

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2007

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Patricia Perner

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

September 2007

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	4
1 Einleitung	10
2 Leistungen, Erlöse und Kosten	11
2.1 Allgemeine Krankenhausbehandlung	11
2.2 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	12
2.3 Wahlärztliche Behandlung	12
2.4 Medizinische Wahlleistungen	14
2.5 Leistungsbreite und -tiefe im DRG-System	15
2.6 Kostendeckung von Fachabteilungen im DRG-System	19
2.7 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	20
3 Unternehmensstrategien im DRG-System	25
3.1 Veränderungen der Fachabteilungsstruktur	25
3.2 In- und Outsourcing	26
3.3 Abstimmung des Leistungsangebots	28
3.4 Kooperationen	29
3.5 Fusionen	31
3.6 Trägerwechsel	32
3.7 Rechtsformänderungen	33
3.8 Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten	36
4 Unternehmensziele	39
4.1 Wichtigkeit von Unternehmenszielen	39
4.2 Erreichung der Unternehmensziele	42
4.3 Gesamterfolg des Krankenhauses	44
4.4 Einflussfaktoren des Unternehmenserfolgs	46

5	Struktur von Chefarztverträgen	49
5.1	Chefärztliche Entwicklungsklausel	49
5.2	Gestaltungsformen des variablen Einkommens	49
5.3	Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge	51
6	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz	53
7	Tarifsituation und Arbeitszeit	56
7.1	Tarifsituation im Ärztlichen Dienst	56
7.2	Tarifsituation bei nicht-ärztlichen Berufsgruppen	60
7.3	Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit (Opt-Out)	63
7.4	Ärzte mit Opt-Out	64
7.5	Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit	65
7.6	Ärzte mit 24-Stunden-Diensten	66
7.7	Schwierigkeiten mit dem neuen Arbeitszeitrecht	67
7.8	Notlagentarifverträge	69
7.9	Maßnahmen infolge der Tarifierhöhungen bei Ärzten	70
8	Entlassungsmanagement	71
8.1	Schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement	71
8.2	Fachkräfte für das Entlassungsmanagement	72
8.3	Organisation des Entlassungsmanagements im Krankenhaus	73
8.4	Einbeziehung von Nachsorgern in die Entlassungsplanung	75
9	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	77
9.1	Jahresergebnis 2006/2007	77
9.2	Entwicklung der Jahresergebnisse 2005 bis 2006	78
9.3	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	79
Anhang		82

Zusammenfassung

Wesentliches Ziel des Krankenhaus Barometers ist, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnah Informationen zum aktuellen Krankenhauseschehen zur Verfügung zu stellen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Umfrage 2007 zusammengefasst.

Leistungen, Erlöse und Kosten

Seit der optionalen Einführung der DRG-basierten Vergütung wurden stationäre Leistungen teilweise durch ambulante Operationen nach § 115 b SGB V substituiert. Kontinuierliche Fallzahlsenkungen im stationären und hohe Fallzahlsteigerungen im ambulanten Bereich gaben hierauf Hinweise. Die Daten des Krankenhaus Barometers zeigen erstmals für das Jahr 2006 einen leichten Anstieg der stationären Fallzahlen gegenüber dem Vorjahr auf. Die Zahl der ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V ist hingegen (verglichen mit den Steigerungsraten in den Vorjahren) eher moderat mit rund 9% gestiegen.

Der durchschnittliche Erlös je ambulanter Operation steigt mit zunehmender Bettengrößenklasse an und ist im Mittel mit 303 Euro zum Vorjahreswert (311 Euro) leicht gesunken. Der DRG-Bereich mit einer Fallzahl von durchschnittlich 96% der im Krankenhaus behandelten stationären Fälle bleibt der wichtigste Erlösbereich. Problematisch erscheint, dass bei über einem Viertel der Krankenhäuser im Jahr 2006 in einzelnen Fachabteilungen die Kosten nicht gedeckt werden konnten, da nach Ansicht der Häuser die Leistungen im Fallpauschalenkatalog nicht angemessen bewertet wurden. Den Angaben der Krankenhäuser zu Folge sind, gemessen an ihrer Häufigkeit, insbesondere die Fachabteilungen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die Gynäkologie/Geburtshilfe und Pädiatrie von Kostenunterdeckungen überproportional betroffen.

Zusätzliche Erlöse können die Krankenhäuser mit ärztlichen und medizinischen Wahlleistungen erzielen: Aus wahlärztlicher Behandlung verbleiben dem Krankenhaus aus den sogenannten Nettoerlösen durchschnittlich 566 Euro je Patient. Auch dieser Wert steigt mit zunehmender Krankenhausgröße an.

Medizinische Wahlleistungen, d.h. Leistungen, die über den im Einzelfall zu bestimmenden Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen und gegenüber dem Patienten selbst abzurechnen sind, werden von der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhäuser nicht erbracht. Rund ein Drittel der Krankenhäuser bietet derartige Leistungen überwiegend in einigen spezialisierten Bereichen an.

Die Abbildung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im DRG-System erfolgt in einem aufwändigen und komplizierten mehrstufigen Verfahren. Im Jahr 2005 haben rd. 30% der Krankenhäuser für 2006 einen oder mehrere Anträge zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an das InEK gestellt. Lediglich 44% der von den Krankenhäusern gestellten Anträge erfüllten die Voraussetzung für die Vereinbarung eines krankenhausespezifischen Entgeltes. Wiederum die Hälfte dieser erfolgreichen Anträge scheiterte aber an der Hürde der Vereinbarung eines krankenhausespezifischen Entgeltes, so dass insgesamt die Erfolgsquote für die Vereinbarung eines fallbezogenen Entgeltes oder Zusatzentgeltes für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei rund einem Viertel liegt.

Unternehmensstrategien im DRG-System

Die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers belegen, dass die Krankenhäuser verschiedenste organisatorische und/oder strukturelle Maßnahmen ergreifen, um weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und sich in der Krankenhauslandschaft zu positionieren. Hierzu können interne Umstrukturierungen wie die Änderung/Neuordnung der Aufgabenbereiche oder die Abstimmung oder Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern zählen. Rechtsformänderungen oder Trägerwechsel bieten zudem weitere Möglichkeiten für das Krankenhaus, sich neu zu positionieren.

Seit der verbindlichen Einführung der DRGs im Jahr 2004 hat rund ein Fünftel der Krankenhäuser durch interne Schwerpunktsetzung mindestens eine Fachabteilung neu errichtet. Rund ein Drittel der Krankenhäuser hat in den letzten drei Jahren Aufgaben an Fremdfirmen/andere Krankenhäuser outgesourct. Insbesondere waren die Bereiche Labor, Reinigung und Küche betroffen.

Über ein Viertel der Krankenhäuser gaben an, ihr stationäres Leistungsspektrum mit Auswirkung auf die Leistungsplanung mit anderen Kliniken abzustimmen. Beim ambulanten Leistungsspektrum sind es knapp 10 Prozent der Krankenhäuser, die eine gezielte Abstimmung vornehmen. Gegenüber dem Vorjahr hat sich dieser Anteil im stationären wie ambulanten Bereich damit deutlich erhöht.

Knapp die Hälfte der Krankenhäuser ist seit dem Jahr 2004 eine institutionalisierte Form von Kooperation mit anderen Krankenhäusern eingegangen. Zumeist finden diese Kooperationen im Bereich der medizinischen Kernleistungen und Funktionsbereiche (wie z.B. Labor, Radiologie) statt.

Seit dem Jahr 2004 haben 9% der Krankenhäuser Fusionen mit einem oder mehreren Krankenhäusern vollzogen. Bei weiteren 13% der Häuser wurde zum Zeitpunkt der Befragung eine Fusion geprüft und bei 6% geplant.

Die Trägerschaften bleiben bei den Krankenhäusern im Zeitraum von 2004 bis voraussichtlich 2009 weitgehend konstant. Ein Rechtsformwechsel findet in diesem Zeitraum (voraussichtlich) bei rund 17% der Krankenhäuser statt. Krankenhäuser in der Rechtsform privater Betriebe nehmen deutlich zu (insbesondere bei der Rechtsform der gGmbH), wohingegen Häuser in der Rechtsform öffentlicher Betriebe abnehmen (hier hauptsächlich bei den Eigen- und Regiebetrieben). Aus heutiger Sicht besteht bei den Eigengesellschaften ein erhöhter Handlungsbedarf zum Rechtsformwechsel bis zum Jahr 2009.

Aus wirtschaftlichen Gründen, aber auch weil zusätzliche Ärzte nur begrenzt zur Verfügung stehen, muss das ärztliche Personal so effizient wie möglich eingesetzt werden. Dabei geht es auch um die Frage, welche Tätigkeiten des Arztes auch von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Krankenhauses übernommen werden dürfen.

In vielen Krankenhäusern werden Tätigkeiten wie beispielsweise das Anlegen und Umstecken von Infusionen oder die venöse Blutentnahme (auch) von nicht-ärztlichen Berufsgruppen durchgeführt. Aber auch administrative Aufgaben wie Kodierung und Dokumentation werden immer häufiger nicht ausschließlich von Ärzten vorgenommen. Darüber hinausgehende komplexe Tätigkeiten und Aufgabenbereiche wie Wund- und Schmerzmanagement oder das Casemanagement

in Form der Bettensteuerung und des Entlassungsmanagements werden ebenfalls zunehmend an nicht-ärztliche Berufsgruppen delegiert. Hier ist jedoch eine weitergehende Qualifikation erforderlich.

Unternehmensziele

In der Zielhierarchie deutscher Krankenhäuser dominieren eindeutig qualitätsorientierte Ziele. Am wichtigsten ist den Krankenhäusern eine hohe Patientenzufriedenheit, eine hohe Qualität der Leistungserbringung und ein gutes Image ihres Hauses in der Öffentlichkeit. Im Mittelfeld stehen eher mitarbeiterorientierte Ziele wie eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit oder die Beschäftigungssicherung. Verglichen damit haben die ökonomischen Ziele der Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite, der Gewinnerzielung und Umsatzerhöhung tendenziell eine unterdurchschnittliche Relevanz.

Hinsichtlich der Zielerreichung weisen wiederum die eher qualitätsorientierten Ziele die höchsten Werte auf. Mit Blick auf die Versorgungsqualität und ihre Wahrnehmung durch Patienten und Öffentlichkeit wird die Zielerreichung im Mittel als gut bis sehr gut klassifiziert. Dagegen werden die ökonomischen Ziele im Durchschnitt nur begrenzt erreicht. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist damit eindeutig eine Umkehrung beim Erreichungsgrad der Unternehmensziele zu beobachten:

Während die Krankenhäuser seinerzeit die ökonomischen Ziele noch in hohem Maße als erreicht ansahen, wurde die Zielerreichung bei den qualitätsorientierten Zielen teilweise kritisch gesehen. Der Zeitvergleich belegt insofern eindeutig den steigenden ökonomischen Druck durch das DRG-System und damit die zunehmende Bedeutung ökonomischer Sichtweisen im Krankenhaus. Die Verbesserungen bei den qualitätsorientierten Zielen spiegeln hingegen auch das erfolgreiche Bemühen vieler Krankenhäuser etwa mit Blick auf die strategische Neuausrichtung ihres Unternehmens, das Prozess- und Qualitätsmanagement wider.

Unterschieden nach der Krankenhausträgerschaft haben zwar die ökonomischen Ziele in den privaten Krankenhäusern eine größere Relevanz. Ebenso wie stärker erwerbswirtschaftliche Ziele in den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern Einzug halten, gibt es jedoch umgekehrt auch gemeinwirtschaftliche Tendenzen seitens der privaten Krankenhausträger. Vor diesem Hintergrund liegt die Schlussforderung 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.

Struktur von Chefarztverträgen

Im Bereich des Chefarztvertragsrechts geben immer neue rechtliche Entwicklungen Anlass, die diesbezüglichen Verträge neu zu gestalten. Derzeit haben im Bereich der Wahlleistungserlöse 70% der Chefarzte ein eigenes Liquidationsrecht in den Verträgen vereinbart. Auch bei den Erlösen aus der Chefarztambulanz gehört das eigene Liquidationsrecht zur klassischen Gestaltungsform, da über drei Viertel der Chefarzte die Leistungen aus der Chefarztambulanz unter eigenem Namen berechnen.

Bei der Neugestaltung von Chefarztverträgen werden von der Mehrzahl der Krankenhäuser (84%) Zielvereinbarungen mit aufgenommen. Aber auch die „klassische“ Vergütungsform des Liquidationsrechts wird von 60% der Häuser weiter eingeräumt.

Über die Hälfte der Krankenhäuser vereinbart eine Beteiligungsvergütung und/oder überführt die Nebentätigkeiten des Chefarztes in den Dienstaufgabenkatalog.

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Die neu geschaffenen Möglichkeiten des am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) möchte die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser nutzen, um den Einsatz von ärztlichem Personal zu flexibilisieren. Geplante Änderungen betreffen die Anstellung von niedergelassenen Vertragsärzten im Krankenhaus (39%) und die Tätigkeit von Krankenhausärzten im vertragsärztlichen Bereich außerhalb eines MVZs (20%) bzw. in einem vertragsärztlich gegründeten MVZ (33%).

Bei vielen Krankenhäusern wird sich das neue Gesetz auch auf den Bereich des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) auswirken. So geben zwei Drittel der Krankenhäuser an, dass das MVZ weiter ausgebaut wird. Jeweils rund ein Viertel plant die Gründung eines weiteren MVZs bzw. gibt an, dass der Betrieb einfacher wird.

Tarifsituation und Arbeitszeit

Abweichungen von der wöchentlichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz (48 Std.) sind möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden und der Arbeitnehmer schriftlich eingewilligt hat (Opt-Out-Regelung). Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2007 lagen in rund einem Fünftel der deutschen Krankenhäuser die genannten rechtlichen Voraussetzungen für die Anwendung von Opt-Out noch nicht vor. In Häusern mit Opt-Out haben im Bundesdurchschnitt pro Krankenhaus fast zwei Drittel der Ärzte mit Bereitschaftsdienst in die Opt-Out-Regelung schriftlich eingewilligt.

Auch Abweichungen von der täglichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz sind möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden. Zum Erhebungszeitpunkt war in weniger als der Hälfte der Krankenhäuser (45%) eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit an Werktagen auf bis zu 24 Std. möglich. Bedingt durch entsprechende Sonderregelungen fällt der Anteilswert zumindest für die Wochenend- und Feiertage merklich höher aus (69%). Sofern innerbetrieblich die rechtlichen Voraussetzungen für 24-Std.-Dienste vorliegen, werden sie nach wie vor von der Mehrheit der Ärzte abgeleistet.

Die große Mehrheit der deutschen Krankenhäuser (73%) hat nach wie vor Probleme mit der Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechts. Die Hauptschwierigkeit bilden dabei eindeutig finanzielle und Personalprobleme. Jeweils rund 45% der Krankenhäuser haben Finanzierungsprobleme mit einer neuen Arbeitszeitorgani-

sation, Probleme mit der Mitarbeiterakzeptanz sowie Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten ggf. am Markt zu decken.

Zur Vermeidung bzw. Beseitigung wirtschaftlicher Probleme eines Krankenhauses oder zur Beschäftigungssicherung können ggf. Abweichungen von den Regelungen eines Tarifvertrages vereinbart werden. Derzeit gilt für rund 11% der Krankenhäuser ein entsprechender Notlagentarifvertrag bzw. ein Tarifvertrag zur Zukunftssicherung des Krankenhauses. In fast 8% der Einrichtungen sind solche Verträge darüber hinaus geplant. Insbesondere in den neuen Bundesländern sind gültige Notlagentarifverträge überrepräsentiert (18%).

Entlassungsmanagement

Entsprechend einer Neuregelung im Sozialgesetzbuch V haben Versicherte nunmehr Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Insgesamt sind die Krankenhäuser für das Versorgungsmanagement gut gerüstet, insofern viele Maßnahmen schon jetzt breite Anwendung finden: Bereits heute verfügt jedes zweite Krankenhaus in Deutschland über schriftlich fixierte Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade speziell für das Entlassungsmanagement. Zentrale Aspekte des Entlassungsmanagements wie eine gezielte und frühzeitige Entlassungsplanung oder eine bedarfsorientierte Einbeziehung nachsorgender Leistungserbringer sind dabei vielfach erfasst.

Gut die Hälfte der Krankenhäuser verfügt über speziell qualifizierte Fachkräfte, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig sind (z. B. Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung o. ä.). In der Mehrzahl der Krankenhäuser gibt es klare personelle Zuständigkeiten für die Entlassungsplanung. Ein frühzeitiger Beginn der Entlassungsplanung bzw. eine entsprechende Patienteninformation zum voraussichtlichen Entlassungstermin ist ebenfalls vielfach realisiert. Der Ärztliche Dienst, der Pflegedienst sowie der Sozialdienst sind mehrheitlich in die Entlassungsplanung einbezogen.

Auch das Schnittstellenmanagement ist in den deutschen Krankenhäusern relativ weit fortgeschritten. Die nachsorgenden Leistungserbringer und Kostenträger sind weitgehend in die Entlassungsplanung eingebunden. Angesichts der krankenhauspolitischen und demografischen Rahmenbedingungen wird die Weiterentwicklung und Evaluation von patientenorientierten Modellen des Entlassungs- und Case-Managements im Krankenhaus künftig noch an Bedeutung gewinnen.

Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Im Jahr 2006 erzielte gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Jahresüberschuss. 28% der Häuser schrieben Verluste. 15% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringfügige Änderungen der Anteilswerte.

Für das Jahr 2007 erwarten die Krankenhäuser tendenziell eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse. Während der Anteil der Häuser mit erwartetem Fehlbetrag demnach fast konstant bliebe, würde sich der Anteil der Häuser, die mit einem Überschuss rechnen, deutlich reduzieren. Für 2007 gehen knapp 40%

der Häuser von einem Jahresüberschuss und 30% von einem ausgeglichenen Ergebnis aus. Wesentlicher Grund hierfür sind die deutlichen Kostensteigerungen im Jahr 2007 (z.B. aufgrund des Sanierungsbeitrags für Krankenhäuser, der Mehrwertsteuererhöhung, der Tarifierhöhungen für Klinikärzte oder der Mehrkosten des neuen Arbeitszeitgesetzes).

Grundsätzlich beurteilen die Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage unterschiedlich: Demnach schätzen jeweils knapp 30% der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation derzeit als eher unbefriedigend bzw. als eher gut ein, während 40% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr, als der Anteil der Häuser mit negativer Einschätzung der wirtschaftlichen Lage merklich abgenommen hatte, haben sich die Werte stabilisiert.

Bei den Erwartungen für 2008 kommen 42% der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu 2007 schlechter sein wird. 37% erwarten in dieser Hinsicht keine und 19% sogar positive Veränderungen. Im Vergleich zum Vorjahr schauen die Krankenhäuser damit pessimistischer in die Zukunft.

1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* 2007 vor. Die Ergebnisse beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland, die im April bis Juni 2007 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 304 Krankenhäuser; eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält der Anhang.

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhausgeschehen zur Verfügung zu stellen.

Im *Krankenhaus Barometer* 2007 hat sich die bisherige Einteilung nach Bettengrößenklassen geändert: Statt vier Klassen werden nunmehr drei Gruppen gebildet (Krankenhäuser von 50 bis 299 Betten, mit 300 bis 599 Betten und ab 600 Betten). Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht mehr in die Erhebung einbezogen und die kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten zu einer Gruppe zusammengefasst (statt wie bislang in Häuser unter bzw. ab 100 Betten unterteilt). Die übrigen Klassen blieben unverändert.

Der Grund für den Ausschluss der Krankenhäuser unter 50 Betten liegt darin, dass es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken, 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.

Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

2 Leistungen, Erlöse und Kosten

2.1 Allgemeine Krankenhausbehandlung

Für die ersten beiden Jahre nach der optionalen Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems belegen die Daten der Krankenhausstatistik erstmals seit 1990 einen Rückgang der stationären Fallzahlen. Wesentliche Ursache hierfür war eine überdurchschnittliche Zunahme des ambulanten Operierens im Krankenhaus. Wie die Hochrechnungen des *Krankenhaus Barometers* 2006 prognostizierten und die aktuellen Daten der Krankenhausstatistik bestätigen, sind die Fallzahlen im Jahr 2005 im Vergleich zu 2004 weitgehend konstant geblieben. Die Daten zu den vollstationären Fällen für das Jahr 2006 belegen einen leichten Anstieg der Fallzahlen um ca. 1%.

Die tendenzielle Verschiebung der Krankenhausinanspruchnahme in Richtung größerer Krankenhäuser, die sich im letztjährigen *Krankenhaus Barometer* für die Jahre 2004 und 2005 zeigte, kann für das Jahr 2006 nicht bestätigt werden.

Der Großteil der stationären Fälle (96,4%) wurde im Jahr 2005 wie 2006 mit DRGs abgerechnet. Die Fallzahlen, die mit Entgelten nach § 6 KHEntgG und nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet wurden, liegen ebenfalls in beiden Jahren konstant bei rund 1,5% bzw. 2,1%.

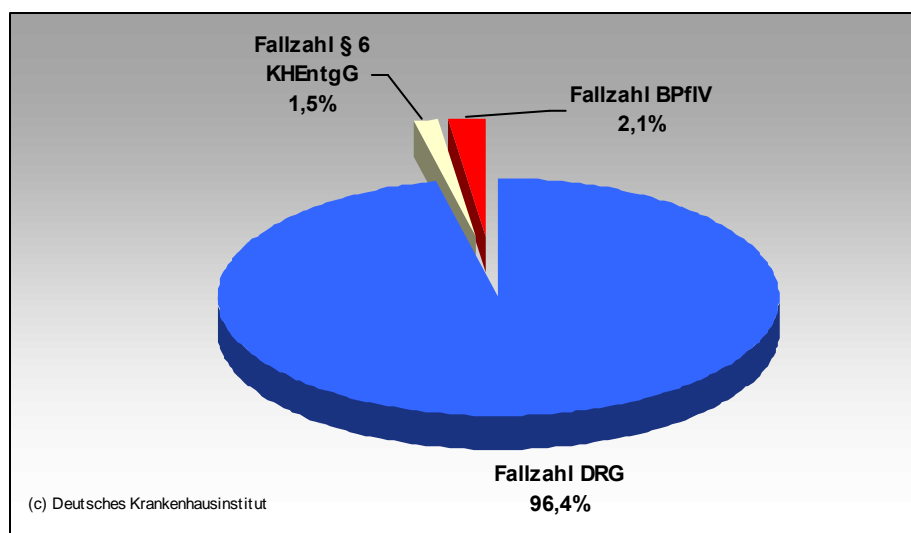


Abb. 1: Stationäre Fallzahl nach Entgeltarten im Jahr 2006 - Häufigkeiten

Die Entgeltstruktur ist bei den Krankenhäusern innerhalb der verschiedenen Bettengrößenklasse in den Jahren 2005 und 2006 weitgehend gleich geblieben. Unterschiede zeigen sich hingegen zwischen den Häusern unterschiedlicher Größen.

Besteht bei Krankenhäusern mit 50 bis 599 Betten das vollstationäre Leistungsspektrum fast vollständig aus Fällen, die mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden (97-98%), sind es bei den Häusern mit über 600 Betten 94%. Größere Krankenhäuser weisen somit einen höheren Anteil an Fällen auf, die über die Bundespflegesatzverordnung (4%) oder die Entgelte nach § 6 KHEntgG (2%) abgerechnet werden.

2.2 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Wie die Ergebnisse der letztjährigen *Krankenhaus Barometer* zeigen, hatte die Ausweitung und Umstellung des Katalogs ambulanter Operationen im Jahr 2004 eine deutliche Fallzahlsteigerung bei den ambulanten Operationen gem. § 115 b SGB V zur Folge. Im Jahr 2004 lagen die Steigerungen zum Vorjahr bei 60%, im Jahr 2005 bei 16%. Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wird eine Steigerung um rund 9% ermittelt.

Wie in den vorherigen Jahren wurden auch für das Jahr 2006 bei Krankenhäusern aller Größenklassen wachsende Fallzahlen bei ambulanten Operationen festgestellt. So verzeichneten insbesondere die kleinen Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten Zuwächse bei den ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V (12%). Bei Häusern mit 300 bis 599 Betten ist eine Steigerung von 7% und bei Kliniken ab 600 Betten ein Wachstum von 9% zum Vorjahr feststellbar.

Fasst man die Anzahl der ambulanten Operationen gem. § 115 b SGB V und die Anzahl der stationären Fälle als Gesamtleistung eines Krankenhauses auf, lag der Anteil der ambulanten Operationen im Jahr 2005 im Mittel über alle Krankenhäuser bei 8% und hat sich im Jahr 2006 nur geringfügig erhöht.

Bei den Krankenhäusern, die für das Jahr 2006 zusätzlich zu ihrer Anzahl der ambulanten Operationen auch die diesbezüglichen Erlöse angaben, konnte der durchschnittliche Erlös je ambulanter Operation ermittelt werden. Er beträgt im Durchschnitt über alle Krankenhäuser 303 Euro für das Jahr 2006 und ist, verglichen mit dem Wert aus dem Jahr 2004 (311 Euro), leicht gesunken.

2.3 Wahlärztliche Behandlung

Neben der Erbringung allgemeiner Krankenhausbehandlung und der Durchführung ambulanter Operationen nach § 115 b SGB V besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung zu erzielen.

In diesem Zusammenhang machten die Krankenhäuser Angaben zur Anzahl der stationären Fälle, die „wahlärztliche Behandlung“ im Jahr 2006 in Anspruch genommen haben und zur Höhe der Erlöse, die dem Krankenhaus aus der „wahlärztlichen Behandlung“ von stationären Patienten verbleiben.¹ Aus den Ergebnissen ergibt sich ein durchschnittlicher Erlös aus der wahlärztlichen Behandlung von 566 Euro je Patient für das Krankenhaus.² Mit zunehmender Größe des Krankenhauses steigt der durchschnittliche Erlös an.

¹ Sogenannte Nettoerlöse, wie die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung/Vorteilsausgleich gem. Kto. 430) bei Liquidationsrecht bzw. Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung gem. Kto. 410, die das Krankenhaus in Rechnung stellt abzgl. der gezahlten Arzthonorare.

² Bei der Berechnung wurden nur diejenigen Krankenhäuser berücksichtigt, die Angaben zur Erlössumme und zur Anzahl der wahlärztlich behandelten Fälle getätigt haben.

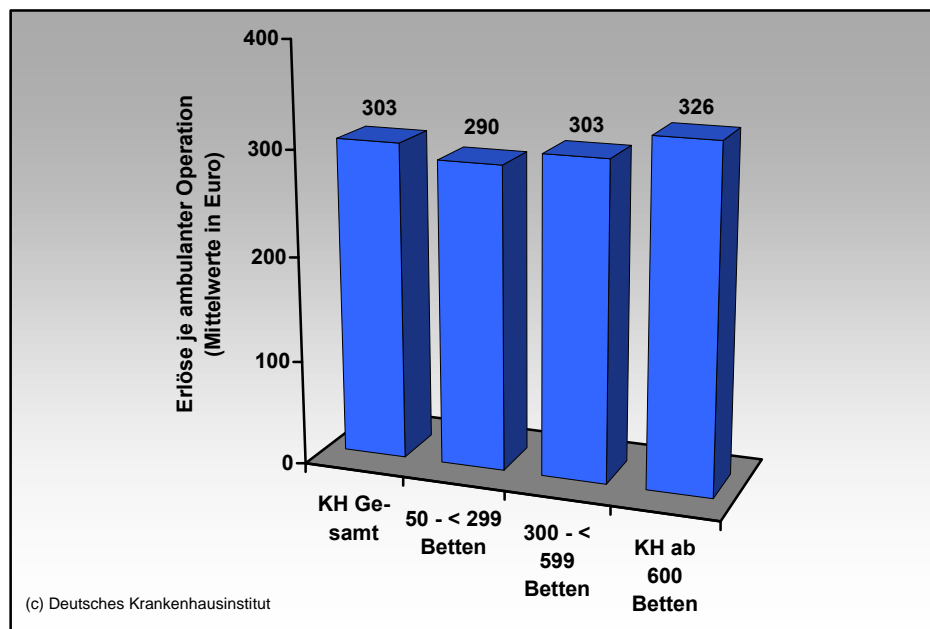


Abb. 2: Erlöse je ambulanter Operation in Euro – Mittelwerte nach Bettengrößenklassen

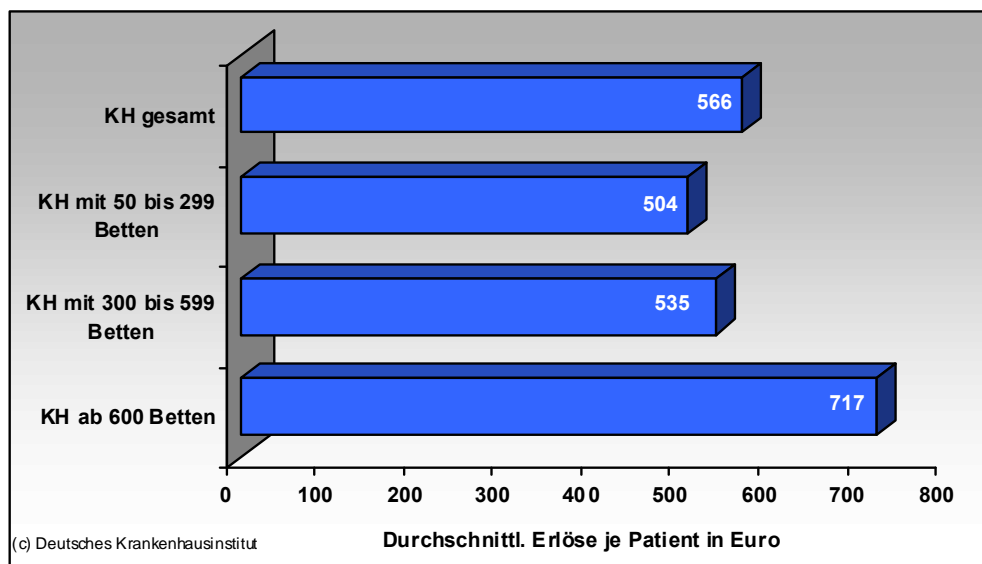


Abb. 3: Durchschnittliche Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung des Krankenhauses – Mittelwerte

Die durchschnittlichen Erlöse je Chefarzt, die dem Krankenhaus aus wahlärztlicher Tätigkeit verbleiben, liegen im Mittel bei 126 Tausend Euro.³ In den beiden unteren Bettengrößenklassen liegt der durchschnittliche Erlös bei jeweils 117 Tausend Euro und bei Kliniken ab 600 Betten bei 151 Tausend Euro je Chefarzt.

Die durchschnittliche Anzahl der wahlärztlich behandelten Patienten je Chefarzt nimmt mit zunehmender Bettengrößenklasse leicht ab. Erbringt ein Chefarzt in einem kleineren Krankenhaus mit 50 bis 299 Betten im Mittel bei 233 Patienten

³ Bei den Berechnungen wurden nur diejenigen Krankenhäuser berücksichtigt, die zur der Erlössumme aus wahlärztlicher Behandlung und der Anzahl der Chefarzte Angaben getätigt haben.

wahlärztliche Leistungen, sind es bei den Häusern mit 300 bis 599 Betten rund 219 Patienten und bei Kliniken ab 600 Betten nur noch 210 Patienten.

Der durchschnittliche Erlös je Chefarzt wie die Anzahl der wahlärztlich behandelten Fälle je Chefarzt ist in den neuen Bundesländern deutlich geringer als in den alten Bundesländern.

2.4 Medizinische Wahlleistungen

Angebote von medizinischen Wunsch- bzw. Zusatz- oder Alternativleistungen, die der Patient selbst bezahlt, spielen insbesondere im niedergelassenen Bereich eine zunehmende Rolle.

Auch für das Krankenhaus besteht die Möglichkeit, medizinische Wahlleistungen zu erbringen, d.h. Leistungen, die über den im Einzelfall zu bestimmenden Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, gegenüber dem Patienten abzurechnen.

Rund ein Drittel der Krankenhäuser bietet derartige Leistungen an. Der überwiegende Teil dieser Krankenhäuser beschränkt sich jedoch lediglich auf einige spezialisierte Angebote. Das Angebot spezieller individueller Gesundheitsleistungen nimmt bei Krankenhäusern mit steigender Bettengrößenklasse zu. Einige wenige Häuser (1,7%) bieten individuelle Gesundheitsleistungen in vielen Bereichen an.

Die überwiegende Mehrzahl der Kliniken (57%) erbringt keine medizinische Wahlleistungen. Fast die Hälfte der befragten Krankenhäuser plant auch kein diesbezügliches Angebot für die nahe Zukunft. 10% der Häuser geben hingegen an, dass ein Angebot individueller Gesundheitsleistungen in Planung bzw. im Aufbau befindlich ist.

Die Umsetzung oder Erbringung medizinischer Wahlleistungen ist bei der Mehrzahl der Krankenhäuser mit entsprechendem Angebot (62%) grundsätzlich unproblematisch.

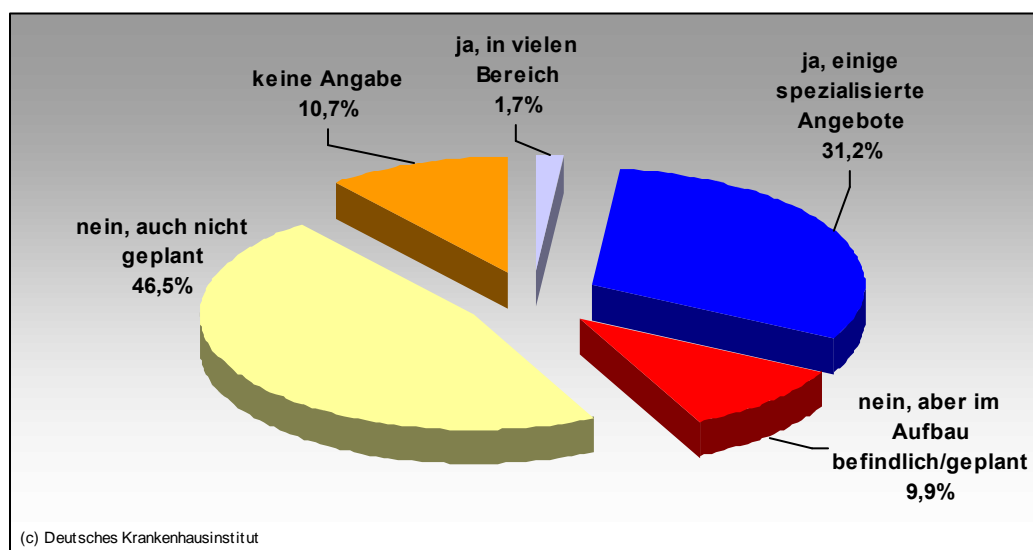


Abb. 4: Erbringung medizinischer Wahlleistungen – Häufigkeiten

Falls Schwierigkeiten auftreten, entstehen diese meist bei der Abrechnung der individuellen Gesundheitsleistungen gegenüber dem Patienten (15%). Bei 12% der Häuser wirkt sich die Erbringung von medizinischen Wahlleistungen negativ auf die Abrechnung von allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber der GKV/PKV aus.

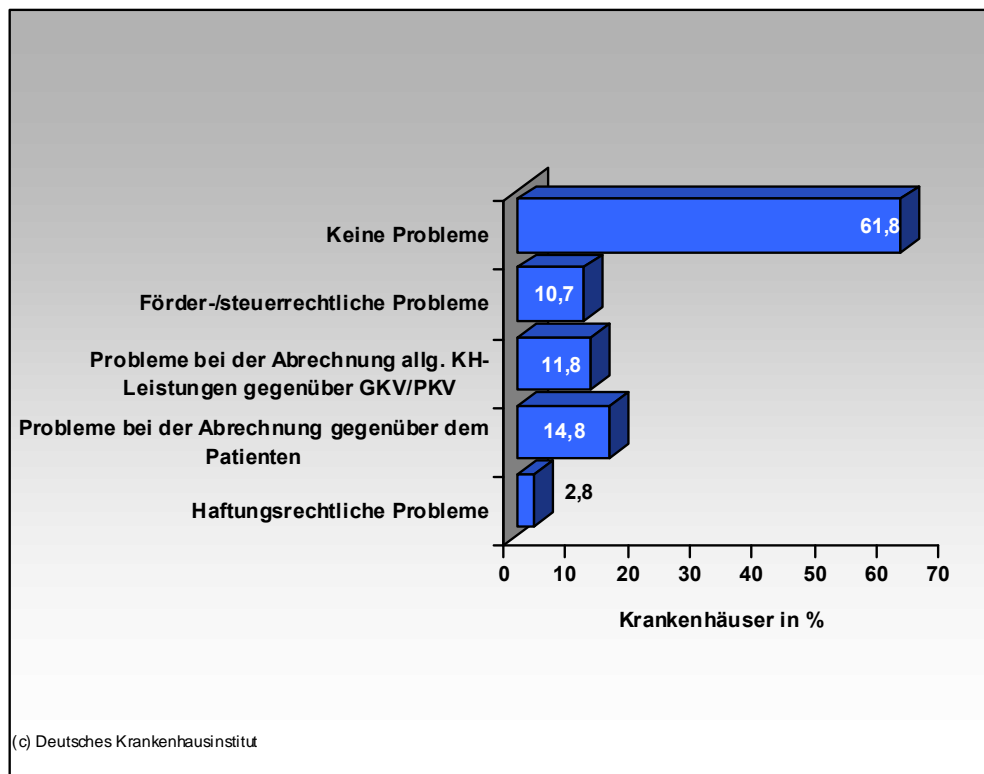


Abb. 5: Probleme bei der Umsetzung/Erbringung medizinischer Wahlleistungen - Häufigkeiten

2.5 Leistungsbreite und -tiefe im DRG-System

Durch die diagnose- und prozedurenbezogenen DRG-Entgelte wird das Leistungsspektrum des Krankenhauses transparenter als bei der Abrechnung der tageseigenen Pflegesätze.

Ermittelt man z.B. den Anteil der Top 30 DRGs an der Gesamtfallzahl der DRGs, erhält man Anhaltspunkte dafür, inwieweit sich das Krankenhaus auf bestimmte Leistungen fokussiert. Eine derartige Spezialisierung hat grundsätzlich Vorteile in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und möglicherweise die Qualität der Leistungserbringung auf Grund der hohen Anzahl gleicher Leistungen (Mengeneffekte), kann jedoch gleichfalls Risiken enthalten, wenn der Fallpauschalen-Katalog zuungunsten dieser Leistungen verändert wird.

Im *Krankenhaus Barometer* wurde erhoben, wie viele Fälle die Krankenhäuser im Jahr 2005 bzw. im Jahr 2006 in den so genannten Top 30 DRGs behandelten.⁴

Im Mittel über alle Krankenhäuser deckt die Fallzahlsumme der 30 meist erbrachten DRGs rund die Hälfte der insgesamt erbrachten DRG-Fälle ab. Für 2006 ist

⁴ Dabei wurden drei Stellen der DRG berücksichtigt (Basis-DRG ohne Berücksichtigung des Schweregrades).

eine leichte Steigerung gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Wie zu erwarten, nimmt mit zunehmender Größe der Prozentsatz der Top 30 DRGs an den DRG-Fällen insgesamt ab.

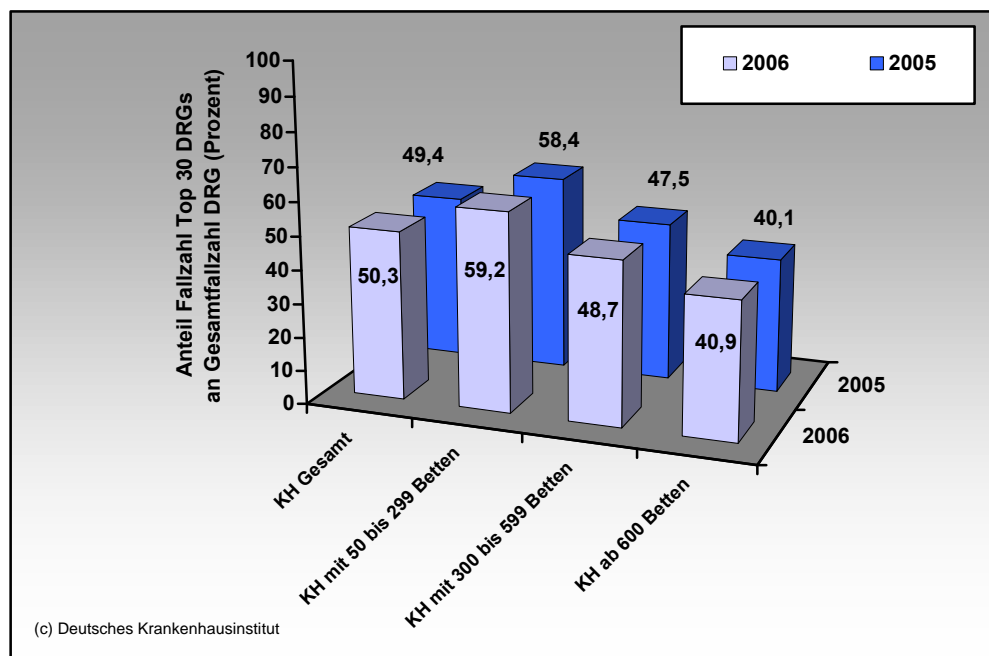


Abb. 6: Anteil Fallzahl Top 30 DRGs an Gesamtfallzahl DRG, nach Bettengrößenklassen

Weitere Hinweise auf die Leistungsstruktur gibt die Anzahl der unterschiedlichen DRGs, die vom Krankenhaus vereinbart wurden. Durch die zusätzliche Ermittlung der Anzahl der vereinbarten unterschiedlichen DRGs in den betrachteten Jahren lässt sich feststellen, wie breit das Leistungsspektrum eines Krankenhauses ist bzw. ob sich dieses zwischen den Jahren 2005 und 2006 verändert hat. Konnten im Jahr 2005 nach dem damals geltenden Fallpauschalen-Katalog maximal 845 bewertete DRGs für Hauptabteilungen vereinbart werden, waren es im Jahr 2006 maximal 912 DRGs.

Bei den Krankenhäusern, die zu beiden Jahren Angaben machten, wurde der Anteil der vereinbarten DRGs an den maximal zu vereinbarenden DRGs ermittelt. Im Mittel lag dieser Anteil bei 48% (2005) bzw. 46% (2006). Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser im Durchschnitt knapp die Hälfte des DRG-Leistungskatalogs erbringen.

Nach Bettengrößenklassen unterschieden, bildet sich mit zunehmender Bettengrößenklasse ein höherer Anteil vereinbarter unterschiedlicher DRGs heraus. Die Spannweite zwischen den Häusern liegt für das Jahr 2006 im Minimum bei 36% (Häuser mit 50 bis 299 Betten) und im Maximum bei 80% (Häuser mit 600 und mehr Betten).

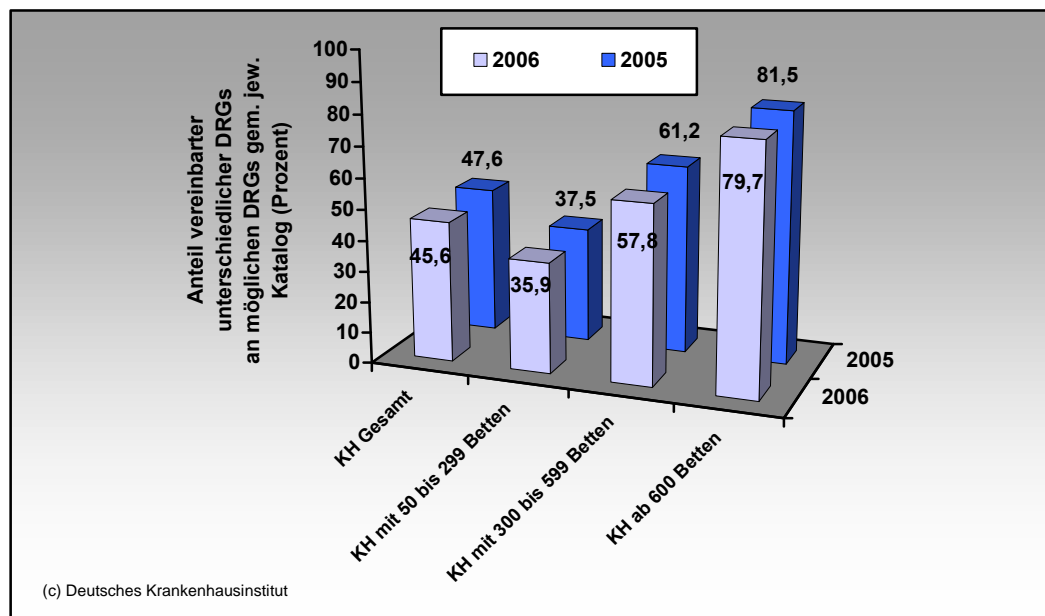


Abb. 7: Anteil vereinbarter unterschiedlicher DRGs an möglichen DRGs gem. jew. Katalog – Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen

In der Abb. 8 sind die Anteile der Top 30 DRGs an der DRG-Gesamtfallzahl und der vereinbarten DRGs an den insgesamt zu vereinbarenden DRGs für das Jahr 2006 in einem Punktediagramm dargestellt. Durch die Kombination lassen sich die Leistungstiefe/Spezialisierungsgrad (Anteil der Top 30 DRGs an der Gesamtanzahl der DRGs des Krankenhauses)⁵ und die Leistungsbreite (Anteil der vereinbarten DRGs an der Anzahl im Fallpauschalen-Katalog) gleichzeitig darstellen.

Alle Kliniken bewegen sich in einem „Korridor“ zwischen einer sehr niedrigen Leistungsbreite/sehr hohen Leistungstiefe und einer sehr hohen Leistungsbreite/sehr niedrigen Leistungstiefe. Krankenhäuser, die eine sehr niedrige Leistungsbreite und –tiefe bzw. eine sehr hohe Leistungsbreite und –tiefe aufweisen, treten nicht auf.

⁵

Der Spezialisierungsgrad bezieht sich dabei auf das Krankenhaus als Gesamtheit. Bei sehr großen Krankenhäusern mit einigen Spezialgebieten wird der Spezialisierungsgrad geringer ausfallen als bei einem sehr kleinen Krankenhaus, das nur wenige Leistungen erbringt. Somit stehen natürlich auch Leistungsbreite und –tiefe in einem engen Zusammenhang.

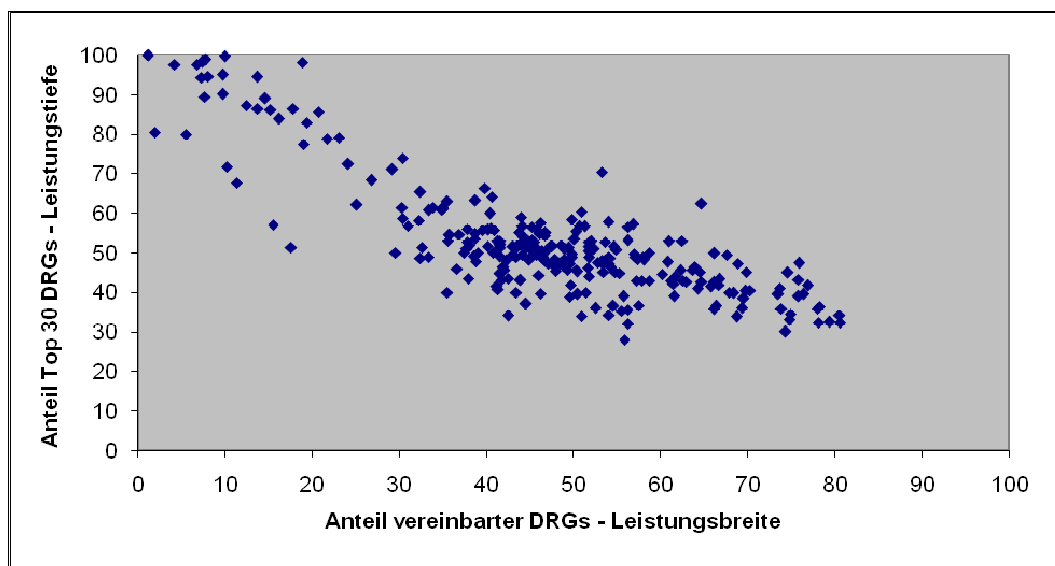


Abb. 8: Anteil vereinbarter und Top 30 DRGs im Jahr 2006 – Krankenhäuser der Stichprobe

In der Abb. 9 ist auf der x-Achse die Anzahl der vereinbarten DRGs abgetragen. Das Maximum liegt hier bei 912 bewerteten DRGs, die laut dem Fallpauschalen-Katalog 2006 für Hauptabteilungen vereinbart werden konnten. Auf der y-Achse findet sich die Anzahl der DRG-Fälle je vereinbarter DRG. Die Geraden markieren die jeweiligen Mittelwerte.

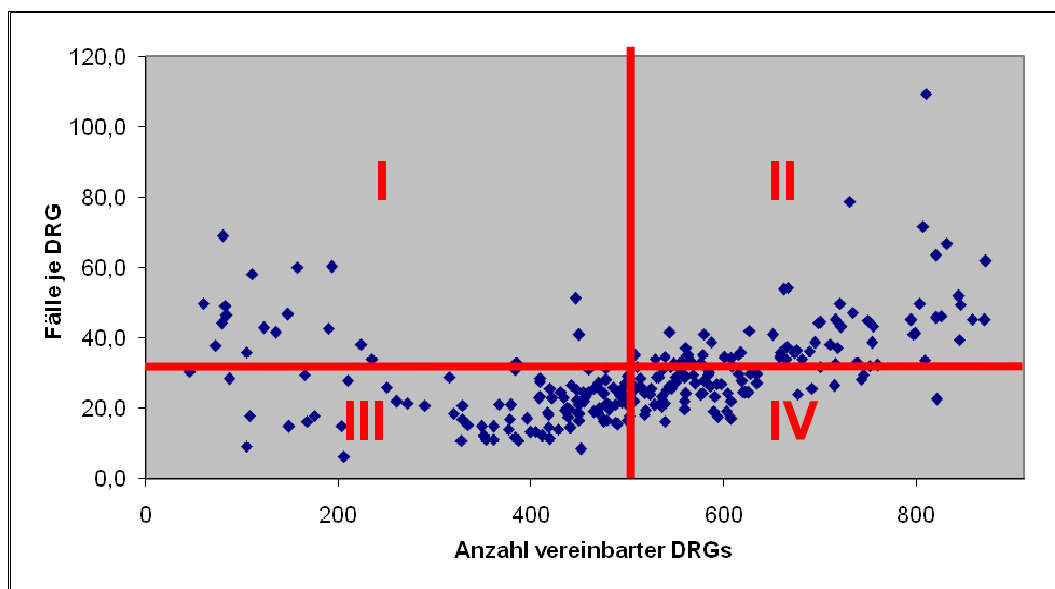


Abb. 9: Fälle je DRG und Anzahl vereinbarter DRGs – Krankenhäuser der Stichprobe

Die Felder sind stark von Krankenhäusern gleicher Bettengrößenklassen besetzt.

In den Feldern I und III befinden sich 90% der kleineren Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie eine vergleichsweise niedrige Anzahl vereinbarter DRGs aufweisen. Problematisch kann diese Situation in den Extrembereichen werden, also bei sehr niedriger Anzahl vereinbarter

DRGs, sehr wenigen Fällen je DRG oder sogar wenn dies beides zusammentrifft. In den Feldern III und IV befinden sich 77% der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten. 87% der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten bewegen sich in dem Feld II.

2.6 Kostendeckung von Fachabteilungen im DRG-System

Da im DRG-basierten Entgeltsystem die Vergütung der Leistung pauschaliert ist, ergibt sich die Schwierigkeit der Ermittlung leistungsgerechter Entgelte, die die durchschnittlichen Aufwendungen decken. Die Kalkulation der Relativgewichte für jede DRG-Leistung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) soll die Fallkosten der Leistungen in Relation zueinander möglichst realitätsgenau abbilden. Gelingt dies nicht und fällt das Relativgewicht für eine Leistung zu niedrig aus, führt dies (insbesondere nach der Konvergenzphase) auch bei wirtschaftlicher Leistungserbringung zu einer Kostenunterdeckung beim Krankenhaus. Sofern hiervon Leistungen bzw. Leistungsbereiche betroffen sind, die eine Fachabteilung bzw. das Krankenhaus häufig erbringt (ggf. Top 30 DRG), kann hiervon die Existenz der Fachabteilung bzw. des gesamten Krankenhauses bedroht sein.

Bei über einem Viertel der Krankenhäuser konnten im Jahr 2006 bei einzelnen Fachabteilungen die Kosten nicht gedeckt werden, weil zu viele Leistungen erbracht wurden, die nach Ansicht der Häuser im Fallpauschalenkatalog nicht angemessen bewertet wurden. Diese Problematik nimmt bei Krankenhäusern mit steigender Bettengrößenklasse zu.

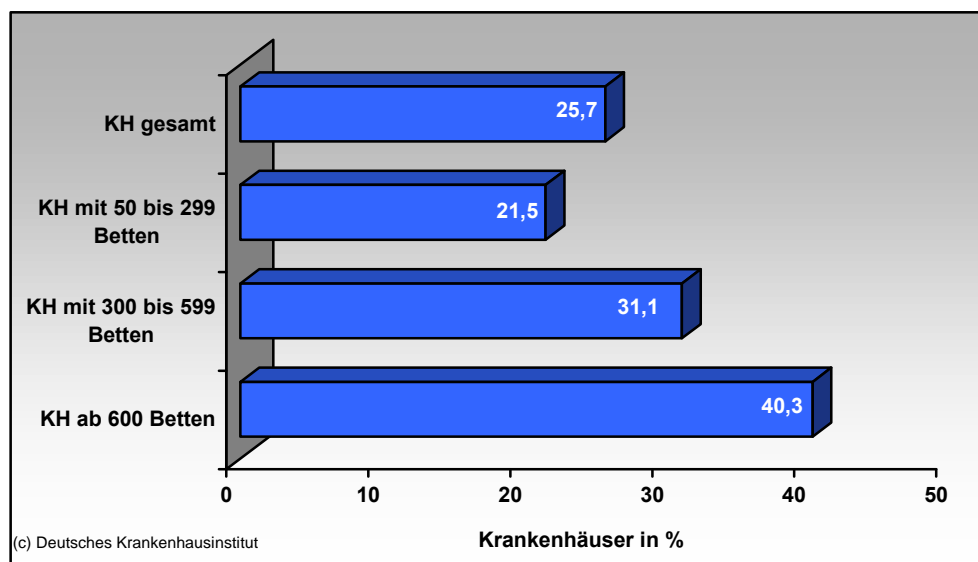


Abb. 10: Fehlende Kostendeckung einzelner Fachabteilungen auf Grund der nicht-angemessenen Bewertung im DRG-System - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen

Die Häuser, bei denen einzelne Fachabteilungen nicht kostendeckend DRG-finanzierte Leistungen erbringen konnten, sollten neben der Fachabteilung die wichtigsten DRGs angeben, die ihrer Ansicht nach im Jahr 2006 nicht angemessen bewertet wurden.

Den Angaben der Krankenhäuser zu Folge sind, gemessen an ihrer Häufigkeit, insbesondere die Fachabteilungen für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die Gynä-

kologie/Geburtshilfe und Pädiatrie von Kostenunterdeckungen überproportional betroffen.

Als wichtigste Leistungen, die nach Ansicht der Häuser nicht angemessen bewertet wurden, gelten in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde die DRGs D06B, D61 und D62Z. In der Gynäkologie/Geburtshilfe wurden insbesondere die DRGs O01C bis E und J07Z genannt. Die pädiatrischen wie geburtshilflichen Fachabteilungen geben eine unangemessene Bewertung deutlich verstärkt bei den DRGs P67C und D an. Zudem wird von ihnen auch die DRG P66 genannt. Des Weiteren sehen die pädiatrischen Fachabteilungen insbesondere die DRGs E69C und G67 als unangemessen bewertet an.

Aus der Fachabteilung der Inneren Medizin wird die DRG G67 ebenfalls genannt, zudem die G48Z und E71. In der Chirurgie werden insbesondere die DRGs H08B, G18Z, F34 sowie G24Z als unangemessen bewertet bezeichnet.

Die Angaben der Krankenhäuser können hinsichtlich der Angemessenheit der Leistungsbewertung nur erste Hinweise liefern. Inwieweit tatsächlich auch bei wirtschaftlicher Leistungserbringung eine Kostenunterdeckung gegeben ist, bedarf weitergehender Analysen.

2.7 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden über vorab definierte Fallpauschalen vergütet. Dem als lernendes System angelegtem DRG-System müsste eine gewisse Dynamik inhärent sein, damit einerseits eine Anpassung der Fallpauschalen an die Gegebenheiten der Krankenhäuser erfolgen kann, andererseits der medizinische Fortschritt in das System inkorporiert werden kann. Das ist nur bedingt der Fall.

„Die Abbildung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in einem DRG-System ist grundsätzlich mit Schwierigkeiten behaftet. Dies liegt einerseits daran, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden OPS-Kodes zumeist nur zeitlich verzögert geschaffen werden; andererseits kann eine angemessene Berücksichtigung der Leistungen in der Kalkulation nur dann erfolgen, wenn ausreichend viele Krankenhäuser die neue Methode anwenden.“⁶

Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sieht hierfür eine Regelung in § 6 Abs. 2 vor, wonach für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den definierten Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden können.

Bevor aber eine Vergütung erfolgen kann, muss zunächst definiert werden, was eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist. Hierzu wurde im Jahre 2004 ein umfangreiches standardisiertes Verfahren von den Selbstverwaltungspartnern beschlossen, nämlich in der „Vereinbarung zu § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – (NUB)“.

Demnach müssen Krankenhäuser Anfragen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) richten. Das InEK prüft dann anhand von Kriterien, ob für diese Methoden und/oder Leistungen eine sachgerechte Vergütung möglich ist. Die Anfragen

⁶ Schlottmann, Nicole u.a.: G-DRG-System 2006: Ein erster Überblick aus medizinischer Sicht, in: das Krankenhaus 97 (2005), S.846-858, hier: S.850.

werden im Anschluss an die Prüfung in vier Kategorien unterteilt, wobei nur Methoden/Leistungen, die den Status 1 erhalten, die Kriterien der NUB-Vereinbarung erfüllen und somit nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vergütet werden können. Anträge, die den Status 2 erhalten, genügen den Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht, so dass für sie kein Entgelt vereinbart werden darf. Bei den beiden letzten Kategorien, Status 3 und Status 4, konnten entweder die Antragsunterlagen nicht vollständig bearbeitet werden oder die Anträge stellten keine ausreichenden Informationen zur Verfügung. Somit liegt keine Information nach § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG vor und das Krankenhaus könnte Entgelte verhandeln, sofern noch keine Budgetvereinbarung abgeschlossen ist.

An diesem Prüfungsverfahren beteiligen sich mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser nie oder nur in absoluten Ausnahmefällen. Von ihnen werden daher i.d.R. keine Anträge auf neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren gestellt. Allerdings zeigen sich sehr deutliche Unterschiede im Antragsverfahren in Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser (Abb. 11).

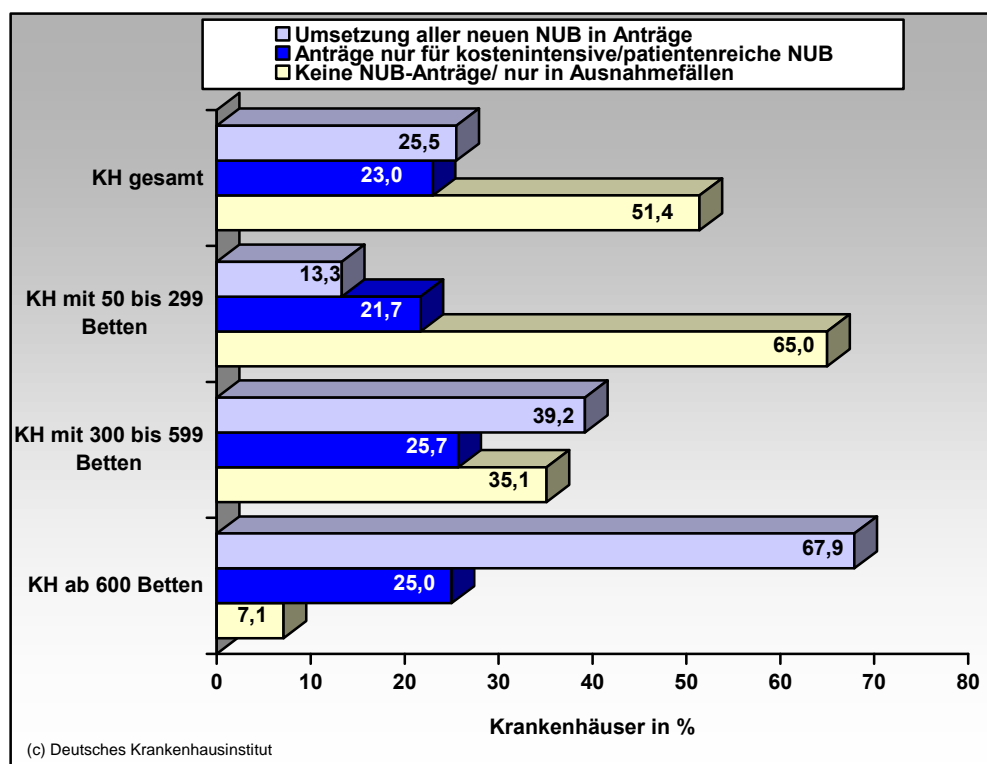


Abb. 11: Vorgehensweise bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

So gaben fast zwei Drittel aller Krankenhäuser zwischen 50 und 299 Betten an, sich nicht mit Anfragen an das InEK zu wenden. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte vor allem darin liegen, dass in diesen Krankenhäusern die Grund- und Regelversorgung statt findet und die Forschung und Umsetzung von medizinischen Innovationen nicht die oberste Priorität besitzt. Dass aber auch in den Krankenhäusern unter 300 Betten neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ergibt sich daraus, dass mehr als ein Fünftel der Häuser Anträge entweder für kostenintensive Verfahren/Methoden oder bei Verfahren/Methoden mit vielen Patienten stellt. Darüber hinaus unterziehen sich 13% der Krankenhäuser von 50 bis 299 Betten für alle relevanten neuen Untersuchungs-

und Behandlungsmethoden dem umfangreichen und aufwändigen Antragsverfahren.

Bei den Großkrankenhäusern ab 600 Betten liegt eine umgekehrte Vorgehensweise vor. Mehr als zwei Drittel dieser Häuser versuchen möglichst alle relevanten neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren in Anträge an das InEK umzusetzen. Ursache hierfür dürfte neben der hohen Priorität der Forschung in Krankenhäusern der Maximalversorgung und der Universitätskliniken vor allem auch die hohe Spezialisierung und ausgeprägte medizinische Kompetenz in einzelnen Fachbereichen sein, die innovative Verfahren und Methoden begünstigen. Allerdings unterzieht sich ein Viertel der großen Krankenhäuser dem NUB-Antragsverfahren nur dann, wenn es sich um kostenintensive Methoden/ Verfahren handelt oder viele Patienten betroffen sind. Nur eine Minderheit von 7% der Häuser ab 600 Betten stellen nie oder nur in absoluten Ausnahmefällen NUB-Anträge.

Konkret haben im Jahr 2005 rd. 30% der Krankenhäuser für 2006 einen oder mehrere Anträge zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an das InEK gestellt. Aber wie schon bei der grundsätzlichen Vorgehensweise zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Größenklassen der Krankenhäuser (Abb. 12).

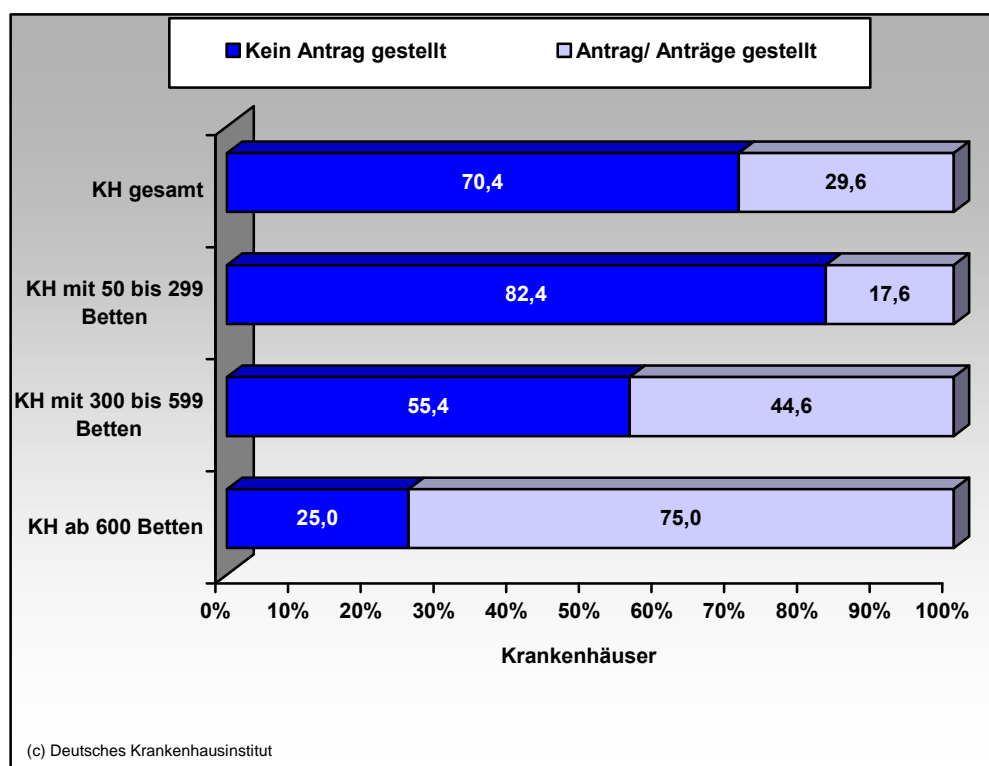


Abb. 12: NUB-Antrag 2005 für das Jahr 2006

Mit zunehmender Bettenzahl steigt der Anteil der Krankenhäuser, die einen oder mehrere Anträge für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stellten. Beispielsweise haben sich drei Viertel der Krankenhäuser ab 600 Betten an das InEK gewandt, während dies nur 18% der Häuser zwischen 50 und 299 Betten getan haben.

Sowohl die Krankenhäuser bis 300 Betten als auch die Häuser mit 300 bis 599 Betten haben im Mittel vier Anträge auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gestellt. Bei den Häusern ab 600 Betten lag der Mittelwert bei 16 Anträgen je Krankenhaus.

Das InEK hat Anfang 2006 über die im Jahre 2005 von den Krankenhäusern eingereichten Anträge entschieden. Jedem dieser Anträge wurde im Anschluss an das Prüfverfahren ein Status zugewiesen.

In der Erhebung wurde nur nach den Anträgen gefragt, die den Status 1 oder den Status 2 erhalten haben. Die Differenz zwischen den insgesamt gestellten Anträgen und den Anträgen mit Status 1 oder 2 besteht dann aus den Anträgen mit Status 3 und 4 sowie aus fehlenden Angaben der Krankenhäuser.

Es wird eine „Erfolgsquote“ ermittelt, die sich aus der Relation der Anträge mit Status 1 bzw. Status 2 zu der Gesamtzahl der gestellten Anträge ergibt. Diese „Erfolgsquote“ gibt Auskunft darüber, wie viele *Anträge* auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ihr Ziel erreichen konnten. Es geht also nicht um die Zahl der unterschiedlichen Methoden, die den Status 1 oder 2 erhalten haben. Diese Angaben können der Veröffentlichung des InEK zur den „Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2006: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ entnommen werden.

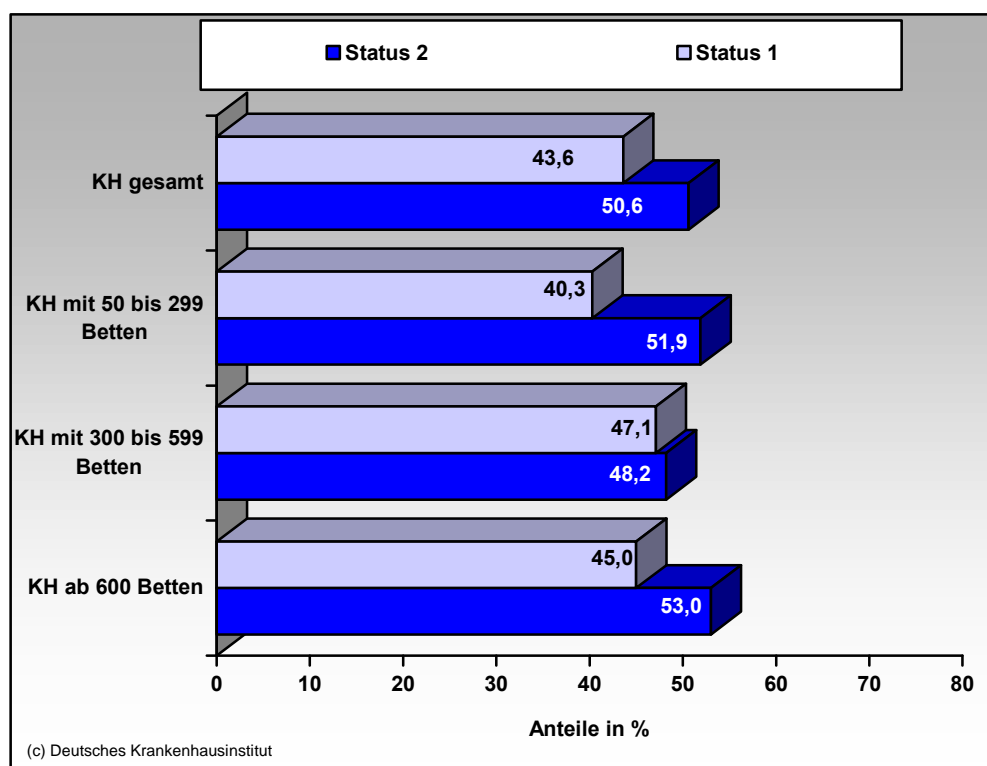


Abb. 13: Status der NUB-Anträge in Abhängigkeit von der Zahl der Anträge

Den Status 1 erhielten rd.44% aller im Jahr 2005 gestellten Anträge. Die Vertragsparteien auf örtlicher Ebene konnten somit für die Leistungen der so bewerteten Anträge zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbaren.

Rund 51% aller NUB-Anträge haben im Jahr 2006 den Status 2 erhalten. Für sie durfte damit kein Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vereinbart werden.

Größenklassenspezifisch zeigen sich nur wenige Unterschiede hinsichtlich der „Erfolgsquote“ der gestellten Anträge (Abb. 13).

In 59% der Krankenhäuser, die einen oder mehrere NUB-Anträge mit Status 1 hatten, konnten krankenhaushausindividuelle Entgelte für das Jahr 2006 vereinbart werden. Rund 39% der Krankenhäuser gaben an, dass keine Vereinbarung nach § 6 Abs. 2 KHEntgG abgeschlossen werden konnte. Die restlichen Krankenhäuser machten keine Angabe.

Die Fallzahlen der für das Jahr 2006 vereinbarten krankenhaushausindividuellen Entgelte sind vergleichsweise niedrig. Die durchschnittliche vereinbarte Fallzahl der fallbezogenen NUB-Entgelte lag bei den teilnehmenden Krankenhäusern bei 19. Bei den Zusatzentgelten lag die mittlere vereinbarte Fallzahl zwar bei 92, doch wird dieser Wert durch einige wenige Krankenhäuser stark beeinflusst. Lässt man diese außer Acht, dann lag der Mittelwert der Fallzahl der vereinbarten Zusatzentgelte nur noch bei 7 je Krankenhaus.

Betrachtet man den Anteil der NUB-Anträge aus dem Jahr 2005, die zu krankenhaushausindividuellen Entgelten im Jahre 2006 geführt haben, so kann festgestellt werden, dass lediglich 23% der Anträge von Erfolg gekrönt waren.

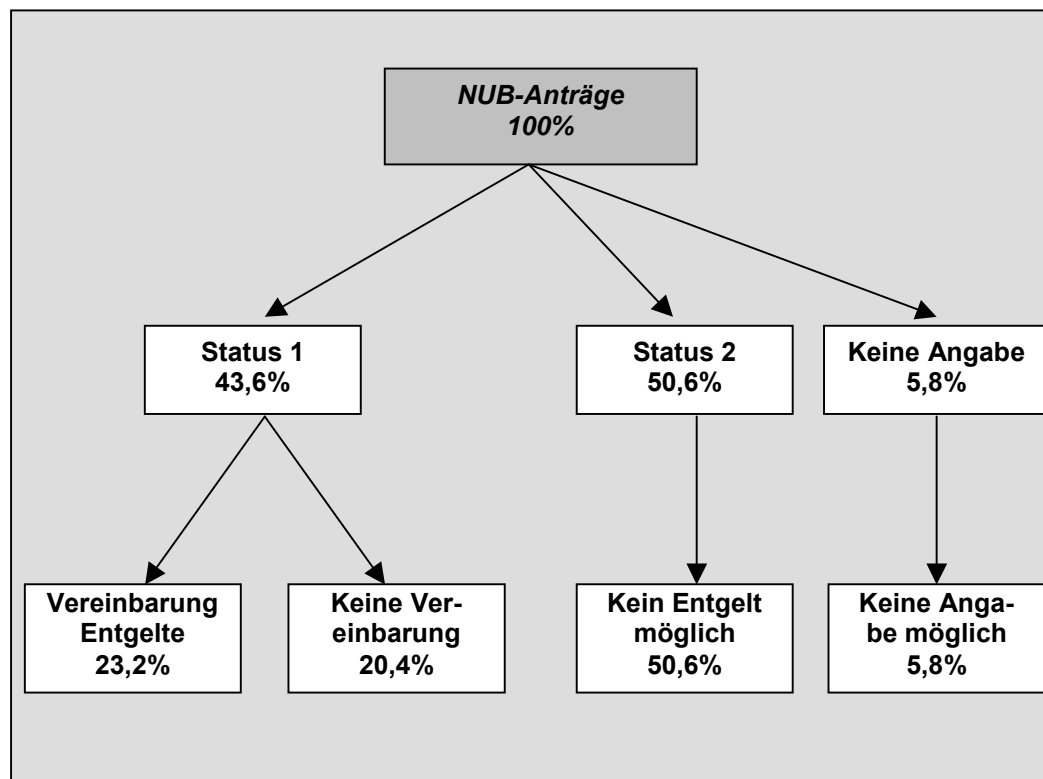


Abb. 14: Erfolgsquote der NUB-Anträge

An der ersten Hürde, der Prüfung durch das InEK und der Klassifikation anhand des Status, scheiterten schon etwas mehr als die Hälfte der Anträge. Lediglich 44% der von den Krankenhäusern gestellten Anträge erhielten den Status 1 und damit die Voraussetzung für die Vereinbarung eines krankenhaushausindividuellen Entgeltes.

Wiederum die Hälfte der erfolgreichen Anträge scheiterte aber auch an der Hürde der Vereinbarung eines krankenhaushausindividuellen Entgeltes.

Damit liegt insgesamt eine Erfolgsquote auf die Vereinbarung eines fallbezogenen Entgeltes oder Zusatzentgeltes für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von rd. einem Viertel vor.

Für ein Fünftel der NUB-Anträge wäre ein krankenhausindividuelles Entgelt möglich gewesen, aber es kam zu keiner Vereinbarung zwischen Krankenhaus und den Kostenträgern vor Ort.

Die von den meisten Krankenhäusern vereinbarten Fallzahlen für diese Entgelte sind sehr gering. Sie lagen bei der Mehrzahl der Krankenhäuser deutlich unter 10 Fällen je Entgelt. Nur in wenigen Krankenhäusern erreichten die Fallzahlen den dreistelligen Bereich.

3 Unternehmensstrategien im DRG-System

Durch die verbindliche Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems hat sich der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern verschärft. Den Krankenhäusern stehen verschiedenen Möglichkeiten offen, durch organisatorische und/oder strukturelle Maßnahmen weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und das Krankenhaus für zukünftige Herausforderungen strategisch auszurichten bzw. in der Krankenhauslandschaft zu positionieren.

Zum einen können die Maßnahmen einzelne Organisationseinheiten innerhalb des Krankenhauses verändern, wobei primäre wie sekundäre Leistungsbereiche betroffen sein können. Zum anderen kann auch die gesamte Institution des Krankenhauses einen strukturellen Wandel erfahren, wenn sich z.B. die Trägerschaft des Krankenhauses ändert. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Krankenhäuser die Herausforderungen des DRG-Systems angenommen, ihre Unternehmensstrategien daran ausgerichtet und vielfach Veränderungen durchgeführt haben.

3.1 Veränderungen der Fachabteilungsstruktur

Eine Anpassung an den Wettbewerb und Neupositionierung des Krankenhauses kann mit einer Veränderung der Fachabteilungsstruktur einhergehen. Vor dem Hintergrund einer verstärkten Spezialisierung können Fachabteilungen ganz neu gebildet werden (was sich ggf. auch in der Krankenhausplanung niederschlagen würde), aber auch organisatorisch derart nach Schwerpunkten untergliedert werden, dass innerhalb bestehender Hauptabteilungen neue Unterabteilungen, Leistungsbereiche o.ä. entstehen, die krankenhausintern ggf. sogar als "Fachabteilung" bezeichnet werden. Mit einer Spezialisierung ist ebenfalls verbunden, wenn Krankenhäuser eine nicht primär ihr Kernleistungsspektrum betreffende Fachabteilung auflösen oder Abteilungen zusammenlegen oder umwandeln.

Seit der verbindlichen Einführung der DRGs im Jahr 2004 hat rund ein Fünftel der Krankenhäuser mindestens eine Fachabteilung neu errichtet. Hierbei wird es sich vorrangig um die Bildung der o.g. krankenhausinternen Unterabteilungen, Leistungsbereiche, Schwerpunkte etc. handeln, da die Anzahl der nach der amtlichen Krankenhausstatistik aufgeführten Fachabteilungen nachweislich sinkt.

Zudem wurden verstärkt Fachabteilungen aufgelöst sowie Belegabteilungen in Hauptabteilungen umgewandelt.

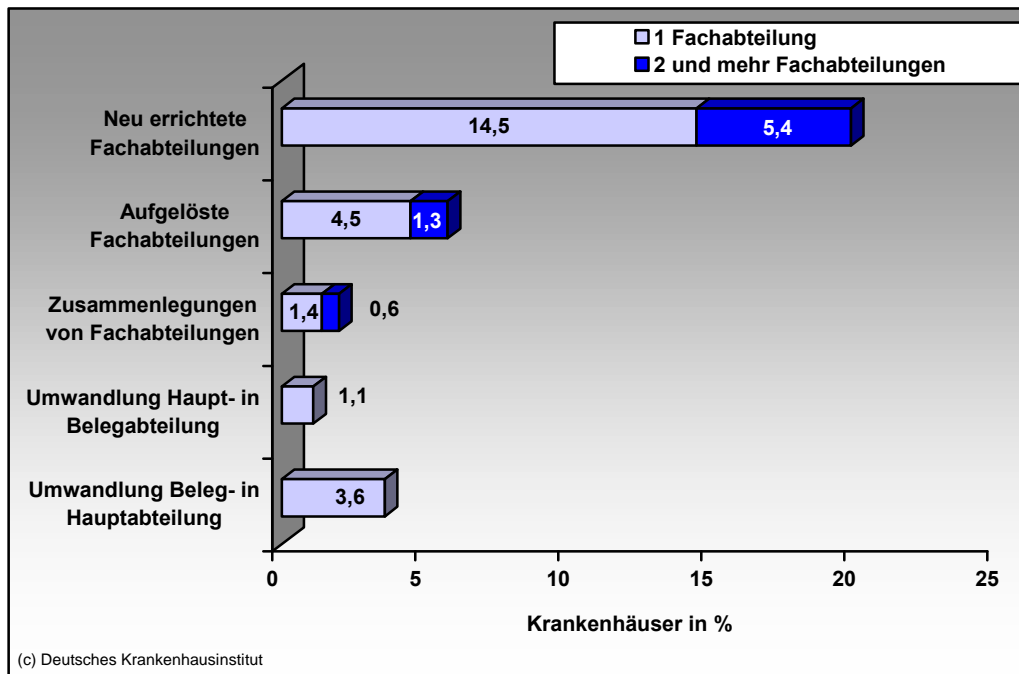


Abb. 15: Änderungen der Fachabteilungsstruktur seit 2004 – Häufigkeiten

Die Neuerrichtung mindestens einer Fachabteilung nimmt mit steigender Größe des Krankenhauses zu. So haben 14% der Krankenhäuser mit 50 bis unter 300 Betten mindestens eine neue Fachabteilung seit dem Jahr 2004 geschaffen, knapp 30% der Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten und über ein Drittel der Häuser mit 600 und mehr Betten. Bei den großen Häusern kam es hingegen auch vermehrt zu Neustrukturierungen durch die Zusammenlegung von Fachabteilungen.

3.2 In- und Outsourcing

Bei der Fokussierung auf das Kernleistungsgeschäft und der Schaffung einer effizienteren Organisation stehen insbesondere nichtmedizinische Leistungen (sogenannte sekundäre Leistungsbereiche wie z.B. die Küche) zur Diskussion, ausgelagert zu werden. Auslagerung bedeutet, dass die Leistungen nicht mehr von dem Personal bzw. mit der sächlichen Ausstattung des Krankenhauses erbracht werden. Auslagerungen können unterschiedlich erfolgen: so gibt es hierbei die Möglichkeit des Outsourcings oder Insourcings.

Unter Outsourcing wird die Übertragung von bisherigen Aufgaben des Krankenhauses an eine Fremdfirma und/oder ein anderes Krankenhaus verstanden. Insourcing steht dagegen für die Übertragung von Aufgaben an ein vom Krankenhaus oder dem Träger gegründetes Unternehmen und erfasst damit die Form der (internen) Auslagerung. Insourcing bedeutet somit im Kontext der gestellten Fragen ausdrücklich nicht die Wiedereingliederung von (zuvor ausgelagerten) Prozessen und Funktionen in das Krankenhaus.

Seit dem Jahr 2004 hat rd. ein Drittel der Krankenhäuser Aufgaben an Fremdfirmen/andere Krankenhäuser outgesourct. Damit sind lediglich die Krankenhäuser erfasst, die in den letzten drei Jahren den Prozess des Outsourcings vollzogen haben. Die Zahl der Krankenhäuser, die Aufgaben outgesourct haben, liegt dem-

nach deutlich höher. Das Outsourcing nimmt bei Krankenhäusern mit zunehmender Bettengrößenklasse ab.

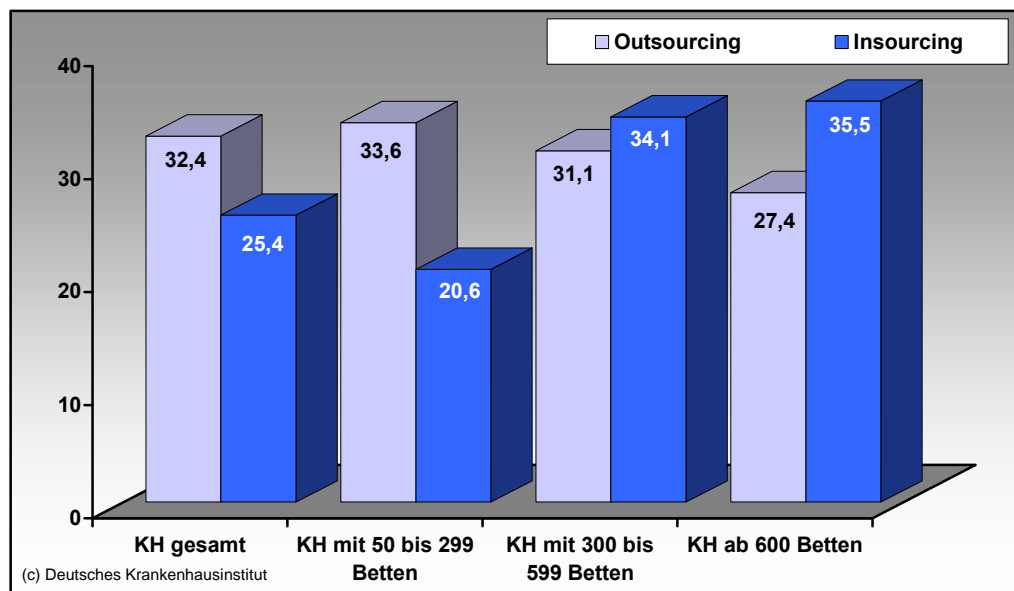


Abb. 16: Outsourcing und Insourcing ab 2004 – Häufigkeiten nach Größenklassen

Ein Insourcing fand seit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems bei einem Viertel der Krankenhäuser statt. Die Übertragung von Aufgaben an ein vom Krankenhaus oder dem Träger gegründetes Unternehmen nimmt bei den Krankenhäusern mit zunehmender Bettengrößenklasse zu. Diese Tendenz war auch bereits im *Krankenhaus Barometer* Herbst 2001 feststellbar.

Erfasst man Insourcing und Outsourcing gemeinsam, so haben rd. 8 Prozent sowohl Outsourcing als auch Insourcing betrieben. Hier handelt es sich vorrangig um kleinere Krankenhäuser zwischen 50 bis unter 300 Betten.

Bei der Frage nach den Aufgaben, die an eine Fremdfirma/ein anderes Krankenhaus übertragen bzw. ein vom Krankenhaus/Träger gegründetes Unternehmen übergeben wurde, ist nach den Bereichen Einkauf, Küche, Reinigung, Wäscherei, Hol- und Bringdienst, Bettenaufbereitung, Labor und Radiologie unterschieden worden. Zudem konnten die Krankenhäuser weitere Bereiche angeben.

Seit dem Jahr 2004 wurden insbesondere die Bereiche Labor, Reinigung und Küche outgesourct. Ein Insourcing wurde vorrangig bei der Reinigung und der Küche vorgenommen.

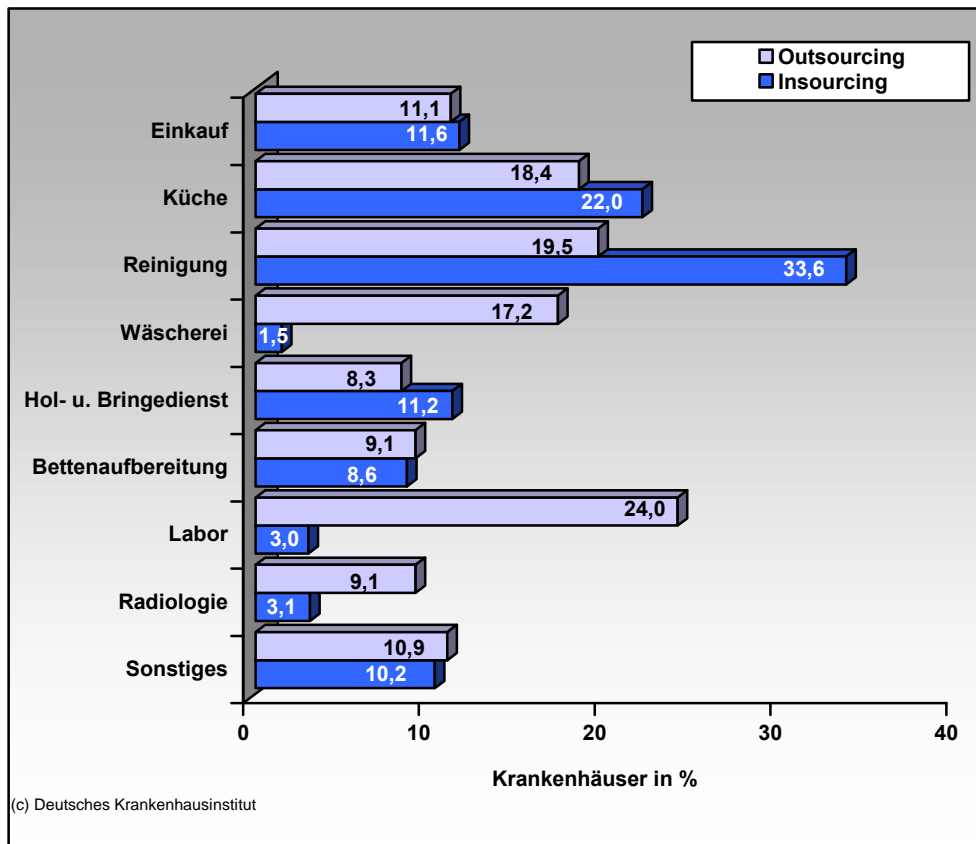


Abb. 17: Ausgelagerte Bereiche ab 2004 – Outsourcing und Insourcing

Als sonstige outgesourcte Bereiche wurden von den Krankenhäusern insbesondere die ambulante Abrechnung und die physikalische Therapie genannt. Ein Insourcing wurde von den Krankenhäusern des weiteren noch im Finanz- und Rechnungswesen und im Schreibdienst vorgenommen.

3.3 Abstimmung des Leistungsangebots

Der zunehmende Wettbewerbsdruck wie die damit einhergehende Fokussierung auf das Kernleistungsspektrum bedingt, dass von vielen Krankenhäusern nicht mehr ein breites Leistungsspektrum angestrebt wird, sondern ein auf die Kernkompetenzen angepasstes.

Im *Krankenhaus Barometer* wurden die Krankenhäuser gefragt, inwieweit sie das stationäre und ambulante Leistungsspektrum gezielt (d.h. mit Auswirkung auf ihre Leistungsplanung) mit anderen Krankenhäusern abstimmen. Die Krankenhäuser konnten separat für das stationäre und ambulante Leistungsspektrum angeben, ob es bei ihnen

- keine Abstimmung,
- eine gezielte Abstimmung für eine Fachabteilung,
- eine gezielte Abstimmung für mehrere Fachabteilungen oder
- eine gezielte Abstimmung des gesamten Leistungsspektrums

gegeben hat.

Über ein Viertel der Häuser stimmt sein stationäres Leistungsspektrum mit Auswirkung auf die Leistungsplanung mit anderen Kliniken ab. Beim ambulanten Leistungsspektrum sind es knapp 10 Prozent der Krankenhäuser, die eine gezielte Abstimmung vornehmen. Gegenüber den Vorjahresergebnissen aus dem *Krankenhaus Barometer* 2006 hat sich der Anteil der abstimmenden Krankenhäuser im stationären wie ambulanten Bereich jeweils um 5 Prozentpunkte erhöht. Der Anteil der Krankenhäuser, die ihr ambulantes Leistungsspektrum mit anderen Häusern abstimmen, hat sich damit gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt.

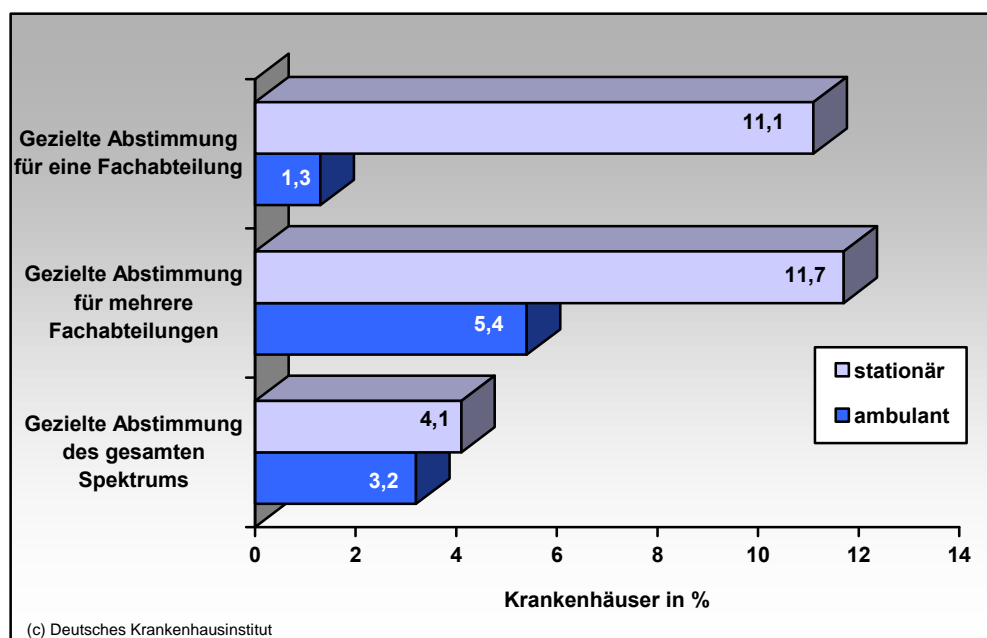


Abb. 18: Abstimmung stationäres und ambulantes Leistungsspektrum mit anderen Krankenhäusern - Häufigkeiten

Zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen gibt es hier keine deutlichen Unterschiede. Im Vergleich zum Vorjahr fällt jedoch auf, dass sich insbesondere die großen Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten vermehrt mit anderen Krankenhäusern im stationären Leistungsbereich abstimmen.

3.4 Kooperationen

Unter Kooperation wird die freiwillige Zusammenarbeit von Krankenhäusern verstanden, die rechtlich selbstständig bleiben. Knapp die Hälfte der Krankenhäuser (48%) ist seit dem Jahr 2004 eine institutionalisierte Form von Kooperation mit anderen Krankenhäusern eingegangen (z.B. durch vertragliche Vereinbarungen, Holdingstrukturen etc.). Krankenhäuser größerer Bettengrößenklassen streben dabei eher eine Kooperation an als kleinere Häuser (Abb. 19).

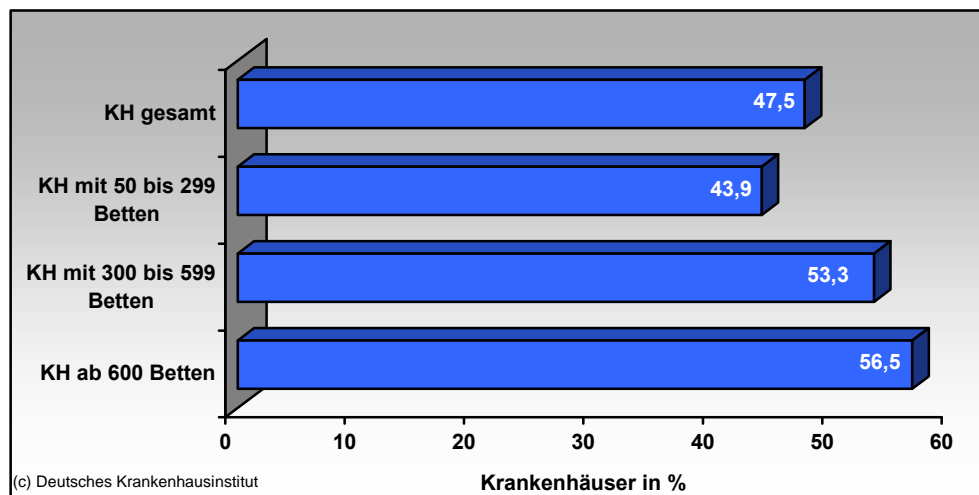


Abb. 19: Kooperationen mit anderen Krankenhäusern seit 2004 - Häufigkeiten nach Größenklassen

Am häufigsten finden Kooperationen im Bereich der medizinischen Kernleistungen und Funktionsbereiche (wie z.B. Labor, Radiologie) statt. Die institutionalisierte Zusammenarbeit im nichtmedizinischen Leistungssektor fällt demgegenüber geringer aus (Abb. 20).

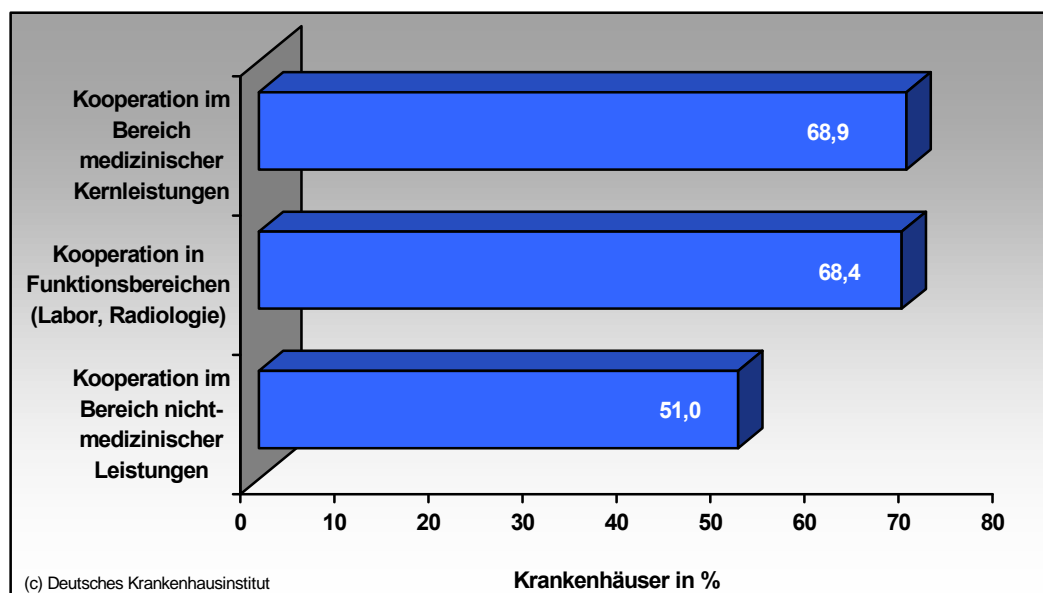


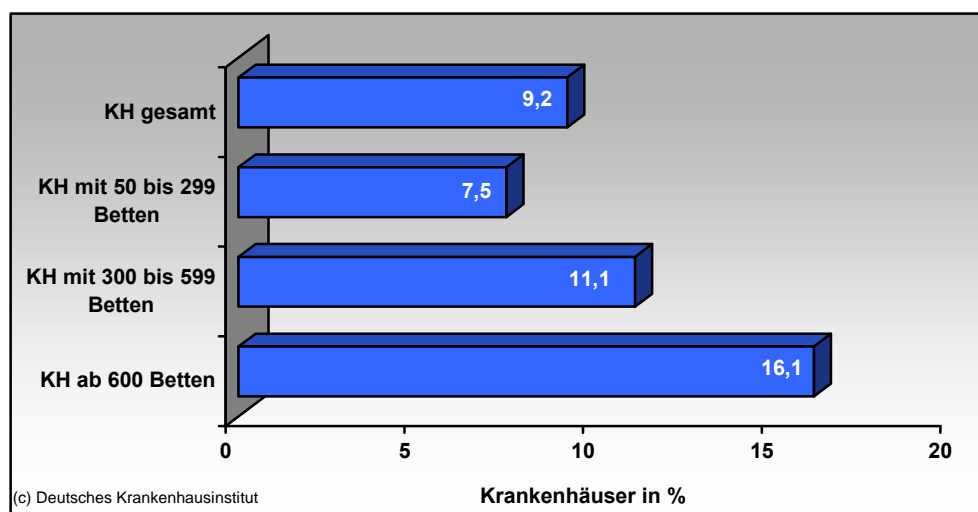
Abb. 20: Kooperationsbereiche – Häufigkeiten

Rund 95 Prozent der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten bilden im Bereich ihrer medizinischen Kernleistungen Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, wohingegen dies nur bei zwei Dritteln der Häuser unter 600 Betten der Fall ist. Kooperationen in den Funktionsbereichen sind insbesondere bei den kleineren Krankenhäusern mit 50 bis unter 300 Betten und den größeren Kliniken mit 600 und mehr Betten anzutreffen (über 70%). Bei den Krankenhäusern mit 300 bis unter 600 Betten ist dies lediglich bei rund 54 Prozent der Fall. Die kleineren Krankenhäuser unterhalten vermehrt Kooperationen im Bereich der nichtmedizinischen Leistungen (53%) als die größeren Krankenhäuser mit 300 und mehr Betten (jeweils rund 48%).

3.5 Fusionen

Unter einer Fusion wird im allgemeinen der Zusammenschluss von zwei oder mehreren Unternehmen zu einem einzigen Unternehmen verstanden. Damit muss nicht die vollständige Verschmelzung der Betriebe mit Aufgabe von Betriebsstätten verbunden sein. So gibt es im Krankenhaussektor oftmals Fusionen, in denen Krankenhäuser als Betriebsstätte weiter bestehen. Bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse ist dies zu beachten, da diese Form der Fusion dazu führen kann, dass im Einzelfall mehrere Betriebsstätten, die miteinander fusioniert haben, geantwortet haben.

Seit dem Jahr 2004 haben 9% der Krankenhäuser Fusionen mit einem oder mehreren Krankenhäusern vollzogen. Dabei nehmen mit steigender Bettengrößenklasse die Fusionen zu (Abb. 21).



**Abb. 21: Fusionen mit einem/mehreren anderen Krankenhäusern seit 2004
- Häufigkeiten nach Größenklassen**

Diejenigen Krankenhäuser, die seit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 keine Fusion mit einem/mehreren anderen Krankenhäusern eingegangen sind, wurden weiter danach gefragt, ob derzeit eine Fusion mit mindestens einem Krankenhaus geprüft oder in Planung ist.

Die überwiegende Mehrzahl dieser Krankenhäuser (78%) verneinte dies. Lediglich rund 6% der Krankenhäuser gaben an, dass bei ihnen eine Fusion geplant sei. Bei 13% der Häuser wurde zum Zeitpunkt der Befragung eine Fusion geprüft. Die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen sind hier nicht stark ausgeprägt (Abb. 22).

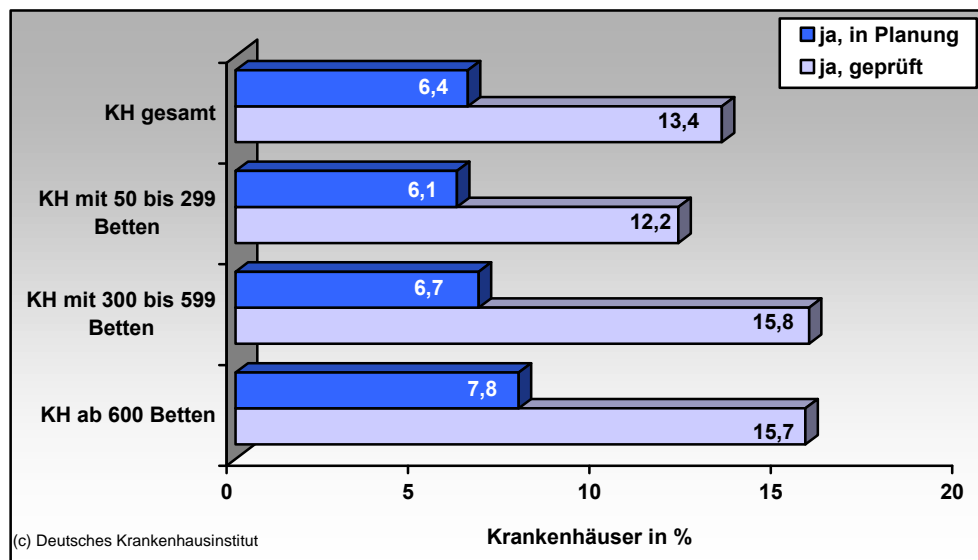


Abb. 22: Prüfung oder Planung von Fusionen – Häufigkeiten nach Größenklassen

3.6 Trägerwechsel

Die Trägerschaft eines Krankenhauses gilt als bedeutsames Strukturmerkmal, da sie die Eigentümerschaft des Hauses offenbart. Nach der Art der Träger unterscheidet man öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser.

Öffentliche Krankenhäuser sind solche, deren Träger eine kommunale Gebietskörperschaft, ein Bundesland, die Bundesrepublik Deutschland oder eine sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts ist. Freigemeinnützige Krankenhäuser werden von einem religiösen, kirchlichen, humanitären oder sozialen Träger geführt. Private Krankenhäuser sind Einrichtungen, die als gewerbliches Unternehmen einer Konzession nach der Gewerbeordnung bedürfen.

Die erfolgten bzw. voraussichtlichen Trägerwechsel im Zeitraum von der verbindlichen Einführung des DRG-System zum 1.1.2004 bis zum Abschluss der Konvergenzphase im Jahr 2009 stellt die nachfolgende tabellarische Übersicht dar.⁷ Auf die Untererfassung sehr kleiner Privatkliniken aufgrund der Ausschlusskriterien der Stichprobe (Häuser unter 50 Betten) sei in diesem Zusammenhang nochmals hingewiesen.

Die Ergebnisse zeigen eine weitgehende Konstanz im Zeitraum von 2004 bis 2009 auf. Auffallend ist jedoch, dass insbesondere Krankenhäuser unter öffentlich-rechtlicher Trägerschaft zum Zeitpunkt der Befragung keine Angabe zu ihrer Trägerschaft bei Abschluss der Konvergenzphase in knapp zwei Jahren tätigen konnten.

⁷ Berücksichtigt wurden die Krankenhäuser, die Angaben zu ihrer Trägerschaft am 01.01.2004 und derzeitigen Trägerschaft gemacht haben.

	Trägerschaft am 1.1. 2004	Derzeitige Trägerschaft	Voraussichtliche Trägerschaft im Jahr 2009
Öffentlich-rechtliche Trägerschaft	39,6	38,1	32,0
Frei-gemeinnützige Trägerschaft	47,7	48,2	47,3
Private Trägerschaft	12,7	13,7	14,4
Keine Angabe	0	0	6,3
Gesamt	100	100	100

Tab. 1: Trägerschaften der Krankenhäuser im Zeitraum von 2004 bis 2009
– Häufigkeiten

3.7 Rechtsformänderungen

Die Wahl der Rechtsform hat unmittelbare betriebswirtschaftliche Konsequenzen zur Folge, z.B. bezüglich der Haftung, der Kapitalbeschaffungsmöglichkeiten und der Gewinnverteilung. Nach der Rechtsform der Betriebe wird eingeteilt in private Betriebe und öffentliche Betriebe: Bei den Privatbetrieben wird u.a. zwischen Einzelunternehmungen, Personengesellschaften (Ges. bürgerl. Rechts, OHG, KG, Stille Ges.), Kapitalgesellschaften (AG, KGaA, GmbH) und Mischformen (z.B. GmbH & Co. KG) differenziert. Zu den öffentlichen Betrieben gehören z.B. die öffentlich-rechtlichen Anstalten, die Stiftungen und Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Die Krankenhäuser wurden in der diesjährigen Umfrage des *Krankenhaus Barometers* 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.

Vor dem Hintergrund, dass die gewählte Rechtsform für die meisten Betriebe grundsätzlich langfristigen Bindungscharakter hat, können Rechtsformwechsel in dem sechsjährigen Zeitraum von 2004 bis 2009 ein Zeichen für einen offensichtlichen Strukturwandel sein. Einen derartigen Wandel zeigen die Daten des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* auf (Tab. 2).

Bei rund 17% findet ein Rechtsformwechsel in diesem Zeitraum (voraussichtlich) mindestens einmal statt.

Krankenhäuser in der Rechtsform privater Betriebe nehmen deutlich zu (insbesondere bei der Rechtsform der gGmbH), wohingegen Häuser in der Rechtsform öffentlicher Betriebe abnehmen (hier insbesondere bei den Eigen- und Regiebetrieben). Nach den Ergebnissen besteht insbesondere für die Eigengesellschaften ein erhöhter Handlungsbedarf zum Rechtsformwechsel bis zum Jahr 2009.⁸

⁸ Berücksichtigt wurden die Krankenhäuser, die zu ihrer Rechtsform am 01.01.2004 und derzeitigen Rechtsform Angaben getätigt haben.

		Rechtsform am 1.1.2004	Derzeitige Rechtsform	Voraussichtliche Rechtsform im Jahr 2009
Rechtsformen privater Betriebe	GmbH	17,4	19,2	18,9
	gGmbH	37,4	44,7	48,5
	AG / gAG	0,7	0,9	1,1
	Sonstige ⁹	5,2	3,4	2,8
	Gesamt	60,7	68,2	71,3
Rechtsformen öffentlicher Betriebe	Eigengesellschaft ¹⁰	16,4	10,5	6,2
	Sonstige ¹¹	9,5	10,5	7,3
	Gesamt	25,9	20,1	13,5
Rechtlich unselbstständige Betriebsstätte		13,4	10,8	8,5
Keine Angabe		0	0	6,7
Gesamt		100	100	100

**Tab. 2: Rechtsformen der Krankenhäuser im Zeitraum von 2004 bis 2009
– Häufigkeiten**

Die Rechtsform eines Krankenhauses steht in enger Verbindung zu der Krankenhaussträgerschaft. So stehen derzeit rund 40% der Häuser in öffentlich-rechtlicher Krankenhaussträgerschaft unter den Rechtsformen öffentlicher Betriebe, wohingegen diese Betriebsführung bei freigemeinnützigen wie privaten Krankenhausträgern eher untergeordnete Bedeutung hat (Abb. 23).

⁹ Z.B. KG, Vereine.

¹⁰ Eigen- oder Regiebetrieb

¹¹ Z.B. Stiftungen und Körperschaften des öffentlichen Rechts.

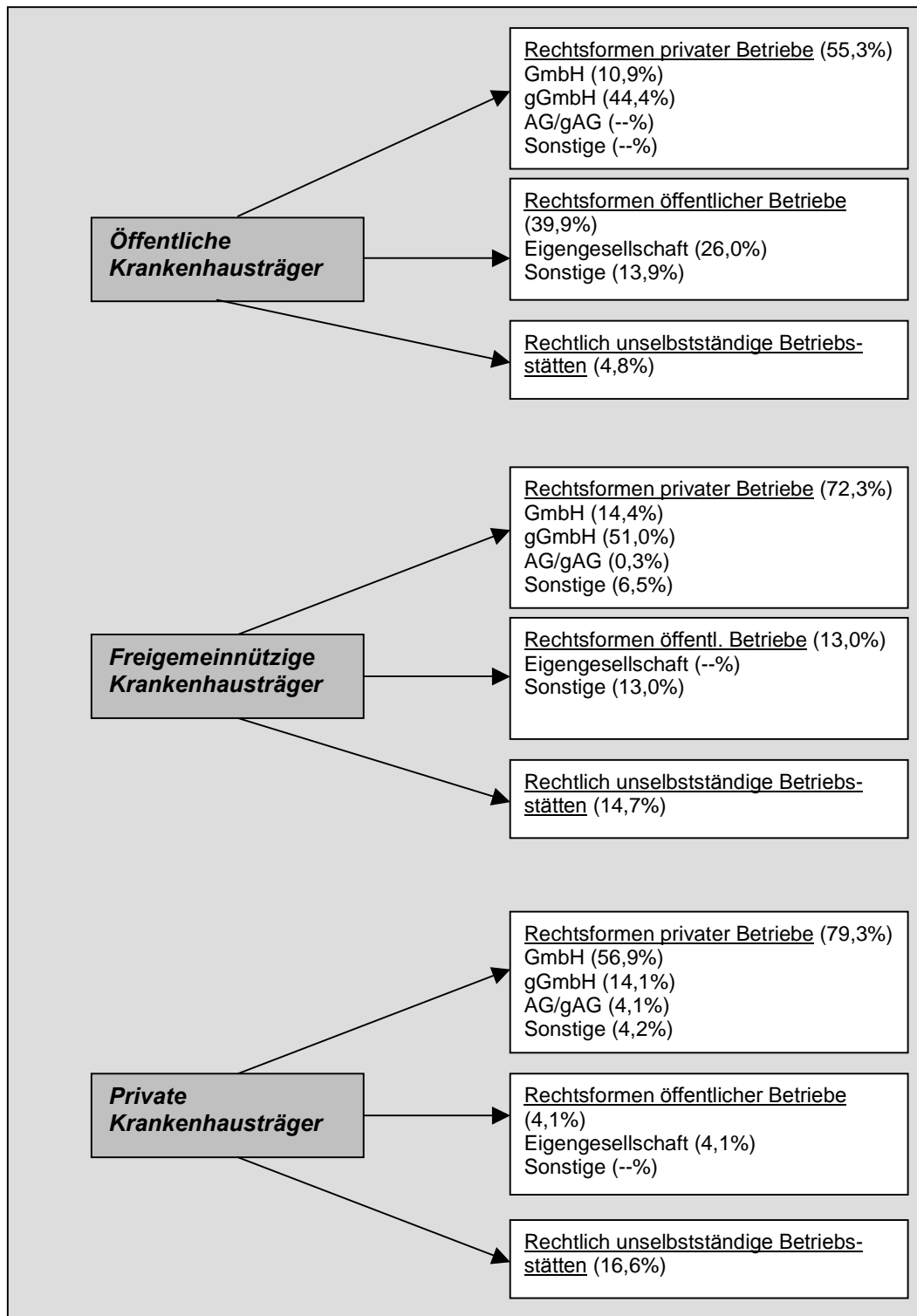


Abb. 23: Derzeitige Rechtsform nach Krankenhausträgern

3.8 Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten

Die Krankenhäuser sehen sich durch die Tarifabschlüsse des letzten Jahres mit einer erheblichen Verteuerung der ärztlichen Arbeitskraft konfrontiert. Durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes mussten zusätzliche ärztliche Stellen in den Krankenhäusern geschaffen werden. Das zunehmende Alter der Krankenhauspatienten mit immer schwereren Behandlungsbildern kann zu einem weiteren Bedarf an Ärzten führen, wenn die zukünftige Versorgung der Patienten dem gleichen Muster wie heute folgt.

Aus wirtschaftlichen Gründen, aber auch weil zusätzliche Ärzte nur begrenzt zur Verfügung stehen, muss das ärztliche Personal so effizient wie möglich eingesetzt werden. Dabei geht es auch um die Frage, welche Tätigkeiten des Arztes auch von nicht-ärztlichen Berufsgruppen des Krankenhauses übernommen werden dürfen.

Inwieweit in den Krankenhäusern schon entsprechende Maßnahmen umgesetzt oder eingeleitet werden, sollte auf der Krankenhausebene ermittelt werden.

Zunächst wurde danach gefragt, welche ärztlichen Tätigkeiten ganz oder teilweise in den teilnehmenden Krankenhäusern an Pflegekräfte oder andere Berufsgruppen delegiert werden. Hintergrund dieser Frage war es, einen Überblick über die Häufigkeit der Verlagerung der gängigen delegierbaren Tätigkeiten zu bekommen.

Es zeigt sich, dass Anlegen/ Wechsel von Verbänden sowie das Anlegen und Umstecken von Infusionen in rd. 80% der Krankenhäuser (auch) von nicht-ärztlichen Berufsgruppen durchgeführt wird.

In rund zwei Dritteln der Krankenhäuser erfolgen die venöse Blutentnahme sowie Injektionen (i.v. oder i.m.) ebenfalls nicht ausschließlich durch Ärzte.

Auch wenn nicht gefragt wurde, wie häufig oder auf welchen Stationen die vier genannten Leistungen durch nicht-ärztliche Berufsgruppen erfolgen, dürfte klar sein, dass diese Tätigkeiten zum Standardrepertoire der Delegation von ärztlichen Leistungen zählen.

Seltener wird das Legen von Magensonden oder das Legen von peripheren venösen Zugängen an nicht-ärztliche Berufsgruppen delegiert.

Zum Bereich der Delegation von administrativen Aufgaben zählen Kodierung und Dokumentation. In fast der Hälfte der Krankenhäuser wird die Kodierung nicht ausschließlich von Ärzten vorgenommen. Dagegen erfolgt die Dokumentation von ärztlichen Leistungen nur in rd. einem Fünftel der Häuser auch durch nicht-ärztliche Berufsgruppen.

Eine Auswertung nach Größe der Krankenhäuser belegt, dass es kaum signifikante Unterschiede zwischen den Größenklassen gibt. Die aufgeführten Leistungen werden weitgehend unabhängig von der Größe der Krankenhäuser vom ärztlichen Dienst an andere Berufsgruppen delegiert. Lediglich bei der Delegation der administrativen Aufgaben zeigen sich deutlichere Unterschiede.

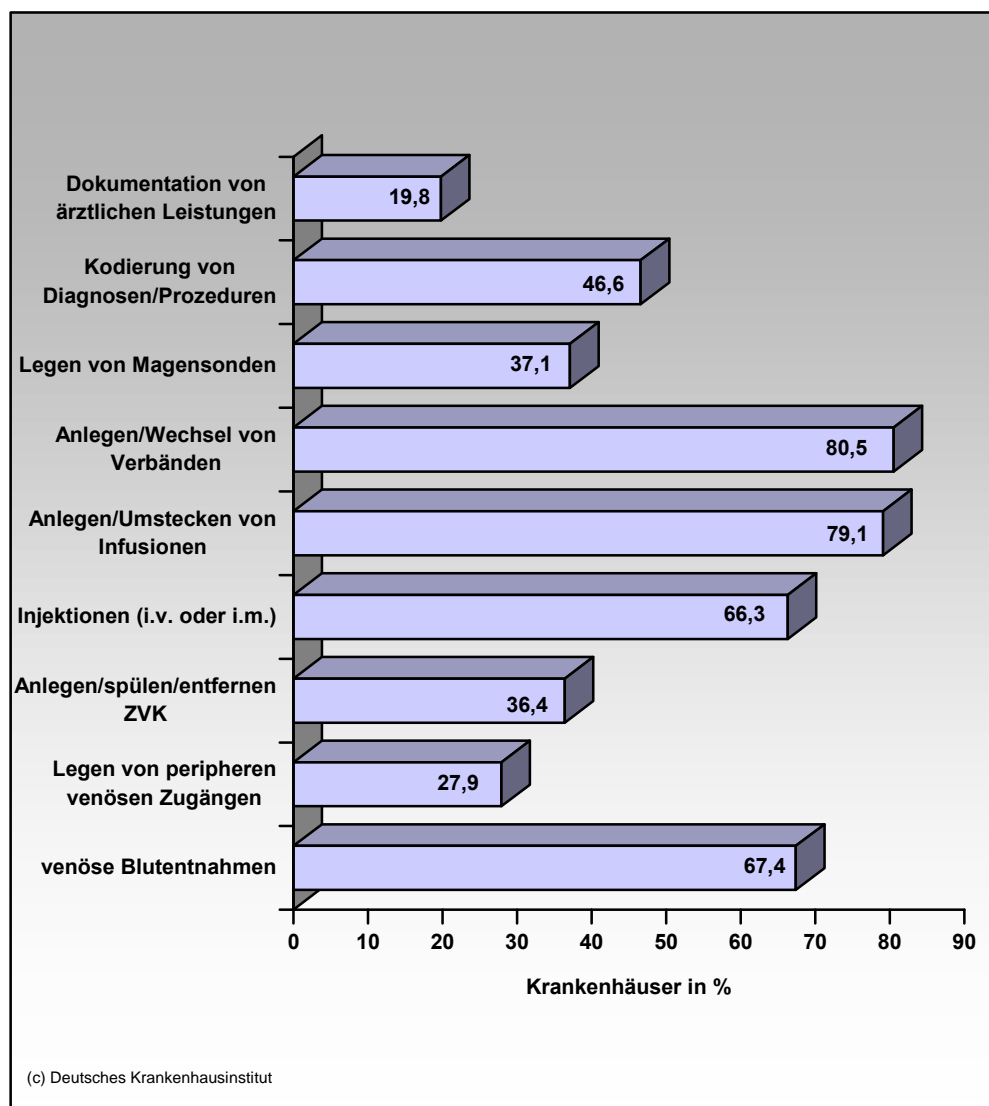


Abb. 24: Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen

So wird beispielsweise in der Hälfte der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren ganz oder teilweise an andere Berufsgruppen delegiert. Der entsprechende Anteil liegt in den Häusern ab 600 Betten dagegen bei 42%.

In einem Viertel der Häuser in den beiden Größenklassen ab 300 Betten erfolgt die Dokumentation von ärztlichen Leistungen auch durch nicht-ärztliche Berufsgruppen. Bei den Häusern unter 300 Betten geschieht dies nur in 17% der Krankenhäuser.

In Krankenhäusern werden aber nicht nur die oben dargestellten ärztlichen Tätigkeiten an andere Berufsgruppen delegiert, sondern auch darüber hinausgehende Tätigkeiten und Aufgabenbereiche. Folgende komplexe Aufgabenbereiche werden, den Angaben in einer entsprechenden Freitextfrage zufolge, ebenfalls häufiger delegiert:

- Wund- und Schmerzmanagement,
- Casemanagement in Form der Belegungssteuerung und des Entlassmanagements,
- Assistenz im OP wie Hakenhalten, Lagerung, Venenstripping,
- Kommunikation mit dem MDK.

Eine weitere Frage richtete sich danach, ob in Krankenhäusern im Rahmen von Modellvorhaben oder durch die Entwicklung neuer Berufsbilder bzw. den Einsatz neuer Berufsgruppen eine neue Aufgabenverteilung zwischen Ärztlichem Dienst und anderen Berufsgruppen geplant oder erreicht worden ist. Bei der Frage geht es nicht mehr um die Delegation von Leistungen, sondern um eine Neuallokation von Tätigkeiten. Die originäre Zuständigkeit für eine Tätigkeit liegt damit nicht mehr bei den Ärzten, sondern bei den anderen Berufsgruppen, die diese Leistung dann auch eigenverantwortlich erbringen.

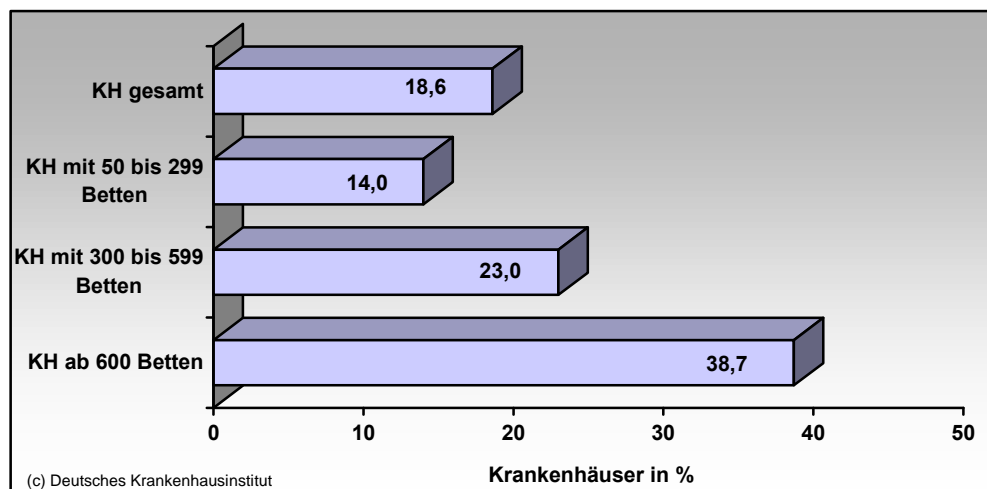


Abb. 25: Neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen

In rd. 19% der Krankenhäuser wird eine neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen erprobt oder ist zumindest geplant.

Hier spielen offensichtlich Größenunterschiede der Krankenhäuser eine Rolle. Je größer die Krankenhäuser sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Neuallokation von Leistungen gekommen ist. So erfolgt in 39% der Krankenhäuser ab 600 Betten schon eine entsprechende neue Aufgabenverteilung oder sie wird zumindest geplant. Bei den Häusern mit 50 bis 299 Betten liegt der Anteil lediglich bei 14%.

Gefragt danach, um welche Berufsgruppen es sich handelt, wurden von den Krankenhäusern folgende Angaben gemacht:

- OTA im OP
- Arzthelferinnen im OP
- Chirurgische Assistenten im OP-Bereich/ Bachelor of Science in Physician Assistance
- Gefäßchirurgische Assistenten

- Anästhesietechnische Assistenten
- Stationsassistenten
- Medizinische Dokumentations-Assistenten.

Insofern sollen komplexere Aufgaben, die über einzelne delegierbare Tätigkeiten hinausgehen, von anderen Berufsgruppen zukünftig übernommen werden.

Die Krankenhäuser haben sich eine vergleichsweise gute Ausgangssituation geschaffen, um mit der Verteuerung und Verknappung der ärztlichen Arbeitskraft umzugehen. Allerdings sind nicht nur die Krankenhäuser am Zuge. Es müssen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt werden, in denen eine Delegation und eine Neuallokation von ärztlichen Tätigkeiten erfolgen können und dürfen.

4 Unternehmensziele

4.1 Wichtigkeit von Unternehmenszielen

Traditionell gibt es in den Krankenhäusern eine Reihe unterschiedlicher Unternehmensziele. Grundsätzlich kann dabei zwischen ökonomischen Zielen (wie Gewinn- und Umsatzsteigerung) und qualitätsorientierten Zielen (etwa die Versorgungsqualität oder Beschäftigungssicherung) unterschieden werden. Vor diesem Hintergrund wurde im diesjährigen *Barometer* der Versuch unternommen, den Unternehmenserfolg von Krankenhäusern insbesondere unterschiedlicher Trägerschaft im Kontext verschiedener Unternehmensziele zu bestimmen. Inhaltlich lehnt sich die Analyse teilweise an eine Studie von Helmig mit Krankenhausdaten aus dem Jahr 2000 an.¹² Damit kann gleichzeitig überprüft werden, inwieweit sich Unternehmensziele und Erfolgsfaktoren der stationären Versorgung im Zuge der Einführung des DRG-Systems verändert haben.

Abb. 26 zeigt die Wichtigkeit der erhobenen Unternehmensziele in absteigender Rangfolge. Demnach dominieren in der Zielhierarchie deutscher Krankenhäuser eindeutig qualitätsorientierte Ziele. Am wichtigsten ist den Krankenhäusern eine hohe Patientenzufriedenheit, eine hohe Qualität der Leistungserbringung und ein gutes Image ihres Hauses in der Öffentlichkeit. Fast alle befragten Einrichtungen betrachten diese Ziele als sehr oder äußerst wichtig.

Als weitere Kundengruppe neben den Patienten haben darüber hinaus die Einweiser eine überragende Bedeutung für die Krankenhäuser. Im Mittelfeld stehen eher mitarbeiterorientierte Ziele wie eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit oder die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen.

Am unteren Ende der Skala rangieren die ökonomischen Ziele der Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite, der Gewinnerzielung und Umsatzerhöhung. Die beiden letztgenannten Ziele betrachtet jeweils nur die Hälfte der Häuser als sehr wichtig oder äußerst wichtig, eine hohe Kapitalrendite nur ein Viertel der Befragten.

Betriebswirtschaftliche Aspekte spielen in den Krankenhäusern gleichwohl eine große Rolle, allerdings ist die Prioritätensetzung eine andere: Entsprechend der stärker bedarfs- oder gemeinwirtschaftlichen Ausrichtung vieler Krankenhäuser

¹² Vgl. Helmig, B.: Ökonomischer Erfolg in öffentlichen Krankenhäusern. Berlin 2005 (Berliner Wissenschaftsverlag)

geht es hier weniger um Gewinn- oder Umsatzmaximierung als vielmehr um Kosteneinsparungen oder die wirtschaftliche Sicherung der Unternehmensexistenz als notwendige Voraussetzung zur Realisierung gemeinnütziger Ziele.

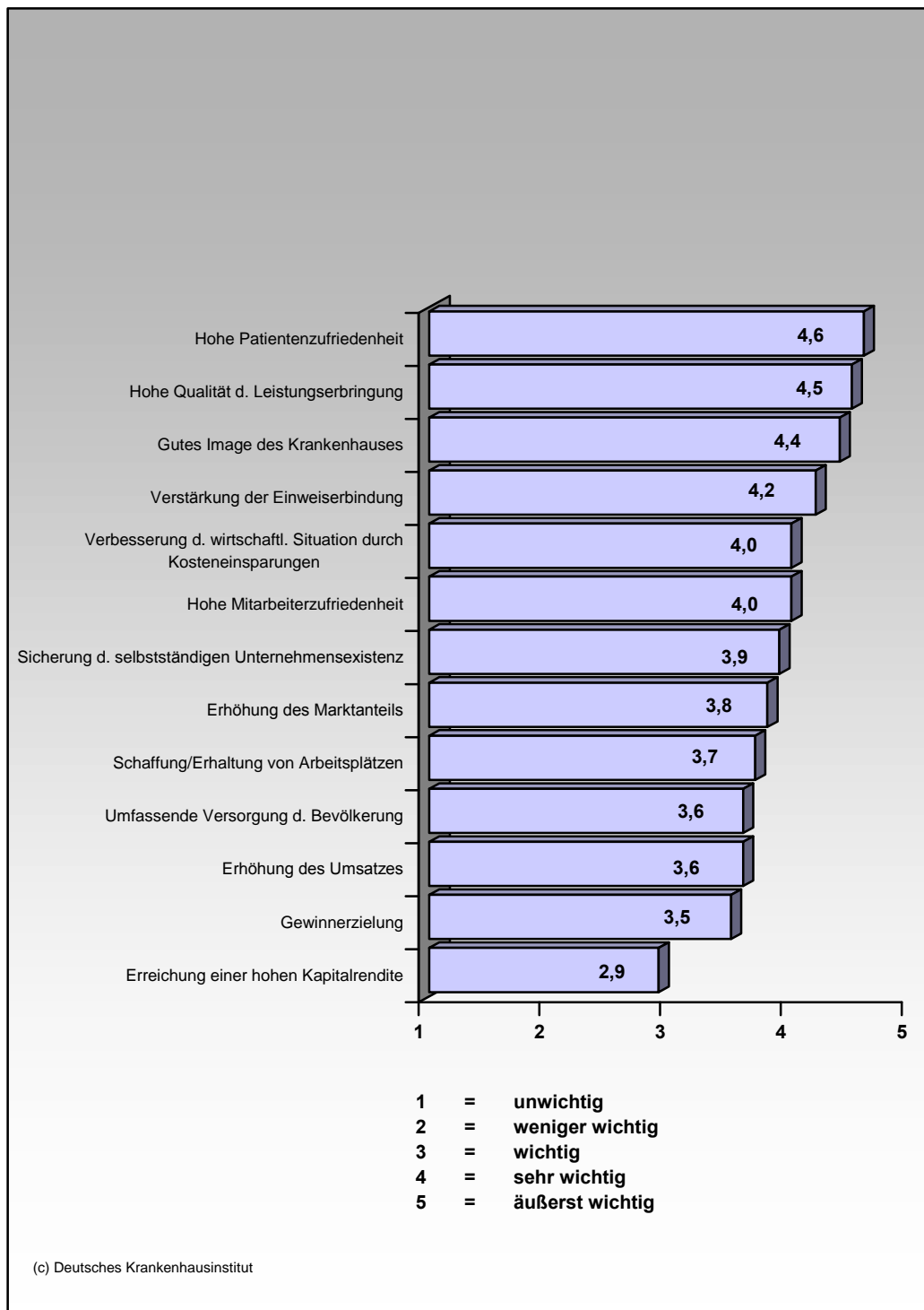


Abb. 26: Wichtigkeit von Unternehmenszielen - Mittelwerte

Tab. 3 zeigt, inwieweit die Unternehmensziele in Abhängigkeit von der Krankenhausträgerschaft variieren. Dabei fällt erstens auf, dass trägerübergreifend die gleichen, stärker qualitätsorientierten Ziele die höchste Priorität haben. Darüber hinaus gibt es, von der Gewinnerzielung einmal abgesehen, auch ansonsten nur geringfügige Unterschiede in der Rangfolge der Unternehmensziele zwischen den verschiedenen Trägergruppen. Im Vergleich zum Jahr 2000, also noch vor Einführung des DRG-Systems, hat sich an der Rangfolge der Unternehmensziele sowohl insgesamt als auch trägerspezifisch faktisch wenig geändert.¹³

	öffentlich-rechtlich		freigemeinnützig		privat	
	Mittelwert	Rangzahl	Mittelwert	Rangzahl	Mittelwert	Rangzahl
Hohe Patientenzufriedenheit	4,6	(1)	4,6	(1)	4,6	(1)
Hohe Qualität der Leistungserbringung	4,5	(2)	4,5	(2)	4,5	(2)
Gutes Image des Krankenhauses	4,5	(3)	4,4	(3)	4,3	(3)
Verstärkung der Einweiserbindung	4,2	(4)	4,1	(4)	4,2	(4)
Verbesserung d. wirtschaftlichen Situation durch Kosteneinsparungen*	4,2	(5)	4,0	(6)	3,9	(6)
Hohe Mitarbeiterzufriedenheit	4,0	(6)	4,0	(5)	3,9	(5)
Sicherung der selbstständigen Unternehmensexistenz	3,9	(8)	4,0	(7)	3,8	(9)
Erhöhung des Marktanteils im Einzugsgebiet	3,9	(7)	3,8	(8)	3,8	(9)
Schaffung/Erhaltung von Arbeitsplätzen*	3,6	(10)	3,8	(9)	3,4	(11)
Umfassende Versorgung der Bevölkerung*	3,8	(9)	3,7	(10)	3,0	(12)
Erhöhung des Umsatzes*	3,6	(10)	3,4	(11)	3,8	(8)
Gewinnerzielung*	3,4	(11)	3,4	(12)	3,8	(7)
Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite*	2,7	(12)	2,8	(13)	3,7	(10)

* Varianzanalytisch sind die Unterschiede signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$.

Tab. 3: Wichtigkeit von Unternehmenszielen nach Krankenhausträgern
- Mittelwerte und Rangzahlen -

Nichtsdestotrotz haben zweitens die ökonomischen Ziele einer Erhöhung des Umsatzes, des Gewinns bzw. der Kapitalrendite für die Privatkliniken eine signifikant höhere Bedeutung als für Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Demgegenüber steht insbesondere für die öffentlichen Krankenhäuser eindeutig die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation durch Kosteneinsparungen im Vordergrund.

Drittens sind für öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser regionalwirtschaftliche und versorgungspolitische Ziele signifikant wichtiger als für die privaten Krankenhausträger. Vor allem die umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sowie die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen spielen dort eine größere Rolle.

¹³ Vgl. Helmig, 2005, S. 182ff.

4.2 Erreichung der Unternehmensziele

Über die Wichtigkeit der Unternehmensziele hinaus sollten die Krankenhäuser auch die jeweilige Zielerreichung beurteilen. Abb. 27 zeigt die Ergebnisse wiederum in absteigender Rangfolge. Die Parallelen zu den Relevanzeinschätzungen sind offensichtlich:

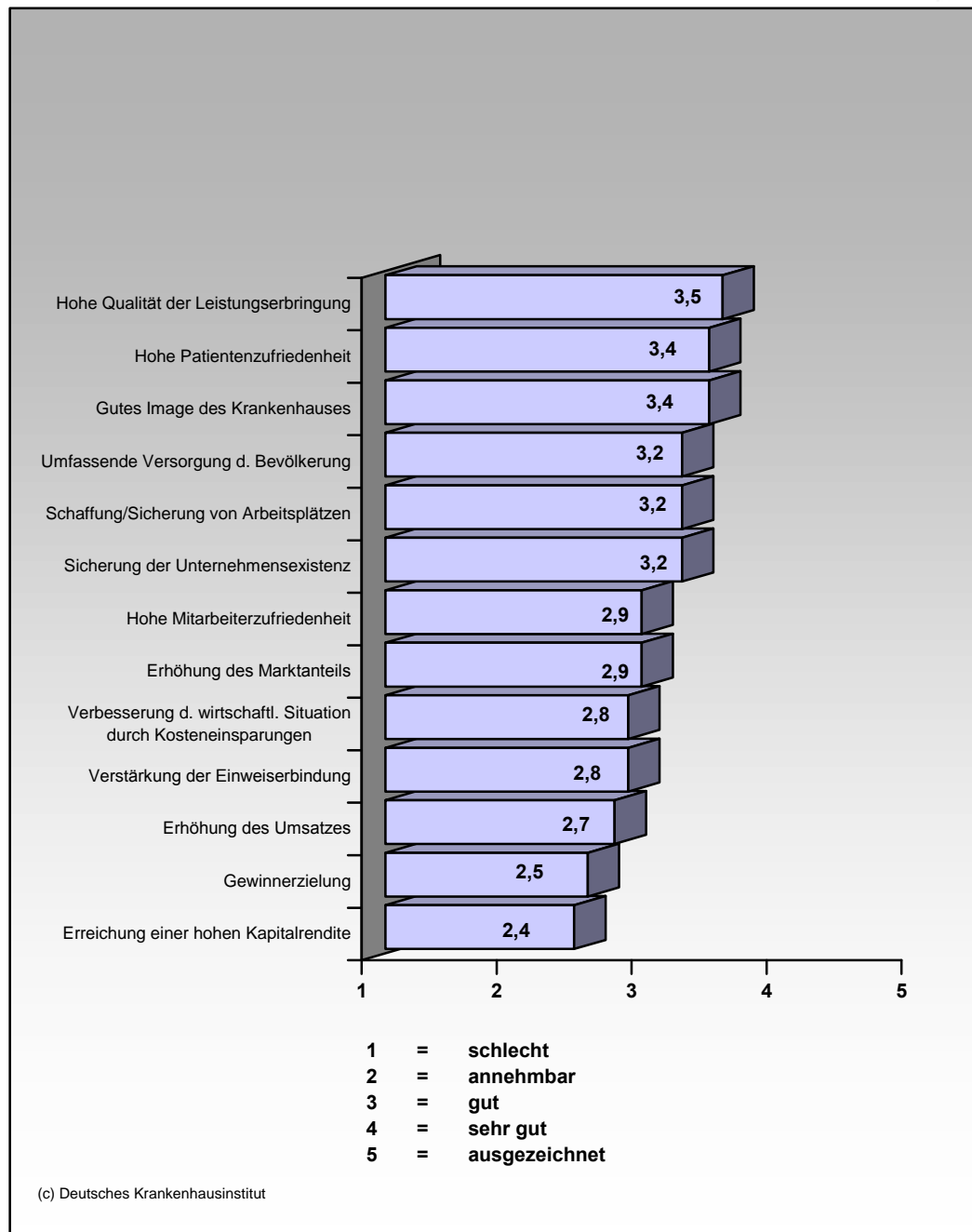


Abb. 27: Zielerreichung bei Unternehmenszielen - Mittelwerte

Die höchsten Werte weisen demnach wiederum die eher qualitätsorientierten Ziele auf. Mit Blick auf die Qualität der Leistungserbringung, die Patientenzufriedenheit und das Image des Krankenhauses wird die Zielerreichung im Mittel als gut bis sehr gut klassifiziert. Am schlechtesten schneiden die ökonomischen Ziele.

le ab, die im Durchschnitt nur begrenzt erreicht werden. In diesem Zusammenhang ist selbstverständlich zu bedenken, dass ökonomische Zielvorgaben leichter zu messen und zu kontrollieren sind als die Versorgungsqualität und ihre Wahrnehmung durch Patienten und Öffentlichkeit.

Verglichen mit dem Jahr 2000 ist eindeutig eine Umkehrung beim Erreichungsgrad der Unternehmensziele zu beobachten: Während die Krankenhäuser seinerzeit die ökonomischen Ziele noch in hohem Maße erreichten, wurde die Zielerreichung bei den qualitätsorientierten Zielen eher kritisch gesehen.¹⁴ Der Zeitvergleich belegt insofern eindeutig den steigenden ökonomischen Druck durch das DRG-System und damit die zunehmende Bedeutung ökonomischer Sichtweisen im Krankenhaus. Die Verbesserungen bei den qualitätsorientierten Zielen spiegeln hingegen auch das erfolgreiche Bemühen vieler Krankenhäuser etwa mit Blick auf die strategische Neuausrichtung ihres Unternehmens, das Prozess- und Qualitätsmanagement wider.

Nur bei wenigen Unternehmenszielen gibt es größere Abweichungen in der Rangfolge nach Wichtigkeit und Zielerreichungsgrad: Vor allem die eher regionalwirtschaftlichen Ziele der Beschäftigungssicherung und umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weisen einen vergleichsweise hohen Zielerreichungsgrad bei eher unterdurchschnittlicher Relevanz auf. Dagegen zeichnet die Ziele der Kosteneinsparungen und Einweiserbindung bei relativ hoher Wichtigkeit ein unterdurchschnittlicher Zielerreichungsgrad aus. Gemessen an ihrer Wichtigkeit gäbe es hier also größere Verbesserungspotenziale mit Blick auf die praktische Umsetzung.

Wie Tab. 4 zu entnehmen ist, fallen bei der Zielerreichung die Unterschiede nach Krankenhausträgerschaft größer aus als bei den Relevanzeinschätzungen. So verzeichnen die Privatkliniken insbesondere hinsichtlich der Kapitalrendite, der Gewinnerzielung und der Kosteneinsparungen einen höheren Zielerreichungsgrad. Aber auch bei den qualitätsorientierten Zielen stufen sich die Häuser in privater Trägerschaft teilweise besser ein.

Bei den mitarbeiterorientierten Zielen der Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen und der Mitarbeiterzufriedenheit schätzen sich die freigemeinnützigen Einrichtungen am besten ein. Hinsichtlich der umfassenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen liegen die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft gemäß ihrer Selbsteinschätzung vorne.

¹⁴ Vgl. Helmig, 2005, S. 185ff.

	öffentlich-rechtlich		freigemeinnützig		privat	
	Mittelwert	Rangzahl	Mittelwert	Rangzahl	Mittelwert	Rangzahl
Hohe Qualität der Leistungserbringung	3,4	(1)	3,5	(1)	3,6	(2)
Hohe Patientenzufriedenheit*	3,3	(2)	3,5	(2)	3,8	(1)
Gutes Image des Krankenhauses*	3,2	(4)	3,5	(2)	3,5	(3)
Umfassende Versorgung der Bevölkerung*	3,3	(3)	3,2	(6)	3,0	(10)
Schaffung/Erhaltung von Arbeitsplätzen*	3,1	(5)	3,3	(4)	3,1	(6)
Sicherung der selbstständigen Unternehmensexistenz	3,0	(6)	3,3	(5)	3,2	(5)
Hohe Mitarbeiterzufriedenheit*	2,8	(8)	3,1	(7)	2,8	(12)
Erhöhung des Marktanteils im Einzugsgebiet	2,8	(9)	2,9	(8)	2,9	(11)
Verbesserung der wirtschaftlichen Situation durch Kosteneinsparungen*	2,8	(7)	2,7	(11)	3,3	(4)
Verstärkung der Einweiserbindung	2,7	(10)	2,8	(10)	3,0	(7)
Erhöhung des Umsatzes	2,6	(11)	2,8	(9)	2,8	(13)
Gewinnerzielung*	2,2	(12)	2,5	(12)	3,0	(9)
Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite*	2,1	(13)	2,4	(13)	3,0	(8)

* Varianzanalytisch sind die Unterschiede signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$.

Tab. 4: Zielerreichung bei Unternehmenszielen nach Krankenhausträgern
- Mittelwerte und Rangzahlen -

4.3 Gesamterfolg des Krankenhauses

Resümierend sollten die Krankenhäuser schließlich ihren Gesamterfolg bei der Umsetzung ihrer Unternehmensziele einschätzen. Konkret wurden sie zu diesem Zweck gefragt, wie sie insgesamt ihre derzeitige Situation mit Blick auf die o.g. Unternehmensziele beurteilen. Gut die Hälfte der Befragungsteilnehmer betrachtet sich demnach als eher erfolgreich, 8% sogar als sehr erfolgreich. Insgesamt ein Drittel der Häuser bewertet sich derzeit mit Blick auf die Realisierung ihrer Unternehmensziele als teilweise oder weniger erfolgreich (Abb. 28).

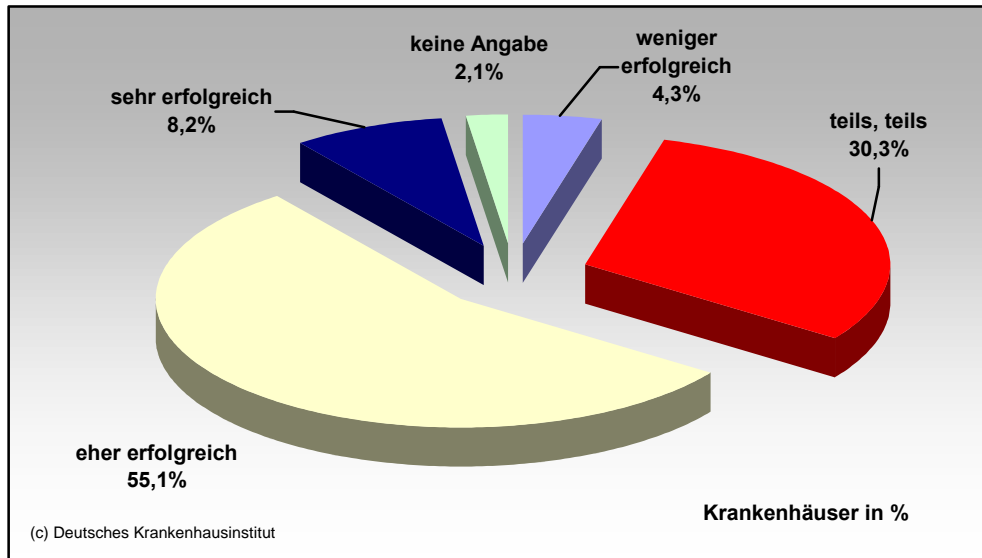


Abb. 28: Gesamterfolg des Krankenhauses

Im Mittel schneiden die privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser hier etwas besser ab als Häuser in öffentlicher Trägerschaft (Abb. 29). Hier stufen sich 56% der Befragten als sehr oder eher erfolgreich ein, während es in den übrigen Trägergruppen jeweils rund zwei Drittel sind. Die trägerübergreifende Vergleichbarkeit der Ergebnisse hinsichtlich des Gesamterfolgs spiegelt, abweichender Zielerreichungsgrade zum Trotz, gleichwohl die unterschiedlichen Prioritätensetzungen mit Blick auf die Unternehmensziele wider.

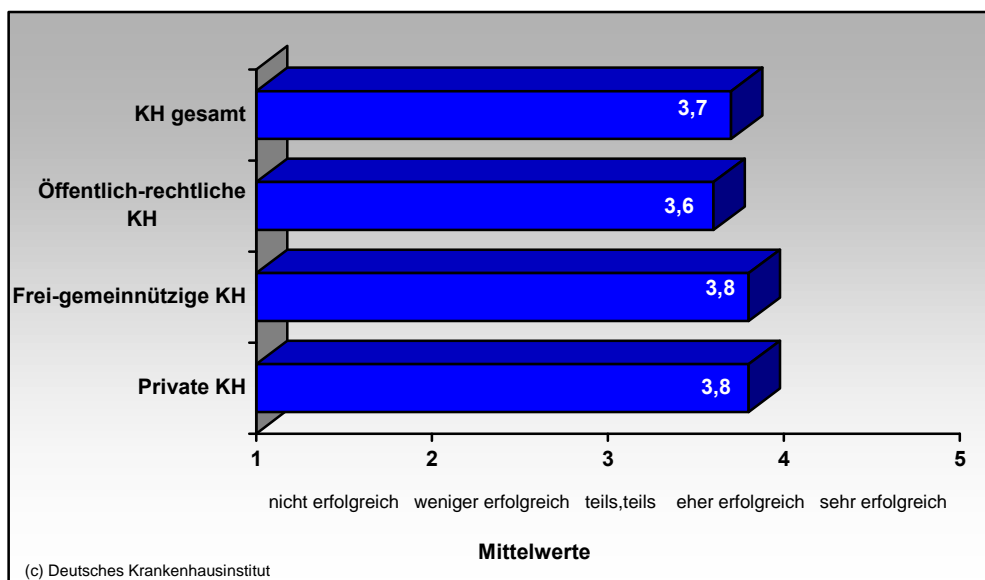


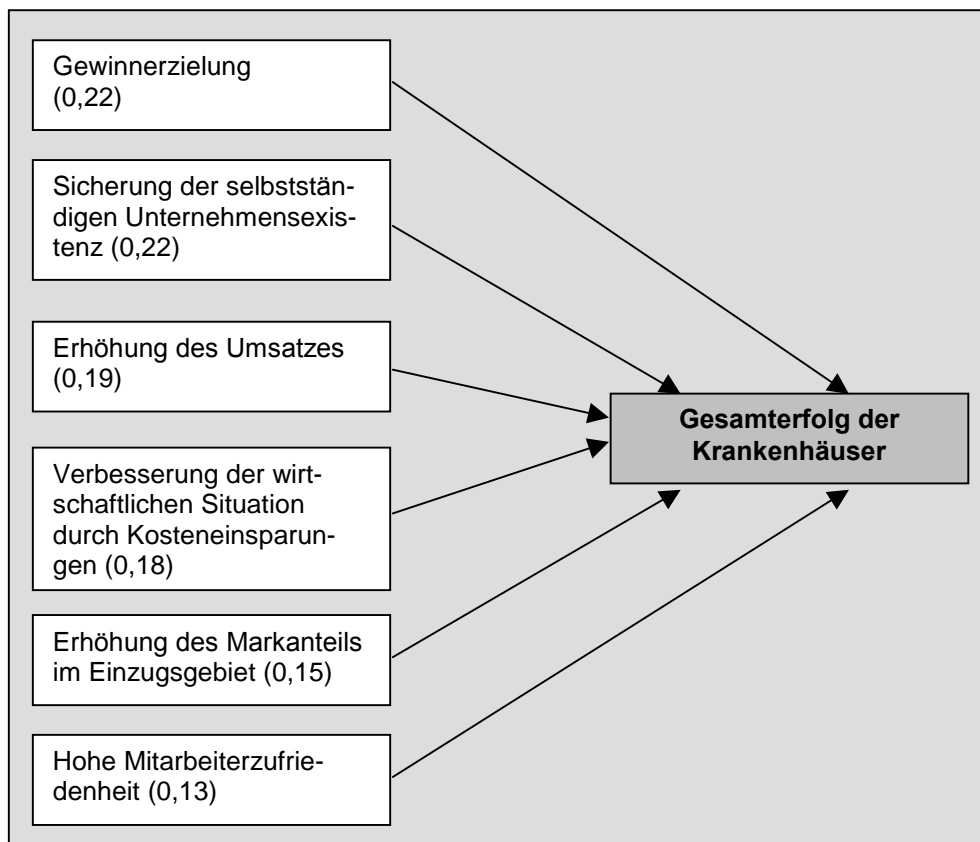
Abb. 29: Gesamterfolg des Krankenhauses nach Krankenhausträgerschaft¹⁵

¹⁵ Varianzanalytisch sind die Unterschiede signifikant auf einem Niveau von $p < 0,05$.

4.4 Einflussfaktoren des Unternehmenserfolges

In weiterführenden Analysen wurde abschließend untersucht, was letztlich den Erfolg des Krankenhauses aus Sicht der Befragungsteilnehmer ausmacht. Zu diesem Zweck wurde eine entsprechende Kausalanalyse mit dem Gesamterfolg als abhängige Variable und der Zielerreichung für die einzelnen Unternehmensziele als unabhängige Merkmale durchgeführt. Abb. 30 zeigt die prioritären Einflussfaktoren für den Unternehmenserfolg insgesamt.¹⁶

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.



**Abb. 30: Einflussfaktoren des Gesamterfolgs der Krankenhäuser
- multiple Regression (Beta-Werte)**

Verglichen damit haben die, laut eigenen Angaben der Krankenhäuser, drei wichtigsten Unternehmensziele - also im Einzelnen die Patientenzufriedenheit, die Versorgungsqualität und das Image in der Öffentlichkeit - statistisch (wohlge-

¹⁶ Statistisch erfolgte die Analyse mittels einer multiplen Regression. Abb. 30 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.

merkt) keinen Einfluss auf die Einschätzung des Unternehmenserfolges insgesamt. Zwar ist zu konzedieren, dass das *Krankenhaus Barometer* weitgehend von der Geschäftsführung (Krankenhausverwaltung) beantwortet wird; in anderen Krankenhausbereichen bzw. Berufsgruppen würden ggf. andere Zusammenhänge resultieren.

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 (Abb. 31):

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 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.¹⁷

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 Unternehmenserfolgs dar.¹⁸ 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 Privatkliniken.

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 Privatkliniken sich zusehends weniger auf spezielle Leistungen für ein besonderes Patientenkontingent 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

¹⁷ Vgl. Helmig, 2005, S. 196ff.

¹⁸ 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.

freigemeinnützigen Krankenhäusern auf der einen Seite und privaten Krankenhäusern auf der anderen Seite kommen wird.

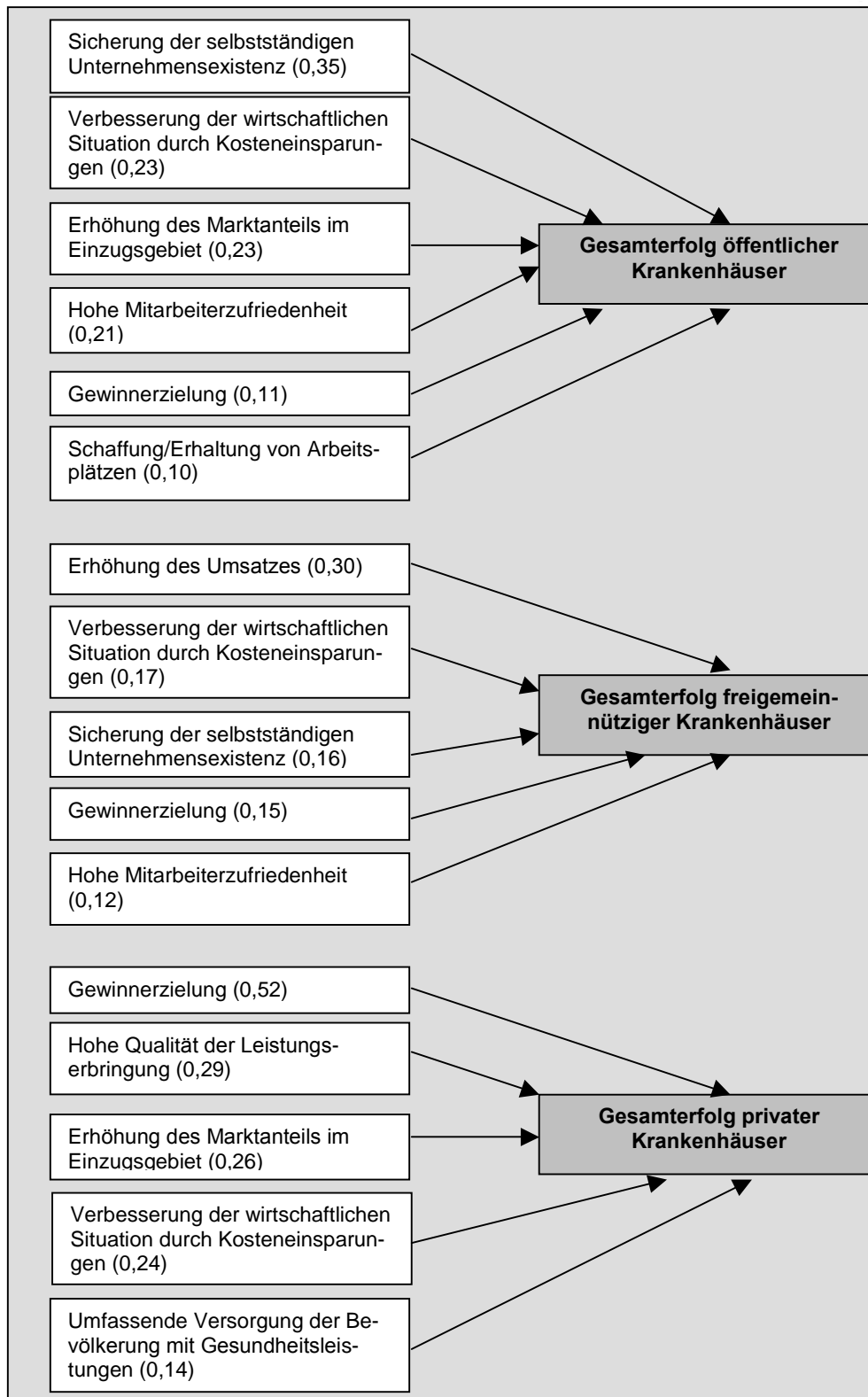


Abb. 31: Einflussfaktoren des Gesamterfolgs der Krankenhäuser nach Krankenhaus-trägern - multiple Regression (Beta-Werte)

5 Struktur von Chefarztverträgen

5.1 Chefärztliche Entwicklungsklausel

Im Bereich des Chefarztvertragsrechts geben immer neue rechtliche Entwicklungen Anlass, die diesbezüglichen Verträge neu zu gestalten bzw. anzupassen.

Auswirkungen haben sich u.a. durch das Schuldrechtsmodernisierungsgesetz (SchRModG) ergeben. Seit In-Kraft-Treten dieses Gesetzes am 1. Januar 2002 unterliegen Chefarztverträge den AGB-Kontrollen. Diese Neuregelung betrifft insbesondere die chefärztlichen Entwicklungsklauseln, die in den Arbeitsverträgen zwischen Krankenhausträgern und Chefarzten von besonderer Bedeutung sind. Entwicklungsklauseln in einem Arbeitsvertrag beinhalten die Möglichkeit, in einem auf Dauer angelegten Beschäftigungsverhältnis notwendige organisatorische und strukturelle Änderungen im Krankenhausbetrieb auch ohne Eingriffe in den Bestand des Arbeitsverhältnisses umzusetzen.

„Die Klauseln tragen dem Umstand Rechnung, dass sich während der meist langen Laufzeit eines Chefarztvertrages die Notwendigkeit zu einer auch das Arbeitsverhältnis zwischen Chefarzten tangierenden Änderung des Krankenhausbetriebs ergeben kann.“¹⁹ So können z.B. medizinische, technische oder gesetzgeberische Entwicklungen eine Änderung der Größe und Aufteilung einer Fachabteilung notwendig machen, deren Führung und fachlicher Leitung dem Chefarzt obliegt.

Die Entwicklungsklauseln bei den bis zum 31.12.2001 geschlossenen Verträgen entsprechen zwar nicht mehr den rechtlichen Anforderungen, brauchen aber bei einer ergänzenden Vertragsauslegung nicht geändert werden. Anders sieht es hingegen bei ab dem 1.1.2002 geschlossenen Verträgen aus.

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* belegen, dass 60% der Chefarztverträge bis 31.12.2001 geschlossen wurden (sog. Altverträger) und 40% der Chefarztverträge ab dem 01.01.2002 (sog. Neuverträger). Dies bedeutet, dass noch bei maximal 40% der Verträge ggf. der Bedarf nach einer Änderungsvereinbarung hinsichtlich der Neuregelung der Entwicklungsklausel besteht. Zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen bestehen hier keine großen Unterschiede.

5.2 Gestaltungsformen des variablen Einkommens

Neben organisatorischen Regelungen wird in den Verträgen insbesondere die Gestaltungsform des variablen Einkommens des Chefarztes festgelegt. Das variable Einkommen betrifft hauptsächlich die Erlöse aus Wahlleistungen und die Erlöse aus den Chefarztambulanzen. Gestaltungsformen des variablen Einkommens sind insbesondere

- das eigene Liquidationsrecht des Arztes (dadurch erhält der Chefarzt das Recht, im eigenem Namen wahlärztliche Leistungen abzurechnen),
- die Abgeltung der ärztlichen Leistung über eine Beteiligungsvergütung (diese stellt eine prozentuale Beteiligung des Arztes an den Liquidationserlösen des Krankenhausträgers aus wahlärztlichen Leistungen dar).

¹⁹ Wagener, A./Hauser, A. (2006), Das Ende der chefärztlichen Entwicklungsklausel?, in: das Krankenhaus, 1/2006, S. 19.

Im Bereich der Wahlleistungen besteht zudem die Möglichkeit, die Leistungen des Chefarztes über eine Festvergütung zu honorieren.

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* zeigen für den Bereich der Wahlleistungserlöse, dass die überwiegende Anzahl der Chefarzte (70%) ein eigenes Liquidationsrecht besitzt. Rund ein Viertel der Chefarzte wird vom Krankenhaus-träger an den Wahlleistungserlösen beteiligt. Die Abgeltung über eine reine Festvergütung sowie andere Gestaltungsformen haben hingegen nur eine geringfügige Bedeutung (Abb. 32).²⁰ Nach Trägern kommt ein eigenes Liquidationsrecht in öffentlichen und privaten Krankenhäusern (jeweils rund 60% der Chefarzte) seltener vor als in freigemeinnützigen Einrichtungen (ca. 80% der Chefarzte).

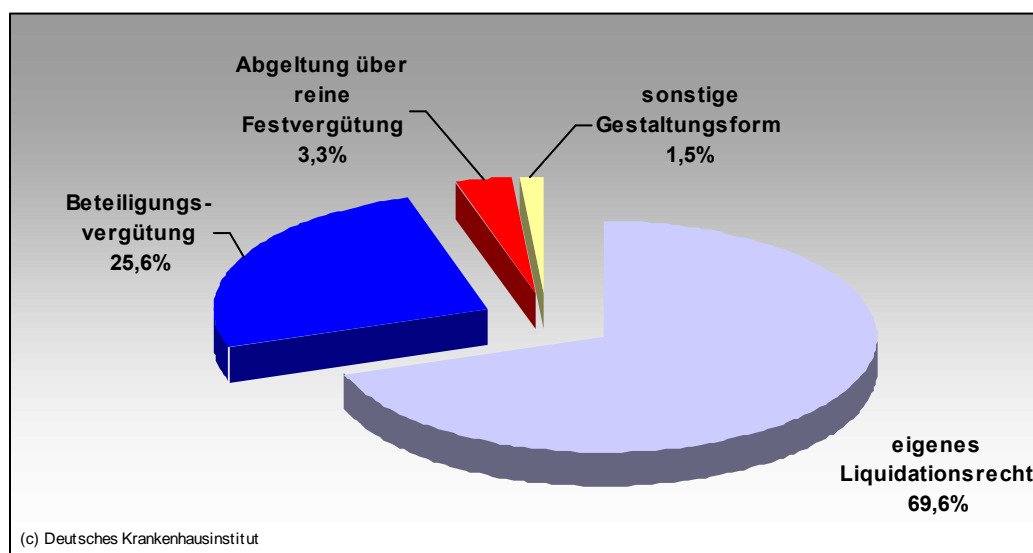


Abb. 32: Gestaltungsformen der ärztlichen Vergütung bei Wahlleistungserlösen - Häufigkeiten

Auch bei den Erlösen aus der Chefarztambulanz gehört das eigene Liquidationsrecht zur klassischen Gestaltungsform des variablen Einkommens. Über drei Viertel der Chefarzte berechnen die Leistungen in eigenem Namen. Bei rund 22% der Chefarzte liquidiert das Krankenhaus und beteiligt den Chefarzt an diesen Erlösen. Sonstige Gestaltungsformen haben nur untergeordnete Relevanz (Abb. 33).²¹ Nach Trägern gibt es hier vergleichbare Unterschiede wie bei den Wahlleistungserlösen.

²⁰ Berücksichtigt wurden die Krankenhäuser, die Angaben zu der Vergütungsform der Wahlleistungserlöse getätigt haben.

²¹ Berücksichtigt wurden die Krankenhäuser, die Angaben zu der Vergütungsform der Erlöse aus der Chefarztambulanz getätigt haben.

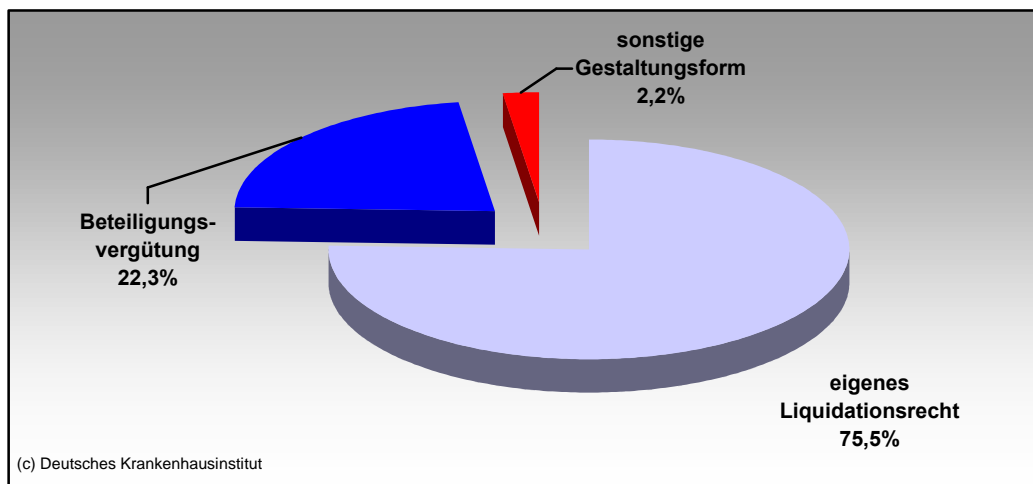


Abb. 33: Gestaltungsformen der ärztlichen Vergütung bei Erlösen aus der Chefarztambulanz – Häufigkeiten

Eine alternative bzw. komplementäre Vergütungsform zum Liquidationsrecht bzw. der Beteiligungsvergütung stellen Bonusvereinbarungen dar. Über 80% der Chefärzte haben keine Bonusvereinbarung. Bei 15% der Chefärzte besteht eine Bonusvereinbarung zusätzlich zum Liquidationsrecht bzw. zur Beteiligungsvergütung. Sehr wenige Chefärzte (rund 3%) haben eine derartige Vereinbarung anstelle des Liquidationsrechts bzw. einer Beteiligungsvergütung vertraglich mit dem Krankenhausträger geschlossen (Abb. 34).²² Bonusvereinbarungen sind in öffentlichen und privaten Krankenhäusern leicht überrepräsentiert.

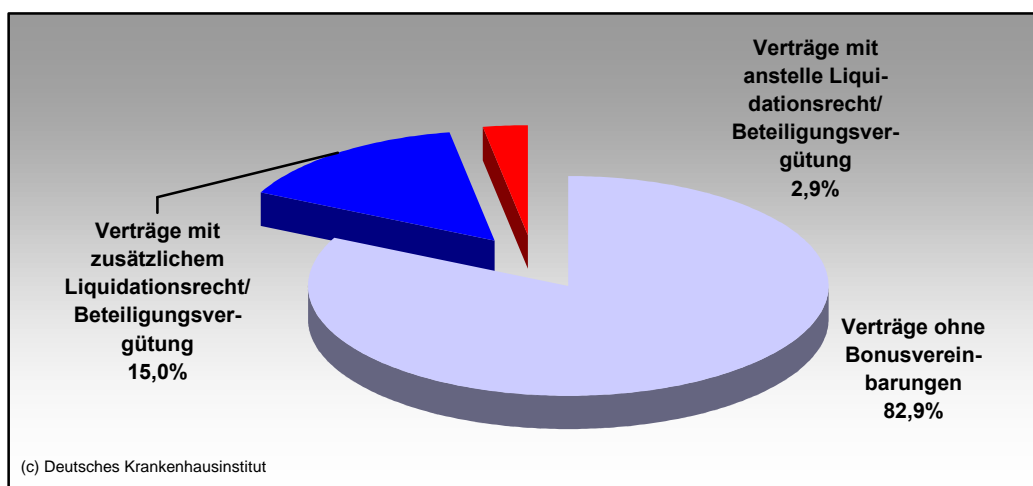


Abb. 34: Bonusvereinbarungen – Häufigkeiten

5.3 Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge

Bei der Neugestaltung von Chefarztverträgen werden von der Mehrzahl der Krankenhäuser (84%), denen Angaben zur Gestaltung neuer Chefarztverträge möglich waren, Zielvereinbarungen mit aufgenommen. Die „klassische“ Vergütungsform des Liquidationsrechts wird von 60% dieser Häuser weiter eingeräumt. Eine Beteiligungsvergütung vereinbaren 58% dieser Kliniken in neuen Chefarztverträgen. Rund 60% überführen die Nebentätigkeiten des Chefarztes in den

²² Berücksichtigt wurden die Krankenhäuser, die Angaben zu Bonusvereinbarungen gemacht haben.

Dienstaufgabenkatalog. Weit weniger Krankenhäuser räumen dem Chefarzt den Status des „Leitenden Angestellten“ i.S.d. Kündigungsschutzgesetzes mit der Übertragung umfangreicher Personalbefugnisse ein (Abb. 35).

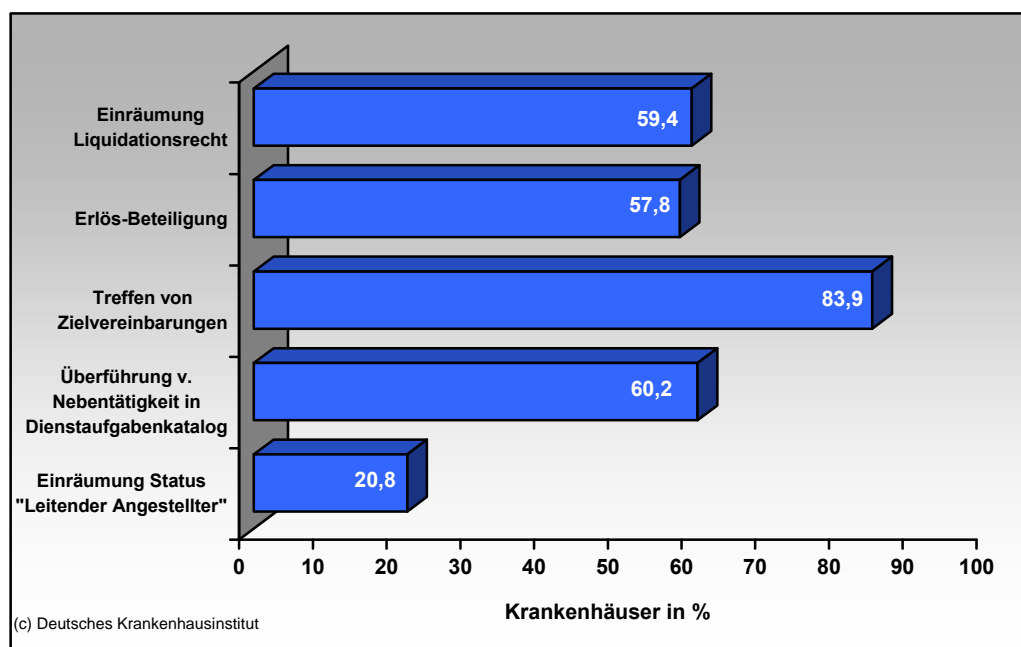


Abb. 35: Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge - Häufigkeiten²³

Deutliche Unterschiede bei der Neugestaltung der Chefarztverträge ergeben sich nach Bettengrößenklassen. Größere Krankenhäuser ab 600 Betten räumen den neuen Chefarzten seltener ein eigenes Liquidationsrecht ein (32%). Sie vereinbaren vermehrt Zielvereinbarungen (93%), überführen die Nebentätigkeiten von Chefarzten in den Dienstaufgabenkatalog (68%) und bevorzugen die Form der Erlösbeteiligung (65%).

Nach Trägern fällt insbesondere auf, dass private Krankenhäuser bei neuen Verträgen den Chefarzten überproportional häufig den Status eines leitenden Angestellten einräumen oder Erlösbeteiligungen vorsehen, ihnen dagegen merklich seltener ein eigenes Liquidationsrecht einräumen. In der Mehrzahl der öffentlichen sowie vor allem der freigemeinnützigen Häuser gibt es hingegen noch eigenes Liquidationsrecht der Chefarzte (Abb. 36).

²³ Berücksichtigt wurden nur die Krankenhäuser, die Angaben zu den Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge machen konnten.

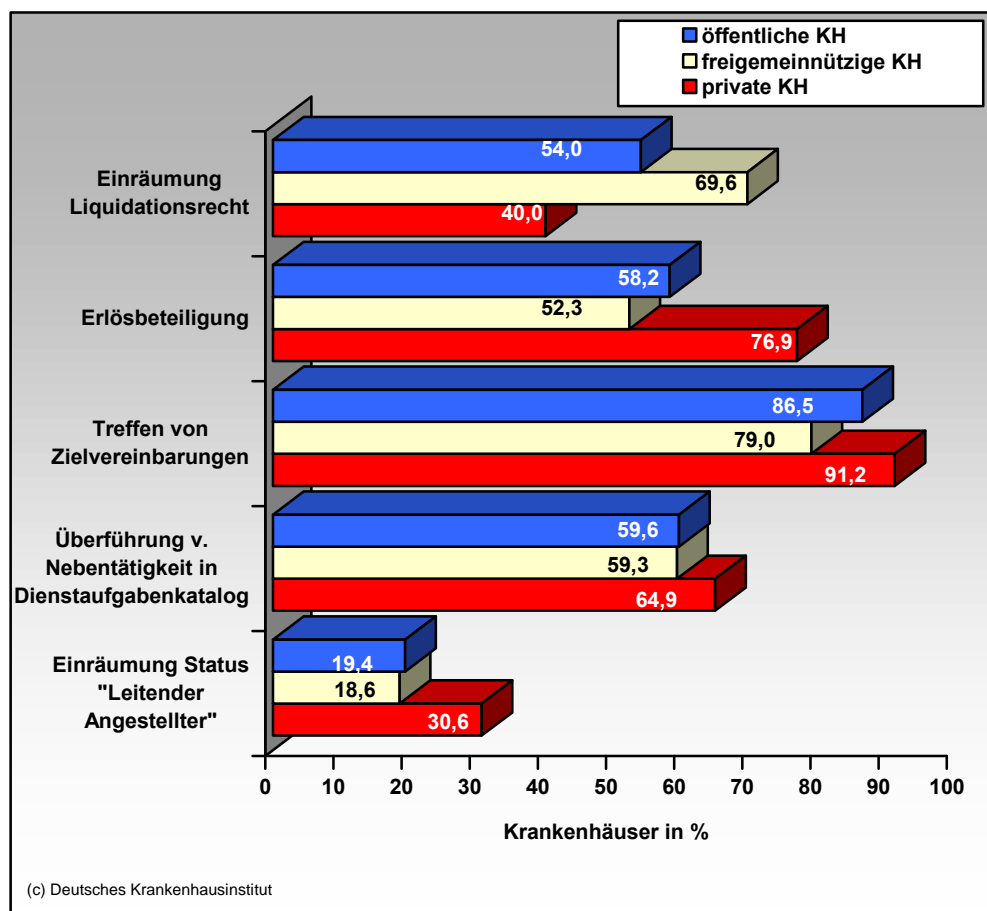


Abb. 36: Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge – Häufigkeiten nach Krankenhaussträgern²⁴

6 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Am 1. Januar 2007 ist das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft getreten, welches auch für die Krankenhäuser wesentliche Neuerungen enthält.

Im Rahmen des VÄndG wird u.a. die Anstellung von und die Kooperation mit Vertragsärzten liberalisiert bzw. der Einsatz des ärztlichen Personals sowohl im Krankenhaus als auch im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) flexibilisiert.

Im *Krankenhaus Barometer* 2007 wurden die Krankenhäuser gefragt, welche Änderungen auf Grund des VÄndG geplant sind.

Die überwiegende Mehrheit der Häuser möchte die durch das VÄndG geschaffenen Möglichkeiten nutzen. Lediglich rund 30% der Krankenhäuser gaben an, dass es zu keinen Änderungen bei ihnen führen würde.

Geplante Änderungen betreffen die Anstellung von niedergelassenen Vertragsärzten im Krankenhaus (39%) und die Tätigkeit von Krankenhausärzten im vertragsärztlichen Bereich außerhalb eines MVZs (20%) bzw. in einem vertragsärztlich gegründeten MVZ (33%). Als weitere Änderungen wurden von den Häusern

²⁴ Berücksichtigt wurden nur die Krankenhäuser, die Angaben zu den Gestaltungsformen neuer Chefarztverträge tätigen konnten.

zudem der personelle Ausbau des selbst betriebenen MVZ durch niedergelassene Ärzte wie Krankenhausärzte sowie die engere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten genannt.

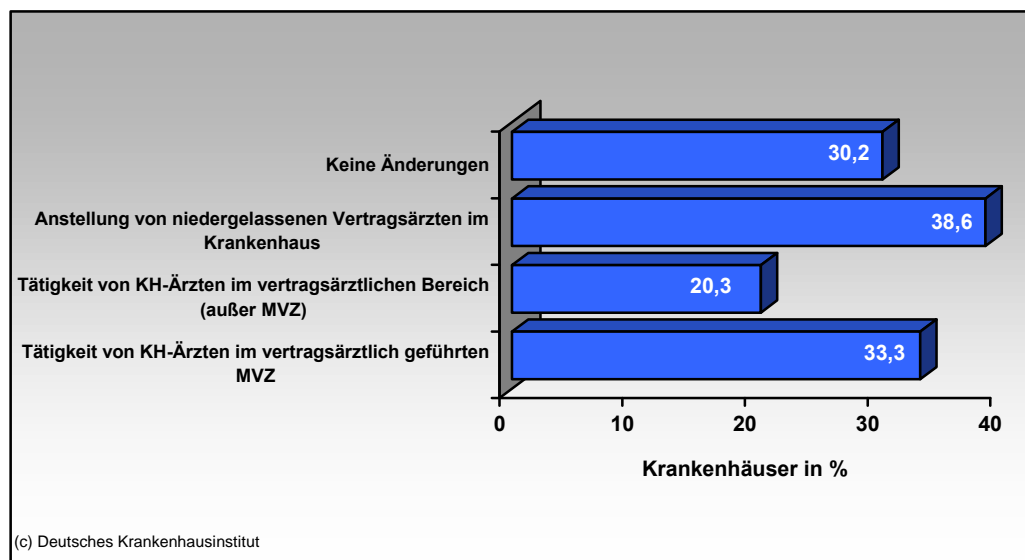


Abb. 37: Geplante Änderungen auf Grund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes – Häufigkeiten

Es ist dabei die Tendenz feststellbar, dass Krankenhäuser mit zunehmender Bettengrößenklasse eher Änderungen auf Grund des VÄndG planen als kleinere Kliniken (Abb. 38). Die Spannweite zwischen den Häusern ist hierbei insbesondere bei der Tätigkeit von Krankenhausärzten in einem vertragsärztlich geführten MVZ hoch. So plant über die Hälfte der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten diese Änderung, wohingegen dies lediglich bei einem Viertel der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten der Fall ist.

Weitere Änderungen im VÄndG haben zum Ziel, das Medizinische Versorgungszentrum gezielt weiter zu entwickeln. Die Krankenhäuser wurden – danach unterschieden, ob sie an einem MVZ beteiligt sind oder nicht – gefragt, welche Auswirkungen die Änderungen auf die Gründung bzw. den Betrieb eines/des MVZs haben.

Zwei Drittel der an einem MVZ beteiligten Kliniken²⁵ gaben an, dass das MVZ weiter ausgebaut wird. Jeweils rund ein Viertel plant die Gründung eines weiteren MVZs bzw. gibt an, dass der Betrieb nun einfacher wird. Auf lediglich rund 12% der Krankenhäuser, die ein MVZ betreiben, hat das VÄndG nach eigenen Aussagen keine Auswirkungen.

²⁵ Diese machen einen Anteil von 16,8% aus, wohingegen der Anteil der nicht an einem MVZ beteiligten Krankenhäuser bei 82,2% liegt (fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe).

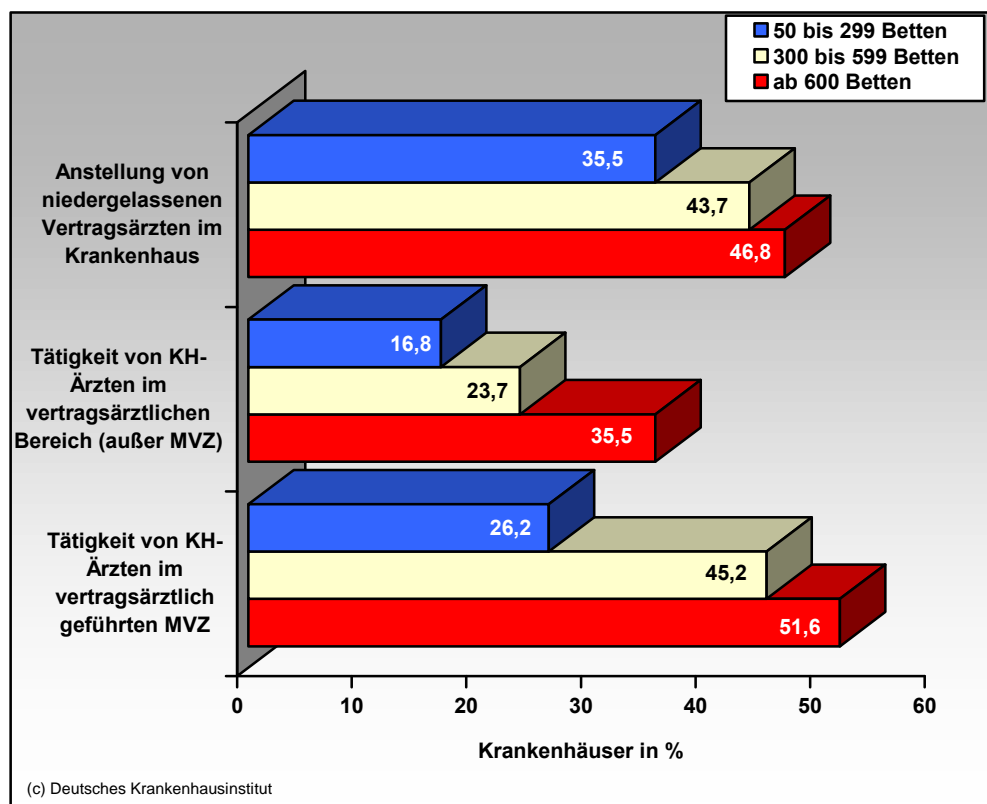


Abb. 38: Geplante Änderungen auf Grund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes – Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen

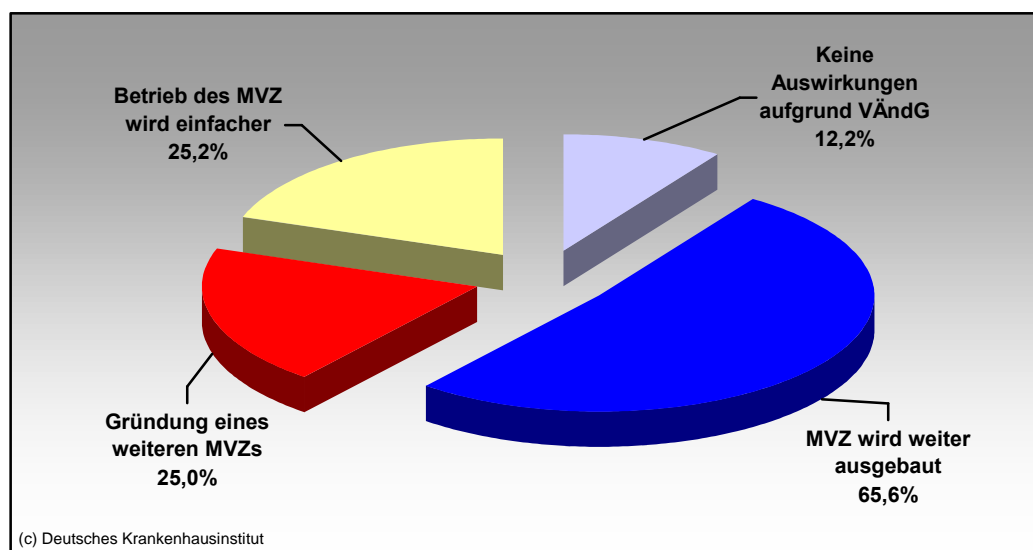


Abb. 39: Auswirkungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bei Krankenhäusern, die ein MVZ betreiben – Häufigkeiten

Rund ein Drittel der Krankenhäuser, die bisher noch nicht an einem MVZ beteiligt waren, beabsichtigen auf Grund der neuen gesetzlichen Regelungen die Gründung eines MVZs. Die Hälfte der Häuser gibt an, dass die Änderungen keine Auswirkungen haben.

7 Tarifsituation und Arbeitszeit

7.1 Tarifsituation im Ärztlichen Dienst

Traditionell gibt es im Krankenhausbereich, insbesondere in Abhängigkeit vom Krankenhausträger, unterschiedliche Tarifverträge bzw. ein unterschiedliches Tarifrecht. Durch das Ausscheiden des Marburger Bundes aus der Verhandlungsgemeinschaft mit ver.di hat sich die Tariflandschaft noch mehr zersplittert. Vor diesem Hintergrund wurde im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* eine Bestandsaufnahme der Tarifsituation im Ärztlichen Dienst vorgenommen. Konkret sollten die Krankenhäuser angeben, welcher Tarifvertrag für die (Mehrzahl der) Ärzte ihres Hauses gilt.

Aus erhebungspraktischen Gründen wurde ein etwaiges Nebeneinander unterschiedlicher Tarifwerke im selben Haus nicht thematisiert; Abb. 40 zeigt dementsprechend das ggf. vorherrschende Tarifrecht für den Ärztlichen Dienst an deutschen Krankenhäusern. Dabei wird zwischen Tarifbindungsquoten nach Krankenhäusern und nach Ärzten unterschieden. Ausdrücklich sei daran erinnert, dass sich die Ergebnisse ausschließlich auf Kliniken ab 50 Betten beziehen. Da unter den Einrichtungen mit weniger als 50 Betten private Krankenhäuser deutlich überrepräsentiert sind, liegt mit Blick auf die hier vorherrschenden Tarifwerke insofern eine gewisse Untererfassung vor.

Erwartungsgemäß bilden der Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern zwischen der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und dem Marburger Bund (TV-Ärzte/VKA) sowie die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Caritas und des Diakonischen Werkes, also für die entsprechenden kirchlichen Träger, die häufigsten Tarifwerke im Ärztlichen Dienst. Für jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser ab 50 Betten bilden sie die tarifliche Grundlage für die (Mehrzahl der) angestellten Ärzte. Bei 7% der Krankenhäuser gilt im Ärztlichen Dienst der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Krankenhäuser zwischen ver.di und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TVöD BT-K).

Die Tarifbindungsquote nach Ärzten ist beim TV-Ärzte/VKA (30,7% der Krankenhausärzte) sowie dem TVöD BT-K (7%) näherungsweise proportional zum Anteil der Krankenhäuser mit entsprechender Tarifbindung. Dagegen fällt die Tarifbindungsquote der Ärzte nach den AVR mit rund 25% merklich unterproportional aus. Dies ist primär darauf zurückzuführen, dass kleinere Krankenhäuser unter den kirchlichen Trägern überrepräsentiert sind.

Bei den Universitätskliniken ist deren geringe Anzahl insgesamt bzw. in der Stichprobe in Rechnung zu stellen, so dass hier die statistischen Unsicherheiten etwas größer ausfallen. Vorbehaltlich dieser Einschränkung dominiert in den Universitätskliniken weitgehend der Tarifvertrag für Ärzte an Universitätskliniken zwischen der Tarifgemeinschaft der deutschen Länder und dem Marburger Bund (TV-Ä). In rund 80% der Universitätskliniken (bzw. in knapp 2% der Krankenhäuser insgesamt) bildet er das vorherrschende Tarifwerk im Ärztlichen Dienst. In den Ländern, die nicht der Tarifgemeinschaft der deutschen Länder angehören (Berlin, Hessen), gelten für die dortigen Universitätskliniken landesspezifische Tarifverträge. Darüber hinaus führte je ein Stichprobenkrankenhaus den TV-Ärzte/VKA und den BAT in Verbindung mit einem Beschäftigungspakt an.

Da rund 21% aller Krankenhausärzte in Universitätskliniken arbeiten, fällt die Tarifbindungsquote des TV-Ä deutlich überproportional aus. Etwa 16% der Krankenhausärzte (bzw. 77% der Ärzte in Universitätskliniken) sind hierüber erfasst.

Für rund 2% der Krankenhäuser gilt der Tarifvertrag für private Krankenanstalten. Und 7% der Einrichtungen, ebenfalls überproportional in privater Trägerschaft, wenden Unternehmensgruppen- oder Haustarifverträge an. Sonstige gültige Tarifverträge (12%) für den Ärztlichen Dienst sind nach wie vor der BAT bzw. der BAT in der kirchlichen Fassung sowie Tarifwerke für Sozialversicherungsträger oder nicht-kirchliche freigemeinnützige Träger. Die jeweilige Tarifbindung nach Ärzten entspricht hier näherungsweise den Quoten für die Krankenhäuser.

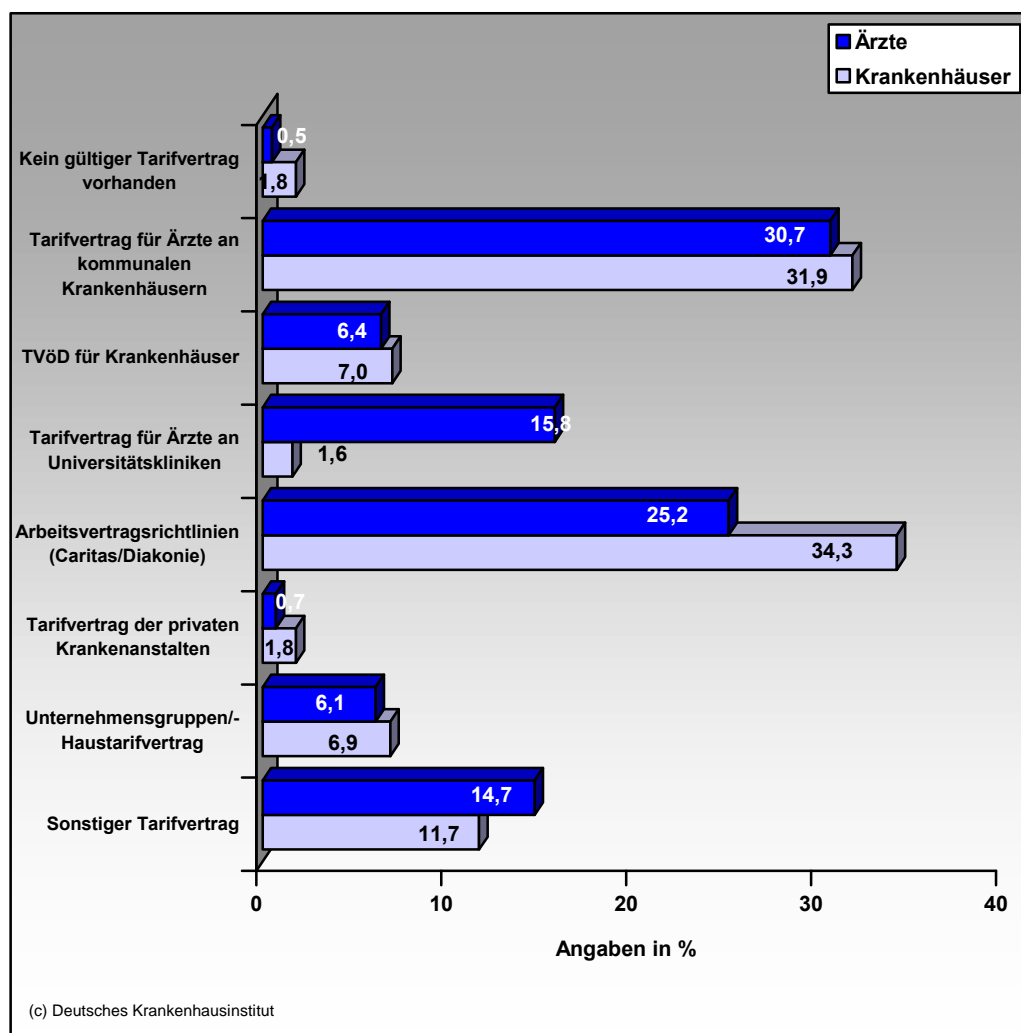


Abb. 40: Tarifsituation im Ärztlichen Dienst

Wie oben erwähnt, hängt das jeweils gültige Tarifwerk vor allem von der Krankenhaus Trägerschaft ab. Daher wurden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst separat nach der Art des Trägers ausgewertet (Abb. 41). Demnach wenden rund 70% der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft den TV-Ärzte/VKA und weitere 10% den TVöD BT-K an. Über diese beiden Tarifwerke sind insgesamt rund 56% des Ärztlichen Dienstes in öffentlichen Krankenhäusern erfasst; weitere 26% entfallen hier auf den Tarifvertrag für Ärzte an Universitätskliniken.

In rund drei Vierteln der freigemeinnützigen Häuser gelten die Arbeitsvertragsrichtlinien. Die sonstigen Tarifverträge betreffen hier insbesondere Tarifwerke nicht-kirchlicher Träger sowie den BAT in der kirchlichen Fassung. Darüber hinaus führten auch 7% der freigemeinnützigen Krankenhäuser Tarifverträge für

kommunale oder öffentliche Häuser an. Hierbei dürfte es sich entweder um Häuser handeln, die den BAT in der kirchlichen Fassung entsprechend überführt haben, oder um nicht-kirchliche Träger, die die genannten Tarifverträge übernommen haben.

Für insgesamt gut ein Drittel der Privatkliniken ab 50 Betten gelten der Tarifvertrag für private Krankenanstalten oder Unternehmensgruppen- bzw. Haustarifverträge. Ein Viertel der Krankenhäuser in privater Trägerschaft lehnt sich an die Tarifverträge der öffentlichen Häuser an. Im Übrigen machten relativ viele Privatkliniken hier keine Angaben oder hatten keinen gültigen Tarifvertrag. Gerade in kleinen Privatkliniken dürften die Arbeitsverträge mit den Ärzten daher häufiger auch auf freier oder Einzelvereinbarung basieren. Auf die Untererfassung sehr kleiner Privatkliniken aufgrund der Ausschlusskriterien der Stichprobe (Häuser unter 50 Betten) sei in diesem Zusammenhang nochmals hingewiesen.

Zur Abrundung der Darstellung zeigt Tab. 5 die Tarifbindung für die fünf häufigsten Tarifwerke im Ärztlichen Dienst nach Bettengrößenklassen und im Ost-West-Vergleich. Entsprechend der Verteilung der verschiedenen Träger nach Krankenhausgröße sind die Arbeitsvertragsrichtlinien in kleineren Häusern und die Tarifverträge für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern bzw. an Universitätskliniken in größeren Einrichtungen überrepräsentiert.

Schließlich stellt sich die Tarifsituation in den ostdeutschen Krankenhäusern merklich anders dar als im Westen, nicht zuletzt aufgrund einer anderen Krankenhausstruktur und -historie. In den neuen Bundesländern kommen vor allem der TV-Ärzte/VKA und die Arbeitsvertragsrichtlinien seltener zur Anwendung. Dagegen gelten hier häufiger Haustarifverträge bzw. besteht der BAT-Ost fort.²⁶ Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass im Osten eine Reihe kommunaler Krankenhäuser aus den kommunalen Arbeitgeberverbänden ausgetreten ist.

Art des Tarifvertrages	Bettengrößenklassen						Ost-West			
	50-299 Betten		300-599 Betten		ab 600 Betten		alte BL		neue BL	
	KH / Ä		KH / Ä		KH / Ä		KH / Ä		K / Ä	
Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern	30,8%	33,5%	25,9%	26,7%	54,8%	38,5%	35,2%	36,6%	11,4%	14,7%
TVöD für Krankenhäuser	6,5%	8,8%	8,9%	7,6%	4,8%	5,4%	5,7%	5,3%	14,6%	17,6%
Arbeitsvertragsrichtlinien	35,5%	38,5%	39,3%	33,6%	12,9%	8,5%	35,4%	28,6%	27,9%	23,4%
Unternehmensgruppen-/Haustarifvertrag	6,5%	8,1%	8,1%	9,0%	6,5%	3,7%	5,2%	5,2%	17,3%	15,5%
Tarifvertrag für Ärzte an Universitätskliniken	--	--	--	--	17,3%	35,7%	1,5%	13,7%	2,6%	26,8%

Tab. 5: Tarifsituation im Ärztlichen Dienst nach Bettengrößenklassen und Ost-West
- Tarifbindung nach Krankenhäusern (KH) und Ärzten (Ä)

²⁶ In der Tab. 5 nicht erfasst.

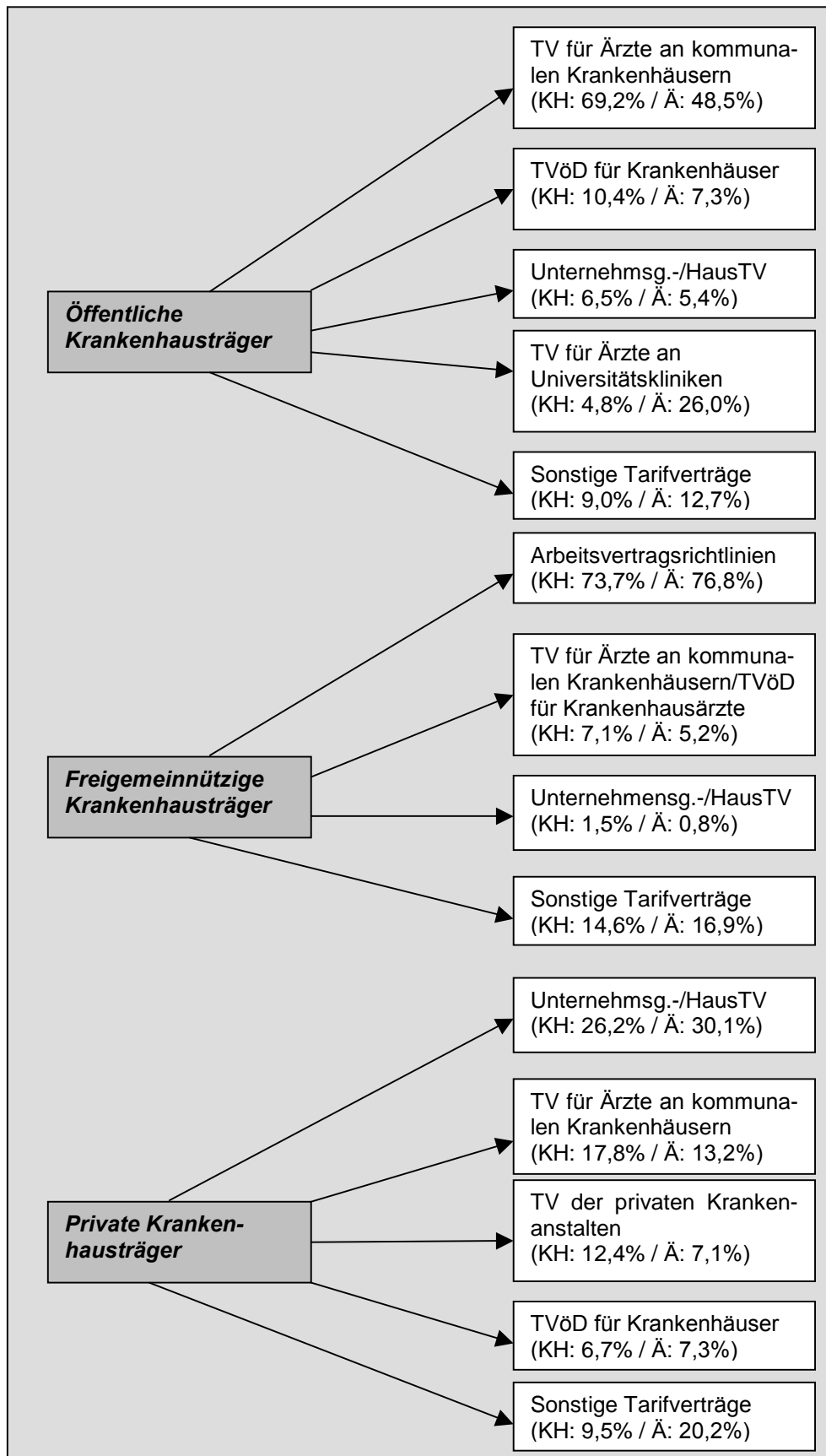


Abb. 41: Tarifsituation im Ärztlichen Dienst nach Krankenhausträgern
- Tarifbindung nach Krankenhäusern (KH) und Ärzten (Ä)

7.2 Tarifsituation bei nicht-ärztlichen Berufsgruppen

Analog zum Ärztlichen Dienst wurde auch die Tarifsituation in den nicht-ärztlichen Berufsgruppen erhoben. Bei mehreren gültigen Tarifwerken sollten sich die Antworten wiederum auf den Tarifvertrag beziehen, der für die Mehrzahl der Mitarbeiter im jeweiligen Krankenhaus gilt. Abb. 42 zeigt die entsprechenden Ergebnisse für die Häuser mit Angaben. Insgesamt ist die Tarifsituation für die übrigen Krankenhausmitarbeiter weniger heterogen als im Ärztlichen Dienst:

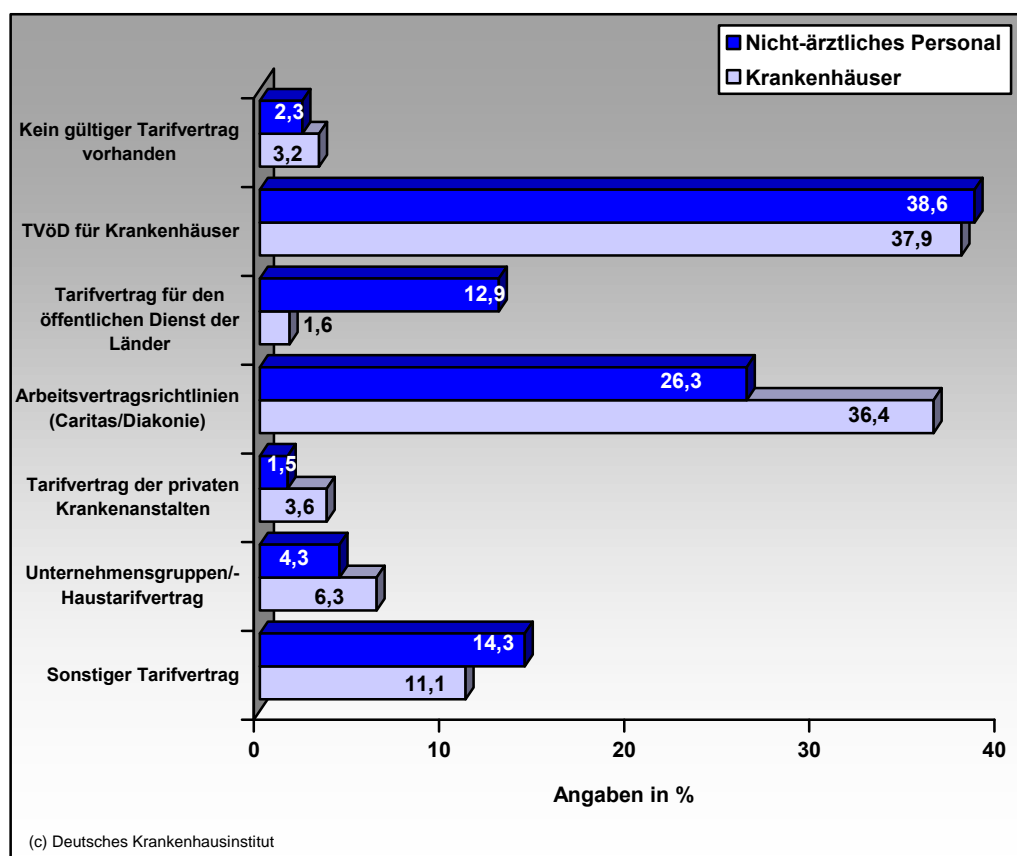


Abb. 42: Tarifsituation bei nicht-ärztlichen Berufsgruppen

Hier sind der TVöD für Krankenhäuser und die AVR für die großen kirchlichen Träger eindeutig die vorherrschenden Tarifwerke; rund drei Viertel aller Krankenhäuser bzw. zwei Drittel der Beschäftigten sind insgesamt darüber erfasst.²⁷ Weitere 10% der Einrichtungen mit 6% des nicht-ärztlichen Personals entfallen auf den Tarifvertrag der privaten Krankenanstalten und die Unternehmensgruppen- bzw. Haustarifverträge. Unter den sonstigen Tarifverträgen (11,1%) dominieren, ähnlich wie im Ärztlichen Dienst, der BAT bzw. der BAT in der kirchlichen Fassung.

Für die Universitätskliniken sind wiederum größere statistische Unsicherheiten zu beachten. Vorbehaltlich dieser Einschränkung dominiert hier der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) zwischen der Tarifgemeinschaft der deutschen Länder und ver.di. In rund 80% der Universitätskliniken (bzw. knapp 2% der Krankenhäuser insgesamt) bildet er das vorherrschende Tarifwerk. In

²⁷ Hinsichtlich der AVR sind bei der Tarifbindung nach Krankenhäusern geringfügige Abweichungen zu den Ergebnissen für den Ärztlichen Dienst wohl in erster Linie durch Stichprobeneffekte zu erklären.

den übrigen Universitätskliniken gelten für das nicht-ärztliche Personal vor allem der TVöD sowie der BAT, ggf. in Verbindung mit betriebsspezifischen Sonderregelungen. Etwa 17% des nicht-ärztlichen Personals deutscher Krankenhäuser sind in Universitätskliniken beschäftigt. Für insgesamt 12,9% (bzw. 76% des nicht-ärztlichen Personals der Universitätskliniken) gilt der TV-L.

Nach Krankenhausträgern dominieren in den freigemeinnützigen Einrichtungen die AVR (jeweils rund drei Viertel der Krankenhäuser und der Beschäftigten) und unter den öffentlichen Häusern der TVöD und der TV-L (mit insgesamt über 80% der Krankenhäuser und des nicht-ärztlichen Personals). Einzig bei den privaten Krankenhausträgern ist die Tarifsituation unter den nicht-ärztlichen Berufsgruppen ähnlich heterogen wie im Ärztlichen Dienst (Abb. 43).

Tab. 6 zeigt die Verteilung der vier vorherrschenden Tarifarten für die nicht-ärztlichen Berufsgruppen nach Krankenhausgröße und im Ost-West-Vergleich: Aufgrund der Trägerstruktur ist der TVöD, zumindest gemessen an der Tarifbindung nach Einrichtungen, vor allem in den großen Häusern überrepräsentiert; bei der Tarifbindung nach Beschäftigten besteht allerdings nahezu eine Gleichverteilung. Die AVR sowie Unternehmensgruppen- bzw. Haustarifverträge sind in großen Krankenhäusern unterrepräsentiert.

In den neuen Bundesländern kommt der TVöD deutlich seltener zur Anwendung, weil hier häufiger noch der BAT-Ost gilt. Des Weiteren variiert die Tarifbindung des TV-L nach Beschäftigten deutlich zwischen alten und neuen Bundesländern. Der unterdurchschnittliche Wert für den Westen ist zum einen darauf zurückzuführen, dass der TV-L hier nicht durchweg das vorherrschende Tarifwerk in den Universitätskliniken darstellt, zum anderen auf den geringeren Anteil der Universitätskliniken bzw. des dortigen Personals an den jeweiligen Grundgesamtheiten.

Art des Tarifvertrages	Bettengrößenklassen						Ost-West			
	50-299 Betten		300-599 Betten		ab 600 Betten		alte BL		neue BL	
	KH / B		KH / B		KH / B		KH / B		KH / B	
TVöD für Krankenhäuser	35,6%	35,6%	34,8%	35,4%	62,5%	39,8%	40,7%	40,8%	27,1%	22,3%
Arbeitsvertragsrichtlinien	38,7%	38,0%	7,9%	38,5%	12,5%	8,0%	36,1%	27,5%	36,8%	25,2%
Unternehmensgruppen-/Haustarifvertrag	6,7%	6,7%	7,6%	7,7%	--	--	5,6%	3,0%	10,5%	7,2%
Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder	--	--	--	--	17,3%	33,9%	1,5%	11,0%	2,6%	23,8%

Tab. 6: Tarifsituation bei sonstigen Berufsgruppen nach Bettengrößenklassen und Ost-West
- Tarifbindung nach Krankenhäusern (KH) und Beschäftigten (B)

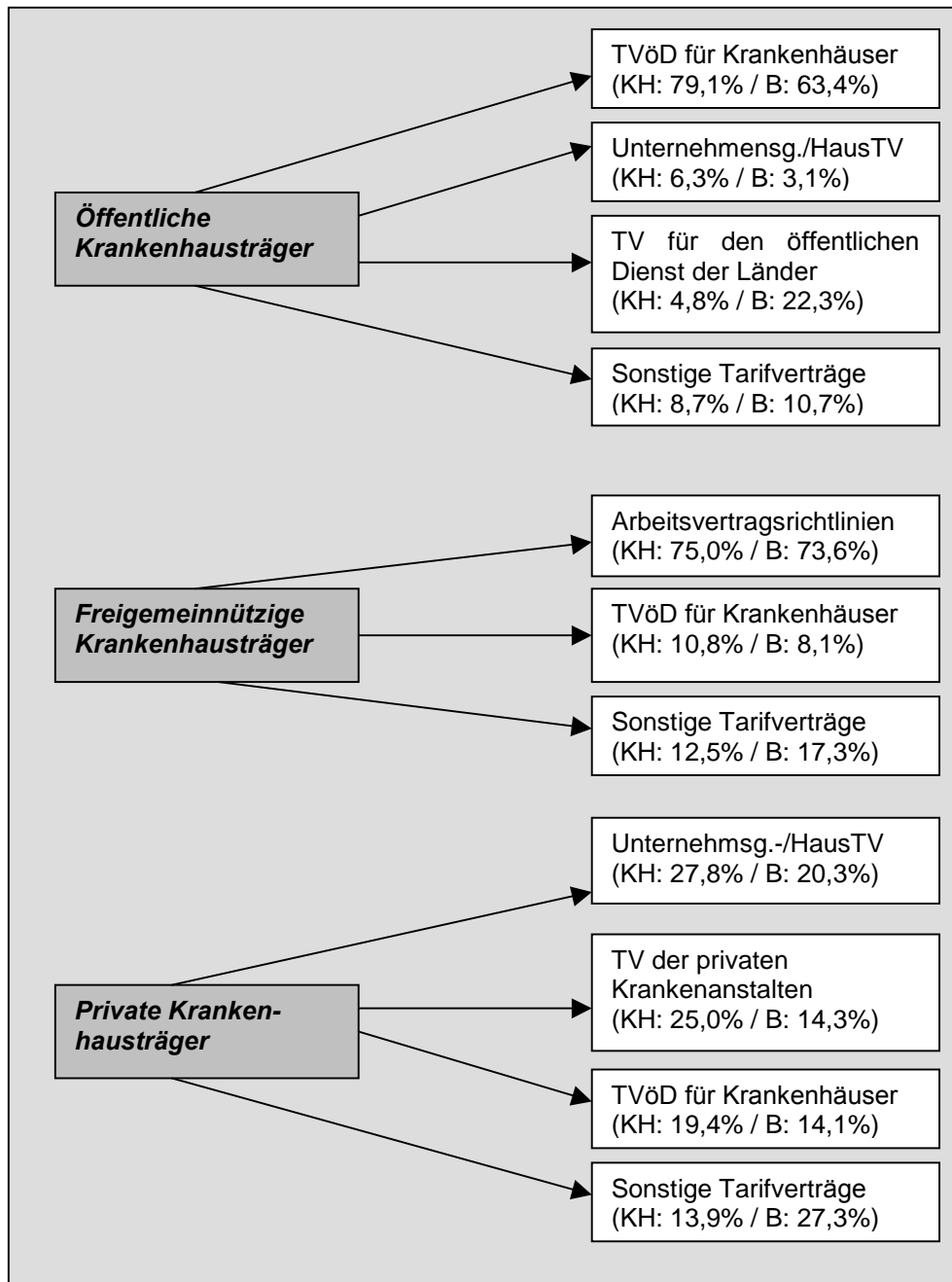


Abb. 43: Tarifsituation in nicht-ärztlichen Berufsgruppen nach Krankenhausträgern
- Tarifbindung nach Krankenhäusern (KH) und Beschäftigten (B)

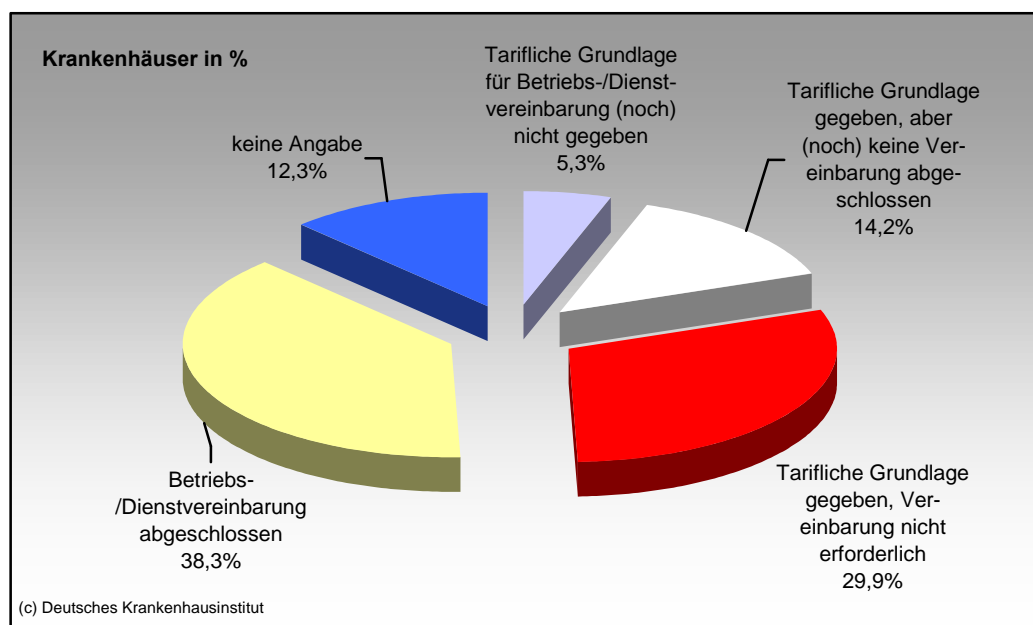
7.3 Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit (Opt-Out)

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der wöchentlichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz (48 Stunden) möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden und der Arbeitnehmer schriftlich eingewilligt hat (sog. Opt-Out-Regelung). Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit für den Ärztlichen Dienst ihres Krankenhauses die entsprechenden tariflichen und ggf. erforderlichen betrieblichen Grundlagen vorliegen.

Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2007 lagen zumindest die tarifvertraglichen Voraussetzungen für die Opt-Out-Regelung in den deutschen Krankenhäusern weitgehend vor. Lediglich bei rund 5% der Einrichtungen war die tarifliche Grundlage dafür noch nicht gegeben. Darüber hinaus hatten rund 14% der Einrichtungen, trotz vorhandener tariflicher Grundlage, jedoch noch keine Betriebs- oder Dienstvereinbarung abgeschlossen.

Fasst man diese Werte zusammen, so lagen im Frühjahr 2007 in rund einem Fünftel der deutschen Krankenhäuser die rechtlichen Voraussetzungen für die Anwendung von Opt-Out noch nicht vor. In dieser Hinsicht gab es keine nennenswerten Unterschiede nach Krankenhausgröße respektive Krankenhausträgerschaft und im Ost-West-Vergleich.

Bei insgesamt gut zwei Dritteln der deutschen Krankenhäuser (68,2%) wird die Opt-Out-Regelung umgesetzt, weil tarifliche Grundlagen dafür ausreichen oder die erforderlichen Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen vorliegen. Die konkrete Verteilung auf diese beiden Antwortalternativen (vgl. Abb. 44) wäre hier teilweise zu problematisieren, insofern die Angaben zum Erfordernis einer Betriebs-/Dienstvereinbarung nicht durchweg mit den Vorgaben in den für die Häuser jeweils gültigen Tarifverträgen übereinstimmten. Die Gesamtergebnisse für die Opt-Out-Anwendung ändern sich dadurch allerdings nicht.



**Abb. 44 Umsetzungsstand der Opt-Out-Regelung im Ärztlichen Dienst
- Frühjahr 2007 -**

7.4 Ärzte mit Opt-Out

Die Krankenhäuser mit Opt-Out-Regelung wurden zudem nach dem Umsetzungsstand im Ärztlichen Dienst befragt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten im Ärztlichen Dienst (Köpfe) macht derzeit rund die Hälfte (49%) der Ärzte in den jeweiligen Krankenhäusern vom Opt-Out Gebrauch. Allerdings ist eine Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit ohne Ausgleich nur zulässig, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt.

Bezieht man dementsprechend die Ärzte mit Opt-Out auf die Ärzte mit Bereitschaftsdienst je Krankenhaus, fällt der Anteilswert merklich höher aus. Demnach haben im Bundesdurchschnitt pro Krankenhaus fast zwei Drittel der Ärzte mit Bereitschaftsdienst in die Opt-Out-Regelung schriftlich eingewilligt, in der Hälfte der Krankenhäuser sogar mindestens 78% (Median).

Sofern innerbetrieblich die rechtlichen Voraussetzungen für die Opt-Out-Regelung vorliegen, wird diese mithin auch extensiv genutzt. Dabei gab es wiederum keine signifikanten Unterschiede nach Krankenhausgröße, Trägerschaft und Tarifvertrag. Auffallend war lediglich die überproportionale Nutzung des Opt-Out in den neuen Bundesländern (vgl. Abb. 45). Dies dürfte u.a. auf die schwierigere Personalsituation in den ostdeutschen Krankenhäusern zurückzuführen sein.

Die zulässige Höchstarbeitszeit im Opt-Out richtet sich nach dem für das jeweilige Krankenhaus gültigen Tarifvertrag: Sie liegt beispielsweise im TV-Ärzte/VKA generell bei 60 Stunden pro Woche. Im TVöD für Krankenhäuser variiert sie in Abhängigkeit von der Bereitschaftsdienststufe zwischen 54-58 Stunden. Die meisten anderen Tarifwerke enthalten vergleichbare Regelungen.

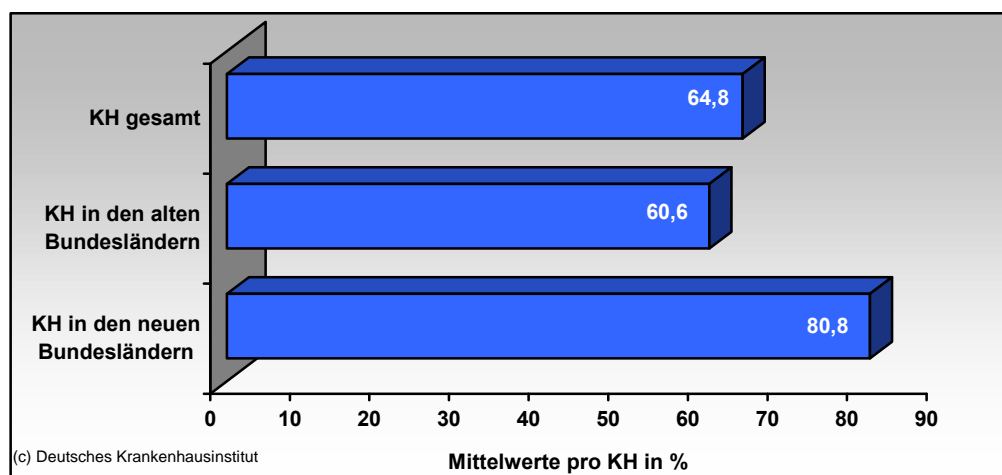


Abb. 45: Anteil der Ärzte mit Opt-Out-Regelung an Ärzten mit Bereitschaftsdienst - Krankenhäuser mit Opt-Out-Regelung

Vor diesem Hintergrund sollten die Befragten angeben, wie viele Ärzte mit Opt-Out-Regelung die zulässige Höchstarbeitszeit gemäß dem für das jeweilige Haus gültigen Tarifvertrag ableisten. Demnach erreichen in jeweils gut 25% der Krankenhäuser fast alle bzw. mehr als zwei Drittel die jeweilige Höchstarbeitszeit (Abb. 46). Die entsprechenden Anteilswerte fielen in den neuen Bundesländern abermals überproportional aus (insgesamt ca. 64%). Ansonsten gab es hier keine Auffälligkeiten in Abhängigkeit von der Krankenhaus- oder Tarifstruktur.

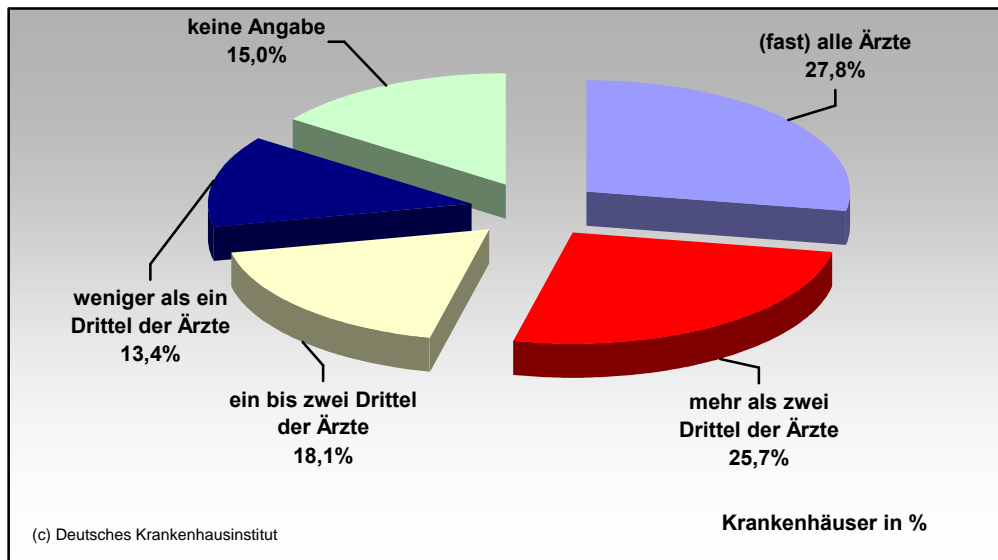


Abb. 46: Anteil der Ärzte mit zulässiger Höchstarbeitszeit im Opt-Out pro Krankenhaus- Krankenhäuser mit Opt-Out-Regelung

7.5 Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der täglichen Höchst- arbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zuge- lassen wurden. Die Einzelheiten und Bedingungen für entsprechende Arbeits- zeitverlängerungen im Krankenhaus sind in den Tarifverträgen höchst unter- schiedlich geregelt. Eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit auf bis zu 24 Stunden ist dabei unter bestimmten Voraussetzungen grundsätzlich möglich:

Teilweise ist dafür eine tarifliche Grundlage ausreichend (z.B. Tarifvertrag für Ärzte an Unikliniken, TV-Ärzte/VKA in den unteren Bereitschaftsdienststufen); teilweise sind dafür zusätzlich Betriebs- oder Dienstvereinbarungen im Kranken- haus erforderlich (z.B. TV-Ärzte/VKA in der obersten Bereitschaftsdienststufe). Für Weekend- und Feiertage sind Sonderregelungen vorgesehen, welche die Ableistung von 24-Stunden-Diensten erleichtern, etwa die Verlängerung der täg- lichen Höchstarbeitszeit auf 24 Stunden, wenn ausschließlich Bereitschaftsdienst anfällt.

Vor dem Hintergrund dieser insgesamt heterogenen Tarifsituation sollten die Be- fragungsteilnehmer angeben, inwieweit in ihrem Krankenhaus sowohl die tarifli- chen als auch die ggf. erforderlichen betrieblichen Voraussetzungen für eine Ver- längerung der täglichen Höchstarbeitszeit im Ärztlichen Dienst auf bis zu 24 Stunden vorliegen. Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2007 lagen die entspre- chenden Voraussetzungen nicht flächendeckend vor:

Bis dahin war in weniger als der Hälfte der Krankenhäuser (44,9%) eine Verlän- gerung der täglichen Höchstarbeitszeit an Werktagen auf bis zu 24 Stunden möglich. Bedingt durch die entsprechenden Sonderregelungen fällt der Anteils- wert zumindest für die Weekend- und Feiertage merklich höher aus (68,7%). In diesem Zusammenhang muss allerdings offen bleiben, inwieweit 24-Stunden- Dienste (vor allem an Werktagen) im Rahmen einer ggf. neuen Arbeitszeitorgani- sation von Krankenhäusern noch vorgesehen oder zwischen Krankenhausträger und Mitarbeitervertretung überhaupt konsensfähig sind.

Mit Blick auf die rechtlichen Voraussetzungen zur Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit gab es keine erwähnenswerten Besonderheiten nach Krankenhaussträgerschaft, Tarifwerken und im Ost-West-Vergleich. Allerdings lagen die diesbezüglichen tariflichen bzw. ggf. erforderlichen betrieblichen Grundlagen in kleineren Krankenhäusern eindeutig seltener vor (Abb. 47). Insofern kleinere Häuser eher größere Probleme haben, das neue Arbeitszeitgesetz bzw. innovative Arbeitszeitmodelle umzusetzen, sind sie von fehlenden Flexibilisierungsmöglichkeiten bei der täglichen Höchstarbeitszeit besonders betroffen.

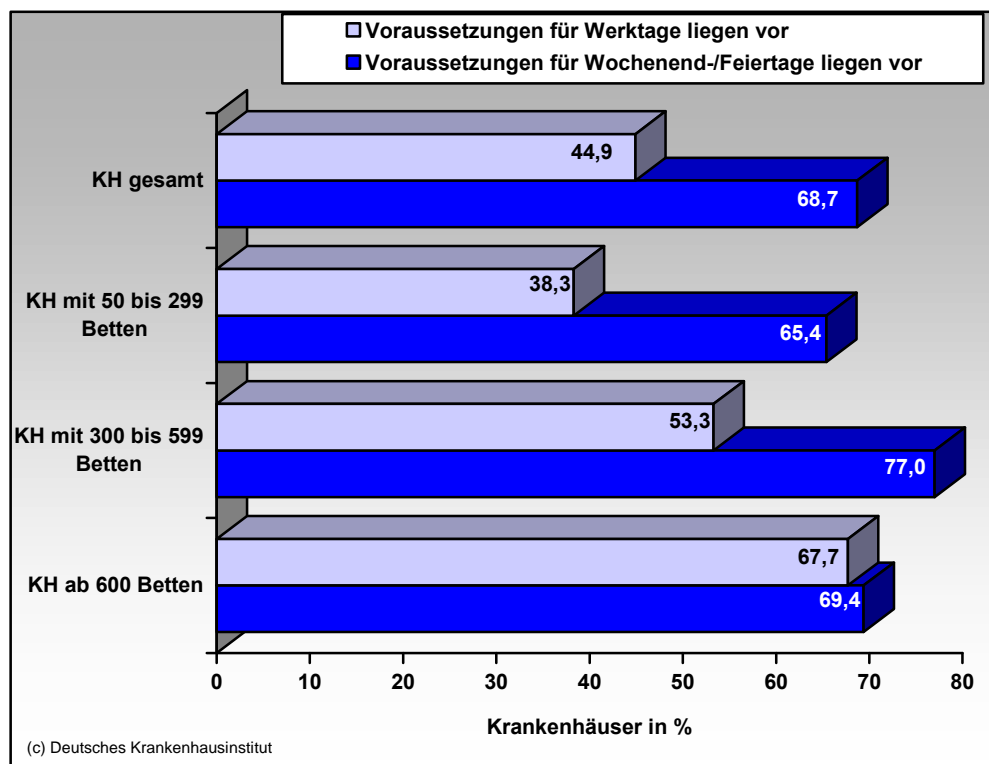


Abb. 47: Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit im Ärztlichen Dienst - Vorliegen erforderlicher Voraussetzungen

7.6 Ärzte mit 24-Stunden-Diensten

Die Krankenhäuser mit vorliegenden Voraussetzungen für 24-Stunden-Dienste an Werktagen sollten die Anzahl der Ärzte benennen, die solche Dienste tatsächlich ableisten. Eine entsprechende Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit ist nur zulässig, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt. Demnach erbringen im Bundesdurchschnitt pro Krankenhaus 57% der Ärzte mit Bereitschaftsdienst 24-Stunden-Dienste an Werktagen.

Sofern innerbetrieblich die rechtlichen Voraussetzungen für entsprechende Dienste vorliegen, werden sie mithin nach wie vor von zahlreichen Ärzten abgeleistet. Dabei gab es keine signifikanten Unterschiede nach Krankenhausgröße, Trägerschaft und Tarifvertrag. Auffallend war indes der deutlich überproportionale Anteilswert für die neuen Bundesländer (75% der Ärzte mit Bereitschaftsdienst), was abermals die besondere Personalsituation im Osten widerspiegelt.

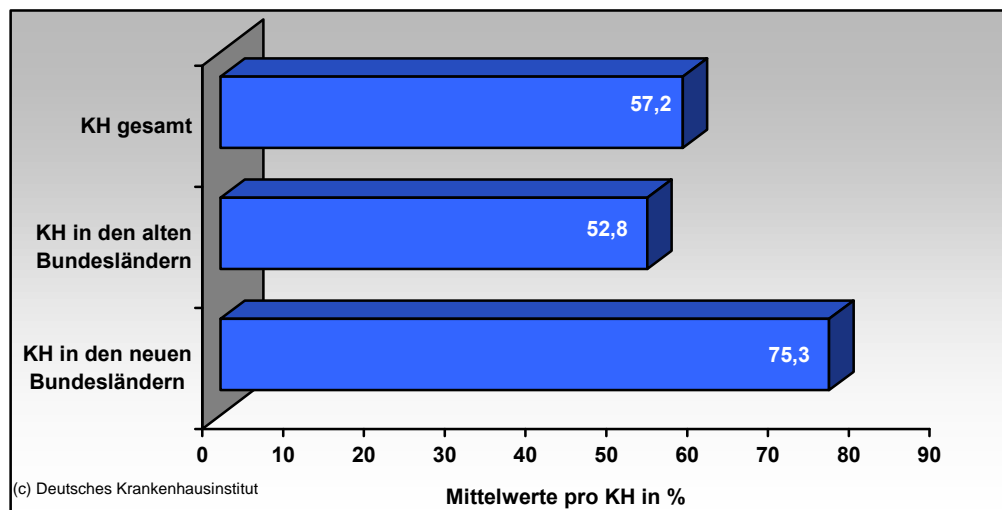


Abb. 48: Anteil der Ärzte mit Bereitschaftsdienst mit 24-Stunden-Diensten an Werktagen
- Krankenhäuser mit vorliegenden Voraussetzungen

7.7 Schwierigkeiten mit dem neuen Arbeitszeitrecht

Jenseits der tariflichen Grundlagen oder ggf. erforderlicher Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen können weitere Probleme aus der praktischen Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechtes resultieren. Deswegen wurden die Krankenhäuser konkret gefragt, ob und mit welchen Schwierigkeiten sie sich hier speziell mit Blick auf den Ärztlichen Dienst konfrontiert sehen. Demnach hat die große Mehrzahl der deutschen Krankenhäuser (72,5%) nach wie vor Probleme mit der Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechtes. Nur rund ein Fünftel führte kaum oder keine Schwierigkeiten an (Abb. 49).

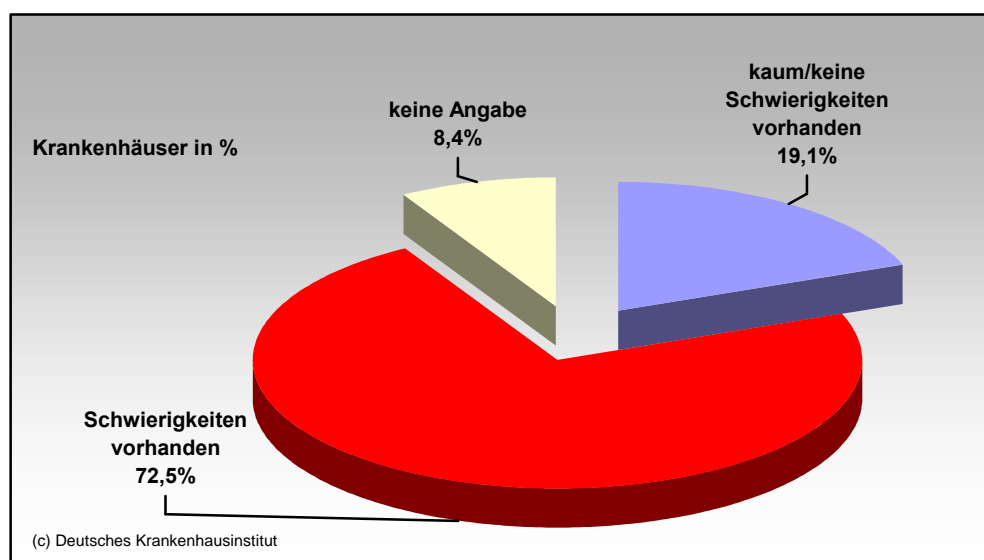


Abb. 49: Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechtes im Ärztlichen Dienst

Probleme bei der Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechtes gibt es unabhängig von der Krankenhausgröße und regionalen Lage. Des Weiteren spielt es weitgehend keine Rolle, welcher Tarifvertrag für den Ärztlichen Dienst zur Anwendung

kommt; für die verschiedenen Tarifwerke waren die entsprechenden Prozentsätze in hohem Maße vergleichbar. Einzig mit Blick auf die Krankenhausärzterschaft fiel auf, dass private Träger deutlich seltener Schwierigkeiten mit dem neuen Arbeitszeitrecht anführten (50%).

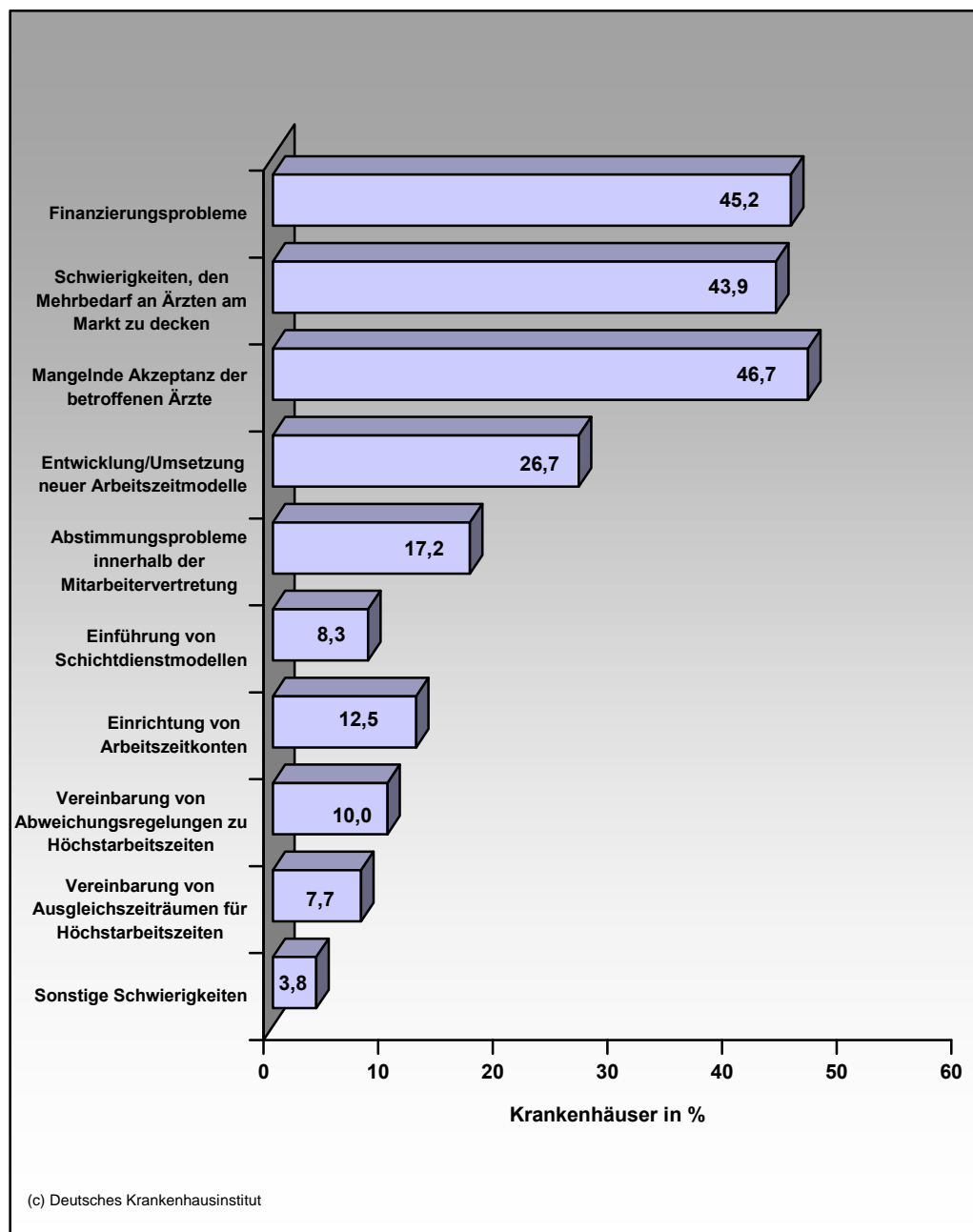


Abb. 50: Schwierigkeiten mit dem neuen Arbeitszeitrecht

Abb. 50 ist zu entnehmen, welche konkreten Probleme die Krankenhäuser mit dem neuen Arbeitszeitrecht haben. Die Hauptschwierigkeit bilden dabei eindeutig finanzielle und Personalprobleme: Jeweils rund 45% der Häuser haben Finanzierungsprobleme mit einer neuen Arbeitszeitorganisation, Probleme mit der Mitarbeiterakzeptanz sowie Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten ggf. am Markt zu decken. Im Vergleich zur Vorjahresehebung des *Krankenhaus Barometers* haben sich die genannten Probleme sogar noch verschärft.

Für gut ein Viertel der Krankenhäuser resultieren die Schwierigkeiten vor allem aus der Entwicklung und Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle. Verglichen mit dem Vorjahr ist hier jedoch eine Verbesserung eingetreten, so dass die Schlussfolgerung nahe liegt, dass die Krankenhäuser zusehends neue Arbeitszeitmodelle einführen bzw. eingeführt haben. Auch andere Detailprobleme einer veränderten Arbeitszeitorganisation wie die Einrichtung von Arbeitszeitkonten oder die Vereinbarung von Ausgleichszeiträumen spielen eine eher untergeordnete Rolle.

Selbst die Vereinbarung von Höchstarbeitszeiten wird vergleichsweise selten als relevantes Umsetzungsproblem angeführt (10%). Dies steht im scheinbaren Widerspruch zu den o.a. Ergebnissen für die täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeiten. Möglicherweise können damit zusammenhängende Probleme aber teilweise durch neue Arbeitszeitmodelle abgedeckt werden; teilweise mögen auch die Verhandlungen zu Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen relativ weit fortgeschritten sein, so dass die Höchstarbeitszeiten perspektivisch nicht mehr als großes Umsetzungsproblem des neuen Arbeitszeitrechts angesehen werden.

7.8 Notlagentarifverträge

Zur Vermeidung bzw. Beseitigung wirtschaftlicher Probleme eines Krankenhauses oder zur Beschäftigungssicherung können ggf. Abweichungen von den Regelungen eines Tarifvertrages vereinbart werden, in der Regel auf überbetrieblicher Ebene. Die Einzelheiten sind in den jeweiligen Tarifwerken geregelt. Derzeit gilt für rund 11% der Krankenhäuser ein entsprechender Notlagentarifvertrag bzw. ein Tarifvertrag zur Zukunftssicherung des Krankenhauses. In fast 8% der Einrichtungen sind solche Verträge darüber hinaus geplant.

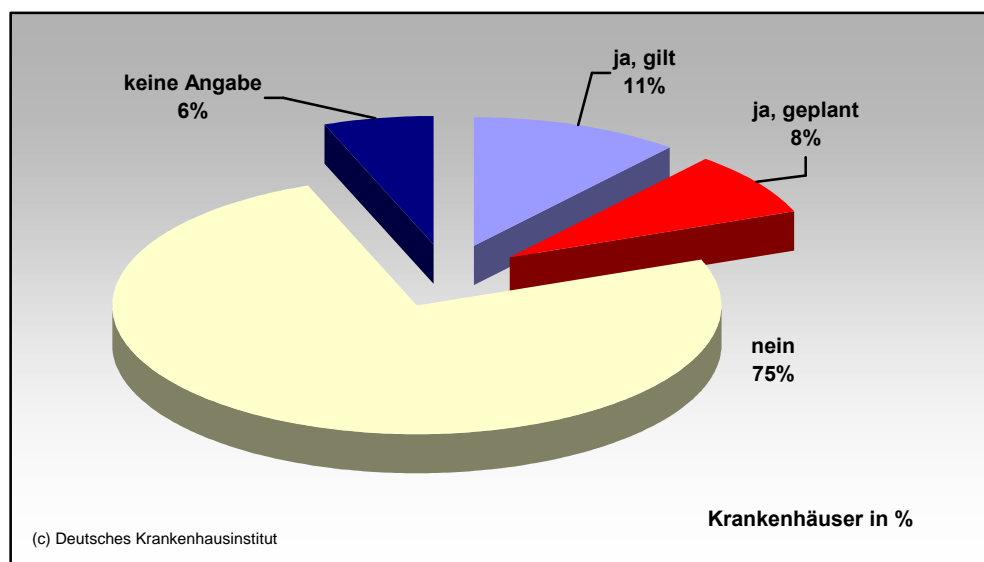


Abb. 51: Vorliegen/Planung eines Notlagentarifvertrages

In den neuen Bundesländern sind gültige Notlagentarifverträge überrepräsentiert (18%). Dagegen sind sie bundesweit in kleineren Krankenhäusern bis 300 Betten eher unterrepräsentiert (5,6%). Des Weiteren wenden Häuser mit einem Notlagentarifvertrag überproportional häufig den TVöD für Krankenhäuser an (22% TVöD für Ärzte, 48% TVöD für sonstige Berufsgruppen). Darüber hinaus zeichnen sich die betroffenen Krankenhäuser aus naheliegenden Gründen durch eine schlechtere wirtschaftliche Lage aus.

7.9 Maßnahmen infolge der Tarifierhöhungen bei Ärzten

Im Jahr 2006 ist es zu deutlichen Tarifierhöhungen im Ärztlichen Dienst gekommen. Die dadurch entstandenen Mehrkosten werden beispielsweise von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bundesweit auf ca. 1,5 Milliarden Euro taxiert. Das entspräche rund 15% der bisherigen Kosten für den Ärztlichen Dienst. Bei vorgegebenem Landesbasisfallwert können diese zusätzlichen Kosten faktisch nicht auf die Preise (DRGs) abgewälzt werden. Deswegen wurden die Krankenhäuser gefragt, welche Maßnahmen sie infolge der Tarifierhöhungen im Ärztlichen Dienst konkret planen.

Für vergleichsweise wenige Krankenhäuser (11%) stellt dabei der Stellenabbau im Ärztlichen Dienst eine realistische Option dar. Knapp 30% wollen jedoch offene Stellen im Ärztlichen Dienst zumindest zeitweise nicht besetzen. Beide Maßnahmen sind in großen Häusern ab 600 Betten deutlich überproportional vorgesehen.

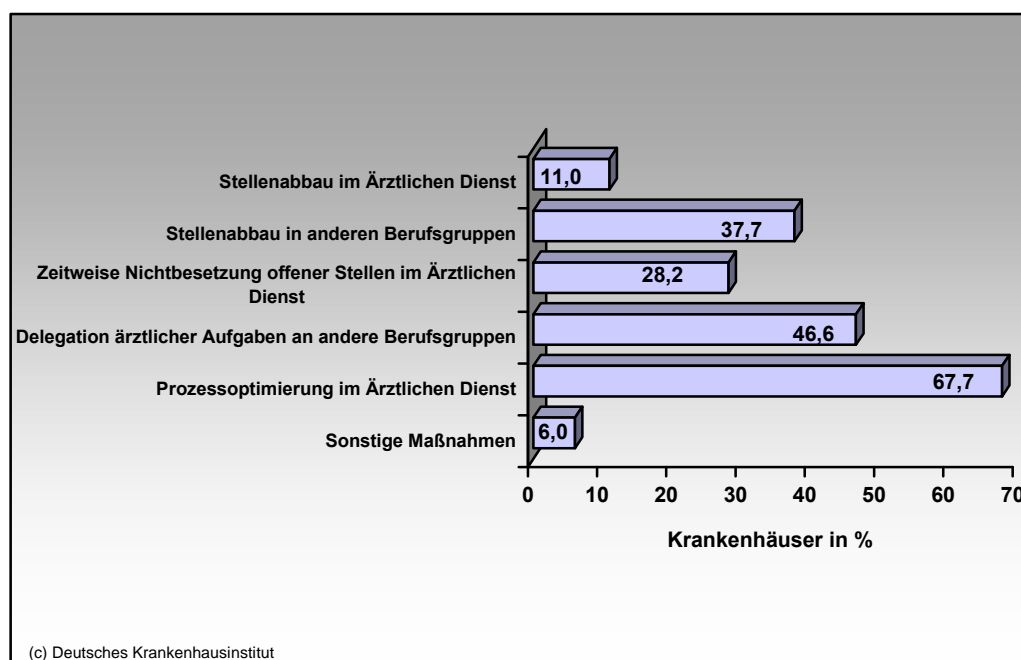


Abb. 52: Geplante Maßnahmen infolge der Tarifierhöhungen bei Ärzten

Die Tarifierhöhungen im Ärztlichen Dienst gehen eher zu Lasten anderer Berufsgruppen, insofern gut ein Drittel der Krankenhäuser dort einen Stellenabbau beabsichtigt. Schwerpunkte der geplanten Maßnahmen bilden insbesondere die Prozessoptimierung im Ärztlichen Dienst (67,7%) und die Delegation ärztlicher Aufgaben an andere Berufsgruppen (46,6%).²⁸ Delegationen sind allerdings in kleineren Häusern unter 300 Betten signifikant seltener vorgesehen.

²⁸ Vgl. ausführlich auch Kap. 3.8

8 Entlassungsmanagement

8.1 Schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement

Die Einführung des DRG-Systems und neuer Versorgungsformen im Krankenhaus (z.B. DMP, Integrierte Versorgung) sowie die Veränderungen im Patienten-klientel aufgrund demografischer Entwicklungen bedeuten einen größeren Bedarf an ambulanter und/oder pflegerischer Nachsorge und Beratung für viele Patienten. Damit steigt auch die Bedeutung des Schnittstellenmanagements zwischen Krankenhaus und nachgelagerten Bereichen. In Anerkennung dieser Tatsache hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) das SGB V entsprechend ergänzt:

Demnach haben gemäß § 11 Abs. 4 SGB V Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Laut amtlicher Begründung zum GKV-WSG ist insbesondere im Zusammenhang mit einer Entlassung aus dem Krankenhaus ein Versorgungsmanagement einzurichten, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang von Versicherten in die verschiedenen Versorgungsbereiche beitragen soll.

Vor diesem Hintergrund sollte mit dem diesjährigen *Krankenhaus Barometer* eine erste Bestandsaufnahme zum Entlassungsmanagement in deutschen Krankenhäusern erfolgen. Damit kann aufgezeigt werden, inwieweit schon heute die Voraussetzungen für das Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V vorliegen und wo ggf. noch Verbesserungspotenziale bestehen.

Zur Förderung oder Optimierung des Entlassungsmanagements können u.a. schriftlich fixierte Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade speziell für diesen Zweck vorliegen. Schon jedes zweite Krankenhaus in Deutschland verfügt über entsprechende Standards. Schriftliche Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade sind dabei in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten überrepräsentiert.

Inhalt, Umfang und Detailliertheit der schriftlichen Unterlagen wurden zwar nicht ausdrücklich erfragt. Teilweise lassen sie sich allerdings aus der, anderweitig erhobenen, konkreten Ablauforganisation des Entlassungsmanagements in den befragten Krankenhäusern erschließen. Demzufolge sind zentrale Aspekte des Entlassungsmanagements wie eine gezielte und frühzeitige Entlassungsplanung oder eine bedarfsorientierte Einbeziehung nachsorgender Leistungserbringer standardmäßig oder vielfach erfasst.²⁹

²⁹ Vgl. im Einzelnen Kap. 8.3 und 8.4

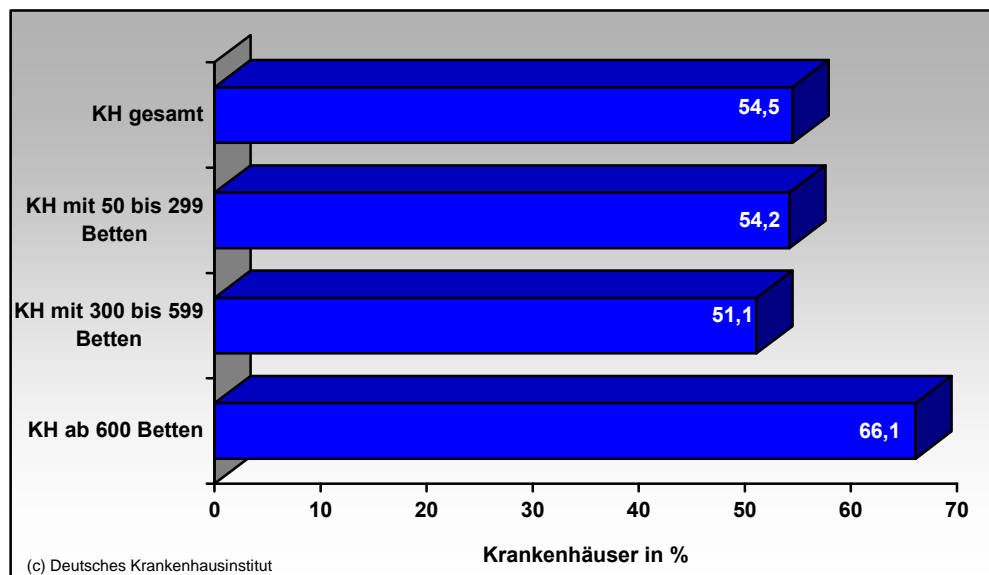


Abb. 53: Schriftliche Standards zum Entlassungsmanagement

8.2 Fachkräfte für das Entlassungsmanagement

Das Entlassungsmanagement kann weitestgehend in die normale Stationsarbeit integriert sein. Es kann im Krankenhaus (darüber hinaus) aber auch speziell qualifizierte Fachkräfte geben, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig sind (z.B. Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung o. ä.).

Gut die Hälfte der Krankenhäuser verfügt über entsprechende Fachkräfte, die abermals in größeren Häusern ab 600 Betten deutlich überrepräsentiert sind (Abb. 54). In den Häusern mit entsprechenden Angaben ist die Mehrzahl der Fachkräfte generell (78,5%) oder teilweise (18,8%) fachabteilungsübergreifend für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig.

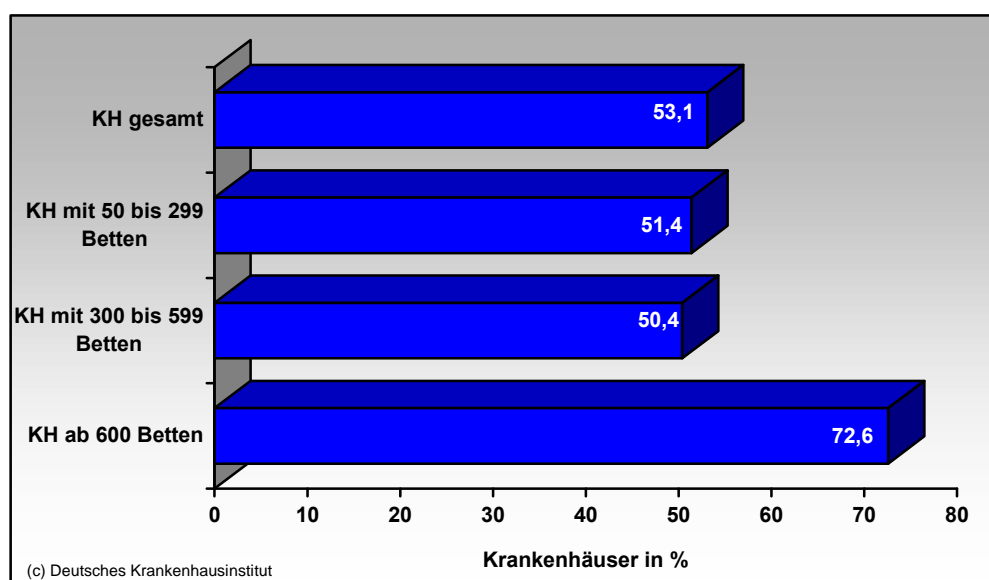


Abb. 54: Vorhaltung spezieller Fachkräfte für das Entlassungsmanagement

Im Übrigen gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Vorhaltung solcher Fachkräfte und dem Vorliegen schriftlicher Standards zum Entlassungsmanagement. In rund zwei Dritteln aller Krankenhäuser mit entsprechenden Fachkräften liegen auch schriftliche Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade zum Entlassungsmanagement vor, hingegen in nur gut 40% der Häuser ohne einschlägig qualifiziertes Personal. Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung o.ä. begünstigen insofern eine stärkere Standardisierung des Entlassungsmanagements.

Die Krankenhäuser mit Fachkräften für das Entlassungsmanagement sollten zudem angeben, welchen Berufsgruppen sie angehören (Abb. 55). In knapp der Hälfte der Häuser gehören die speziell qualifizierten Fachkräfte dem Sozialdienst an, wobei das Entlassungsmanagement bzw. die Überleitung traditionell zu dessen Aufgabenbereich zählt. Deswegen muss teilweise offen bleiben, inwieweit sich der Sozialdienst auf schon bislang ausgeübte Vermittlungsfunktionen für die Weiterbehandlung beschränkt oder bereits ein weitergehendes Case Management vorliegt.

In 46% der Einrichtungen wird das Entlassungsmanagement federführend von Pflegekräften übernommen. Möglicherweise liegen hier schon häufiger Ansätze eines umfassenden Case Managements vor. Ärzte oder sonstige Berufsgruppen (v.a. Verwaltungsmitarbeiter) sind hingegen selten schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement zuständig.

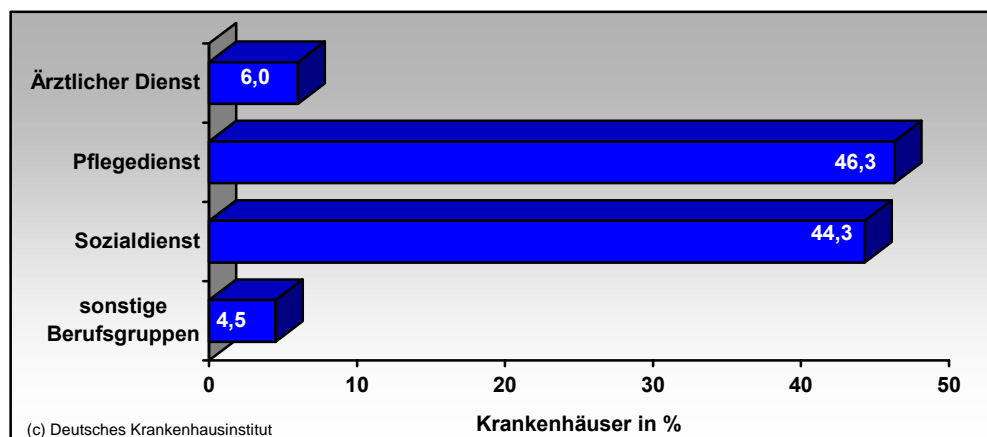


Abb. 55: Berufsgruppen der speziellen Fachkräfte für das Entlassungsmanagement

8.3 Organisation des Entlassungsmanagements im Krankenhaus

Entlassungsmanagement ist als ein systematischer und zielgerichteter Prozess zu verstehen, der schon zeitnah mit der Patientenaufnahme beginnen sollte. Deswegen wurden die Krankenhäuser konkret befragt, inwieweit gerade bei Patienten mit besonderem poststationärem Pflege- und Versorgungsbedarf die Entlassungsplanung in diesem Sinne standardisiert ist. Abb. 56 zeigt Art und Häufigkeit der entsprechenden Maßnahmen. Insgesamt sind die Krankenhäuser für das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V gut gerüstet, insofern die Maßnahmen schon jetzt in vielen Häusern breite Anwendung finden:

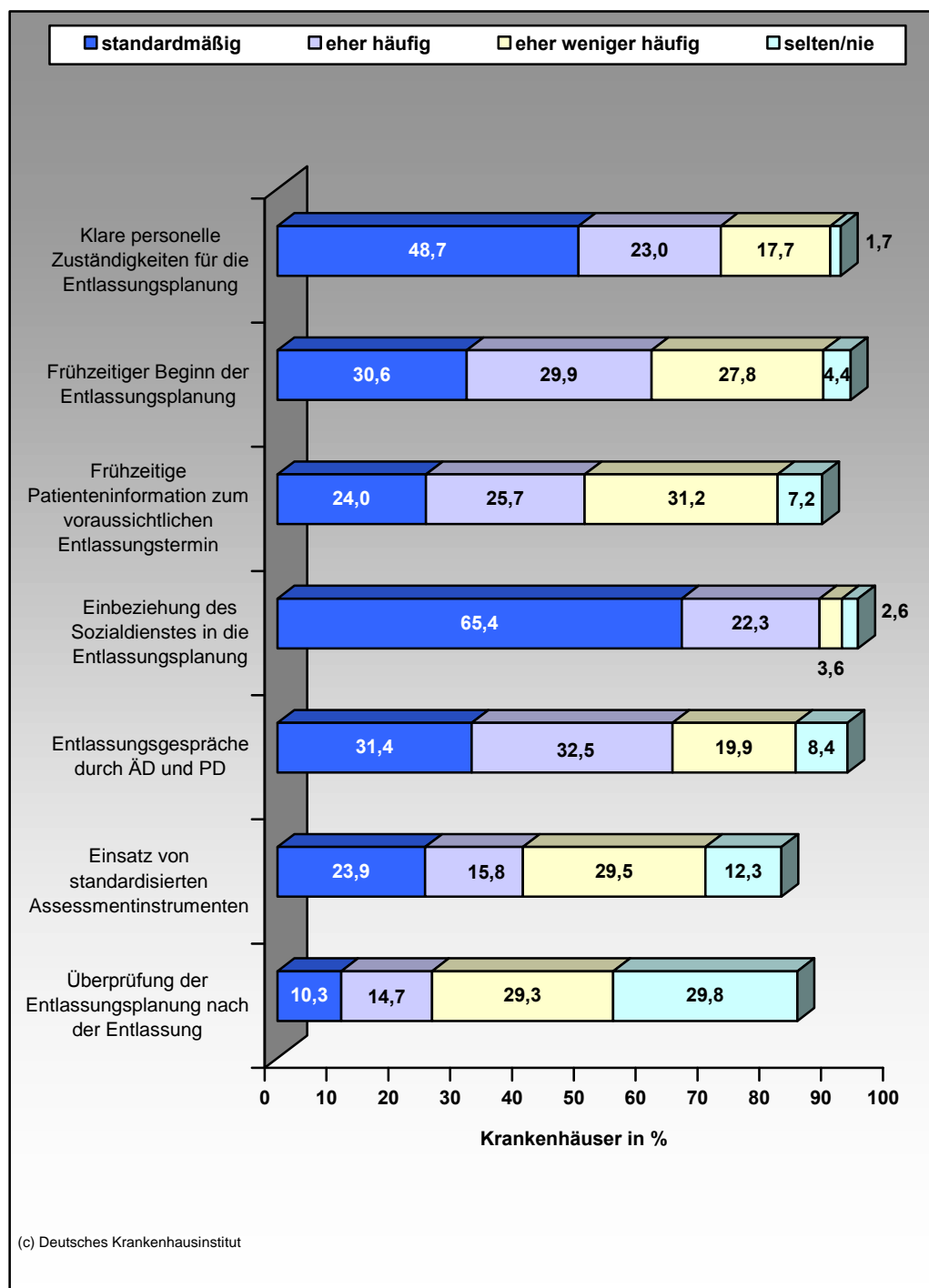


Abb. 56: Organisation des Entlassungsmanagements

In der Mehrzahl der Krankenhäuser gibt es in jedem Fall klare personelle Zuständigkeiten für die Entlassungsplanung. In rund der Hälfte der Häuser ist dies standardmäßig und bei knapp einem Viertel eher häufig der Fall. Ein frühzeitiger Beginn der Entlassungsplanung bzw. eine entsprechende Patienteninformation zum voraussichtlichen Entlassungstermin ist ebenfalls schon vielfach realisiert. Mit Blick auf die personellen Zuständigkeiten ist der Sozialdienst in die Entlassungsplanung überwiegend einbezogen. Entlassungsgespräche durch den Arzt-

lichen und Pflegedienst finden immerhin in knapp zwei Dritteln der Häuser mehrheitlich statt.

Der Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten zum poststationären Pflege- bzw. Versorgungsbedarf ist dagegen noch nicht so weit verbreitet. Beim entsprechenden Patientenklientel kommen sie nur in knapp einem Viertel der Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz und bei weiteren 16% eher häufig. Allerdings ist in Rechnung zu stellen, dass der entsprechende Bedarf - gerade von erfahrenen Pflegekräften - vielfach auch ohne Hilfe standardisierter Assessmentinstrumente bestimmt werden kann. Teilweise kann der Einsatz solcher Instrumente eine systematische und valide Einschätzung des Versorgungsbedarfs der Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus jedoch erleichtern.

Eine Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung durch das Krankenhaus selbst (in Form einer gezielten Kontaktierung von Leistungserbringern, Patienten oder Angehörigen) findet bislang selten statt. Teilweise bestehen diesbezüglich organisatorische bzw. Kapazitätsgrenzen; teilweise mögen auch sporadische oder selektive Prüfungen ausreichen, um die Angemessenheit der Entlassungsplanung zu kontrollieren. Des Weiteren sei daran erinnert, dass Informationen zur Entlassung und Nachsorge standardmäßig in vielen Patientenbefragungen erhoben werden, so dass die Krankenhäuser auch auf diesem Wege ein Feedback zur Qualität ihres Entlassungsmanagements erhalten.

Weiterführende Analysen zeigen zudem, dass das Vorliegen schriftlicher Standards zum Entlassungsmanagement bzw. die Vorhaltung einschlägig qualifizierter Fachkräfte dem Entlassungsmanagement eher förderlich sind. In Häusern mit diesen Voraussetzungen werden die genannten Maßnahmen des Entlassungsmanagements signifikant häufiger standardmäßig erbracht als in den übrigen Einrichtungen.

8.4 Einbeziehung von Nachsorgern in die Entlassungsplanung

Laut amtlicher Begründung zum GKV-WSG haben die jeweiligen Leistungserbringer, also Krankenhäuser, Vertragsärzte, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen beim Übergang in andere Versorgungsbereiche die erforderlichen Informationen auszutauschen und unterstützt durch die jeweilige Krankenkasse eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund zeigt Abb. 57, inwieweit die Krankenhäuser bei Patienten mit besonderem poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf die verschiedenen Nachsorgern bzw. die Kostenträger in die Entlassungsplanung einbinden.

Laut Angaben der Befragungsteilnehmer findet bereits heute in ca. 40-50% der Krankenhäuser bei Bedarf die Einbeziehung von Rehabilitationskliniken, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Kostenträger in die Entlassungsplanung standardmäßig statt; bei jeweils einem Drittel ist dies eher häufig der Fall. Lediglich mit Blick auf die weiterbehandelnden Vertragsärzte fallen die Anteilswerte eher unterproportional aus.

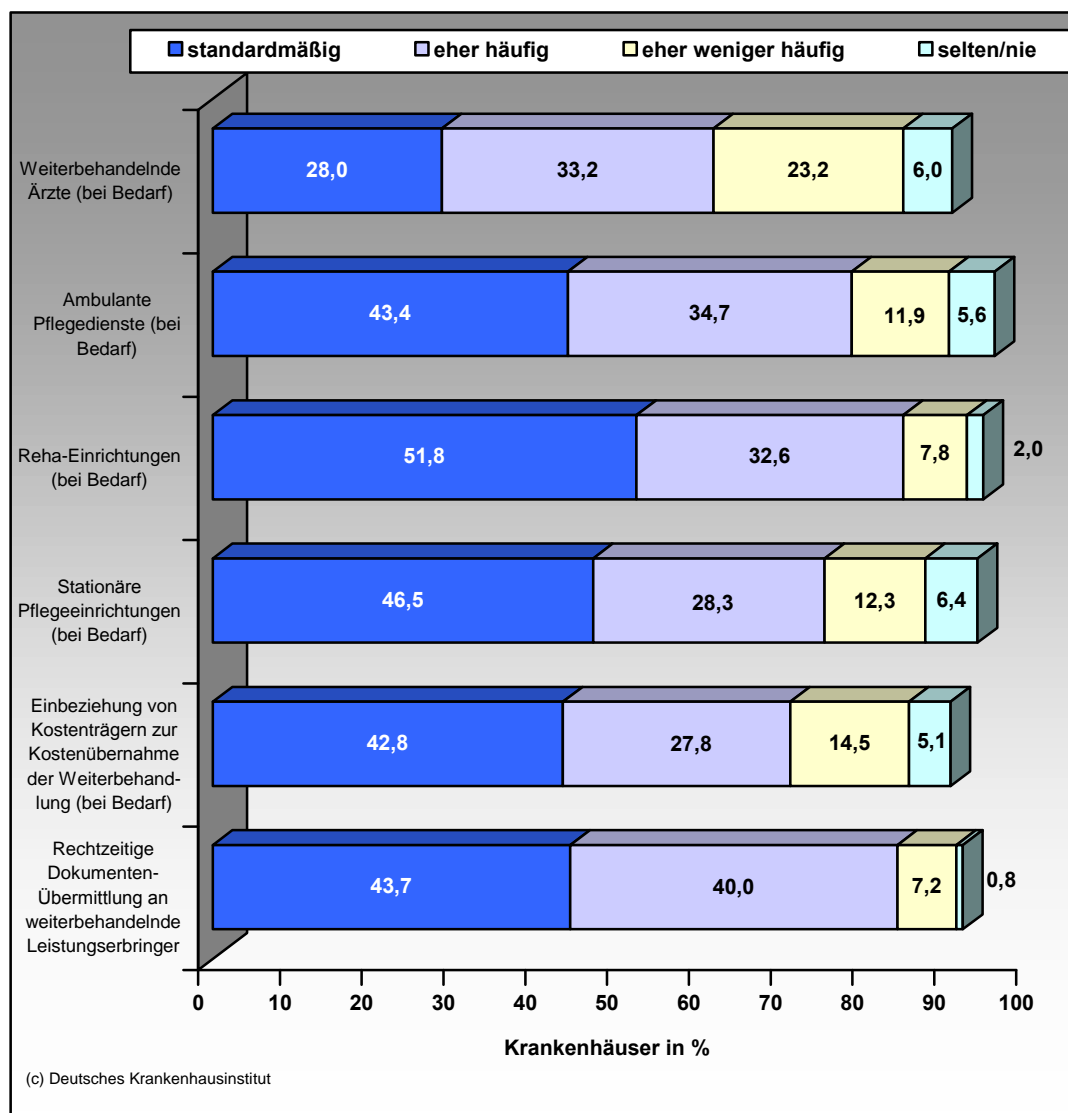


Abb. 57: Einbeziehung von Nachsorgern in die Entlassungsplanung

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass das Schnittstellenmanagement in den deutschen Krankenhäusern relativ weit fortgeschritten ist. Die nachsorgenden Leistungserbringer und Kostenträger sind weitgehend in die Entlassungsplanung eingebunden. Angesichts der krankenhauspolitischen und demografischen Rahmenbedingungen wird die Weiterentwicklung und Evaluation von patientenorientierten Modellen des Entlassungs- und Case-Managements im Krankenhaus künftig noch an Bedeutung gewinnen.

9 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

9.1 Jahresergebnis 2006/2007

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2006 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2007 taxieren (Abb. 58).

Im Jahr 2006 erzielte gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Jahresüberschuss. 28% der Häuser schrieben Verluste. 15% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringfügige Veränderungen der Anteilswerte.

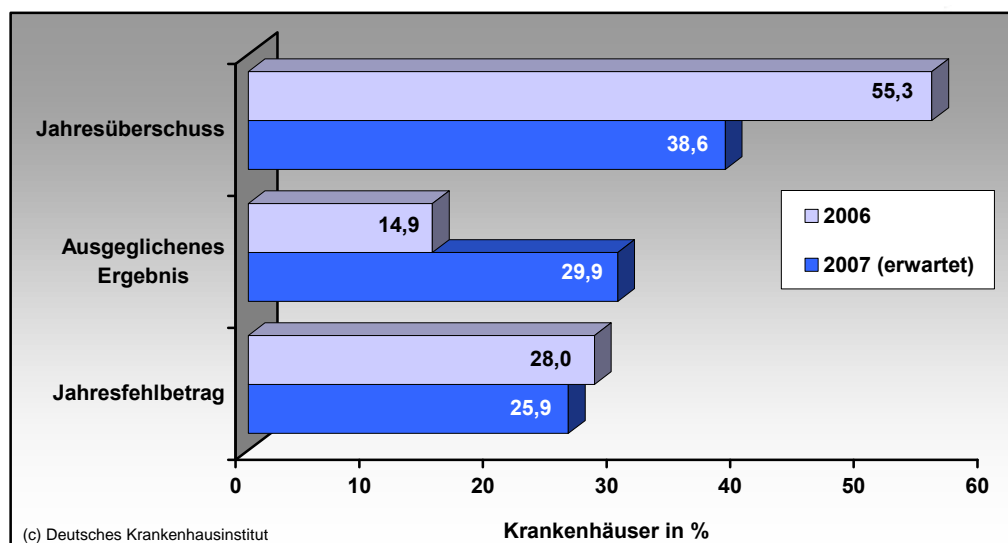


Abb. 58: Jahresergebnisse 2006/2007 (erwartet)

Bei insgesamt eher geringen Unterschieden nach Bettengrößenklassen (Abb. 59) wiesen die Häuser mittlerer Größe am häufigsten einen Jahresüberschuss (60%) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (21,5%). Zwar fiel der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss in den neuen Bundesländern (65,8%) höher aus als im Westen (53,6%). Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Werte jedoch merklich angeglichen.

Für das Jahr 2007 erwarten die Krankenhäuser tendenziell eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse. Während der Anteil der Häuser mit erwartetem Fehlbetrag demnach fast konstant bliebe, würde sich der Anteil der Häuser, die mit einem Überschuss rechnen, deutlich reduzieren. Für 2007 gehen knapp 40% der Häuser von einem Jahresüberschuss und 30% von einem ausgeglichenen Ergebnis aus.

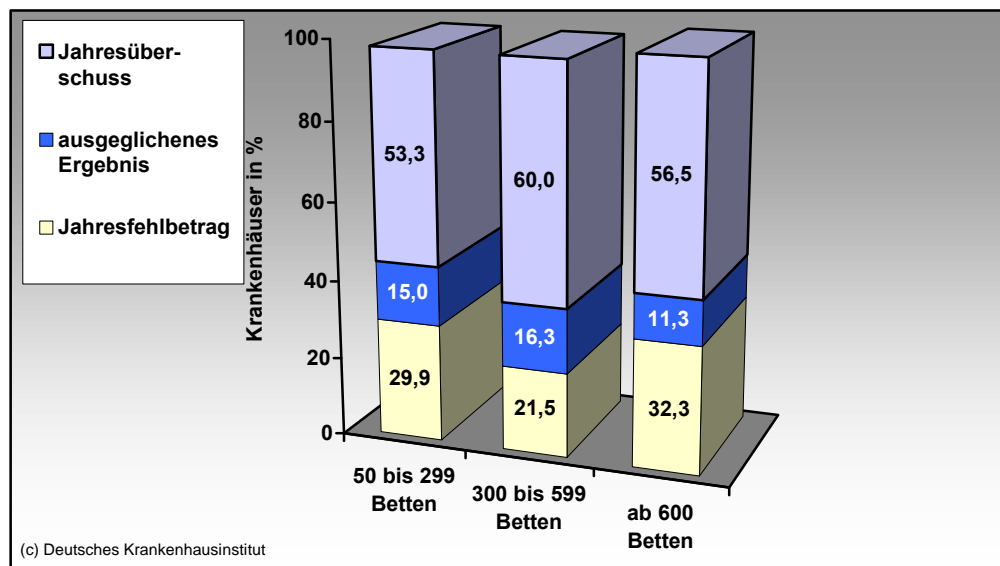


Abb. 59: Jahresergebnis 2006 nach Bettengrößenklassen

9.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2005 bis 2006

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung ihrer Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2005 und 2006 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2006 im Vergleich zu 2005 in fast 40% der Häuser gestiegen. In jeweils rund 30% ist es gesunken oder gleich geblieben. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringe Veränderungen.

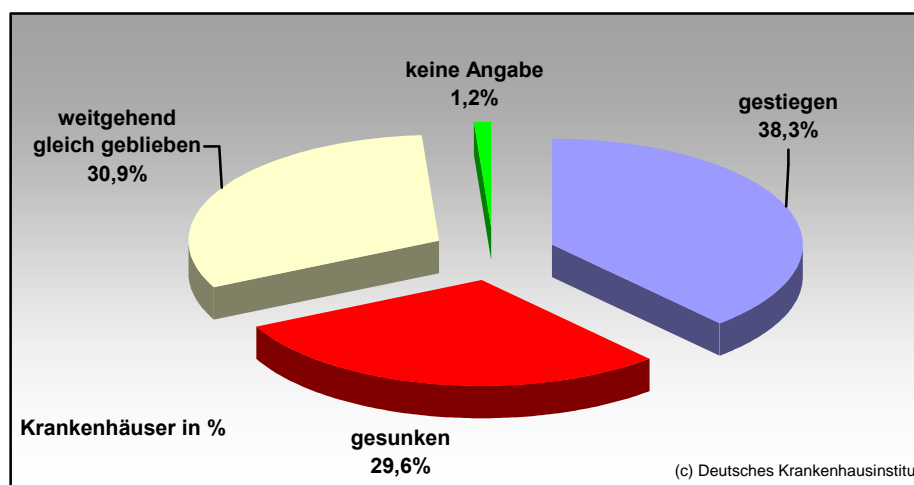


Abb. 60: Entwicklung des Jahresergebnisses 2006 im Vergleich zu 2005

Mit Blick auf die Entwicklung des Jahresergebnisses 2006 gab es keine signifikanten Unterschiede nach Bettengrößenklassen und im Ost-West-Vergleich.

9.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre derzeitige wirtschaftliche Situation beurteilen. Jeweils knapp 30% der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend bzw. als eher gut ein, während 40% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr, als der Anteil der Häuser mit negativer Einschätzung der wirtschaftlichen Lage merklich abgenommen hatte, haben sich die Werte stabilisiert.

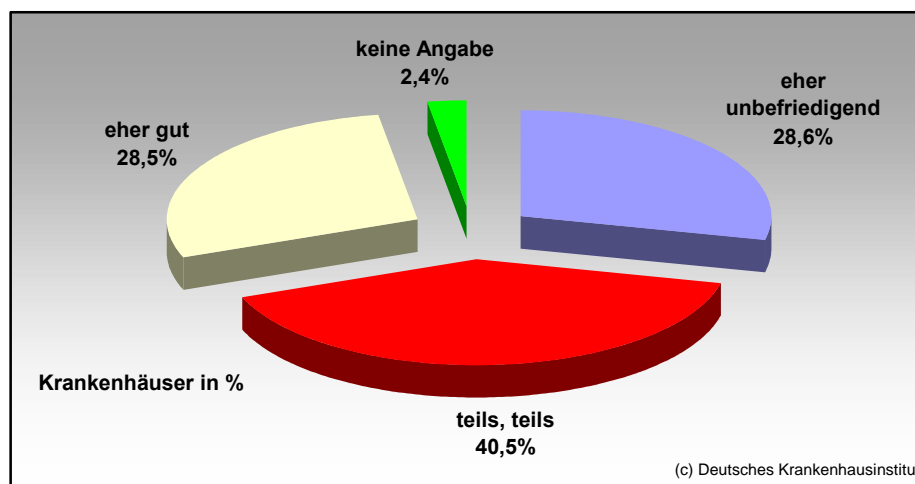


Abb. 61: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2007

Nach Bettengrößenklassen fallen die Unterschiede alles in allem eher gering aus (Abb. 62). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten. Schätzten im Vorjahr noch 19% der Krankenhäuser dieser Gruppe ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein, so hat sich der entsprechende Anteilswert in diesem Jahr merklich erhöht (32%). In den übrigen Bettengrößenklassen sind die Werte im Vergleich zum Vorjahr nahezu stabil.

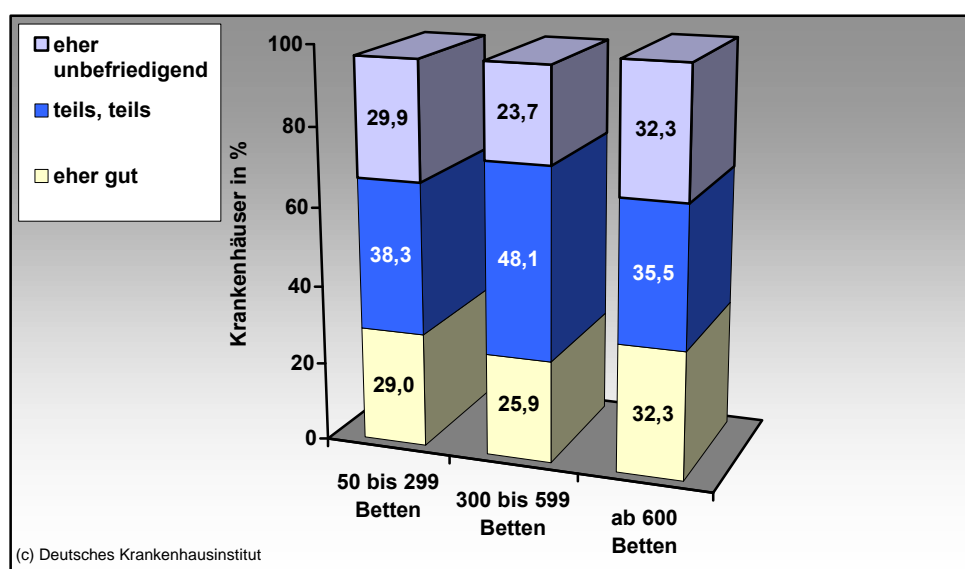


Abb. 62: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2007 nach Bettengrößenklassen

Unterschiedlich ist nach wie vor die Beurteilung der Häuser in den alten und neuen Bundesländern: Einerseits schätzen nur 17% der Häuser in den neuen Bundesländern die Lage als eher unbefriedigend ein, während über 30% der westdeutschen Häuser zu dieser Einschätzung gelangen. Andererseits ist der Anteil der westdeutschen Krankenhäuser mit positiver Lageeinschätzung mit 30% erstmals höher als in den neuen Bundesländern (26%).

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr äußern (Abb. 63). Bei den Erwartungen für 2008 kommen 42% der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu diesem Jahr schlechter sein wird. 37% erwarten in dieser Hinsicht keine und 19% positive Veränderungen. Im Vergleich zum Vorjahr schauten die Krankenhäuser damit pessimistischer in die Zukunft. Das gilt insbesondere für die kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten.

Die Erwartungen für das kommende Jahr müssen jedoch auch im Zusammenhang mit der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation für dieses Jahr gesehen werden. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Merkmale kreuztabelliert. Aus der Tabelle ist erkennbar, dass vor allem Krankenhäuser mit einer ohnehin schon unbefriedigenden Situation eine Verschlechterung erwarten, während dies in Häusern mit einer guten wirtschaftlichen Situation eher unterproportional der Fall ist. Demzufolge würden sich die vorhandenen Disparitäten in der wirtschaftlichen Lage aus Sicht der Krankenhäuser weiter verschärfen.

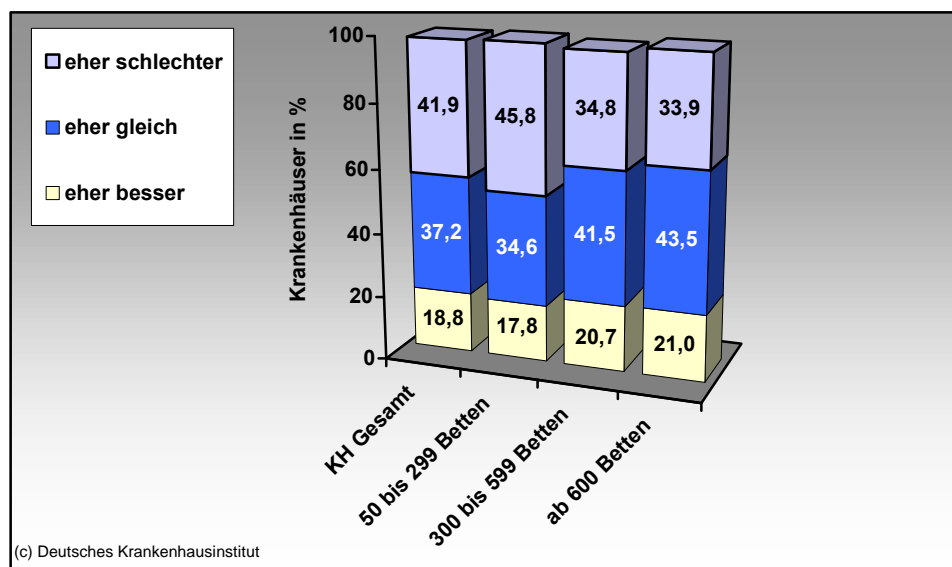


Abb. 63: Erwartungen für das Jahr 2008

<div>2007</div> <div>2008</div>		Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation		
		eher unbefriedigend	teils, teils	eher gut
Erwartungen für das nächste Jahr	eher schlechter	50,6%	49,2%	26,4%
	eher gleich	26,4%	36,9%	49,4%
	eher besser	23,0%	13,9%	24,1%
	Gesamt	100%	100%	100%

Tab. 7: Vergleich – Wirtschaftliche Situation 2007 und Erwartungen für das Jahr 2008

Anhang: Methodik und Stichprobenbildung

Die Grundgesamtheit der Erhebung des *Krankenhaus Barometers* bilden alle allgemeinen Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern mit Ausnahme der Krankenhäuser, die nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören; d.h. mit Ausnahme der allgemeinen Krankenhäuser, die weder Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken sind noch über einen Versorgungsvertrag verfügen. Nicht enthalten sind ferner die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen/neurologischen Betten, reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser, die sämtlich nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern zählen. Zudem wurden Krankenhäuser unter 50 Betten nicht in die Erhebung miteinbezogen (vgl. dazu die Anmerkungen in der Einleitung).

Bei der Stichprobenbildung ist berücksichtigt worden, dass für unterschiedliche Bettengrößenklassen jeweils repräsentative Aussagen getroffen werden sollten. Falls eine Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern vorgenommen wurde, erfolgte aus sachlichen Gründen eine Zuordnung der Krankenhäuser aus „West-Berlin“ zu den alten Bundesländern und der Krankenhäuser aus „Ost-Berlin“ zu den neuen Bundesländern.

Hinsichtlich der Bettengrößenklassen wurden drei Abstufungen vorgesehen, so dass sich für die Stichprobenbildung drei Krankenhausgruppen ergaben.

Die Größe der jeweiligen Teilstichprobe in den Bettengrößenklassen von 50 bis 299 Betten und von 300 bis 599 Betten wurde unter Beachtung der Gesamtzahl in der Grundgesamtheit sowie der erfahrungsgemäßen Ausschöpfungsquoten ermittelt. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde aufgrund der geringen Besetzung eine Vollerhebung durchgeführt.

Die Bruttostichprobe lag insgesamt bei 788 Krankenhäusern (vgl. Tab. A1).

Bettengrößenklassen	KH gesamt
50 bis 299 Betten	304
300 bis 599 Betten	334
ab 600 Betten	150
insgesamt	788

Tab. A1: Bruttostichprobe der Krankenhauserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle etwa durch Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Rehabilitations-Einrichtungen) lag bei 768 Krankenhäusern. Die Umfrage wurde von April bis Juni 2007 durchgeführt. Nach einer Nachfassaktion wurde eine Teilnahme von 304 Krankenhäusern oder 39,6% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. A2).

Krankenhäuser	KH gesamt
Bruttostichprobe	788
bereinigte Bruttostichprobe	768
Teilnehmer	304
Rücklauf in %	39,6

Tab. A2: Ausschöpfungsquote

Da die Auswahlsätze und die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Bettengrößenklasse variierten, musste eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt werden, um ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit wiedergeben zu können.