entstehenden *Mehrstunden*.

Altstunden

Die Altstunden werden seit Jahren bilanziert, es bestehen umfangreiche Rückstellungen. Diese Altstunden unterliegen jedoch der Tarifsteigerung, so dass die Stunden selbst bei gleichem Status Quo auch wertmäßig steigen und damit zunehmend eine höhere finanzielle Belastung darstellen. Um dieser Wertsteigerung entgegenzutreten, wird derzeit die Einrichtung eines Lebensarbeitszeitkontos geprüft, auf die im Wege einer Betriebsvereinbarung alle Altstunden übertragen werden. Auf das Lebensarbeitszeitkonto würden die Stunden mit dem Stichtagswert übertragen werden, welche dann mit einer entsprechenden Werterhaltungsgarantie der Versicherung angelegt werden.

Die Einführung eines Lebensarbeitszeitkontos hätte den Vorteil, dass die Stunden auf dem derzeitigen Arbeitszeitkonto mit dem jetzigen Zeitwert auf das Lebensarbeitszeitkonto übertragen werden und damit ein weiterer Wertanstieg verhindert wird. In Bezug auf die Bilanz ist zwar auch bei Übertragung der Stunden auf die Lebensarbeitszeitkonten eine Rückstellung zu bilden, dieser steht aber das im Eigentum des Arbeitgebers befindliche Lebensarbeitszeitkonto auf der Aktivseite entgegen, so dass die Altstunden Bilanzneutral geführt werden können. Die avisierte Zeitschiene bis zur Umsetzung ist der 31.12.2014.

Mehrstunden

In Bezug auf die entstehenden neuen Mehrstunden wurde eine neue Betriebsvereinbarung verabschiedet. In Teilen des Krankenhauses, in dem der Arbeitnehmer seine Arbeitszeit flexibel einteilen kann wie in der Verwaltung, wurde eine freiwillige Deckelung der Mehrstunden vereinbart. Überschreitet das Arbeitszeitkonto des Mitarbeiters 25 Stunden, werden diese zum Jahresende gestrichen. Darüber hinaus werden individualvertraglich solche Deckelungen vereinbart. Dies betrifft jedoch nur rund 80 Mitarbeiter.

Bei den übrigen Mitarbeitern wurden verschärfte Genehmigungsprozesse eingeführt. Alle Stunden, die zum Jahresende das Arbeitszeitkonto um mehr als 25 Stunden überschreiten, werden ausgezahlt. Alternativ wird derzeit geprüft, ob auch diese Stunden auf ein Lebensarbeitszeitkonto übertragen werden können. Ziel ist es einerseits das Entstehen der Mehrarbeit zu kontrollieren und dem frühzeitig entgegenzuwirken, andererseits aber auch ein erneutes Anwachsen der Arbeitszeitkonten zu verhindern. Darüber hinaus würden die Stunden hierdurch Bilanzneutral geführt werden. Die avisierte Zeitschiene bis zur Umsetzung ist der 31.12.2014.

Problematik Urlaubsplanung und Lösungsansätze

Ab dem Jahr 2014 gilt eine neue Betriebsvereinbarung. Danach müssen alle Mitarbeiter 25 Tage ihres Jahresurlaubs bis Dezember des Vorjahres verbindlich planen und antreten. Eine Urlaubsübertragung wird überdies nur auf schriftlichen Antrag bis zum 31.03. des Folgejahres vorgenommen. Nur bei dringenden betrieblichen Belangen kann bis zum 30.06. der Alturlaub auf das Folgejahr übertragen werden. Damit werden zukünftig Rückstellungen im größeren Umfang für nicht genommenen Urlaub verhindert.

3 Sachkosten

Im Bereich der Sachkosten wurden im Rahmen der Sanierungsbemühungen alle Positionen vertieft geprüft und folgende, mögliche Einsparpotentiale nach Unterkategorien festgestellt.

3.1 Materialaufwand

Der Bereich Materialaufwand untergliedert sich in folgende Unterkategorien

- Lebensmittel
- Medizinischer Bedarf
- Wasser, Energie, Brennstoffe
- Wirtschaftsbedarf

Lebensmittel

Die Position Lebensmittel beinhaltet Babynahrung für die Geburtsstation sowie diverse Lebensmittelzukäufe aus dem Bereich Psychiatrie. Eine Einsparung in diesem Bereich erscheint nicht möglich, ist allerdings aufgrund der Gesamthöhe des Wareneinsatzes (rd. 11 TSD Euro im Jahr 2013) von untergeordneter Bedeutung. Potentiale bestehen hingegen bei der Speiseversorgung (siehe Wirtschaftsbedarf)

Medizinischer Bedarf

Im Bereich Medizinischer Bedarf sind Arzneimittel sowie alle sonstigen, für den medizinischen Bereich benötigten, Verbrauchsartikel abgebildet. Die einzelnen bezogenen Artikel wurden im Rahmen einer umfassenden Warenwirtschaftsanalyse für das Jahr 2013 aufgenommen. Auf Basis der ermittelten Einzelpreise finden derzeit Verhandlungen mit Lieferanten statt bzw. wurden Preisvergleiche mit anderen Einkaufsgemeinschaften angestellt.

So konnten allein für die Position Implantate in den Fachabteilungen Unfallchirurgie und Orthopädie mit den Hauptlieferanten Smith&Nephew und ImplanTech neue Lieferverträge zu günstigeren Konditionen ab dem 01.01.2014 abgeschlossen werden. Eine Einsparung in Höhe von mehr als 300 Tsd. EUR per anno ist hiermit bereits umgesetzt.

Ebenso umgesetzt ist ein neuer Vertrag zur Vollversorgung im Bereich Vakuumtherapie (Wundversorgung) mit der Firma KCI. Hier konnte, trotz steigender Behandlungstage, ein im Vergleich zum Vorjahr günstigerer Preis erzielt werden. Die Einsparung im Vergleich zum Vorjahr beträgt hier ca. 10 TSD Euro per anno.

Ebenso erfolgt in 2013 die Neuvergabe an eine Einkaufsgemeinschaft mit günstigeren Konditionen.

Bei gleichbleibendem Einkaufsvolumen (rd. 8 Mio. Euro/a) können ohne Änderung der Artikelstruktur voraussichtlich weitere Einsparungen in Höhe von rd. 400 TSD Euro per anno erzielt werden.

Bei einer Anpassung der Artikelstruktur (Wechsel auf günstigere oder Bündelung von Artikeln auf einen festen Anbieter bei gleichbleibender Qualität) wurden weitere 300 TSD Euro als Einsparpotential aufgezeigt.

Wasser, Energie und Brennstoffe

Zu den Aufwendungen im Bereich Wasser, Energie, Brennstoffe wurden neue, kostengünstigere Tarife nachverhandelt und abgeschlossen. Dies führt zu Einsparungen in den entsprechenden Bereichen:

Im Bereich Stromlieferung wird von einer Einsparung in Höhe von 40 TSD Euro/a ausgegangen.

Im Bereich Gaslieferung wird von einer Einsparung in Höhe von 58 TSD Euro/a ausgegangen.

Im Bereich Neuorganisation des Blockheizkraftwerkes in Jugenheim wird von einer Einsparung in Höhe von 50 TSD Euro/a ausgegangen. Diesen positiven Verhandlungsergebnissen steht allerdings eine gesetzlich bedingte Strompreiserhöhung in 2014 und den Folgejahren gegenüber, die den Effekt weitgehend aufzehrt. In der Kreisklinik Groß-Umstadt ist der Altbaubestand energetisch nachteilig. Der Ersatzneubau wird die Energiekosten nochmals reduzieren können.

Wirtschaftsbedarf

Im Bereich Wirtschaftsbedarf sind Einsparungen aufgrund niedrigerer Preise bei Wechsel der Einkaufsgemeinschaft zu erwarten. Diese sind allerdings aufgrund des Volumens in diesem Bereich marginal.

3.2 Aufwand für bezogene Leistungen

Der Bereich Aufwand für bezogene Leistungen ist unterteilt nach folgenden Unterkategorien:

- Speiseversorgung / Catering
- Untersuchungen in fremden Instituten und Konsile
- Honorare für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal
- Sonstige bezogene Leistungen / Reinigung durch fremde Betriebe

Speiseversorgung

Die Speiseversorgung wird durch die Dienstleistungs-GmbH sichergestellt. Die Abrechnung erfolgt anhand der tatsächlichen Beköstigungstage zu einem vertraglich festgelegten Preis. In 2014 sind dies 12,78 EUR pro Beköstigungstag. Der in 2014 geplanten Leistungsausweitung kann, ohne im gleichem Maße steigende Personalkosten, entsprochen werden, sodass der Preis pro Beköstigungstag um 1,34 EUR niedriger ist als der Wert für das Jahr 2013. Der Wareneinkauf im Bereich Küche/Cafeteria ist zur Zeit auch auf dem Prüfstand, sodass voraussichtlich ab dem Jahr 2015 weitere Einsparungen erzielt werden können, die bei rd. 60 TSD Euro/a liegen.

Untersuchungen in fremden Instituten und Konsile

Aufgrund des Leistungszuwachses sind in diesem Bereich keine Einsparungen umsetzbar, sondern ist umgekehrt mit Kostensteigerungen zu rechnen. Aktuell wird das radiologische Anforderungsverhalten durch einen externen Spezialisten auf Optimierungspotentiale analysiert. Ebenso soll das Konsilwesen analysiert werden.

Honorare für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal

In der Position Honorare für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal sind größtenteils die Personalkosten der Kreiskliniken-GmbH enthalten. Zu den Einsparungen wurde bereits unter Punkt Personalkosten Stellung genommen.

Sonstige Bezogene Leistungen

Im Bereich sonstige bezogene Leistungen wurden verschiedene Maßnahmen angegangen. So wurden die Zuschüsse an die Hebammen für die Haftpflichtversicherung auf 60% der Gesamtsumme reduziert. Dies führt zu einer Einsparung in Höhe von 25 TSD Euro/a.

3.3 Abschreibungen

Der Bau des Krankenhauses in Groß-Umstadt wurde im Jahr 1968 nach Fertigstellung in Betrieb genommen und auf 50 Jahre abgeschrieben. Das Gebäude wäre demnach im Jahre 2018 abgeschrieben.

Die zwischenzeitlich vorgenommenen, erheblichen Änderungen am Bestand sowie erstellte Neubauten, wurden bislang auf die Restnutzungsdauer des Gebäudes abgeschrieben. Da das Gebäude nicht nach einem Bettenhausneubau abgerissen wird, sondern Teilbereiche im Bestand vorhanden und genutzt bleiben, wurde die Restlaufzeit der Abschreibung, in enger Absprache mit den Wirtschaftsprüfern, auf das Jahr 2035 (zweiter und dritter Neubauabschnitt) gestreckt. Dies hat zur Folge, dass die geplante Abschreibung in den Jahren 2014 bis 2018 um rd. 1,5 Mio. Euro bis zu rd. 2 Mio. Euro sinkt.

3.4 Sonstige betriebliche Aufwendungen

Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen unterteilen sich in:

- Verwaltungsbedarf
- Instandhaltung
- Abgaben und Gebühren
- Mieten und Pachten
- Übrige betriebliche Aufwendungen
- Krankenpflegeschule
- Periodenfremde Aufwendungen

Im Bereich Verwaltungskosten werden die Kosten für externe Beratung weiter gesenkt.

Diverse Abonnements für Literatur werden überprüft und ggf. günstiger auf Onlinezugriff umgestellt oder gekündigt.

Kostenfreie Bewirtungen in Teilbereichen des Hauses, welche aus Prozess- oder Servicegründen gewährt wurden, werden eingestellt. Zudem werden aktuell Richtlinien erarbeitet, welche die innerbetriebliche Bewirtung weiter einschränken wird. Mit dieser Maßnahme wird eine Kostenreduktion in Höhe von rd. 20 TSD Euro pro Jahr angestrebt.

Durch den Umzug der Server vom Anbieter des Krankenhausinformationssystem (Nexus) in unser Haus entfallen die Kosten für die Standleitung. Unter Berücksichtigung der Anschaffung bzw. der erforderlichen Abschreibungen in eine eigene technische Infrastruktur können rd. 45 TSD Euro/a eingespart werden.

Die geplanten Aufwendungen für Instandhaltung bleiben aufgrund der Altersstruktur des Gebäudes auf dem gleichen Niveau wie in den Vorjahren. Tendenziell ist hier von steigenden Kosten auszugehen.

Bei den Abgaben und Gebühren konnte im Bereich Haftpflichtversicherung ein kostengünstigerer Vertrag nachverhandelt werden. Dies führt zu einer Einsparung von rd. 50 TSD Euro per anno.

Nach Einzug der Verwaltung in das Ärztehaus im Jahr 2015 werden sich im Bereich Mieten und Pachten die Kosten entsprechend erhöhen. Im Gegenzug werden die Betreiberkosten für das Parkdeck durch den Rückkauf sinken.

In den übrigen betrieblichen Aufwendungen sind insbesondere die Kosten für Fortbildung enthalten. In diesem Bereich sind aufgrund eines niedrigen Niveaus und gesetzlichen Anforderungen keine Einsparungen geplant.

Die Kosten der Krankenpflegeschule bewegen sich in etwa auf dem Vorjahresniveau.

Im Bereich Periodenfremde Aufwendungen sind aufgrund leistungsgerechter Abgrenzung keine Kosten und somit auch keine Einsparungen geplant.

Zusammenfassung Einsparung Sachkosten

In der Gesamtschau ergeben sich für 2014 und insbesondere 2015 nachfolgende Einsparpotentiale im Sachkostenbereich:

Nr. 	Maßnahme 	Umsetzung 	Effekt in EUR 
1	Kündigung - Zeitschriften-Abos	01.01.2014	1.000
2	Telefonkosten - Bündelung der Bestandsverträge	01.09.2013	3.000
3	IT - Kündigung KHZV-Benchmarks	01.01.2014	3.500
4	IT - Kündigung Digimed	01.01.2014	6.000
5	Reduktion Mietaufwand durch Rückkauf Parkdeck / zzgl. Abschreibung	01.10.2013	9.000
6	Med.Bedarf Vollversorgung Vakuumtherapie	01.04.2014	10.000
7	Bewirtung - neue Richtlinien	01.01.2015	10.000
8	Reduktion Abwassergebühren	01.01.2015	10.000
9	Haftpflichtversicherung Hebammen - Verringerung Zuschuss auf 60%	01.01.2014	25.000
10	Kündigung Arbeitgeberverband USB	01.01.2014	35.000
11	Stromvertrag - Neuverhandlung	01.01.2015	40.000
12	Entfall Standleitung zu Nexus (eigener Server unter Berücksichtigung AFA)	01.01.2014	45.000
13	Haftpflichtversicherung - Neuverhandlung	01.01.2014	45.000
14	BHKW JU - Neuverhandlung	01.01.2015	50.000
15	Gasvertrag - Neuverhandlung	01.01.2014	58.000
16	Neuverhandlung der Speisekosten	01.01.2015	60.000
17	Med.Bedarf Endoprothetik - Neuverhandlung	01.01.2014	300.000
18	Med.Bedarf allgemein - Bündelung und Substitution	01.01.2015	300.000
19	Neuvergabe der Einkaufsgemeinschaft	01.01.2015	400.000
20	Reduktion AFA nicht gefördert	31.12.2013	1.500.000

Insgesamt ergibt sich ein Einsparpotential von rd. 2,9 Mio. Euro per anno im Bereich der Sachkosten. Dieses wird im Wesentlichen ab den Jahren 2015 ff. wirksam.

4 Management Summary

Mehr als die Hälfte der Kliniken schreibt bundesweit Verluste; Tendenz steigend. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zusätzlich viele kommunale Kliniken die aufgrund des Betrauungsaktes formal noch ein ausgeglichenes Ergebnis ausweisen, bereits ebenso faktisch Verluste aufweisen. Im europäischen Ausland ist die wirtschaftliche Situation der Kliniklandschaft noch schlechter.

Die politische Maxime der Beitragsstabilität der Krankenkassenbeiträge wird die Situation auch in Zukunft nicht entschärfen. Krankenhäuser sind personalintensive Unternehmen. So machen die Personalkosten zwischen 60% und 70% der Gesamtkosten aus. Selbst durch Weiterentwicklungen in der Medizintechnik oder durch Prozessoptimierungen wird sich daran nur wenig ändern. Insbesondere die seit Jahren zunehmende Schere zwischen Erlös- und Tarifsteigerungen verschlechtern die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen drastisch. Hinzu kommt, dass Investitionen in den Ersatz oder Ausbau von Bauten oder Geräten seit langem nicht mehr vollumfänglich durch die Länder getragen werden. Sinkende Förderquoten, die nicht im DRG-System abgebildet sind, verschärfen so die wirtschaftliche Situation weiter.

Der Fachkräftemangel bei Ärzten und Pflegekräften verteuert einerseits die Personalsuche und auf der anderen Seite steigen Kosten für Leihpersonal drastisch an. Die EU-Arbeitszeitrichtlinie führt ebenso zu höheren Kosten ohne Gegenfinanzierung. Insbesondere kleine und mittlere Kliniken mit einer aufwendigen Notfallinfrastruktur sowie einer Mindestbesetzungsproblematik erleiden wirtschaftliche Nachteile.

Hohe, teilweise zweistellige Kostensteigerungsraten in spezifischen Bereichen wie Energieversorgung oder Haftpflichtversicherung sowie steigende Auflagen des Gesetzgebers ohne ausreichende Gegenfinanzierung tun ihr übriges. Die zunehmende Qualitätsbürokratie mit universitären Vorgaben für alle Kliniken ohne Gegenfinanzierung verteuert das System.

Auf der Erlösseite sind Planwirtschaft, hohe Mehrleistungsabschläge, Mehrerlösausgleiche oder Mindererlösausgleiche insbesondere nachteilig für Kliniken, die einen guten Patientenzuspruch verzeichnen. Die Kostenträger verfolgen die Maxime einer Erlösminderung. So werden bundesweit 17% der Krankenhausfälle durch den MDK geprüft².

² Quelle: Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Vorstandsinfo 05.02.14
Version 06. Mai 2014

Die Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg sind medizin-strategisch sehr gut aufgestellt und haben einen hohen, weiter steigenden Patientenzuspruch. Die eingeleiteten strategischen Maßnahmen zur Weiterentwicklung des medizinischen Spektrums erweisen sich von der Markt- wie von der Kundenseite her als erfolgreich. Dies wird seitens des überdurchschnittlichen Fallzahlzuwachses der letzten Jahre belegt.

Die Patientenversorgung wird für ein Haus der Grund- und Regelversorgung trotz Unterfinanzierung auf insgesamt hohem Niveau sichergestellt.

Der vorliegende Businessplan soll durch geeignete sowie umsetzbare Maßnahmen den aufgeführten Kostensteigerungen entgegenwirken, ohne dass perspektivisch deutliche Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung zu einer Abwärtsspirale am Markt führen. Langfristig werden sich nur Kliniken mit einer guten Qualität am Markt durchsetzen und halten. Trotz Sparmaßnahmen dürfen Investitionen in den weiteren Ausbau des medizinischen Spektrums nicht unterlassen werden. Nur ein attraktives Leistungsangebot sichert die Erlösseite.

Eine weitere Arbeitsverdichtung sowie ein zunehmender Qualifikationsmix in Verbindung mit optimierten Prozessen sind aufgrund der gegebenen Personalkostenintensität unvermeidlich. Die aufgezeigten Einsparpotentiale bei den Personalkosten im Volumen von rd. 845 TSD Euro per anno ermöglichen dennoch auch zukünftig eine adäquate Ergebnisqualität in der Patientenversorgung. Weitere Einsparungen führen tendenziell zu einer merklichen Qualitätsverschlechterung.

Auf der Sachkostenseite wurden erhebliche Einsparpotentiale im Umfang von rd. 2,9 Mio. Euro per anno identifiziert, die sukzessive umgesetzt werden können.

Insgesamt ermöglichen die aufgezeigten Einsparpotentiale trotz überproportional steigender Kosten ein Erreichen des Wirtschaftsplanes in 2014. Für 2015 kann ceteris paribus davon ausgegangen werden, dass sich das Ergebnis um mindestens 2 Mio. Euro verbessern wird. Durch eine flankierende Entschuldung seitens des Trägers in 2015 oder spätestens 2016 kann zusätzlich die hohe Kapitallast aus Altschulden in Höhe von rd. 1 Mio. Euro per anno beseitigt werden. Damit kann spätestens in 2017 ein ausgeglichenes Ergebnis erzielt werden.

Die vorliegende Businessplanung ist eine verbindliche Handlungsmaxime und wird in den nächsten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt sowie an die internen wie externen Entwicklungen und Herausforderungen angepasst. Dabei müssen alle tangierten Akteure an einem Strang ziehen, um die gesetzten Ziele zu erreichen.