Interessenverband
kommunaler
Krankenhäuser e.V.

DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Das erfolgreiche kommunale Krankenhaus

Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK)

Abschlussbericht des Deutschen Krankenhausinstituts

Astrid Hanneken, Stefan König, Jannis Pulm, Margit Schmaus, Petra Steffen und Karl Blum

Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V.
Schiffbauerdamm 8

10117 Berlin

www.ivkk.de

Ansprechpartner: Dr. Uwe Alschner

Tel.: 030/ 40054-102

Fax: 030/ 40054-101

E-Mail: berlin@ivkk.de

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

www.dki.de

Ansprechpartner: Dr. Karl Blum

Tel.: 0211/ 47 051-17

Fax: 0211/ 47 051-19

E-Mail: karl.blum@dki.de

Berlin, Mai 2010

DEUTSCHES KRANKENHAUS INSTITUT

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 3

Vorwort 7

Über den IVKK 9

Zusammenfassung der Studie 12

Einleitung 19

1.1 Hintergrund und Zielsetzung 19

1.2 Besonderheiten und Probleme kommunaler Krankenhäuser 22

1.2.1 Rechtsformen und politische Einflussnahme 22

1.2.2 Tarifstruktur und betriebliche Altersversorgung 29

1.2.3 Outsourcing und Insourcing 31

1.2.4 Investitionsfinanzierung 33

1.2.5 Vergaberecht 36

1. Sekundärdatenanalyse 37

2.1 Einführung 37

2.1.1 Ziele 37

2.1.2 Datenquellen und Methodik 37

2.2 Patientenversorgung 40

2.2.1 Anzahl Krankenhäuser / Betriebsstätten 40

2.2.2 Fallzahlen 43

2.2.3 Bettenanzahl 45

2.2.4 Intensivbetten 47
2.2.5 Medizinisch-technische Großgeräte 48
2.2.6 Fazit: Patientenversorgung 50
2.3 Regionalwirtschaftliche Aspekte 51
2.3.1 Anzahl Vollkräfte 51
2.3.2 Berufsgruppenverteilung 53
2.3.3 Ausbildung 54
2.3.4 Fazit: Regionalwirtschaftliche Aspekte 56
2.4 Kosten 57
2.4.1 Brutto-Gesamtkosten 57
2.4.2 Verteilung nach Kostenarten 58
2.4.3. Personalkostenarten 62
2.4.4 Fazit: Kosten 66
2.5. Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskennziffern 66
2.5.1 Fälle je Vollkraft 66
2.5.2 Kosten je Vollkraft 74
2.5.3 Kosten je Fall 83
2.5.4 Fazit: Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskennziffern 90
2.6. Zeitreihen 90
2.6.1 Trägerschaft 90
2.6.2 Fallzahlen 92
2.6.3 Vollkräfte 93
2.6.4 Fazit: Zeitreihen 95

2.7 Krankenhausorganisation und Strategie 95
2.7.1 Out- und Insourcing von sekundären Leistungsbereichen 95
2.7.2 Gestaltung von Chefarztverträgen 97
2.7.3 Unternehmensziele 99
2.7.4 Einflussfaktoren des Unternehmenserfolges 103
2.7.5 Fazit: Krankenhausorganisation und Strategie 106
2.8 Regionalanalyse 107
2.8.1 Regionsgrundtyp 107
2.8.2 Fazit: Regionalanalyse 112
2. Reanalyse des DKI Management Reports 113
3.1 Einführung 113
3.1.1 Ziele 113
3.1.2 Datenquellen und Methodik 113
3.2 Ökonomische Kennzahlenanalysen 116
3.2.1 Kapitalstruktur 116
3.2.2 Rentabilitätskennzahlen 120
3.2.3 Betriebsergebnisrate 121
3.2.4 Aufwandsintensität 123
3.2.5 Anlagenstruktur 125
3.2.6 Gewinnrücklagen 127
3.2.7 Fazit: Reanalyse des DKI Management Reports 128
3. Fallstudien und Experteninterviews 129
4.1 Einführung 129

4.1.1 Ziele 129
4.1.2 Methodik 129
4. 2 Erfolgsfaktoren kommunaler Krankenhäuser 130
4.2.1 Zusammenarbeit zwischen Träger und Geschäftsführung 130
4.2.2 Interne Entscheidungsstrukturen und -abläufe 132
4.2.3 Chefarztvorauswahl 132
4.2.4 Betriebsklima und Arbeitsatmosphäre 133
4.2.5 Personalbindung 133
4.2.6 Rückgriff auf externe Beratungsleistungen 134
4.2.7 Transparenz des Berichtswesens 134
4.2.8 Fazit: Erfolgsfaktoren kommunaler Krankenhäuser 135
4.3 Fallbeispiele 135
4.3.1 Standort A 135
4.3.2 Standort B 140
4.3.3 Standort C 147
4.3.4 Standort D 153
4.3.5 Standort E 157
4. Ausblick 163
5. Anhang 167
6.1 Siedlungsstrukturelle Regionstypen 167
6. Literatur 169
7. Abbildungsverzeichnis 171
8. Tabellenverzeichnis 178

Vorwort

Der Vorstand des IVKK begrüsst die durch das DKI und seine Studie erreichte Würdigung der zentralen Rolle kommunaler Kliniken für das deutsche Krankenhauswesen.

Kommunale Kliniken behandeln nicht nur die meisten Fälle in Deutschland, sie sind auch für die intensivmedizinische Versorgung der Patienten unverzichtbar, wo sie mehr als doppelt so viele Fälle versorgen wie Kliniken in privater Trägerschaft.

Gleichzeitig sind kommunale Kliniken neben frei-gemeinnützigen Krankenhäusern die Stütze der kostenintensiven Ausbildung von pflegerischen und medizinisch-technischen Nachwuchskräften.

Schließlich haben kommunale Kliniken, tarifliche und strukturelle Nachteile hinzunehmen, die sie in Bezug auf die Bezahlung und den Einsatz von Mitarbeitern sowie in der allgemeinen Unternehmensführung gegenüber privaten Klinikbetreibern erheblich einschränken.

Es ist vor diesem Hintergrund von doppelter Bedeutung, darauf hinzuweisen, dass die Kosten je Fall wie auch die Bruttogesamtkosten für kommunale Kliniken dennoch nicht signifikant von denen anderer Träger abweichen. Damit steht fest, dass die Frage der Wirtschaftlichkeit und der Ertragskraft in keiner Weise mit der Trägerstruktur eines Krankenhauses zusammenhängt!

Dies ist eines der wichtigsten Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie!

Grundsätzlich gilt, dass stationäre Versorgung schwerer und teurer Fälle in den größeren und Großen Kliniken stattfindet. Hier verfügen kommunale Krankenhäuser – abgesehen von den Universitätsklinika - über die größte Erfahrung und auch über die positivsten Kennziffern für die Patientenversorgung in Deutschland. Jede zweite Klinik dieses Typs befindet sich in kommunaler Trägerschaft. Eine kommunale Klinik in Deutschland verfügt im Durchschnitt über 342 Betten und ist damit fast um die Hälfte größer als „das durchschnittliche deutsche Krankenhaus“ (261 Betten). Die durchschnittliche Bettenzahl eines privaten Klinikbetriebes in Deutschland liegt bei 128 Betten. Acht von zehn Privatkliniken in Deutschland verfügen über weniger als 200 Betten. 85 Prozent aller Intensivbetten in Deutschland stehen in nicht primär gewinnorientierten, davon fast die Hälfte in kommunalen Krankenhäusern. Nur 14,7

Prozent dieser kostenaufwändigen und personalintensiven Betten stehen in privaten Kliniken.

Angesichts dieser Verhältnisse im Krankenhaussektor erscheint es dringend geboten, die Bewertung von ökonomischen Erfolgen differenzierter als bisher zu betrachten.

Wie die in der Studie dokumentierten Erfolgsbeispiele aus kommunalen Kliniken zeigen, gibt es eine Reihe von Faktoren, die für den erfolgreichen und bedarfsorientierten Betrieb eines kommunalen Krankenhauses von erheblicher Bedeutung sind. Hierzu zählen u.a. die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit einer nach fachlichen Kriterien besetzen kompetenten Geschäftsführung mit den zuständigen, sich auf die Wahrnehmung einer nicht-operativen Aufsichtsfunktion beschränkenden Vertretung der Trägerkommune. Weitere Erfolgsfaktoren liegen in der bedarfsorientierten Vernetzung und Verbündung von kommunalen Kliniken, die teilweise sogar kommunalpolitische Grenzen überschreiten können oder in der Anwendung von Formen der Mitbestimmung und Mitwirkung für die Belegschaft. Auch die Ausschöpfung von innovativen Formen der Partnerschaft eines kommunalen Klinikträgers mit privaten Kapitalgebern ohne die Aufgabe von betriebswirtschaftlichen Steuerungsbefugnissen für das Unternehmen sowie in eine engen und partnerschaftliche Zusammenarbeit und Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen zählt zu den Optionen, die sich einer Trägerkommune bieten, wenn sie ihr Krankenhaus für die erfolgreiche Zukunft rüsten will.

Eine Privatisierung ist jedoch nicht nur die wenig wünschenswerte, es ist oft auch die ökonomisch wenig ratsame Lösung. Welche Alternativen es gibt, wird mit dieser Studie, für deren Erstellung wir dem DKI und dem Forscherteam um Dr. Karl Blum sehr danken, eindrucksvoll aufgezeigt!

Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V.
Dr. Hansjörg Hermes
1. Vorsitzender

Über den IVKK

Der Interessenverband Kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK) versteht sich als unmittelbare Interessenvertretung der betriebswirtschaftlich-operativ verantwortlichen Leitungsorgane (Geschäftsführung, Vorstand o.ä.) kommunaler Krankenhäuser. Der IVKK erfüllt damit eine Funktion, die keine andere Organisation leistet. Aufgabe des IVKK ist es, die spezifischen Interessen kommunaler Krankenhäuser unabhängig von der Zugehörigkeit ihrer Trägerkommune zu einem kommunalen Spitzenverband zu artikulieren und gegenüber Politik, Verwaltung der Öffentlichkeit zu vertreten. Doppelarbeit zu anderen Organisationen im Bereich der Selbstverwaltung, als Tarifpartei, Einkaufsverbund oder als allgemeine berufsständische Vertretung usw. wird nicht nur nicht angestrebt, sondern explizit ausgeschlossen. In enger Kooperation mit hierfür existierenden Organisationen konzentriert sich der IVKK einzig und allein auf die Interessenvertretung für alle Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft.

Der Verband setzt auf eine Trägervielfalt mit einem starken, selbstbewussten kommunalen und damit am Gemeinwohl orientierten Krankenhausanteil. Er trägt mit seiner Arbeit dazu bei, die herausragende Leistung kommunaler Krankenhäuser für das Krankenhauswesen in Deutschland angemessen zu würdigen und zu erhalten.

Die Mitgliederversammlung des IVKK hat auf dieser Grundlage am 27. November 2009 in Stuttgart folgende Positionen verabschiedet:

- **Gesundheitsfürsorge ist zentraler Bestandteil der staatlichen Daseinsvorsorge. Öffentliche Krankenhäuser sind ein unverzichtbarer Bestandteil!**

Das deutsche Krankenhauswesen besteht traditionell aus einer Vielfalt von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern.

Das Rückgrat der stationären Gesundheitsfürsorge bilden die ganz überwiegend in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft befindlichen Krankenhäuser der Zentral- und Maximalversorgung und die Universitätskliniken.

Sie richten ihre Strukturen nicht primär am Profit aus, sondern an den langfristigen Versorgungsbedürfnissen. Hierzu gehört sowohl die Vorhaltung zur Behandlung von Notfällen als auch die Ausbildung des ärztlichen und pflegerischen Nachwuchses.

- **Das Gesundheitswesen ist kein sich selbst regulierender Markt - deshalb darf es auch nicht als solcher behandelt werden!**

Ein echter Markt lebt von der Freiheit der Entscheidungen. In einem funktionierenden Markt können die Anbieter ihr Angebot bezüglich Art und Umfang der Leistungen oder Güter und Preis frei gestalten. Die Kunden können zwischen den Angeboten wählen oder auch auf den Kauf verzichten.

Diese Voraussetzungen fehlen im Bereich der stationären Versorgung für jedermann offensichtlich:

- Vielfach gibt es nur ein Krankenhaus am Ort, bzw. die erforderliche Fachabteilung ist nur einmal vorhanden.
- Die Patienten sind fachlich kaum in der Lage die Leistungsangebote zu beurteilen, sondern sind auf die Beratung durch ihren Arzt und das medizinische Fachpersonal angewiesen.
- Der Preis für die Leistung spielt bei der Entscheidung des Patienten keine Rolle, da nicht er selbst, sondern eine Krankenversicherung die Kosten trägt.
- Zumindest im Bereich der Akut-Behandlungen kann der Patient auch nicht auf die Leistung verzichten.

Über diese in der Natur der Sache liegenden Besonderheiten hinaus ist das Gesundheitswesen in Deutschland in höchstem Maße staatlich reguliert:

- Der Zugang zum „Markt“ ist im Wesentlichen auf die bestehenden Anbieter beschränkt. Auch diese können ihre Angebotsstrukturen nur sehr eingeschränkt verändern.
- Die Preise sind staatlich festgeschrieben.
- Selbst die Anzahl der Betten bzw. der stationären Behandlungsfälle ist vorgegeben.

- **Wettbewerb ist sinnvoll - im Gesundheitswesen aber nur eingeschränkt möglich!**

Das Gesundheitswesen erfordert patientenindividuelle Leistungen. Wettbewerb muß hier in erster Linie um die Qualität der Leistungen für die Patienten stattfinden. Dies setzt motiviertes und qualifiziertes Personal voraus.

Neben dem Grundbedürfnis, mit ihrer Arbeit einen angemessenen Lebensunterhalt zu verdienen, zeichnet die Beschäftigten im Gesundheitswesen die Besonderheit aus, dass sie sich in ihrer beruflichen Arbeit kranken und hilfsbedürftigen Mitmenschen widmen wollen. Diese Zuwendung zu den Patienten ist wesentliche Motivation für die Tätigkeit, sowohl der Ärzte, mehr aber noch für die Beschäftigten in der Pflege.

Fällt die Möglichkeit zur Zuwendung zu den Patienten durch zu hohe Arbeitsbelastung weg, so sinkt auch die Motivation und damit auch die Qualität der Behandlung.

Als weitere Folge entscheiden sich weniger junge Menschen für einen Beruf im Gesundheitswesen.

- **Reine Gewinnorientierung nützt weder den Patienten, noch der Allgemeinheit!**

Auch Kommunale Krankenhäuser sind dem Prinzip wirtschaftlicher Betriebsführung verpflichtet und müssen positive Betriebsergebnisse erzielen.

Gleichberechtigt neben diesem Ziel steht jedoch die Gemeinwohlverpflichtung. Im Zweifelsfall geht Patientenwohl vor Gewinnmaximierung.

Die fachliche Beratung der Patienten wird nicht durch sachfremde ökonomische Vorgaben bestimmt. Schließlich kommen Überschüsse aus dem Betrieb eines kommunalen Krankenhauses direkt und indirekt den Bürgerinnen und Bürgern der Kommune zugute.

Forderungen des IVKK an die Gesundheitspolitik 2010

- Klare gesetzliche Definitionen des Umfangs des staatlichen Sicherstellungsauftrags für die stationäre Krankenhausbehandlung und für integrierte Versorgungskonzepte
- Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung damit in Zukunft wieder qualifizierte und motivierte Pflegekräfte und Ärzte gewonnen werden können.
- Ausgereifte, länger stabile, verlässliche und eindeutige gesetzliche Regelungen mit ausreichender Vorlaufzeit für eine sachgerechte Umsetzung.
- Verzicht auf flächendeckende Experimente

Zusammenfassung der Studie

- *Der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK) hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) beauftragt, die Situation und Erfolgsbedingungen speziell von kommunalen Krankenhäusern eingehender zu untersuchen. Die Studie umfasst drei methodische Ansätze: eine Analyse der amtlichen Krankenhausstatistik, eine Kennzahlenanalyse von Jahresabschlussdaten und Fallstudien erfolgreicher kommunaler Krankenhäuser. Zentrale Themengebiete sind hierbei versorgungspolitische und regionalwirtschaftliche Aufgaben, Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit.*

Analyse der amtlichen Krankenhausstatistik

- *Die kommunalen Krankenhäuser tragen wesentlich zur Patientenversorgung bei. Sie stellen insbesondere im intensivmedizinischen Bereich sowie in der Schwerpunkt- und Spezialversorgung die Behandlung der Patienten sicher. Dies spiegelt sich insbesondere in der Marktführerschaft bei den Fall- und Bettenzahlen sowie der Zahl der Intensivbetten und Großgeräte wieder. Die Marktposition konnten die kommunalen Krankenhäuser halten, obwohl sich die Marktanteile der kommunalen und privaten Krankenhäuser, gemessen an Betriebsstätten, infolge der zunehmenden Privatisierung in der Zeit von 1999 bis 2008 nahezu angeglichen haben.*
- *Die verschiedenen Träger decken unterschiedliche Marktsegmente ab. Die kommunalen Träger haben einen überproportionalen Anteil an Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten und spielen somit für die Schwerpunkt- und Spezialversorgung eine herausragende Rolle. Die privaten Träger halten überwiegend kleinere Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten vor. Diese Krankenhäuser haben sich vielfach auf bestimmte Leistungen oder eine bestimmte Patientenklientel spezialisiert oder haben keine bzw. einen eingeschränkten Versorgungsauftrag für gesetzlich Krankenversicherte.*

- *Die kommunalen Krankenhäuser stellen unter regionalwirtschaftlichen Aspekten den zentralen Arbeitgeber im Krankenhaussektor dar. Darüber hinaus übernehmen sie bei der Ausbildung eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe und gewährleisten die Nachwuchssicherung beim nicht-medizinischen Personal. Die kommunalen Krankenhäuser sind, trotz rückläufiger Personalzahlen, führend nach Personalzahlen und stellen den höchsten Anteil an Ausbildungsplätzen.*
- *Die kommunalen Krankenhäuser arbeiten genauso wirtschaftlich wie die anderen Trägergruppen und haben ähnliche hohe Kosten je Fall wie die anderen Krankenhäuser. Aufgrund der strukturellen Nachteile und ihrer gemeinwohl-orientierten Zielsetzung fallen die Personalkosten in kommunalen Krankenhäusern höher aus. Die Sach- und Zinskosten je Fall liegen jedoch unter denen der privaten Krankenhäuser.*
- *Die Leistungsfähigkeit kommunaler Krankenhäuser ist vergleichbar mit der von anderen Krankenhausträgern. Die kommunalen Krankenhäuser behandeln durchschnittlich ähnlich viele Fälle je Vollkraft wie die anderen Trägergruppen. In den kleinen kommunalen Krankenhäusern bis 199 Betten versorgen die verschiedenen Berufsgruppen sogar mehr Fälle als in den Krankenhäusern anderer Träger.*
- *Bei allen Trägergruppen dominieren sowohl in der Wichtigkeit als auch im Zielerreichungsgrad qualitätsorientierte Unternehmensziele. Den kommunalen Krankenhäusern sind darüber hinaus gemeinwirtschaftliche Ziele wie die Bevölkerung umfassend medizinisch zu versorgen und Arbeitsplätze zu schaffen und zu erhalten besonders wichtig. Demgegenüber streben die privaten Krankenhäuser erwartungs-gemäß ökonomische Ziele wie die Gewinnerzielung oder eine möglichst hohe Kapitalrendite an. Die verschiedenen Trägergruppen sind durch ihre unterschiedliche Zielsetzung nur begrenzt vergleichbar.*
- *Die kommunalen Krankenhäuser tragen wesentlich zur flächendeckenden und wohnartnahen Versorgung bei. Insbesondere im ländlichen Raum wird die Versorgung der Bevölkerung durch die kommunalen Krankenhäuser sichergestellt. Hier wird insbesondere die Behandlung von schwereren Fällen durch die großen kommunalen Krankenhäuser gewährleistet. Die kommunalen Krankenhäuser sind*

anders als andere Träger in allen Regionen stark präsent und im ländlichen Raum vorherrschend.

Kennzahlenanalyse von Jahresabschlussdaten

- *Die Kapitalstrukturen (Eigenkapital-, Fremdkapital- und Sonderpostenquote) aller drei Trägerformen zeigen trotz ihrer unterschiedlichen Zielausrichtungen keine starken Abweichungen. In den einzelnen Trägergruppen sind allerdings zum Teil starke Unterschiede in den Kapitalstrukturen zu erkennen. Es gibt sowohl in Krankenhäusern kommunaler als auch privater Trägerschaft sehr solide bzw. weniger solide finanzierte Einrichtungen.*
- *Die unterschiedlichen Zielausrichtungen der verschiedenen Trägergruppen spiegeln sich auch in den Rentabilitätskennzahlen und den Betriebsergebnissen wieder. Bei kommunalen Krankenhäusern steht die adäquate medizinische Versorgung der Gesamtbevölkerung und das Interesse aller Beteiligten im Vordergrund. Die bedarfsgerechte Versorgung wird im Gleichgewicht zwischen Gemeinnützigkeit und Wirtschaftlichkeit erbracht. Krankenhäuser in privater Trägerschaft erreichen aufgrund ihrer ökonomischen Ziele der Gewinnerzielung bzw. Gewinnausschüttung erwartungsgemäß höhere Werte bei den Kennzahlen. Die Streuung der Betriebsergebnisrate nach Trägerschaft zeigt jedoch auch, dass der Erfolg der Krankenhäuser in privater Trägerschaft am stärksten variiert und durchaus auch negative Betriebsergebnisse verzeichnet werden.*
- *Alle Träger erzielen bei den Aufwandsintensitäten positive Ergebnisse. Kommunalen Krankenhäusern gelingt es, diese Ergebnisse zu erzielen, obwohl sie z.B. durch Tarifvertragsbindungen strukturell im Vergleich zu privaten Trägern benachteiligt sind.*
- *Die Anlagenstruktur ist bei allen drei Trägerformen positiv zu beurteilen. Das Anlagevermögen freigemeinnütziger oder kommunaler Krankenhäuser ist etwas älter als das privater Träger. Die Krankenhäuser sind aufgrund der Abnahme öffentlicher Investitionsfördermittel zunehmend gezwungen auf alternative Finanzierungsformen zurückzugreifen. Krankenhäuser in privater Trägerschaft können sich einfacher am*

Kapitalmarkt bedienen, um Ersatzinvestitionen zu tätigen, womit die vermeintlich bessere Anlagenstruktur der privaten Krankenhäuser zu erklären ist.

- *Kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser bilden im Vergleich zu privaten Krankenhäusern Gewinnrücklagen. Diese fließen in Form von Investitionen wieder in das Unternehmen zurück. Private Krankenhäuser schütten ihre Gewinne i. d. R. an die Anteilseigner aus und verfügen daher kaum über Gewinnrücklagen.*
- *Entgegen der Aussagen vergleichbarer Studien ist eine rein ökonomische Beurteilung des Erfolgs aufgrund der wesentlichen Unterschiede sowohl in den Zielsystemen als auch in den Rahmenbedingungen der verschiedenen Krankenhausträger nicht möglich. Das belegen die großen Differenzen bei der Kennzahlenanalyse zwischen den Trägern sowie innerhalb einer Trägerschaft eindrucksvoll.*

Fallstudien erfolgreicher Krankenhäuser

- *Ein maßgeblicher Erfolgsfaktor kommunaler Krankenhäuser ist die Umwandlung von einer öffentlichen in eine private Rechtsform. Infolgedessen werden veraltete, an Verwaltungsvorbildern orientierte Organisationstrukturen abgelöst und die Krankenhäuser unabhängig von der Kommunalverwaltung geführt. Sie werden als rechtlich und wirtschaftlich eigenständige Unternehmen betrieben und als solche auch von der Politik akzeptiert. Der Einfluss der Kommunen hat sich verringert, da das Unternehmen Krankenhaus zunehmend als wichtiger Wirtschaftsfaktor der Region eingestuft wird.*
- *Die kommunale Trägerschaft sichert die strukturelle Weiterentwicklung des Krankenhauses im Sinne des öffentlichen Interesses. Hier ist insbesondere der Beitrag zur Beschäftigungssicherung am Standort zu nennen. Durch regelmäßige Investitionen in das kommunale Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus werden viele Arbeitsplätze gesichert.*
- *Die übergeordneten kommunalpolitischen Gremien übernehmen die Rolle des Interessenvertreters und Moderators: Entscheidungen bezüglich des Krankenhauses werden unabhängig von parteipolitischen Interessen gefällt. Die anstehenden*

Themen werden in den kommunalpolitischen Gremien zwar kritisch diskutiert, die eingereichten Vorschläge der „Vor-Ort-Zuständigen“ werden jedoch in der Regel übernommen. Dabei erfolgt eine strikte Trennung der jeweiligen Aufgabenbereiche.

- *Erfolgreiche kommunale Krankenhäuser weisen eine strikte und klar gegliederte Aufgabenverteilung in der Krankenhausführung auf. Es existiert jedoch eine zentrale Figur in der Form eines „Letztentscheiders“, der ähnlich der Definition eines alleinvertretungsberechtigten Geschäftsführers einer GmbH agiert. Auch seitens des Trägers genießt die Geschäftsführung weitgehende Handlungsfreiheit.*
- *Erfolgreiche kommunale Krankenhäuser zeichnet eine herausragend gute Zusammenarbeit sowohl zwischen allen hierarchischen Ebenen, über Parteigrenzen hinweg als auch innerhalb der gleichen hierarchischen Ebene aus. Die gute Zusammenarbeit – auch mit den Trägern – ist gleichzeitig Indikator und Garant für den Erfolg. Die Führung lässt sich durch eine positive freiheitliche Führung mit gleichzeitig klaren Zielvorgaben beschreiben. Daraus leitet sich die Motivation aller Beteiligten ab und dies beflügelt die Mitarbeiter zu Höchstleistungen weit über das normale Maß hinaus. Eine gute, offene und angstfreie Kommunikation sorgt für ein optimales Betriebsklima. Mittels diverser Angebote von Arbeitgeberseite zur Fort- und Weiterbildung der angestellten Mitarbeiter erhält das Krankenhaus hoch motivierte und gleichzeitig gut ausgebildete/fortgebildete Mitarbeiter.*
- *Erfolg ist in kommunalen Krankenhäusern im Wesentlichen eine Frage der Wertschätzung der Mitarbeiter und der Qualität der Führung. Hohe soziale Kompetenz, sozialer Anspruch und absolute Verlässlichkeit stehen dabei im Vordergrund. Nachhaltigkeit und Kontinuität bestimmen dabei das Bild kommunaler Krankenhäuser und tragen wesentlich zur Zielerreichung bei.*
- *Als Grundlage für das strategische Handeln dienen Masterpläne bzw. Strategiepläne. Allen zentralen unternehmerischen Entscheidungen liegt ein (flexibles) Konzept zu Grunde. Bei der Erstellung von Gutachten sowie bei der Umsetzung von erforderlichen Maßnahmen greift man auf externe Berater zurück.*
- *Erfolgreiche kommunale Krankenhäuser greifen auf neue, hoch innovative Vorgehensweisen zurück. Das Abweichen von klassischen Strukturen sowie das*

Beschreiten neuer Wege werden somit erleichtert. Auch hinsichtlich der Aufbauorganisation und der Zuweisung von Entscheidungskompetenzen lassen sich nennenswerte Unterschiede zu einer klassischen Aufbauorganisation ausmachen: Entscheidungskompetenzen sind klar gegliedert und erlauben somit den Krankenhäusern schnelle und flexible Reaktionen auf Marktveränderungen.

Ausblick

- *Kennzeichnend für das deutsche Krankenhauswesen ist die große Trägervielfalt von öffentlichen bzw. kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern. Die Trägervielfalt in der Krankenhausversorgung wird auch künftig im Grundsatz erhalten bleiben, selbst wenn sich die Marktanteile zwischen einzelnen Trägergruppen verschieben sollten. Die einzelnen Trägergruppen werden weiterhin spezifische Marktsegmente bzw. Versorgungsschwerpunkte besetzen. Gemessen an den Personal-, Betten- und Fallzahlen werden die kommunalen Krankenhäuser langfristig Marktführer bleiben. Sie werden weiterhin sowohl in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung als auch in der flächendeckenden Spezial-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung umfassend präsent sein.*
- *Die Trägerschaft ist nicht zwingend ein Garant für Erfolg oder Misserfolg, für Effizienz oder Unwirtschaftlichkeit. So zeigen sich auch innerhalb der Trägergruppen deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit. Vor allem bei den privaten und kommunalen Krankenhäusern gibt es sehr große Unterschiede innerhalb der Trägergruppe. In beiden Gruppen gibt es sowohl sehr erfolgreiche als auch weniger erfolgreiche Krankenhäuser.*
- *Die übergeordnete Unternehmensausrichtung von Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft dürfte einer völligen Angleichung von Unternehmensstrategien und operativen Maßnahmen zu ihrer Umsetzung gewisse Grenzen setzen: Für die privaten Krankenhäuser werden die ökonomischen Ziele wie die Erhöhung des Umsatzes oder Gewinns aufgrund ihrer eher erwerbswirtschaftlich Ausrichtung auch weiterhin eine höhere Priorität haben als für Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Demgegenüber werden die stärker gemeinschaftlich*

orientierten öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser regionalwirtschaftlichen und versorgungspolitischen Zielen teilweise eine gleichrangige oder ggf. höhere Bedeutung zumessen als die privaten Krankenhausträger.

- *Vor diesem Hintergrund kann somit nicht geschlussfolgert werden, dass erwerbswirtschaftlich ausgerichtete Krankenhäuser generell erfolgreicher sind als gemeinwirtschaftlich orientierte Krankenhäuser und umgekehrt. Vielmehr sind bei einem Vergleich von Trägergruppen stets auch die übergeordneten Unternehmensziele in Rechnung zu stellen.*

Einleitung

1.1 Hintergrund und Zielsetzung

Das deutsche Krankenhauswesen ist durch eine große Trägervielfalt von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern geprägt. Die Anteile der verschiedenen Trägergruppen verändern sich seit den 1990er Jahren zunehmend. So ist in eine Verschiebung von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu privaten Krankenhäusern feststellbar. Zumindest gemessen an der Anzahl der Krankenhäuser haben sich die Anteile der privaten und kommunalen Allgemeinkrankenhäuser mittlerweile angeglichen. Die verschiedenen Trägergruppen decken dabei allerdings tendenziell unterschiedliche Marktsegmente bzw. Versorgungsschwerpunkte ab. So sind die privaten Krankenhausträger vor allem unter den eher kleineren Krankenhäusern überrepräsentiert. Dabei handelt es sich vielfach um Häuser, die sich auf bestimmte Leistungen oder eine bestimmte Patientenklientel spezialisiert haben oder keinen oder einen eingeschränkten Versorgungsauftrag für gesetzlich Versicherte aufweisen. Demgegenüber sind öffentliche bzw. kommunale Krankenhäuser unter den großen Krankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung deutlich in der Überzahl. Infolgedessen entfällt auf die Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft jeweils ein großer Teil der Krankenhausbetten, des Personals und der Patienten. Die zentrale Bedeutung der kommunalen Krankenhäuser für die stationäre Versorgung in Deutschland wird damit deutlich.

Nichtsdestotrotz sind die kommunalen Krankenhäuser in den vergangenen Jahren zunehmend in die Defensive bzw. Kritik geraten. Verschiedene Studien bescheinigen den privaten Krankenhäusern eine vermeintlich höhere Wirtschaftlichkeit und Produktivität und stellen die Zukunftsfähigkeit kommunaler Krankenhäuser in Frage.[1] Dabei lassen die Studien jedoch bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen unberücksichtigt. So weist ein Teil der kommunalen Krankenhäuser häufig noch strukturelle Nachteile auf, die durch andere rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. in der Rechtsform oder im Personal- und Tarifrecht), einer geringeren Eigenkapitalausstattung und eines größeren Investitionsstaus entstehen. Zudem gibt es strukturelle Besonderheiten wie den traditionell starken Einfluss von Personalräten und politischen Entscheidungsträgern bzw. Gremien auf Strategie und

[1] Vgl. Augurzky et al. 2009; Accenture 2006

Management des Unternehmens, überkommene Personal- und Organisationsstrukturen sowie unterentwickelte Vernetzung oder Verbindung mit potentiellen Partnern.[2]

Darüber hinaus berücksichtigen die vorhandenen Studien die unterschiedlichen Zielsetzungen und Strategien der verschiedenen Trägergruppen oftmals nicht in ausreichendem Maße. So haben beispielsweise in Häusern privater Trägerschaft ökonomische Denk- und Handlungsmuster auf Grund ihrer erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung teilweise früher und nachhaltiger Einzug gehalten als in anderen Trägergruppen. Umgekehrt haben bei kommunalen Kliniken gemeinwirtschaftliche Ziele eine größere Bedeutung als bei privaten Krankenhäusern.

Bei der Diskussion und Würdigung wirtschaftlich erfolgreicher Krankenhäuser wird zudem häufig außer Acht gelassen, dass es auch zahlreiche kommunale Krankenhäuser gibt, die eine vorbildliche Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit aufweisen. Diese stehen damit, anders als die privaten Klinikketten, in der Regel nicht im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Noch seltener sind fundierte Analysen, warum und unter welchen Bedingungen öffentliche Krankenhäuser erfolgreich wirtschaften und welche Maßnahmen sie ergriffen haben, um sich in dem wettbewerbsintensiven Markt zu behaupten.

Vor diesem Hintergrund hat der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) beauftragt, Situation und Erfolgsbedingungen speziell von kommunalen Krankenhäusern eingehender zu untersuchen. In Umsetzung dieser allgemeinen Aufgabenstellung verfolgt die vorliegende Studie konkret die folgenden Ziele:

- Erstens soll der Beitrag der kommunalen Krankenhäuser sowohl für die Grund- und Regelversorgung als auch für die Spezial- und Zentralversorgung analysiert werden.
- Zweitens soll die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der kommunalen Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Trägergruppen anhand kontrollierter statistischer Sekundäranalysen untersucht und dargestellt werden.
- Drittens sollen erfolgskritische Faktoren, also Einflüsse, die sich begünstigend oder hemmend auf den wirtschaftlichen Erfolg und die Leistungsfähigkeit von

[2] Vgl. Bundesärztekammer 2007

Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft auswirken, identifiziert, analysiert und anhand ausgewählter Beispiele illustriert werden.

In Umsetzung der zentralen Forschungsziele sind im Projekt drei verschiedene Forschungsansätze zum Einsatz gekommen:

- Modul I: Sekundärdatenanalyse der amtlichen Statistik und des DKI-Krankenhaus Barometers
- Modul II: Reanalyse des DKI-Management-Reports
- Modul III: Fallstudien / Expertenbefragungen in ausgewählten kommunalen Krankenhäusern

Einzelheiten zur Methodik können den jeweiligen Kapiteln entnommen werden.

Für die Fallstudien wurden insgesamt fünf Krankenhäuser ausgewählt. Im Einzelnen haben sich die folgenden Häuser an der Untersuchung beteiligt:

- Krankenhäuser des Landkreises Amberg-Sulzbach
- Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin
- Städtisches Krankenhaus Maria-Hilf Brilon gGmbH
- Klinikum und Seniorenzentrum Itzehoe - Zweckverband des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe
- Klinikum Osnabrück GmbH

Den Krankenhäusern und den dort involvierten Mitarbeitern sei an dieser Stelle für ihre engagierte Teilnahme und kompetente Unterstützung des Projekts ganz herzlich gedankt. Der Dank gilt gleichermaßen dem IVKK für die finanzielle Unterstützung des Projekts.

Nachfolgend werden einige grundlegenden Besonderheiten und Probleme, die mit der Trägerschaft einhergehen können, am Beispiel kommunaler Krankenhäuser kurz erläutert.

1.2 Besonderheiten und Probleme kommunaler Krankenhäuser

1.2.1 Rechtsformen und politische Einflussnahme

Rechtsformen öffentlicher Betriebe können primär in Eigengesellschaften sowie Stiftungen und Körperschaften des öffentlichen Rechts unterschieden werden. Für den Krankenhausbereich sind insbesondere Eigengesellschaften, wie Regie- oder Eigentriebe, von Bedeutung.

Kommunale Krankenhäuser, die in der Form eines Regiebetriebs geführt werden, sind unselbständiger Bestandteil der allgemeinen öffentlichen Verwaltung und wirtschaftlich und organisatorisch vollständig in die Gemeindeverwaltung integriert. Sie stellen dabei eine Unterabteilung der allgemeinen Gemeindeverwaltung dar. Es erfolgt eine vollständige Eingliederung in den Gesamthaushalt der Trägerverwaltung, wie beispielsweise der Kommune: Der Haushalt des Regiebetriebs, hier des Krankenhauses, ist vollständig in den Gesamthaushalt des Trägers integriert. Es gelten die Grundsätze der Verwaltungskameralistik.[3] Mit der Eigenbetriebsverordnung verlor die öffentliche Rechtsform des Regiebetriebs jedoch sukzessive an Bedeutung, sodass sich zumeist nur noch kleine Hilfs- und Nebenbetriebe dieser Rechtsform bedienen. In diesem Zuge trat vielerorts die Rechtsform des Eigenbetriebs an die Stelle des Regiebetriebs. Doch auch die Form des Eigenbetriebs, der zwar wirtschaftlich und organisatorisch selbständig ist, hat keine eigene Rechtspersönlichkeit. Diese fehlende Rechtspersönlichkeit hat die rechtliche Einbindung des Trägerbetriebs in die Trägergemeinde zur Folge. Handlungen des Eigenbetriebs stellen rechtlich immer auch Handlungen der Gemeinde dar.[4] Der Eigenbetrieb verfügt zudem über eine eigenverantwortliche Betriebsleitung. Dieser ist jedoch ein Betriebsausschuss beigeordnet, der sich aus dem Gemeinderat rekrutiert. Finanzwirtschaftlich betrachtet ist der Eigenbetrieb, im Gegensatz zum Regiebetrieb, nicht mehr vollständig in den kommunalen Haushalt eingebettet. Lediglich der Gewinn oder der Verlust einer Periode werden im Trägerhaushalt erfasst.

[3] Die Verwaltungskameralistik ist eine Form der Buchführung, die lediglich Einnahmen und Ausgaben, nicht aber den Verbrauch von Ressourcen erfasst. Das Verfahren ist ausschließlich auf die Erfassung finanzwirtschaftlicher Vorgänge ausgerichtet. Kosten und Leistungen werden nicht erfasst.
[4] Vgl. Buse 2000, S. 51 f.

Aktuell besteht ein Trend, kommunale Krankenhäuser in eine private Rechtsform zu überführen. Bei Betrieben in privater Rechtsform wird zwischen Einzelunternehmungen, Personengesellschaften (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, OHG, KG, Stille Gesellschaft), Kapitalgesellschaften (AG, KGaA, GmbH) sowie Mischformen (z.B. GmbH & Co. KG) differenziert. Dabei besitzen Einzelunternehmungen und Personengesellschaften keine eigene Rechtspersönlichkeit. Sie sind kein selbstständiger Träger von Rechten und Pflichten. Während Kapitalgesellschaften grundsätzlich eine eigene Rechtspersönlichkeit besitzen, kann bei Mischformen keine allgemeingültige Aussage getroffen werden. Darüber hinaus unterscheiden sich die genannten Rechtsformen hinsichtlich ihrer Haftung, der Gesellschafterrechte, der Geschäftsführung, der Steuerverpflichtungen sowie ihrer Organisationsstruktur.

Im Rahmen des Krankenhaus Barometers 2007 wurden die teilnehmenden Krankenhäuser nach ihrer Rechtsform am 1.1.2004 (also des Beginns der verbindlichen Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems) und zum derzeitigen Zeitpunkt befragt. Zudem sollte die voraussichtliche Rechtsform im Jahr 2009, also bei Abschluss der Konvergenzphase angegeben werden. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass rund 17% der Krankenhäuser einen Rechtsformwechsel für diesen Zeitraum prognostizierten. Eine deutliche Zunahme lässt sich in der Rechtsform privater Betriebe verzeichnen. Eine besondere Bedeutung kommt hier der Rechtsform der gGmbH zu. Während Anfang 2004 37,4% der Krankenhäuser diese Rechtsform gewählt haben, war von einer Steigerung um rund 11% bis zum Ende der Konvergenzphase 2009 auszugehen (48,5%). Demgegenüber nimmt die Anzahl an Krankenhäusern in der Rechtsform öffentlicher Betriebe in diesem Zeitraum ab. Laut Krankenhaus Barometer 2007 verringerte sich die Anzahl an Krankenhäusern in der Rechtsform eines öffentlichen Betriebs von 2004 bis 2009 um rund 12% von 25,9% auf 13,5%.[5] Die Verteilung verschiedener Rechtsformen auf die einzelnen Trägergruppen zeigt Abbildung 1.

[5] Vgl. DKI 2007, S. 33 ff.

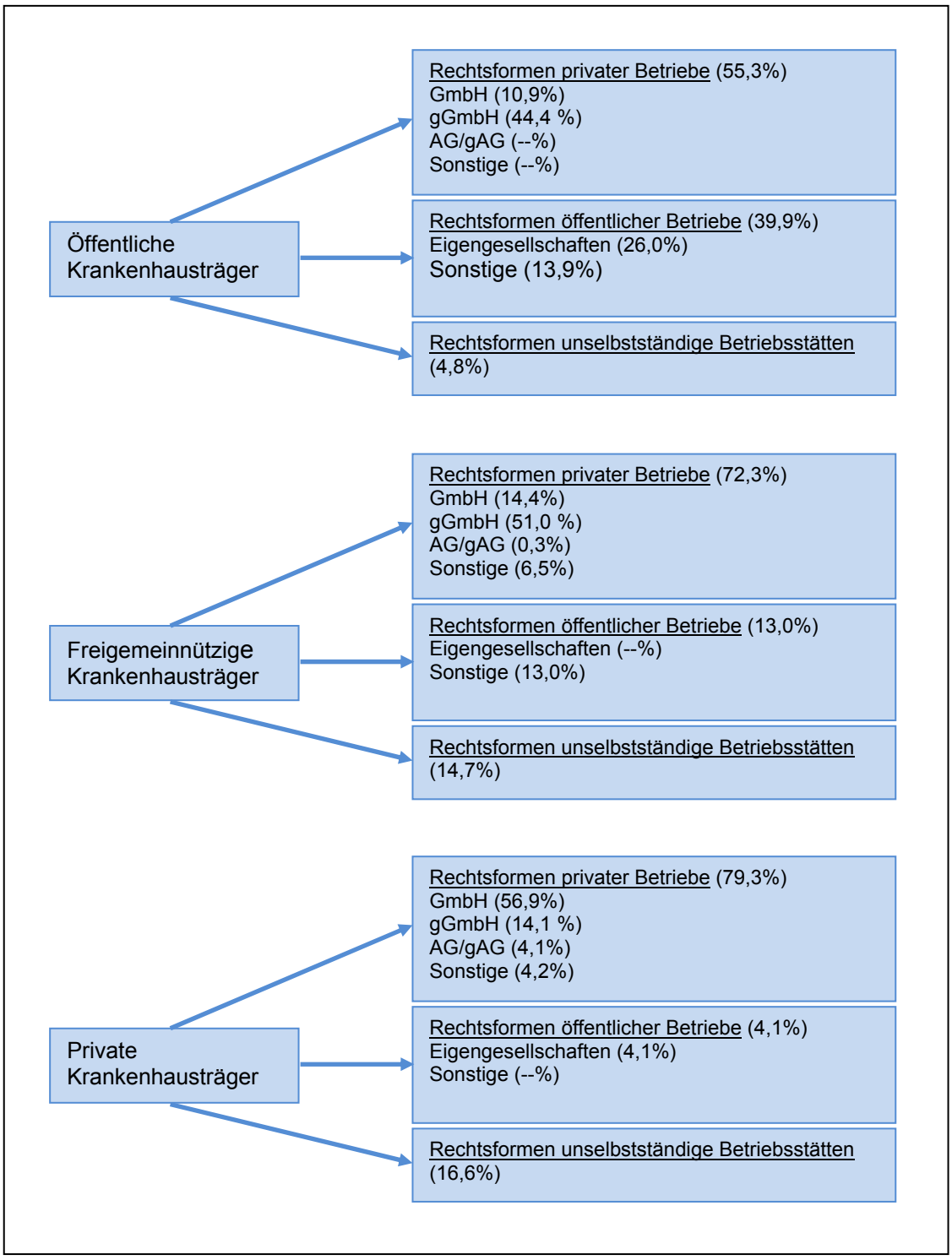

Abbildung 1: Verteilung der Rechtsformen nach den verschiedenen Trägergruppen

Ein grundlegendes Problem kommunaler Krankenhäuser ist die enge Bindung an öffentliche Verwaltungsstrukturen. Dabei sind kommunale Krankenhäuser in der Rechtsform des Regiebetriebs am engsten in öffentliche Verwaltungsstrukturen integriert. Im Zuge der Verwaltungskameralistik werden Einnahmen und Ausgaben des Krankenhauses vollständig im Haushalt des Trägers ausgewiesen. Eine separate wirtschaftliche Betrachtung des Unternehmens Krankenhaus ist demzufolge beinahe unmöglich. Weiterhin hat das Krankenhaus, als unselbständiger Verwaltungsteil, sämtliche öffentlich-rechtliche Verwaltungsvorschriften zu beachten. Es wird demzufolge nach den Grundsätzen der öffentlichen Verwaltung geführt. Diese Anbindung an langwierige und bürokratische Verwaltungsstrukturen erschwert flexible, dynamische Reaktionen auf Marktveränderungen, wie beispielsweise Nachfrageveränderungen oder Änderungen im Vergütungssystem. Auch hinsichtlich der Aufbau- und Organisationstruktur lassen sich fundamentale Defizite konstatieren. Nicht der Krankenhausdirektor ist das oberste Leitungsorgan, sondern die öffentlichen Organe der Ratsversammlung und des Magistrats. Entscheidungen bezüglich Personal-, Rechts- oder Finanzierungsfragen fallen somit in die Kompetenz der zentralen Stadtverwaltung. Diese Verlagerung von Entscheidungskompetenzen führt zu einer kommunalpolitischen Mitsprache, in der partei- und allgemeinpolitische Interessen die sachlichen Entscheidungsgründe überlagen bzw. direkt beeinflussen.

Trotz seiner wirtschaftlichen und organisatorischen Selbstständigkeit, weist auch die Rechtsform des Eigenbetriebs grundlegende strukturelle Defizite auf. Auch hier besitzt die Gemeindevertretung als oberstes Entscheidungsorgan wesentliche Einflussmöglichkeiten. Dem Krankenhaus werden lediglich Entscheidungskompetenzen hinsichtlich untergeordneter Entscheidungen zugestanden. Maßgebliche Entscheidungen, die erhebliche finanzielle Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb haben, sowie wichtige Personalentscheidungen (z.B. die Einstellung von Chefärzten) fallen weiterhin in den Aufgabenbereich der Gemeindevertretung. Da selbst beim Eigenbetrieb eine kommunalpolitische Einflussnahme auf das laufende Geschäft möglich ist, kann von einer autonomen Unternehmensführung, losgelöst von öffentlichen und bürokratischen Strukturen, auch formal keine Rede sein. Es kann folglich die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Unterschiede zwischen Regie- und Eigenbetrieb lediglich marginal sind: Weder der Regiebetrieb noch der Eigenbetrieb erlauben eine flexible Reaktion auf Marktveränderungen in einem zunehmend

wettbewerblich orientierten Umfeld.[6] Komplexe und vielfach undurchsichtige Entscheidungsstrukturen erschweren das unternehmerische Handeln. In der Regel mangelt es den entsprechenden kommunalpolitischen Entscheidungsträgern auch an der nötigen Fachkompetenz, um im Sinne des Krankenhauses klare und wirtschaftliche Entscheidungen zu treffen.

Um eine Abkopplung von der politischen Entscheidungsebene zu erwirken, besteht die Lösung oftmals in einer formal-rechtlichen Privatisierung (Rechtsformwechsel). Dabei wird die Gesellschaft aus dem öffentlichen (Verwaltungs-)Recht in eine privatrechtliche Rechtsform des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) überführt.[7] Resultat ist eine höhere Flexibilität und Effektivität im unternehmerischen Handeln. Die Rolle kommunalpolitischer Amts- und Mandatsträger wird aus dem operativen Geschäft auf eine Kontrollfunktion im Rahmen der privatrechtlichen Aufsichtsgremien beschränkt. Weiterhin lassen sich positive Effekte auf die Ablauforganisation und die Entscheidungsfindung festmachen. Eine veraltete, an Verwaltungsvorbildern orientierte innerbetriebliche Organisation wird durch eine moderne Unternehmensführung ersetzt. Ein Rechtsformwechsel hat dabei keine negativen Auswirkungen auf den Versorgungsauftrag, da es sich lediglich um einen Wechsel der Organisationsform handelt. Eigentumsverhältnisse am Krankenhausbetrieb und der Trägergesellschaft ändern sich dadurch grundsätzlich nicht.

[6] Vgl. Karl 1999, S. 167 f.
[7] Privatisierung bezeichnet im Allgemeinen den Übergang von Eigentum und Verantwortlichkeiten von einer öffentlichen in eine private Gesellschaft. Neben der formellen Privatisierung lassen sich zudem die funktionale (z.B. Outsourcing) und die materielle Privatisierung unterscheiden.

Rechtsform Merkmal	Regiebetrieb	Eigenbetrieb	BGB-Gesellschaft (gGmbH, GmbH, AG etc.)
rechtlich selbständig	nein	nein	ja
wirtschaftlich selbständig	nein	ja	ja
organisatorisch selbständig	nein	ja	ja
	gering **Autonomie** hoch		

Abbildung 2: Merkmale der Rechtsformen von Krankenhäusern[8]

Wie bereits erwähnt, gewinnt insbesondere die private Rechtsform der gemeinnützigen GmbH (gGmbH) zusehends an Bedeutung. Als Hauptargument für die gGmbH wird oftmals auf die klar gegliederte, unbürokratische Entscheidungsstruktur verwiesen. Nach dem GmbH-Gesetz sind nur zwei Organe gesetzlich verpflichtend: Gesellschafterversammlung und Geschäftsführer. Auch die Bildung eines Aufsichtsrates unterliegt bis zu einer Mindestgröße keiner gesetzlichen Pflicht. Dieser muss erst gebildet werden, wenn mehr als 500 Mitarbeiter beschäftigt sind. Die beschriebene Organisationsstruktur ist zudem durch klare Zuweisungen gekennzeichnet. Während der Geschäftsführer für das operative Krankenhausgeschäft weitgehende Entscheidungsfreiheit besitzt, ist die Gesellschafterversammlung für außergewöhnliche Maßnahmen sowie die Unternehmenspolitik verantwortlich. Darunter fallen beispielsweise die Besetzung von Führungspositionen, die Feststellung des Jahresabschlusses und die Verwendung des Jahresergebnisses. Gleichzeitig trägt der

[8] In Anlehnung an Patzak 2009, S. 11.

Geschäftsführer ein hohes Maß an Mitverantwortung für das unternehmerische Handeln und demzufolge auch die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses. Es ist seine Pflicht als Organ der Gesellschaft, z.B. im Falle von Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung, Konkurs anzumelden, bzw. zur Abwendung rechtzeitig gegenzusteuern. Gleichzeitig lässt sich aus dieser Tatsache ein weiterer struktureller Vorteil dieser Rechtsform ableiten. Da die GmbH gegenüber einer öffentlichen Rechtsform erhöhte Publizitätspflichten aufweist, können finanzielle Probleme weitaus schneller erkannt und gegebenenfalls behoben werden.[9]

Neben den genannten strukturellen Vorteilen zeichnet sich diese Form der Kapitalgesellschaft durch ihre steuerrechtlichen Vorteile aus: Unternehmen in dieser Rechtsform, die die Anforderungen des Gemeinnützigkeitsrechts erfüllen, sind sowohl von der Körperschafts- als auch von der Gewerbesteuer befreit.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mit der Überführung eines Krankenhauses von einer öffentlichen in eine private Rechtsform vor allem die Handlungsfähigkeit des Unternehmens erhöht und die politische Einflussnahme begrenzt werden soll.

In der Praxis jedoch lässt sich dieses Ziel durch einen bloßen Rechtsformwechsel nur begrenzt erreichen. Die Mitsprache sowie die Entscheidungskompetenz bezüglich strategischer und struktureller Entscheidungen des Krankenhauses sind teilweise durch kommunalpolitische Einflüsse geprägt, sodass politische Entscheidungsträger durch öffentliches Agieren oder durch Einflussnahme aus Kontrollorganen die Handlungsfreiheit des Managements auch im operativen Geschäft weiterhin einschränken können – und dies im Einzelfall auch tun. Um die positiven Effekte des Rechtsformwechsels voll und ganz auszuschöpfen, muss sich auch das Verständnis der kommunalpolitischen Gremien ändern: Diese müssen das Unternehmen Krankenhaus als autonomes Wirtschaftssubjekt begreifen, dessen Erfolg in einem komplexen, hoch-regulativen Marktumfeld im Interesse der Eigentümer von einer fachlich qualifizierten und im Rahmen der – kommunalpolitisch legitim zu definierenden – Unternehmensziele und -politik eigenverantwortlich agierenden Geschäftsführung abhängt.

[9] Vgl. Buse 2000, S. 91 ff

1.2.2 Tarifstruktur und betriebliche Altersversorgung

Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft, die als Eigenbetrieb organisiert sind, unterliegen aufgrund der Mitgliedschaft der Kommunen in kommunalen Arbeitgeberverbänden den entsprechenden tariflichen Vereinbarungen für den öffentlichen Dienst. Für kommunale Krankenhäuser, die in der Rechtsform einer privaten Gesellschaft organisiert sind (gGmbH, GmbH, AG etc.), besteht keine zwingende Mitgliedschaft in kommunalen Arbeitgeberverbänden und demzufolge auch keine zwingende Tarifbindung. Dennoch gelten hier häufig die tarifvertraglichen Strukturen des öffentlichen Dienstes. Es zeichnet sich jedoch ein Trend ab, dass Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft zunehmend Austritte aus den kommunalen Arbeitgeberverbänden in Erwägung ziehen,[10] um die Möglichkeit zu nutzen, ggf. hauseigene Tarifverträge abzuschließen, die den spezifischen Anforderungen und Gegebenheiten der Gesellschaft Rechnung tragen.

In der Praxis kann sich ein Austritt aus dem Arbeitgeberverband für kommunale Krankenhäuser jedoch als äußerst schwierig erweisen. Es ist mit heftigen Diskussionen und Widerständen aus dem (vor-)politischen Raum zu rechnen. Auch in einer privaten Rechtsform ist der Austritt aus dem Arbeitgeberverband dem Eigentümer vorbehalten und damit an die Zustimmung politisch besetzter Aufsichtsgremien gebunden. Somit ist die Unternehmensleitung auch in dieser betriebswirtschaftlich zentralen Entscheidung nicht frei von politischer Einflussnahme.

Private Krankenhäuser haben in der Regel Haus- oder Konzerntarifverträge bzw. unterliegen häufiger gar keiner Tarifbindung. Viele private Krankenhäuser bezahlen folglich ihre Mitarbeiter unterhalb des Branchendurchschnitts.[11] Somit lassen sich Effekte auf die Personalkosten erzielen. Durch die generell hohe Bedeutung der Personalkosten im Krankenhausbereich haben kommunale Krankenhäuser aufgrund ihrer Tarifstruktur relative Nachteile besonders im Vergleich zu Mitbewerbern in privater Trägerschaft. Die Verteilung unterschiedlicher Tarifverträge auf die einzelnen Trägergruppen zeigt Abbildung 3.

[10] Vgl. Mayr/Plieth 2006, S. 2659
[11] Vgl. Harder 2009, S. 109

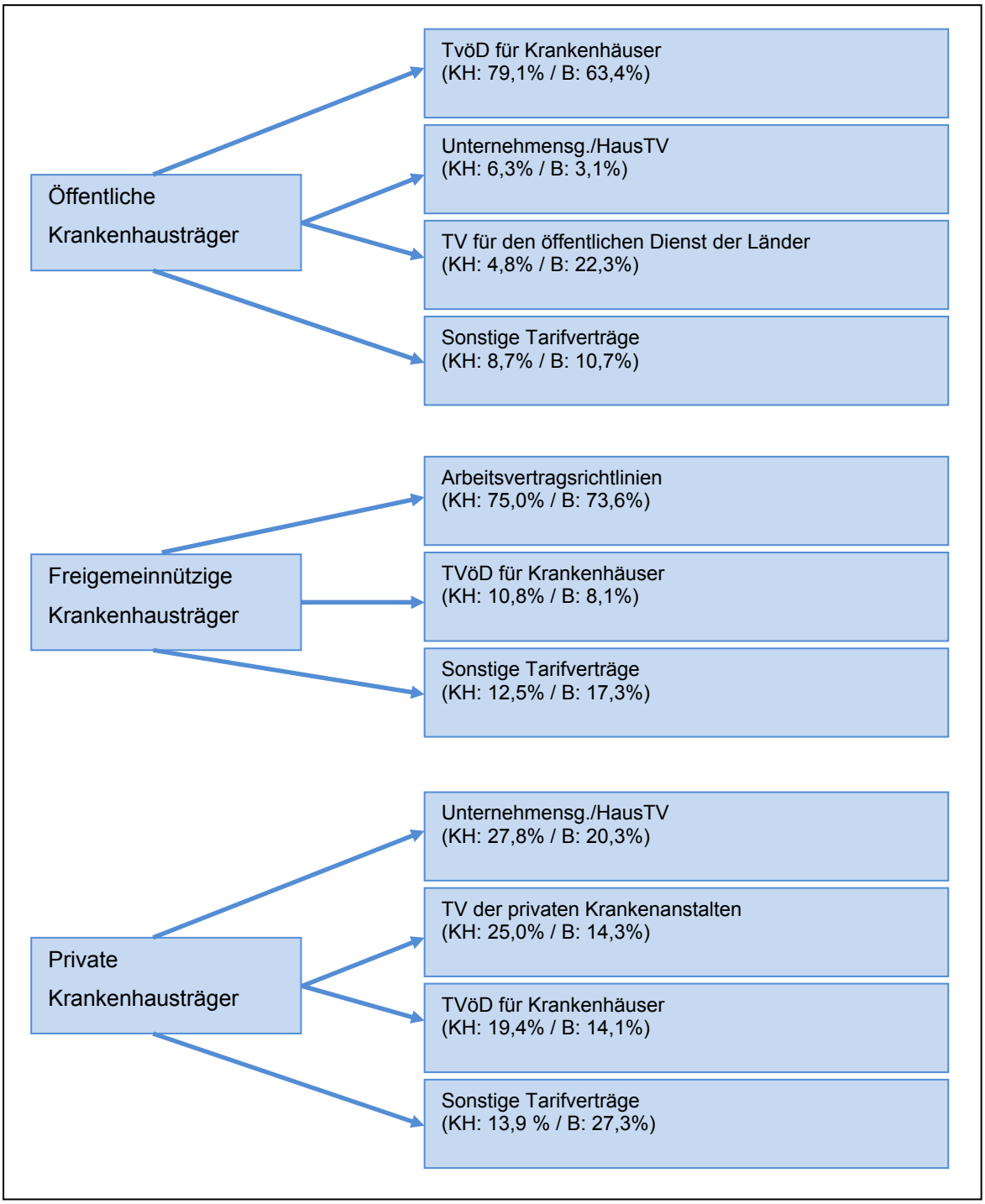

Abbildung 3: Tarifsituation in nicht-ärztlichen Berufsgruppen nach Krankenhausträgern - Tarifbindung nach Krankenhäusern (KH) und Beschäftigten (B)

Ein weiteres wesentliches Problem kommunaler Krankenhäuser ist die betriebliche Altersversorgung gemäß der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) bzw. der Zusatzversorgungskassen (ZVK). Aufwendungen für die betriebliche Altersversorgung nehmen einen beachtlichen Anteil an den Personalkosten ein und stellen demzufolge eine zusätzliche finanzielle Belastung für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft dar. Ein Ausstieg aus diesem System ist prinzipiell möglich. Jedoch scheitert ein solches Unterfangen in den meisten Fällen an den hohen Gegenwertzahlungen, mit denen das Krankenhaus die über VBL oder ZVK abgedeckten künftigen Versorgungsansprüche langjähriger Mitarbeiter aus eigenen Mitteln vorfinanzieren muss.[12] Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind nicht in vergleichbarer Weise durch die betriebliche Altersvorsorge belastet.

1.2.3 Outsourcing und Insourcing

Um den betriebswirtschaftlichen Fokus auf das Kernleistungsgeschäft zu legen und eine effizientere Organisationstruktur zu schaffen, stellt sich für viele Krankenhäuser die Frage, einzelne, sekundäre Leistungsbereiche auszulagern bzw. auszugliedern. Zu differenzieren ist an dieser Stelle zwischen Outsourcing und Insourcing. Während unter Outsourcing die Übertragung von bisherigen Aufgabenbereichen an eine Fremdfirma und/oder ein anderes Krankenhaus verstanden wird, bezeichnet Insourcing hier die Übertragung von Aufgaben an ein vom Krankenhaus gegründetes Unternehmen (so z.B. eine Service GmbH) und erfasst damit die Form der (internen) Auslagerung. Anzumerken ist, dass Insourcing in diesem Kontext also nicht die Wiedereingliederung von (zuvor ausgelagerten) Prozessen und Funktionen in das Krankenhaus bezeichnet. Sowohl beim Out- als auch beim Insourcing werden bestimmte Leistungen in der Folge nicht mehr ausschließlich vom krankenhauseigenen Personal erbracht. Mögliche Vorteile für das Krankenhaus liegen zum einen in der Einsparung von Kosten, da Personal-, Material- und Infrastrukturkosten der ausgelagerten Bereiche nicht mehr auf das Krankenhaus entfallen, sondern allein bei dem dienstleistenden, rechtlich selbständigen Unternehmen liegen. Zudem verfügt der externe Partner über eine Spezialisierung und bringt sein branchenspezifisches Know-how in das

[12] Vgl. Heiny 2006, S. 303 ff. So hat sich zum Beispiel das Klinikum Bielefeld 2006 durch eine Ablösesumme von 57 Mio. Euro aus der VBL herausgekauft und ist in eine andere Zusatzversorgungskasse gewechselt, die ihren Mitgliedern u.a. eine kapitalgedeckte Altersvorsorge anbietet.

Krankenhaus ein. Durch den Rückgriff auf außerbetriebliche Dienstleister können Leistungen und Prozesse klarer definiert werden. Dies erhöht schließlich die Transparenz der Wertschöpfungskette.

Die zunehmende Bedeutung des Outsourcings für Krankenhäuser wird durch Daten aus dem Krankenhaus Barometer 2007 gestützt: So haben im Zeitraum von 2004 bis 2006 insgesamt 32% aller Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Trägerschaft, Aufgaben ausgegliedert. In den meisten Fällen fand eine Auslagerung der Funktionsbereiche Labor, Reinigung, Küche und Einkauf statt.[13]Im Rahmen einer differenzierten Betrachtung nach Trägerschaft fällt auf, dass insbesondere Krankenhäuser in privater Trägerschaft, von dieser Möglichkeit im Bereich des Out- als auch Insourcings Gebrauch machen.

Angesichts eines steigenden Kostendrucks erscheint das Outsourcing einzelner Funktionsbereiche auch für kommunale Krankenhäuser als sinnvoll. Externe Servicegesellschaften erbringen die geforderten Leistungen meist kostengünstiger und verfügen zudem auch über das nötige spezielle Know-How. Auch im Bereich des Insourcings, der Übertragung der Aufträge an ein vom Krankenhaus gegründetes Unternehmen, lassen sich positive Kosteneffekte erzielen. Für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft kann jedoch die Umsetzung eines In- bzw. Outsourcings mit großen Schwierigkeiten verbunden sein. Häufig haben politische Widerstände einen maßgeblichen Einfluss auf die Umsetzung, da die Vergütung für das betroffene Personal meist unterhalb der vereinbarten Vergütung des öffentlichen Dienstes liegt. Zwar werden Krankenhäuser in privater Trägerschaft im Zuge eines Out-/Insourcing Vorhabens auch mit Widerständen von Seiten der Arbeitnehmervertretung konfrontiert, sie haben jedoch in der Regel keinerlei Widerstände durch ihren Träger zu befürchten. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass dieser dieses Vorhaben unterstützt und aktiv fördert. Durch ihre besondere kommunalpolitische Stellung lässt sich somit ein struktureller Nachteil für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft festmachen.

[13] Vgl. DKI 2007, S. 26 f.

1.2.4 Investitionsfinanzierung

Das duale Finanzierungssystem geht auf die Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahre 1972 zurück. Neben der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung, verfolgte der Gesetzgeber das Ziel die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu gewährleisten (KHG § 1 Abs. 1). Zu den grundlegenden Elementen dieses Gesetzes zählen die Krankenhausplanung und die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die Länder. Die Investitionsfinanzierung erfolgt über öffentliche Fördermittel aus Steuermitteln des Landes, während die laufenden Kosten (Betriebskosten) über die Krankenkassen erstattet werden. Weiterhin wird durch das KHG die Erhaltung des Trägerpluralismus im deutschen Krankenhauswesen betont: öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser sollen gleichermaßen gefördert werden.

Jedoch ist die duale Finanzierungsform bedingt durch die angespannte Haushaltslage von Ländern und Kommunen in den letzten Jahren zunehmend unter Druck geraten. Aufgrund der Finanzmittelknappheit der öffentlichen Hand hat sich ein Investitionsstau gebildet. Dieser wird auf 25-50 Mrd. Euro geschätzt.[14] Berechnungen der deutschen Krankenhausgesellschaft (2008) belegen einen Rückgang an öffentlichen Fördermitteln. Während 1993 insgesamt noch 3,9 Mrd. Euro an KHG-Fördermitteln bereitgestellt wurden, belief sich diese Summe im Jahre 2000 auf 3,4 Mrd. Euro. Auch in den Folgejahren hat sich die Gesamtsumme stetig verringert, sodass 2008 von den Ländern nur noch 2,7 Mrd. Euro an Investitionen gefördert wurden. Im Vergleich zu 1993 entspricht dies einem Rückgang von 31%.

Neben einer Analyse von Absolutbeträgen lässt sich die abnehmende Tendenz der Investitionen auch anderweitig belegen. So gibt beispielsweise der Anteil der Investitionsmittel (Zugänge im Anlagennachweis) gemessen an den Anschaffungswerten des Jahres Aufschluss über die Investitionsintensität der Krankenhäuser. Eine Beobachtung im Zeitablauf zeigt die Entwicklungstendenz für eine nachlassende oder zunehmende Investitionstätigkeit auf. Berechnungen im Rahmen des Krankenhaus Barometers 2005 verdeutlichen eine negative Entwicklung der Investitionstätigkeit. Während die Quote im Jahr

[14] Vgl. Schmidt et al. 2003, S. 1551

2002 noch 15,3% betrug, reduzierte sich diese im Jahr 2003 auf 13,6% und im Jahr 2004 weiter auf 11,3%.[15] Dieser Rückgang der Investitionstätigkeit kann als objektiver Indikator gelten, dass die Investitionsförderung im Krankenhaussektor nicht ausreichend ist.

Krankenhäuser müssen in der Zukunft verstärkt auf alternative Finanzierungsformen unabhängig von staatlichen Fördermitteln zurückgreifen. Die Beschaffung von neuem Kapital gewinnt immer mehr an Bedeutung, um den Investitionsbedarf in den Kliniken zu decken. Zu differenzieren ist an dieser Stelle zwischen Innenfinanzierung und Außenfinanzierung. Innenfinanzierung beschreibt die Finanzierung durch einbehaltene Gewinne bzw. aus einem positiven Cash-Flow. Die Außenfinanzierung wiederum lässt sich in Finanzierung durch Zuführung von Eigenkapital sowie Fremdkapital unterscheiden. Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die in einem Konzernverbund organisiert sind, besitzen im Bereich der Innenfinanzierung einen strukturellen Vorteil: Sie können Investitionsmittel aus dem laufenden Cash-Flow innerhalb des Konzerns verteilen.

Im Folgenden liegt der Fokus auf dem Bereich der Außenfinanzierung. Unter besonderer Berücksichtigung der strukturellen Rahmenbedingungen kommunaler Krankenhäuser werden alternative Finanzierungsformen aufgezeigt. Diese sind allerdings eng mit der Rechtsform des Krankenhauses verknüpft. So ist es lediglich Krankenhäusern mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit möglich, selbst Kredite aufzunehmen. In der Praxis hingegen untersagen verschuldete Kommunen als Gesellschafter ihren Krankenhäusern häufig die Kreditaufnahme.[16]

Zusätzlich lassen sich strukturelle Nachteile öffentlicher Krankenhäuser im Rahmen der Eigenkapitalfinanzierung festmachen. Diese Form der Finanzierung kommt in der Regel für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft nicht in Betracht. Während private Krankenhauskonzerne in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (AG) die Möglichkeit besitzen, sich am Kapitalmarkt Eigenkapital zu beschaffen (z.B. durch eine Kapitalerhöhung), ist eine Eigenkapitalaufnahme für öffentliche Krankenhäuser gewöhnlich keine reale Option, weil dies eine Veränderung der Gesellschafterstruktur mit sich bringen würde. Signifikante Zuschüsse der Gesellschafter, die den erhöhten Investitionsbedarf dauerhaft

[15] Vgl. DKI 2005, S. 22 ff.
[16] Vgl. Stumpfögger 2009, S. 211

decken, sind aufgrund der angespannten Haushaltslage der Kommunen nicht zu erwarten.[17] Infolgedessen kommt, insbesondere für kommunale Krankenhäuser, der Finanzierung durch Fremdkapital eine zunehmende Bedeutung zu.

Neben der klassischen Form des Bankkredits haben sich weitere verschiedene Formen der Fremdkapitalfinanzierung für Krankenhäuser herauskristallisiert. Insbesondere Sonderfinanzierungsformen, wie beispielsweise Public Private Partnership (PPP) haben an Bedeutung gewonnen und werden intensiv als Weg aus dem Investitionsstau diskutiert. PPP bezeichnet allgemein die Zusammenarbeit von privater und öffentlicher Wirtschaft. Im Rahmen einer Projektpartnerschaft, wie z.B. dem Neubau oder der Sanierung eines Klinikgebäudes, stellen beide Vertragspartner die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung. Durch die Einbringung von privatwirtschaftlichem und fachlichem Know-how lassen sich Effizienzvorteile gegenüber einer alleinigen Projektrealisierung durch die öffentliche Hand realisieren. [18] Es ist jedoch anzumerken, dass trotz einer regen Diskussion verschiedener Formen von PPP bisher nur wenige erfolgreiche Beispiele vorzuweisen sind. Unterstützt wird diese Aussage durch die Ergebnisse des Krankenhaus-Barometers 2005. Diese belegen, dass bis dahin lediglich 3,2% der Krankenhäuser Bauinvestitionen mit privaten Investoren durchgeführt haben, während 4,1% eine derartige Finanzierung für Bauvorhaben planten.

Aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist in der Zukunft nicht mit einer ausreichenden Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die öffentliche Hand auszugehen. Um den Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit zu gewährleisten, werden daher kommunale Krankenhäuser zunehmend auf alternative Finanzierungsformen zurückgreifen müssen. Bei der Kapitalbeschaffung sind Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft gegenüber anderen Trägergruppen jedoch strukturell benachteiligt.

[17] Vgl. Honsel 2009, S. 28
[18] Vgl. Patzak 2009, S. 104 f.

1.2.5 Vergaberecht

Grundlage für das Vergaberecht sind die haushaltsrechtlichen Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Inhalt des Vergaberechts sind Regeln für die Vergabe öffentlicher Aufträge durch öffentliche Auftraggeber. Bereits die öffentliche Ausschreibung eines Auftrags ist Teil des Vergabeverfahrens. Die Anforderungen, die an die Ausschreibung zu stellen sind, bemessen sich an der Höhe des zu vergebenden Auftrags. So hat der Gesetzgeber Schwellenwerte festgelegt, die bestimmen, ob ein Auftrag national oder europaweit ausgeschrieben werden muss. Die Komplexität des Vergaberechts wird durch die vielen rechtlichen Grundlagen für das Vergabeverfahren verdeutlicht. So sind, je nach Auftragsform, das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB), die Vergabeordnung, die Verdingungsordnung für Leistungen (VOL), die Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen (VOB) sowie die Verdingungsordnung für freiberufliche Leistungen (VOF) zu beachten.

Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft sind im Vergabeverfahren somit an die Einhaltung detaillierter rechtlicher Vorgaben und Verfahrensabläufe gebunden. Trotz einer Flexibilisierung des Vergaberechts müssen sie weiterhin einen engen rechtlichen Rahmen einhalten. Aufträge können nicht frei, sondern nur unter Berücksichtigung vergaberechtlicher Bestimmungen vergeben werden. So ist es kommunalen Krankenhäusern prinzipiell untersagt, Nachverhandlungen über eine Änderung des Angebotes oder des Preises durchzuführen, sobald die Angebote zur Auftragsausführung eingegangen sind.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind dagegen bei der Auftragsvergabe nicht an vergleichbare rechtliche Bestimmungen gebunden. Sie besitzen weitgehende Freiheiten bezüglich der Auftragsvergabe. So können sie direkte Preisverhandlungen über Art und Umfang der benötigten Leistung mit dem Auftragnehmer durchführen. Folglich haben sie strukturelle und finanzielle Vorteile gegenüber kommunalen Krankenhäusern.

Neben dem monetären Aspekt ist auch auf zeitliche Aspekte der Auftragsdurchführung zu verweisen. Der Prozess der Auftragsvergabe, von der Ausschreibung bis schließlich zum Auftragsbeginn, ist aufgrund vergaberechtlicher Anforderungen aufwendig und langwierig. Private Krankenhäuser auf der anderen Seite können dagegen Aufträge weitaus schneller und flexibler vergeben und durchführen lassen.

1. Sekundärdatenanalyse

2.1 Einführung

2.1.1 Ziele

Das Ziel der Sekundäranalyse ist es, die Rolle der kommunalen Krankenhäuser für die stationäre Versorgung unter Berücksichtigung verschiedener Themenfelder zu analysieren. Die Bedeutung der kommunalen Krankenhäuser wird

- für die Patientenversorgung insgesamt
- unter regionalwirtschaftlichen Aspekten
- unter Kostenaspekten
- aus Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsperspektive
- im zeitlichen Verlauf
- im organisatorischen und strategischen Bereich
- für die wohnortnahe Versorgung

untersucht.

2.1.2 Datenquellen und Methodik

Es werden je Themenfeld unterschiedliche Kennzahlen analysiert. Dabei werden die kommunalen Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Trägergruppen auf statistisch verlässlicher Basis dargestellt und untersucht. Im Unterschied zu anderen Untersuchungen wird dabei die Krankenhausgröße systematisch kontrolliert. Das hat den Hintergrund, dass die verschiedenen Träger unterschiedliche Versorgungsaufträge und Marktsegmente abdecken, die die Ergebnisse – unkontrolliert nach Krankenhausgröße – verzerren könnten. Unter Kontrolle dieses Effektes werden sich, so die Hypothese, die Differenzen zwischen den einzelnen Trägergruppen tendenziell angleichen.

Zur Analyse werden im Wesentlichen folgende Datenquellen genutzt:

- Statistisches Bundesamt: Grunddaten und Kostennachweis der Krankenhäuser
- DKI: Krankenhaus Barometer
- DKI: Krankenhausdatenbank

Im Rahmen der Auswertung der DKI Krankenhaus Barometer-Daten werden darüber hinaus Mittelwerte verglichen und eine Kausalanalyse vorgestellt.

Analyse der Daten des Statistischen Bundesamtes

Um die Bedeutung der kommunalen Krankenhäuser für die Patientenversorgung, unter regionalwirtschaftlicher und Kostenperspektive sowie aus Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsperspektive zu analysieren, wurden die Grunddaten und der Kostennachweis der Krankenhäuser des Jahres 2008 herangezogen. Für die Zeitreihenanalyse wurden die Daten der Jahre 1999 bis 2008 genutzt. Bei der Datenanalyse werden prozentuale Häufigkeiten im Trägervergleich sowie nach Bettengrößenklassen spezifiziert deskriptiv beschrieben.

Im Rahmen der Datenanalyse wurden die öffentlichen Krankenhäuser um die Hochschulkliniken bzw. Universitätsklinika bereinigt. Der Anteil nicht-kommunaler Krankenhäuser ist nach Ausschluss der Hochschulkliniken bzw. Universitätsklinika in dieser Gruppe sehr gering und fällt statistisch nicht ins Gewicht, so dass diese Gruppe nachfolgend als kommunale Krankenhäuser bezeichnet wird. In gleicher Weise wurden die privaten Krankenhäuser um die Hochschulkliniken bzw. Universitätsklinika bereinigt.

Zur Datenbereinigung wurden die Daten aus den Qualitätsberichten der entsprechenden Hochschulkliniken genutzt. Wenn die notwendigen Daten nicht in den Qualitätsberichten ausgewiesen waren, wurden Erwartungswerte auf Basis von Durchschnittswerten der Hochschulkliniken bzw. öffentlichen Krankenhäuser genutzt.

Analyse der Daten des DKI Krankenhaus Barometers

Über die Analysen der amtlichen Statistik hinaus, werden zur Untersuchung der organisatorischen und strategischen Aspekte einschlägige Ergebnisse aus dem DKI-Krankenhaus Barometer reanalysiert und spezifisch nach Trägergruppen aufbereitet. In der Krankenhausbefragung 2007 des Barometers bildeten die Unternehmensziele und -strategien im DRG-System ein Schwerpunktthema. Bei der Ergebnisdarstellung werden im Wesentlichen Häufigkeiten und Mittelwerte beschrieben. Darüber hinaus wird der Einfluss der Unternehmensziele auf den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses im Rahmen einer Kausalanalyse analysiert.

Das Krankenhaus Barometer ist eine jährlich vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) durchgeführte Repräsentativbefragung der deutschen Krankenhäuser zu aktuellen Themen der Krankenhauspolitik und Krankenhauspraxis.

Die Ergebnisse des DKI-Krankenhaus Barometers sind repräsentativ für die nach § 108 SGB V zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten. Häuser unter 50 Betten werden seit 2007 nicht mehr einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit nur ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Die Unikliniken werden im Datensatz nicht separat, sondern in der Gruppe der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser ausgewiesen. Da betriebsstättenbezogen die Unikliniken nur einen minimalen Teil der öffentlichen Häuser ab 50 Betten ausmachen, sind die Ergebnisse in dieser Trägergruppe maßgeblich durch die kommunalen Krankenhäuser bestimmt. Abweichend von der Analyse der Daten des Statistischen Bundesamtes werden die Krankenhaus Barometer-Daten nicht bettengrößenklassenspezifisch aufbereitet. Dies hat den Hintergrund, dass die Fallzahlen in manchen Bettengrößenklassen nicht ausreichen, um statistisch abgesicherte Aussagen zu ermöglichen. Unterschiede, die in Bettengrößen-klassen mit ausreichender Fallzahl auftreten, werden textlich erwähnt. Hier ist zu beachten, dass Einteilung der Bettengrößenklassen beim Krankenhaus Barometer von der Einteilung des Statistischen Bundesamtes abweicht.

Analyse der Daten des DKI Krankenhausdatenbank

Die Bedeutung der kommunalen Krankenhäuser für die regionale und wohnortnahe Versorgung wird anhand der Daten der DKI Krankenhausdatenbank[19] analysiert. Die Einteilung der Regionsgrundtypen erfolgt gemäß der siedlungsstrukturellen Typisierung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) [20]. Das BBSR unterscheidet in Abhängigkeit von zentraler Lage, Bevölkerungszahl und –dichte drei siedlungsstrukturelle Regionsgrundtypen.

2.2 Patientenversorgung

2.2.1 Anzahl Krankenhäuser / Betriebsstätten

Im Jahr 2008 waren von den 1.781 Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland 540 bzw. 30,3% in kommunaler Trägerschaft, 673 bzw. 37,8% in freigemeinnütziger und 30,0 % (534) in privater Trägerschaft. 1,9% der Allgemeinkrankenhäuser waren Hochschulkliniken bzw. Universitätsklinika. Die Marktanteile der kommunalen und privaten Krankenhäuser waren nahezu identisch. Die meisten Krankenhäuser befanden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft (vgl. Abbildung 4).

[19] Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Verteilung nach Trägerschaft der Allgemeinkrankenhäuser in der Krankenhausdatenbank etwas von der des Statistischen Bundesamtes abweicht. Dies ist u. a. auf die betriebsstättenbezogene Zählweise sowie den unterschiedlichen Aktualitätsgrad zurückzuführen.

[20] Zur Definition von Regionsgrundtypen vgl. Anhang

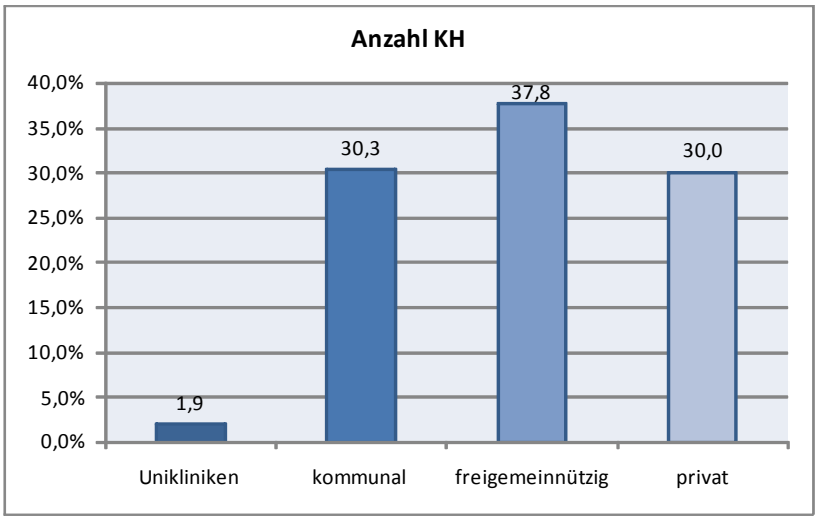

Abbildung 4: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[21]

In den 1.781 Allgemeinkrankenhäusern standen im Jahr 2008 durchschnittlich 261 Betten. Die Bettenzahl der kommunalen Krankenhäuser lag mit im Durchschnitt 342 Betten deutlich über den Zahlen der freigemeinnützigen (249) und privaten Krankenhäuser (128).

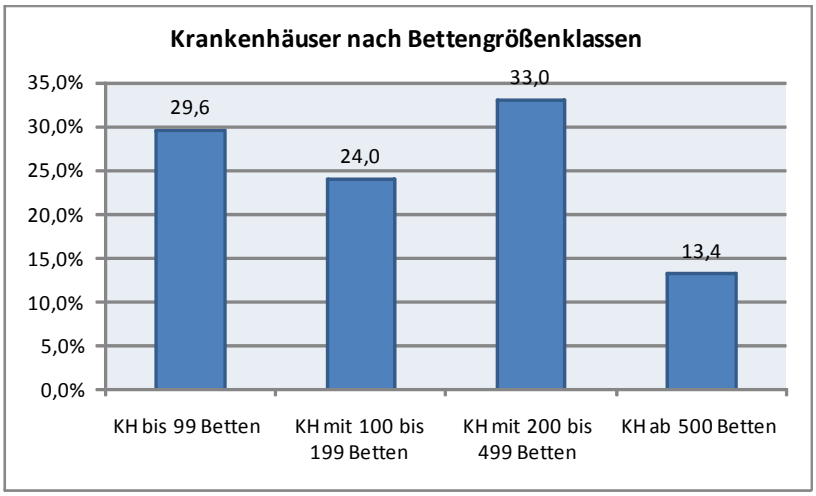

Abbildung 5: Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen[22]

[21] Datengrundlage: Tabelle 2.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a
[22] Datengrundlage: Tabelle 2.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Von den 1.781 Allgemeinkrankenhäusern zählte im Jahr 2008 jeweils ungefähr ein Drittel zu den Krankenhäusern mit bis 99 Betten (528) bzw. mit 200 bis 499 Betten (588). Knapp ein Viertel der Krankenhäuser fällt in die Bettengrößenklasse 100 bis 199 Betten (427), während der kleinste Teil (238) zur Bettengrößenklasse ab 500 Betten gehörte (vgl. Abbildung 5).

Ein Vergleich nach Bettengrößenklassen zeigt, dass die Krankenhausgröße stark mit der Trägerschaft zusammenhängt. Unter den Krankenhäusern bis 99 Betten wiesen die privaten Krankenhäuser im Jahr 2008 einen Marktanteil von 63,4 % (334) auf, während die kommunalen Krankenhäuser in dieser Bettengrößenklasse einen Anteil von knapp 15 % (77) verzeichneten. Kommunale Krankenhäuser hatten unter den Krankenhäusern ab 500 Betten einen Marktanteil von knapp 50% (117), während die privaten Krankenhäuser hier nur 10,9% (26) auf sich vereinten. Dieses Anteilsverhältnis ist seit 1999 mit leichter Verschiebung zugunsten der privaten Krankenhäuser konstant (vgl. Abbildung 6).

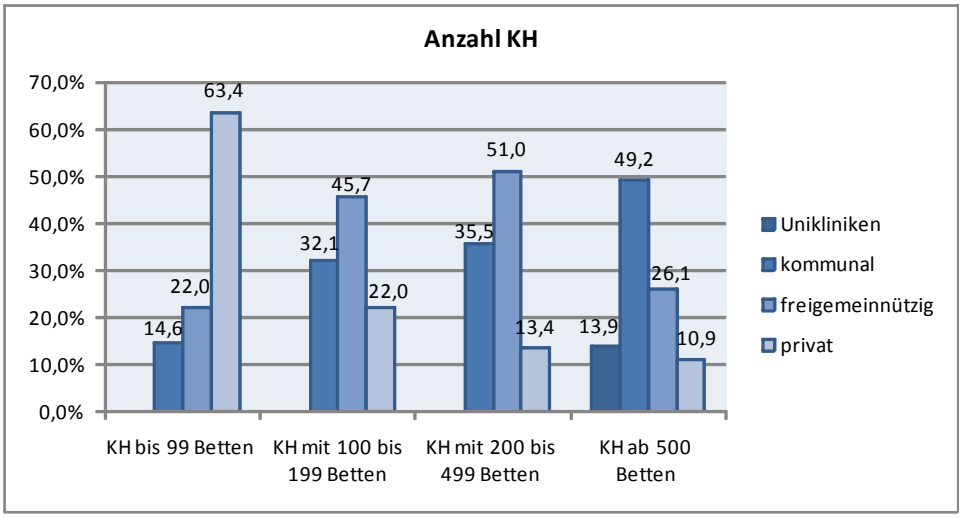

Abbildung 6: Allgemeinkrankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[23]

[23] Datengrundlage: Tabelle 2.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Der Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Krankenhausgröße wird noch deutlicher, wenn man die Verteilung nach Bettengrößenklassen innerhalb einer Trägergruppe betrachtet. Bei den privaten Krankenhäusern zählten fast zwei Drittel zu den Krankenhäusern bis 99 Betten. Der größte Teil (44,6%) der freigemeinnützigen Krankenhäuser wies zwischen 200 und 499 Betten auf. In beiden Trägergruppen war der Anteil der Krankenhäuser ab 500 Betten mit jeweils weniger als 10% vergleichsweise gering. Die kommunalen Krankenhäuser wiesen mit 21,7% einen überproportionalen Anteil von Krankenhäusern ab 500 Betten auf. Die meisten kommunalen Krankenhäuser umfassten mit gut einem Drittel zwischen 200 und 499 Betten (vgl. Abbildung 7).

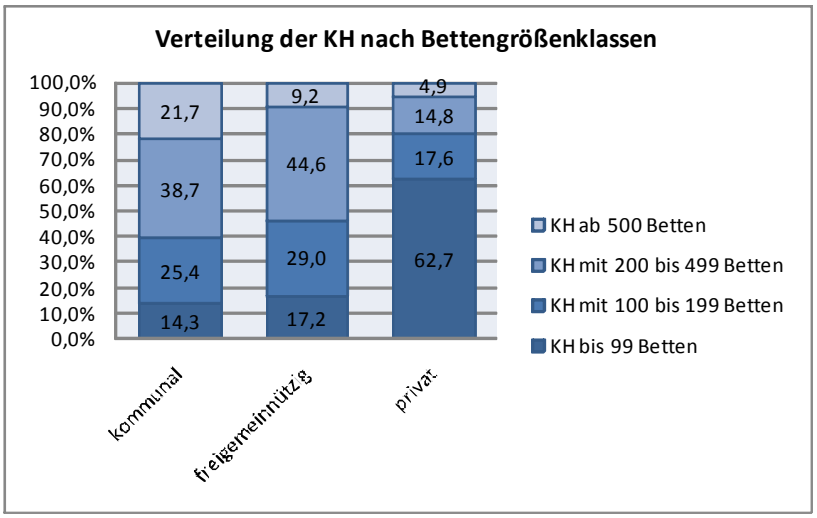

Abbildung 7: Verteilung der Bettengrößenklassen der Allgemeinkrankenhäuser (ohne Unikliniken) in 2008 in %[24]

2.2.2 Fallzahlen

Die kommunalen Krankenhäuser haben im Jahr 2008 mit 6.930.500 Fällen 40,8% aller Fälle der Allgemeinkrankenhäuser (16.993.300) behandelt. Die kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäuser (35,5%) haben zusammen insgesamt ungefähr drei Viertel aller Patienten versorgt. In den privaten Krankenhäusern wurden – trotz des mit den kommunalen Krankenhäusern vergleichbaren Marktanteils bei den Betriebsstätten – nur 14,1% aller Fälle behandelt (vgl. Abbildung 8). Dies ist auf die unterschiedlichen

[24] Datengrundlage: Tabelle 2.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Marktsegmente zurückzuführen, die die verschiedenen Trägergruppen abdecken. Die Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft tragen somit überproportional zur Patientenversorgung bei.

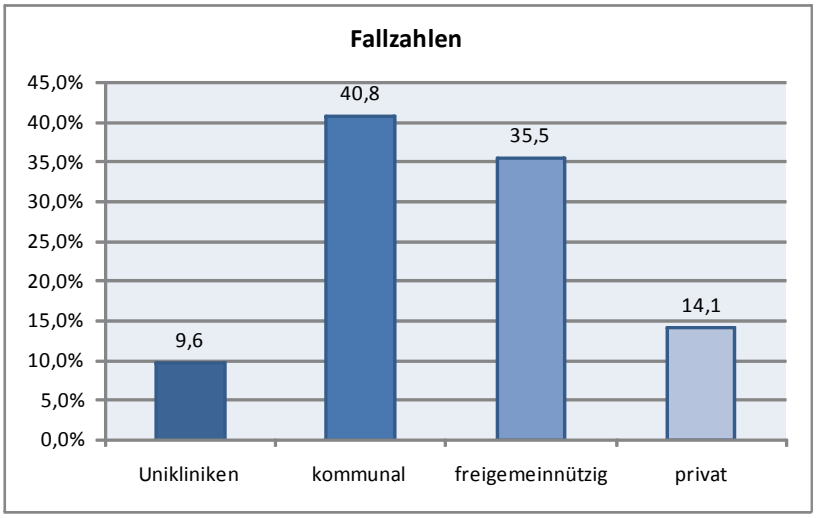

Abbildung 8: Fallzahlen der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[25]

Nur knapp 17% (711.021) aller Fälle wurden in den Krankenhäusern bis 199 Betten behandelt. In den Krankenhäusern ab 500 Betten wurde der größte Teil aller Patienten betreut (43,1%; 7.325.339 Fälle). Knapp die Hälfte dieser Fälle (3.523.736 Fälle) wurde in kommunalen Krankenhäusern behandelt, während auf die privaten Krankenhäuser hier nur knapp 10% (715.455) entfallen. Demgegenüber fielen die Fallzahlen der Privatkliniken in den kleineren Häusern deutlich überproportional aus (49,3%; 350.506 Fälle). Die freigemeinnützigen Krankenhäuser erzielten in den mittleren Bettengrößenklassen die höchsten Fallzahlen (vgl. Abbildung 9).

[25] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

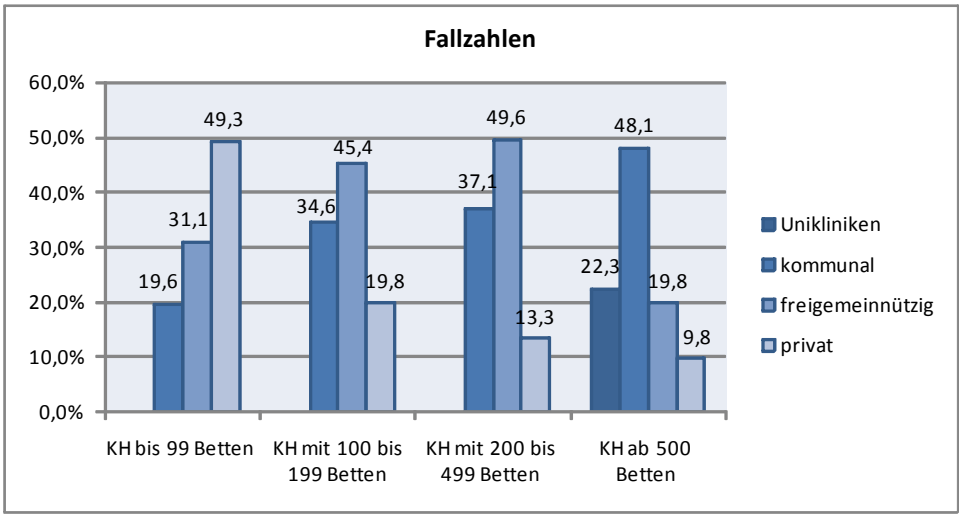

Abbildung 9: Fallzahlen der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[26]

2.2.3 Bettenanzahl

Im Jahr 2008 waren von den insgesamt 464.300 Betten in Allgemeinkrankenhäusern 39,8% in kommunalen Krankenhäusern, 36,2% in freigemeinnützigen und 14,8% in privaten Krankenhäusern aufgestellt (vgl. Abbildung 10) Nahezu die Hälfte (48,0%) der Krankenhausbetten der größten Bettengrößenklasse (194.800) standen in kommunalen Krankenhäusern, während die privaten Krankenhäuser hier nur einen Anteil von knapp 10% verzeichnen konnten (vgl. Abbildung 11).

[26] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

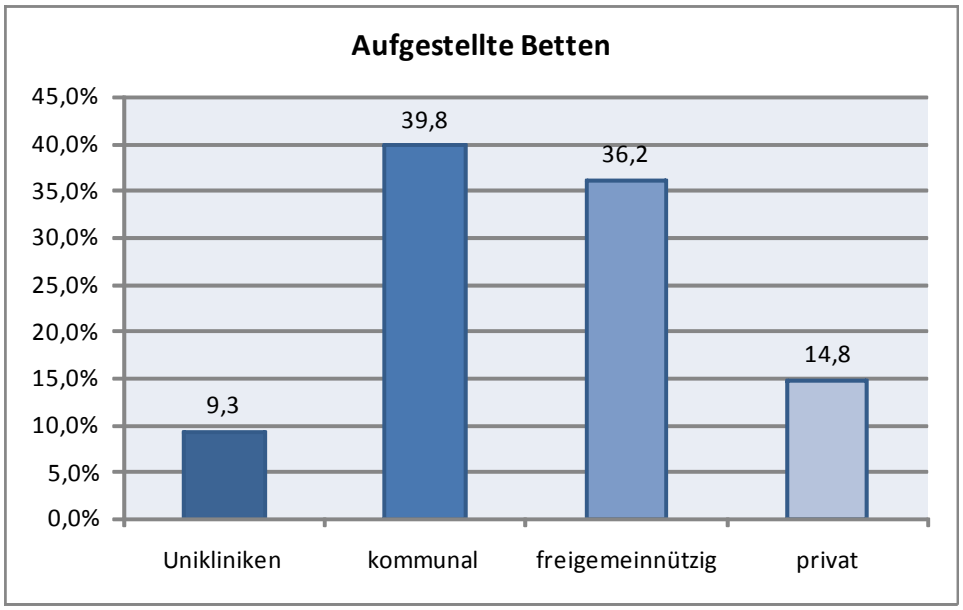

Abbildung 10: Aufgestellte Betten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[27]

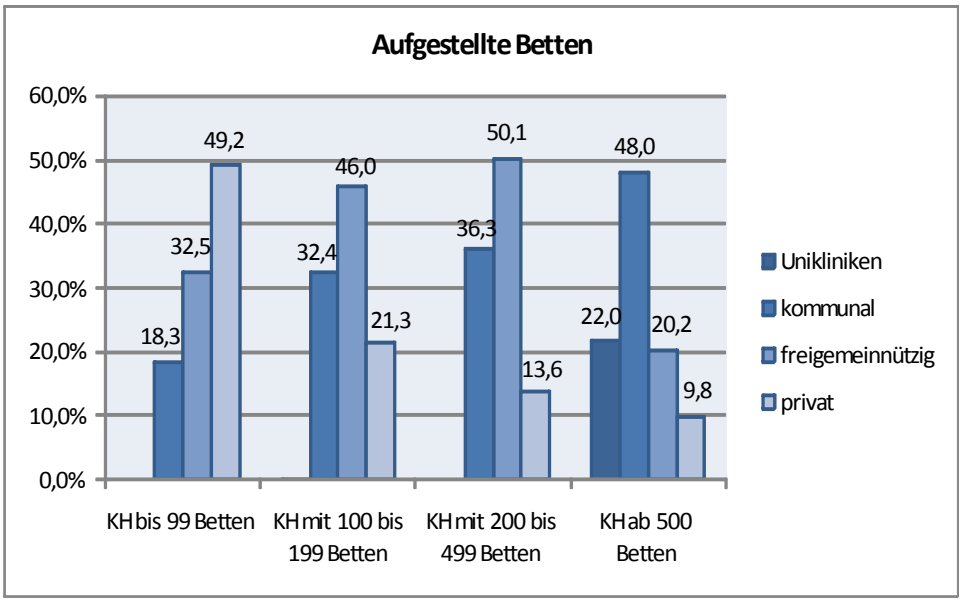

Abbildung 11: Aufgestellte Betten der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[28]

[27] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a
[28] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Von den 464.300 aufgestellten Betten waren 96,9% nach KHG bzw. landesrechtlichen Hochschulbauvorschriften gefördert. Die privaten Krankenhäuser (60.400) wiesen die geringste und die kommunalen Krankenhäuser (181.200) die größte Zahl geförderter Betten aller Trägergruppen auf. Während 98,0% aller Betten der kommunalen Krankenhäuser gefördert waren, waren es bei den privaten 88,1%.

2.2.4 Intensivbetten

Von den aufgestellten Betten waren im Jahr 2008 insgesamt 23.800 als Intensivbetten ausgewiesen. Die kommunalen Krankenhäuser stellten mit gut einem Drittel (37,8%) den größten Anteil aller Intensivbetten, während die Krankenhäuser in privater Trägerschaft den geringsten Anteil aufwiesen (14,7%) (vgl. Abbildung 12).

Bei der Zahl der vorgehaltenen Intensivbetten je 100 Normalbetten hielten die Universitätskliniken mit knapp 10% am meisten vor. Die Krankenhäuser anderer Trägerschaften unterschieden sich bei einem Prozentsatz von ca. 5% kaum voneinander.

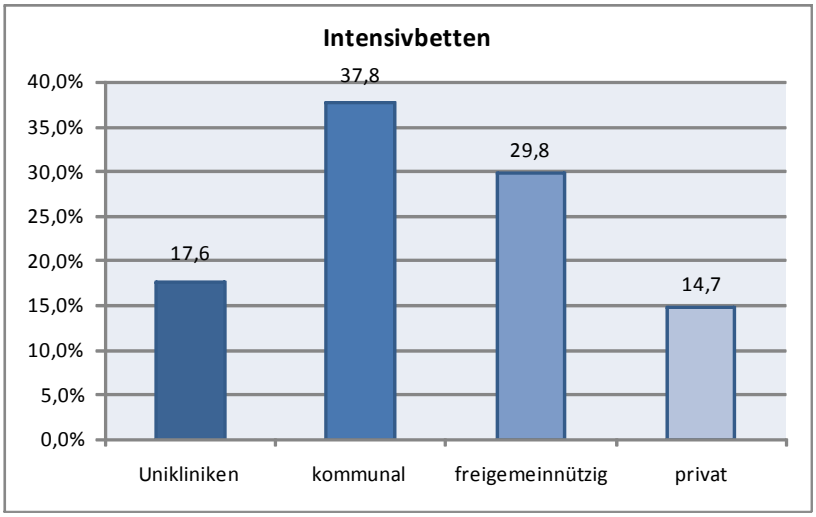

Abbildung 12: Vorgehaltene Intensivbetten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[29]

[29] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Die Krankenhäuser ab 500 Betten spielten für die intensivmedizinische Versorgung der Patienten mit über der Hälfte aller vorgehaltenen Intensivbetten (12.544) eine besondere Rolle. Die kommunalen Krankenhäuser haben hier mit 40,4% die meisten Betten (5.064) vorgehalten. Ihr Beitrag zur intensivmedizinischen Versorgung ist damit nur mit jenem der Universitätskliniken vergleichbar, die ein Drittel aller Intensivbetten in Krankenhäusern über 500 Betten stellen. Die Krankenhäuser bis 99 Betten hielten 2,7% der Intensivbetten (648) vor. In dieser Bettengrößenklasse war die größte Anzahl der Intensivbetten (400) in privaten Krankenhäusern aufgestellt (vgl. Abbildung 13).

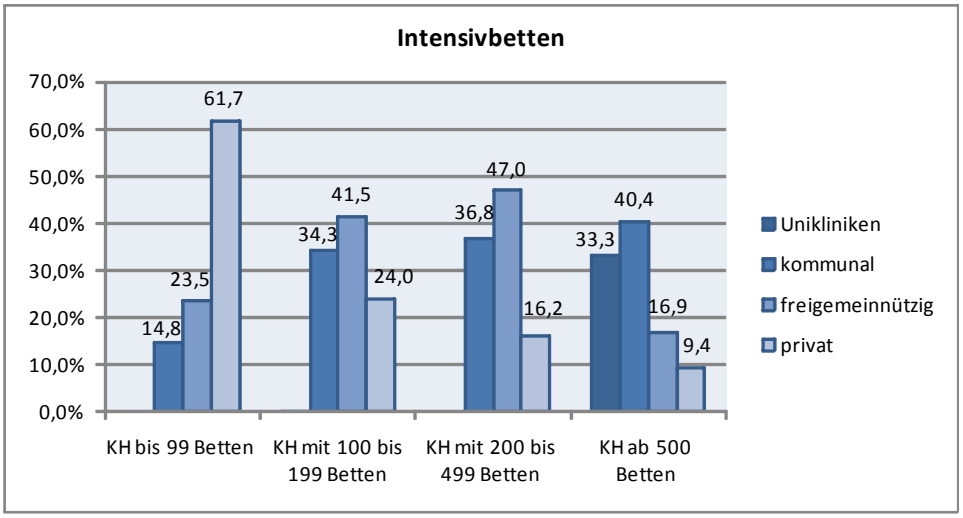

Abbildung 13: Vorgehaltene Intensivbetten der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[30]

2.2.5 Medizinisch-technische Großgeräte

Im Jahr 2008 war in 1.104 der 1.781 Allgemeinkrankenhäuser und damit in 62,0% aller allgemeinen Krankenhäuser mindestens ein medizinisch-technisches Großgerät aufgestellt. Alle Universitätsklinika, knapp 75% aller kommunalen Krankenhäuser und 67,3% der freigemeinnützigen Krankenhäuser verfügten über medizinisch-technische Großgeräte. Bei den privaten Krankenhäusern lag dieser Anteil mit 40% deutlich niedriger.

[30] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Die Krankenhäuser mit mindestens einem medizinisch-technischen Großgerät waren insbesondere in freigemeinnütziger (41,0%; 453) und kommunaler Trägerschaft (36,6%; 404) (vgl. Abbildung 14).

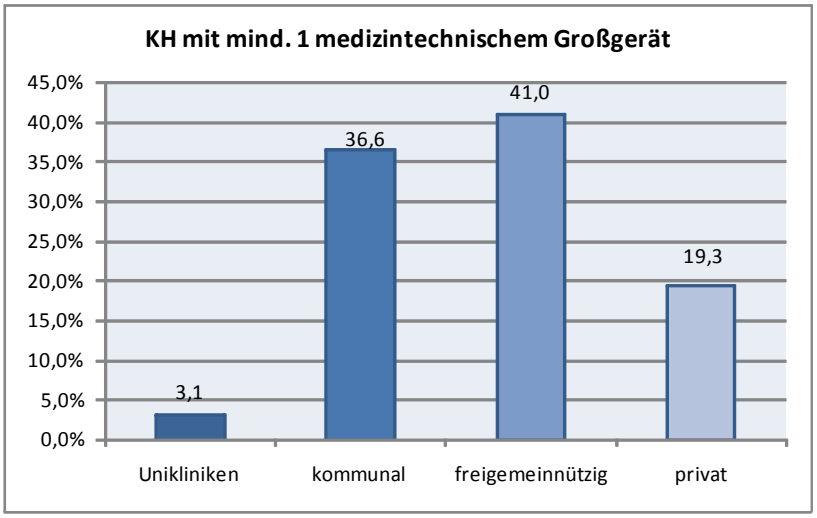

Abbildung 14: Allgemeinkrankenhäuser mit medizinisch-technischen Großgeräten nach Trägerschaft in 2008 in %[31]

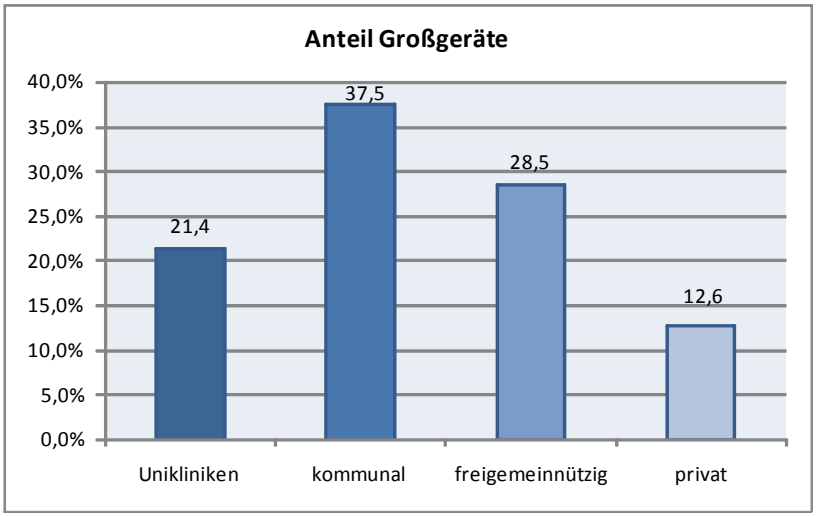

Abbildung 15: Medizinisch-technische Großgeräte der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[32]

[31] Datengrundlage: Tabelle 2.7.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a
[32] Datengrundlage: Tabelle 2.7.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte belief sich im Jahr 2008 auf insgesamt 9.800, wobei über ein Drittel aller Geräte in kommunalen Krankenhäusern aufgestellt war (37,5%; 3.691). Die privaten Krankenhäuser hielten mit 12,6% den geringsten Anteil aller Großgeräte vor (1.242) (vgl. Abbildung 15).

Die Krankenhäuser bis zu 99 Betten hielten mit 297 Geräten lediglich 3,0% aller medizinisch-technischen Großgeräte vor. Die größte Anzahl der Geräte (6.144) wurde in den Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten (62,4%) bereitgestellt. In dieser Bettengrößenklasse verfügten vor allem kommunale Krankenhäuser über einen überproportionalen Geräteanteil (41,7%; 2.563) (vgl. Abbildung 16).

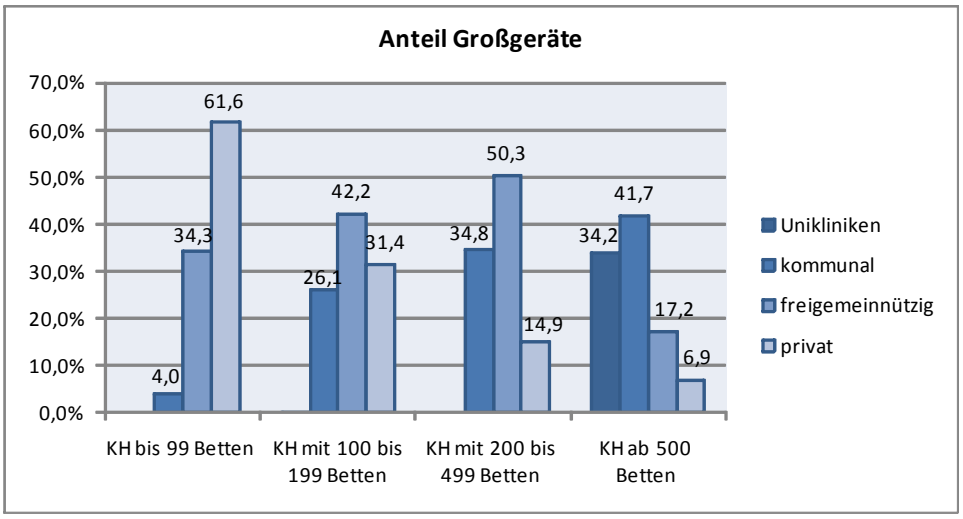

Abbildung 16: Medizinisch-technische Großgeräte der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[33]

2.2.6 Fazit: Patientenversorgung

Der Beitrag der kommunalen Krankenhäuser an der stationären Patientenversorgung fällt überproportional aus. Die Patientenversorgung in Deutschland beruht zu einem hohen Grad auf den Leistungen und dem Leistungsspektrum der Kliniken in kommunaler Trägerschaft. Auch wenn es in Bezug auf die reine Zahl aller Krankenhäuser ein scheinbares Gleichgewicht mit je etwa einem Drittel von Kliniken in freigemeinnütziger, privater und kommunaler Trägerschaft zu geben scheint, stellt sich das Bild sowohl in Bezug auf die

[33] Datengrundlage: Tabelle 2.7.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

reinen Fallzahlen, als auch hinsichtlich der vorgehaltenen Betten deutlich anders dar: Rund die Hälfte der Betten bzw. der Fälle entfällt auf die kommunalen Krankenhäuser. Darüber hinaus tragen die kommunalen Häuser maßgeblich zur intensivmedizinischen Patientenversorgung, zur Schwerpunkt- und Spezialversorgung sowie zur Versorgung mit medizintechnischen Großgeräten bei.

Den größten Marktanteil nach Krankenhäusern weisen die freigemeinnützigen Träger auf, während die Marktanteile der kommunalen und privaten Krankenhäuser nahezu gleich hoch sind. Die Krankenhausgröße hängt stark mit der Trägerschaft zusammen, was die unterschiedlichen Marktsegmente der einzelnen Träger widerspiegelt.: So halten die privaten Träger überwiegend kleinere Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten und freigemeinnützige Träger schwerpunktmäßig Krankenhäuser von 100 bis 499 Betten vor, während die kommunalen Träger einen überproportionalen Anteil an Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten aufweisen. Diese Verteilung spiegelt sich auch bei den untersuchten Kennzahlen wieder.

2.3 Regionalwirtschaftliche Aspekte

2.3.1 Anzahl Vollkräfte

Im Jahr 2008 waren im Durchschnitt 748.300 Vollkräfte[34] in den Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt. Die kommunalen Krankenhäuser stellten mit 38,3% (286.769) neben den freigemeinnützigen Krankenhäusern (30,9%; 231.419) den größten Anteil des Personals, während die privaten Krankenhäuser, trotz des mit dem kommunalen Krankenhäusern vergleichbaren Marktanteils nach Betriebsstätten, den geringsten Teil verzeichneten (12,3%; 91.877). Damit sind die kommunalen Krankenhäuser, relativ gesehen, der größte Arbeitgeber im Krankenhaussektor (vgl. Abbildung 17).

[34] Bei der Beschreibung der personellen Ausstattung der Krankenhäuser werden nicht die Beschäftigten am 31.12., sondern die Vollkräfte im Jahresdurchschnitt bzw. Vollzeitäquivalente berücksichtigt. Hintergrund ist, dass auf diese Weise auch z.B. Teilzeitkräfte und Angestellte einbezogen werden, die für einen Teil des Jahres in der Einrichtung angestellt waren, nicht jedoch am Stichtag.

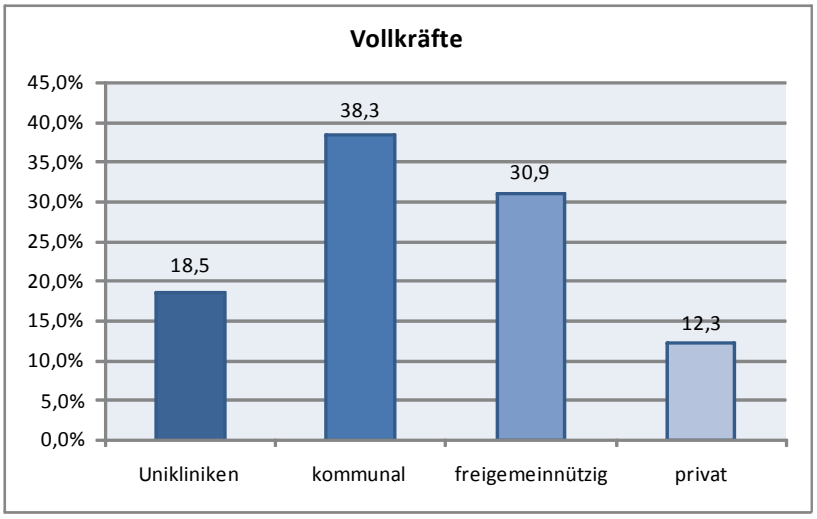

Abbildung 17: Vollkräfte der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[35]

Etwas über die Hälfte aller Vollkräfte (382.997) war in den Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten angestellt, während die Krankenhäuser bis 99 Betten knapp 4% (28.806) des gesamten Personals der Allgemeinkrankenhäuser beschäftigten.

In der kleinsten Bettengrößenklasse war gut die Hälfte der Vollkräfte in privaten Krankenhäusern angestellt (14.697), während 41,5% der Vollkräfte der größten Bettengrößenklasse (158.975) bei kommunalen Krankenhäusern beschäftigt waren (vgl. Abbildung 18).

[35] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

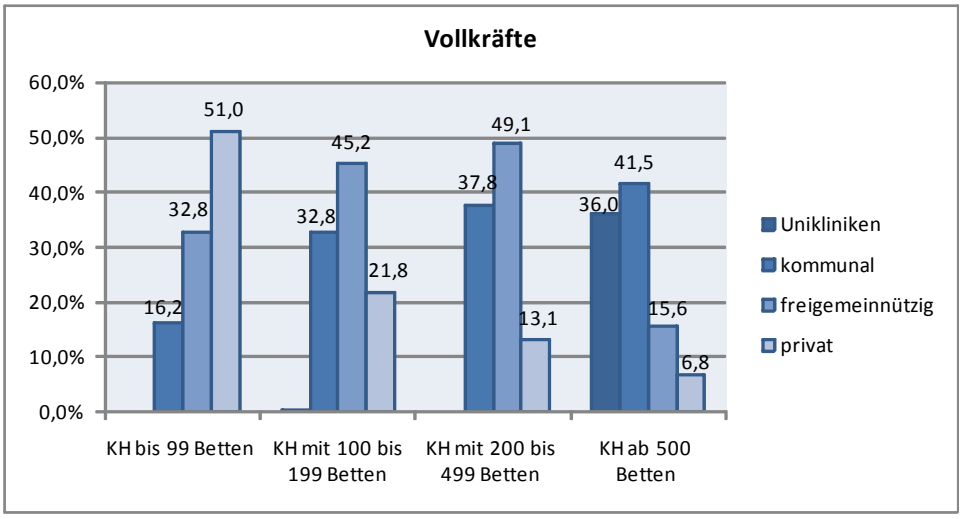

Abbildung 18: Vollkräfte der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[36]

2.3.2 Berufsgruppenverteilung

Vier von fünf Vollkräften (80,7%) waren in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 in den patientennahen Bereichen des Ärztlichen, Pflegerischen, Medizintechnischen und Funktionsdienstes beschäftigt. Der Pflegedienst war bei allen vier Trägern die personalstärkste Berufsgruppe, während der Funktionsdienst jeweils den geringsten Anteil stellte. Zwischen den verschiedenen Trägergruppen zeigten sich – mit Ausnahme der Unikliniken – keine wesentlichen Unterschiede bei der prozentualen Verteilung der ausgewählten Berufsgruppen (vgl. Abbildung 19).

[36] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

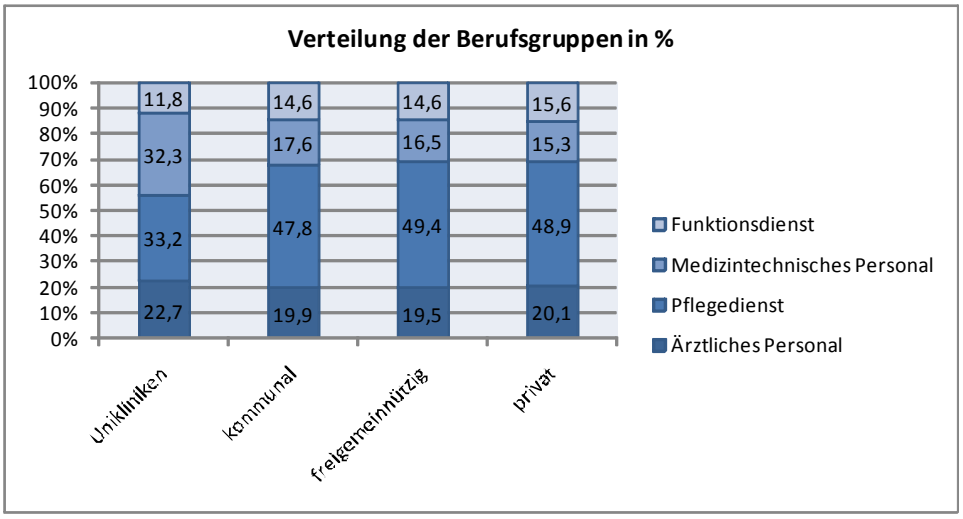

Abbildung 19: Verteilung ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen der allgemeinen Krankenhäuser 2008 nach Trägerschaft in %[37]

Die differenzierte Betrachtung nach Bettengrößenklassen zeigt ebenfalls keine wesentlichen Unterschiede in der Verteilung des Personals auf die vier Berufsgruppen bei kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern (ohne Abbildung).

2.3.3 Ausbildung

Die Ausbildung des medizinisch-pflegerischen Personals zählt zu einer wichtigen gesellschaftlichen Aufgabe von Krankenhäusern. Von den 1.781 Allgemeinkrankenhäusern bildete im Jahr 2008 gut die Hälfte aus (52,4%). Jeweils circa zwei Drittel der freigemeinnützigen (451) und kommunalen Krankenhäuser (347) bildeten aus, während 19,7% (105) der privaten Krankenhäuser zu den Ausbildungskrankenhäusern zählten.

Betrachtet man die Verteilung der Trägergruppen unter den Ausbildungskrankenhäusern, so zeigt sich, dass sich der größte Teil der ausbildenden Krankenhäuser in freigemeinnütziger (48,3%) bzw. kommunaler Trägerschaft (37,2%) befand. Nur 11,2% der Ausbildungskrankenhäuser waren in privater Hand (vgl. Abbildung 20).

[37] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

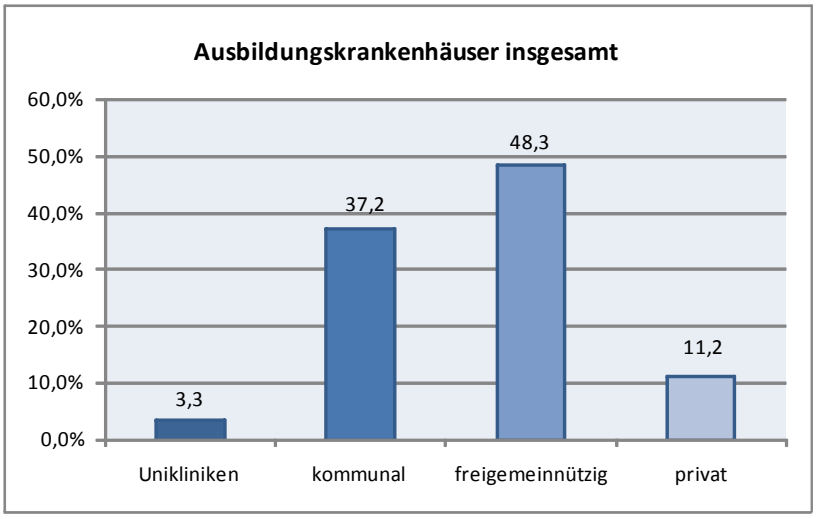

Abbildung 20: Ausbildungskrankenhäuser der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[38]

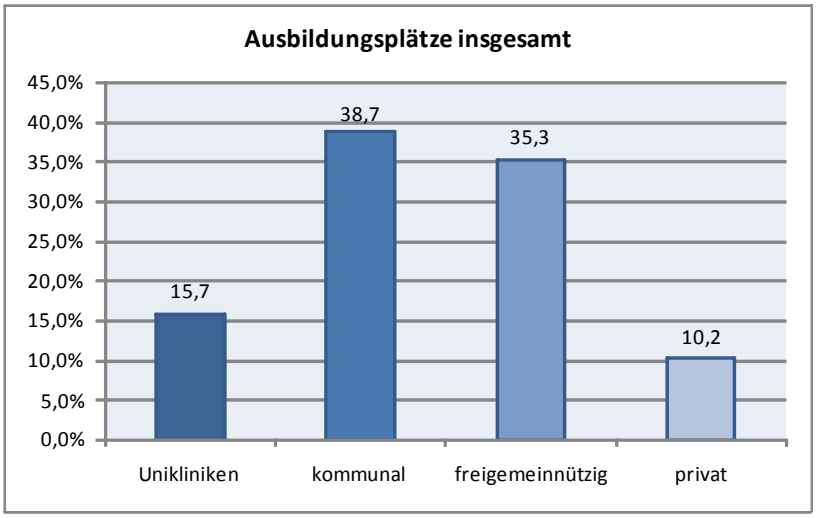

Abbildung 21: Ausbildungsplätze der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[39]

[38] Datengrundlage: Tabelle 2.6.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a
[39] Datengrundlage: Tabelle 2.6.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

Den größten Teil der insgesamt 91.400 Ausbildungsplätze stellten mit 38,7% (35.423) die kommunalen Krankenhäuser. In der Ausbildung nahmen die freigemeinnützigen Krankenhäuser (35,2%; 32.313) ebenfalls eine zentrale Rolle ein. Gut 10% (9.323) der Ausbildungsplätze befanden sich in privater Trägerschaft (vgl. Abbildung 21).

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser hielten in den Bettengrößenklassen bis 499 Betten jeweils die meisten Ausbildungsplätze vor, während die kommunalen Krankenhäuser in den Krankenhäusern ab 500 Betten 42,1% aller Ausbildungsplätze stellten. Insgesamt gut die Hälfte aller Ausbildungsplätze wurde in dieser Bettengrößenklasse vorgehalten (vgl. Abbildung 22).

Die Krankenhäuser in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft haben im Wesentlichen zur Ausbildung beigetragen.

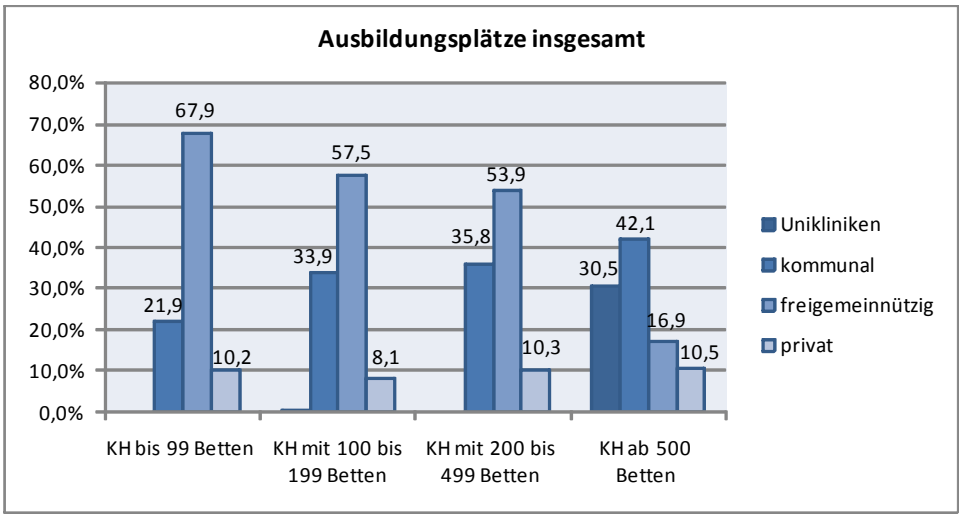

Abbildung 22: Ausbildungsplätze der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[40]

2.3.4 Fazit: Regionalwirtschaftliche Aspekte

Die kommunalen Krankenhäuser stellen einen wichtigen Arbeitgeber im Krankenhaussektor dar, was sich zum Beispiel in der Marktführerschaft nach Personalzahlen wiederspiegelt. Bei

[40] Datengrundlage: Tabelle 2.6.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a

der internen Verteilung des ärztlichen, pflegerischen, Medizintechnischen Personals sowie des Funktionsdienstes zeigen sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägern.

Die kommunalen Krankenhäuser übernehmen neben den freigemeinnützigen Krankenhäusern eine wichtige Rolle bei der Ausbildung. Dies zeigt sich insbesondere am höchsten Anteil an Ausbildungsplätzen, der insbesondere durch den überproportionalen Anteil großer Krankenhäuser bedingt ist.

2.4 Kosten

2.4.1 Brutto-Gesamtkosten

Im Jahr 2008 betrugen die Brutto-Gesamtkosten der Allgemeinkrankenhäuser insgesamt knapp 70 Mrd. Euro. Die Differenzierung der Kosten nach der Krankenhausträgerschaft zeigt, dass die kommunalen Krankenhäuser (37,8%) und die freigemeinnützigen Krankenhäuser (30,9%) insgesamt die höchsten Kostenanteile aufwiesen. Die privaten Krankenhäuser hatten mit 12,6% einen geringen Anteil an den Gesamtkosten (vgl. Abbildung 23).

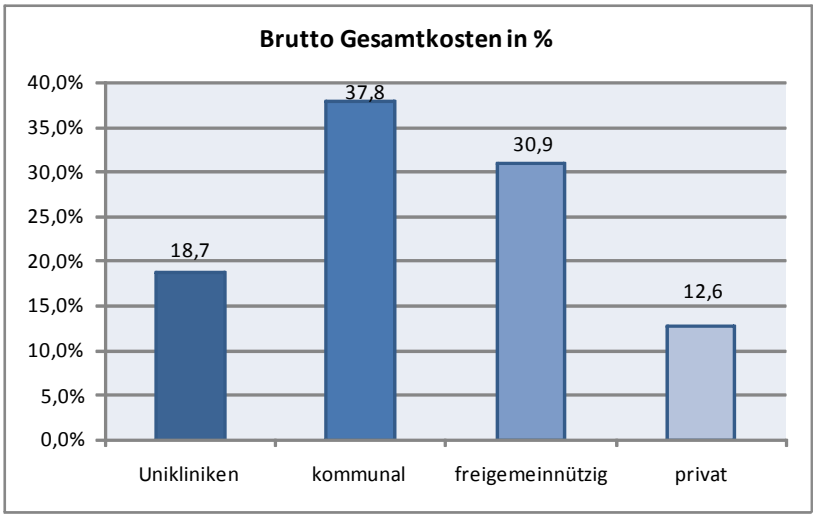

Abbildung 23: Brutto-Gesamtkosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %[41]

[41] Datengrundlage: Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

Differenziert nach Bettengrößenklassen zeigt sich, dass in den Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten über die Hälfte aller Gesamtkosten angefallen sind, während auf die kleinsten Krankenhäuser nur 3,9% der Gesamtkosten entfallen sind. Die kommunalen Krankenhäuser (40,6%) sowie die Unikliniken (36,2%) wiesen den Großteil der Kosten in der Bettengrößenklassen ab 500 Betten auf, während die privaten Krankenhäuser knapp die Hälfte der Kosten in den Krankenhäusern bis 99 Betten auf sich vereinten (vgl. Abbildung 24).

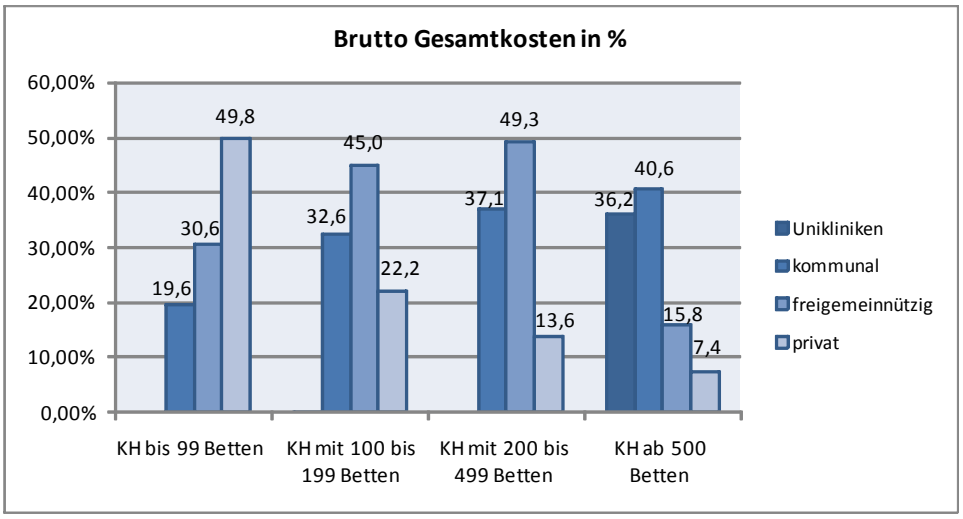

Abbildung 24: Brutto-Gesamtkosten der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %[42]

2.4.2 Verteilung nach Kostenarten

Nach Kostenarten verteilt sich der größte Teil der Brutto-Gesamtkosten auf die Personal- und Sachkosten sowie die Kosten für Ausbildungsstätten und Zinsen bzw. ähnliche Aufwendungen. Betrachtet man die Verteilung der Kostenarten auf die Brutto-Gesamtkosten nach Trägern, so zeigen sich leichte Unterschiede zwischen den Trägergruppen. Der Anteil der Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten lag bei den kommunalen Krankenhäusern um circa 5%-Punkte höher als bei den privaten Kliniken. Demgegenüber fiel hier der Sachkostenanteil um nahezu 5%-Punkte höher aus als in den kommunalen Häusern. Die Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen nahmen bei den Krankenhäusern privater

[42] Datengrundlage: Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

Trägerschaft, wie zu erwarten, aufgrund der stärkeren Kapitalmarktfinanzierung den höchsten Kostenanteil aller Trägergruppen ein. Die Unterschiede zwischen den freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern waren vergleichsweise gering (vgl. Abbildung 25).

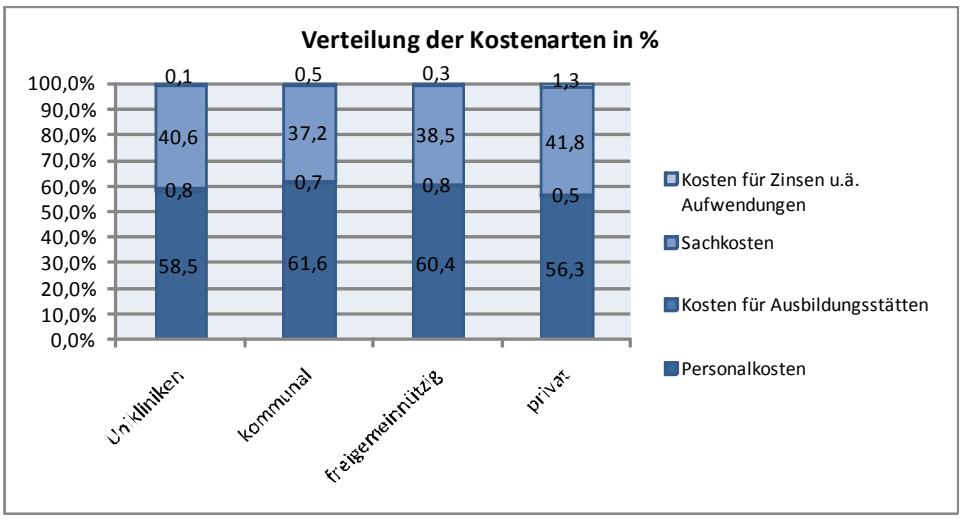

Abbildung 25: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern 2008 nach Trägerschaft in %[43]

In der Verteilung nach Bettengrößenklassen zeigt sich durchgängig, dass der Anteil der Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten bei den kommunalen Krankenhäusern höher war als bei den privaten Krankenhäusern. Diese wiederum wiesen einen höheren Sachkostenanteil auf als die kommunalen Krankenhäuser. Diese relativen Differenzen waren in der höchsten Bettengrößenklasse am geringsten und lagen in den anderen Bettengrößenklassen bei circa 5%-Punkten. Zwischen den freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern traten kaum Unterschiede in der Verteilung der Kostenarten auf (vgl. Abbildung 26 bis Abbildung 29)

Die Unterschiede bei der Verteilung der Kostengruppen auf die Gesamtkosten zwischen den verschiedenen Trägergruppen lagen in den Bettengrößenklassen ab 99 Betten bei maximal 5,6%-Punkten und waren in den kleinsten Krankenhäusern damit insgesamt am größten. So wiesen die freigemeinnützigen Krankenhäuser in der kleinsten Bettengrößenklasse die

[43] Datengrundlage: Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

höchsten anteiligen Personalkosten auf. Diese lagen anteilig circa 8%-Punkte höher als bei den privaten Krankenhäusern. Der Anteil der Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten lag in den privaten um fast 8%-Punkte höher als bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Auffällig war, dass die prozentualen Anteile für Zinsen und ähnliche Aufwendungen bei den kommunalen und privaten Krankenhäusern bis 99 Betten gleich hoch war (vgl. Abbildung 26). Der Anteil der Zinsen und ähnlichen Aufwendungen an den Brutto-Gesamtkosten lag bei den privaten Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten sowie ab 500 Betten über denen der anderen Trägergruppen (vgl. Abbildung 27 bis Abbildung 29).

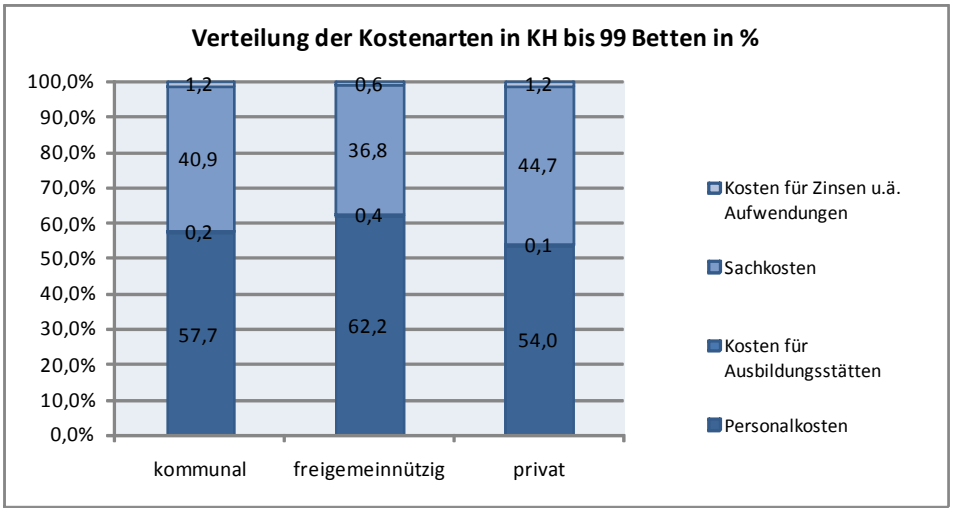

Abbildung 26: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern bis 99 Betten 2008 nach Trägerschaft in %[44]

[44] Datengrundlage: Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

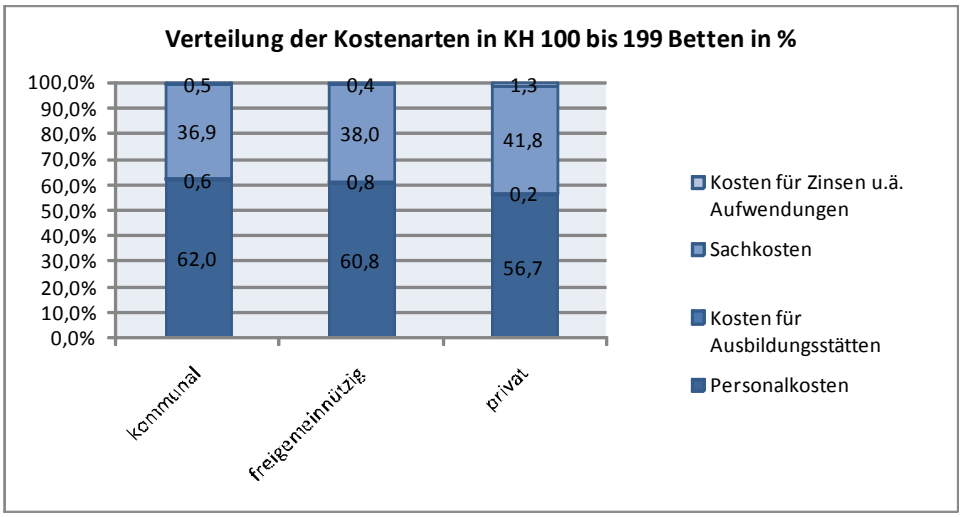

Abbildung 27: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern 100 bis 199 Betten 2008

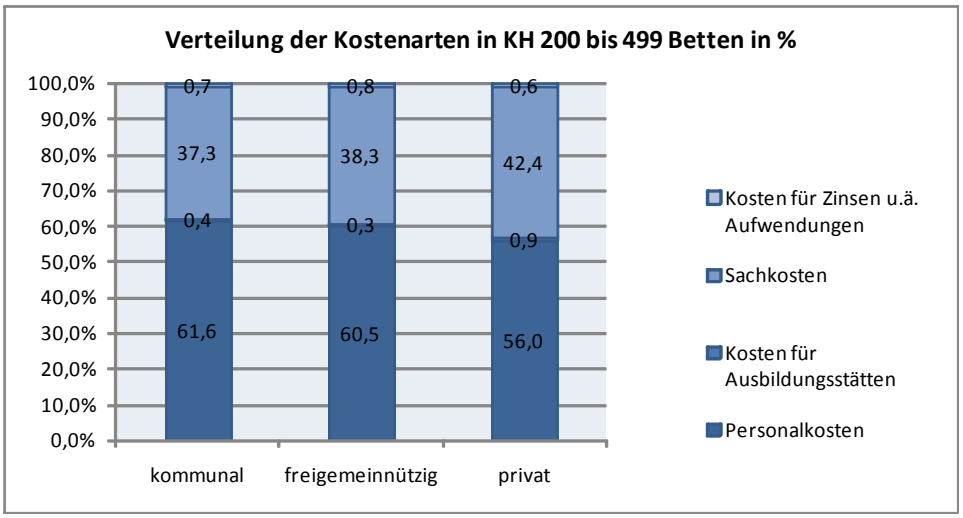

Abbildung 28: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern 200 bis 499 Betten 2008 nach Trägerschaft in %[45]

[45] Datengrundlage: Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

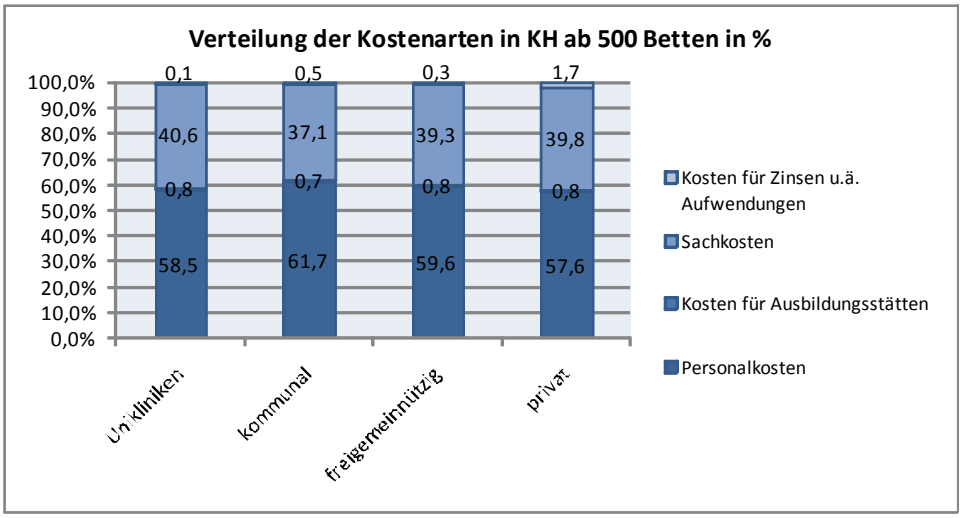

Abbildung 29: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern ab 500 Betten 2008 nach Trägerschaft in %[46]

2.4.3. Personalkostenarten

Im Jahr 2008 gab es zwischen den Trägergruppen der Allgemeinkrankenhäuser kaum Unterschiede in der Verteilung der Personalkosten auf den ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, den medizinisch-technischen Dienst sowie den Funktionsdienst. Einzige Ausnahme stellten die Universitätsklinika dar, die aufgrund ihres Versorgungsspektrums im Vergleich zu den anderen Trägern höhere Anteile des medizinisch-technischen Dienstes und geringere Personalkostenanteile des Pflegedienstes zu verzeichnen hatten (vgl. Abbildung 30).

[46] Datengrundlage: Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

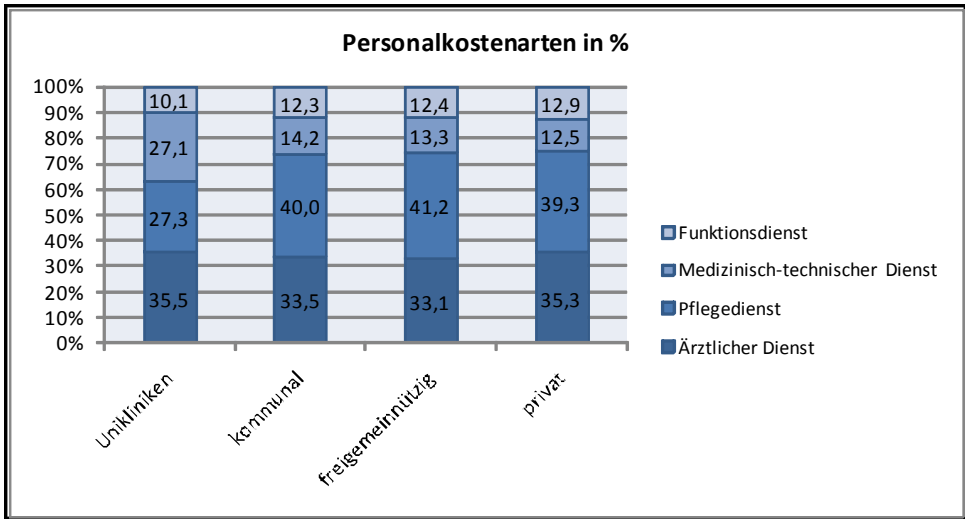

Abbildung 30: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 in %[47]

Betrachtet man die Personalkostenverteilung der vier Dienste differenziert nach Bettengrößenklassen, so zeigten sich nur bei den Krankenhäusern bis 99 Betten sowie ab 500 Betten deutliche Unterschiede zwischen den Trägergruppen (vgl. Abbildung 31 bis Abbildung 34).

Bei den Krankenhäusern bis 99 Betten lagen die Personalkosten für den ärztlichen Dienst in den kommunalen Krankenhäusern 6,2 Prozentpunkte über denen der freigemeinnützigen Krankenhäuser. Demgegenüber wiesen diese höhere anteilige Kosten für den Pflegedienst auf (vgl. Abbildung 31).

Die privaten Krankenhäuser wiesen in den Krankenhäusern ab 500 Betten einen höheren Personalkostenanteil für den Ärztlichen Dienst und einen geringeren bei dem medizinisch-technischen Dienst auf als die anderen Trägergruppen (vgl. Abbildung 34).

[47] Datengrundlage: Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

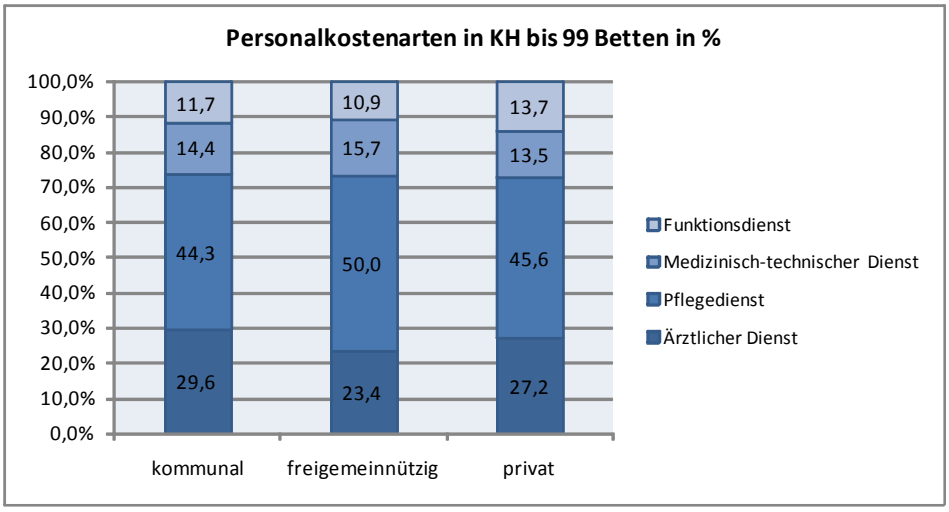

Abbildung 31: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern mit bis 99 Betten im Jahr 2008 in %[48]

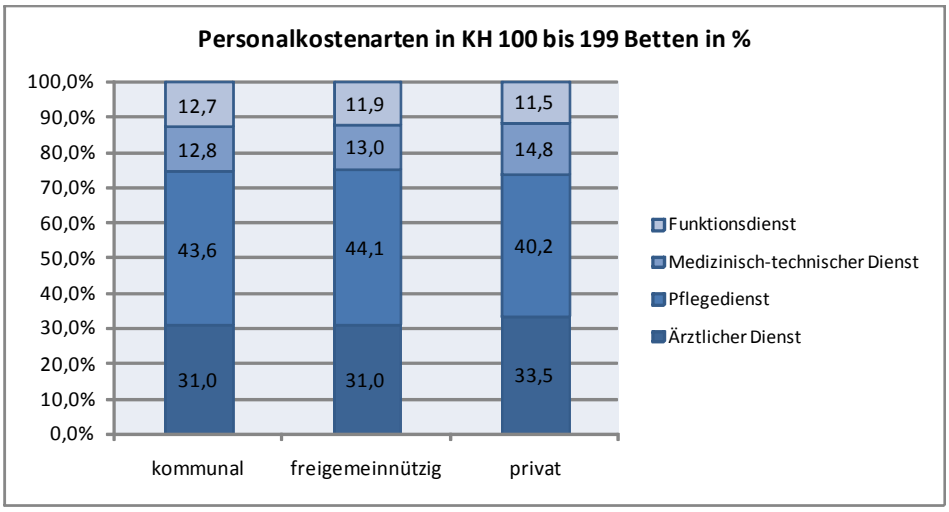

Abbildung 32: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern mit 100 bis 199 Betten im Jahr 2008 in %[49]

[48] Datengrundlage: Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a
[49] Datengrundlage: Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

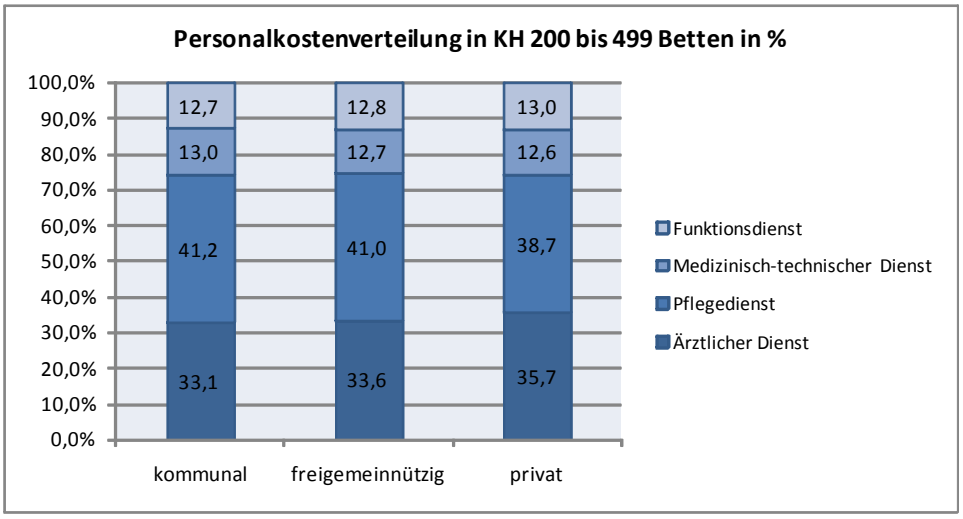

Abbildung 33: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern mit 200 bis 499 Betten im Jahr 2008 in %[50]

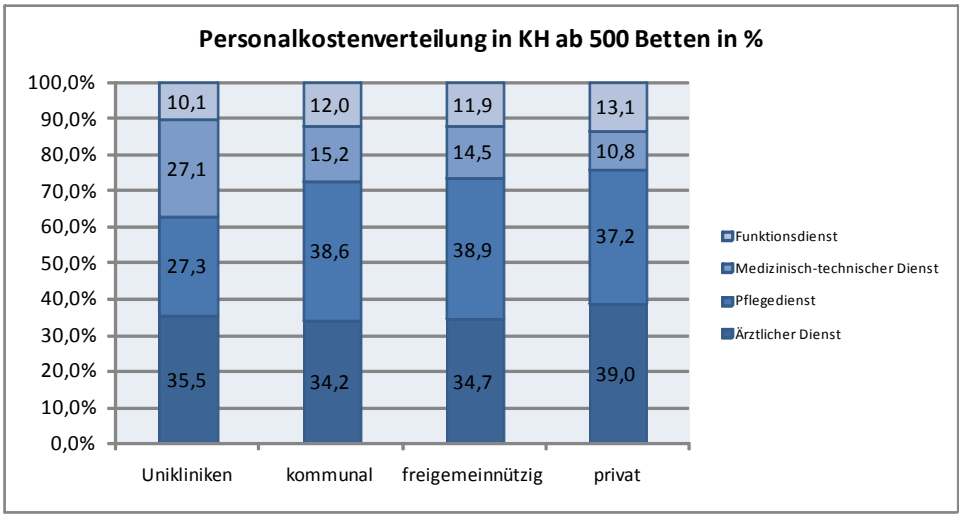

Abbildung 34: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern ab 500 Betten im Jahr 2008 in %[51]

[50] Datengrundlage: Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a
[51] Datengrundlage: Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008a

2.4.4 Fazit: Kosten

Die Verteilung der Brutto-Gesamtkosten gesamt sowie nach Bettengrößenklassen entspricht, wie zu erwarten, derjenigen der Marktanteile an z. B. Fallzahlen. Die kommunalen Krankenhäuser haben, wie auch die freigemeinnützigen Einrichtungen, anteilig höhere Personalkosten als private Träger. Diese wiederum weisen höhere Sach- und Zinskosten auf. Bei der Personalkostenverteilung der vier wesentlichen patientennahen Berufsgruppen zeigen sich keine nennenswerten trägerspezifischen Unterschiede.

2.5. Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskennziffern

2.5.1 Fälle je Vollkraft

In den Allgemeinkrankenhäusern wurden im Jahr 2008 durchschnittlich 23 Fälle je Vollkraft versorgt. Die Anzahl der versorgten Patienten pro Vollkraft fiel mit durchschnittlich jeweils 26 Fälle in den privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern etwas höher aus als in den kommunalen Einrichtungen (24 Patienten) (vgl. Abbildung 35).

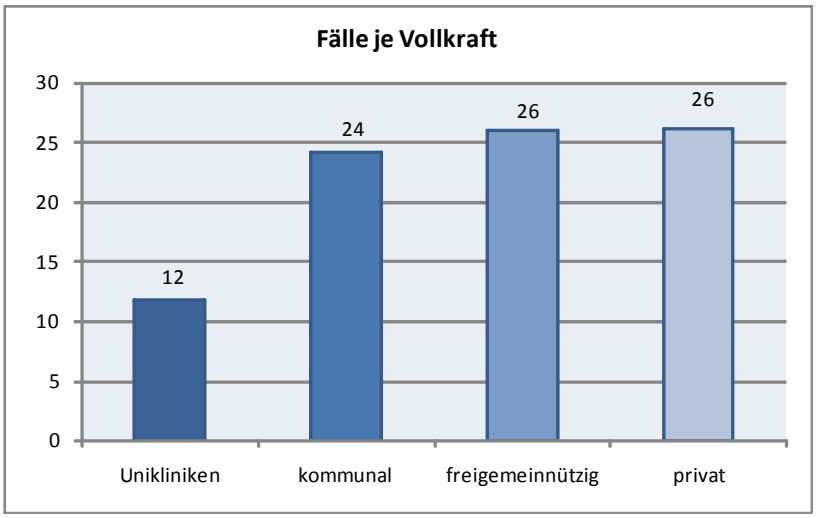

Abbildung 35: Anzahl der Fälle je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008[52]

[52] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

Betrachtet man die Fallzahl pro Vollkraft differenziert nach Bettengrößenklassen, so zeigt sich, dass in den Krankenhäusern ab 500 Betten die Vollkräfte im Durchschnitt deutlich weniger Patienten (19) versorgten als in den Krankenhäusern mit weniger Betten (25-27). Dies ist u. a. durch einen unterschiedlichen Patientenmix bzw. abweichende Risikostrukturen zu erklären.

Insgesamt zeigten sich keine systematischen Zusammenhänge nach Trägerschaft: Die Vollkräfte der kommunalen Krankenhäuser bis 200 Betten betreuten durchschnittlich 5-6 Patienten mehr als diejenigen der privaten Krankenhäuser. Demgegenüber behandelten die Vollkräfte der kommunalen Häuser in den Krankenhäusern ab 500 Betten durchschnittlich 5 Patienten weniger als in den Krankenhäusern privater Trägerschaft (vgl. Abbildung 36).

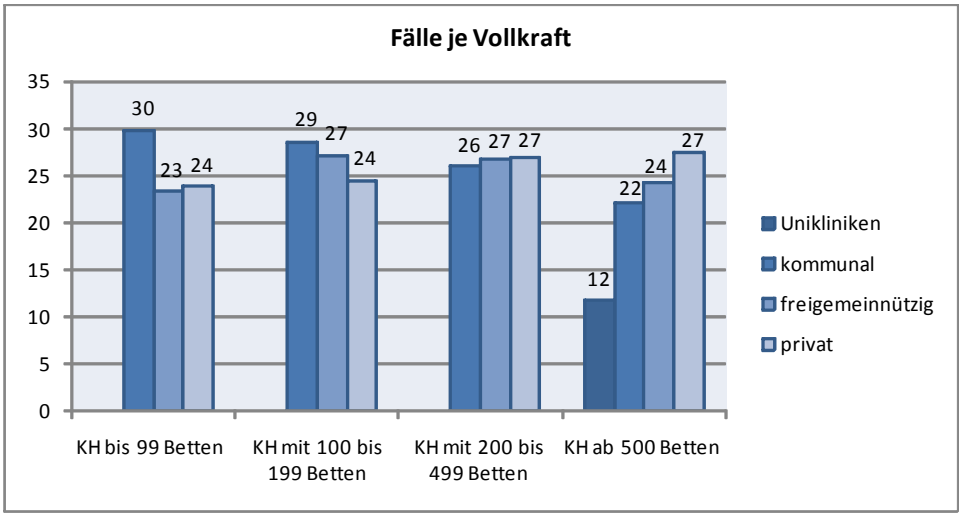

Abbildung 36: Anzahl der Fälle je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008[53]

Fälle je Arzt

Die ärztlichen Vollkräfte haben in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 durchschnittlich 138 Patienten behandelt. Die Fallzahl je ärztlicher Vollkraft war mit durchschnittlich 165 Fälle in den freigemeinnützigen Krankenhäusern am höchsten. Ärzte in kommunalen Krankenhäusern haben im Mittel 152 Patienten versorgt. Private

[53] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

Krankenhäuser (155 Patienten je Arzt) unterschieden sich in dieser Hinsicht kaum von den kommunalen Trägern (vgl. Abbildung 37).

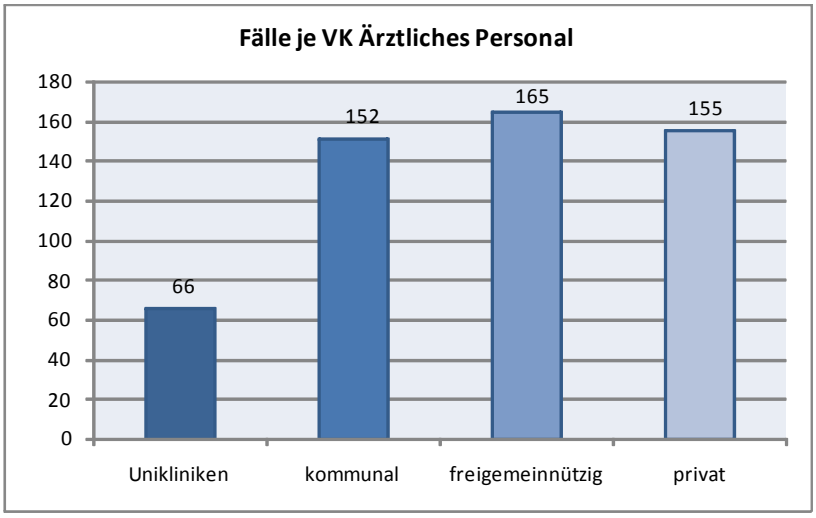

Abbildung 37: Anzahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008[54]

Die Anzahl der durchschnittlich betreuten Patienten pro ärztlicher Vollkraft war in den Krankenhäusern ab 500 Betten mit 109 am geringsten, während sie in der kleinsten Bettengrößenklasse mit 231 am größten war.

Vor allem in den Krankenhäusern bis 199 Betten zeigten sich deutliche Unterschiede in den Fallzahlen pro Arzt zwischen den verschiedenen Trägergruppen. Die Ärzte der kommunalen Krankenhäuser behandelten hier im Schnitt mehr Patienten als in privaten Krankenhäusern. In den größeren Häusern ab 200 Betten gleichen sich die trägerspezifischen Verhältnisse an. Die Ärzte in privaten Krankenhäusern versorgten in allen Bettengrößenklassen jeweils die geringste Anzahl an Patienten (vgl. Abbildung 38).

[54] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

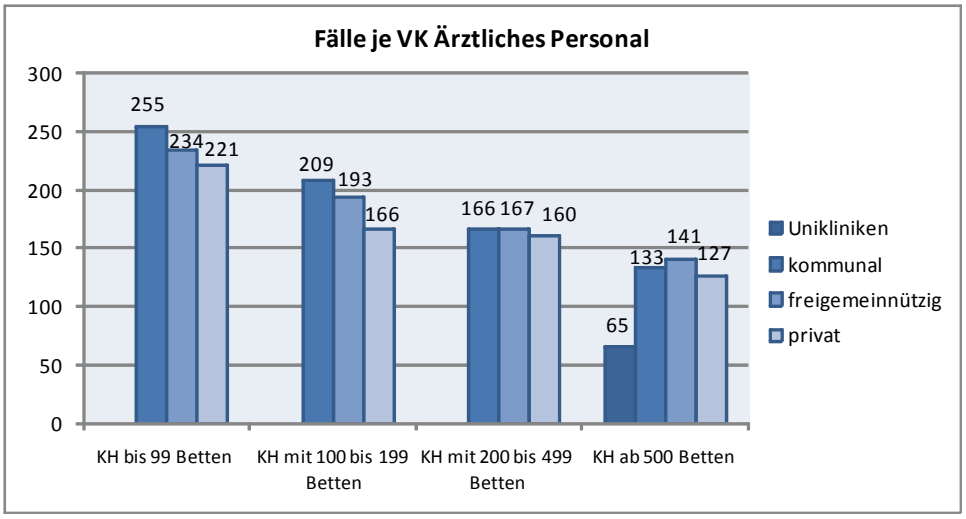

Abbildung 38: Anzahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008[55]

Fälle je Pflegekraft

Die pflegerischen Vollkräfte versorgten in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 im Durchschnitt 61 Patienten. Die Unterschiede zwischen den kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Trägern sind insgesamt gering (vgl. Abbildung 39).

Betrachtet man die Zahl der Fälle je Pflegekraft differenziert nach Bettengrößenklassen, so zeigt sich, dass die Pflegekräfte in den Krankenhäusern ab 500 Betten die wenigsten Patienten (56) versorgten, während die Zahlen in den mittleren Bettengrößenklassen mit jeweils 67 Fällen am höchsten waren. Dies lässt sich durch den unterschiedlichen Patientenmix erklären.

[55] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

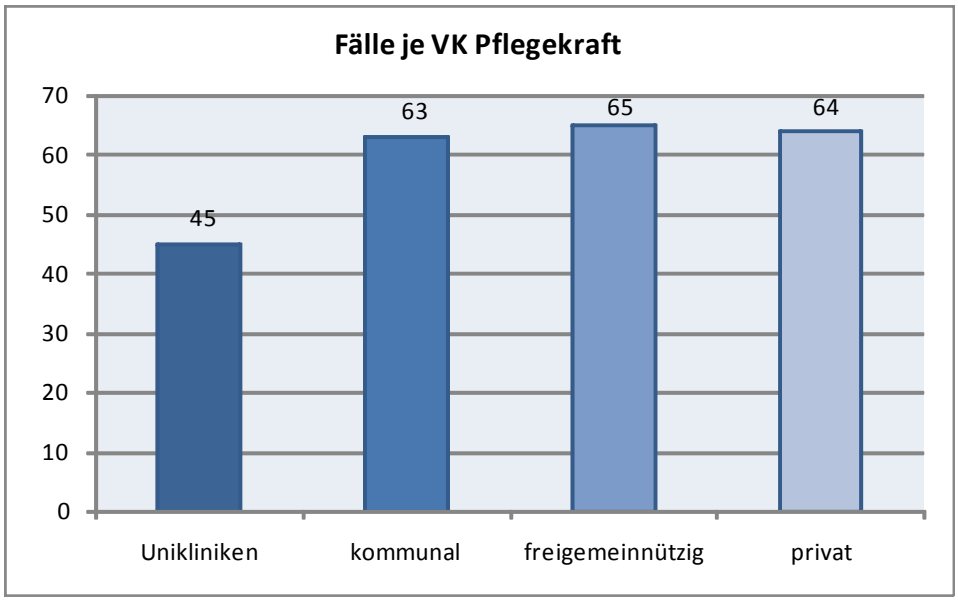

Abbildung 39: Anzahl der Fälle je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008[56]

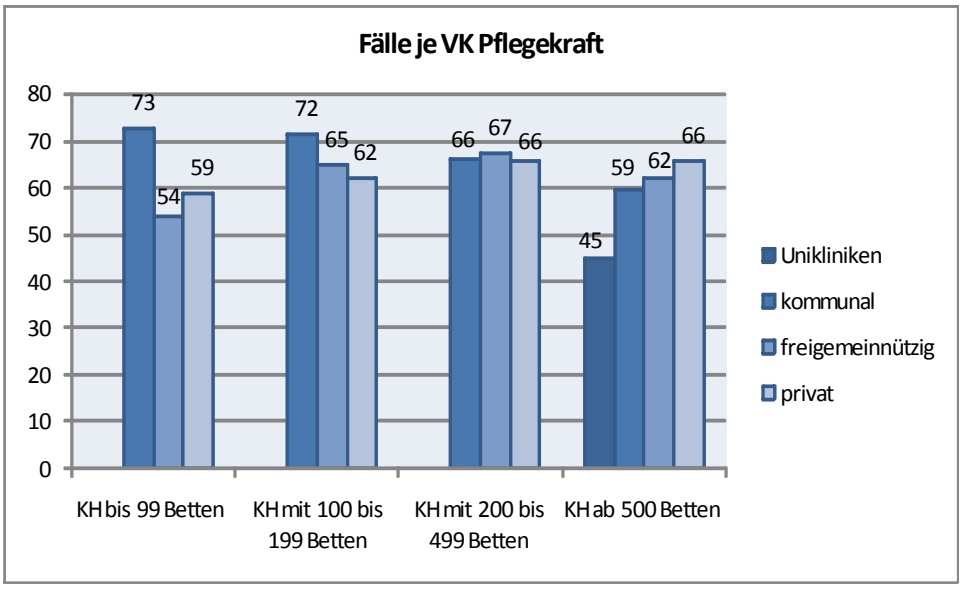

Abbildung 40: Anzahl der Fälle je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008[57]

[56] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

[57] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches

Vor allem in den Krankenhäusern bis 99 Betten gab es deutliche Unterschiede in der Zahl der betreuten Patienten zwischen den verschiedenen Trägergruppen. Die Pflegekräfte der kommunalen Krankenhäuser versorgten in dieser Bettengrößenklasse mehr Patienten als diejenigen der freigemeinnützigen oder privaten Häuser. Gleiches gilt für die Krankenhäuser mit 100 bis 199 Betten. In den Krankenhäusern mit 200 bis 499 Betten waren die Fallzahlen pro Pflegekraft nahezu identisch. Nur in den Krankenhäusern ab 500 Betten haben die Pflegekräfte in privaten Häusern die meisten Fälle behandelt, wobei die Unterschiede zu den kommunalen Häusern vergleichsweise gering waren (vgl. Abbildung 40).

Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst

In den Allgemeinkrankenhäusern hat eine Vollkraft des medizinisch-technischen Dienstes im Jahr 2008 durchschnittlich 143 Patienten versorgt. Das medizinisch-technische Personal der privaten Krankenhäuser hat mit 204 Patienten je Vollkraft deutlich mehr Fälle betreut als der medizinisch-technische Dienst der kommunalen Krankenhäuser. Damit stellte der medizinisch-technische Dienst die einzige Berufsgruppe dar, in der die privaten Häuser eine deutlich höhere Verhältniszahl aufwiesen. Möglicherweise ist dies durch das stärkere Outsourcing der Privaten, z. B. im Laborbereich, zu erklären (vgl. Abbildung 41).

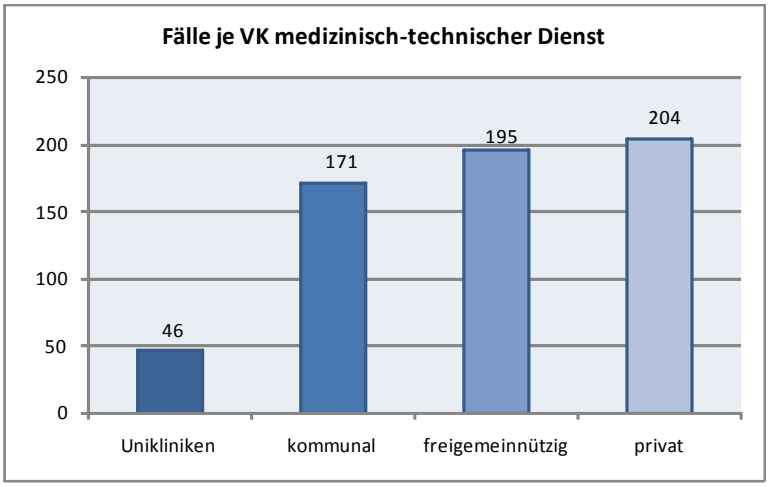

Abbildung 41: Anzahl der Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008[58]

---

[58] Bundesamt 2008b
Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches

Bei der durchschnittlichen Zahl der behandelten Patienten pro medizinisch-technischer Vollkraft, zeigten sich in den verschiedenen Bettengrößenklassen keine systematischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägern. Dennoch sind in den einzelnen Bettengrößenklassen z. T. deutliche Unterschiede in den Fallzahlen zu registrieren. So betreute in den kommunalen Krankenhäusern bis 199 Betten eine Vollkraft des medizinisch-technischen Dienstes mehr Patienten als in den privaten Häusern gleicher Größenordnung. In Krankenhäusern ab 200 Betten kehrt sich dieses Verhältnis um: Eine Medizinisch-technische Vollkraft versorgte insbesondere in privaten Häusern ab 500 Betten deutlich mehr Patienten als in kommunalen Krankenhäusern (vgl. Abbildung 42).

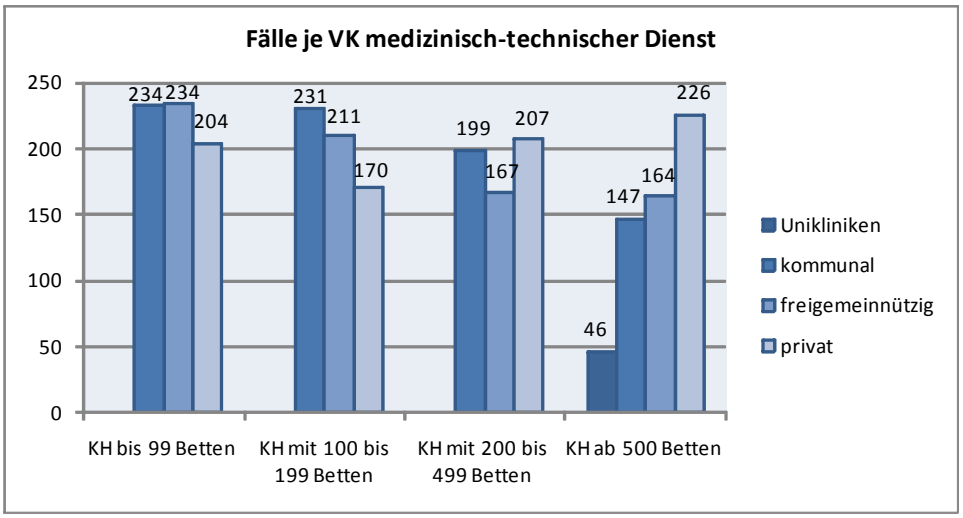

Abbildung 42: Anzahl der Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008[59]

Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst

Im Jahr 2008 versorgte der Funktionsdienst der allgemeinen Krankenhäuser durchschnittlich 198 Patienten pro Vollkraft. Der Funktionsdienst der freigemeinnützigen Krankenhäuser betreute mit 221 Fällen je Vollkraft im Vergleich zu den kommunalen oder privaten Krankenhäusern die meisten Patienten (vgl. Abbildung 43).

Bundesamt 2008b

[59] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

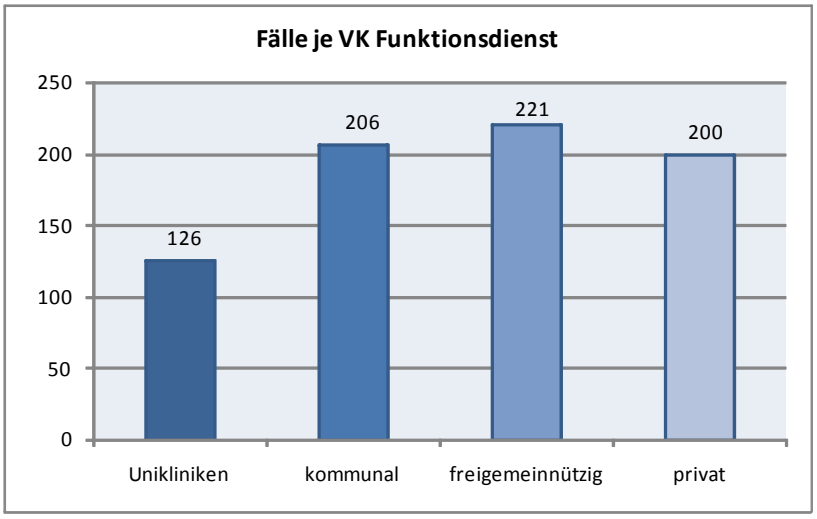

Abbildung 43: Anzahl der Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008[60]

In den Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten versorgte das Personal des Funktionsdienstes mit 243 die meisten Fälle je Vollkraft, während dieses Verhältnis in den Krankenhäusern ab 500 Betten am geringsten ausfiel (174).

Es zeigten sich vor allem in den Krankenhäusern bis 99 Betten deutliche Unterschiede in der Zahl der zu betreuenden Patienten zwischen den Trägergruppen. Die Zahl der versorgten Patienten je Vollkraft des Funktionsdienstes lag in den kommunalen Krankenhäusern der kleinsten Bettengrößenklasse deutlich über der Fallzahl in den privaten Häusern. In den Krankenhäusern ab 200 Betten war die Zahl der betreuten Patienten in den freigemeinnützigen Häusern am höchsten. In den privaten Krankenhäusern betreute der Funktionsdienst in allen Bettengrößenklassen jeweils die wenigsten Patienten (vgl. Abbildung 44).

[60] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

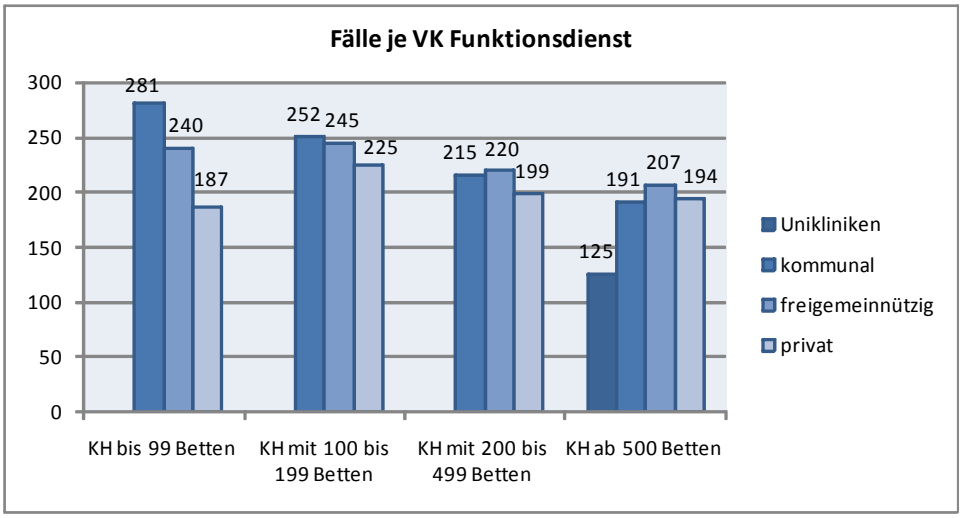

Abbildung 44: Anzahl der Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008[61]

2.5.2 Kosten je Vollkraft

Die Kosten je Vollkraft lagen in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 durchschnittlich bei 54.600 Euro. Ein Vergleich der Trägergruppen zeigt, dass die Personalkosen in den kommunalen Krankenhäusern im Schnitt höher ausfielen als bei den anderen Trägergruppen (vgl. Abbildung 45).

In den kommunalen Krankenhäusern bis 99 Betten lagen die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft deutlich über denen der anderen Träger, wobei die Differenz zu den privaten Krankenhäusern am größten war. Die privaten Krankenhäuser wiesen in den Krankenhäusern ab 500 Betten die höchsten durchschnittlichen Personalkosten auf, während diese in den anderen Bettengrößenklassen jeweils am niedrigsten waren (vgl. Abbildung 46).

[61] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1 und Tabelle 2.3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

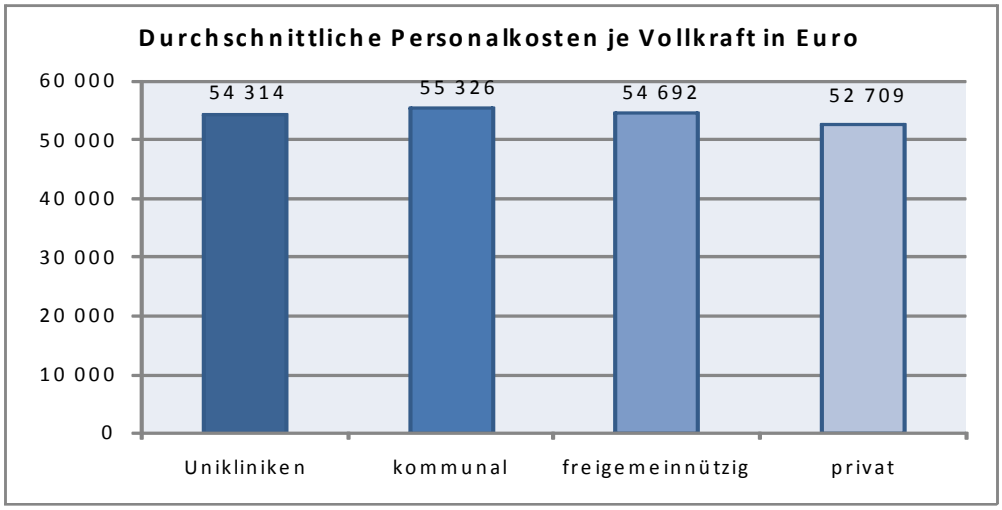

Abbildung 45: Personalkosten je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[62]

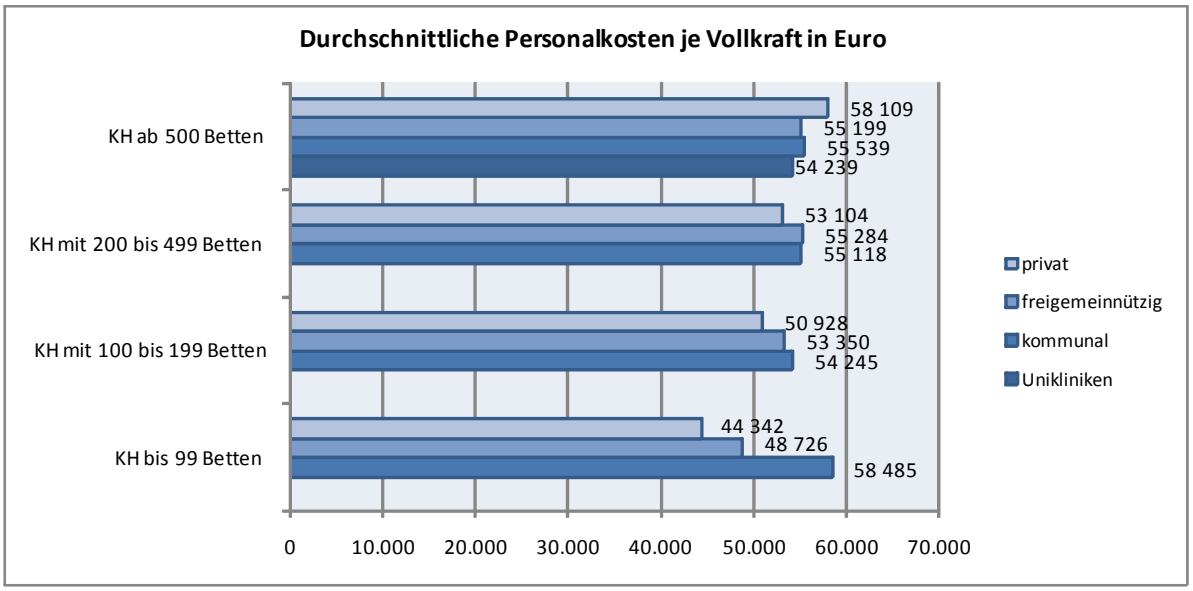

Abbildung 46: Personalkosten je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[63]

[62] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

[63] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

Kosten je Arzt

Die Personalkosten, die die Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2008 für die Ärzte aufgewendet haben, betrugen durchschnittlich 95.000 Euro. Im Vergleich aller Trägergruppen zeigt sich, dass die kommunalen Krankenhäuser die höchsten Personalkosten für Ärzte aufwiesen. Diese lagen deutlich über denen der privaten Krankenhäuser (vgl. Abbildung 47).

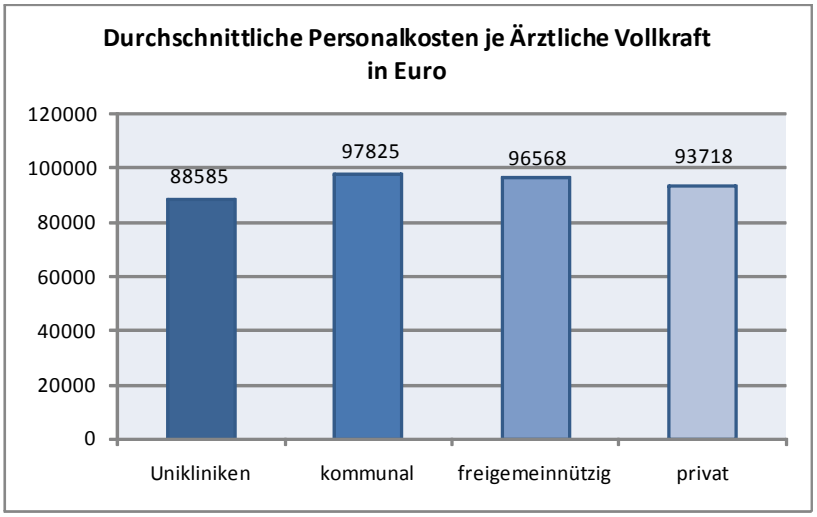

Abbildung 47: Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[64]

Die Ärzte kommunaler Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten wiesen mit 122.500 Euro insgesamt die höchsten Jahresdurchschnittskosten auf, wobei diese deutlich höher waren als die entsprechenden Durchschnittskosten der anderen beiden Trägergruppen. Die Personalkosten für Ärzte waren bei den kommunalen Krankenhäusern in allen Bettengrößenklassen höher als bei freigemeinnützigen und privaten Trägern. Mögliche Gründe für die unterschiedlich hohen Personalkosten für den ärztlichen Dienst könnten die divergierenden Tarifverträge oder die betriebliche Altersversorgung sein (vgl. Abbildung 48).[65]

[64] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

[65] Vgl. Kapitel 1.2.2

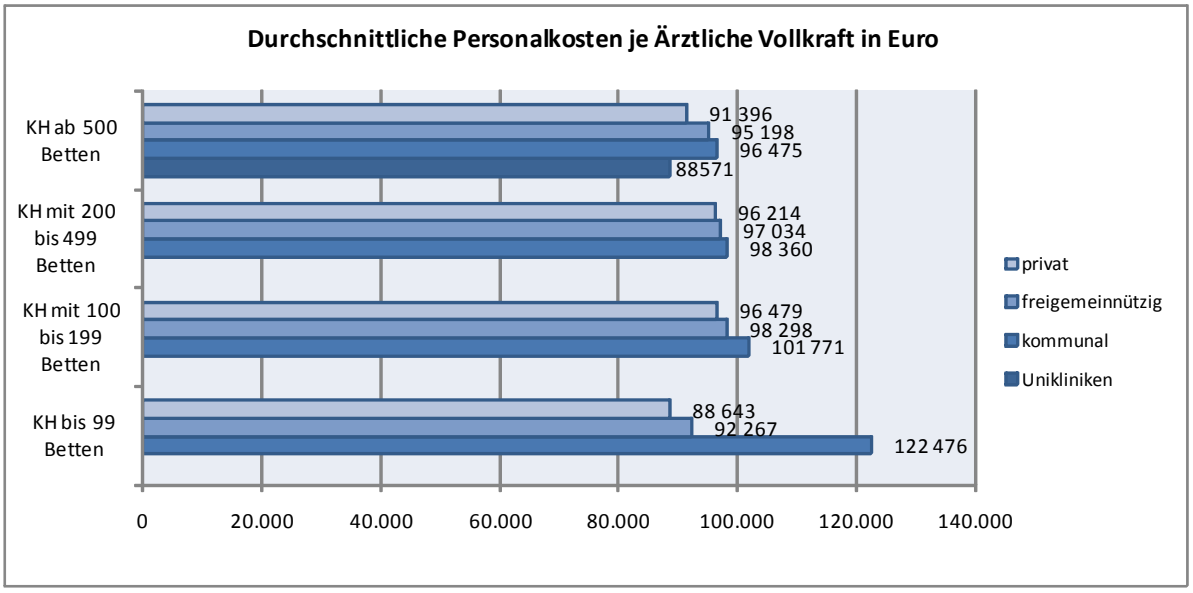

Abbildung 48: Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[66]

Kosten je Pflegekraft

Im Jahr 2008 lagen die Durchschnittspersonalkosten der pflegerischen Vollkräfte in den Allgemeinkrankenhäusern bei 47.200 Euro. Die Personalkosten für Vollkräfte im Pflegedienst waren in den kommunalen Krankenhäusern am höchsten und in den Krankenhäusern privater Trägerschaft am geringsten (vgl. Abbildung 49).

[66] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

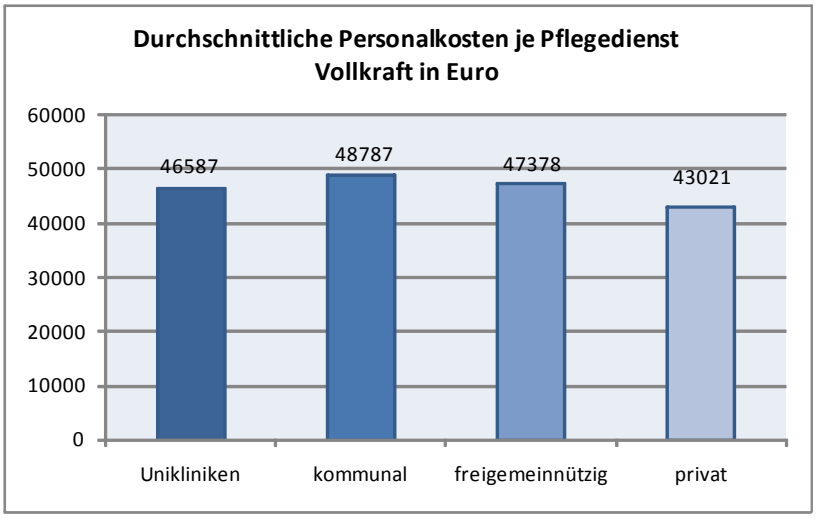

Abbildung 49: Personalkosten je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[67]

Der Pflegedienst der kommunalen Krankenhäuser wies in allen Bettengrößenklassen die höchsten Kosten je Vollkraft aller Träger auf. Die durchschnittlichen Personalkosten für den pflegerischen Dienst waren in den privaten Häusern jeweils am geringsten. In den kleinen Häusern bis 99 Betten waren die Unterschiede zwischen den Trägergruppen am deutlichsten ausgeprägt (vgl. Abbildung 50).

[67] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

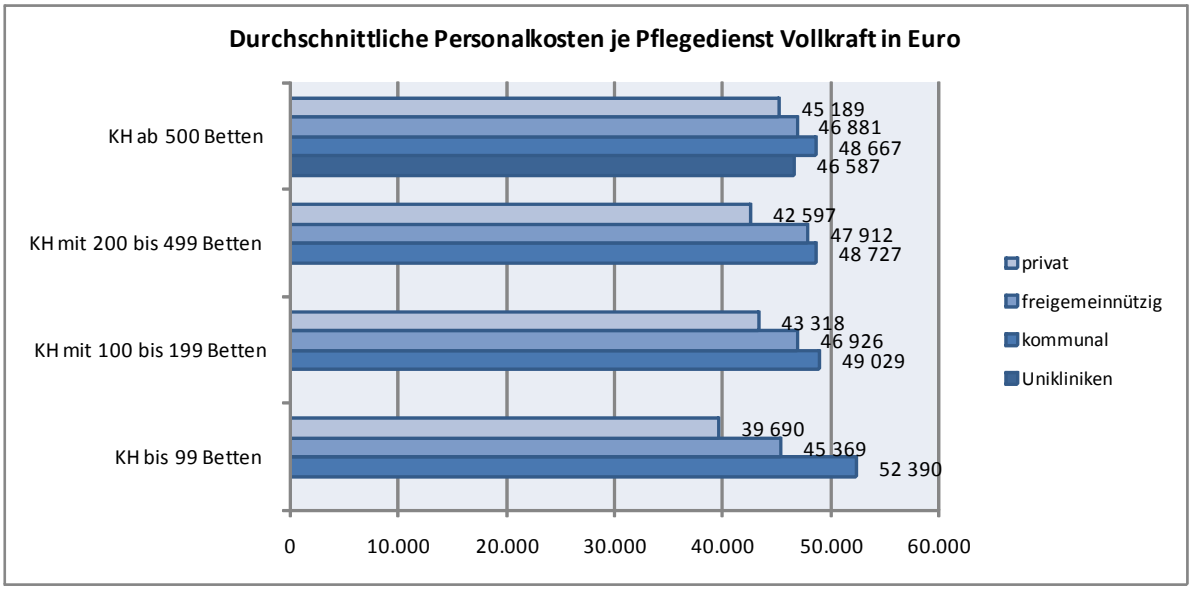

Abbildung 50: Personalkosten je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[68]

Kosten je Vollkraft des medizinisch-technischen Dienstes

Die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft des medizinisch-technischen Dienstes lagen in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 bei 46.500 Euro. Die Vollkräfte der Universitätskliniken wiesen im Vergleich aller Trägergruppen die höchsten und diejenigen der privaten Krankenhäuser die geringsten Durchschnittskosten auf. Die durchschnittlichen Kosten der kommunalen Krankenhäuser lagen deutlich über denen der privaten Krankenhäuser (vgl. Abbildung 51).

[68] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

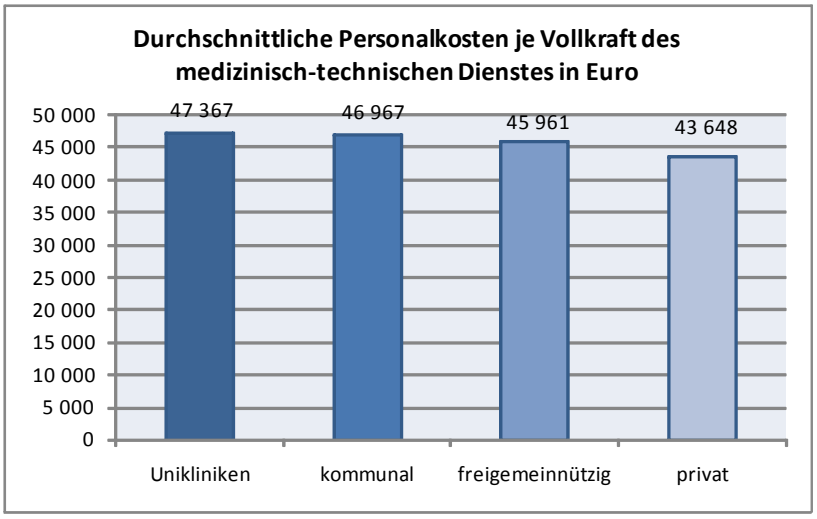

Abbildung 51: Personalkosten je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[69]

Die Personalkosten der Vollkräfte des medizinisch-technischen Dienstes lagen in den kommunalen Krankenhäusern in allen Bettengrößenklassen über dem Durchschnitt, während diejenigen der privaten Krankenhäuser jeweils unterdurchschnittlich waren. In den Krankenhäusern bis 99 Betten gab es die größten Unterschiede in Bezug auf die Personalkosten zwischen den verschiedenen Trägern (vgl. Abbildung 52).

[69] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

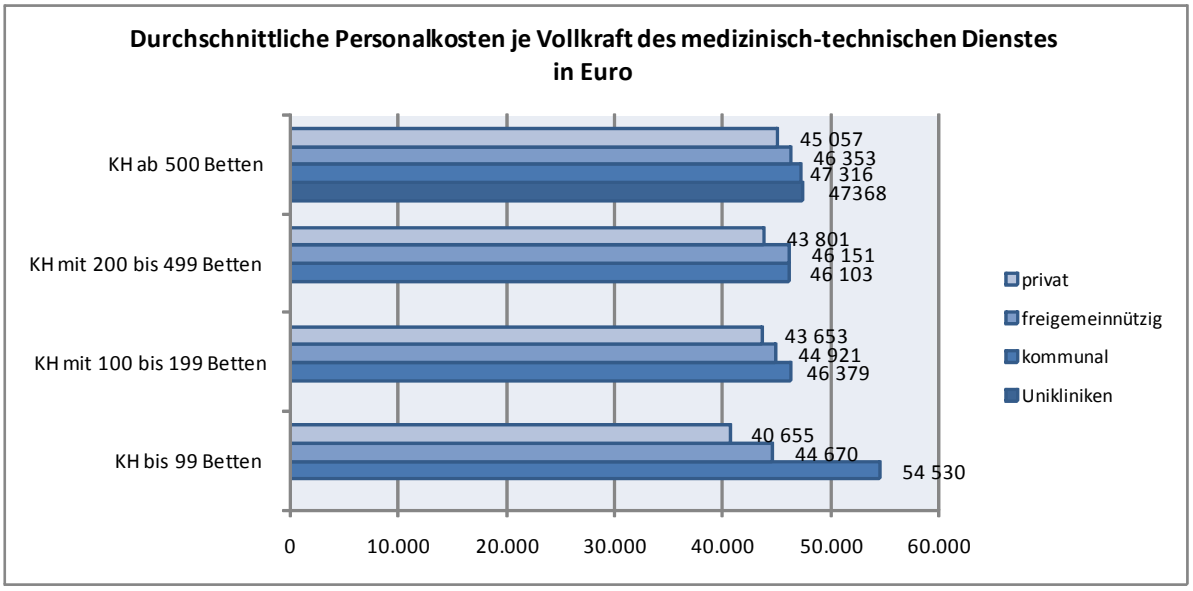

Abbildung 52: Personalkosten je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[70]

Kosten je Vollkraft des Funktionsdienstes

Die Durchschnittskosten des Funktionsdienstes je Vollkraft lagen im Jahr 2008 bei 47.900 Euro. Die Kosten waren in den kommunalen Krankenhäusern bei dieser Personalgruppe von allen Trägergruppen am höchsten (49.000 Euro), während die der privaten Krankenhäuser unter dem Durchschnitt lagen (44.000). Die Personalkosten waren in den Krankenhäusern privater Trägerschaft deutlich geringer als in den freigemeinnützigen oder kommunalen Krankenhäusern (vgl. Abbildung 53).

Die Personalkosten der Vollkräfte des Funktionsdienstes lagen bei den privaten Krankenhäusern in allen Bettengrößenklassen unter dem Gesamtdurchschnitt. Die kommunalen Krankenhäuser hatten in jeder Bettengrößenklasse überdurchschnittlich hohe Personalkosten. Die größten Unterschiede zwischen den Trägern zeigten sich in den Krankenhäusern bis 99 Betten (vgl. Abbildung 54).

[70] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

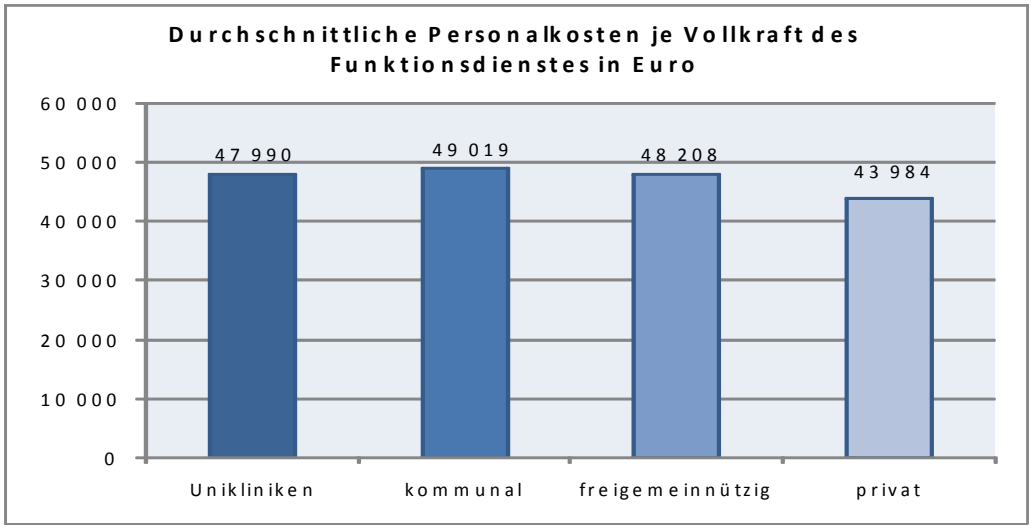

Abbildung 53: Personalkosten je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[71]

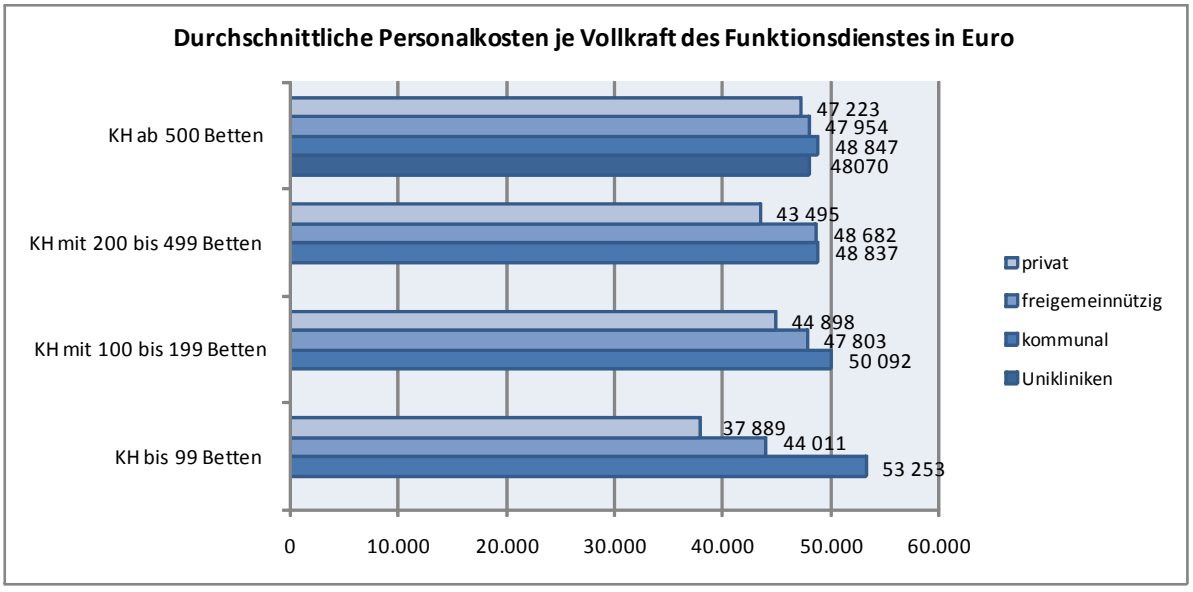

Abbildung 54: Personalkosten je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[72]

[71] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

[72] Datengrundlage: Tabelle 2.3.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 3.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

2.5.3 Kosten je Fall

In den Allgemeinkrankenhäusern betrugen die Kosten pro Fall im Jahr 2008 durchschnittlich 4.072 Euro. Die durchschnittlichen Fallkosten lagen in den Universitätskliniken mit fast 8000 Euro pro Fall deutlich über dem Durchschnitt, während die Kosten in den anderen Trägergruppen vergleichsweise wenig variierten. Die Fallkosten der kommunalen Krankenhäuser waren mit durchschnittlich 3.775 Euro pro Fall etwas höher als in privaten Häusern mit 3.638 Euro je Fall (vgl. Abbildung 55). Dies ist im Wesentlichen auf Größenklasseneffekte bzw. den abweichenden Fallmix der kommunalen Häuser zurückzuführen.

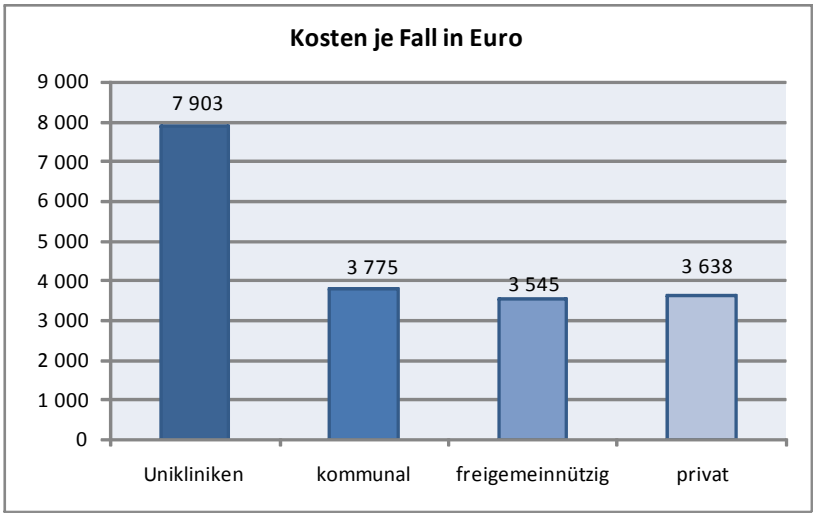

Abbildung 55: Brutto-Gesamtkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[73]

[73] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

In den drei unteren Bettengrößenklassen fielen die Kosten je Fall bei den privaten Krankenhäusern am höchsten aus. Die Kosten je Fall lagen bei den kommunalen Krankenhäusern nur in der obersten Bettengrößenklasse über den durchschnittlichen Fallkosten der privaten Häuser (Δ 401 Euro). Die größten Unterschiede zwischen den Trägergruppen waren in den Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten zu verzeichnen. Hier lagen die durchschnittlichen Kosten je Fall in den privaten Krankenhäusern 601 Euro höher als in kommunalen Krankenhäusern (vgl. Abbildung 56).

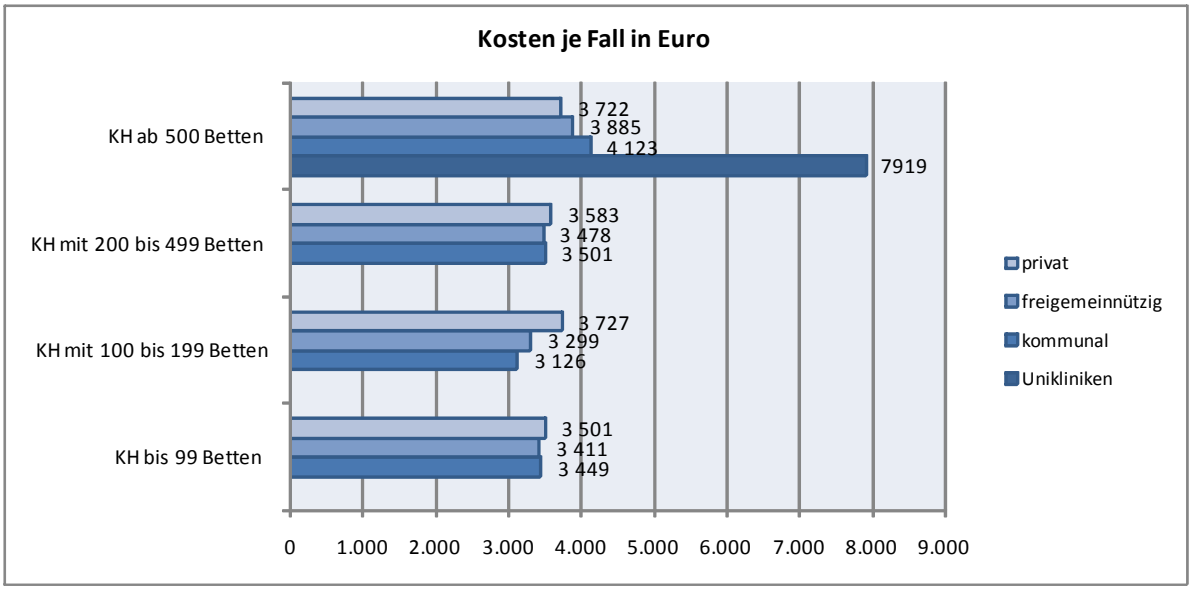

Abbildung 56: Brutto-Gesamtkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[74]

Personalkosten je Fall

Im Jahr 2008 lagen die durchschnittlichen Personalkosten je Fall in den Allgemeinkrankenhäusern bei 2.405 Euro. Die kommunalen Krankenhäuser wiesen pro Patient um 270 Euro höhere Personalkosten je Fall auf als die privaten Krankenhäuser, die insgesamt die geringsten Personalkosten je Fall hatten (vgl. Abbildung 57).

In den Krankenhäusern ab 500 Betten zeigten sich die größten Unterschiede (Δ 388 Euro) bei den Personalkosten je Fall zwischen den verschiedenen Trägergruppen. Die

[74] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

kommunalen Krankenhäuser wiesen hier – mit Ausnahme der Unikliniken – die höchsten Fallkosten auf, während die Personalkosten je Fall bei den privaten Häusern am geringsten waren. Die Personalkosten pro Fall fielen bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft, bis auf die Bettengrößenklasse 100 bis 199 Betten, jeweils am niedrigsten aus (vgl. Abbildung 58).

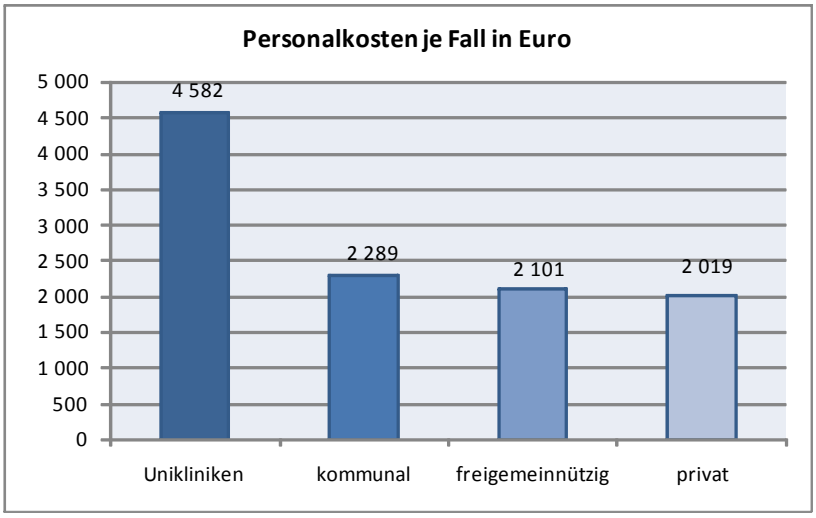

Abbildung 57: Personalkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[75]

[75] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

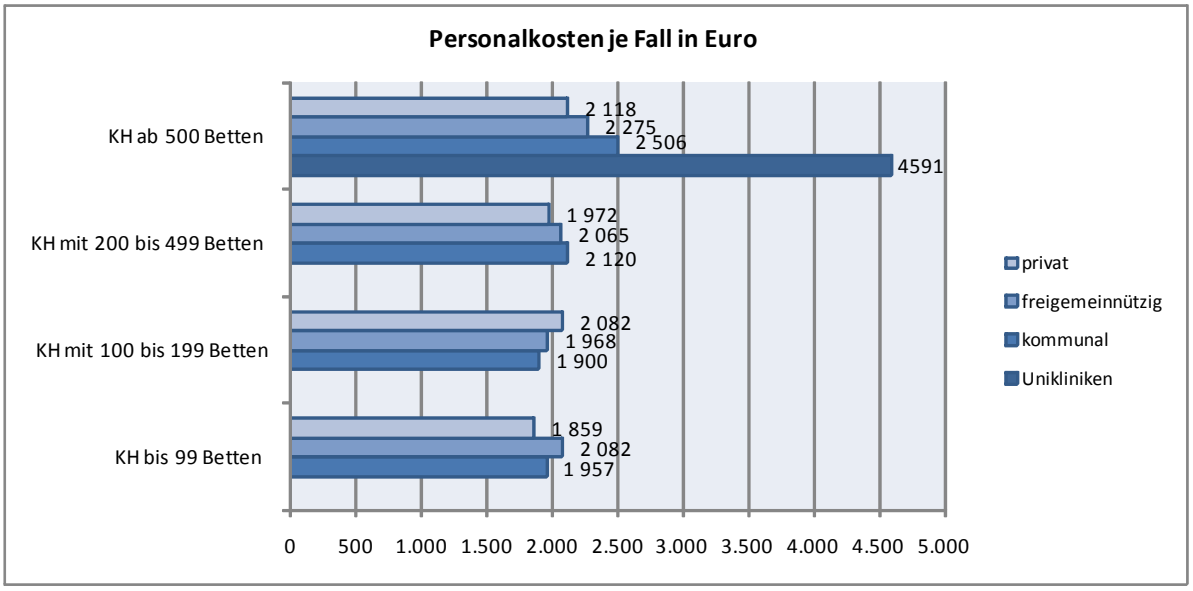

Abbildung 58: Personalkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[76]

Sachkosten je Fall

Die Sachkosten je Fall lagen in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 durchschnittlich bei 1.557 Euro. Die Universitätskliniken hatten die höchsten durchschnittlichen Sachkosten je behandelten Patienten zu verzeichnen. Die niedrigsten Sachkosten wiesen im Durchschnitt die freigemeinnützigen Krankenhäuser auf. Im Vergleich zu den Personalkosten fielen die Sachkosten in den Privatkliniken überproportional aus (vgl. Abbildung 59).

[76] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

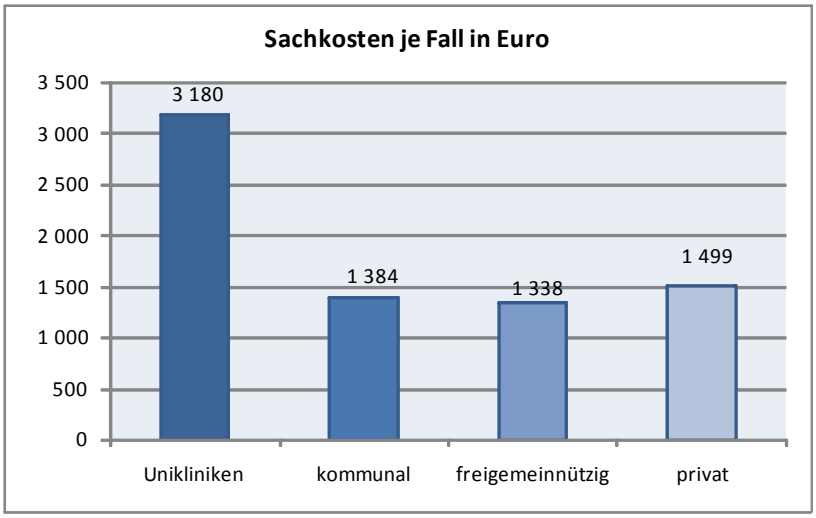

Abbildung 59: Sachkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro [77]

Die Sachkosten je Fall waren mit Ausnahme der Krankenhäuser ab 500 Betten in den privaten Krankenhäusern jeweils am höchsten. In dieser Bettengrößenklasse lagen die durchschnittlichen Sachkosten pro Fall in den kommunalen Krankenhäusern höher als in den privaten Häusern. Die Unterschiede waren jedoch vergleichsweise gering. Die größten Differenzen in den Sachkosten je Fall zeigten sich zwischen den Trägergruppen in den Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten (404 Euro) (vgl. Abbildung 60).

[77] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

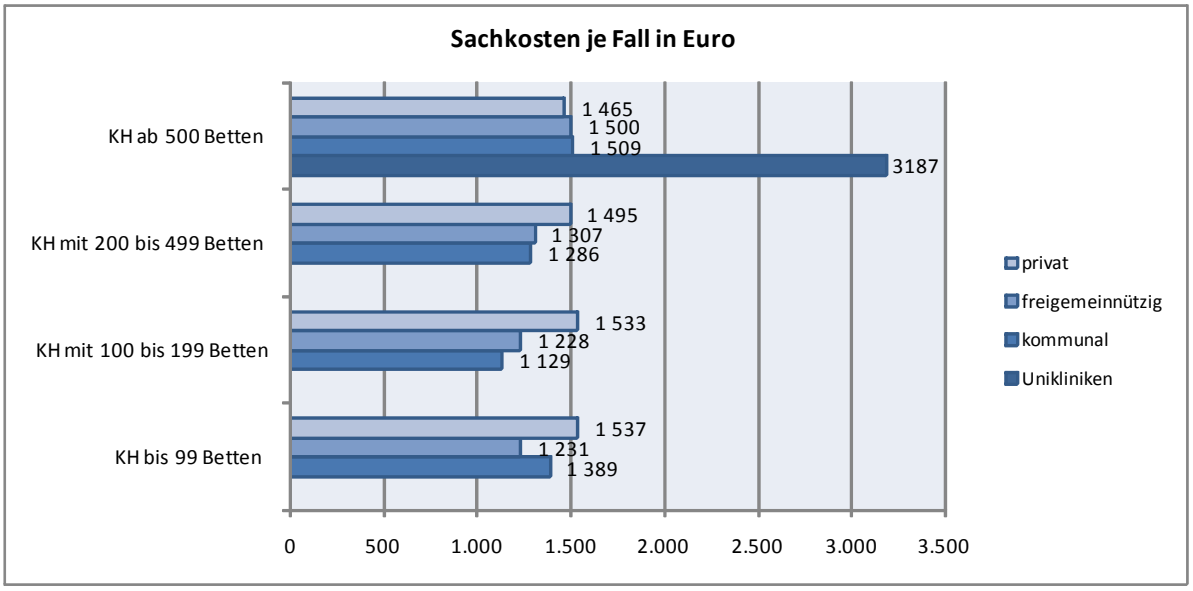

Abbildung 60: Sachkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[78]

Zinskosten je Fall

Im Jahr 2008 betrugen die Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen pro Fall in den Allgemeinkrankenhäusern im Durchschnitt 19 Euro. Die entsprechenden Kosten je Fall lagen in den privaten Krankenhäusern mit 46 Euro deutlich höher als in den anderen Trägergruppen. Die Ergebnisse belegen, dass die Privatkliniken mehr als andere Träger finanzielle Mittel am Kapitalmarkt akquirieren (vgl. Abbildung 61).

Die Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen pro Fall waren in den privaten Krankenhäusern in jeder Bettengrößenklasse durchgängig höher als bei den anderen Trägergruppen. In den Krankenhäusern bis 99 Betten waren diese Kosten bei privaten und kommunalen Krankenhäusern nahezu gleich. Die größten Unterschiede zeigten sich in den Krankenhäusern ab 500 Betten. Hier lagen die Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen je Fall in den privaten Häusern 44 Euro über denen der kommunalen Krankenhäuser (vgl. Abbildung 62).

[78] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

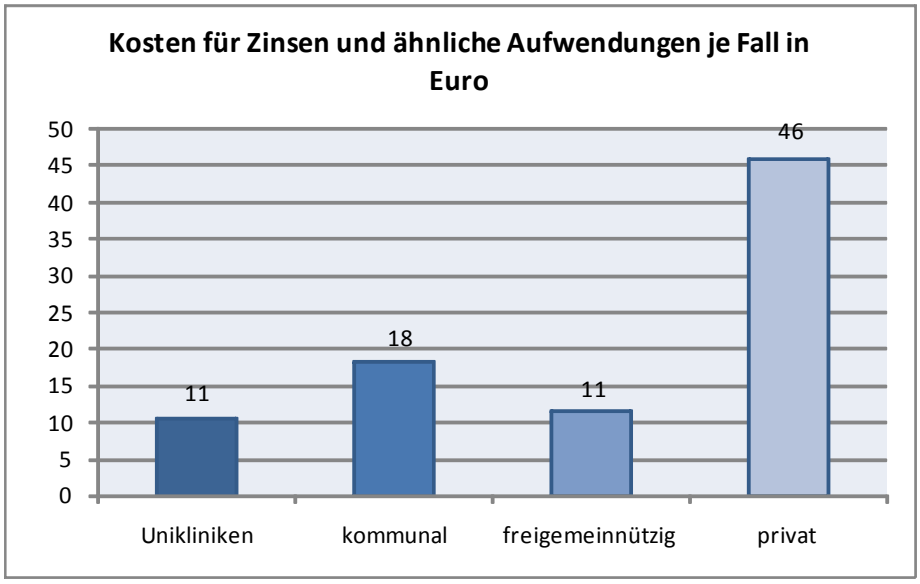

Abbildung 61: Zinsen und ähnliche Aufwendungen je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[79]

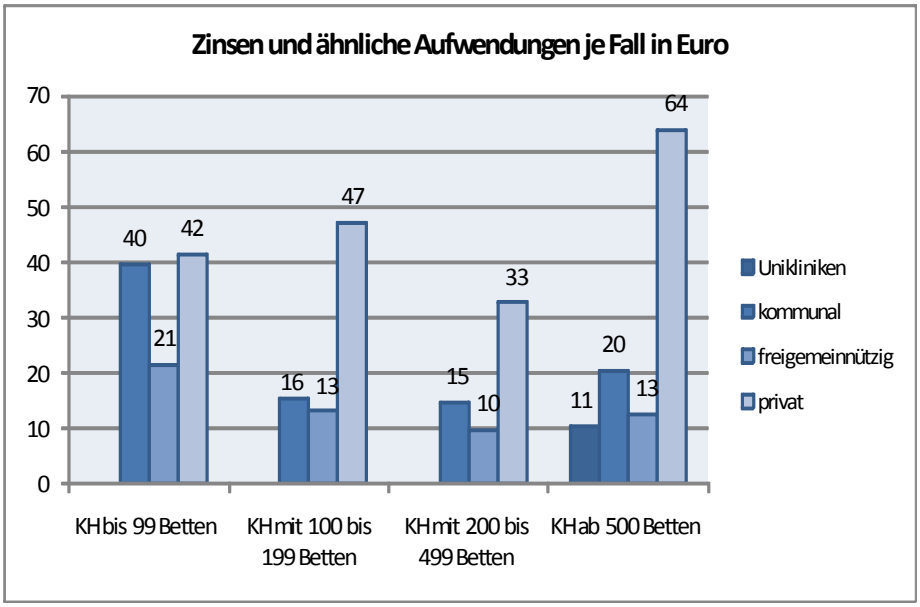

Abbildung 62: Zinsen und ähnliche Aufwendungen je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro[80]

[79] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

[80] Datengrundlage: Tabelle 2.2.1, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt 2008a und Tabelle 2.1, Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3, Statistisches Bundesamt 2008b

2.5.4 Fazit: Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskennziffern

Die kommunalen Krankenhäuser stellen sich in Bezug auf die Gesamtkosten je Fall insgesamt als leistungsfähig dar. Zwar weisen sie über alle untersuchten Berufsgruppen und Bettengrößenklassen signifikant höhere Personalkosten je Vollkraft auf als die anderen Trägergruppen. Zudem weisen sie höhere Personalkosten je Fall auf. Die Sach- und Zinskosten pro Fall liegen jedoch unter denen der privaten Krankenhäuser.

Die kommunalen Krankenhäuser behandeln durchschnittlich ähnlich viele Fälle je Vollkraft wie die anderen Trägergruppen. In den Krankenhäusern bis 199 Betten ist die Fallzahl je Vollkraft in den kommunalen Häusern unter allen Trägern am höchsten, ab 200 Betten am geringsten. Deutliche Unterschiede zwischen den privaten und kommunalen Krankenhäusern zeigen sich nur bei den vom medizinisch-technischen Dienst versorgten Fällen. Hier behandeln Vollkräfte in kommunalen Krankenhäusern deutlich weniger Fälle als in privaten Häusern. Im Vergleich zu den freigemeinnützigen Krankenhäusern versorgen die Vollkräfte in kommunalen Häusern durchgängig weniger Fälle.

2.6. Zeitreihen

2.6.1 Trägerschaft

Die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser nimmt seit Jahren – zumindest gemessen an der Anzahl der rechtlich eigenständigen Betriebsstätten – kontinuierlich ab. So ist die Zahl seit 1999 von insgesamt 2.014 auf 1.781 zurückgegangen (-11,6%).

Der Anteil der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft an diesem „Markt“ sinkt seit Jahren, während der von privaten Krankenhäusern kontinuierlich steigt. Im Jahr 1999 waren von den 2.014 Allgemeinkrankenhäusern 716 (35,6%) in kommunaler und 429 (21,3%) in privater Trägerschaft. Die Zahl kommunaler Krankenhäuser nahm von 1999 bis 2008 um knapp ein Viertel ab (-24,6%). Zugleich erhöhte sich die Anzahl privater Krankenhäuser um ungefähr den gleichen Prozentsatz (+24,5%), so dass sich die Anteile insgesamt nahezu angeglichen haben. Die Zahl der Krankenhäuser in freigemeinnützlicher Trägerschaft nimmt ebenfalls, wenn auch nicht so deutlich ab (-19,1%); sie nehmen insgesamt über alle Jahre hinweg den größten Marktanteil ein. Die Zunahme privater Krankenhäuser geht somit insbesondere zulasten kommunaler Kliniken (vgl. Abbildung 63 und Tabelle 1).

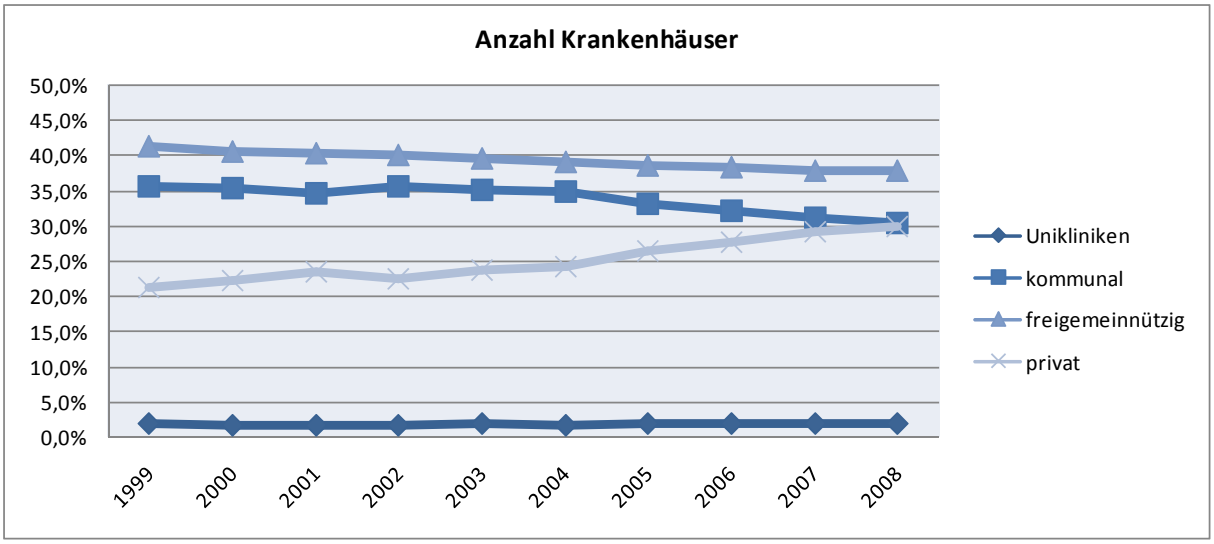

Abbildung 63: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft 1999-2008 (in %)[81]

Betrachtet man die Entwicklung der Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen im Zeitverlauf von 1999 bis 2008, so zeigt sich, dass sich insbesondere die Zahl der Krankenhäuser mit 100 bis 199 Betten (-19,3%) sowie mit 200 bis 499 Betten (-19,6%) reduziert hat, während die Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten eine leichte Zunahme zu verzeichnen hatten (+3,1%). Die Marktanteile der kommunalen sowie freigemeinnützigen Krankenhäuser verringern sich in den genannten Bettengrößenklassen im Zeitverlauf deutlich. So waren von den rückläufigen Zahlen der kommunalen Krankenhäuser (-176 Häuser insgesamt) insbesondere Krankenhäuser der Bettengrößenklassen 200 bis 499 Betten (58,0%) sowie 100 bis 199 Betten (27,3%) betroffen (vgl. Tabelle 1).

Die Krankenhäuser in privater Trägerschaft konnten vor allem bei Krankenhäusern mit mehr als 200 Betten sowie der kleinsten Bettengrößenklasse Marktanteile hinzugewinnen. 39% der im Zeitverlauf privatisierten Krankenhäuser (105) zählten zu der Bettengrößenklasse 200 bis 499 Betten und 31,4% zu der kleinsten Bettengrößenklasse (vgl. Tabelle 1).

[81] Zu beachten ist, dass von 2002 bis 2004 – im Unterschied zu den übrigen Jahren des Beobachtungszeitraums – Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten gemäß amtlicher Krankenhausstatistik nicht zu den Allgemeinkrankenhäusern zählten und deswegen leichte Abweichungen resultieren.

Tabelle 1: Veränderung der Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Bettengrößenklasse 1999-2008

Träger	KH gesamt Δ 1999 – 2008	KH bis 99 Betten Δ 1999 – 2008	KH 100 bis 199 Betten Δ 1999 – 2008	KH 200 bis 499 Betten Δ 1999 – 2008	KH ab 500 Betten Δ 1999 – 2008
	n (%)	n	n	n	n
kommunal	-176 (-24,6)	-5	-48	-102	-21
freigemeinnützig	-159 (-19,1)	-11	-67	-81	0
privat	105 (+24,5)	33	12	41	19

2.6.2 Fallzahlen

Die einrichtungsbezogenen Fallzahlen sind in den Allgemeinkrankenhäusern seit 1999 insgesamt – wenn auch mit zwischenzeitlichen Schwankungen – leicht gestiegen und lagen 2008 bei insgesamt 16.993.300 (+6,9%). Mit Ausnahme der kommunalen Krankenhäuser sind bei allen Trägergruppen die Fallzahlen - zumindest leicht - angestiegen. Den größten Zuwachs konnten – von einem niedrigen Ausgangsniveau - die privaten Krankenhäuser verzeichnen (+124,3%), die im Jahr 2008 jedoch mit 14,1% aller Fälle insgesamt einen immer noch deutlich geringeren Anteil der Gesamtfälle behandelt haben als die freigemeinnützigen (35,5%) oder kommunalen Krankenhäuser (40,8%). Fast jeder zweite Fall wird in einem kommunalen Krankenhaus behandelt. Die kommunalen Krankenhäuser weisen über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg jährlich die höchsten Fallzahlen auf (vgl. Abbildung 64).

Die privaten Krankenhäuser konnten in allen Bettengrößenklassen Fallzahlsteigerungen erzielen, wobei diese in den beiden höchsten Bettengrößenklassen am deutlichsten waren. Die kommunalen Krankenhäuser konnten nur in den Krankenhäusern ab 500 Betten eine Steigerung ihrer Fallzahlen erreichen. In den anderen drei Bettengrößenklassen sank die Zahl der behandelten Patienten.

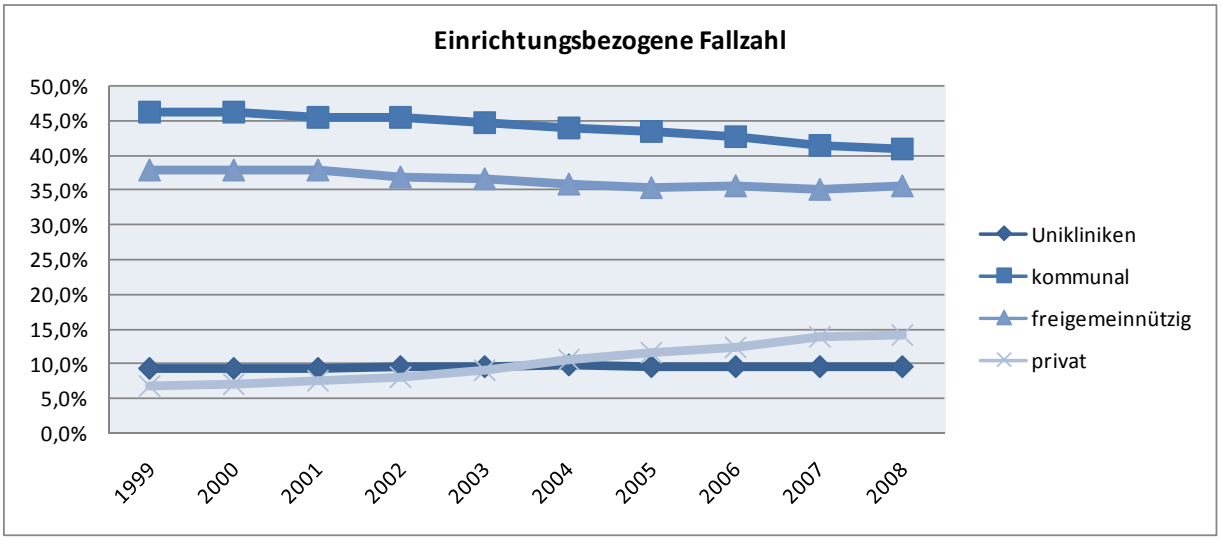

Abbildung 64: Fallzahlen in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft 1999-2008 in %

Tabelle 2: Veränderung der Fallzahlen in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft und Bettengrößenklassen 1999-2008

Träger	KH gesamt Δ 1999 – 2008	KH bis 99 Betten Δ 1999 – 2008	KH 100 bis 199 Betten Δ 1999 – 2008	KH 200 bis 499 Betten Δ 1999 – 2008	KH ab 500 Betten Δ 1999 – 2008
	n (%)	n	n	n	n
kommunal	-388.925 (-5,3)	-2.787	-106.524	-468.148	188.534
freigemeinnützig	8.525 (+0,1)	15.204	-69.720	-169.240	232.281
privat	1.329.229 (+124,3)	6.859	142.833	608.424	571.114

2.6.3 Vollkräfte

Die Anzahl der in Allgemeinkrankenhäusern beschäftigen Vollkräfte ist seit 1999 von 797.200 auf 748.300 im Jahr 2008 gesunken (-6,1%). Der Personalrückgang fiel insbesondere bei Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten (-13,7%) bzw. 200 bis 499 Betten (-13,2%) überproportional aus. Die anderen beiden Bettengrößenklassen konnten insgesamt eine leichte Personalzunahme verzeichnen.

Parallel zu dem Zuwachs an Marktanteilen von Krankenhäusern in privater Trägerschaft steigt der Anteil der dort beschäftigen Vollkräfte im Betrachtungszeitraum. Private

Krankenhäuser haben ihren Personalbestand seit 1999 insgesamt nahezu verdoppelt (+ 99,6%). Während im Jahr 1999 5,8 % (46.000) des Personals in Allgemeinkrankenhäusern bei privaten Trägern beschäftigt waren, waren es 2008 12,3% (91.900). Dieser Personalzuwachs zeigte sich in allen Bettengrößenklassen, ist aber in den größten Krankenhäusern am stärksten ausgeprägt.

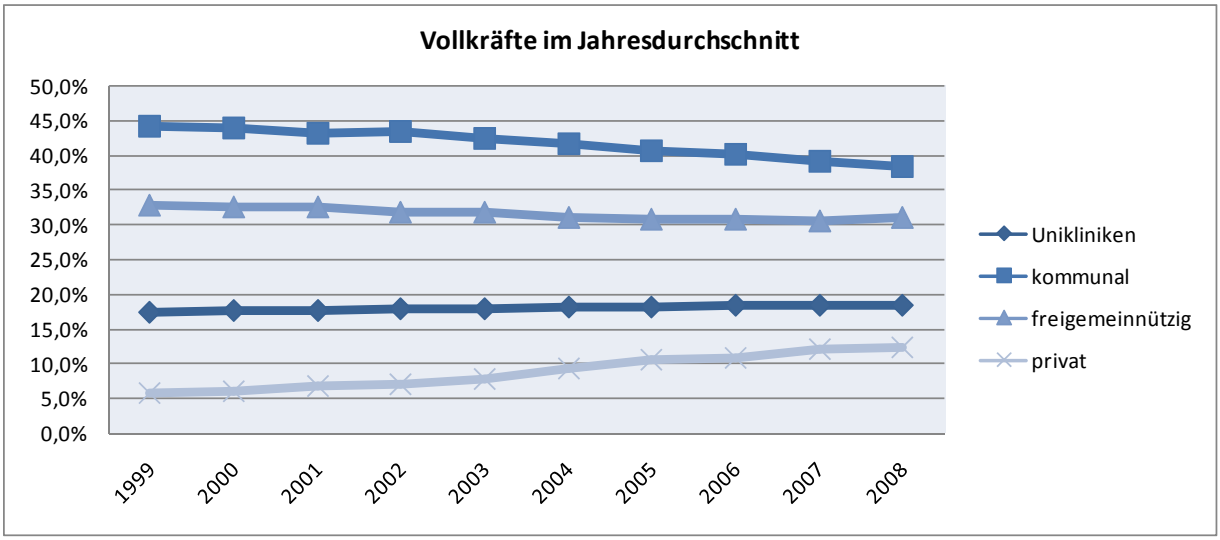

Abbildung 65: Vollkräfte in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft 1999-2008 in %

Tabelle 3: Veränderung der Vollkraft-Zahlen in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft und Bettengrößenklassen 1999-2008

Träger	KH gesamt Δ 1999 – 2008	KH bis 99 Betten Δ 1999 – 2008	KH 100 bis 199 Betten Δ 1999 – 2008	KH 200 bis 499 Betten Δ 1999 – 2008	KH ab 500 Betten Δ 1999 – 2008
	n (%)	n	n	n	n
kommunal	-64.966 (-18,5)	-750	-8.124	-35.135	-20.958
freigemeinnützig	-29.361 (-11,3)	-193	-9.327	-23.258	3.417
privat	45.836 (99,6)	1.493	4.505	19.818	20.019

Obwohl die privaten Krankenhäuser einen Personalzuwachs verbuchen konnten, lagen die Personalzahlen insgesamt in allen Jahren des Betrachtungszeitraums jedoch immer noch deutlich unter denen der kommunalen Krankenhäuser. Die kommunalen Krankenhäuser

hatten seit 1999 (351.700) 64.9000 Stellen abgebaut, was einem Rückgang um 18,5% auf 286.800 Vollzeitkräfte im Jahr 2008 entspricht. Trotz der Personalabnahme, die sich in allen Bettengrößenklassen zeigt, sind die kommunalen Krankenhäuser auch im Jahr 2008 noch der größte Arbeitgeber unter den Trägergruppen und beschäftigten 38,3% der Vollkräfte aller Allgemeinkrankenhäuser (vgl. Abbildung 65 und Tabelle 3).

2.6.4 Fazit: Zeitreihen

Die kommunalen Krankenhäuser haben in der Zeit von 1999 bis 2008 bei der Anzahl der Krankenhäuser sowie der Fall- und Personalzahlen Marktanteile verloren. Sie waren insbesondere in den Häusern mit 100 bis 499 Betten von Krankenhausschließungen bzw. -fusionen betroffen. Bei den Fall- und Personalzahlen sind sie trotz der Rückgänge weiterhin Marktführer. Die rückläufigen Personalzahlen machen sich insbesondere in den Krankenhäusern ab 200 Betten bemerkbar. Die Fallzahleinbußen sind hauptsächlich in den Krankenhäusern bis 499 Betten zu konstatieren.

2.7 Krankenhausorganisation und Strategie

2.7.1 Out- und Insourcing von sekundären Leistungsbereichen

Um eine stärkere Fokussierung auf das Kernleistungsgeschäft zu gewährleisten sowie eine effizientere Organisation zu schaffen, werden häufig insbesondere nicht-medizinische Leistungen nicht mehr vom Krankenhauspersonal selbst ausgeführt, sondern an eine Fremdfirma und/oder ein anderes Krankenhaus übertragen (Outsourcing). Das Outsourcing stellt insbesondere für kleinere Krankenhäuser eine Option dar, sich von Leistungsbereichen zu trennen, die sich ggf. nicht rentieren.

Im Zeitraum von 2004 bis 2006 hat insgesamt ein Drittel der Krankenhäuser Leistungen ausgegliedert. Hiervon waren insbesondere die Bereiche Labor, Reinigung und Küche betroffen. Ein Vergleich der Trägergruppen zeigt, dass private Krankenhäuser (44,4%) deutlich häufiger Leistungen ausgelagert haben als öffentlich-rechtliche[82] (27,8%) oder freigemeinnützige Häuser (33,1%) (vgl. Abbildung 66).

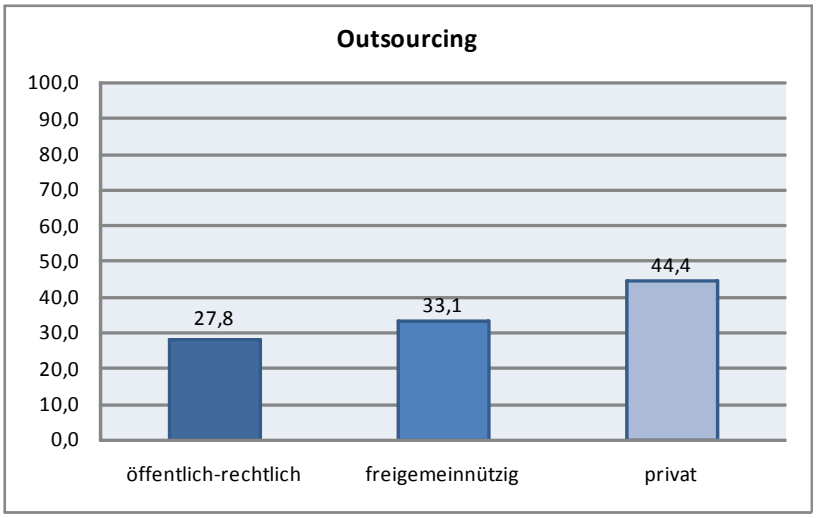

Abbildung 66: Outsourcing seit dem Jahr 2004 nach Trägerschaft[83]

Betrachtet man das Outsourcing der verschiedenen Trägergruppen differenziert nach Bettengrößenklassen, so zeigen sich nur zwischen den kleinen Häusern deutliche Unterschiede. Die Auslagerung von Aufgaben wurde seit 2004 überproportional von kleinen privaten Krankenhäusern vorgenommen. Fast die Hälfte der privaten Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten hat seitdem Leistungen an eine Fremdfirma oder ein anderes Krankenhaus übertragen. Die kleinen öffentlichen Krankenhäuser verhielten sich im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern ebenso wie die freigemeinnützigen Einrichtungen eher zurückhaltend. Rund ein Viertel bzw. ein Drittel hat Aufgaben ausgelagert.

Das Insourcing, die interne Auslagerung an ein vom Krankenhaus oder Träger gegründetes Unternehmen, stellt für Krankenhäuser eine weitere Möglichkeit dar, sich auf die originären

[82] Die Unikliniken werden im Datensatz nicht separat, sondern in der Gruppe der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser ausgewiesen. Aus diesem Grund wird dieser Träger nicht als kommunal sondern als öffentlich-rechtlich bezeichnet.
[83] Datengrundlage: DKI Krankenhausbarometer 2007

Krankenhausaufgaben zu konzentrieren. Trägerübergreifend wurde die interne Auslagerung von Leistungen seltener genutzt als das Outsourcing. Zudem sind beim Insourcing keine wesentlichen trägerspezifischen Unterschiede zu registrieren (vgl. Abbildung 67).

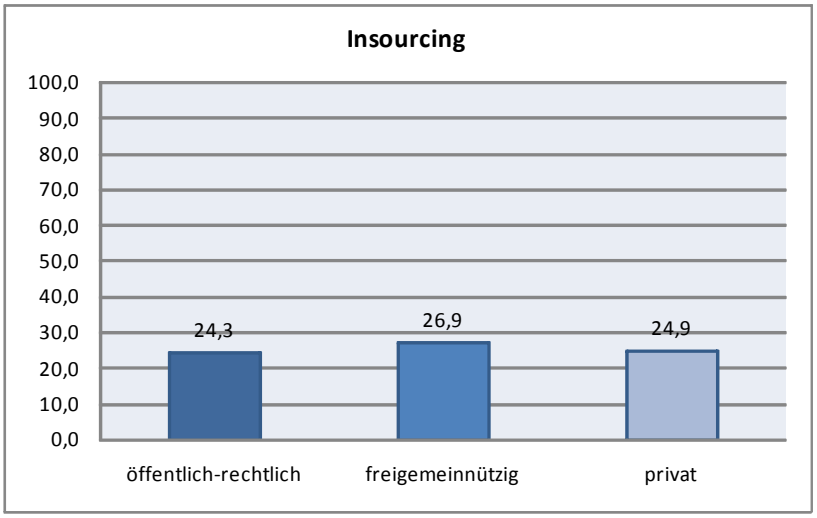

Abbildung 67: Insourcing seit dem Jahr 2004 nach Trägerschaft[84]

Ein Vergleich nach Bettengrößenklassen zeigt, dass die Möglichkeit, intern Leistungen auszulagern, in den größeren Krankenhäusern trägerübergreifend stärker genutzt wurde als in den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten. Die mittelgroßen privaten Krankenhäuser haben am häufigsten Aufgaben intern ausgegliedert und unterscheiden sich insbesondere von öffentlichen Krankenhäusern.

2.7.2 Gestaltung von Chefarztverträgen

Chefarztverträge nehmen als rechtliches Bindeglied zwischen dem Träger und dem Chefarzt als leitendem Arzt einer Fachabteilung eine wichtige Steuerungsfunktion ein. Sie regeln unter anderem die Stellung des Chefarztes und seiner Dienstaufgaben. Neben organisatorischen Vereinbarungen wird in den Verträgen insbesondere auch die Gestaltungsform des variablen Einkommens des Chefarztes festgelegt. Das variable Einkommen umfasst die Erlöse aus

[84] Datengrundlage: DKI Krankenhausbarometer 2007

Wahlleistungen und Chefarztambulanzen und weist damit keinen direkten Bezug zu den stationären DRG-Erlösen auf. Dennoch können von der Gestaltung des variablen Einkommens Signale ausgehen, in welcher Weise und mit welchen Anreizen das Krankenhaus die wirtschaftliche Verantwortung für die Fachabteilungen an die jeweiligen Chefärzte überträgt.

Gestaltungsformen des variablen Einkommens sind insbesondere das eigene Liquidationsrecht des Arztes und die Abgeltung der ärztlichen Leistung über eine Beteiligungsvergütung. Durch das Liquidationsrecht erhält der Arzt das Recht, im eigenen Namen wahlärztliche Leistungen abzurechnen. Die Abgeltung der ärztlichen Leistungen über eine Beteiligungsvergütung stellt eine prozentuale Beteiligung des Arztes an den Liquidationserlösen des Krankenhausträgers aus wahlärztlichen Leistungen dar.

Im Jahr 2007 besaß der überwiegende Teil der Chefärzte (59,4%) ein privates Liquidationsrecht für den Bereich der Wahlleistungserlöse. Über die Hälfte (57,8%) der Chefärzte wurde vom Krankenhausträger an den Wahlleistungserlösen beteiligt.

Bei der Gestaltung neuer Chefarztverträge zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Trägern. So sehen private Krankenhäuser überproportional häufig eine Erlösbeteiligung vor und räumen seltener ein eigenes Liquidationsrecht ein. Auch in öffentlichen Häusern ist ein leichter Trend zur Erlösbeteiligung festzustellen, wobei der Anteil noch deutlich unter dem der privaten Krankenhäuser liegt. In freigemeinnützigen Häusern ist der Anteil der Chefärzte, die ein Liquidationsrecht haben, am größten, während die Erlösbeteiligung am seltensten von allen Trägern genutzt wird (vgl. Abbildung 68).

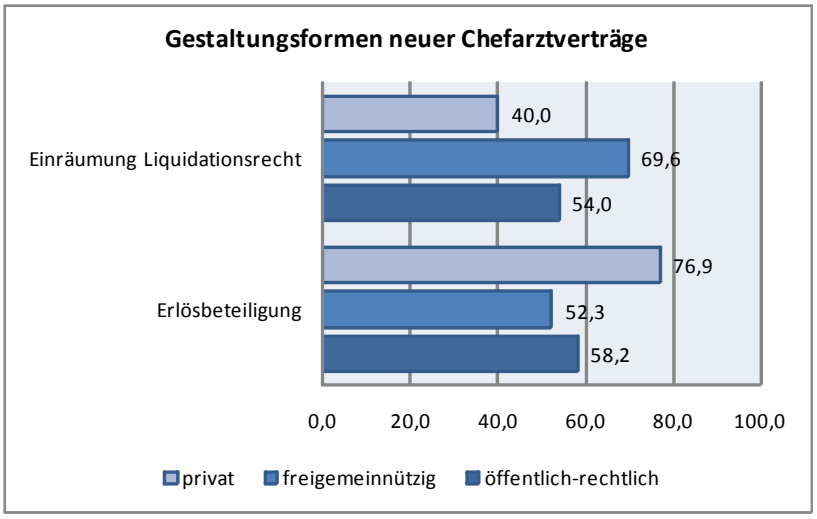

Abbildung 68: Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge nach Trägerschaft[85]

Differenziert nach Bettengrößenklassen zeigt sich, dass freigemeinnützige Krankenhäuser den Ärzten nur in den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten deutlich häufiger ein privates Liquidationsrecht einräumen als die anderen Träger, vor allem im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern. Der Trend, dass die Ärzte in privaten Krankenhäusern häufiger eine Erlösbeteiligung aufweisen als in anderen Krankenhäusern, zeigt sich vor allem in der kleinsten Bettengrößenklasse. Hier ist der Unterschied deutlich ausgeprägt, wobei die Differenz zwischen den privaten und freigemeinnützigen Häusern am größten ist. In den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten sind kaum Unterschiede zwischen den Trägern zu erkennen.

2.7.3 Unternehmensziele

Traditionell gibt es in den Krankenhäusern eine Reihe unterschiedlicher Unternehmensziele. Grundsätzlich kann zwischen ökonomischen (wie Gewinn- und Umsatzsteigerung) und qualitätsorientierten Zielen (wie Versorgungsqualität oder Beschäftigungssicherung) unterschieden werden. Tabelle 4 zeigt die Relevanz und Zielerreichung unterschiedlicher Unternehmensziele für Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaft.

[85] Datengrundlage: DKI Krankenhausbarometer 2007

Wichtigkeit von Unternehmenszielen

In den deutschen Krankenhäusern dominieren trägerübergreifend qualitätsorientierte Ziele. Den Krankenhäusern ist eine hohe Patientenzufriedenheit, eine hohe Qualität der Leistungserbringung und ein gutes Image am wichtigsten. Bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern haben die ökonomischen Ziele wie die Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite, die Gewinnerzielung und die Umsatzerhöhung die geringste Relevanz der erfragten Ziele. In den privaten Häusern rangieren die umfassende Versorgung der Bevölkerung sowie Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen am unteren Ende der Skala.

Die Erhöhung des Gewinns bzw. der Kapitalrendite haben für die privaten Krankenhäuser eine signifikant höhere Bedeutung als für Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Dagegen sind für öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser versorgungspolitische und regionalwirtschaftliche Ziele wie die umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sowie die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen signifikant wichtiger als für die privaten Krankenhausträger.

Zielerreichung von Unternehmenszielen

Mit Blick auf die Zielerreichung weisen wiederum die eher qualitätsorientierten Ziele wie die Qualität der Leistungserbringung, die hohe Patientenzufriedenheit sowie das gute Image des Krankenhauses die höchsten Werte auf. Während sich in der Rangfolge kaum Trägerunterschiede zeigen, bewerten die privaten Krankenhäuser die von ihnen erreichte Patientenzufriedenheit signifikant besser als die öffentlichen Häuser dies tun.

Die öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser bewerten die Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite sowie Gewinnerzielung am schlechtesten. Die privaten Krankenhäuser haben die Umsatzerhöhung, die hohe Mitarbeiterzufriedenheit sowie die Erhöhung des Marktanteils im Einzugsgebiet am schlechtesten erreicht.

Die privaten Krankenhäuser schätzen die Zielerreichung ihrer selbst gesteckten Ziele insgesamt positiver ein als die anderen Trägergruppen und insbesondere die öffentlichen Häuser. Sie verzeichnen insbesondere bei den ökonomischen Zielen der Kapitalrendite, der Gewinnerzielung und der Verbesserung der wirtschaftlichen Situation durch Kostenein-

sparungen einen höheren Zielerreichungsgrad als die anderen Träger. Die freigemeinnützigen Einrichtungen schätzen sich bei den regionalwirtschaftlichen und mitarbeiterorientierten Zielen wie der Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen und der Mitarbeiterzufriedenheit von allen Trägern am besten ein. Zudem bewerten sie den Zielerreichungsgrad bei der Sicherung der selbständigen Unternehmensexistenz am besten. Die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft liegen bei der umfassenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen vorn (vgl. Tabelle 4).

Die differenzierte Betrachtung der Wichtigkeit und Zielerreichung der Unternehmensziele nach Bettengrößenklassen zeigt keine wesentlich anderen Ergebnisse, so dass an dieser Stelle darauf verzichtet wird, diese im Detail darzustellen.

Tabelle 4: Wichtigkeit von Unternehmenszielen und Zielerreichung nach Krankenhausträgern in 2007[86]

	Wichtigkeit des Ziels[1)]			Zielerreichung[2)]		
	öffentlich-rechtlich	freigemein-nützig	privat	öffentlich-rechtlich	freigemein-nützig	privat
Hohe Patientenzufriedenheit	4,6	4,6	4,6	3,3	3,5	3,8
Hohe Qualität der Leistungserbringung	4,5	4,5	4,5	3,4	3,5	3,6
Gutes Image des Krankenhauses	4,5	4,4	4,3	3,2	3,5	3,5
Verstärkung der Einweiserbindung	4,2	4,1	4,2	2,7	2,8	3,0
Verbesserung der wirtschaftlichen Situation durch Kosteneinsparungen	4,2	4,0	3,9	2,8	2,7	3,3
Hohe Mitarbeiter-zufriedenheit	4,0	4,0	3,9	2,8	3,1	2,8
Erhöhung des Marktanteils im Einzugsgebiet	3,9	3,8	3,8	2,8	2,9	2,9
Sicherung der selbstständigen Unter-nehmensexistenz	3,9	4,0	3,8	3,0	3,3	3,2
Umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen	3,8	3,7	3,0	3,3	3,2	3,0
Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen	3,6	3,8	3,4	3,1	3,3	3,1
Erhöhung des Umsatzes	3,6	3,4	3,8	2,6	2,8	2,8
Gewinnerzielung	3,4	3,4	3,8	2,2	2,5	3,0
Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite	2,7	2,8	3,7	2,1	2,4	3,0

1) 1 = Mittelwert auf einer Skala von 1= unwichtig, 2=weniger wichtig, 3=wichtig, 4= sehr wichtig, 5=äußerst wichtig
2) 1 = Mittelwert auf einer Skala von 1= schlecht, 2=annehmbar, 3=gut, 4= sehr gut, 5=ausgezeichnet

[86] Datengrundlage: DKI Krankenhausbarometer 2007

2.7.4 Einflussfaktoren des Unternehmenserfolges

In weiterführenden Analysen wurde untersucht, was letztlich den Erfolg des Krankenhauses aus Sicht der Befragungsteilnehmer ausmacht. Zu diesem Zweck wurde eine entsprechende Kausalanalyse mit dem wahrgenommenen Gesamterfolg des Krankenhauses als abhängige Variable und der Zielerreichung für die einzelnen Unternehmensziele als unabhängige Merkmale durchgeführt. Abbildung 69 zeigt die prioritären Einflussfaktoren für den Unternehmenserfolg insgesamt.[87]

Unter den 13 erhobenen Unternehmenszielen haben sechs Ziele einen signifikanten Einfluss darauf, wie die Krankenhäuser ihre derzeitige Situation mit Blick auf die Unternehmensziele insgesamt beurteilen. Mit einer Ausnahme (Mitarbeiterzufriedenheit) ist für die Einschätzung des Gesamterfolges das Erreichen ökonomischer Ziele ausschlaggebend. Die wichtigsten Einflussfaktoren sind dabei die Gewinnerzielung, die Sicherung der selbstständigen Unternehmensexistenz, die Umsatzsteigerung, Kosteneinsparungen sowie die Erhöhung des Marktanteils im Einzugsgebiet.

Verglichen damit haben die, laut eigenen Angaben der Krankenhäuser, drei wichtigsten Unternehmensziele – also die Patientenzufriedenheit, die Versorgungsqualität und das Image in der Öffentlichkeit – statistisch keinen Einfluss auf die Einschätzung des Unternehmenserfolges insgesamt. Dabei ist zu bedenken, dass das Krankenhaus Barometer weitgehend von der Geschäftsführung (Krankenhausverwaltung) beantwortet wird; in anderen Krankenhausbereichen bzw. Berufsgruppen würden ggf. andere Zusammenhänge resultieren.

[87] Statistisch erfolgte die Analyse mittels einer multiplen Regression. Abbildung 66 zeigt die Einflussfaktoren des Unternehmenserfolgs entsprechend der Größe der standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta-Werte). Aufgeführt sind lediglich signifikante Beta-Werte ($p<0,05$), die hier ausnahmslos größer als 0,1 waren.

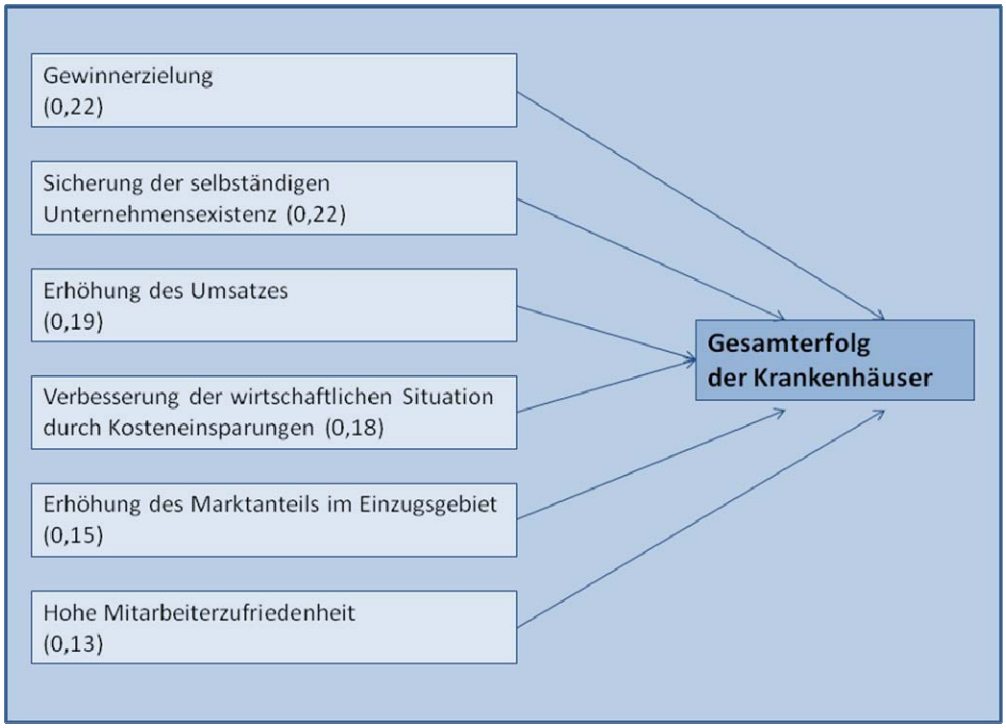

Abbildung 69: Einflussfaktoren des Gesamterfolgs der Krankenhäuser - multiple Regression (Beta-Werte)[88]

Gleichwohl belegen die Ergebnisse eine zunehmende Ökonomisierung der stationären Versorgung, insofern – der bedarfs- oder gemeinwirtschaftlichen Orientierung vieler Krankenhäuser zum Trotz – zusehends ökonomische Ziele die Erfolgswahrnehmung bestimmen. Dies bestätigen in der Tendenz auch die trägerspezifischen Kausalanalysen (vgl. Abbildung 70).

Bei den öffentlichen Krankenhäusern hat allerdings die Gewinnerzielung, die auch hier schon zu den relevanten Einflussfaktoren des Unternehmenserfolgs zählt, noch eine geringere Bedeutung als die Existenzsicherung des Unternehmens oder ein erfolgreiches Kostenmanagement. Des Weiteren messen die öffentlichen Häuser ihren Unternehmenserfolg auch an dem eher gemeinnützigen Ziel der Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen. Die Ökonomisierung des Krankenhaussektors lässt sich aber gerade an den öffentlichen Häusern besonders verdeutlichen. Denn im Jahr 2000 wurde die

[88] Datengrundlage: DKI Krankenhausbarometer 2007

Erfolgswahrnehmung hier noch maßgeblich vom Erreichen qualitätsorientierter Ziele wie einer hohen Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität dominiert. Dagegen hatte die ökonomische Zielerreichung seinerzeit statistisch noch keinen signifikanten Einfluss auf die Einschätzung des Unternehmenserfolgs.[89]

Analoge Überlegungen gelten im Prinzip auch für die Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft. Abermals, mit Ausnahme einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit, messen auch die freigemeinnützigen Einrichtungen ihren Unternehmenserfolg maßgeblich am Erreichungsgrad hinsichtlich der ökonomischen Unternehmensziele, während die qualitätsorientierten Ziele statistisch keinen Einfluss ausüben.

Bei den privaten Krankenhäusern hat die Gewinnerzielung eine besondere Bedeutung. Auch relativ gesehen zu anderen Unternehmenszielen, stellt die Gewinnerzielung den mit großem Abstand wichtigsten Einflussfaktor des Unternehmenserfolges dar.[90] Allerdings gehören mit einer hohen Leistungsqualität und einer umfassenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zwei qualitätsorientierte Ziele statistisch ebenfalls zu den Determinanten des Unternehmenserfolgs von privaten Krankenhäusern.

Ebenso wie stärker erwerbswirtschaftliche Ziele in den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern Einzug halten, gibt es also umgekehrt gemeinwirtschaftliche Tendenzen seitens der privaten Krankenhausträger. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass private Krankenhäuser sich zusehends weniger auf spezielle Leistungen für ein besonderes Patientenklientel konzentrieren, sondern – nicht zuletzt über die Unternehmenskäufe von Klinikketten - im Wege der Krankenhausplanung in das abgestufte System der stationären Versorgung mehr und mehr eingebunden sind.

Vor diesem Hintergrund liegt die Schlussfolgerung nahe, dass es künftig teilweise zu einer weiteren Annäherung der Unternehmensziele von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern auf der einen Seite und privaten Krankenhäusern auf der anderen Seite kommen wird.

---

[89] Vgl. Helmig, 2005, S. 196ff.

[90] Das gilt in analoger Weise auch für die Kapitalrendite und die Umsatzerhöhung. Statistisch ließen sich diese drei Dimensionen allerdings hier nicht trennen (Multikollinearitätsproblem), so dass nur die Gewinnerzielung in das Regressionsmodell aufgenommen wurde.

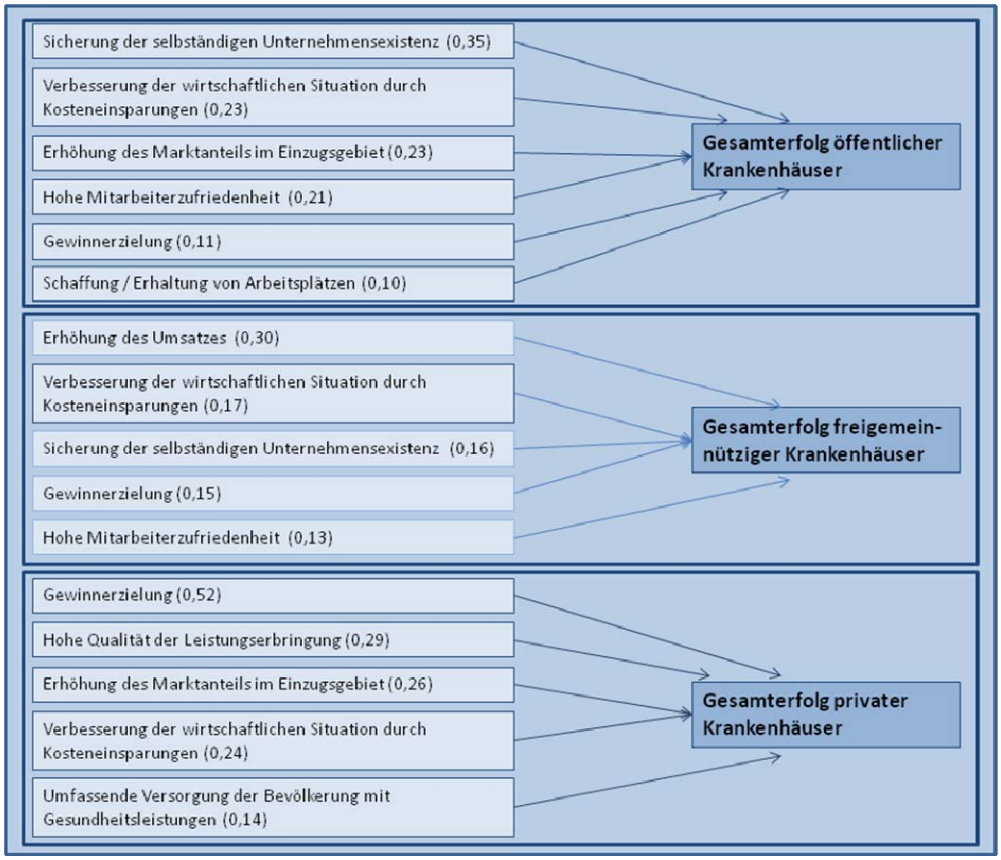

Abbildung 70: Einflussfaktoren des Gesamterfolgs der Krankenhäuser nach Krankenhausträgern - multiple Regression (Beta-Werte)[91]

2.7.5 Fazit: Krankenhausorganisation und Strategie

Es zeigen sich zwischen den Trägergruppen einige Besonderheiten in der Krankenhausorganisation und –strategie. So lagern private Krankenhäuser deutlich häufiger Leistungen aus als die anderen Träger, insbesondere die öffentlicher Krankenhäuser. Die kommunalen Krankenhäuser zeigen, ähnlich wie die privaten Häuser, einen Trend zur Erlösbeteiligung bei den Chefarztverträgen.

Bei allen Trägergruppen dominieren sowohl in der Wichtigkeit als auch im Zielerreichungsgrad qualitätsorientierte Unternehmensziele. Die unterschiedlichen Zielsysteme der verschiedenen Trägergruppen zeigen sich bei der höheren Bewertung der ökonomischen

[91] Datengrundlage: DKI Krankenhausbarometer 2007

Ziele durch private Träger. Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser weisen in diesem Punkt noch Nachholbedarf im Sinn der Zielerreichung auf und bewerten die regional- und versorgungspolitischen Ziele höher als private Träger.

2.8 Regionalanalyse

2.8.1 Regionsgrundtyp

Im Zentrum der Regionalanalyse steht die Frage, welche Bedeutung die jeweiligen Trägergruppen für die wohnortnahe bzw. kleinräumige Krankenversorgung haben. Um dies zu untersuchen, wird der sog. Regionsgrundtyp des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zugrunde gelegt, der eher städtische von ländlichen Regionen differenziert. Das BBSR unterscheidet in Abhängigkeit von den Kriterien der zentralen Lage, der Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte drei Regionsgrundtypen: sog. Agglomerationsräume, verstädterte Räume und ländliche Räume.[92] Agglomerationsräume sind im Vergleich zu verstädterten Räumen beispielsweise Ballungsgebiete oder sehr dicht besiedelte Gebiete.

Die Auswertung nach Regionsgrundtypen zeigt, dass knapp die Hälfte aller 1.760 allgemeinen Krankenhäuser[93] (800) in Agglomerationsräumen liegt, während erwartungsgemäß mit gut 15% der geringste Teil der Krankenhäuser im ländlichen Raum (278) verortet ist (vgl. Abbildung 71).

In den Agglomerationsräumen überwiegen die Krankenhäuser mit 200 bis 499 Betten (43,1%; 345). In den verstädterten Räumen sind jeweils zu circa einem Drittel Krankenhäuser mit 100 bis 199 (222) bzw. 200 bis 499 (221) Betten angesiedelt. Die Krankenhäuser bis 99 (84) Betten sowie mit 100 bis 199 (96) Betten sind im ländlichen Raum am häufigsten vertreten. Der Anteil der Krankenhäuser ab 500 Betten liegt in allen Regionen aus naheliegenden Gründen deutlich unter dem der anderen Bettengrößenklassen (vgl. Abbildung 72).

[92] Zur Definition der Regionsgrundtypen vergleiche Anhang.

[93] In der DKI Krankenhausdatenbank weicht die Verteilung nach Trägerschaft etwas von derjenigen des Statistischen Bundesamtes ab. Dies ist u. a. auf die betriebsstättenbezogene Zählweise sowie den unterschiedlichen Aktualitätsgrad zurückzuführen.

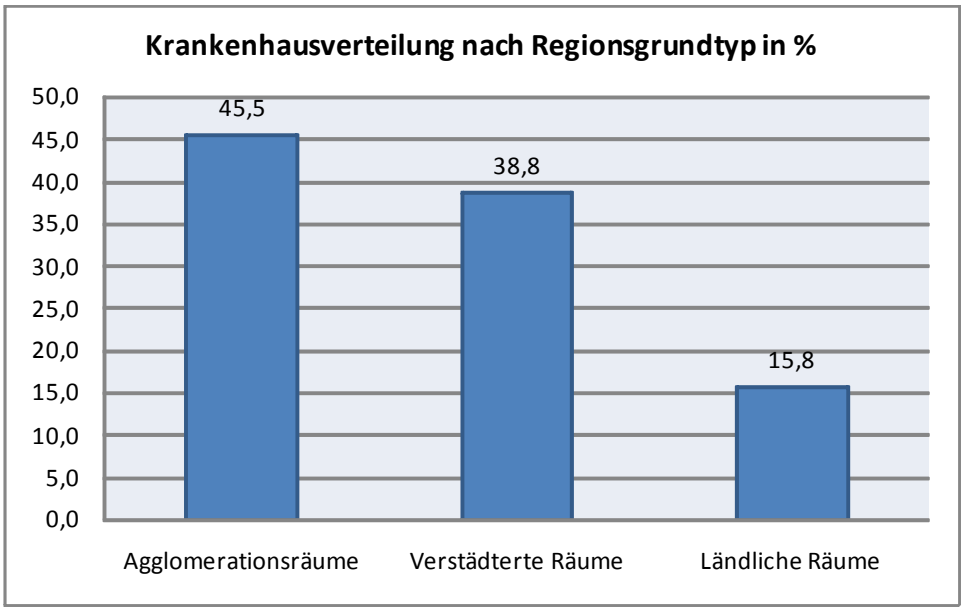

Abbildung 71: Allgemeinkrankenhäuser nach Regionsgrundtyp in %[94]

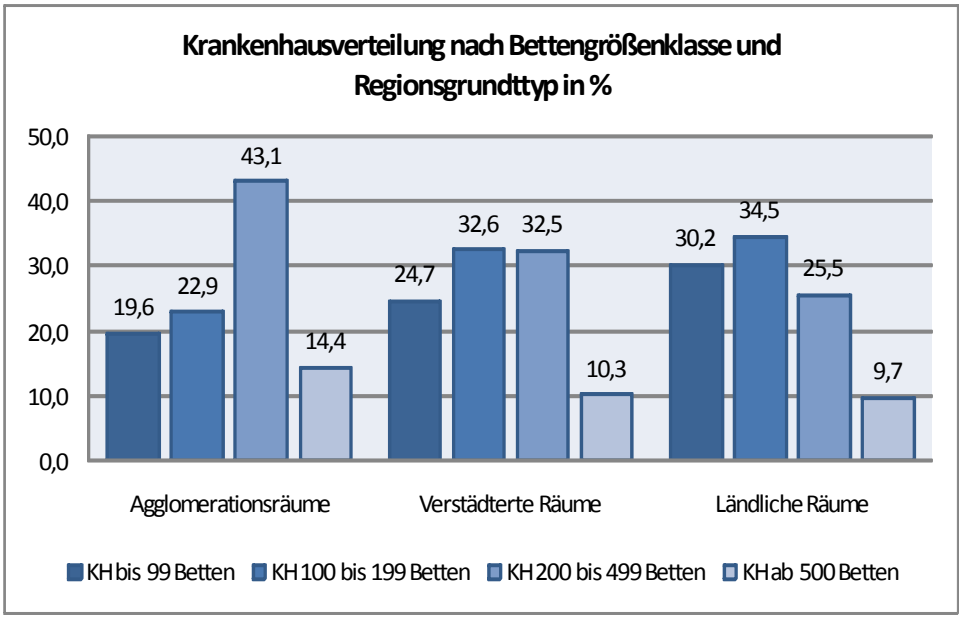

Abbildung 72: Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Regionsgrundtyp in %[95]

[94] Datengrundlage: DKI Krankenhausdatenbank
[95] Datengrundlage: DKI Krankenhausdatenbank

Die differenzierte Betrachtung nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp zeigt eine Überrepräsentanz der freigemeinnützigen Krankenhäuser (49,8%) in den Agglomerationsräumen. Etwas mehr als ein Viertel der Allgemeinkrankenhäuser in Agglomerationsräumen ist in kommunaler Trägerschaft, während private Krankenhäuser mit 22% etwas weniger häufig vertreten sind.

In verstädterten Räumen sind alle Trägergruppen häufig vertreten. Wiederum ist der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser mit 38,9% am höchsten, während kommunale Träger ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser vorhalten. Der Anteil privater Krankenhäuser umfasst in verstädterten Räumen gut ein Viertel.

Im ländlichen Raum zeigen sich stärkere Unterschiede in der Verteilung der Krankenhäuser auf die Trägergruppen. Die kommunalen Krankenhäuser stellen mit 44,6% den Großteil der Krankenhäuser im ländlichen Raum und tragen somit wesentlich zur kleinräumigen Krankenhausversorgung bei. Ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser im ländlichen Raum ist in privater und circa ein Viertel in freigemeinnütziger Trägerschaft (vgl. Abbildung 73).

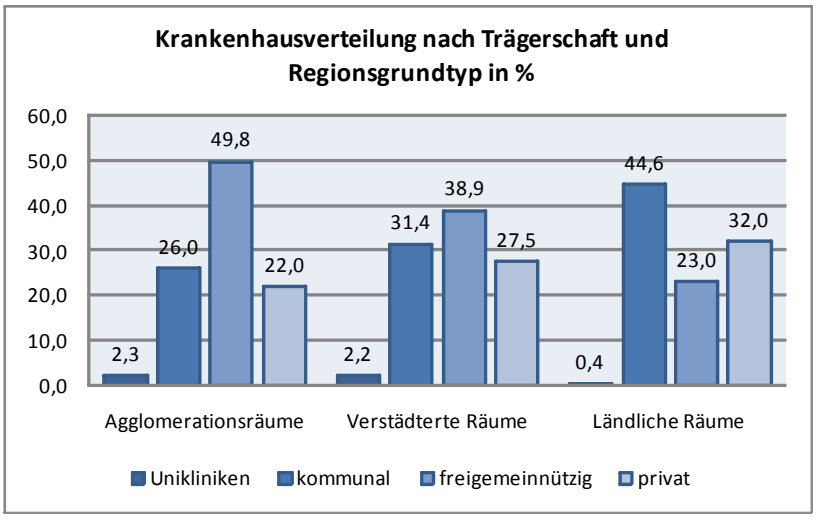

Abbildung 73: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp in %[96]

[96] Datengrundlage: DKI Krankenhausdatenbank

Die Verteilung der Krankenhäuser eines Trägers auf die verschiedenen Regionsgrundtypen bestätigt die starke Präsenz freigemeinnütziger Krankenhäuser in den Ballungsgebieten. Über die Hälfte der freigemeinnützigen Krankenhäuser liegen in Agglomerationsräumen, während weniger als 10% im ländlichen Raum angesiedelt sind. Die privaten Krankenhäuser sind überwiegend im verstädterten Raum verortet. Jeweils gut ein Drittel der kommunalen Krankenhäuser liegen in Agglomerationsräumen bzw. verstädterten Räumen, während knapp ein Viertel im ländlichen Raum angesiedelt ist. Damit sind die Anteile der Krankenhäuser auf die verschiedenen Regionsgrundtypen bei Krankenhäusern kommunaler Trägerschaft am gleichmäßigsten verteilt (vgl. Abbildung 74).

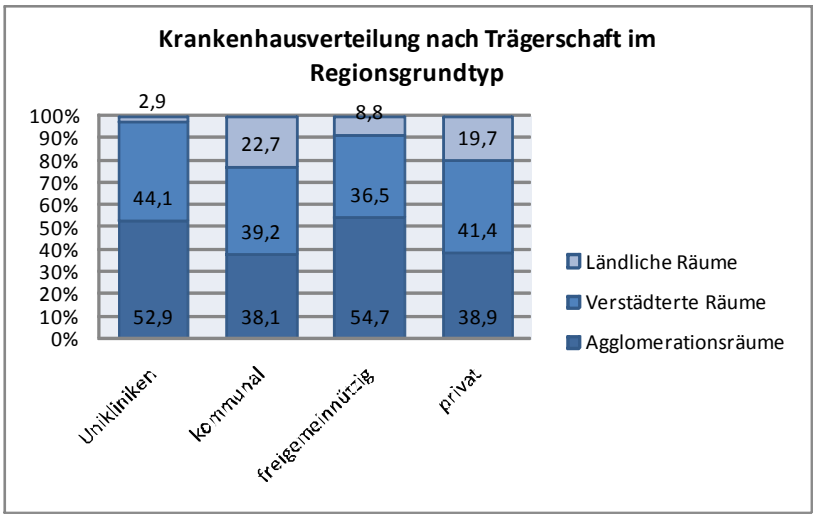

Abbildung 74: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp[97]

Die schon aufgezeigten Unterschiede in der Verteilung der Bettengrößenklassen nach Trägerschaft zeigen sich auch in den Agglomerations- und verstädterten Räumen: Unter den Krankenhäusern bis 99 Betten weisen die privaten Krankenhäuser jeweils den größten Anteil auf, während die freigemeinnützigen Krankenhäuser in den Bettengrößenklassen 100 bis 499 dominieren. Die kommunalen Krankenhäuser weisen den größten Anteil bei den Krankenhäusern ab 500 Betten auf (vgl. Abbildung 75 und Abbildung 76).

Im ländlichen Raum zeigt sich ein etwas anderes Bild: Die privaten Krankenhäuser haben

[97] Datengrundlage: DKI Krankenhausdatenbank

unter den Krankenhäusern bis 99 Betten wiederum den größten Marktanteil. In allen anderen Bettengrößenklassen dominieren die kommunalen Krankenhäuser, wobei sich die Überrepräsentanz insbesondere in den Krankenhäusern ab 500 Betten zeigt (vgl. Abbildung 77).

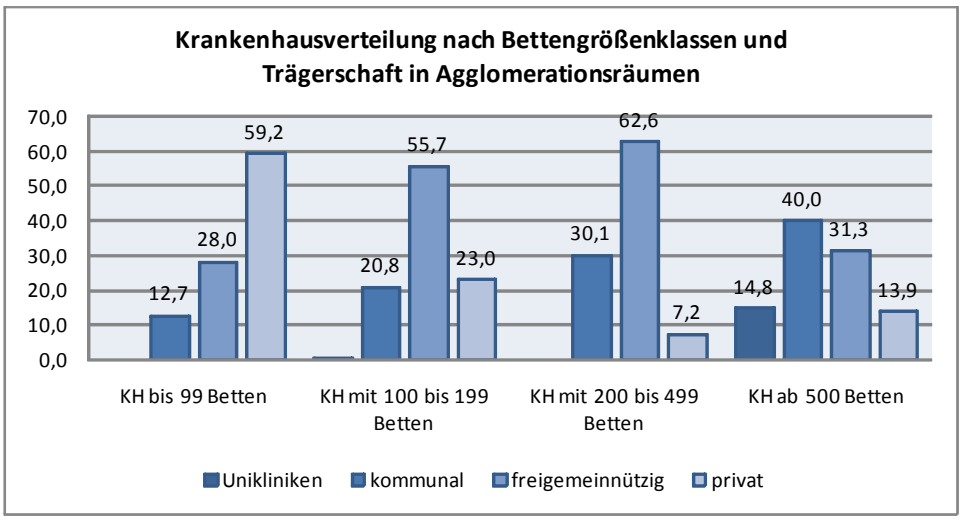

Abbildung 75: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in Agglomerationsräumen

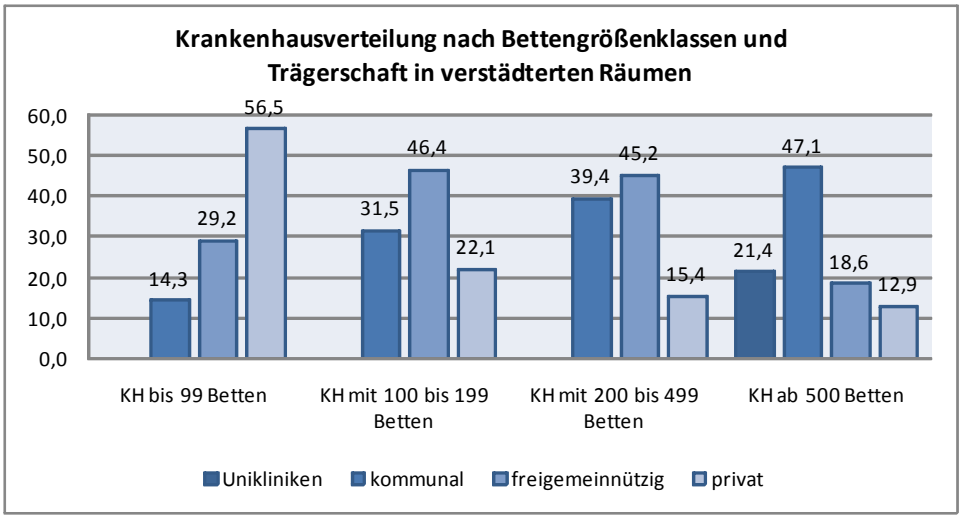

Abbildung 76: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in verstädterten Räumen

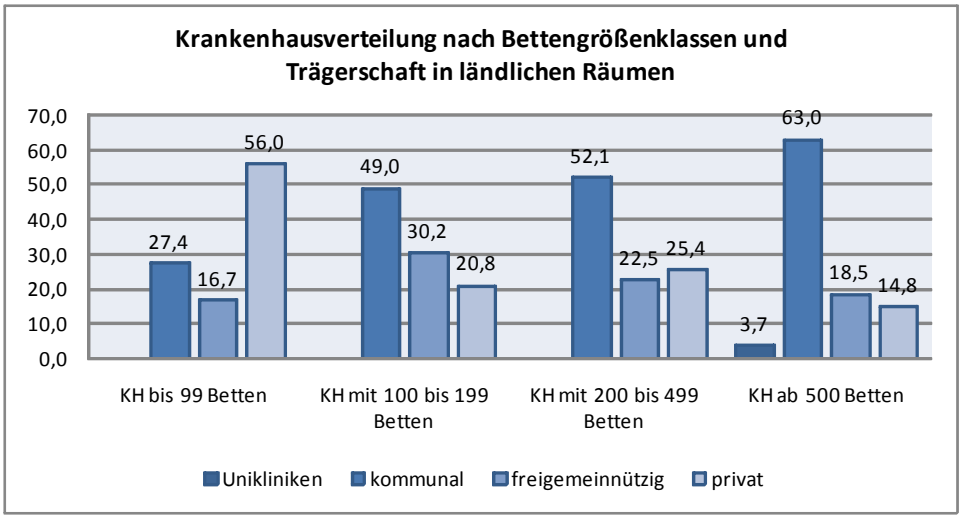

Abbildung 77: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in ländlichen Räumen

2.8.2 Fazit: Regionalanalyse

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind in Agglomerationsräumen überrepräsentiert und haben in verstädterten Räumen ebenfalls die größten Marktanteile. Die meisten privaten Krankenhäuser sind in verstädterten Räumen angesiedelt. Demgegenüber sind die kommunalen Krankenhäuser in allen Regionsgrundtypen stark präsent und im ländlichen Raum vorherrschend. In ländlichen Regionen haben kommunale Krankenhäuser in nahezu allen Bettengrößenklassen Betten die höchsten Anteile, wobei sie insbesondere bei den Krankenhäusern ab 500 Betten eine deutliche Überrepräsentanz aufweisen. Die kommunalen Krankenhäuser tragen somit wesentlich zur flächendeckenden und wohnartnahen Versorgung bei und stellen insbesondere im ländlichen Raum die Versorgung sicher.

2. Reanalyse des DKI Management Reports

3.1 Einführung

3.1.1 Ziele

Das Ziel der Reanalyse des DKI Management Reports[98] ist es, die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft im Vergleich zu den anderen Trägergruppen anhand von ökonomischen Kennzahlen zu prüfen. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zielsysteme der drei Trägergruppen sollen die Kennzahlen dargestellt und auf Ursachen für mögliche Kennzahlen-Abweichungen zwischen den Trägern eingegangen werden. Mit Blick auf die Aussagekraft und allgemeine Verwendung werden folgende betriebswirtschaftlich fundierte Kennzahlen ausgewertet:

- **Kapitalstruktur**
  - Eigenkapitalquote
  - Fremdkapitalquote
  - Sonderpostenquote

- **Rentabilität**
  - Eigenkapitalrentabilität
  - Gesamtkapitalrentabilität

- **Betriebsergebnisrate**

- **Aufwandsintensität**

- **Anlagenstruktur**
  - Anlagenintensität
  - Anlagenabnutzungsgrad

- **Gewinnrücklagen**

3.1.2 Datenquellen und Methodik

Die Datengrundlage für den Trägervergleich im Rahmen der Kennzahlenanalyse bilden Jahresabschlussdaten aufgrund eines jährlich erhobenen Benchmark-Instrumentes des

[98] In Punkt 2.2 „Datenquellen und Methodik“ werden Inhalt und Funktion des DKI Management Reports näher erläutert.

Deutschen Krankenhausinstituts (DKI Management Report). Die Stichprobe der ausgewählten Krankenhäuser umfasst insgesamt 108 Krankenhäuser, dabei fließen die Jahresabschlüsse 32 privater, 32 freigemeinnütziger sowie 40 kommunaler Krankenhäuser in die Stichprobe ein.

Die Auswahl der Krankenhäuser nach Trägerschaft erfolgte dabei aufgrund der Kriterien Krankenhausgröße (Anzahl der Betten und Case Mix) sowie der Regionsgrundtypen.

Da ein Gleichgewicht hinsichtlich dieser zu vergleichenden Kriterien nach Trägern nicht durch die Daten der teilnehmenden Krankenhäuser des DKI Management Reports gegeben war, ist die Ergänzung dieser Jahresabschlussdaten durch Daten des elektronischen Bundesanzeigers erfolgt. Bei der Auswahl der Einrichtungen handelt es sich somit nicht um eine Zufallsstichprobe, es wurde jedoch bei der Auswahl der Vergleichskrankenhäuser mittels der genannten Kriterien Wert auf eine möglichst hohe Repräsentativität gelegt. Verzerrende Effekte auf die Strukturen und die ökonomische Situation des Krankenhauses, die durch unterschiedliche Größen und Lagen hervorgerufen werden, werden durch die Auswahl somit weitestgehend eliminiert.

Des Weiteren werden in der Kennzahlenanalyse beispielhaft speziell für diese Studie ausgewählte Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft eingehender betrachtet, um auf Unterschiede zwischen kommunalen Krankenhäusern aber auch im Vergleich zu anderen Trägerformen spezifischer eingehen zu können. Zu diesem Zweck wurden vier erfolgreiche Mitglieder des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser (IVKK) ausgewählt, die eine möglichst heterogene Struktur hinsichtlich der Versorgungsstufen und Regionstypen abbilden. Diese ausgewählten Einrichtungen bilden gleichzeitig die Grundlage für das Modul III dieser Studie „Fallstudien/Experteninterviews“, so dass nachfolgend auf Zusammenhänge dieser beiden Module hingewiesen wird.

Zur Analyse werden folgende Datenquellen genutzt:

- DKI Management Report 2009: geprüfte Jahresabschlussdaten
- Elektronischer Bundesanzeiger: veröffentlichte Jahresabschlussdaten

DKI Management Report 2009

Die Datenanalyse stützt sich im Wesentlichen auf Daten des DKI Management Reports 2009. Hierbei handelt es sich um ein jährlich durchgeführtes Krankenhaus-Benchmark-Projekt des Deutschen Krankenhausinstituts. Der DKI Management Report basiert grundsätzlich auf Daten des Jahresabschlusses und der Krankenhausstatistiken des Vorjahres sowie auf einigen zusätzlichen Angaben der Krankenhäuser. Der Report erfasst neben sämtlichen branchenüblichen Kennzahlen zur Jahresabschlussanalyse ebenfalls Kosten- und Leistungsdaten der betrieblichen Leistungsstruktur. Er besteht somit aus zwei Teilen, der Jahresabschlussanalyse und der detaillierten Betriebsanalyse. Die Jahresabschlussanalyse gibt einen umfassenden Überblick über die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser anhand von Daten der Jahresabschlüsse und ermöglicht mit Hilfe von Benchmark-Zahlen eine Einordnung der Wettbewerbssituation auf dem Krankenhausmarkt. Im Rahmen der detaillierten Betriebsanalyse wird eine betriebliche Kosten- und Leistungsanalyse bis auf Fachabteilungsebene vorgenommen. Die Grundlage der hier vorgenommenen Kennzahlenanalyse bilden ausschließlich die geprüften Jahresabschlüsse der Krankenhäuser. Die Kennzahlen zur detaillierten Betriebsanalyse sind nicht Gegenstand der Kennzahlenanalyse.

Um eine homogene Datenstruktur bzw. eine vergleichbare Datengrundlage unter den Trägerformen zu bilden, wird die Datenbasis des DKI Management Reports, wie erwähnt, um Jahresabschlussdaten aus dem elektronischen Bundesanzeiger erweitert.

Elektronischer Bundesanzeiger

Der „Bundesanzeiger“ ist ein vom Bundesministerium der Justiz herausgegebenes Verkündungs- und Bekanntmachungsorgan. Neben amtlichen Veröffentlichungen des Bundes und vor allem der Bundesministerien und weiteren Bundesbehörden ist der "Bundesanzeiger" u. a. Pflichtorgan für die gesetzlich vorgeschriebene Veröffentlichung der Rechnungslegungsunterlagen aller offenlegungspflichtigen Unternehmen.

Im Rahmen der Kennzahlenanalyse wird bei der Auswertung der Kennzahlen der verschiedenen Trägerformen der Median als Lagemaß verwendet. Gegenüber dem arithmetischen Mittel hat der Median den Vorteil, robuster gegenüber Ausreißern (extrem

abweichenden Werten) zu sein. Darüber hinaus wird bei einer vorliegenden starken Streuung der Kennzahl auf die Darstellung mittels Boxplot zurückgegriffen.

Der Boxplot stellt grafisch den Datenbereich zwischen dem 25 Prozent- und 75 Prozent-Quartil (Interquartilsbereich) in Form einer „Box“ dar. Somit können Aussagen über die Lage der mittleren 50 Prozent der Daten getroffen werden. Zusätzlich wird sowohl der minimale als auch der maximale Kennzahlenwert ausgewiesen, damit die gesamte Spannweite dieser Kennzahl im Hinblick auf die Trägerschaft deutlich wird.

3.2 Ökonomische Kennzahlenanalysen

3.2.1 Kapitalstruktur

Die Zusammensetzung des Kapitals eines Unternehmens, im Krankenhaus bestehend aus Eigenkapital-, Fremdkapital- und Sonderpostenquote, dient der Beurteilung von finanzieller Stabilität und Unabhängigkeit eines Unternehmens. Eine hohe Eigenkapitalquote bzw. eine geringe Fremdkapitalquote lässt auf eine solide Finanzierung des Unternehmens schließen. Mit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahr 1972 übernahm der Bund die Finanzierung des investiven Bereichs der Krankenhäuser. Ziel dieser Bereitstellung von Fördermitteln war die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung.

Bei der Betrachtung der Abbildung 78 zeigt sich, dass die Kapitalstrukturen der verschiedenen Trägerformen trotz unterschiedlicher Zielsysteme (vgl. Kapitel 2.7.3) nicht sehr stark abweichen. Die Kapitalstrukturen der kommunalen Beispielkrankenhäuser zeigen jedoch erhebliche Unterschiede auf.

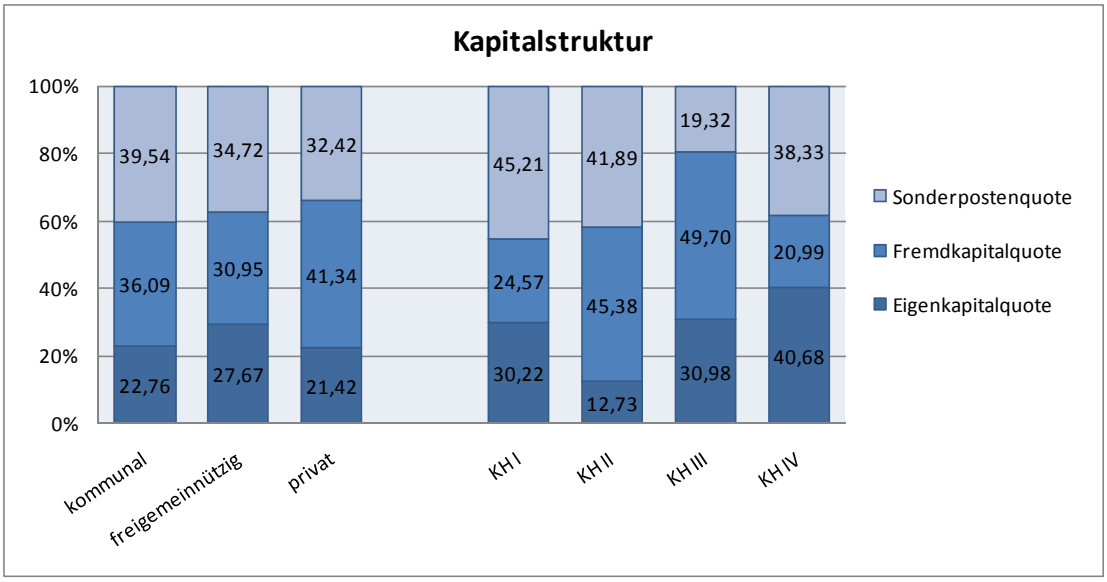

Abbildung 78: Kapitalstrukturen nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser

Die solideste Kapitalstruktur weisen die Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft mit einem Eigenkapitalanteil von 27,67 % und einem Fremdkapitalanteil von 30,95 % auf. Die Darstellung der Sonderpostenquote im Trägervergleich zeigt, dass Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft einen höheren Anteil an öffentlichen Fördermitteln in Anspruch nehmen als freigemeinnützige und private Krankenhäuser. Gleichwohl ist die verhältnismäßig hohe Inanspruchnahme der Fördermittel (Sonderpostenquote 32,42%) von privaten Krankenhäusern hervorzuheben. Im Wege der Krankenhausplanung profitieren also auch die privaten Krankenhäuser nicht unerheblich von öffentlichen Investitionsmitteln.

Eine separate Betrachtung der kommunalen Beispielkrankenhäuser verdeutlicht, dass die Kapitalstruktur kommunaler Krankenhäuser mitunter erheblich variieren kann. Die Kennzahlen liegen sogar zum Teil außerhalb der Interquartilsbereiche. Die vier gesondert betrachteten Krankenhäuser zeigen beispielhaft auf, dass differente Kapitalstrukturen, die sich in einem gewissen Rahmen bewegen, kein zuverlässiges Indiz für eine schlechte strategische Ausrichtung sind. Vielmehr können diese Kapitalstrukturen vor allem in einer Phase der Re-Organisation und Anpassung an die sich wandelnden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erheblich abweichen.

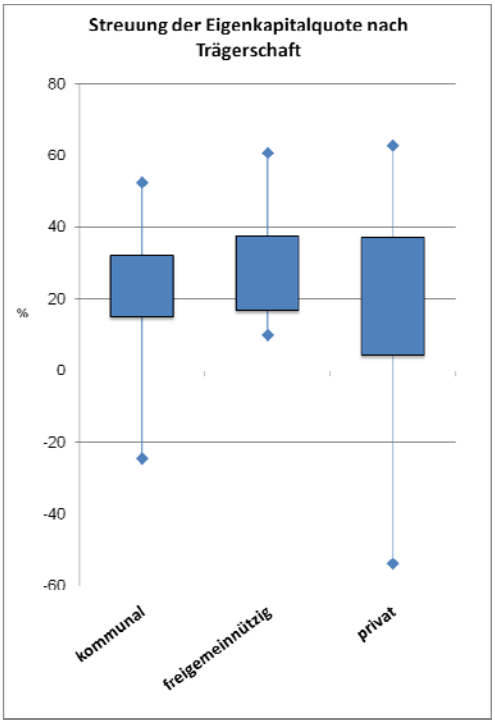

Abbildung 80: Verteilung der Eigenkapitalquote nach Trägerschaft

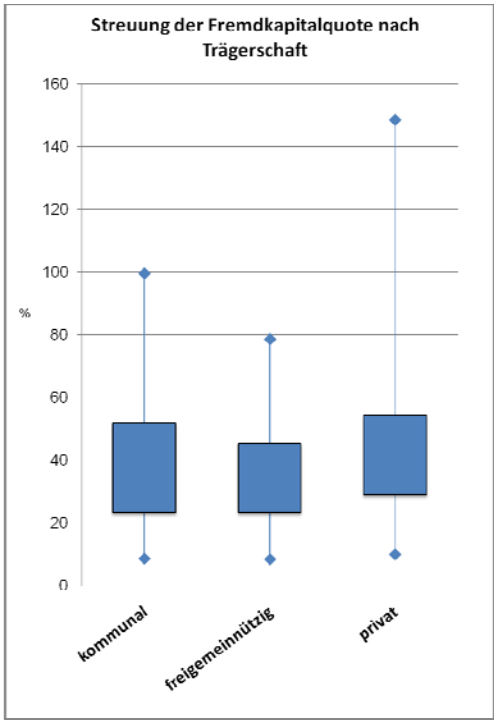

Abbildung 79: Verteilung der Fremdkapitalquote nach Trägerschaft

Die grafische Darstellung der Eigenkapitalquote mittels des Boxplots gibt einen Überblick zur Streuung der Eigenkapitalquoten hinsichtlich der Trägerschaft. Bei der Betrachtung der Interquartilsbereiche wie auch der generellen Spannweite ist die Streuung in Bezug auf die Höhe der Eigenkapitalquote der privaten Krankenhäuser die größte, gefolgt von Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft. Diese Graphik lässt darauf schließen, dass es in privater und in kommunaler Trägerschaft sowohl sehr solide als auch weniger solide finanzierte Einrichtungen gibt. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass auch Extremfälle („Ausreißer“) in die Auswertung mittels Boxplot einfließen.

Der Anteil des Fremdkapitals fällt bei den privaten Krankenhäusern erwartungsgemäß am höchsten aus (41,34%). Über die Refinanzierung am Kapitalmarkt sowie eine generell höhere Investitionsautonomie beim Zugriff auf private Finanzierungsquellen ist es für Krankenhäuser in privater Trägerschaft verhältnismäßig einfach, neues Kapital

aufzunehmen, um Investitionen zu tätigen. Kommunale Krankenhäuser (36,09%) sowie freigemeinnützige Krankenhäuser (30,95%) sind in weit geringerem Maße fremdkapitalfinanziert. Der Rückgriff für kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser auf alternative Finanzierungsformen war aufgrund der investiven Förderung durch die öffentliche Hand ursprünglich gar nicht vorgesehen. Des Weiteren unterliegen insbesondere kommunale Krankenhäuser stärkeren Vorgaben ihrer Träger im Rahmen der Fremdkapitalbeschaffung und besitzen nicht die Handlungsspielräume und Freiheiten privater Krankenhäuser.

Die Abbildung 79 mit der Darstellung der unterschiedlichen Streuungen der Fremdkapitalquote nach Trägerschaften unterstreicht die Aussage, die bereits zum Eigenkapitalanteil getroffen werden konnte. Eine grundsätzlich solidere Finanzierung kann den Krankenhäusern in privater Trägerschaft nicht zugeschrieben werden. Die geringste Streuung und solideste Struktur erreichen die Krankenhäuser freigemeinnütziger Träger.

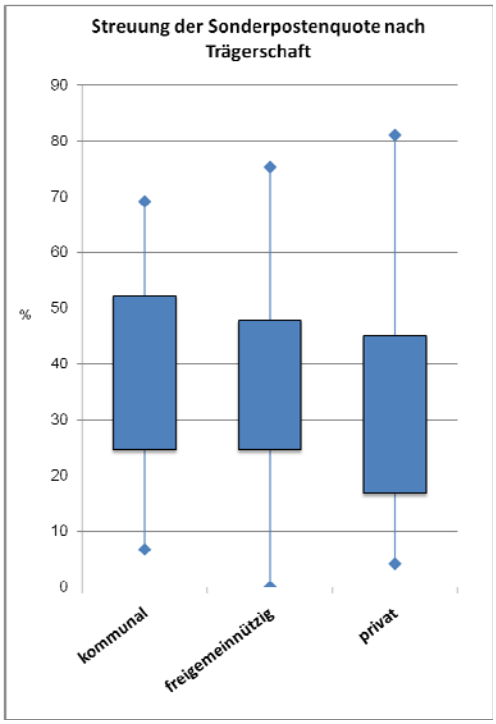

Abbildung 81: Verteilung der Sonderpostenquote nach Trägerschaft

Die Abbildung 81 zeigt des Weiteren auf, dass einige private Krankenhäuser im Vergleich zu den anderen beiden Trägergruppen sogar einen höheren Anteil an den Sonderposten aufweisen. Allen drei Trägergruppen ist eine hohe Streuung der Sonderpostenquote gemeinsam.

3.2.2 Rentabilitätskennzahlen

Kennzahlen zur Rentabilität stellen den finanziellen Erfolg eines Unternehmens gemessen am eingesetzten Kapital dar. Nachfolgend werden die Eigenkapital- und Gesamtkapitalrentabilität der drei Trägergruppen untersucht.

Um Verzerrungen des „tatsächlichen" Betriebserfolgs durch außerordentliche Aufwendungen und Erträge (z. B. Auflösung von Rückstellungen) zu vermeiden, werden alle Kennzahlen ins Verhältnis zum Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit gesetzt.

Grundsätzlich ist der Abbildung 82 zu entnehmen, dass alle drei Trägergruppen im Median im rentablen Bereich liegen.

An der Höhe der Rentabilität lassen sich erhebliche Unterschiede sowohl zwischen den einzelnen Trägern als auch zwischen den Beispielkrankenhäusern ausmachen.

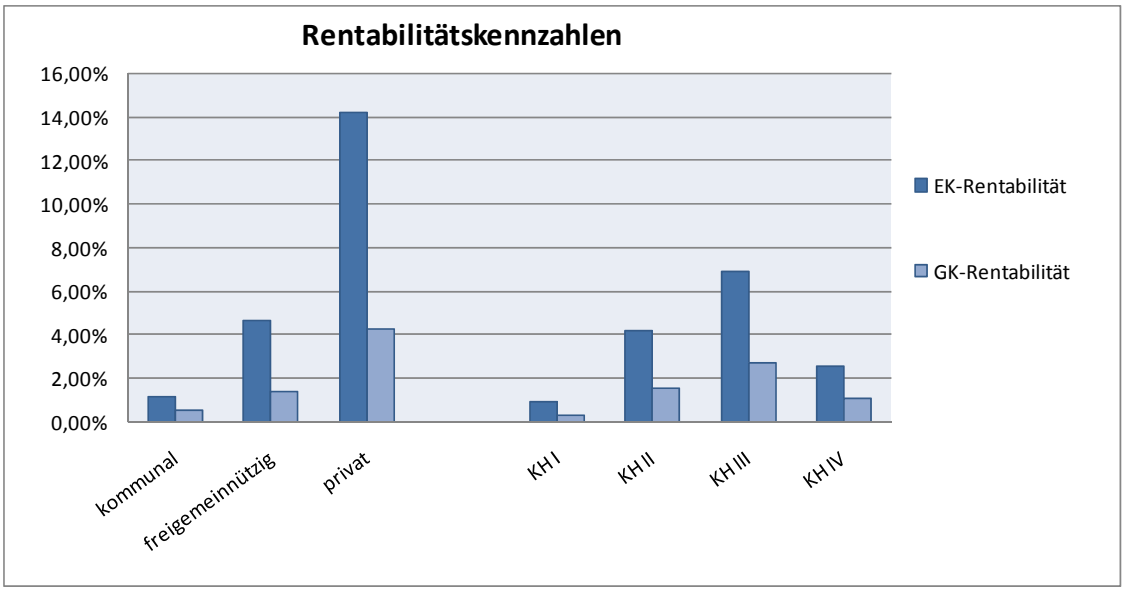

Abbildung 82: Rentabilitätskennzahlen nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser

Im Sinne des Shareholder-Value-Konzepts haben private Krankenhäuser eine hohe Verzinsung des Eigenkapitals anzustreben und weisen dementsprechend nicht nur die höchsten Rentabilitätskennzahlen auf, sondern liegen bspw. im Bereich der Eigenkapitalrentabilität mehr als 13 Prozent über der Rentabilität der kommunalen Krankenhäuser und fast 10 Prozent oberhalb der freigemeinnützigen Träger.

Die Gesamtkapitalrentabilität ermöglicht eine Betrachtung unabhängig von unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen. Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft (0,55%) weisen auch hier gegenüber freigemeinnützigen (1,40%) und privaten Krankenhäusern (4,24%) die niedrigste Kennziffer aus, womit die Dominanz von Krankenhäusern in privater Trägerschaft hinsichtlich der Erwirtschaftung von Gewinnen verdeutlicht wird.

Im Gegensatz dazu ist bei den Krankenhäusern in kommunaler wie auch in freigemeinnütziger Trägerschaft die Priorisierung der Ziele eine andere. Hier steht „Stakeholder-Value“, d.h. das Interesse aller Beteiligten („Stakeholder“) im Vordergrund. Konkrete Ausprägungen dieses Prinzips ist die Gemeinnützigkeit sowie die bedarfsadäquate Versorgung der Bevölkerung im jeweiligen Einzugsbereich (Gemeinwohlorientierung) – dies ebenfalls unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und finanziellem Gleichgewicht.

3.2.3 Betriebsergebnisrate

Die Betriebsergebnisrate stellt den Gewinn des Krankenhauses ins Verhältnis zu den Umsatzerlösen und ist der ermittelte Erfolg eines Unternehmens. Zinsaufwendungen werden nicht berücksichtigt, so dass in diesem Zusammenhang die Trägerschaft des Krankenhauses keinen Einfluss hat.

Die Aussage, die bereits aus den Rentabilitätskennzahlen gewonnen werden konnte, wird auch in Bezug auf das Betriebsergebnis durch die Betrachtung der Abbildung 83 verdeutlicht.

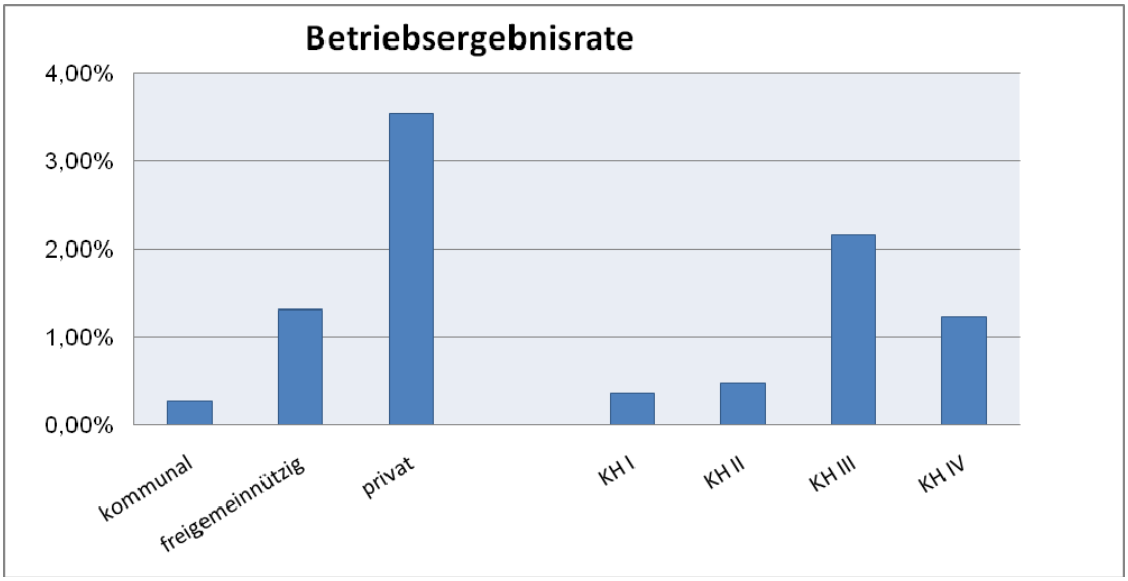

Abbildung 83: Betriebsergebnisrate nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser

Private Krankenhäuser (3,82%) sind hier im Gesamtbild ebenfalls den anderen Trägerformen deutlich überlegen. Die aufgeführten Beispielkrankenhäuser sind bei der Betriebsergebnisrate ähnlich dem Rentabilitätsergebnis erfolgreicher, reichen jedoch auch hier, möglicherweise begründet durch unterschiedliche Strukturen und Rahmenbedingungen, nicht an die Ergebnisse der Privaten heran.

Ein kleiner Interquartilsbereich gilt als Indikator für eine homogene Verteilung der Kennzahlen. Insbesondere freigemeinnützige Krankenhäuser zeichnen sich durch eine sehr homogene Verteilung der Kennzahlen aus. Die kommunalen Krankenhäuser zeigen ebenfalls eine homogene Verteilung auf, hier ist jedoch im Vergleich zu den freigemeinnützigen Häusern insbesondere auf den Anteil der Krankenhäuser zu verweisen, die Werte im negativen Bereich aufweisen. Unterschiedliche Ausgangssituationen in Zeiten stark veränderter Rahmenbedingungen der Krankenhauslandschaft erfordern ebenfalls unterschiedlich starke Anpassungsprozesse. Auffällig ist der größere Interquartilsbereich sowie die größere Streuung bei den privaten Krankenhäusern sowohl im positiven als auch negativen Bereich (vgl. Abbildung 84).

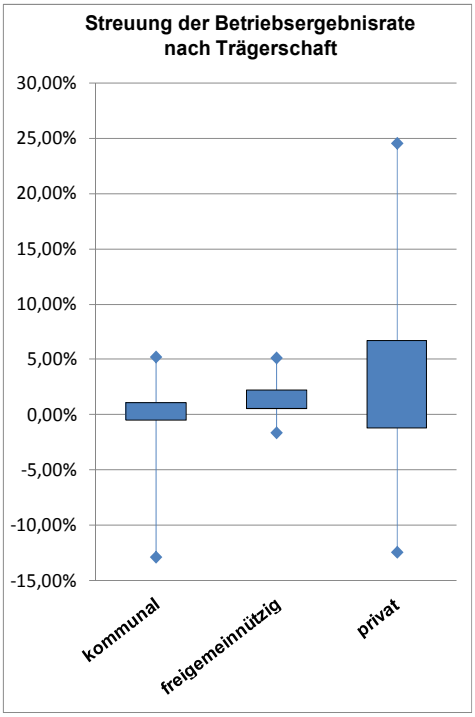

Abbildung 84: Verteilung der Betriebsergebnisrate nach Trägerschaft

3.2.4 Aufwandsintensität

Die Messung der Aufwandsintensität dient der Feststellung, ob die betrieblichen Aufwendungen durch die Umsatzerlöse gedeckt werden und ist somit ein Indikator der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens. Die nachfolgende Abbildung weist bei allen drei Trägerformen sowie bei den vier Beispielkrankenhäusern positiv zu bewertende Aufwandsintensitäten auf.

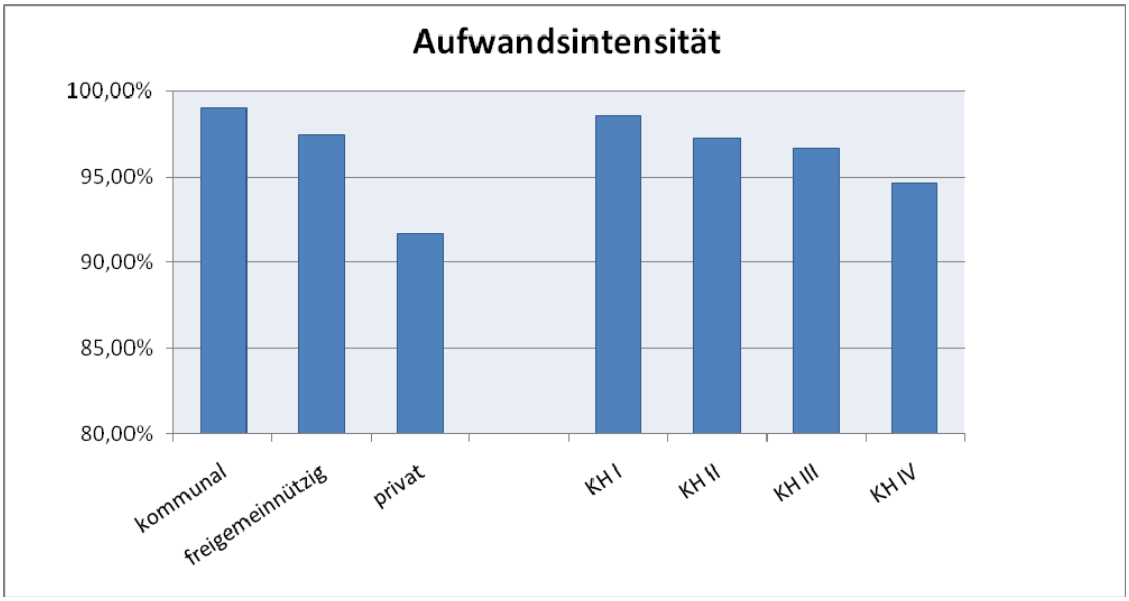

Abbildung 85: Aufwandsintensitäten nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser

Kommunale Krankenhäuser verzeichnen zwar die höchste Aufwandsintensität (99,06%), erreichen jedoch im Median das Ziel der Wirtschaftlichkeit, indem die vorhandenen Aufwendungen durch die Erlöse gedeckt werden. Die verhältnismäßig hohe Aufwandsintensität bei den Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft im Vergleich zu den anderen Trägergruppen ist begründet in hohen finanziellen Zusatzbelastungen der kommunalen Einrichtungen. Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft sind im Regelfall an die tarifvertraglichen Strukturen des öffentlichen Dienstes gebunden, was zu Mehrkosten führt (vgl. Kapitel 2.4.2). In diesem Zusammenhang ist hier ein Nachteil zu den anderen Trägerformen zu erkennen.

Freigemeinnützige (97,43%) und private Krankenhäuser (91,69%) weisen niedrigere Aufwandsintensitäten auf. Private Krankenhäuser haben andere Tarifstrukturen (zum großen Teil Haustarife) und können bei der Vergütung von Mitarbeitern flexibler agieren. Die Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft sind zum großen Teil an einen einheitlichen Tarif (AVR) gebunden, das Gehaltsniveau liegt jedoch unter dem der Kommunalen.

Die Kennzahlen der Beispielkrankenhäuser zeigen einheitlich eine geringere

Aufwandsintensität als die Gesamtheit der kommunalen Krankenhäuser im Median. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass sich kommunaler Krankenhäuser trotz einiger erschwerter Bedingungen ebenfalls den wandelnden Rahmenbedingungen unter anderen Zielvorgaben angepasst haben bzw. anpassen können.

3.2.5 Anlagenstruktur

Um eine Aussage zur Anlagenstruktur der Träger und deren Unterschiede zu treffen, wird die Anlagenintensität in Verbindung mit dem Anlagenabnutzungsgrad analysiert. Eine sehr hohe Anlagenintensität ist i. d. R. mit einer hohen Fixkostenbelastung verbunden, während eine niedrige Anlagenintensität ein Hinweis auf bereits abgenutztes und veraltetes Anlagevermögen sein kann.

Während die Anlagenintensität Auskunft über das langfristig gebundene Vermögen des Unternehmens gibt, beurteilt der Anlagenabnutzungsgrad grundsätzlich die Altersstruktur des Anlagevermögens. Aufgrund unterschiedlicher Bilanzierungspolitik und verschiedenen Unternehmenskonstellationen sollten diese Kennzahlen in der Einzelinterpretation jedoch näher hinterlegt werden, um eine Aussage treffen zu können.

Es zeigt sich in der Abbildung 86, dass private Krankenhäuser im Gegensatz zu den anderen beiden Trägergruppen eine hohe Anlagenintensität sowie einen niedrigen Anlagenabnutzungsgrad aufweisen. In dieser Konstellation lässt dies auf ein relativ neuwertiges Anlagevermögen schließen. Da vor allem der Krankenhausmarkt jedoch ständig wandelnden Rahmenbedingungen unterliegt, ist eine hohe Anlagenintensität gleichzeitig ein Indikator für unflexibles Reaktionsvermögen am Markt.

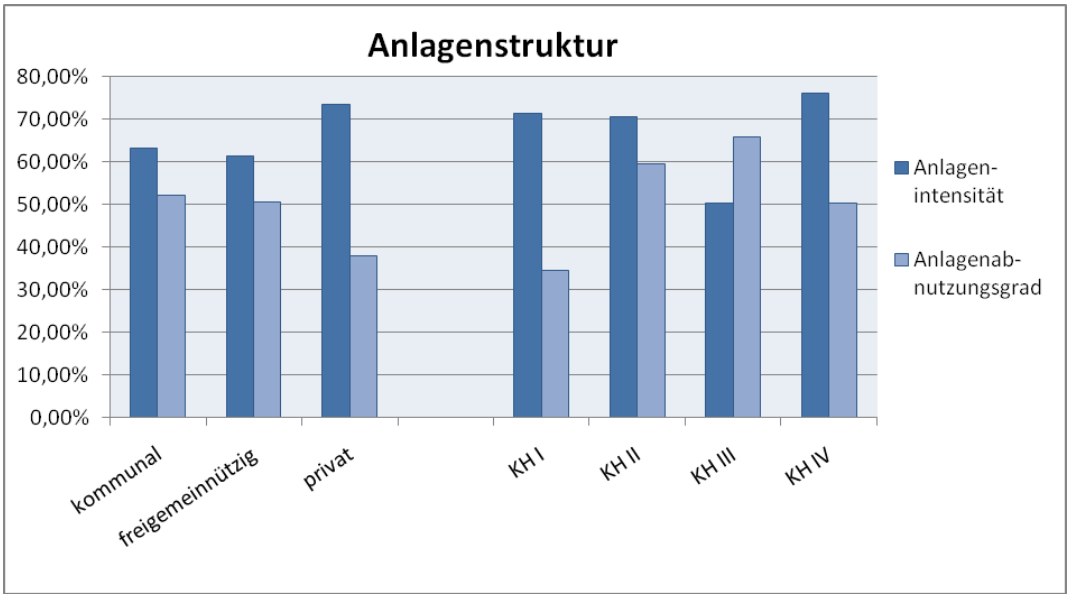

Abbildung 86: Anlagenstruktur nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser

Beim Vergleich der Anlagenstruktur der drei Trägergruppen (Abb. 86) ist davon auszugehen, dass sowohl das Anlagevermögen der freigemeinnützigen als auch der kommunalen Krankenhäuser etwas älter ist. Unter Berücksichtigung stetig abnehmender öffentlicher Investitionsfördermittel sind Krankenhäuser zunehmend gezwungen auf alternative Finanzierungsformen zurückzugreifen. Da Krankenhäuser in privater Trägerschaft sich hier einfacher am Kapitalmarkt bedienen können, um Ersatzinvestitionen zu tätigen (vgl. Kapitel 1.2.4), liegt hier eine mögliche Begründung für die vermeintlich bessere Anlagenstruktur privater Krankenhäuser.

Die Abhängigkeit dieser Kennzahl von der strategischen Ausrichtung des Krankenhauses wird durch die Kennzahlen der Beispielkrankenhäuser in Abbildung 86 deutlich. Die Beispielkrankenhäuser I und IV weisen ähnlich den Krankenhäusern in privater Trägerschaft sehr hohe Anlagenintensitäten in Verbindung mit einem geringen Anlagenabnutzungsgrad auf. Die Anlagenstruktur der Krankenhäuser II und III lässt auf den ersten Blick auf eine schlechtere Anlagenstruktur schließen. Nicht berücksichtigt sind hier besondere, zukunftsweisende Modelle dieser beiden Krankenhäuser, die starken Einfluss auf die Anlagenstruktur

haben. Zu nennen sind hier bspw. Kooperationsmodelle mit niedergelassenen Ärzten direkt an der Einrichtung, die bereits hochwertige medizinische Großgeräte in die Kooperation einbringen.

3.2.6 Gewinnrücklagen

Die Darstellung der unterschiedlichen Anteile an Gewinnrücklagen sollen mögliche Unterschiede in der Zielsystematik zwischen den Trägern verdeutlichen. Kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser sehen aufgrund der Rechtsform der „gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ keine Gewinnausschüttung vor und bilden im Falle der Gewinnerzielung Rücklagen, um diese bei Notwendigkeit wieder in das Unternehmen investieren zu können.

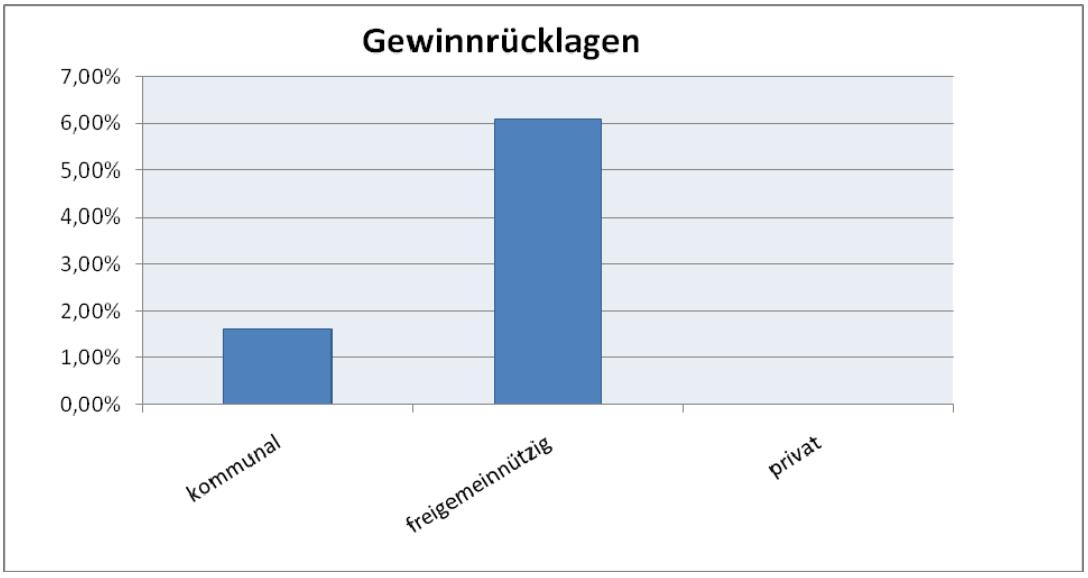

Abbildung 87: Gewinnrücklagen nach Trägerschaft

Private Krankenhäuser verfügen über keine Gewinnrücklagen, da ihre Gewinne i. d. R. an die Anteilseigner („Share-Holder“) ausgeschüttet werden. Es ist ein zentraler Bestandteil ihrer Unternehmenspolitik, die Aktionäre durch Zahlung von Dividenden am Unternehmenserfolg zu beteiligen. Krankenhäuser in kommunaler sowie freigemeinnütziger Trägerschaft bilden Gewinnrücklagen, die jedoch wieder in das Unternehmen in Form von

Investitionen zurückfließen. Der Unterschied in der Höhe der Gewinnrücklagen zwischen kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäusern lässt sich u. a. durch die höheren Gewinne erklären, die ebenfalls in Verbindung mit unterschiedlichen Intensitäten der Aufwendungen bspw. aufgrund eines anderen Tarifwerks zu sehen sind.

3.2.7 Fazit: Reanalyse des DKI Management Reports

Die Betrachtung der Kennzahlenanalyse zeigt, dass bei den verschiedenen Kennzahlen, mit Ausnahme der Kapitalstruktur, zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Trägern bestehen. Diese Differenzen sind in starkem Zusammenhang mit der grundlegend unterschiedlichen Zielorientierung der Träger zu sehen.

Es zeigt sich jedoch auch in den Darstellungen der Kennzahlen-Streuung, dass innerhalb der Trägergruppen zum Teil starke Differenzen auftreten. Das bedeutet, dass die Form der Trägerschaft nicht zwangsläufig über wirtschaftlichen Erfolg entscheidet. Bei der Interpretation der Kennzahlen muss auch zum Standort (z. B. Versorgung in der Fläche), das Leistungsspektrum oder die strategische Ausrichtung des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Die Kennzahlenanalyse sowie die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen zeigen auf, dass bei einer Beurteilung des Erfolgs hinsichtlich der Trägerschaft wesentliche Unterschiede sowohl in den Zielsystemen als auch in den Rahmenbedingungen beachtet werden müssen, wenn überhaupt eine Erfolgsbewertung unterschiedlicher Trägerschaften nur anhand von ökonomischen Kennzahlen festgestellt bzw. abgeleitet werden kann.

3. Fallstudien und Experteninterviews

4.1 Einführung

4.1.1 Ziele

Die Ziele der Experteninterviews sind die Identifikation und Darstellung von gemeinsamen Erfolgsfaktoren sowie von Alleinstellungsmerkmalen erfolgreicher kommunaler Krankenhäuser. Im Folgenden werden die Erfolgsfaktoren und innovativen Projekten von fünf Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft vorgestellt.

4.1.2 Methodik

Wie bereits in Kapitel 3.1.2 erläutert, erfolgte die Auswahl der teilnehmenden Krankenhäuser durch den Interessensverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK). Die ausgewählten Krankenhäuser weisen eine heterogene Struktur hinsichtlich der Versorgungsstufen und Regionstypen auf und können folglich als typisch für viele kommunale Krankenhäuser betrachtet werden.

Die Experteninterviews erfolgten im Rahmen eines persönlichen Gespräches vor Ort, in den teilnehmenden Krankenhäusern. In einem ersten Gespräch wurde stets die Geschäftsführung des Krankenhauses interviewt. Weitere Interviewpartner waren die ärztliche und die pflegerische Direktion, ausgewählte Abteilungsleiter (z. B. Personal, Rechnungswesen, etc.), Mitglieder des Betriebsrates und des Aufsichtsrates sowie politische Entscheidungsträger.

Alle Gespräche wurden protokolliert. Nach Abschluss der Gespräche in allen teilnehmenden Krankenhäusern wurden im nächsten Schritt die gemeinsamen Erfolgsfaktoren herausgefiltert. Außerdem wurden einrichtungsspezifische Erfolgsprojekte beschrieben. Die Interviewprotokolle wurden teilweise durch Schaubilder, Grafiken und weiterführende Dokumente ergänzt.

4. 2 Erfolgsfaktoren kommunaler Krankenhäuser

4.2.1 Zusammenarbeit zwischen Träger und Geschäftsführung

Politische Positionierung – klare Bekenntnisse

Als Fundament des Erfolgs dient ein breiter politischer Konsens darüber, dass das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft bleiben muss. Die Entscheider verweisen darauf, dass voreilig „in Zeiten finanzieller Notlagen der Kommunen als erstes das Tafelsilber und damit viel zu häufig die Kliniken verkauft werden."

Für alle Teilnehmer der Experteninterviews steht die finanzielle Stabilität der Klinik im Vordergrund. Solange diese vollständig gewährleistet ist, erhält die Klinik die volle Unterstützung von Seiten der Politik. Neben einer Betrachtung betriebs- und finanzwirtschaftlicher Eckdaten, legen die Verantwortlichen das Augenmerk auf das zur Verfügung stehende medizinische Versorgungsangebot für die Region. Solange sich das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft befindet, können sie – im Rahmen des Versorgungsauftrages – das vorzuhaltende medizinische Angebot beeinflussen. Im Falle einer Veräußerung des Krankenhauses entfiele die Möglichkeit kommunalpolitisch Einfluss zu nehmen. Gleichzeitig bestünde keine Einflussnahme mehr auf die strategische und strukturelle Weiterentwicklung des Krankenhauses.

Weiterhin ist der Beitrag zur Beschäftigungssicherung am Standort zu nennen. Durch regelmäßige Investitionen in das Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus werden viele Arbeitsplätze gesichert.

Einflussnahme Politik – Aufgabentrennung Klinik und Träger

Im Interesse der Klinik werden Beziehungen zwischen der Kommunalpolitik mit Ministerien und Genehmigungsbehörden gepflegt. Dabei stehen weniger politische Parteizugehörigkeiten als der allgemeine Fortbestand und die kontinuierliche Weiterentwicklung des Krankenhauses im Vordergrund.

Den übergeordneten kommunalpolitischen Gremien kommt die Rolle des Interessenvertreters und Moderators: Entscheidungen bezüglich des Krankenhauses werden unabhängig von parteipolitischen Interessen gefällt. Die anstehenden Themen werden in den kommunalpolitischen Gremien zwar kritisch diskutiert, die eingereichten Vorschläge der „Vor-

Ort-Zuständigen“ werden jedoch in der Regel übernommen. Dabei erfolgt eine strikte Trennung der jeweiligen Aufgabenbereiche. So werden zentrale Entscheidungen, die das Krankenhaus betreffen, von diesem vorbereitet und dem Aufsichtsrat vorgestellt. Da ein großes Vertrauen zwischen den Entscheidungsträgern des Krankenhauses sowie der Politik herrscht, werden die Entscheidungen in den meisten Fällen direkt verabschiedet.

Einen maßgeblichen Einfluss auf das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Kommunalverwaltung hat die Umwandlung von einer öffentlichen in eine private Rechtsform. Infolgedessen werden die Krankenhäuser weitgehend losgelöst von der Kommunalverwaltung geführt. Sie werden als rechtlich und wirtschaftlich eigenständige Unternehmen betrieben und als solche auch von der Politik akzeptiert. Weiterhin hat sich der Einfluss der Kommunen verringert, da das Unternehmen Krankenhaus zunehmend als wichtiger Wirtschaftsfaktor der Region eingestuft wird.

Informationsfluss

Es herrscht durchgängig ein reger Informationsfluss zwischen dem Krankenhaus und den zuständigen politischen Gremien. Dabei unterrichtet das Krankenhaus diese über alle nennenswerten Themen zeitnah und unaufgefordert auch außerhalb von gemeinsamen Sitzungen. Somit ist gewährleistet, dass die politischen Vertreter stets über die aktuelle Situation sowie die Geschehnisse im Krankenhaus informiert sind.

Qualität der Zusammenarbeit

Eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Politik, auch über Parteigrenzen hinweg, kann als eines der wesentlichen Erfolgsgeheimnisse hervorgehoben werden. Insbesondere das Verhältnis zwischen der Geschäftsführung und dem Aufsichtsrat ist von hohem Vertrauen geprägt. So ist der Bürgermeister häufig sehr stark in die Geschicke des Krankenhauses eingebunden und unterstützt dieses bei schwierigen Entscheidungen. Die Ziele aller Beteiligten, vom Geschäftsführer über den Betriebsrat bis hin zu politischen Entscheidungsträgern sind weitgehend kongruent.

4.2.2 Interne Entscheidungsstrukturen und -abläufe

Alle teilnehmenden Krankenhäuser weisen eine strikte und klar gegliederte Aufgabenverteilung auf. So ist die Geschäftsführung grundsätzlich für die betriebswirtschaftliche Führung des Krankenhauses zuständig, die ärztliche Direktion für die Organisation und Führung der Ärzteschaft und die Pflegedienstleitung für die Organisation und Führung des Pflegedienstes. In der Mehrzahl der teilnehmenden Krankenhäuser existiert jedoch eine zentrale Figur in der Form eines „Letztentscheiders“, die ähnlich der Definition eines alleinvertretungsberechtigten Geschäftsführers einer GmbH agiert.

Auch seitens des Trägers genießt die Geschäftsführung weitgehende Handlungsfreiheit. Entsprechend den Aufgaben und dem Verantwortungsbereich gliedern sich auch die dazugehörigen Kompetenzen. Durch die Übernahme der vollen Verantwortung in allen Entscheidungen, die das Krankenhaus betrifft, erhält die Geschäftsführung im Gegenzug weitgehende Freiheit in ihren Entscheidungen. Auch in Krankenhäusern, die ein klassisches Dreierdirektorium aufweisen, sind die ärztliche Direktion und die Pflegedirektion zwar in strategische Planungen eingebunden, die abschließende Entscheidung liegt jedoch allein bei der Geschäftsführung. Weiterhin wird auch der Betriebsrat häufig über anstehende Entscheidungen informiert, auch wenn diesem in den meisten Fällen kein Mitspracherecht eingeräumt wird.

4.2.3 Chefarztvorauswahl

Bei der Auswahl der leitenden Ärzte wird nicht nur auf die medizinische Qualifikation geachtet. Zwingende Voraussetzungen sind zudem, dass der Arzt bereits im Qualitätsmanagement oder im DRG-Management einschlägige Berufserfahrung mitbringt. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass Chefärzten zunehmend Managementfunktionen zugewiesen werden.

Auffällig ist, dass bei allen teilnehmenden Krankenhäusern der Träger in die Auswahl von Chefärzten aktiv involviert ist. Zwar erfolgt eine Vorauswahl der Kandidaten über die Klinik, der Träger hält sich aber das Mitspracherecht vor, da es sich bei der Chefarztauswahl auch um eine krankenhausstrategische Entscheidung mit weitreichenden Konsequenzen für das Betriebsergebnis und das Image des Krankenhauses handelt.

4.2.4 Betriebsklima und Arbeitsatmosphäre

Grundlegend kann festgehalten werden, dass sich alle teilnehmenden Krankenhäuser durch ein hervorragendes Betriebsklima und eine angenehme Atmosphäre auszeichnen. Den Mitarbeitern kommt als der wichtigsten Ressource in einem Dienstleistungsbetrieb eine besondere Stellung zu. Niedrige Fluktuationsraten und Ausfallzeiten, eine hohe Verbundenheit mit dem Unternehmen sowie eine hohe Identifikation mit dem Krankenhaus untermauern die Zufriedenheit der Mitarbeiter.

Darüber hinaus ist das Krankenhaus geprägt von kollegialem Umgang sowohl über die hierarchischen Ebenen hinweg, als auch über die einzelnen Fächer und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Mit Kritik wird sehr offen umgegangen, sodass der innerbetriebliche Umgang als „frei, kommunikativ und vollkommen angstfrei“ beschrieben werden kann. Nichtsdestotrotz sind die Hierarchie und die Zuständigkeiten der einzelnen Mitarbeiter klar gegliedert und strukturiert: Jeder Mitarbeiter weiß um seine Zuständigkeiten, seine Verantwortungsbereiche und die damit einhergehenden Aufgaben.

Eine weitere wesentliche Rolle kommt der Führung der Mitarbeiter zu. Diese ist wiederum eng verknüpft mit dem wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens. Unter den teilnehmenden Krankenhäusern herrscht ein einstimmiger Tenor, dass die Fähigkeiten der Geschäftsführung das Krankenhaus, vor allem seine Mitarbeiter zu führen, den Erfolg des Krankenhauses bestimmen. So ist die Krankenhausleitung durch kurze Entscheidungswege und „offene Türen“ gekennzeichnet. Alle Mitarbeiter werden in die Prozesse des Krankenhauses involviert, um vorab definierte wirtschaftliche Zielvorgaben wie beispielsweise eine Steigerung der Fallzahlen zu erreichen. Ein hohes Engagement sowie eine hohe Motivation der Mitarbeiter sind maßgebliche Erfolgsfaktoren.

4.2.5 Personalbindung

Das Thema der längerfristigen Bindung von qualifiziertem Personal gewinnt für den Krankenhausbereich zunehmend an Bedeutung. Deswegen wird beispielsweise die Einführung und Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in den teilnehmenden Krankenhäusern gefördert. Dies trägt zu einer hohen Identifikation der Mitarbeiter mit dem Krankenhaus bei. Zudem ist die Identifikation der Mitarbeiter mit dem

Krankenhaus bereits aufgrund ihrer häufig regionalen Herkunft sehr stark ausgeprägt. Es besteht somit nicht selten von beiden Seiten das Interesse an einer langfristigen Zusammenarbeit.

Darüber hinaus weisen alle teilnehmenden Krankenhäuser eine sehr hohe Qualifikation im Bereich ihrer Mitarbeiterschaft auf. Unterstützt wird dies durch umfassende Angebote zu Fort- und Weiterbildungen. Dies dient dazu, den eigenen Nachwuchs bzw. die Mitarbeiter innerhalb des Krankenhauses zu fördern, aber auch langfristig an das Krankenhaus zu binden. Neben der Bindung von jungen Nachwuchskräften an das Krankenhaus, nimmt auch die Bindung von erfahrenen Leitungskräften eine zentrale Stellung ein. Diese sind häufig langjährige Mitarbeiter des Krankenhauses und verfügen dadurch über das entsprechende krankenhausindividuelle Wissen.

4.2.6 Rückgriff auf externe Beratungsleistungen

Bis auf eine Ausnahme greifen alle beteiligten Krankenhäuser bei der Erstellung von Gutachten sowie bei der Umsetzungsbegleitung von erforderlichen Maßnahmen auf externe Berater zurück. Als Grundlage für das strategische Handeln dienen Masterpläne bzw. Strategiepläne. Hervorzuheben ist, dass es das Ziel ist, dass alle Gutachten aktiv umgesetzt werden und „nicht in der Schublade verschwinden." Allen zentralen unternehmerischen Entscheidungen liegt ein (flexibles) Konzept zu Grunde, sodass diese nicht kopf- oder konzeptlos erfolgen.

4.2.7 Transparenz des Berichtswesens

Jedes der teilnehmenden Krankenhäuser verfügt über ein dezidiertes und klar strukturiertes Berichtswesen. In der Ausarbeitung des Berichtswesens gibt es jedoch grundlegende Unterschiede. So reichen diese von einer klassischen Deckungsbeitragsrechnung über monatliche Gewinn- und Verlustbetrachtungen auf Abteilungsebene bis hin zu einer abteilungsübergreifenden Kostenträgerrechnung. Alle Berichtssysteme zeichnen sich durch eine hohe Zahlentransparenz aus. So haben grundsätzlich alle Leitungs- und Führungskräfte unabhängig von ihrem Funktionsbereich Zugriff auf die Zahlen: „Der Pflegedienst erhält die

gleichen betriebswirtschaftlichen Auswertungen wie der ärztliche Dienst.“ Die Datentransparenz hat zudem einen positiven Einfluss auf die Zusammenarbeit der einzelnen Funktionsbereiche. Es ist möglich, gemeinsam Verbesserungspotenziale und Synergien zu erkennen und zu erschließen.

4.2.8 Fazit: Erfolgsfaktoren kommunaler Krankenhäuser

Alle teilnehmenden Krankenhäuser greifen auf neue, hoch innovative Vorgehensweisen zurück. Dies ist mitunter auf die themenfremden (nicht krankenhausspezifischen) Hintergründe der Führungskräfte zurückzuführen, die nicht selten einen anderen beruflichen Hintergrund mit sich bringen. Das Abweichen von klassischen Strukturen sowie das Beschreiten neuer Wege werden somit erleichtert. Auch hinsichtlich der Aufbauorganisation und der Zuweisung von Entscheidungskompetenzen lassen sich nennenswerte Unterschiede zu einer klassischen Aufbauorganisation ausmachen: Entscheidungskompetenzen sind klar gegliedert und erlauben somit den Krankenhäusern schnelle und flexible Reaktionen auf Marktveränderungen.

4.3 Fallbeispiele

4.3.1 Standort A

Die Klinik startete mit einer finanziellen Position, welche kaum schlechter sein konnte. Der Beschluss, die Einrichtung zu schließen bzw. alternativ in eine reine Rehabilitationsklinik umzuwandeln, war bereits gefallen. Mittlerweile ist das Krankenhaus die Nummer 1 in der Region.

Kultur

Die im Folgenden beschriebene Einrichtung weist durchgängig, über alle Berufsgruppen hinweg, eine außergewöhnlich positive und gute Arbeitsatmosphäre auf. Dies trägt dazu bei, ein Optimum an Produktivität beim einzelnen Mitarbeiter zu erreichen. Die Mitarbeiter definieren sich als Team, bei der Teambildung wird stets auf Harmonie geachtet. Die Leitungskräfte haben hohe Kompetenzen und genießen viele Freiheiten. Die Mitarbeiter

dürfen sich, in dem von der Führung freigegebenen Rahmen, sehr frei entfalten. Es wird in dem Bewusstsein gearbeitet, dass jeder Mitarbeiter - vom Chefarzt bis zum Mitarbeiter in der Bettenzentrale - wichtig ist und einen wertvollen Beitrag für das gemeinsame Gelingen leistet. Das Qualitätsmanagementsystem, aber auch das betriebliche Vorschlagwesen, garantieren jedem Mitarbeiter das Berücksichtigen und Einbringen eigener Ideen, bzw. die aktive Mitgestaltung des Unternehmens. Im Weiteren besitzt diese Einrichtung ein beispielhaftes Ressourcenmanagement, welches der Geschäftsführung Zeit und Raum für strategisches Management gibt.

Die Unternehmenskultur sieht vor, die Mitarbeiter anzuhören und in Entscheidungsprozesse einzubinden. Es wird beschrieben, dass Kritik konstruktiv, nie destruktiv stattfindet und wenn dann ausschließlich unter vier Augen. Die Klinik wird seit Jahrzehnten von Leitsprüchen begleitet, die knapp formulierte Zielsetzungen für alle Beteiligten umfassen:

- Nicht klagen, sondern handeln.
- Die Krise als Chance begreifen, die Fähigkeiten der Akteure erkennen und ihnen die Möglichkeit geben, sich zu entfalten und gleichzeitig die Organisation den Personen anpassen!
- Eine Kultur des Ausprobierens schaffen – aber nicht des Experimentierens.
- Von Anderen lernen, sich stets mit Neuem auseinandersetzen und auf Änderungen vorbereitet sein.

Die medizinischen Abteilungen werden durchgängig über alle Disziplinen im Kollegialsystem geführt.

Die Geschäftsführung gilt als Motor des Unternehmens und ist sehr innovativ und aufgeschlossen gegenüber Neuem. Die Pflege ist einer der wichtigsten Partner, die mit sehr guter Qualität und hoher Qualifikation Ärzten und Patienten zur Seite steht. Das Team der Ärzte steht für medizinische Kompetenz und solide Qualität. Dieses synchrone Zusammenspiel der Berufsgruppen und damit das gute Arbeitsverhältnis erfährt und spürt auch der Patient während seiner Behandlung.

Neue Wege gehen

Die bestehenden Strukturen der Einrichtung existieren vielfach schon seit vielen Jahren. Bei aller Routine wird stets darauf geachtet, dass auch Neuerungen aufgegriffen, entwickelt und umgesetzt werden.

Bereits 1994, als es noch eine strenge Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gab, wurden Fachärzte (Radiologen, Kardiologen, Orthopäden) ans Haus geholt, welche dann in den Räumen des Krankenhauses ihre Praxis betrieben. Des Weiteren verpflichtete sich das Krankenhaus, bestimmte Leistungen bei diesen Fachärzten einzukaufen, anstatt eigene unwirtschaftliche Subdisziplinen einzuführen.

Es werden bewusst und regelmäßig organisatorische Änderungen vorgenommen, um nicht zu stagnieren. Generell wird versucht, Prozesse des Change-Managements für alle so transparent und nachvollziehbar wie möglich zu gestalten. Es werden nicht nur interne sondern auch externe Prozesse fokussiert, um im Sinne eines Benchmarks von anderen Marktteilnehmern zu lernen.

Der Erfolg dieser Einrichtung ist auch auf die, aus der Industrie stammende, Geschäftsführung zurückzuführen. Diese ist stets aktiv und vereint die Anforderungen zum wirtschaftlichen Wohle der Einrichtung.

Eine neu eingeführte Stabsstelle für strategisches Controlling ist überwiegend mit der Produktentwicklung betraut. Die wichtigste Aufgabe des strategischen Controllings liegt in der Aufnahme von neuen medizinischen Produkten in das Portfolio. Unter anderen können neue Komplexpauschalen, Sonderformen der Vergütung und Verträge der Integrierten Versorgung abgebildet werden. Weitere Aufgaben der Abteilung strategisches Controlling sind die Angebotsüberprüfung, die Marktanalyse und die Anpassung an Gesetzänderungen.

Unternehmertum/Strategie

Die unternehmerische Strategie wird kontinuierlich begleitet von spezialisierten, externen Beratern der Branche. Diese erstellen gemeinsam mit der Geschäftsführung zukunftsweisende Konzepte und Projekte für die Einrichtung. Die dazugehörige strategische und operative Umsetzung liegt bei der Geschäftsführung. So ist etwa der Masterplan 2015 permanent Gegenstand der internen Beratung in den verantwortlichen Gremien

(Aufsichtsrat, Krankenhausleitungsrunde, u. a.). Die Konzepte dienen als Leitfaden für die Zielverfolgung und Umsetzung. Einige Maßnahmen des Masterplans sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Tabelle 5: Elemente des Masterplans

2015 B	Aufbau einer gemeinsamen Marke, sprich eines Brandings
2015 C	Aufbau eines gemeinsamen Case-Managements
2015 E	Aufbau von Education/Fortbildung
2015 K	Aufbau einer Zentralen Notaufnahme (gemeinsam mit der KV-Notfallversorgung)
2015 L	Aufbau eines Shuttle-Dienstes
2015 M	Zusammenarbeit mit einem Maximalversorger

Aus der unternehmerischen Strategie wird eine Aufgabenliste für die interne Umsetzung ausgearbeitet, die einen wesentlich höheren Detailgrad besitzt. Sowohl die Abarbeitung als auch die Fortführung dieser Aufgaben werden in den dafür zuständigen Lenkungsausschüssen überwacht.

Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

Das Krankenhaus verfügt über auffällig viele und gleichzeitig langjährige Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, die sich am Haus ansiedeln, um so im Rahmen einer Win-Win Situation gegenseitig von einander zu profitieren.

Die Kooperationen betreffen zum einen den Bereich der Chirurgischen Ambulanz, eine orthopädische Praxis sowie die am Krankenhaus angebundenen beiden kardiologischen Ärzte (Linksherzkathetermessplatz), die die in der Klinik fest angestellten Internisten ideal ergänzen. Zum anderen sind am Haus noch weitere Kooperationspartner vorhanden. Im

Einzelnen:

- eine Nephrologie mit inzwischen über 20 Dialyseplätzen,
- ein Radiologe,
- vier Urologen,
- zwei Gynäkologinnen,
- eine Ärztin für TCM sowie darüber hinaus
- ein Zentrum für Gesunde Ernährung,
- eine Hebammenpraxis und
- ein ambulantes Reha-Zentrum

Grundlage für das Kooperationsverhältnis sind zum einen Mietverträge zum ortsüblichen Mietzins (Anlehnung an den Mietzinsspiegel der Stadt). Darüber hinaus bestehen Kooperationsverträge, in denen geregelt ist, dass das Krankenhaus die Leistungen für den stationären Bereich bei den am Haus niedergelassenen Fachärzten einkauft (Konsiliarleistungen). Gleichzeitig wird den niedergelassenen Ärzten gegen Kostenerstattung die Möglichkeit eingeräumt, den Gerätepool des Krankenhauses zu nutzen.

Weitere Vorzüge für die Ärzte sind z. B. ein ausreichender Parkraum für Mitarbeiter und Kunden, ein Hausmeisterservice, eine gemeinsame Einkaufsplattform und die Teilnahme an der zentral organisierten Ver- und Entsorgung. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass über die Stabsstelle Controlling und Projektentwicklung gemeinsame Produkte (IV-Modelle etc.) entwickelt und vermarktet werden. Gerade dieser Bereich wird vor dem Hintergrund künftiger neuer Versorgungsformen und möglicher selektiver Verträge an Bedeutung zunehmen. Trotz vieler Vorzüge eines solchen Kooperationsverhältnisses sind die niedergelassenen Ärzte als eigenständige Unternehmer am Krankenhaus aktiv.

Dieses durchgängig gute und funktionierende Zusammenspiel lässt die Klinik zu einer gelungenen Verwirklichung integrierter Versorgung werden, mit einer erprobten und gelebten Zusammenarbeit über mehrere Versorgungssektoren hinweg. Der Übergang von ambulant zu stationär erscheint fließend und schafft Vorteile für alle Beteiligten. Es entstehen einerseits keine Reibungs-/ Streuverluste infolge fehlender Zusammenarbeit, andererseits

entsteht auch keine unnötige Mehrfachdiagnostik. Die intensive Zusammenarbeit endet nicht beim reibungslosen Übergang der ambulanten in die stationäre Versorgung. Die niedergelassenen Kollegen visitieren auch nach den jeweiligen zeitlichen Valenzen „ihre Patienten“ während des stationären Aufenthaltes in der Klinik im Rahmen der ohnehin erforderlichen Konsile.

Ein Ziel ist die Vermeidung eines Facharztwechsels des Patienten. Die durchgängige Betreuung des Patienten durch den zuständigen Facharzt erhöht die Kontinuität und Qualität der Versorgung.

Gerade junge Ärzte werden von diesem Modell angezogen, welches ihnen ermöglicht, bei geregelter Arbeitszeit und weitreichender Unterstützung in der Praxisorganisation eigenständig und frei unternehmerisch zu agieren. Niedergelassene Kollegen und Krankenhausärzte konkurrieren in keinster Weise, sondern ergänzen sich sinnvoll. Die niedergelassenen Kollegen begleiten die Klinik auch bereitwillig im Bereich der Bereitschaftsdienste, sodass die Belastung des Einzelnen in der Einrichtung erheblich reduziert werden konnte.

Die Ansiedlung von zahlreichen niedergelassenen Fachärzten unmittelbar am Krankenhaus war nur durch einen sehr offenen Umgang miteinander möglich. Für die angesiedelten Fachärzte erschließen sich am Krankenhaus viele Vorteile, sodass es sich bei diesem Geschäftsmodell heute nachweislich um ein tragfähiges, zukunftssicheres und auch zukunftsweisendes Modell handelt.

Im Ergebnis bedeutet dies: eine starke Patientenbindung, eine ideale Ergänzung des klinischen Spektrums, die Erschließung eines überregionalen Einzugsgebietes und die Erschließung betriebswirtschaftlicher Synergien.

4.3.2 Standort B

Notlagentarifvertrag und Zukunftssicherungsvertrag

Bei dieser Einrichtung handelt es sich um eines der ersten Häuser mit einem Notlagentarifvertrag. Sämtliche Restrukturierungsmaßnahmen haben ohne Personal- und Leistungsreduktionen stattgefunden. Kurz vor der Insolvenz einigte man sich, in Abstimmung

mit ver.di und dem Marburger Bund, auf einen Notlagentarifvertrag für alle Mitarbeiter der Einrichtung. Im Nachgang dazu wurde ein Zukunftssicherungsvertrag geschlossen. Zu den wesentlichen Vertragsinhalten zählten: keine Streichung von Zulagen, keine betriebsbedingten Kündigungen, kein Outsourcing, durchgängige Zeiterfassung für alle Berufsgruppen (incl. Ärzteschaft, incl. aller Mehrarbeits- und Überstunden).

Mittlerweile haben die einzelnen Interessensvertreter des Hauses einen Konsens erzielt, dass in einem nächsten Schritt eine Restrukturierung der krankenhausinternen Prozesse unabdingbar ist, um langfristig im Wettbewerb bestehen zu können. Die resultierenden Maßnahmen beziehen sich inhaltlich auf die Neudefinition und Restrukturierung von Betriebsabläufen.

Die Ausgangslage 2002 war ein hoher Bilanzverlust, der zu einer betriebsgefährdenden Eigenkapitalquote von unter 5% führte. Die Liquidität war völlig unzureichend, die Belastung durch kurzfristige Kredite sehr hoch. Andererseits gab es einen hohen Rückstand bei Forderungen gegenüber Krankenkassen und Patienten. Bei der Stadt gaben sich bereits private Anbieter „die Klinke in die Hand“. Ziel der Einrichtung war es, die kommunale Trägerschaft zu erhalten und eine Privatisierung abzuwenden.

Durch einen Wechsel in der Geschäftsführung wurde ein Sanierungsplan erstellt. In Kurzform lautet er: Konsolidierung – Restrukturierung – Expansion.

Im ersten Schritt der Konsolidierung wurden Kontrollmaßnahmen zur Überwachung der Liquidität sowie ein strukturiertes Mahnwesen eingeführt. Mit den Kassen wurden Gespräche zur Abarbeitung der Altforderungen aufgenommen, die kurzfristigen Kredite wurden in langfristige Bankverbindlichkeiten umgewandelt. Begleitet wurde dieses mit der Einführung eines abgestuften, risikoorientierten Berichtssystems. Die Sekundärbereiche wurden überprüft, die Apotheke fremdvergeben, die Reinigung optimiert. Das ambulante Operieren wurde ausgebaut.

Die Phase der Restrukturierung und die Phase der Expansion überschnitten sich teilweise. Nachdem die Konsolidierung in Verbindung mit einem Zukunftssicherungsvertrag die wirtschaftliche Kehrtwende einleitete, mussten intern die Prozesse neu organisiert werden, um die weiter stetig wachsende Nachfrage behandeln zu können. Dieses ist auch Vertragsbestandteil des Zukunftssicherungsvertrages.

Das Berichtswesen wurde überarbeitet, um die Fortschritte auch messen zu können. Grundlage ist dabei ein 5-Jahres-Plan, der jährlich an die Gegebenheiten angepasst und mit neuen Strategien ergänzt wird.

Projekte

Eine Vielzahl von Projekten zur Prozessverbesserung wurden gestartet, u.a. Belegungsmanagement, Prozessoptimierung, Notaufnahme, Kurzliegerstation, Erlös-optimierung, Behandlungspfade, Neuordnung von Tätigkeiten, OP-Optimierung.

Perspektivische Weichenstellungen erfolgen in der befragten Einrichtung in enger Abstimmung zwischen Geschäftsführung und Aufsichtsrat. Auf diesem Wege konnten bereits zahlreiche Weiterentwicklungen zügig vorangetrieben werden.

Die Anzahl der Projekte ist nur zu bewältigen mit einer großen Anzahl hoch motivierter Mitarbeiter, die sich an der Projektarbeit beteiligen. Hier zahlt sich die enge Bindung der Mitarbeiter an die Einrichtung aus, die sich auch in der sehr niedrigen Fluktuationsrate und einer großen Anzahl langjähriger Mitarbeiter widerspiegelt. Sowohl die Geschäftsführung, als auch der Betriebsrat werden von einer externen Beratungsgesellschaft unterstützt. Das Klinikum betreibt seit Jahren eine eigene Fortbildungsakademie mit einem großen Fortbildungsangebot. Hier erhalten die Mitarbeiter Unterstützung für die Phasen der Prozessveränderung. Insbesondere die Führungskräfteentwicklung wurde mit einer modularen Fortbildungsreihe vorangetrieben, da sie bei den Prozessveränderungen besonders gefordert sind.

PPP

Ab 2005 konnte mit der Modernisierung der Versorgungsstruktur begonnen werden. Ziel ist eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, möglichst direkt auf dem Gelände des Klinikums. Über private Investoren wurde z.B. auf dem Gelände des Klinikums ein Ärztehaus errichtet, eine Strahlenpraxis angegliedert und eine MRT-Erweiterung durchgeführt. Parallel wurden niedergelassene Fachärzte über Kooperationen und Vermietung von Räumlichkeiten (Praxen, OP) enger mit dem Klinikum verzahnt. Dadurch

wurde das medizinische Angebot am Standort deutlich erweitert (Augenpraxis, Strahlenpraxis, Schlafmedizin, HNO-Praxis, Wirbelsäulenpraxis, Implantatzentrum, plastische Chirurgie, Gynäkologie).

Von der Möglichkeit, über Medizinische Versorgungszentren an der ambulanten Versorgung beteiligt zu werden, hat das Klinikum sofort Gebrauch gemacht. Mitte 2006 wurde ein MVZ mit den Fachabteilungen Onkologie und Dermatologie gegründet, zwischenzeitlich ist dieses um die Fachabteilungen Nuklearmedizin, Allgemeinmedizin und Allgemeinchirurgie erweitert worden.

Im stationären Bereich wurde gemeinsam mit niedergelassenen und angestellten Ärzten die Fachrichtung Wirbelsäulenchirurgie gegründet und ausgebaut. Im Bereich der Neurologie entstand die größte zertifizierte Stroke-Unit Norddeutschlands, die überregional Patienten versorgt und mit Kooperationskrankenhäusern über Telemedizin die Erstversorgung sicherstellt. Ein neues ambulantes OP-Zentrum ist die Grundlage dafür, dass es in dieser Einrichtung seit Jahren keine Diskussion mehr über stationäre Fehlbelegung gibt. Medizinische Dokumentationsassistenten entlasten die Ärzte von der Kodierung. Mittlerweile ist die Nachfrage nach OP-Zeiten aus dem niedergelassenen Bereich höher als die vorgehaltenen Kapazitäten. Im Bereich der Küche und Reinigung wurde mit einem externen Dienstleister eine Servicegesellschaft gegründet, die notwendige Investitionen sichert und neue Wirtschaftlichkeitsreserven erschließt.

Projekt „Kurzliegerstation“

Mit dem Projekt „Kurzliegerstation“ wird prinzipiell eine Verbesserung der Patienten- und Belegungssteuerung verfolgt. Die weiteren Ziele sind:

- die Reduzierung der Wartezeiten für Patienten,
- die Erhöhung der Patientenzufriedenheit,
- die Erhöhung der Planungstransparenz und Planungsqualität des Krankenhaus-aufenthaltes,
- die standardisierte Vorgehensweise bei Diagnostik und Behandlung bestimmter Krankheitsbilder,
- die Erhöhung der Transparenz über Aufnahme und Steuerung der Patienten,
- die bessere Nutzung von Betten- und Personalressourcen.

Zielgruppe

Das Projekt zielt speziell auf die Stationen, die überproportional häufig Patienten mit einer geplanten Verweildauer von maximal fünf Tagen behandeln und auch nur eine begrenzte Anzahl von Diagnosen und Therapien aufweisen. Auch Patienten mit Kontraindikationen für die ambulante Leistungserbringung bei eigentlich ambulant durchführbaren Operationen zählen zur Zielgruppe der Kurzliegerstation.

Aufbau

Das Krankenhaus differenziert zwischen einer operativen und einer konservativen Kurzliegerstation. Die operative Kurzliegerstation behandelt Patienten der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie, der Klinik für Urologie und Kinderurologie und der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Die einbestellten Patienten sind komplett diagnostiziert und werden am Tag der OP oder am ersten präoperativen Tag aufgenommen. Die konservative Kurzliegerstation behandelt Patienten der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pulmologie, Nephrologie und Intensivmedizin sowie der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und der Klinik für Neurologie. Die Aufnahme der Patienten erfolgt in der Regel für eine einhergehende Diagnostik.

Besondere Qualifikationen von Ärzten und Pflegepersonal

Die belegenden Fachabteilungen der Kurzliegerstationen halten im ärztlichen Bereich jeweils ihr eigenes Personal vor, um zu jedem Zeitpunkt eine spezialisierte medizinische Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Durch die Differenzierung in eine konservative und eine operative Kurzliegerstation ist es zudem möglich, dass das Pflegepersonal nach erfolgter Einarbeitung fachabteilungsübergreifend in anderen Disziplinen eingesetzt wird.

Ablauf des Aufnahmemanagements

Insbesondere Patienten mit bestimmten Diagnosen und Therapien, wie z.B. der Koronarangiographie und einer Akuttherapie von MS-Schüben, kommen für einen Aufenthalt auf der Kurzliegerstation in Frage. Das Belegungsmanagement ist dezentral organisiert, sodass jede Fachrichtung für die Belegung „ihrer" Betten verantwortlich ist. Als Orientierung dient ein Belegungskalender, in dem jede belegende Fachabteilung von jedem Arbeitsplatz aus Betten „buchen" kann. Die Aufnahme der Patienten erfolgt regulär über die zentrale Patientenaufnahme, in der die Anmeldung jedes stationär verbleibenden Patienten vorgenommen wird.

Projekt „Erlösoptimierung"

Im Zuge der Fallpauschalenvergütung wird ggf. die Strategie diskutiert, nicht kostendeckende Behandlungen einzuschränken oder gar ganz zu vermeiden, um sich auf kostendeckende Fallgruppen zu spezialisieren. Diese Strategie kann jedoch zu Problemen führen. Durch die regelmäßige Neubewertung der DRGs ist es schwierig, Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Erlöse zu treffen. Bei wirtschaftlich attraktiven Fallgruppen ist zukünftig durch die Neubewertungen der DRG mit sinkenden Erlösen zu rechnen. Umgekehrt ist bei unterbewerteten Fallgruppen zukünftig eher mit einer Aufwertung zu rechnen. Demzufolge kann eine Hochspezialisierung zwar initial enorme Gewinnpotenziale bieten, bei einer sinkenden Vergütung besteht jedoch ein hohes Risiko, dass die eigenen Kostensenkungsmöglichkeiten den Preisverfall nicht dauerhaft kompensieren können. Insbesondere wenn im Rahmen einer Spezialisierung hohe Neuinvestitionen notwendig sind,

die sich erst über eine längere Laufzeit amortisieren, entstehen für Krankenhäuser möglicherweise erhebliche finanzielle Risiken. Diese Rahmenbedingungen und Faktoren führen dazu, dass sich das befragte Krankenhaus bewusst entschlossen hat, ein möglichst breites fachliches Angebot anzubieten. Das Erreichen einer hohen Auslastung sowie eine gute Anbindung an den ambulanten Sektor durch stetige Kontaktpflege zu einweisenden Ärzten sowie eigene ambulante Angebote und Dienstleistungsangebote in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, erscheinen sinnvoller als die Strategie einer Spezialisierung. Allerdings schließt ein breites Angebot Schwerpunktsetzungen keineswegs aus.

Das Klinikum orientiert sich bei der Strategie an einer Ausweitung des Angebotsspektrums am Standort. Gleichzeitig wird die Schwerpunktbildung weiter entwickelt. Leistungsausweitungen von jährlich 5-8% führen zu besseren Betriebsergebnissen. Die Umsetzung solcher Strategien ist nur möglich, wenn alle Beteiligten zusammen arbeiten. Unterstützt wird diese Klinik durch einen Aufsichtsrat, der bereit ist, diesen Weg mitzugehen. Die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat und den Gewerkschaften, dem ärztlichen Direktorium, der Pflegedienstleitung und letztendlich den Mitarbeitern hat die wirtschaftliche Situation deutlich verbessert, obwohl vieles sich noch in der Umsetzungsphase befindet.

Projekt „Notfall- und Aufnahmezentrum (NAZ)“

Zahlreiche Patienten kamen bisher über die Notfallaufnahme ins Krankenhaus. Bisher wurden diese nach der Erstdiagnose tageszeitenunabhängig auf die entsprechenden Stationen verlegt, sofern sie stationär behandelt werden mussten. Bettenverfügbarkeit und die Zimmerbereitstellung auf den Stationen können zu Schwierigkeiten führen und einen unplanbaren Verwaltungsaufwand hervorrufen. In Zukunft werden die Patienten zunächst im NAZ aufgenommen und dort stationär versorgt. Dort erfolgen eine eingehende Diagnose und die Festlegung des weiteren Behandlungsverlaufs. Das NAZ verfügt über eine eigene ärztliche Leitung. Zweimal am Tag werden die Patienten zu festgelegten Uhrzeiten auf die Stationen verlegt. Den Stationen werden Statistiken zur Verfügung gestellt, aus denen hervorgeht, an welchen Tagen wie viele Patienten im Durchschnitt mit welchen Krankheitsbildern aufgenommen werden. So ist Planbarkeit weitestgehend gegeben und Ressourcenschonung innovativ umgesetzt.

Folgende Effekte wurden erzielt:

- Reibungslose Abläufe für Patienten
- Minimierung von Wartezeiten
- Planbarer Aufwand auf den Stationen
- Einsparungen von Kosten durch effiziente interne Abläufe

4.3.3 Standort C

Der Standort startete in einer betriebswirtschaftlich äußerst schwierigen Ausgangslage. Die Fusion mit einem Nachbarkrankenhaus war bereits eingeleitet, die Klinik sollte im Bereich der Medizin annähernd entkernt werden. Diverse vakante Leitungspositionen bei der Ärzteschaft (Chefarzt als auch Oberärzte) sollten nicht mehr nachbesetzt werden. Die Ärzte aus der künftigen Hauptklinik sollten hier gelegentliche Präsenzzeiten in der vor- bzw. nachgelagerten Einrichtung vornehmen. In dieser Situation startete die neu berufene Geschäftsführung der Einrichtung mit einer einschneidenden Maßnahme im Bereich der Personalkosten. Hierzu wurde die Möglichkeit der Altersteilzeitregelung, gerade während der Phase des Übergangs von BAT auf TVöD, genutzt um sich teilweise durch Neueinstellung neuer Mitarbeiter zu verjüngen, gleichzeitig die durchschnittlichen Lohnkosten abzusenken. Die Vollkräfte-Zahlen wurden in voller Anzahl aufrechterhalten. Die systematischen und planmäßigen Nachbesetzungen konnten u.a. über die hauseigene Krankenpflegeschule gesichert werden.

Qualitätsmanagement Neuordnung

Die befragte Einrichtung hat sich für folgenden Qualitätsmanagement-Aufbau entschieden:

- EFQM als Qualitätsmanagement-Philosophie
- KTQ zum Zwecke der Zertifizierung/Re-Zertifizierung
- Prozessverbesserungsmethoden nach Six Sigma

In dieser Einrichtung werden die drei genannten Qualitätsmanagement-Instrumente kombiniert, indem jeweils die passende Methodik aus einem der Instrumente ausgewählt und

angewendet wird. Außergewöhnlich ist die Anwendung von Six Sigma. Dieses Instrument verfolgt das Ziel einer Null-Fehler-Produktion. Dieses Instrument mit EFQM und KTQ zu kombinieren, ermöglicht die noch dezidiertere Bearbeitung von Prozessen. Die drei aktuellen Six Sigma-Projekte der Einrichtung sind die Reduzierung der Visitenzeit auf einer internistischen Station, die Vermeidung von DRG's mit Verlust von über 5.000 Euro und die Verweildauerreduzierung durch Optimierung der Behandlungsplanung. Die beschriebene Einrichtung ist zudem freiwilliges Mitglied im Institut für Qualität der Medizin. Hierüber werden dann auch medizinischen Benchmarks bezogen.

Case-Management und Erlössteigerung durch prozessbegleitende Codierung

Erlössteigerung

Kurz vor der Etablierung der neuen Leitung wurde auf Basis zweier externer Gutachten festgestellt, dass sowohl die durchschnittliche Verweildauer über dem Bundesdurchschnitt lag, als auch die Zeitspanne zwischen Entlassung des Patienten bis zur Rechnungsstellung entschieden zu hoch war. Zudem war die DRG-Thematik nicht ausreichend aufgearbeitet worden. Der durchschnittliche CMI war für eine Klinik dieser Größenordnung und Versorgungsstufe ebenfalls deutlich zu niedrig.

Die Prozesse zwischen Codierung und Rechnungsstellung bis hin zum Fallabschluss waren weder beschrieben noch geregelt. Das Medizincontrolling war ausschließlich mit der retrospektiven Sichtung auf Basis der Aktenlage betraut. Vor diesem Hintergrund wurde ein selbst entwickeltes Case Management eingeführt (vgl. Muster-Stellenprofile in Tabelle 6 und 7).

Tabelle 6: Muster-Stellenprofil Leitung Case-Management

Muster-Stellenprofil Leitung Case-Management
Ziel der Stelle: Stelleninhaber/in ist mitverantwortlich, dass der Ablauf und Prozess in den verschiedenen Klinik- und Funktionsbereichen nach DRG-Richtlinien ausgerichtet und wirtschaftlich, qualitativ und patientenorientiert optimiert wird, um die Wettbewerbsfähigkeit des Klinikums zu erhalten, bzw. zu verbessern. Ferner sind die Entscheidungsträger in Verfahrensfragen, des Mitteleinsatzes und der Verweildauer der Patienten nach den DRG-Vorgaben zu unterstützen und zu beraten. Einbezogen sind die patientenbezogenen Verwaltungsprozesse.
Arbeits-Inhalte: Dienstplan, Organisation und Verteilung der Aufgaben im CM-Team koordinieren; Diagnose- und Prozedurenkodierung nach den DRG-Richtlinien sowie MDK-Management und Kostenträgeranfragen im Klinikum optimieren; Medizinisches Aufnahme-Management kontrollieren und Entlassungsmanagement optimieren; Ablauf und Prozesse in den Klinik- und Funktionsbereichen und patientenbezogenen Verwaltungs-Bereichen wirtschaftlich, quantitativ und patientenorientiert optimieren; Spezielle Controlling-Werkzeuge implementieren und Fallmix-Szenarien simulieren; Pfad- und Budgetergebnisse (Soll-Ist) mit der Kostenträgerkalkulation abstimmen; Bei patientenorientierten Verwaltungsprozessen und im Qualitäts-Management mitwirken
Anforderungen: Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit sehr gutem betriebswirtschaftlichen Verständnis und umfangreicher, breiter Erfahrung im Klinikbetrieb. Sehr gute Kenntnisse in der Einschätzung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, der Bewertungs- und Abrechnungsmethoden medizinischer Leistungen nach den gesetzlichen Richtlinien der DRG-Kodierung und –Abrechnung sowie der Kostenträgerkalkulation; Gute Kenntnisse in der Darstellung und Vermittlung von Sachverhalten zur Diagnose- und Prozedurenkodierung und der DRG-Abrechnung, bei Änderungen sowie bei Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern

Hierzu wurden Spitzenkräfte, in der Regel Leitungskräfte, aus den eigenen Reihen rekrutiert. Diese wurden primär mittels eines internen Curriculum in Qualitätsmanagement sowie Gesundheitsökonomie weitergebildet. Diese Case Manager waren nun verantwortlich für die komplette Organisation während des Krankenhausaufenthaltes: Verweildauermanagement, Prozesssteuerung, Entlassungsmanagement, Sozialdienstabwicklung, bis zur planmäßigen Nachbetreuung der Patienten. „Mit diesem Vorgehen war es uns möglich, die Verweildauer zu senken, die Patientenzufriedenheit zu steigern, die Kodierqualität anzuheben und damit auch die Entgelte zu steigern sowie die Zusammenarbeit mit den nachbehandelnden Einrichtungen wie ambulante Pflege, Reha, Altenheime etc. erheblich zu verbessern. Die Ärzteschaft war dem Thema gegenüber sehr aufgeschlossen. Sie betrachteten die Case Manager von Anfang an als sinnvolle Ergänzung und persönliche Entlastung.“

Tabelle 7: Muster Stellenprofil Leitung Medizin-Management

Muster-Stellenprofil Leitung Medizin-Management:
Ziel der Stelle: Stelleninhaber/in ist verantwortliche Leitung für Bereiche Medizincontrolling und Case Management im KU. Stelleninhaber/in ist verantwortlich für die Analyse und Optimierung der medizinischen Kernprozesse, von Abläufen und Zuständigkeiten in Kooperation mit den beteiligten Berufsgruppen, um die Wettbewerbsfähigkeit des Klinikums zu erhalten bzw. zu verbessern. Stelleninhaber/in ist weiterhin verantwortlich für die Qualität der medizinischen Dokumentation und Kodierung, für die Bearbeitung von Kostenträgeranfragen und für die laufende Information und Beratung der Geschäftsführung. Ferner sind die Entscheidungsträger in Verfahrensfragen, des Mitteleinsatzes und der Verweildauer der Patienten nach den DRG-Vorgaben zu unterstützen und zu beraten.
Arbeits-Inhalte: Medizinische Dokumentation und Kodierung nach den DRG-Richtlinien im Klinikum optimieren; Ablauf und Prozesse in den Klinik- und Funktionsbereichen, Ambulanzen und patientenbezogenen Verwaltungsbereichen wirtschaftlich optimieren; im Rahmen des Controllings Kennzahlen für die Geschäftsführung, ED und CÄe aufbereiten; Vorbereitung und Teilnahme an Budgetverhandlungen; im Rahmen Prozessmanagement max. Transparenz, Sicherheit, Standardisierung und Optimierung gewährleisten; zentrale Projektplanung und Koordination mit Übernahme von Projektleitungen;
Anforderungen: Ausbildung als Betriebswirt mit umfangreicher, breiter Erfahrung im Klinik-Management und im Klinikbetrieb sowie im Qualitätsmanagement und Prozessmanagement; Sehr gute Kenntnisse im Qualitäts- und Prozessmanagement, in der Einschätzung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, der Bewertungs- und Abrechnungsmethoden, med. Leistungen nach den gesetzlichen Richtlinien der DRG-Kodierung und -Abrechnung sowie der Kostenträgerkalkulation; in der Darstellung und Vermittlung von Sachverhalten zur Diagnose und Prozedurenkodierung und der DRG-Abrechnung, bei Änderungen; Gute Kenntnisse in der Motivation von MA zur Steigerung der Leistungsbereitschaft und Realisierung von Verbesserungspotentialen, sowie bei Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern

Parallel zu der Einführung des Case Managements hat sich die Pflege durch den Wegfall von Leitungsstellen neu definiert. Aus Stationsleitungen wurden sogenannte Ebenen-Leitungen. Eine Ebenenleitung ist jeweils für alle Abteilungen einer räumlichen Etage zuständig. Es wird nicht mehr nach der Zugehörigkeit zu Fachbereichen differenziert. Hintergrund ist die Vorhaltung eines einheitlichen pflegerischen Know-hows ohne die in der Praxis häufig anzutreffende traditionelle Unterteilung nach Fachdisziplinen. Dadurch wird ein flexibilisierter Pflegepersonaleinsatz möglich.

Case Management im Fall-Krankenhaus

Die Schulung der Case Manager wurde im Fall-Krankenhaus orientiert an externen Standards und Richtlinien erstellt. Aus Zeitgründen wurde eine Inhouse-Schulung mit Schulungsinhalten, die auf den tatsächlichen Bedarf abgestimmt wurden, durchgeführt. Auf einen Abschluss mit einem offiziellen Zertifikat wurde verzichtet. Im Ergebnis entstand eine Case Management-Grundausbildung mit dem Schwerpunkt der DRG-Systematik.

Bei der Einführung und Umsetzung des Case Managements wurde ein Case Management-Laufwerk in das hausinterne EDV-System integriert, auf das lediglich die Case Manager Zugriff haben. Dieses soll für die Speicherung von Teaminformationen, Kennzahlen und Statistiken, Fortbildungen, Projekten etc. genutzt werden. Das Case Management-Team wurde aus erfahrenen Pflegekräften zusammengestellt. Dieses fertigt ausführliche Informationsschreiben für Patienten und Angehörige an, die in allen Patientenzimmern ausgelegt und auszugsweise in den Internetauftritt des Fall-Krankenhauses integriert wurden. Jeder Station wurde zudem ein Case Manager fest zugeteilt. Dieser fungierte als ständiger Ansprechpartner für das Behandlungsteam und begleitete alle Visiten. Zusätzlich zu den Tagesaufgaben im Bereich der Kodierung wurde das Case Management von Beginn an in die MDK-Fallprüfungen eingebunden.

Die Case Manager bekamen Sonderberechtigungen im Krankenhausinformationssystem (KIS) zugeteilt. Ihr DRG-Arbeitsplatz wurde so konfiguriert, dass jeder eine Übersicht über sämtliche stationären Patienten hat. Durch das Case Management sollen alle Leistungserbringer zu einer genauen Dokumentation der erlösrelevanten medizinischen Informationen geführt werden. Der Case Manager selbst muss Prozessvorgaben, die sich aus der Kodierung generieren, patientenindividuell und laufend aktuell dokumentieren. Diese Dokumentation muss standardisiert, exponiert und leicht verständlich für die Behandelnden und Pflegenden erfolgen. Die Integration der Case Manager in das Visitenteam war nicht nur zur Organisation und Steuerung der Behandlungsprozesse sinnvoll. Patienten und Angehörige konnten die neue Berufsgruppe hier bewusst wahrnehmen und kontaktieren. Die Beantwortung von Fragen zum Ablauf des Aufenthaltes, zur Entlassungsplanung oder zur weiteren Versorgung nach der Entlassung wurde rasch zur Aufgabe der Case Manager. Dadurch konnte die Visitenzeit auf medizinische Fragen beschränkt und verkürzt werden. Das Case Management übernahm zusätzlich die Aufgabe der Qualitätsverbesserung am

Ende des stationären Aufenthaltes. Es wurde ein einfacher und standardisierter Workflow erstellt, durch den Kurzarztbriefe auf der Basis einer elektronischen Patientenakte möglich wurden. Außerdem übernahm das Case Management-Team die Aufgabe des Überleitungsmanagements von der Pflege. Im Bereich der Einweiser beschränkte sich der Kontakt in den ersten Monaten hauptsächlich auf Belegärzte und niedergelassene Chirurgen, die Operationen in dieser Einrichtung durchführen.

Durch die Kodierung der Leistungserbringung und die Einbindung in die externe Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen entwickelten sich die Case Manager in fast allen Fachbereichen rasch zu akzeptierten Experten für die Leistungsorganisation.

Ergebnisse

Durch die Einführung eines Case Managements konnte der Zeitraum von der Entlassung bis zur Rechnungsstellung stetig verkürzt werden. Darüber hinaus wurde die Dokumentations- und Kodierqualität deutlich verbessert und in Übereinstimmung gebracht. Dies führte schließlich zur Abrechnung höherwertiger DRGs und demzufolge zu einer Steigerung der Erlöse.

Im Bereich der Organisation der Behandlungsprozesse wurden bereits in den ersten Monaten Verbesserungspotenziale identifiziert und Optimierungen realisiert. Die Integration von Case Management in den Behandlungsprozess ermöglicht den laufenden Abgleich zwischen Ökonomie und Medizin. Da der Case Manager sich explizit auf die Organisation der Behandlung fokussiert, kann er durch seine unabhängige und übergeordnete Betrachtungsperspektive Qualität und Verbesserungspotentiale objektiv gut beurteilen. Beides wird tagesaktuell mit den verantwortlichen Ärzten und in den Case Management-Besprechungen diskutiert.

Case Management hat die Organisation in vielen Bereichen bereits stark beeinflusst. Die Kommunikations- und Interaktionskultur zwischen den Berufsgruppen hat sich erheblich intensiviert und verbessert. Auch die Ablauforganisation ist erheblich verbessert worden. Die Prozesse werden nun strukturierter und verbindlicher durchgeführt. Die Patientenorientierung wurde erhöht und die Außendarstellung des Hauses verbessert.

Medizin und Pflege werden von administrativen und organisatorischen Aufgaben entlastet und erhalten mehr Zeit für ihre originären Aufgaben.

Case Management benötigt die uneingeschränkte Unterstützung durch die Unternehmensführung. Die Akzeptanz der jeweiligen Kompetenzbereiche und gegenseitiges Vertrauen sind eine Grundvoraussetzung, um das Instrument Case Management zum Wohle des Unternehmens einsetzen und entwickeln zu können. Je autonomer einzelne Bereiche und Abteilungen agieren, desto schwieriger ist die Einführung von unternehmensweiten Managementsystemen wie Case Management oder Qualitätsmanagement.

4.3.4 Standort D

Diese Einrichtung hat bewiesen, dass auch kommunale Krankenhäuser ohne Privatisierung saniert werden können. Es lassen sich anhand der angewandten Methoden kaum Unterschiede zu privaten Klinikgruppen erkennen. In dieser Einrichtung wurde ein umfassendes Sanierungskonzept, auch gegen erhebliche Widerstände, erfolgreich umgesetzt.

Sanierungskonzept

Es ist in den Jahren zuvor gelungen, Einzelkliniken in einen Verbund bzw. Konzern zu überführen. Die Zusammenlegung war die Antwort des Trägers auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der einzelnen Kliniken.

Zunächst mussten die vorher selbständigen Krankenhäuser zusammengeführt werden. Dies führte zwangsläufig zu Auseinandersetzungen. Es wurden jedoch alle Reformen sozialverträglich umgesetzt. So wurde der Übergang in die Rechtsform der GmbH beispielsweise ohne betriebsbedingte Kündigungen vollzogen. Bei der Gründung wurde der Konzern von den Pensionszahlungen befreit.

Die Darlehen wurden letztlich von Seiten der Gesellschafter unter der Auflage, keine betriebsbedingten Kündigungen auszusprechen, in Eigenkapital umgewandelt. Im Gründungjahr wurden Rückstellungen in Millionenhöhe für die Folgejahre eingestellt, um geplante 2000 Mitarbeiter abbauen/abfinden zu können; dies erfolgte vor allem in der

Verwaltung und Unterhaltsreinigung (ehemals sechs verschiedene Unternehmen). Bei der Unterhaltsreinigung wurden beispielsweise in einem ersten Schritt alle bestehenden Verträge auf eine Firma konzentriert, um dann in einem zweiten Schritt sukzessive alle Mitarbeiter in eine eigene Tochtergesellschaft zu überführen (neue Ausschreibung, andere Preise, Servicegesellschaften).

Die Gruppe wird seit der Restrukturierung als sogenannter Stammhauskonzern (zentralistisch) geführt, d.h. es gibt vor Ort keine Verwaltungsstrukturen mehr.

Für dieses groß angelegte Restrukturierungsprojekt war eine Unternehmensberatung beauftragt. Insgesamt lässt sich festhalten, dass alle diesbezüglich entstandenen Konzepte zwischenzeitlich angefasst und auch größtenteils abgearbeitet wurden. „Die Gutachten haben zwar in der Tat sehr viel Geld gekostet, aber im Nachgang betrachtet waren diese auch Ihr Geld wert. So wurden Potentiale in Millionenhöhe über alle Unternehmensbereichen identifiziert. Sieht man die Organisationsformen anderer Klinika im Vergleich, so ist hier unser Konzern in seiner Entwicklung zwei bis vier Jahre den Mitwettbewerbern voraus."

„Wir sind in keinem Einkaufsverbund organisiert, wir haben selbst das Volumen (Skaleneffekte), welches wir brauchen, um zu verhandeln. Auch ist unsere Speisenversorgung mit einem großen Caterer zu vergleichen."

Die Restrukturierung basierte sowohl auf Costcutting, Personaleinsatzplanung, Erhöhung der Produktivität als auch auf Leistungssteigerung.

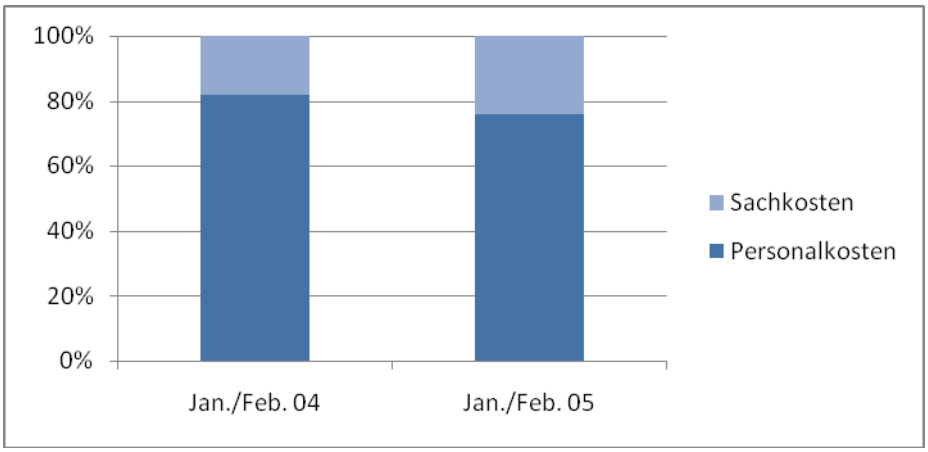

Abbildung 88: Entwicklung der Personal- und Sachkosten

Im Rahmen von Betriebsvereinbarungen konnten bereits zahlreiche, wegweisende neue Arbeitszeitmodelle implementiert werden.

Netzwerkchance - mögliches Zukunftsscenario

Der Konzern strebt eine annähernde „Rundumversorgung“ an: Dazu zählen die stationäre Grund- und Regelversorgung wie die hochspezialisierte Versorgung und die Zentralversorgung. Weitere Leistungsbereiche sind die ambulante und stationäre Pflege, die ambulante Rehabilitation sowie Servicebereiche (wie Catering, Wäscherei, Reinigung, Sterilgutversorgung etc.) und ein Personalleasingunternehmen.

Im konzerneigenen Institut für berufliche Bildung wird der Nachwuchs in den Bereichen OTA, Hebammen, Krankenpflege, Kinderkrankenschwestern etc. ausgebildet. Im Konzern steht somit der Netzwerkgedanke im Vordergrund und soll noch weiter in ein durchgängiges Konzept über alle Fachrichtungen und Versorgungsstufen ausgebaut werden.

Perspektivisches Ziel dieses Verbundes ist die weitere Zusammenführung der bestehenden Netzwerke im Sinne eines durchgängigen Versorgungskonzeptes.

Best of – Besetzung

Auffällig an diesem Standort ist die Qualifikation der Führungskräfte. Das gesamte Management verfügt über ein umfangreiches Branchenwissen und eine meist langjährige Branchenerfahrung. Annähernd jede der Führungskräfte besitzt eine akademische Mehrfachqualifikation. Für eine optimale Stellenbesetzung werden Leitungsstellen überregional ausgeschrieben.

Pflegerestrukturierung

Der Pflege kam im Rahmen der Restrukturierung eine zentrale Rolle zu. In dieser schwierigen Zeit gab es den Grundsatzbeschluss der Geschäftsführung, die Pflege mit in die oberste Leitung zu integrieren und so mit der ärztlichen Direktion gleichzusetzen. Die Pflege steuert die Prozesse maßgeblich und ist damit für ein reibungsloses Arbeiten mitverantwortlich.

Im Pflegedienst erfolgte über die Jahre hinweg ein massiver Stellenabbau. In den ehemals vollkommen eigenständigen Kliniken war jeweils eine Pflegedienstleitung etabliert. Die neun Einzelkliniken hatten ursprünglich kaum Gemeinsamkeiten (unterschiedliche EDV, Pflegekonzepte, Strukturen, Organisationsformen, Dokumentation, Zielvereinbarungen etc.). Demnach war es die primäre Aufgabe, einheitliche Organisationsstrukturen zu schaffen und die Leitungsstrukturen neu auszurichten. Ein wesentlicher Fokus lag in einer leistungsorientierten Personaleinsatzplanung.

In fast allen Einzelkliniken gab es sogenannte Aufnahmestationen, die aber im Verlauf der Jahre nicht mehr in der ursprünglichen Funktionalität (max. 24-stündiger Aufenthalt der Patienten) betrieben wurden, sondern vielmehr zur zusätzlichen Station umfunktioniert worden waren. Zudem wurden sie mit hoher Personalintensität und niedriger Effizienz betrieben. Die Aufnahmestationen wurden abgelöst und die Betten wurden auf die restlichen Stationen des Hauses verteilt. In der zentralen Leitung des Pflegedienstes wurde eine Person mit Doppelfunktion (pflegerisch und kaufmännisch) eingesetzt. Gleichzeitig wurde dem Pflegedirektorat für die Berufsgruppe der Pflege die volle Personal- und Budgetverantwortung übertragen. „Unsere Pflege denkt kaufmännisch und nicht berufsständig. Aus diesem Grund wurde uns auch relativ freies Handeln seitens der Geschäftsführung zugestanden.“

Das Pflegebetreuungsdirektorat verteilt das von der Zentrale vorgegebene Budget. Über das Pflegecontrolling beziehen alle Einrichtungen die für die Betriebssteuerung relevanten Eckdaten in der gewünschten Darstellungsform. Dies sind unter anderem die offenen Stellen, Leasing, Altersteilzeitverträge, Fluktuation, Belegung, Case Mix Index, PPR, Belastungssituationen, Überstunden, Qualifikationsstruktur je Station etc.

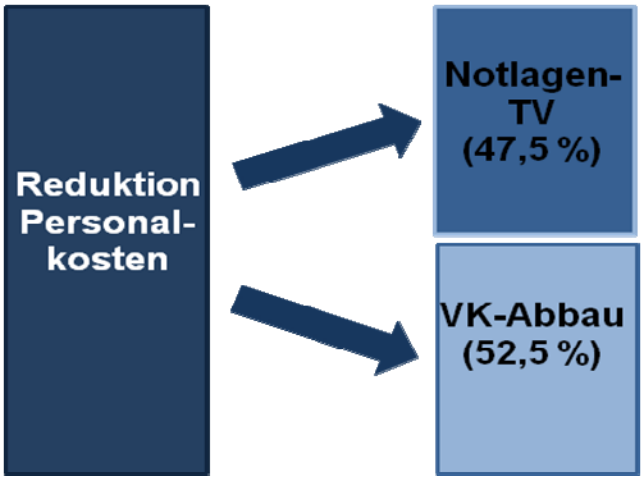

Abbildung 89: Bestandteile der Personalkostenreduktion

Durch die Pflegerestrukturierung konnte die Produktivität mit großem und nachhaltigem Erfolg gesteigert werden.

4.3.5 Standort E

Die unter dem Standort E beschriebene Klinik liegt in einem Bundesland mit sehr niedrigem Landesbasisfallwert und startete in das DRG-System noch deutlich unterhalb desselben. Genau aus diesem Grund war die Einrichtung seit jeher zum sparsamen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen verpflichtet. Damit geht die „Politik“ der obersten Leitung einher, welche von der Klinik eine Rendite von mindestens fünf Prozent einforderte.

Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Investitionsquote von Krankenhäusern nominell bei zehn Prozent liegt, die der Industrie jedoch bei 20 Prozent. Von den zehn Prozent Investitionsquote bezieht die Klinik wiederum nur maximal fünf Prozent aus Fördermitteln. Demnach ist der Rest von fünf Prozent aus Betriebsergebnissen zu erwirtschaften.

„Wir waren seit jeher der festen Überzeugung, vier bis fünf Prozent Umsatzrendite müssen möglich sein, sonst machen wir im Vergleich zu den Privaten etwas falsch. Wenn das Mitarbeiter und Personalvertretung begreifen, gibt es auch keinen Grund mehr für eine Privatisierung. Auch haben wir nie einen Hehl daraus gemacht, dass die Alternative Shareholder Value heißt!“

Wirtschaftlichkeit und interne Budgetierung

Die Einrichtung verfügt schon lange über ein sehr gut funktionierendes Controlling. Deckungsbeitragsrechnung lehnt sie als einziger Anbieter mit Versorgungsauftrag im Einzugsgebiet ab, da Selektionen in diesem Fall keinen Sinn machten.

Bei den Wirtschaftlichkeitsdaten herrscht große Transparenz. Das zeichnet sich auch im Rahmen der monatlichen Berichterstattung, dem sogenannten CO-Bericht, ab. Dieser geht allen Abteilungsleitern zu. Die Berichte enthalten Ergebnisse und Prognosen für die Fachabteilungen. Die jeweiligen Werte werden mit den INEK-Daten verglichen. In besagter Einrichtung wird von einem DRG-orientierten Budget gesprochen.

Im Rahmen der monatlichen, abteilungsbezogenen Berichterstattung wird neben der Ist-Dokumentation auch eine Sollvorgabe hinterlegt. Die Sollvorgaben werden einmal jährlich, im Rahmen von internen Budgetgesprächen festgelegt (+/- INEK-Kalkulation). Gerade die Ärzteschaft empfindet dieses Vorgehen als innovativ und kann hier zudem aktiv mitgestalten.

„Unser über die Jahre hinweg sehr verlässliches Controlling ist ein echter Erfolgsgarant. Die Datengrundlagen sind höchst zuverlässig und im Haus akzeptiert. Eine gemeinsame Datengrundlage ist geschaffen und seit 2004 im Haus etabliert. Die Klinik wurde zu früheren Zeiten als Closed-Shop Betrieb verstanden, d. h. Berichte fanden einmal jährlich in Form einer einstündigen Informationsveranstaltung statt – zur absoluten Unzufriedenheit aller Systembeteiligten."

Personal

Eine Besonderheit der hier beschriebenen Einrichtung ist die Monopolstellung in der Region. Dennoch wird stets aktiv um Personal geworben. Die Mitarbeiterrekrutierung erfolgt unter anderem über die Teilnahme an Messen. Hierzu wurde ein hochprofessioneller Messestand angeschafft. Für die jeweilige Berufsgruppe wurden hochwertige Broschüren und Flyer entworfen, die während den Messen verteilt werden.

Bei der Nachbesetzung von Führungskräften werden interne Assessments durchgeführt. Bei internen Bewerbungen wird die Einschätzung der zuständigen Leitungskraft eingeholt und die Aktivitäten der Bewerber im der Bereich Fort- und Weiterbildung geprüft. Wenn sich mehrere Mitarbeiter auf die gleiche Stelle bewerben, werden die Gründe der Entscheidung transparent gemacht. Für die Besetzung von Führungspositionen im betriebswirtschaftlichen Bereich werden interne Assessment-Center durchgeführt.

Die Personalabteilung weist keine klassische Organisationsstruktur auf. Die Mitarbeiter der Personalabteilung verstehen sich als Dienstleister. Jeder Mitarbeiter betreut eine oder mehrere Einrichtungen. Das Aufgabengebiet umfasst sämtliche Dienstleistungen im Rahmen des Personalmanagements und kann von allen Beschäftigten in Anspruch genommen werden. Besonders zu erwähnen ist die Unterstützung von Führungskräften bei Personalfragen.

Pflege

Der Pflegedienst ist klar strukturiert. Das gilt für die Kommunikationswege bis hin zur Stationsebene. Die Organisation der Pflege weist einige Besonderheiten auf. Der Pflegedirektion sind Stabsstellen zugeordnet, wie beispielsweise Pflegecontrolling, Arbeitszeitmanagement, Qualitätsmanagement, Bildungsmanagement und die Krankenhausseelsorge. Damit beschreitet das Krankenhaus einen neuen Weg, da diese Bereiche in anderen Krankenhäusern häufig der Geschäftsführung zugeordnet sind. Die Pflegedirektion ist hier die direkte Vorgesetzte des Belegungsmanagements, der Pflegedienstleitungen und der Schulleitung der Gesundheits-und Krankenpflegeschule. Der OP und die Anästhesie sind gleichfalls direkt der Pflegedirektion zugeordnet.

Ärzte

Auch um Ärzte wird von der beschriebenen Einrichtung rege geworben. Dabei bemüht sich die Einrichtung besonders um die PJ'ler, denen man neben der Pflichtausbildung ein zusätzliches Fortbildungsangebot über den Studienplan hinaus anbietet. Über dieses Fortbildungsprogramm grenzt sich diese Einrichtung stark zu den Mitbewerbern ab. Die PJ'ler werden alle vier Wochen von der klinischen Arbeit freigestellt, um an Seminaren und

Fortbildungen teilzunehmen. Besonders Themen wie Controlling, DRG, INEK, Coaching im Bewerbungsgespräch, Vertragsverhandlung, Krankenhausorganisation, Aufklärungsgespräche, Dokumentation, Reanimationskurs etc., die während des Studiums selten gelehrt werden, werden hier angeboten. Das verfolgte Ziel ist es, speziell in dieser Thematik besser als andere zu sein und der Ärzteschaft Schlüsselkompetenzen an die Hand zu geben.

Eine Besonderheit im ärztlichen Dienst ist die Tatsache, dass hier auf Basis einer 38,5-Stundenwoche bei flexibler Arbeitszeit gearbeitet wird. Überstunden können hier im Block ausgeglichen werden und die gesamten Zeiten für die Weiterbildung werden voll als Arbeitszeit anerkannt.

Insbesondere bei den Chefärzten wird eine hohe Sozialkompetenz vorausgesetzt. Die Hauptaufgabe eines Chefarztes liegt darin, ein Team zu definieren. Ein Chefarzt der heutigen Zeit muss sowohl zur Diskussion fähig als auch zur Konsensfindung bereit sein. Eine Hierarchie ist klar vorhanden, aber dennoch ist es zwingend erforderlich, Aufstiegs- und Qualifizierungsmöglichkeiten zu bieten. Viele der Chefärzte denken zwischenzeitlich immer mehr an die Interessen ihrer nachgeordneten Ärzte und geben diesen große Gestaltungsspielräume sowie die dazu erforderlichen Verantwortlichkeiten.

Der Bereich Anästhesie ist im Verbund größer als in jeder deutschen Universitätsklinik, da alle Bereiche unter einer Leitung stehen. Das macht die Hierarchie an dieser Stelle erheblich flacher. Der Chef der Anästhesie ist in zwei Kliniken des 5K-Verbundes in leitender Position tätig. So rotieren die Assistenzärzte in diesem Fachbereich, sodass eine vollständige Facharztweiterbildung angeboten werden kann. Da der Aufwand für die Weiterbildung für eine Einrichtung alleine zu groß wäre, ist diese nur durch die Kooperation möglich.

Die Fachärzte der hier beschriebenen Einrichtung aus dem Bereich der Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie sind teilweise in Teilanstellungen auf den vorhandenen Sitzen der MVZ. Mit dieser Vorgehensweise werden die Barrieren zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchbrochen. Die Teilanstellungsmöglichkeit im MVZ wird als Zukunftsperspektive für die ärztlichen Mitarbeiter gesehen. Aus dieser Konstellation gehen viele Spezialisierungen der Ärzte hervor.

Erfolgsfaktor: 5K-Verbund

Der 5K-Verbund ist ein Zusammenschluss fünf kommunaler Krankenhäuser in Schleswig-Holstein. Die Einzigartigkeit dieses Verbunds liegt in dem Zusammenschluss von Kliniken mit unterschiedlicher Trägerschaft und verschiedenen Versorgungsstufen.

Der Vorteil dieses Verbundes liegt in dem Erreichen einer relevanten Größe, um gegenüber Krankenkassen und auch der Politik seine Interessen konzertiert durchsetzen zu können. Gleichzeitig können die Einrichtungen des Verbundes beweglich genug bleiben, um in der Region adäquat auf neue Marktsituationen reagieren zu können. Mittlerweile werden die einzelnen Häuser fast ausschließlich im Verbund wahrgenommen.

Zu Beginn bestanden bezüglich der Kooperation Bedenken im Hinblick auf den direkten Wettbewerb im Markt und eine mögliche Zentralisierung der Kliniken. Nachdem klar kommuniziert wurde, dass eine Zentralisierung nicht angedacht ist, sind mittlerweile die Vorteile der Verbundstrukturen evident.

Schon in der Anfangszeit wurden wichtige Projekte angestoßen und realisiert. Diese Kooperationen wurden weiter ausgebaut, so dass z.B. mittlerweile alle Kliniken mit einem einheitlichen Personalmanagementprogramm arbeiten oder sich einzelne Mitarbeiter für den Verbund in bestimmten Themen spezialisieren. Im Folgenden sollen ausgewählte Projekte innerhalb das 5K-Verbundes dargestellt werden.

- *Brustzentrum*

  Bei der Gründung von separaten Brustzentren hätte es für die Einzelkliniken im Genehmigungsverfahren erhebliche Probleme gegeben. Durch den Krankenhausverbund kam es zu der gemeinsamen Gründung von einem der größten, dezentralen Brustzentren Deutschlands. So wurde die medizinische Kompetenz gebündelt und eine vernetzte Zusammenarbeit stationär sowie auch nachstationär ermöglicht. Die modernsten technischen Ressourcen werden im Verbund zusammen angeschafft und genutzt. Durch die Vernetzung wird eine wohnortnahe und professionelle Betreuung bei Brustkrebserkrankungen ermöglicht. Um die wöchentliche Fallkonferenz der Mediziner zu unterstützen und um die räumliche Entfernung zu überwinden, wird über ein modernes Videokonferenzsystem kommuniziert. Anschließend werden die Ergebnisse zusätzlich dem einweisenden Mediziner mitgeteilt.

- *Telematikplattform*

  Die Telematikplattform ist eine gemeinsame und einheitliche Kommunikationsplattform. Diese einrichtungsübergreifende Vernetzung innerhalb des Verbundes bildet die Basis für die Integration und Öffnung für weitere Partner. Mittlerweile sind auch viele niedergelassene Ärzte der Region hier integriert. Patientendokumente werden auf dieser Plattform in einer Webbrowser-Oberfläche, als elektronische Fallakte, präsentiert. Die niedergelassenen Ärzte können über das Internet auf die Fallakten ihrer Patienten zugreifen. Diese Kommunikation findet über eine Partnerseite, mittels Passworteingabe, statt. Die Datenübertragung erfolgt verschlüsselt. So können die niedergelassenen Ärzte die Patienteninformationen aus der Klinik direkt in ihr praxiseigenes System einpflegen.

- *Kooperation im Personalwesen*

  Durch die enge Zusammenarbeit der Kliniken wird der Personalbestand im ärztlichen und pflegerischen Bereich optimiert. Personelle Engpässe können schnell und unbürokratisch zwischen den Verbundhäusern abgebaut werden.

  Die Betriebs- und Personalräte des 5K-Verbundes wurden 2008 für ihre Kampagne „Über (das)Leben im Krankenhaus“ mit dem 1.Preis des Ibf-Betriebsrat-Awards ausgezeichnet. Ziele der Kampagne waren bessere Arbeitsbedingungen sowie eine bessere Bezahlung bzw. Investitionsfinanzierung im Krankenhaus. Außerdem wurden Bundestagsabgeordnete zu einem Praktikum im Krankenhaus eingeladen, damit sich diese ein Bild von der Situation vor Ort machen können.

- *Fortbildungen*

  Die Verbundkrankenhäuser haben ein eigenes Fort- und Weiterbildungsangebot entwickelt. So kann qualifiziertes Personal mit möglichst geringem Kostenaufwand entsprechend dem Bedarf der Kliniken weitergebildet werden. Ein Bildungszentrum übernimmt in Absprache mit allen angeschlossenen Kliniken die Organisation und entwickelt das Fort- und Weiterbildungsprogramm.

4. Ausblick

Die Trägervielfalt in der Krankenhausversorgung Deutschlands wird auch nach Ende der Konvergenzphase im Grundsatz erhalten bleiben. Die einzelnen Trägergruppen werden weiterhin spezifische Marktsegmente bzw. Versorgungsschwerpunkte besetzen. Gleichwohl wird sich der Trend zur Privatisierung in der stationären Versorgung weiter fortsetzen. Mit Ende der Konvergenzphase dürfte das DRG-System diesen Trend eher noch verstärken. Insbesondere bei schwierigen strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen dürfte die Bereitschaft von Krankenhausträgern im Non-Profit-Bereich steigen, ihre Krankenhäuser zu privatisieren bzw. an private Klinikbetreiber zu veräußern. Gerade die privaten Klinikketten werden ihrerseits weiter expandieren und weitere Einrichtungen anderer Trägergruppen übernehmen.

Als erstes Indiz hierfür kann, gemessen am den Betriebsstätten, die Angleichung der Marktanteile privater und kommunaler Krankenhäuser gelten. Zunehmend rücken auch Häuser der Zentral- und Maximalversorgung in das Blickfeld privater Klinikbetreiber. Nichtsdestotrotz werden kleinere, vielfach spezialisierte Privatkliniken auch künftig einen erheblichen Teil der Einrichtungen privater Trägerschaft ausmachen. Unter den größeren Krankenhäusern sind dagegen Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft weiterhin deutlich überrepräsentiert. Etwa gemessen an den Fall- oder Bettenzahlen werden kommunale Krankenhäuser infolgedessen auf absehbare Zeit die Marktführerschaft behalten. Der Versorgungsschwerpunkt der freigemeinnützigen Krankenhäuser wird nach wie vor die wohnortnahe Grund- und Regelversorgung bleiben.

Die kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäuser sind stärker gemeinwirtschaftlich ausgerichtet und bewerten regional- und versorgungspolitische Ziele wie die umfassende Versorgung der Bevölkerung höher als die privaten Träger. Übereinstimmend mit diesen Zielsetzungen stellen die kommunalen Krankenhäuser neben der flächendeckenden Patientenversorgung in allen Regionen einen wichtigen Arbeitgeber im Krankenhaussektor dar, was sich in der Marktführerschaft bei den Personalzahlen wiederspiegelt. Zudem übernehmen sie zusammen mit den freigemeinnützigen Krankenhäusern im Rahmen der Ausbildung des nicht-medizinischen Personals eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe.

Privaten Krankenhäusern wird gemäß der stärkeren Orientierung an ökonomischen Zielen häufig eine höhere Wirtschaftlichkeit bescheinigt, die auf vermeintlich effizientere Organisations- und Managementstrukturen zurückgeführt wird.[99] So sind die privaten Krankenhäuser zum Beispiel häufiger in Verbünden und Ketten zusammengeschlossen, wodurch sie beispielsweise Synergieeffekte nutzen oder bessere Preise aushandeln können. Freigemeinnützige und kommunale Krankenhäuser haben aber zunehmend die Vorteile von Verbünden und Kooperationen erkannt und profitieren zum Beispiel von Einkaufsgemeinschaften oder durch Zusammenlegung von Funktionsbereichen verschiedener Krankenhäuser. Ein weiteres Mittel, um eine effizientere Organisation zu schaffen, ist die Auslagerung von Leistungen. Outsourcing wird von privaten Krankenhäusern entsprechend häufiger genutzt als von den anderen, insbesondere kommunalen Trägern. Als Ursache hierfür können mögliche politische Widerstände gelten, die darauf basieren, dass die Vergütung für das outgesourcte Personal meist unterhalb der vereinbarten Vergütung des öffentlichen Dienstes liegt.

Gleiches gilt für die Ablösung tariflicher Bindungen. Kommunale Krankenhäuser, die aus dem Tarifvertrag aussteigen möchten, müssen ggf. mit heftigen Diskussionen und Widerständen rechnen. Private Krankenhäuser unterliegen in der Regel weder diesen politischen Rahmenbedingungen noch vergleichbaren tariflichen Bindungen, so dass viele private Krankenhäuser ihre Mitarbeiter unterhalb des Branchendurchschnitts bezahlen.[100] Die Personalkosten privater Krankenhäuser fallen dementsprechend im Mittel auch geringer aus als in den übrigen Trägergruppen.

Nichtsdestotrotz gibt es im statistischen Mittel kaum Unterschiede zwischen den Trägergruppen hinsichtlich der Gesamtkosten pro Fall. Das gilt gleichermaßen für die Krankenhäuser gesamt als auch für die verschiedenen Bettengrößenklassen. Auch mit Blick auf die Betreuungsintensität, also den Fällen je Vollkraft insgesamt bzw. für verschiedene Dienste, gibt es keine systematischen Unterschiede nach Trägerschaft.

Die Trägerschaft ist nicht zwingend ein Garant für Erfolg oder Misserfolg, für Effizienz oder Unwirtschaftlichkeit. So zeigen sich auch innerhalb der Trägergruppen deutliche Unter-

[99] Vgl. Augurzky et al. 2009
[100] Vgl. Harder 2009

schiede im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit. Vor allem bei den privaten und kommunalen Krankenhäusern gibt es sehr große Unterschiede innerhalb der Trägergruppe. In beiden Gruppen gibt es sowohl sehr erfolgreiche als auch weniger erfolgreiche Krankenhäuser.

Kommunale Krankenhäuser sind insbesondere dann erfolgreich, wenn es ihnen zukünftig noch stärker flächendeckend gelingt, die teilweise noch veraltete, an Verwaltungsbildern orientierte innerbetriebliche Organisation durch eine moderne Unternehmensführung zu ersetzen. Kennzeichen einer solchen modernen Organisation sind zum Beispiel flexible und schnelle Entscheidungsstrukturen und -abläufe; klar definierte strategische Ziele; ein offenes Konfliktmanagement oder eine klare Aufgabentrennung. Diese Aspekte beziehen sich nicht nur auf die Organisation innerhalb des Krankenhauses sondern auch auf die Kooperation mit dem Träger.

Erfolgreiche kommunale Krankenhäuser zeichnen sich durch eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Träger aus, bei der jede Seite die eigenen Kompetenzen einbringt. Entscheidungen, wie z. B. die Auswahl von Chefärzten, werden in der Regel von der verantwortlichen Seite vorbereitet, in Trägergremien kritisch bewertet und diskutiert sowie gemeinsam verabschiedet. Dabei ist der politische Einfluss des Trägers als eher gering einzustufen; er wird eher sach- und aufgabenbezogen eingesetzt.

Innerhalb der erfolgreichen kommunalen Krankenhäuser besteht sowohl auf den verschiedenen Ebenen als auch über die hierarchischen Ebenen und Berufsgruppen hinweg eine vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie ein gutes Betriebsklima. Gemeinsame Ziele, eindeutige Aufgabenzuordnungen, eine hohe Transparenz und klare Kommunikationsstrukturen tragen zu einer guten Arbeitsatmosphäre bei. Bei der Mitarbeiterauswahl werden neben fachlichen Qualifikationen gezielt auch soziale Kompetenzen berücksichtigt. Zudem werden oftmals neue Wege bei der Personalsuche oder -bindung genutzt.

Die übergeordnete Unternehmensausrichtung von Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft dürfte einer völligen Angleichung von Unternehmensstrategien und operativen Maßnahmen zu ihrer Umsetzung gewisse Grenzen setzen: Für die privaten Krankenhäuser werden die ökonomischen Ziele wie die Erhöhung des Umsatzes oder Gewinns aufgrund

ihrer eher erwerbswirtschaftlich Ausrichtung auch weiterhin eine höhere Priorität haben als für Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Demgegenüber werden die stärker gemeinschaftlich orientierten öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser regionalwirtschaftlichen und versorgungspolitischen Zielen teilweise eine gleichrangige oder ggf. höhere Bedeutung zumessen als die privaten Krankenhausträger. Vor diesem Hintergrund kann somit nicht geschlussfolgert werden, dass erwerbswirtschaftlich ausgerichtete Krankenhäuser generell erfolgreicher sind als gemeinwirtschaftlich orientierte Krankenhäuser und umgekehrt. Vielmehr sind bei einem Vergleich von Trägergruppen stets auch die übergeordneten Unternehmensziele in Rechnung zu stellen.

5. Anhang

6.1 Siedlungsstrukturelle Regionstypen

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nutzt zur Bestimmung und Beschreibung der Siedlungsstruktur im Wesentlichen die Kriterien „Zentralität“ und „Verdichtung“. Die Typisierung der Analyseregionen führt demgemäß zu den drei siedlungsstrukturellen Regionsgrundtypen „Agglomerationsräume“, „Verstädterte Räume“, „Ländliche Räume“. Die Abgrenzungskriterien der Regionsgrundtypen können Tabelle 6 entnommen werden. Über die räumliche Verteilung der jeweiligen Typen im Bundesgebiet informiert Abbildung 92.

Tabelle 8: Regionsgrundtypen nach BBSR

Regionsgrundtyp	Abgrenzungskriterien
Agglomerationsräume	Oberzentrum über 300.000 Einwohner oder Dichte um 300 Einwohner/km²
Verstädterte Räume	Dichte größer als 150 Einwohner/km² oder Oberzentrum über 100.000 Einwohner bei einer Mindestdichte von 100 Einwohner/km²
Ländliche Räume	Dichte über 150 Einwohner/km² und ohne Oberzentrum über 100.000 Einwohner; mit Oberzentrum über 100.000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km²

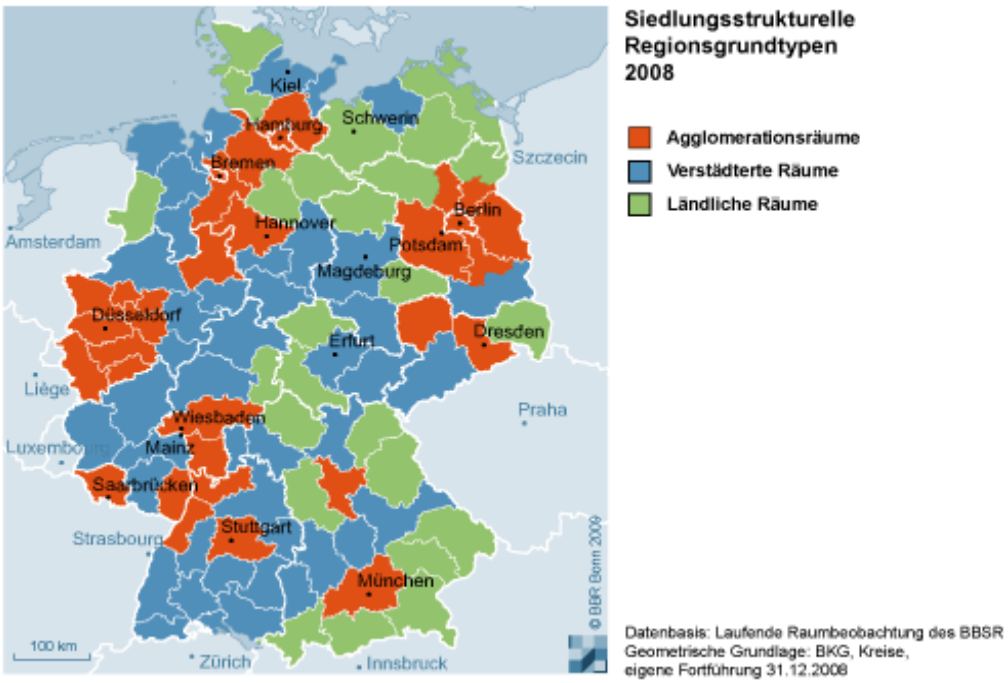

Abbildung 90: Regionsgrundtypen nach BBSR

6. Literatur

Augurzky, E. et al. (2009): Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI: Materialien Heft 52. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen.

Accenture (2006): Gemeinnutzanalyse Deutscher Kliniken. Public Service Value im Gesundheitswesen: Wer bietet wirklichen Bürgernutzen?

Bundesärztekammer (2007). Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Berlin.

Buse, H. R. (2000): Geeignete Rechtsformen für kommunale Krankenhäuser. Carl Heymanns Verlag. Köln

Deutsches Krankenhaus Institut (2005): Krankenhaus Barometer 2005. Düsseldorf. www.dki.de

Deutsches Krankenhaus Institut (2007): Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf. www.dki.de

Harder, E. et al. (2009): Woher Rendite und Gewinne privater Krankenhauskonzerne kommen. In: Arzt und Krankenhaus 04/2009. S. 100-106.

Heiny, L. (2006): Tick, tick….In: Arzt und Krankenhaus. 10/2006. S. 303-304.

Helmig, B. (2005): Ökonomischer Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern. Berliner Wissenschafts-Verlag. Berlin.

Honsel, K. (2009): Öffentlich – und kreativ. Finanzierung von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. In: KU-Gesundheitsmanagement 6/2009. Sonderheft Finanzmanagement – Krankenhäuser in der Kreditklemme. S. 27-29.

Karl, P. A. (1999):Varianten der Privatisierung kommunaler Allgemeinkrankenhäuser. Josef Eul Verlag. Lohmar.

Mayr, L. und Plieth, C. (2006): Austrittswelle aus dem Arbeitgeberverband. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 103. Heft 40. S. 2659-2660.

Patzak, M. (2009): Alternative Finanzierungsinstrumente für Krankenhäuser. Schriften zur Gesundheitsökonomie 15. HERZ. Burgdorf.

Schmidt, C., Gabbert, T., Engeler, F., Fischer, F., Breinlinger O'Reilly, J. und Möller J. (2003): Investoren im Gesundheitsmarkt. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. 128. S. 1551-1556.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b): Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden.

Stumpfögger, N. (2009): Wenn die Gründerzeit zu Ende geht. In: Böhlke et al. Privatisierung von Krankenhäusern – Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA. Hamburg.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Rechtsformen nach den verschiedenen Trägergruppen 24

Abbildung 2: Merkmale der Rechtsformen von Krankenhäusern 27

Abbildung 3: Tarifsituation in nicht-ärztlichen Berufsgruppen nach Krankenhausträgern - Tarifbindung nach Krankenhäusern (KH) und Beschäftigten (B)....30

Abbildung 4: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in % 41

Abbildung 5: Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen 41

Abbildung 6: Allgemeinkrankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %....42

Abbildung 7: Verteilung der Bettengrößenklassen der Allgemeinkrankenhäuser (ohne Unikliniken) in 2008 in % 43

Abbildung 8: Fallzahlen der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in % 44

Abbildung 9: Fallzahlen der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %....45

Abbildung 10: Aufgestellte Betten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %....46

Abbildung 11: Aufgestellte Betten der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %....46

Abbildung 12: Vorgehaltene Intensivbetten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in %....47

Abbildung 13: Vorgehaltene Intensivbetten der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in %....48

Abbildung 14: Allgemeinkrankenhäuser mit medizinisch-technischen Großgeräten nach Trägerschaft in 2008 in %....49

Abbildung 15: Medizinisch-technische Großgeräte der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in % 49

Abbildung 16: Medizinisch-technische Großgeräte der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in % 50

Abbildung 17: Vollkräfte der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in % 52

Abbildung 18: Vollkräfte der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in % 53

Abbildung 19: Verteilung ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen der allgemeinen Krankenhäuser 2008 nach Trägerschaft in % 54

Abbildung 20: Ausbildungskrankenhäuser der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in % 55

Abbildung 21: Ausbildungsplätze der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in % 55

Abbildung 22: Ausbildungsplätze der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in % 56

Abbildung 23: Brutto-Gesamtkosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2008 in % 57

Abbildung 24: Brutto-Gesamtkosten der allgemeinen Krankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 in % 58

Abbildung 25: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern 2008 nach Trägerschaft in % 59

Abbildung 26: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern bis 99 Betten 2008 nach Trägerschaft in % 60

Abbildung 27: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern 100 bis 199 Betten 2008 61

Abbildung 28: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern 200 bis 499 Betten 2008 nach Trägerschaft in % 61

Abbildung 29: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern ab 500 Betten 2008 nach Trägerschaft in % 62

Abbildung 30: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2008 in % 63

Abbildung 31: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern mit bis 99 Betten im Jahr 2008 in % 64

Abbildung 32: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern mit 100 bis 199 Betten im Jahr 2008 in % 64

Abbildung 33: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern mit 200 bis 499 Betten im Jahr 2008 in % 65

Abbildung 34: Personalkostenarten ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen in den Allgemeinkrankenhäusern ab 500 Betten im Jahr 2008 in % 65

Abbildung 35: Anzahl der Fälle je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 66

Abbildung 36: Anzahl der Fälle je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 67

Abbildung 37: Anzahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 68

Abbildung 38: Anzahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 69

Abbildung 39: Anzahl der Fälle je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 70

Abbildung 40: Anzahl der Fälle je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 70

Abbildung 41: Anzahl der Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 71

Abbildung 42: Anzahl der Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 72

Abbildung 43: Anzahl der Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 73

Abbildung 44: Anzahl der Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 74

Abbildung 45: Personalkosten je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 75

Abbildung 46: Personalkosten je Vollkraft in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro ... 75

Abbildung 47: Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 76

Abbildung 48: Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 77

Abbildung 49: Personalkosten je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 78

Abbildung 50: Personalkosten je Vollkraft im pflegerischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 79

Abbildung 51: Personalkosten je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 80

Abbildung 52: Personalkosten je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 81

Abbildung 53: Personalkosten je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 82

Abbildung 54: Personalkosten je Vollkraft im Funktionsdienst in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 82

Abbildung 55: Brutto-Gesamtkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro... 83

Abbildung 56: Brutto-Gesamtkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro... 84

Abbildung 57: Personalkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro... 85

Abbildung 58: Personalkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro... 86

Abbildung 59: Sachkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 87

Abbildung 60: Sachkosten je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro..... 88

Abbildung 61: Zinsen und ähnliche Aufwendungen je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 89

Abbildung 62: Zinsen und ähnliche Aufwendungen je Fall in allgemeinen Krankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2008 im Durchschnitt in Euro 89

Abbildung 63: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft 1999-2008 (in %) 91

Abbildung 64: Fallzahlen in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft 1999-2008 in %.....93

Abbildung 65: Vollkräfte in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft 1999-2008 in %.....94

Abbildung 66: Outsourcing seit dem Jahr 2004 nach Trägerschaft.....96

Abbildung 67: Insourcing seit dem Jahr 2004 nach Trägerschaft 97

Abbildung 68: Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge nach Trägerschaft 99

Abbildung 69: Einflussfaktoren des Gesamterfolgs der Krankenhäuser - multiple Regression (Beta-Werte).....104

Abbildung 70: Einflussfaktoren des Gesamterfolgs der Krankenhäuser nach Krankenhausträgern -multiple Regression (Beta-Werte).....106

Abbildung 71: Allgemeinkrankenhäuser nach Regionsgrundtyp in % 108

Abbildung 72: Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Regionsgrundtyp in %.....108

Abbildung 73: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp in %.109

Abbildung 74: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp 110

Abbildung 75: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in Agglomerationsräumen 111

Abbildung 76: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in verstädterten Räumen 111

Abbildung 77: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in ländlichen Räumen.....112

Abbildung 78: Kapitalstrukturen nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser...117

Abbildung 79: Verteilung der Fremdkapitalquote nach Trägerschaft 118

Abbildung 80: Verteilung der Eigenkapitalquote nach Trägerschaft 118

Abbildung 81: Verteilung der Sonderpostenquote nach Trägerschaft 119

Abbildung 82: Rentabilitätskennzahlen nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser 120

Abbildung 83: Betriebsergebnisrate nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser 122

Abbildung 84: Verteilung der Betriebsergebnisrate nach Trägerschaft 123

Abbildung 85: Aufwandsintensitäten nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser 124

Abbildung 86: Anlagenstruktur nach Trägerschaft sowie der Beispielkrankenhäuser 126

Abbildung 87: Gewinnrücklagen nach Trägerschaft 127

Abbildung 88: Entwicklung der Personal- und Sachkosten 154

Abbildung 89: Bestandteile der Personalkostenreduktion 157

Abbildung 90: Regionsgrundtypen nach BBSR 168

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderung der Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Bettengrößenklasse 1999-2008 92

Tabelle 2: Veränderung der Fallzahlen in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft und Bettengrößenklassen 1999-2008 93

Tabelle 3: Veränderung der Vollkraft-Zahlen in den allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft und Bettengrößenklassen 1999-2008 94

Tabelle 4: Wichtigkeit von Unternehmenszielen und Zielerreichung nach Krankenhausträgern in 2007 102

Tabelle 5: Elemente des Masterplans 138

Tabelle 6: Muster-Stellenprofil Leitung Case-Management 149

Tabelle 7: Muster Stellenprofil Leitung Medizin-Management 150

Tabelle 8: Regionsgrundtypen nach BBSR 167