



Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland

Folgen für die ärztliche Tätigkeit



Impressum

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel. 030/4004 56-0
Fax 030/4004 56-707
www.bundesaerztekammer.de

Druck: enka-druck, Berlin
Gestaltung: da vinci design GmbH, Berlin
Fotos: da vinci design GmbH, fotolia, iStockphoto, pixelio

Stand: Juni 2007

Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland

Folgen für die ärztliche Tätigkeit

**Voraussetzungen, Wirkungen, Konsequenzen
und Potenziale aus ärztlicher Sicht**

Inhaltsverzeichnis

	Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer	6
	Diskussionspartner	8
1.	Lagebeschreibung der stationären Versorgung	11
1.1	Entwicklung der stationären Versorgung in Deutschland	11
1.2	Aktuelle Sachstandsanalyse	14
2.	Generelle Tendenzen und Trends	20
3.	Herausforderung für die Ärzteschaft: Reorganisation des Gesundheitswesens im Zeichen von Markt und Wettbewerb	22
4.	Trendprognose zur Entwicklung der ambulanten/stationären Versorgung	28
5.	Weitere sektorübergreifende Versorgung	31
5.1	Medizinische Versorgungszentren	31
5.2	Integrierte Versorgung (§§ 140 ff. SGB V)	32
6.	Krankenhausinvestitionsfinanzierung	35
7.	Private Klinikketten/Träger	36
8.	Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser	39
9.	Freigemeinnützige Krankenhäuser	42
10.	Privatisierung	45
10.1	Formen der Privatisierung	45
10.2	Generelle Ausgangssituation bei der Übernahme von Kliniken	46
11.	Rating	50
11.1	Krankenhausrating	50
11.2	Übergreifendes Krankenhaus-Rating	54
12.	Public Private Partnerships (PPP)	56
13.	Rahmenbedingungen des Wettbewerbs	60
14.	Wettbewerbskontrolle stationärer Einrichtungen	62

15.	Trägerwechsel von Universitätskliniken, Auswirkungen auf Krankenversorgung, Forschung und Lehre	65
16.	Mögliche Auswirkungen eines Trägerwechsels/einer Privatisierung Folgen für die ärztlichen Arbeitsverhältnisse, die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung und das zukünftige Arztbild	76
17.	Schlussfolgerungen/Ausblick	82
18.	Anhang	91
18.1	Glossar	91
18.2	Gesetzliche Grundlagen	96
18.3	Monitoring-Instrumente	96
18.4	Literaturverzeichnis	113
18.5	Versorgungsforschung der Bundesärztekammer	115

Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer

In den vergangenen Jahren ist in Deutschland ein zunehmendes Engagement privater Krankenhausinvestoren zu verzeichnen. Dieses Engagement bezieht inzwischen in Einzelfällen auch den Bereich der Maximalversorgung und der Universitätsmedizin mit ein. Die Bundesärztekammer hat diese Entwicklung wiederholt in ihren Krankenhausgremien und im Kreis der in den Landesärztekammern mit der Krankenhausplanung befassten Mitarbeiter beraten. Unter dem Eindruck dieser Beratungen und um die Entwicklung genauer zu analysieren, hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 20.01.2006 eine Arbeitsgruppe des Vorstandes gebildet und mit der Erarbeitung eines Berichts über das zunehmende Engagement privater Investoren im Bereich der Krankenhäuser für den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt.

Mitglieder der Arbeitsgruppe:

Rudolf Henke

Vorsitzender der Arbeitsgruppe, Mitglied des Vorstandes und Vorsitzender der Krankenhausgremien der Bundesärztekammer

Frau Dr. med. Ursula Stüwe

Präsidentin der Landesärztekammer Hessen und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer

Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Hamburg

Dr. med. Henning Friebel

Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Jan Schulze

Präsident der Sächsischen Landesärztekammer und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer

Prof. Dr. med. Joachim Grifka

Direktor der Orthopädischen Klinik der Universität Regensburg im Asklepios Klinikum Bad Abbach

Günther van Dyk

Leistungscontrolling Klinik Barmbek und
Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Hamburg

Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch

Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs

Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Alexander Dückers

Leiter der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft

Dr. Hans-Jürgen Maas

Dezernent, Dezernat V Bundesärztekammer

Markus Rudolphi

Referent, Dezernat V Bundesärztekammer,
Geschäftsführung der Arbeitsgruppe

Diskussionspartner

Nach entsprechender Konzeptions- und Organisationsphase folgten Beratungen der Vorstandsarbeitsgruppe mit führenden Repräsentanten von Verbänden, Ministerien, wissenschaftlichen Einrichtungen, privaten Unternehmen sowie weiteren Einrichtungen des stationären Gesundheitswesens. Diskussionen und Beratungen erfolgten u. a. mit:

Dr. Susanne Bitz

Leitung Credit Riskmanagement Health Care der Hypo-Vereinsbank,
Hypo-Vereinsbank, München

Thomas Bublitz

Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken, Berlin

Prof. Dr. Karl Max Einhäupl

ehem. Vorsitzender des Wissenschaftsrats, Berlin

Prof. Dr. med. Albrecht Encke

Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften Deutschlands, AWMF, Frankfurt/Main

Dr. Hans-Joachim Frank

Leiter des Bereichs Branchen/Immobilien Deutsche Bank Research,
Deutschen Bank Gruppe, Frankfurt/Main

Dipl.-Kfm. Tobias Gottschalk

Geschäftsführung Finanzwesen der Horst-Schmidt-Kliniken gGmbH,
Wiesbaden

Diplom-Vw. Irmtraut Gürkan

Vorstand und Kaufmännische Direktorin des Universitätsklinikums Heidelberg

Franz Heistermann

Direktor der Beschlussabteilung 3 Gesundheit/Chemie
des Bundeskartellamt, Bonn

Dr. Birger Hendriks

Ministeriums für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr
des Landes Schleswig-Holstein, Abteilungsleiter, Kiel

Georg Hessbrügge

Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf

Dr. Thomas Jendges

Vertreter der Geschäftsführung der Sana-Kliniken GmbH und Co. KG, Berlin

Dr. Joachim Kartte

Partner und Leiter des Bereichs Health Care bei Roland Berger
Strategy-Consultants und ehem. Mitglied der Rürup-Kommission, Berlin

Prof. Dr. Siegfried Klaue

ehemaliger Leiter der Rechtsabteilung und Vorsitzender verschiedener
Beschlussabteilungen des Bundeskartellamtes,
Berater der EU-Kommission, Berlin

Prof. Dr. Norbert Klusen

Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, Hamburg

Gerald Meder

stellv. Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale

Ralf Michels

Hauptgeschäftsführer der Helios-Kliniken GmbH, Berlin

Dr. Markus Müschenich, MPH

Medizinischer Vorstand des Vereins zur Errichtung
evangelischer Krankenhäuser e. V., Berlin

Dr. med. Stefan Paech

Leiter Beratung des Deutschen Krankenhausinstituts, Düsseldorf

Dr. med. Axel Paeger, MBA

Aufsichtsratsmitglied und Vorstandsvorsitzender der Ameos AG, Zürich

[Dipl.-Kfm. Wolfgang Pföhler](#)

Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt/Saale

[Dr. med. Stefan Rathjen](#)

Wissenschaftsrat, Referent im Referat Medizin, Köln

[Dr. Eckehardt Ratje](#)

Geschäftsführer Bethesda Kliniken Mönchengladbach
und Vorsitzender des Verbandes der Krankenhausdirektoren
Nordrhein-Westfalen, Mönchengladbach

[Hartmut Schauerte, MdB](#)

Parlamentarischer Staatssekretär, Bundesministerium
für Wirtschaft und Technologie, Berlin

[Johann Magnus Freiherr von Stackelberg](#)

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn

[Dipl.-Kfm., Dipl.-Pol. Rüdiger Strehl](#)

stellv. Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Tübingen
und Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands, Berlin

[Holger Strehlau-Schwoil](#)

Vorstandsvorsitzender der Geschäftsführung
der Vivantes-Kliniken GmbH, Berlin

[Dirk Völpel-Haus](#)

Gewerchaftssekretär und Leiter der Fachgruppe Krankenhaus,
Dienstleistungsgewerkschaft VER.DI, Berlin

[Herbert Weisbrod-Frey](#)

Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik der Vereinigten
Dienstleistungsgewerkschaft VER.DI, Berlin

[Joachim Weith](#)

Vorstand/Leitung Konzern-Kommunikation und Gesundheitspolitik
der Fresenius AG, Bad Homburg

Der Vorstand der Bundesärztekammer dankt allen Experten und Repräsentanten der aufgeführten Organisationen für ihre freundliche und spontane Bereitschaft, ihre Einschätzungen zur aktuellen Fragestellung offen mit der Arbeitsgruppe des Vorstandes zu erörtern.

I. Lagebeschreibung der stationären Versorgung

I.1 Entwicklung der stationären Versorgung in Deutschland

Die Krankenhäuser heutiger Prägung gibt es erst seit gut 200 Jahren. Sie gehören zu den großen Innovationen unserer modernen Zeit. Die rasche Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin seit dem Ende des 18. Jahrhunderts und dem Beginn des 19. Jahrhunderts weckte den Bedarf, Kranke nicht nur unterzubringen und zu pflegen, sondern ihnen auch Diagnostik und Therapie zu eröffnen und deren Fortschritt durch Forschung und Lehre – vor allem in neu entstehenden universitären Häusern – voranzutreiben.

So sind der wissenschaftliche Fortschritt der Medizin und die medizinisch-technische Entwicklung mit ihren wachsenden Möglichkeiten zur Diagnose und immer besseren Formen der Therapie zu den entscheidenden Quellen der in den Krankenhäusern möglich gewordenen Erfolge geworden. Sie sind eine entscheidende Grundlage des in die Krankenhäuser, ihre Ärzte und Pflegekräfte gesetzten Vertrauens, zugleich sind sie aufgrund ihrer Kostendynamik und Personalintensität auch Ansatzpunkt für den verbreiteten pauschalen Vorwurf an die Krankenhäuser, sie würden die solidarisch aufgebracht Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung über Gebühr strapazieren.

Vergleichbare Möglichkeiten kannten die als Gästehäuser entstandenen Hospize oder Hospitäler, auf die sich die Geschichte der heutigen Krankenhäuser zurückführen lässt, nicht. In diesen Hospizen oder Hospitälern fanden alte, gebrechliche oder unheilbar kranke Menschen ebenso Schutz wie Obdachlose, und Pflegebedürftige, die sich aus finanziellen oder familiären Gründen nicht zu Hause pflegen lassen konnten. Außerdem fanden dort Pilger Herberge. Die Häuser entstanden in Europa im frühen und hohen Mittelalter und deckten ihre Kosten hauptsächlich aus Stiftungen, mildtätigen Zuwendungen und Erträgen aus eigener Wirtschaft zum Beispiel im Ackerbau oder Weinbau. Besonders die religiösen Orden wie die Benediktiner, die Brüder vom Heiligen Geist, die Barmherzigen Brüder, die Alexianer, die Barmherzigen Schwestern, die Cellitinnen





und Elisabetherinnen schufen diese Hilfe für Kranke und sozial Schwache. Ab Beginn der Neuzeit kamen Gründungen durch Bürger, Bürgervereinigungen und Städte hinzu.

Seit dem 15. Jahrhundert behandelten Stadtärzte zwar auch kranke Insassen von Hospitälern, eine regelmäßige ärztliche Betreuung dort entstand aber erst ab dem 17. Jahrhundert. Bis dahin ließ man sich, wenn man konnte, im Kreise der Familie pflegen und auch ärztlich behandeln, selbst die damals möglichen Operationen führten ein umfassend kompetenter Hausarzt oder der hinzugezogene Spezialist im Haus des Kranken durch.

Ihre heutige Gestalt verdanken die Krankenhäuser den wachsenden Möglichkeiten der Medizin und ihrer immer stärkeren Differenzierung und Spezialisierung im 19. und 20. Jahrhundert. Schon im Lauf des 19. Jahrhunderts wurden immer mehr Patienten über die finanziell schwachen Schichten hinaus aufgenommen. Mit der Krankenpflege als wichtigstem Beispiel entstand eine ganze Reihe eigenständiger Krankenhausberufe. Immer mehr Ärzte wurden hauptberuflich im Krankenhaus tätig. In den letzten 100 Jahren hat sich ihr Anteil an den berufstätigen Ärzten von ca. 10 auf über 50 Prozent erhöht.

Krankenhausfinanzierungs- gesetz 1972

Gesundheitsstrukturgesetz 1993

Die mangelhafte wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und ein immer weiter fortschreitender Verfall ihrer baulichen Substanz führten 1972 zur Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) des Bundes. Wegen der ihm zugeschriebenen kostenexpansiven Wirkungen wurde dieses Prinzip mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 wieder verlassen. Das Gesetz hob den Anspruch des Krankenhauses auf Festsetzung eines prospektiv kalkulierten, seine wirtschaftlichen Betriebskosten deckenden Budgets auf. An seine Stelle trat der Anspruch des Krankenhauses auf medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze, die einem Krankenhaus die Erfüllung des Versorgungsauftrages ermöglichen. Die Beachtung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde für die Ermittlung der Pflegesätze vorgegeben. Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sollten bei der Pflegesatzermittlung angemessen berücksichtigt werden. An die Stelle der bis dahin gültigen tagesgleichen pauschalierten Pflegesätze trat ein differenziertes Entgeltsystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungs- und Basispflegesätzen. Die Bewertungsrelationen für Fallpauschalen und Sonderentgelte wurden bundeseinheitlich vorgegeben, die Höhe dieser Entgelte sollte in auf Landesebene zu schließenden Kollektivvereinbarungen geregelt werden. In begrenztem Umfang wurden die Einbeziehung privaten Kapitals in die Investitionsfinanzierung und seine Amortisation über die Pflegesätze eingeführt.

20 Jahre lang hatte unter den ökonomischen Bedingungen des Selbstkostendeckungsprinzips im Zentrum der Herausforderungen der Krankenhäuser der zuvor gefährdete Anschluss an die internationale medizinische Entwicklung

gestanden. Die Antworten auf diese Herausforderungen kamen von den Ärzten und richteten sich nach deren fachlichen Kategorien. Eine inhaltliche Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Berufsgruppen fand in aller Regel nicht statt, weil der Anlass fehlte, die Ärzte mit nicht-medizinischen Kriterien zu konfrontieren. Weder erwartete man von den Ärzten wirtschaftlichen Sachverstand noch bemühte man sich in dieser Beziehung – etwa im Medizinstudium – um ihre Kompetenz.

Mit einem Mal sollte nun eine völlig andere Philosophie gelten. Nach einer seit dem Mittelalter währenden jahrhundertelangen Alimentierung der Krankenhäuser aus Ordens- und anderen karitativen Zuwendungen und nach der als Jahrhundertgesetz angekündigten Überwindung ihres nach dem zweiten Weltkrieg und in den sechziger Jahren drohenden wirtschaftlichen Zusammenbruchs mit Hilfe des im KHG 1972 verankerten Selbstkostendeckungsprinzips verkündete eine große politische Koalition aus allen Regierungsparteien in Bund und Ländern die „neue Denke“, die sich – bewusst zugespitzt – zu folgender Botschaft zusammenfassen lässt:

Krankenhäuser sind keine sozialen Einrichtungen mehr, Krankenhäuser sind Dienstleistungsunternehmen. Sie müssen wie normale Wirtschaftsbetriebe geführt werden. Das heißt: über Gewinn und Verlust entscheiden die Qualität des Managements, die Motivation, die Kompetenz der Mitarbeiter und der Zuspruch der „Kunden“. Tagesgleiche pauschalierte Pflegesätze und Selbstkostendeckungsprinzip sind Instrumente der Vergangenheit, an ihre Stelle tritt eine Vielzahl unterschiedlicher Vergütungsformen für unterschiedliche Leistungsbestandteile. Bis diese Vergütungsformen greifen, gelten erst einmal gedeckelte Budgets. Über die Existenz eines Krankenhauses und sein Leistungsspektrum entscheiden mittelfristig möglicherweise nicht mehr die Politik und der öffentlich verantwortete Krankenhausplan, sondern Soll und Haben in seiner Bilanz und die als Einkäufer von Krankenhausleistungen auftretenden und ihrerseits im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen.

[Krankenhäuser als
Wirtschaftsbetriebe](#)

Das neue Abrechnungssystem aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungs Pflegesätzen und Basispflegesatz ist zwar inzwischen durch ein vor allem von Fallpauschalen geprägtes noch neueres Abrechnungssystem abgelöst, aber beiden Systemen ist gemeinsam, dass kalkulatorisch Preise für bestimmte Leistungskomplexe gebildet werden. Der Budgetdeckel entkoppelte die Einnahmentwicklung des Krankenhauses zusätzlich von den reinen fachlichen Maßstäben ärztlichen Handelns.

An die Stelle früherer Kostenerfassungen und ihrer Legitimation in den Pflege-satzverhandlungen sind jetzt Leistungs-, Kosten- und Erlöspläne sowie die Controlling-Instrumente zur Überprüfung ihrer Einhaltung bzw. ihres Anpassungsbedarfs getreten. Zur medizinischen tritt also eine ökonomische Dimension hinzu. Die Integration wird teils von den Ärzten erwartet, teils durch einen mehr

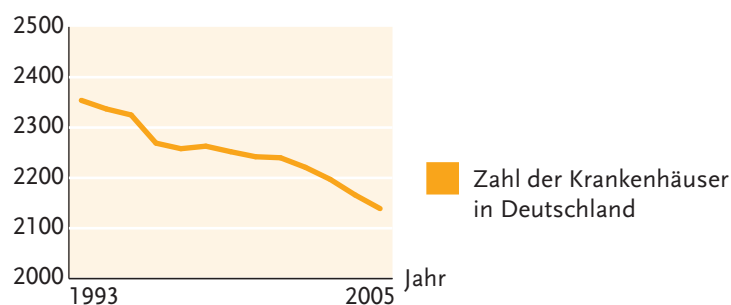
oder weniger abgestimmten Dialog zwischen Ärzten und Verwaltung geleistet, stellenweise nehmen Verwaltungen auch zu der Vorstellung Zuflucht, dass ihre ökonomischen Vorgaben gewissermaßen diskussionslos akzeptiert und zur Grundlage genommen werden.

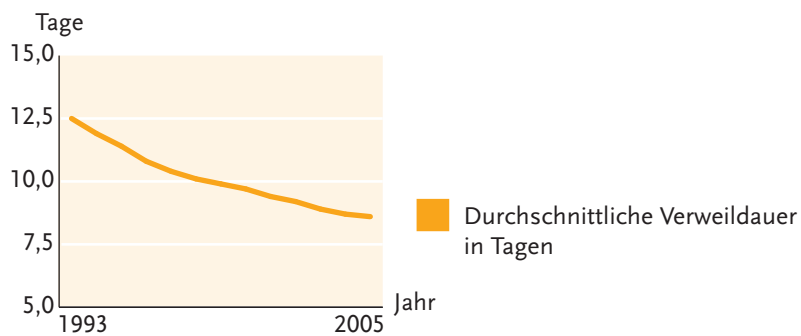
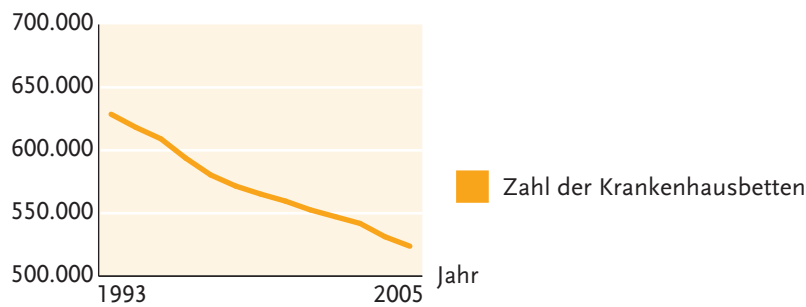
Auf Seiten der kommunalen und konfessionellen Krankenhausträger wurde die neue Herausforderung unterschiedlich gut bewältigt. Bei einer Überforderung der kommunalen Haushalte durch Defizite im Krankenhaus wurde nach alternativen Möglichkeiten gesucht. Hier boten sich nun vielfach in das Versorgungsgeschehen drängende private Krankenhausinvestoren als neue Träger oder Partner in Management-Verträgen an, die eine Fortführung sonst von Schließung bedrohter Krankenhäuser, ein größeres investives Engagement oder eine von höherer betriebswirtschaftlicher Konsequenz geprägte Krankenhausleitung in Aussicht stellten. Diese Entwicklung dauert bis heute an, wenn auch festzustellen ist, dass die genannten privaten Investoren nach ihrem inzwischen gelungenen Einstieg in die Krankenhausversorgung stärker als früher auf strategische Auswahl der zur Übernahme in Betracht kommenden Krankenhäuser setzen und längst nicht mehr zur Fortführung jedes wirtschaftlich Not leidenden Krankenhauses bereit sind.

1.2 Aktuelle Sachstandsanalyse

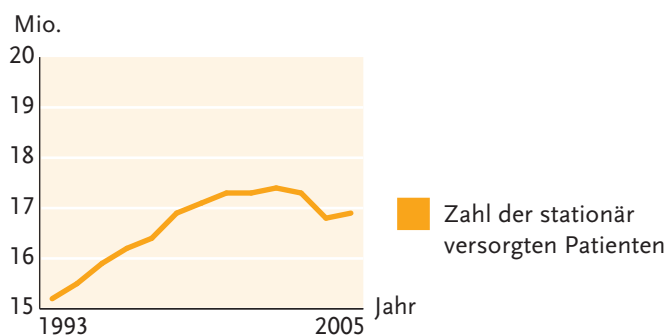
Der Krankenhausbereich ist ohnehin der Sektor des Gesundheitswesens, in dem seit langer Zeit ein deutlicher Kapazitätsabbau erfolgt, während in der gleichen Zeit die Zahl der Behandlungsfälle auf ein deutlich höheres Niveau gestiegen ist. Die Intensität des Versorgungsgeschehens in den verbliebenen Krankenhäusern hat also stark zugenommen.

Seit dem Jahr 1993 sank die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland kontinuierlich von 2.354 auf 2.139 im Jahr 2005, die Zahl der aufgestellten Krankenhausbetten von 628.700 auf 523.600.





Lag die durchschnittliche Verweildauer von Patienten in deutschen Kliniken 1993 noch bei 12,5 Tagen, erfolgte bis 2005 eine kontinuierliche Reduzierung auf 8,6 Tage. Für die Jahre 2007/2008 wird eine durchschnittliche Verweildauer von ca. 7 Tagen erwartet. Auch die Pflegetage reduzierten sich zwischen 1993 und 2005 von 190,7 Mio. auf 144,6 Mio. Die Auslastung ging von 83,1% auf 75,6% zurück. Die Gesamttendenz spiegelt sich auch in der Entwicklung der Personalzahlen wider: Von 1993 bis 2005 ist ein Rückgang von ca. 70.000 Vollzeitkräften zu verzeichnen (875.115–796.097). Dabei ist ein differenzierter Trend bei den Ärzten, Pflegekräften und anderen Berufsgruppen festzustellen. Trotz des Kapazitäts- und Personalabbaus sind die Patientenzahlen (vollstationär versorgte Fälle) in den Kliniken auf ein deutlich höheres Niveau gestiegen. Waren im Jahr 1993 15,2 Mio. stationär versorgte Patienten zu verzeichnen, lag die Fallzahl im Jahr 2005 bei 16,8 Millionen Patienten („Fälle“), nachdem sie 2003 sogar den Spitzenwert von 17,3 Millionen erreicht hatte (DKG 2006).



Wird der Rückgang der Fälle von 2003 auf 2005 in Relation zur Größenordnung der Kliniken gesetzt, so sind insbesondere Kliniken zwischen 100 und 300 Betten von einer Reduktion um 4,2%, die Kliniken mit mehr als 600 Betten von einer Reduktion um 4% betroffen. Etwas günstiger war die Entwicklung von Kliniken mit einer Bettenzahl von 300 und 600 Betten, hier lag die Reduktion der Fallzahlen bei 3,8% (Krankenhausbarometer 2005).

Ob der Trend sich weiterhin so eindeutig fortsetzen wird, erscheint zweifelhaft:

„In den letzten zehn Jahren wurden bereits 13% der Betten abgebaut. Aufgrund unserer Analyse von Angebot und Nachfrage nach stationären Leistungen gehen wir davon aus, dass die Überkapazitäten aber derzeit geringer sind als gemeinhin angenommen; sie liegen nach unseren Berechnungen bundesweit bei ca. 5% bis 7%, wobei sich deutliche regionale Unterschiede zeigen.“

(Krankenhaus Rating Report 2007; Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen).

Die erfolgte Reduktion der Kliniken und Bettenkapazitäten geht mit einer vielfach schwierigen wirtschaftlichen Situation der Kliniken einher. Steigender Investitionsbedarf bei sich rasch verschärfender Wettbewerbssituation und sinkender Eigenfinanzierungskraft sind wesentliche Faktoren für die oft beklagte chronische Unterfinanzierung der Kliniken. Für ca. 60% aller Kliniken zeichnet sich schon aktuell und in den kommenden drei bis vier Jahren ein erheblicher Investitionsbedarf ab.

Laut dem Krankenhaus-Rating-Report 2007 gibt es

„Grund zur Besorgnis, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland durch die Veränderungen verschlechtern wird“.

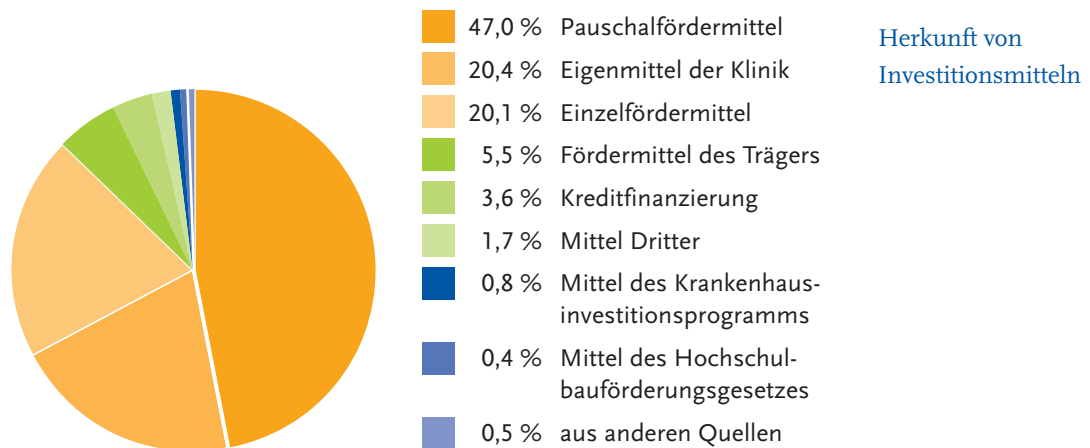
Besonders betroffen (2/3 dieser ca. 60%) sind Kliniken mit mehr als 400 Betten. Die seit Jahren rückläufige Investitionsfinanzierung der Länder führt dazu, dass nur noch ca. 20% der Kliniken eine gesicherte Investitionsfinanzierung durch öffentliche Mittel vorweisen können. Der bundesweit investive Nachholbedarf wird (unter Bezug auf die als Benchmark geltenden Fördermittel in Bayern seit 1973) mit ca. 32,5 Mrd. Euro beziffert (Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages Nordrhein-Westfalen, März 2006, Stellungnahme E. Bruckenberger). Andere Einschätzungen gehen sogar von einem Investitionsstau von bis zu 50 Mrd. Euro aus (B. Rürup – Festvortrag zum Frühlingsempfang der Deutschen Krankenhausgesellschaft März 2006).

Milliardenschwerer
Investitionsstau

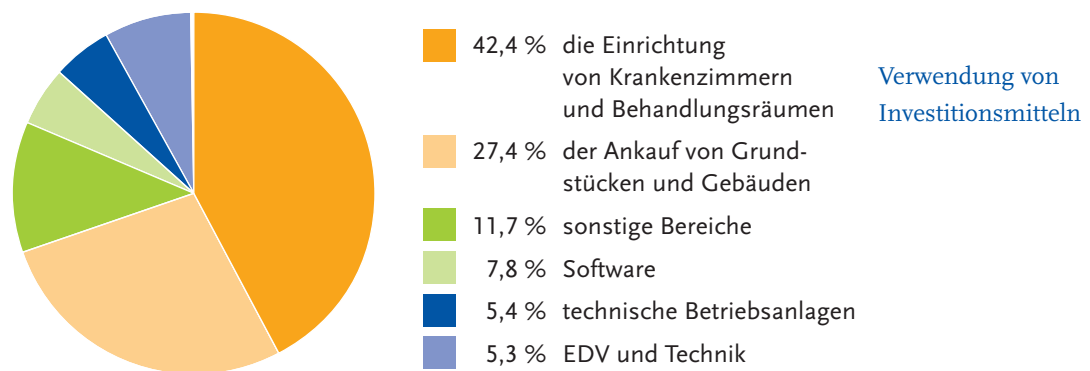
Die Spannbreite des investiven Nachholbedarfs variiert von Bundesland zu Bundesland sehr stark. Werden in den Berechnungen Bruckenbergers für Mecklen-

burg-Vorpommern in absoluten Zahlen ca. 300 Mio. Euro kalkuliert, so ergeben die Berechnungen einen investiven Nachholbedarf für Nordrhein-Westfalen von ca. 14,6 Mrd. Euro.

Eine Analyse der Investitionsmittel aus dem Jahr 2004 (Krankenhaus-Barometer 2005) ergibt folgende Verteilung:



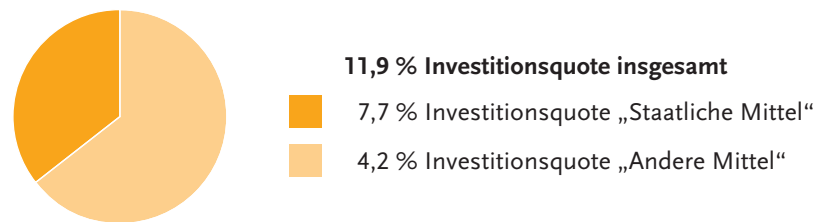
Bereiche, für die die Investitionsmittel im Wesentlichen verwendet wurden, waren mit



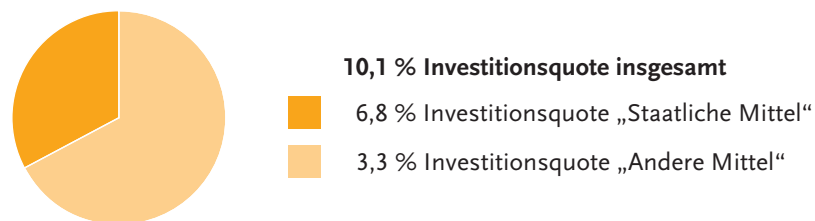
Die bundesweite Analyse der Krankenhausinvestitionsfördermittel (Datenanalyse DKG 2006) zeigt zwischen den Jahren 2003 und 2005 eine Reduktion der bundesweiten Fördermittel von 2,8 Mrd. Euro auf 2,6 Mrd. Euro. Für 2005 wurden somit deutschlandweit 5.496 Euro Fördermittel je Planbett vergeben. Bei diesem Parameter spiegelt sich eine enorme Differenz zwischen den Bundesländern wider. Wurden in Sachsen-Anhalt noch 11.612 Euro pro Planbett vergeben, lag die Fördermittelverfügbarkeit je Planbett in Niedersachsen bei nur 2.306 Euro (DKG 2006).

Auch die Analysen der regionalen Investitionsquoten zeigen ein ähnliches Bild. Während z. B. in Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen eine Investitionsquote von 14,9% regional zu verzeichnen war, waren es in Bremen 5,3%, in Nordrhein-Westfalen 4,7%. Neben der allgemein seit längerem zu verzeichnenden kontinuierlich sinkenden Investitionsquote zeigt eine Analyse im Krankenhausbarometer 2002, dass sich bei Betrachtung der Trägerstrukturen und deren Investitionsquote folgende Verteilung ergibt:

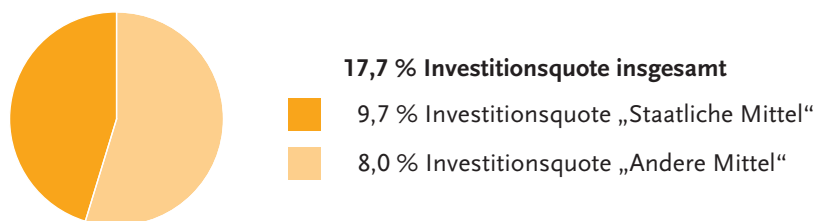
Öffentlich-rechtliche Träger



Freigemeinnützige Träger



Private Träger



Die Gesamttendenz der Handhabung der Investitionsfinanzierung durch die Länder lässt einen geschätzten jährlichen Investitionsstau von ca. 5 Mrd. Euro annehmen. Erschwerend kommen die relativ langen Bewilligungsverfahren für die Fördermittel von ca. drei bis fünf Jahren hinzu, im Einzelfall auch bis zu 10 Jahren. Diese Verzögerung verstärkt die Tendenz der Kliniken zur Vorfinanzierung von steigenden Anteilen an den Investitionsfinanzierungen. Der Zugang zur Fremdfinanzierung und zum -kapital wird zudem durch erhöhte Anforderungen wie z. B. von Basel-II-Kreditkriterien als auch durch die zunehmende Etablierung des Einsatzes von klinikspezifischen Rating-Instrumenten schwieriger.

Die beschriebenen Trends führen zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung und Intensivierung der ärztlichen Arbeit. Infolge eines Anstiegs der pro Zeiteinheit behandelten Patienten kommt es zu negativen Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Insbesondere die für Informationsaustausch und emotionale stabilisierende Kommunikation zur Verfügung stehende Zeit ist knapper geworden. Die Buchautorin und WDR-Journalistin Sybille Herbert hat dies in die Worte gekleidet:

„Patient sein bedeutet, um Zeit zu kämpfen.“

(Die Autorin Sybille Herbert auf dem Krankenhaus-Forum der CDU-Landtagsfraktion NRW, 02.03.2007).



2. Generelle Tendenzen und Trends

Nach den einschlägigen Studien zur Zukunft der Kliniken und des Gesundheitsmarktes, z. B. Veröffentlichungen des Rheinisch-Westfälischen-Institutes Essen, ADMED GmbH, Booz, Allen, Hamilton 2006 und Ernst & Young 2006 sind folgende Tendenzen als relativ sichere Trends zu erwarten:

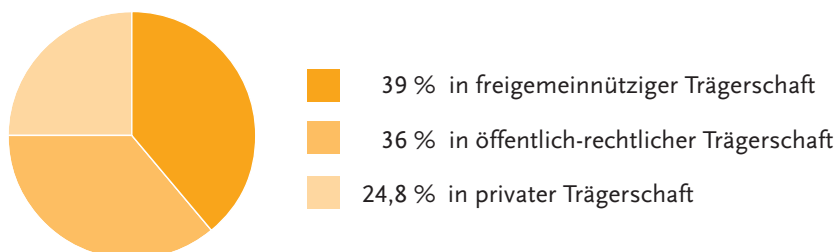
- ▶ eine deutliche Zunahme des medizinischen-technischen Fortschritts mit entsprechender Kostenzunahme
- ▶ eine erhebliche Herausforderung durch die Morbiditäts- und Altersentwicklung der Bevölkerung
- ▶ ein weiterer Rückzug des Staates aus der Finanzierungsverpflichtung im Gesundheitssystem
- ▶ ein Umbau der Krankenversicherung hin zu einer möglicherweise stärker steuerfinanzierten Grundversorgung bei relativ unklarem Status der Privaten Krankenversicherung
- ▶ eine deutliche Zunahme des Anteils der Privatfinanzierung an Gesundheitsleistungen von aktuell 12 % auf einen Eigenanteil von bis zu 30 %
- ▶ bei den Gesamtumsätzen im Gesundheitssystem/Gesundheitsmarkt wird bis ca. 2020/2025 mit einer Umsatzverdoppelung gerechnet
- ▶ das Volumen für den Finanzaufwand der stationären Versorgung soll relativ gering von ca. aktuell 50 Mrd. auf 80 Mrd. Euro wachsen.

Weitere Tendenzen, denen sich Kliniken gemäß den Gutachten zukünftig vermehrt strategisch stellen müssen, sind der Ausbau sektorübergreifender Integrationsversorgung sowie die Intention maßgeblicher politischer Instanzen zu einem weiteren erheblichen Kapazitätsabbau, nicht nur bei den stationären Leistungserbringern im deutschen Gesundheitssystem. In einigen Studien wird mit der Schließung von ca. 10 % der Kliniken bis 2010 sowie von insgesamt 25 % bis 2025 gerechnet. Es wird erwartet, dass insbesondere Kliniken in öffentlicher Trägerschaft davon betroffen sind. Damit einhergehend wird mit einem Anstieg des Anteils von Kliniken in privater Trägerschaft auf bis zu 35 bis 40 % – die dann ca. 60 % der Gewinne im Krankenhaussektor generieren würden – gerechnet.

Kliniken als Full-Service-Einrichtungen

Weiter wird von einer verstärkten Kooperation bzw. der Zusammenführung von Kliniken innerhalb von Klinikketten hin zu Full-Service-Gesundheitsdienstleistungszentren ausgegangen. Insbesondere den aus anderen Wirtschaftsbereichen bekannten Trends der Markenbildung, der Qualitätsorientierung sowie der Zertifizierung wird ein erheblicher Stellenwert zugerechnet. Ebenso wird ein erheblicher Wandel des Berufsbildes der Ärztinnen und Ärzte sowie anderer therapeutischer Berufe erwartet.

2004 befanden sich 36% der (Akut-)Kliniken in öffentlich-rechtlicher, 39% in freigemeinnütziger und 24,8% in privater Trägerschaft. Im Vergleich zu 2003 kam es zu einer Verschiebung der Anteilsverhältnisse der öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Träger um insgesamt 0,8% in Richtung privater Trägergruppen.



Im Bereich der öffentlich-rechtlichen Träger fanden sich folgende Besonderheiten:

- ▶ Anteil öffentlich-rechtlicher Kliniken in Berlin: 4,2 %
- ▶ Anteil öffentlich-rechtlicher Kliniken in Bayern: 50,1 %

Über einen besonders hohen Anteil an Kliniken in freigemeinnütziger Trägerschaft verfügen die Bundesländer Nordrhein-Westfalen (69,5%) und Rheinland-Pfalz (60,2%). Den geringsten Anteil hat Bayern mit 13,7%.

Private Träger waren besonders stark vertreten in Berlin (45,1%) und Schleswig-Holstein (39%). Das Saarland war zu diesem Zeitpunkt das einzige Bundesland ohne eine Klinik in privater Trägerschaft.

Der Trend hin zur Verschiebung der Krankenhausträgerschaft in Richtung private Träger spiegelt sich auch in der den Trägern zugeordneten Krankenhausbettenverteilung wider. Waren 1993 den Trägergruppen noch relativ gleich große Anteile zugeordnet (ca. 95.000 bis 100.000 Betten) sanken bis 2004 die Anteile der öffentlich-rechtlichen gegenüber den freigemeinnützigen Trägern kontinuierlich ab (< ca. 80.000 Betten), wohingegen der Anteil der in privater Trägerschaft befindlichen Krankenhausbetten auf ca. 195.000 anstieg. Eine vergleichbare Tendenz war für die Verteilung der Pflegetage im gleichen Zeitraum zu verzeichnen.

Der Bundesärztekammer sind private und freigemeinnützige Träger grundsätzlich ebenso willkommen wie öffentlich-rechtliche. Es ist allerdings wichtig, dass es die öffentliche Hand ist, die im Fall von Versorgungslücken die Verantwortung für deren Schließung trägt. Bei der Neuordnung der Krankenhauslandschaft folgt die Bundesärztekammer im Sinne der auch gesetzlich zugesagten Trägerpluralität dem Leitbild einer Drittelung der Trägerschaft (öffentlich-rechtlich, freigemeinnützig, privat). Durch eine differenzierte Krankenhausgesetzgebung der Länder müssen die Rahmenbedingungen für alle Träger vergleichbar sein.



3. Herausforderung für die Ärzteschaft: Reorganisation des Gesundheitswesens im Zeichen von Markt und Wettbewerb

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass mit der Mitte des vorigen Jahrzehnts vorübergehend eingeführten Vergütungssystematik aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungspflegesatz und Basispflegesatz und noch wesentlich stärker mit dessen Ablösung durch das mit dem Fallpauschalengesetz eingeführte G-DRG-System reglementierte Preise für Krankenhausleistungen an die Stelle des früheren Selbstkostendeckungsprinzips getreten sind. Auch durch weitere Entscheidungen im politischen Raum ist der Anteil marktwirtschaftlicher Steuerungselemente im Gesundheitswesen angewachsen und die Bedeutung und Wirksamkeit staatlicher Planungsverantwortung relativiert worden. In jüngerer Zeit werden außerdem nicht nur die durch verstärkten wirtschaftlichen Wettbewerb zu begrenzenden Kosten, sondern auch die mit dem Gesundheitswesen verbundenen Chancen für wirtschaftliches Wachstum, Arbeit und gesellschaftlichen Wohlstand hervorgehoben, bis hin zu der Betonung seiner Rolle als Teil einer so genannten Gesundheitswirtschaft.

Wirtschaftsfaktor Gesundheit

Diese Entwicklung muss wahrgenommen und in den Voraussetzungen und Konsequenzen besser verstanden werden, damit im Folgenden die aus Sicht der Ärzteschaft notwendigen Konsequenzen gezogen werden können.

Ziel ist es, einem ohnehin ablaufenden und von der Ärzteschaft nicht ignorierbaren Prozess nicht lediglich passiv ausgeliefert zu sein, sondern entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten zu identifizieren.

Das deutsche Gesundheitswesen kann historisch als einer der letzten gesellschaftlichen Teilbereiche betrachtet werden, in den die Instrumente des Marktes und des Wettbewerbs vordringen und die gewachsenen Strukturen fundamental verändern.



Dieser „Modernisierungsprozess“,

- ▶ der sich durch die monetäre Abbildung aller Entscheidungen, Handlungen und Zielsetzungen auszeichnet,
- ▶ in dem die Akteure in einem dauernden Vergleich miteinander um die beste Lösung ringen (Wettbewerb),
- ▶ in denen Kapitalgeber Anlagemöglichkeiten suchen,
- ▶ wo nun die Prinzipien der formalen Organisation umfassend Einzug halten,

hat sich in nahezu allen anderen Bereichen der Gesellschaft bereits durchgesetzt.

Ständische Strukturen wurden aufgelöst, außermonetäre Zielstellungen, Motive und Handlungskalküle zurückgedrängt, eine Internationalisierung der Ausrichtung des Marktes vollzogen, Effizienzpotenziale moderner Organisationen umgesetzt und die Erfolgsbewertung in beträchtlichem Umfang von finanztechnischen Größen geprägt.

In diesem Zusammenhang macht der mit der Zusage der Freizügigkeit verbundene Prozess der Europäisierung der Märkte für gesundheitsbezogene Leistungen die Abschottung nationaler Vorrechte und Besonderheiten gegen die Ansprüche gleichen Rechts und gleicher Chancen für alle in der europäischen Gemeinschaft verbundenen Bürgerinnen und Bürger zunehmend schwieriger.

Europäisierung
der Gesundheitsmärkte

Die Ärzteschaft würde ihrer Verantwortung nicht gerecht, wollte sie die Wirksamkeit dieser allgemeinen Trends zu ignorieren versuchen, zumal sie damit das Potential der Veränderung dramatisch unterschätzen würde.

Es bedarf deshalb eines tieferen Verständnisses dieser Veränderungen und der besonderen Wirkungsfolgen im sozialen Dienstleistungsbereich „Gesundheitswesen“ und nachfolgend einer Klärung der Frage, ob es eine eigene medizinisch-soziale Rationalität neben einer ausschließlich betriebswirtschaftlichen geben kann. Mit der Antwort auf diese Fragen schafft die Ärzteschaft sich die Basis für eine angemessene Reaktion.

Damit verbunden ist die Frage, ob die nun einmal unvermeidlich vorhandenen Kräfte der Ökonomie, des Wettbewerbs und der formalen Organisation statt gegen auch für die Intentionen der im Gesundheitswesen Agierenden und Betroffenen einsetzbar wären.

Zunächst wird man deshalb feststellen müssen, dass diese Tendenzen (Markt, Wettbewerb, Ökonomisierung, privates Engagement, formale Organisation) auch für den Bereich der Gesundheit als Instrumente zu sehen sind und keineswegs a priori eindeutige Konsequenzen besitzen.



Organisationsdefizite erfordern Modernisierung

So ist insbesondere für den Krankenhausbereich festzustellen, dass der Zustand der Qualität der Organisation der Krankenhäuser bis weit in die 90er Jahre hinein extrem unbefriedigend war und dass die Modernisierung durch klare Unternehmensziele, klare Entscheidungsstrukturen, rationales Personalmanagement und Personalentwicklung, klare Aufbau- und Ablaufsteuerung, rationale Definition des Verhältnisses zur Umwelt (z. B. zu den niedergelassenen Ärzten) erhebliche Kreativitäts- und Produktivitätspotenziale heben konnte.

Des Weiteren ist auf den ersten Blick festzustellen, dass allein die Umstellung des Vergütungssystems trägergruppenübergreifend das Verhalten massiv verändert hat und nicht allein auf die privaten Krankenhausträger beschränkt bleiben konnte.

Unter diesen Umständen (geänderte finanzielle Anreize, die Definition des Gesundheitswesens als Gesundheitsmarkt, die Einführung des Wettbewerbs, die Verrechenbarkeit von Zielen, Effekten und Erfolgen primär auf der finanziellen Ebene) ist das Auftreten privater Kapitalgeber und privater Unternehmensgruppen im Gesundheitswesen eher als Katalysator zu sehen.

Die Neuorientierung des Handelns und Reorganisation von Strukturen ist eindeutig nicht nur auf das vergleichsweise kleine Segment der privatwirtschaftlich orientierenden Unternehmensgruppen beschränkt.



Festzustellen ist allerdings auch, dass dieser Veränderungsprozess in Deutschland außerhalb der Ärzteschaft mehr oder weniger unbewusst und in der öffentlichen Debatte in den Folgen weitgehend unreflektiert geblieben ist.

Vermutlich eher aus dem Gefühl, das Gesundheitswesen mit konventionellen administrativen Mitteln nicht beherrschen zu können (siehe bspw. Kapazitätsabbau im Krankenhausbereich), ist die besondere Wirkungsintensität der pre-tialen Steuerung in das Gesundheitswesen eingeführt worden: Sie beeinflusst und verändert das Verhalten, die Handlungen und die Haltungen der Akteure nachhaltiger und vor allem schneller, als es das Setzen von Ge- und Verboten kann.

Obwohl eine ordnungspolitische Stabilität im deutschen Gesundheitswesen nicht festgestellt werden kann (politisches Schwanken zwischen „Selbstverwaltung“, „staatlicher Steuerung“ und „Markt“), eine klare Wettbewerbsordnung nicht zu erkennen ist und Unterschiede in der Versorgung (fast zwingende Folge des Marktes) im Gesundheitswesen politisch schwer zu ertragen sind, erweisen sich inzwischen erste große private Unternehmensgruppen als „erfolgreich“ und der Anteil ihres Engagements im Gesundheitswesen wächst stetig.

Die politische Administration erwartet allerdings vor allem vom „Markt“, dass er – in Form der unsichtbaren Hand – all diejenigen Anpassungsprozesse vollendet, an denen direkte politische Interventionen in der offenen Entscheidungsfindung nicht zum Zuge gekommen sind.

Alle Formen verdeckter Rationierung, Einschränkung des Leistungskatalogs, Veränderung in den Zugangsmöglichkeiten, Kapazitätsabbau sind – gesteuert über die unsichtbare Hand des Marktes – niemanden mehr direkt zuzuordnen und damit entfällt eine offensichtliche primäre politische Verantwortung dieser Veränderungsprozesse – die unsichtbare Hand hat keine Adresse.

Die Möglichkeiten des Gesundheitsmarktes und der neuen Gewinnerwartung sowie der „rationalen“ Organisation der Dienstleistungserbringung hat zudem zu einer veränderten Einschätzung bei den Eliten – jenseits der Ärzteschaft – geführt.

Es gilt heute als attraktiv, wenn die Besten eines Absolventenjahrgangs der Universitäten und Fachhochschulen im Gesundheitswesen Beschäftigungsmöglichkeiten finden; dies war in den 80er Jahren praktisch ausgeschlossen.

Die Ärzteschaft hat somit – als dominante akademische Profession im Gesundheitswesen – relevante Konkurrenz erhalten, die sich insbesondere aus dem Lager der Betriebswirte rekrutiert, aber darüber hinaus auch andere Bereiche der sozial- und humanwissenschaftlichen Disziplinen umfasst.

Damit ist die professionelle Definitions- und Interpretationsmacht der deutschen Ärzteschaft für Entwicklungen, Erfordernisse und Ergebnisse im deutschen Gesundheitswesen gefährdet. Diese ist die eigentliche Herausforderung, die sich hinter der Chiffre der Privatisierung im deutschen Gesundheitswesen verbirgt.



Die „unsichtbare Hand“
des Marktes

Die Frage lautet also: Sind die Beschreibungen des Handlungsfeldes des Gesundheitswesens durch die Ärzteschaft, ihrer Kalküle, Zielsetzung, Abwägung, Prämissen etc. in sich so konsistent und von den wesentlichen Vertretern der deutschen Ärzteschaft so homogen dargestellt, dass sie „die Gesellschaft“ von der Überlegenheit überzeugen und dem akademisch ausformulierten Paradigma des Ökonomischen widerstehen können.

Der erste Eindruck bestätigt, dass in diesem Bereich noch erhebliche Defizite aufzuarbeiten sind.

Eine Ausgangsposition der Ärzteschaft im Sinne dieser grundlegenden Auseinandersetzungen mit anderen akademischen Perspektiven würde da beginnen, das Gut der gesundheitlichen Versorgung näher zu beschreiben, die Position des Nachfragers, seine Souveränität, Autonomie und die Relevanz von Präferenzen genauer zu beschreiben, die Handlungskalküle des Arztes auf der Systemebene dazustellen. So reicht es nicht aus, nur keinen Schaden anzurichten zu wollen, das Verhältnis zwischen Arzt und Patient genauer zu umschreiben und die Handlungsfolgen der Medizin auf die Gesellschaft näher zu beschreiben.

Ohne ein ausformuliertes, dem allgemeinen Stand der akademischen Reflektion angemessenes Paradigma der besonderen Bedingungen des Gutes Gesundheit, wird eine weitere Zurückdrängung und „Verzweckung“ der ärztlichen Tätigkeit unausweichlich werden. Zunächst kann es hilfreich sein, die Annahmen des ökonomischen Paradigmas und seine Folgen präziser zu beschreiben.

Ökonomie vs. soziale Realität

Das ökonomische Prinzip ist deshalb so erfolgreich, weil es klare, damit aber auch eingegrenzte Ziele verfolgt (das Krankenhaus verliert damit seine Stellung als soziale Einrichtung), die Effekte im Wesentlichen auf der monetären Ebene abgebildet werden (sozialen Fernfolgen bleiben unbeachtet), Erfolg und Misserfolg lediglich auf die Einzelorganisation bezogen und langfristige Effekte meist ausgeblendet werden.

Die soziale Rationalität des medizinischen Handelns des Arztes hiergegen zu profilieren, wäre die entscheidende Herausforderung.

Es wäre insbesondere kritisch zu betrachten, ob die Annahme von Adam Smith, dass die Summe aller egoistischen Handlungen (jeder verfolge seine Zwecke und tue damit dem Gesamtsystem Gutes) für das Gesundheitswesen uneingeschränkt gelten kann, selbst wenn ein aufgeklärter und sozial gebundener Egoismus unterstellt wird.

In jedem Fall ist zu fordern, dass die „sichtbare Hand“ des Staates Versagen der „unsichtbaren Hand“ deutlich macht, also Marktversagen auf allen Ebenen und in allen Dimensionen dokumentiert, kommuniziert und politisiert werden kann.

[Marktversagen
sichtbar machen](#)

Marktversagen wird sich in vielfältigen Formen präsentieren: Es wird erhebliche Einbußen im Bezug auf die Individualität der Medizin geben, es wird kritische Diskussion um den Grenznutzen geben, es werden regionale Unterversorgungsformen zu beobachten sein, es werden „unattraktive“ Zielgruppen der Gefahr der Vernachlässigung ausgesetzt werden usw.

Eine human orientierte, stabile Betrachtungsebene ist erforderlich, an der die Enge des ökonomischen Paradigmas permanent einer kritischen Überprüfung zu unterziehen ist.



4. Trendprognose zur Entwicklung der ambulanten/ stationären Versorgung



Sowohl im Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG) als auch im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen 2007 (GKV-WSG) werden verstärkt Ansätze eröffnet, die eine sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen optimieren sollen. Für die zukünftige Ausgestaltung des ambulanten und stationären Behandlungsangebotes unter der Prämisse der Vermeidung einer Rationierung des Zugangs der Patienten zum medizinischen Fortschritt sowie einer zeit- und wohnortnahen Erreichbarkeit stationärer (Notfall-)Versorgungsstrukturen kommt einer Einschätzung der möglichen Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Leistungen in den nächsten Jahren eine erhebliche Bedeutung zu.

Das Deutsche Krankenhaus-Institut hat Ende 2006 – basierend auf der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes – eine Prognose zu den Fallzahlen als auch zu den Sachkosten bis zum Jahre 2010 abgegeben. Die Datengrundlage dieser Analyse stellt die stationären Fälle des Jahres 2000 bis 2004 in 35 Diagnosegruppen dar, die in fünf Altersgruppen unterteilt wurden. Analysiert wurde einerseits die Fragestellung, wie sich die Diagnosen (ICD A 00 bis T 09; Krankheiten, Verletzungen, Vergiftungen) zwischen 2004 und 2005 entwickelt haben. Dabei wurden demografische und qualitätsorientierte Einflussfaktoren auf die Fallzahlenentwicklung je Diagnosegruppe und Altersgruppe untersucht.

Fallzahlentwicklung

Es wurde die Fallzahlentwicklung (insgesamt) als auch für spezifische Diagnosegruppen bis 2010 hochgerechnet. Eine Berücksichtigung der Auswirkungen der Demografie als auch der Morbidität (in Form der Krankenhaushäufigkeit) erfolgte durch Befragung von medizinischen Experten aus den verschiedensten Fachgebieten. Zielsetzung war die Generierung einer relativ validen Fallzahlprognose.

Im Zeitraum 2000 bis 2004 wurde für die benannten ICD-Bereiche in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen eine Abnahme der stationären Fälle um 11,6% festgestellt. Diese Tendenz war ebenfalls für die Altersgruppe mit 20 bis 40 Jahre zu verzeichnen (Rückgang der stationären Fälle 15,4%, Rückgang des Bevölkerungsanteils um 7%). Gegenläufig zeigte sich die Entwicklung der Altersgruppe zwischen 60 und 80 Jahren (Steigerung der stationären Fälle um 3,8%). Deutlich auffällig war die Entwicklung für die Altersgruppe der über 80-Jährigen: 17% Steigerung des Anteils der stationären Fälle werden erwartet.

Zwischen 2004 und 2010 wird eine Zunahme der absoluten Gesamtpatientenzahl um 116.000 (0,7%) mit einer jahresdurchschnittlichen Veränderungsrate von 0,1% konstatiert. Auch hier zeigt sich die Tendenz, dass Patienten der Altersgruppe der unter 60-Jährigen um ca. 125.000 abnehmen, im Gegenzug erwartungsgemäß der Anteil der über 60-Jährigen um 241.000 steigen wird. Für das Jahr 2010 wird mit einer Behandlungsquote von 17.361.000 stationären Fällen gerechnet. Grundlegende Prämisse der Interpretation dieser Prognose ist, dass der zukünftige Eingang des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts in die Versorgungsrealität zu einer deutlichen Zunahme der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten führt.

Dass dies jedoch nicht unbedingt den vorgesehenen Planungen entsprechen muss, zeigt z. B. die deutlich hinter den politischen Erwartungen zurückbleibende Entwicklung der seit Mitte der 90er Jahre eingeführten Nutzung der Optionen des ambulanten Operierens gem. § 115 b SGB V. Diese hat erst während der letzten Jahre quantitativ und ökonomisch zunehmende Bedeutung gewonnen. Die gleiche Entwicklung zeichnet sich bei der Nutzung der Möglichkeiten nach § 116 b SGB V (hochspezialisierte Leistungen) ab. Offen ist auch, inwiefern Innovationen und ihre adäquate Abbildung in Vergütungssystemen in den nächsten Jahren zeitnah Eingang in die Versorgung finden können.

Sollte es durch die Zunahme der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in den nächsten Jahren zu der prognostizierten Entwicklung kommen, ist von einer eher moderaten Veränderung der Gesamtfallzahlen bis zum Jahre 2010 auszugehen. Für z. B. Krankheiten des Verdauungssystems wird mit einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen, bei den Diagnosegruppen der Krankheiten des Kreislaufsystems mit einem Rückgang der stationären Behandlungsbedürftigkeit gerechnet. Altersbezogen werden sich die größten Veränderungen bei Patienten > 80 Lebensjahren mit einer ungefähren Zunahme von 15% ergeben. 2010 werden etwa die Hälfte aller Patienten älter als 60 Jahre sein. Gerade dieser Trend wird demografiebedingt über das Jahr 2010 hinaus an Bedeutung zunehmen.

Medizinisch-technische Innovationen (als wiederholt diskutierter möglicher Kostenfaktor) werden einen nicht unerheblichen Beitrag zum Wachstum des Gesundheitssystems und somit zum Brutto-Inlandsprodukt beitragen können.

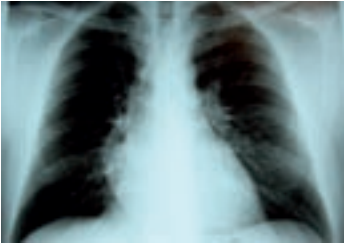
Anteil der Patienten über 60 Jahre wird deutlich steigen

Ambulantes Operieren, hochspezialisierte Leistungen

Demografische Herausforderung

Medizinische Innovationen

Unter Einbeziehung der demografischen Entwicklung wird zwar bei steigendem medizinischem Bedarf von einem entsprechenden Kostenanstieg ausgegangen, der jedoch letztlich als eher moderat eingeschätzt wird.



Trend ambulant
vor stationär

Mit zunehmender Erbringung ambulanter Leistungen (z. B. durch stationäre Einrichtungen im Sinne der ambulanten Notfallversorgung, der ambulanten Operationen, der Tätigkeit im Bereich der Polikliniken und Ambulanzen) wird die Anfang 2007 geltende Relation zwischen stationären und ambulanten Fällen im Verhältnis 100:110 eingeschätzt. Zu Ermittlung der Entwicklung der ambulanten Fallzahlen bis zum Jahre 2010 wurde unterstellt, dass die Zahl der ambulanten Operationen zwischen 2004 und 2010 jährlich um ca. 10 % zunehmen wird und dass die ambulanten Fälle sich mit der gleichen Veränderungsrate wie die stationären Fälle entwickeln werden. Für das Jahr 2004 waren 18.969.343 ambulante Fälle zu verzeichnen, davon 1.160.573 ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V. Für das Jahr 2010 werden insgesamt 19.984.171 Fälle erwartet (§ 115 SGB V-Anteil: 2.056.024 Fälle). Insgesamt kommt es damit voraussichtlich zu einer Entwicklung stationärer und ambulanter Fallzahlen von 36.214.200 im Jahre 2004 auf 37.344.624 im Jahre 2010.

5. Weitere sektorübergreifende Versorgung

5.1 Medizinische Versorgungszentren

Ergänzend werden weitere Neuerungen, wie z. B. die Einführung der Option Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) seit dem Jahre 2004 und ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 95 SGB V einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der ambulanten Versorgung nehmen. Laut Krankenhaus-Barometer 2006 hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die ein Medizinisches Versorgungszentrum gegründet haben, im Verhältnis zum Jahre 2005 verdoppelt. Überdurchschnittlich groß war der Anteil der in den neuen Bundesländern gegründeten MVZ. Ende des dritten Quartals 2006 wurden bundesweit 562 MVZ registriert (Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwicklungsstand der MVZ in Deutschland, Stand 30.09.2006).

Die am häufigsten beteiligten Facharztgruppen sind zum Erhebungszeitpunkt Hausärzte, Internisten und Chirurgen. Die durchschnittliche Größe beträgt 4 Ärztinnen/Ärzte. Vorwiegende Träger sind Vertragsärzte und Krankenhäuser. Der Anteil der MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft beträgt 65%. Die gewählten Rechtsformen sind in der Regel die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR), GmbH bzw. die Partnerschaft. Wesentliche Standorte der MVZ sind Bayern, Niedersachsen, Berlin sowie Hessen.

Die Mehrzahl der MVZ wird in Gebieten mit einer höheren Einwohnerzahl/-dichte gegründet:

- ▶ 28 % in reiner Trägerschaft durch Krankenhäuser sowie
- ▶ 11 % in sonstiger Trägerschaft

Im Vergleich zu den Vorjahren ist das Interesse derjenigen Kliniken, die eine Gründung als MVZ beabsichtigen, geringer als in Relation zum Vorjahr (Krankenhaus-Barometer 2006). Bei ca. 9% der Krankenhäuser wurden sogar die Pläne für eine MVZ-Gründung zunächst zurückgestellt. Als Gründe für diese rückläufige Tendenz werden Probleme bei der Personalakquise, juristische, steuerliche und Finanzierungsprobleme, Probleme mit der zuständigen Kassenärztlichen



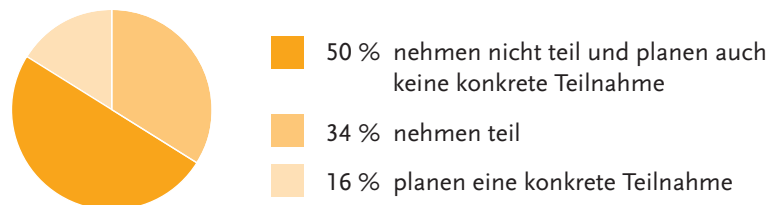


Vereinigung, Zulassungssperren für bestimmte Fachgebiete sowie Widerstände anderer niedergelassener Ärzte angegeben. Die sich überlappende und teilweise komplizierte Rechtslage im Arztrecht, Gesellschaftsrecht, Arbeitsrecht oder aber auch im Steuerrecht, die es zu beachten gilt, wird weiteren Anpassungsbedarf nach sich ziehen. Die möglichen Auswirkungen der weiteren Tendenz der Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren auf die Fallzahlentwicklung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind daher auch für die mittelfristige Perspektive mit einigen Unwägbarkeiten verbunden.

5.2 Integrierte Versorgung (§§ 140 ff. SGB V)

Die weitere Ausgestaltung der integrierten Versorgung wird ebenfalls Um- und Neuverteilungen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich zur Folge haben. Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz verbundene grundlegende Neuregelung der §§ 140 a–d SGB V hat dazu geführt, dass sowohl Kliniken als auch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte verstärkt Gebrauch von dieser Möglichkeit machen. Laut Krankenhaus-Barometer 2006 nahmen Mitte 2006 ca. 1/3 der zugelassenen Akutkliniken in Deutschland an einer Form der integrierten Versorgung teil. Bei ca. 1.800 Kliniken entspricht dies ca. 600 Kliniken. Ebenso planen in Zukunft weitere 16 % eine konkrete Teilnahme. Ca. 50 % der Krankenhäuser nehmen lt. Krankenhaus-Barometer an Erhebungen nicht teil und planen auf Basis des GKV-Modernisierungsgesetzes auch keine konkrete Teilnahme.

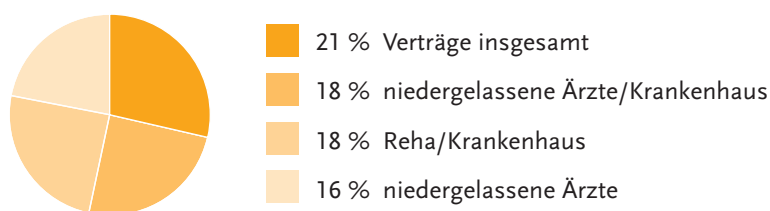
Teilnehmer von Kliniken an der integrierten Versorgung 2005/2006



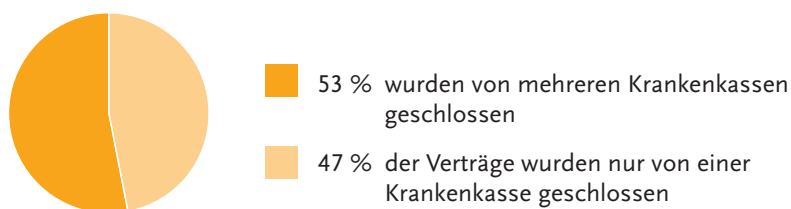
Zwischen 2005 und 2006 war eine deutliche Steigerung der Teilnahmefrequenz an Projekten der integrierten Versorgung von 22 % auf 33 % der Kliniken zu verzeichnen. Inwiefern dies durch Marktdruck oder auch Akzeptanz bedingt ist, bleibt offen. Festzuhalten ist, dass insbesondere die Bettenzahl der betroffenen Kliniken und damit die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Versorgungsstufe stationärer Versorgungsangebote einen wesentlichen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft nimmt. Waren von den Kliniken unter 300 Betten ca. 20 bis 26 % beteiligt, nahmen bei den Kliniken ab 600 Betten 71 % an den integrierten Versorgungsmodellen teil. Hinzu kam für diese Kliniken eine Teilnahmebereitschaft von ca. 12 % für zukünftige Projekte. Ebenso beachtenswert erscheint, dass im Vergleich zum Jahre 2005 die Kliniken, die an mehreren Verträgen gleichzeitig teilgenommen haben, einen Anteilzuwachs von 14 % zu verzeichnen haben.

Gemittelt über sämtliche Kliniken nahm im Jahr 2006 jedes teilnehmende Krankenhaus an durchschnittlich 2,5 Integrationsverträgen teil. Die Ermittlung der Verteilung der Fallzahlen lag bei 24 Fällen pro Klinik.

Laut einer Erhebung der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung GmbH (BQS), Stichtag 30.09.2006, waren bundesweit 3.040 Verträge mit 3.865.957 teilnehmenden Versicherten gemeldet. Das geschätzte Vergütungsvolumen lag bei 577.216.799 Euro. Dies entspricht im Vergleich zur Erhebung vom 31.12.2005 einem deutlichen Zuwachs (Verträge: 1.984, Anzahl der Versicherten: 3.434.564 sowie Vergütungsvolumen von 477.763.305 Euro). Im Jahr 2006 wurden gemäß der Registrierungsstelle der BQS 602 Verträge (21%) mit Krankenhäusern, 521 mit niedergelassenen Ärzten/Krankenhaus (18%), 515 (18%), mit Rehabilitation/Krankenhaus 459 (16%), mit niedergelassenen Ärzten etc. geschlossen. Auffällig auf der GKV-Seite war, dass 47% der Verträge nur von einer Krankenkasse, 53% von mehreren Krankenkassen geschlossen wurden.



Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen



Durch die überwiegend einzelnen Kostenträger als Vertragspartner und bedingt durch die vielfach vertraglich eng vorgegebenen Indikationsgebiete sind bisher die Möglichkeiten der beteiligten Leistungserbringer/Krankenhäuser limitiert, um innerhalb der integrierten Versorgung höhere Fallzahlen betreuen zu können. Ob sich dies durch die Neuregelung im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG 2007) ändern wird, bleibt offen.

Die vertragsrechtlichen, ökonomischen und medizinischen Herausforderungen bei der Gestaltung sowie der Implementierung der notwendigen Controllingstrukturen sind nicht zu unterschätzen, insofern können die quantitativen Auswirkungen der Umgestaltung der §§ 140 ff SGB V auf die zukünftige Fallzahlentwicklung im stationären und ambulanten Bereich nicht solide eingeschätzt werden. Die sehr überschaubaren ökonomischen Gewinne aus der Teilnahme der Kliniken an der integrierten Versorgung haben nicht zuletzt (lt. Krankenhaus-Barometer lag im Jahr 2005 der Median der Verteilung je Klinik bei 65.000 Euro) dazu beigetragen, dass bei einer Befragung eine deutliche Mehrheit der Kliniken (60%) vor der Debatte zum GKV-WSG eine Verlängerung der Anschubfinanzierung abgelehnt hat.

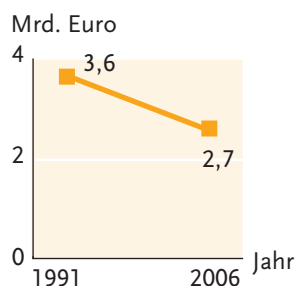
Insofern sind die bei öffentlichen Debatten häufig propagierten Möglichkeiten einer zunehmenden Verschiebung von stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich durch die sektorübergreifende Korridorwirkung der integrierten Versorgungsprojekte und die damit verbundene These des sinkenden stationären Behandlungsbedarfs mit Vorsicht zu genießen. Ein verstärktes Engagement im Bereich der Integrierten Versorgung kann allerdings dazu beitragen, die Verengungen der betriebswirtschaftlichen Betrachtung zu kompensieren.

6. Krankenhausinvestitionsfinanzierung

Gemäß einer Umfrage der Arbeitsgruppe „Krankenhauswesen“ der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) sowie des Statistischen Bundesamtes und einiger Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Anfang 2007) haben die Bundesländer ihre Investitionen in den Krankenhäusern im Jahre 2006 bundesweit auf ca. 2,7 Mrd. Euro gekürzt. Dies entspricht einem kontinuierlichen Rückgang der Förderung seit nunmehr 11 Jahren in Folge (Rückgang der Investitionsfinanzierung seit der Wiedervereinigung um 44,3%). Für die westlichen Bundesländer bedeutet dies eine Reduktion um 42,7%, für die neuen Bundesländer um 49,1% (Bundesdurchschnitt: 44,34%).

Spitzenreiter der Rückführung der Investitionsquote sind mit ca. 60% Sachsen-Anhalt sowie Berlin mit 77%. Positive Ausnahmen sind die Länder Hamburg (+ 17%) sowie Hessen (+ 5,6%). Bundesweit hat sich die Gesamtsumme der Krankenhausinvestitionsfördermittel von etwa 3,6 Mrd. Euro im Jahre 1991 auf ca. 2,7 Mrd. Euro im Jahre 2006 reduziert. Herunter gebrochen auf die einzelne Pauschalförderung bedeutet dies, dass die Einzelförderung gemäß § 9 Abs. 1 und 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz von rund 2,4 Mrd. Euro im Jahr 1994 auf rund 1,6 Mrd. Euro im Jahr 2006 reduziert wurde. Im Bereich der Pauschalförderung gem. § 9 Abs. 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz kam es zu einer Reduktion von ca. 1,3 Mrd. Euro im Jahr 1994 auf etwa 1,1 Mrd. Euro im Jahr 2006. Dies entspricht für die Einzelförderung einer realen Reduktion um 41,67%, für die Pauschalförderung einer Reduktion um 30,44%.

Investitionsförderung der Krankenhäuser (bundesweit)



7. Private Klinikketten/Träger

Eine klare Definition, was unter einer „privaten Klinikette“ zu verstehen ist, gibt es derzeit nicht. Die Gespräche und Diskussionen wurden auf die derzeit größeren Ketten konzentriert. Neben diesen gibt es eine Reihe weiterer Unternehmen (wie z. B.: Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, MediClin AG, SRH Kliniken AG, Medigreif GmbH etc.) sowie Klinikketten, deren zentrales Engagement weniger im Bereich der Akutversorgung, sondern überwiegend im Bereich des Betriebs von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Seniorenwohnungen und Pflegeeinrichtungen liegt (Euromed, Eifelhöhen Klinik AG, Curanum AG, Marseille Kliniken AG, Maternus Kliniken AG etc.).

Quantitative Verteilung 2005

Kliniken	Zahl der Krankenhäuser		Zahl der Betten	
Asklepios	37	19,4 %	11.027	22,3 %
Rhön	37	19,4 %	10.717	21,7 %
Sana	29	15,2 %	5.600	11,3 %
Helios	23	12,0 %	8.981	18,2 %
Ameos	8	4,2 %	1.812	3,7 %
Fresenius	8	4,2 %	1.287	2,6 %

Auch wenn es sich um eine relativ aktuelle Erhebung aus dem Jahre 2005 handelt, verschieben sich die Verhältnisse vergleichsweise schnell. Der Kauf der Helios-Kliniken GmbH durch die Fresenius-SE hat schon zu erheblichen Verschiebungen geführt.

Angesichts der Dynamik der Umbrüche und Änderungen der privaten Krankenhausträgerstrukturen in Deutschland verändern sich Ausgestaltungen, Größe, finanztechnische Basisdaten und Strategien (z. B. zur Privatisierung von Universitätskliniken) schnell. Daher wurde auf eine detaillierte Darstellung in diesem Papier verzichtet. Aktuelle Informationen finden sich u. a. auf folgenden Internetseiten:

- ▶ www.ameos.de
- ▶ www.asklepios.com
- ▶ www.capio.com
- ▶ www.fresenius.de
- ▶ www.helios-kliniken.de
- ▶ www.rhoen-klinikum.de
- ▶ www.sana.de

Weitere Krankenhauskonzerne

Bei einigen der genannten Unternehmen sind in Zukunft – insbesondere aus der Perspektive zusammenwachsender europäischer Gesundheitssysteme – Kooperationen mit den im deutschen Gesundheitssystem tätigen Klinikkonzernen durchaus denkbar.

Hospital Corporation of America (HCA)

Die Hospital Corporation of America (HCA) ist die bedeutsamste Klinikette der USA. Anfang Oktober 2006 gehören zu dieser Kette 172 Krankenhäuser und 95 ambulante Operationszentren in 21 US-Staaten sowie Dependancen in London und Genf. Die Klinikette ist auf Ballungsgebiete/Großstädte konzentriert. Die Corporation verfügt über ca. 40.000 Krankenhausbetten. Der Umsatz beträgt 2006 ca. 6,2 Mrd. US-Dollar (im Vergleich zum Jahr 2005 ein Zuwachs um 3%). Das Ergebnis nach Steuern wird mit ca. 240 Mio. US-Dollar (in 2005 280 Mio. US-Dollar) angegeben.

Im Juli 2006 wurde durch ein Private-Equity-Konsortium von verschiedenen Investmentfirmen ein Übernahmeangebot in Höhe von 51 US-Dollar je Aktie abgegeben. Dieses Angebot wurde in der Hauptversammlung Mitte November 2006 akzeptiert, die Aktien wurden von der Börse genommen. Ähnlich wie bei der Capio AB bleibt abzuwarten, wie schnell Private-Equity-Gesellschaften die zukünftig angestrebten Wertsteigerungen realisieren werden. Wie diese bei dem



relativ hohen Transaktionsvolumen von ca. 34 Mrd. US-Dollar in den nächsten Jahren gehoben werden sollen, bleibt offen. Das dies keine einmalige Ausnahme war, zeigt die Akquise des US-Krankenhausbetreibers Triad Hospitals der Anfang Februar 2007 für 6,4 Mrd. \$ durch Beteiligungsgesellschaften (Handelsblatt 05.02.2007).

Ggf. könnte das global ausgerichtete Vorgehen von Private-Equity-Gesellschaften auch zu Kooperationen mit oder aber auch zur Übernahme von europäischen Konkurrenten führen. Dies würde letztlich den Eintritt amerikanischer Klinikketten in den deutschen Markt nach sich ziehen.

Weitere international tätige Klinikketten sind z. B.

- ▶ Adeslas (Spanien)
- ▶ Général de Santé (Frankreich)
- ▶ Life Health Care (Südafrika)
- ▶ Parkway Holdings (Singapur)



8. Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser

Mit öffentlich-rechtlichen Kliniken sind (Akut-)Krankenhäuser gemeint, die im alleinigen oder mehrheitlichen Besitz einer Gebietskörperschaft sind. Zu unterscheiden sind Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Organisationsform oder aber in privat-rechtlicher Form, wie z.B. einer GmbH oder gGmbH. Streng genommen werden die zuletzt genannten Formen als Privatisierung gesehen. Allerdings ist der Träger in vielen Fällen die Stadt, der Kreis, so dass die Entscheidungsgremien häufig durch dieselben Personen besetzt werden, wie während der Rechtsform des Eigenbetriebs.

Sowohl für die Geschäftsführer öffentlich-rechtlicher Kliniken wie die verantwortlichen politischen Entscheidungsträger stellt sich zunehmend die Frage, inwiefern die in öffentlich-rechtlicher Organisationsform befindlichen Kliniken strategisch so ausgerichtet werden können, dass sie im Wettbewerb mit Kliniken in anderer Trägerschaft bestehen können. In diesem Zusammenhang muss an vorderster Stelle öffentlich diskutiert werden, welchen Stellenwert die „Daseinsvorsorge für die Bürger“ in politischen Entscheidungsgremien einnimmt, hier bezogen auf die Gesundheitsfürsorge.

[Wettbewerb mit Kliniken
in anderer Trägerschaft](#)

Besondere strukturelle Probleme kommunaler Kliniken:

- ▶ Historisches Selbstverständnis im Sinne eines kommunalen Versorgers
- ▶ Konsekutive Rückstellung der Wirtschaftlichkeit als Anforderung
- ▶ Eigenkapital als flexible Finanzierungsform scheidet aus
- ▶ Defizitäre Managementstrukturen
- ▶ Einflussnahme politischer Entscheidungsträger auf die Handlungsfreiheit des Managements
- ▶ Geringe bis mäßige Investitionsfähigkeiten des Trägers
- ▶ Höhere Personalkosten, insbesondere im Verwaltungsbereich, bedingen vielfach eine geringere Selbstfinanzierungskraft (geringerer Cash – Flow plus EBITDA)
- ▶ Dauer politischer Entscheidungsprozesse (z.B. bei Fusionen/Übernahme)

- ▶ Relativ geringer Grad an Prozessorientierung und Standardisierung
- ▶ Keine Portalkliniken als vorgeschaltete Institution, seltenere Ansiedlung von Medizinischen Versorgungszentren o. ä.
- ▶ Strategischer Entscheidungsbedarf wird vielfach durch die Kommunalpolitik nicht erkannt
- ▶ Traditionell relativ starke Einflussnahme der Gewerkschaften und Zuordnung zum Öffentlichen Dienst
- ▶ Politische Grenzziehungen: Erschwerung der Klinikzusammenführung über die Grenzen von Gebietskörperschaften hinaus durch die Rechtsgrundlagen im kommunalen Wirtschaftsbereich, trotz bereits vielfacher Umwidmung der Rechtsform in eine gGmbH
- ▶ Mangelnde koordinierte Zusammenarbeit der die kommunalen Kliniken vertretenden Spitzenorganisationen, wie z. B. Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Verband kommunaler Arbeitgeber, Städte- und Gemeindebund etc.
- ▶ bei Fremdkapitalfinanzierung Abfluss finanzieller Mittel durch Zinsbelastungen etc.
- ▶ Noch ausgeprägte traditionelle Abteilungsgliederung
- ▶ Besetzung von Krankenhausausschüssen mit ehrenamtlichen Kommunalpolitikern, die teilweise mit Detailfragen befasst sind. Die Wahl erfolgt überwiegend aufgrund der Parteizugehörigkeit.

Vorteile kommunaler/öffentlich-rechtlicher Kliniken:

- ▶ Bereithalten von Vorhalteleistungen für ein flächendeckendes Versorgungsangebot
- ▶ Keine Vorgabe, teure Eigenkapitalrendite erwirtschaften zu müssen
- ▶ Kein Abfluss finanzieller Mittel aus dem Unternehmen im Sinne einer Dividendenzahlung
- ▶ Höhere Mitarbeitervergütung und Kopfzahlen mit einheitlicher Vergütungsstruktur und besserem Betriebsklima
- ▶ In kleineren Gemeinden und Städten oft ein wichtiger Arbeitgeber, dadurch hohe Wahrnehmung und hoher Identifikationsgrad in der Bevölkerung und der lokalen Politik
- ▶ Vorteile im Umgang mit kommunalen Institutionen durch Nähe zu politischen Entscheidungsträgern

- ▶ Handlungsfreiheit vor Ort (theoretisch), aktuell jedoch häufig eingeschränkt durch fehlende Mittel
- ▶ Schneller Zugriff der Kommune auf das Krankenhaus zur Erfüllung der Daseinsvorsorge als Pflichtaufgabe einer Kommune
- ▶ Möglichkeit der temporären Übernahme von Versorgungslücken im Sinne der Grundabsicherung der Daseinsvorsorge
- ▶ Soziales Engagement im Non-Profit-Bereich
- ▶ Zusammenführende Verbundorganisation schwerpunktmäßig in Ballungsgebieten wie Berlin, München, Bremen, Dortmund, Hannover etc. zu finden, der nachhaltige Erfolg steht jedoch noch aus
- ▶ Möglichkeit der Trägerzuschüsse im Sinne von Verlustausgleichen oder aber Investitionszuschüssen

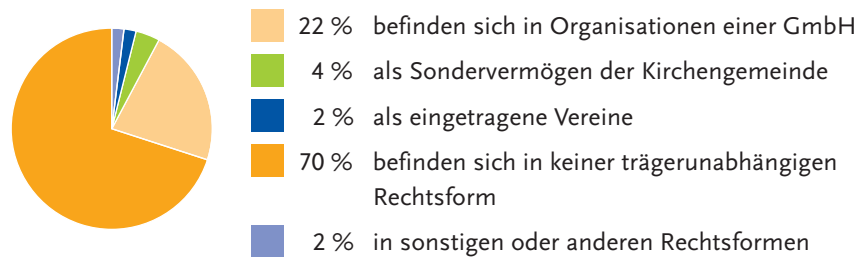
„Sollte es den kommunalen Häusern nicht gelingen, den strukturellen Nachteil der fehlenden Kettenbildung durch Verbundlösungen zu kompensieren, so ist zu befürchten, dass auch das Kartellrecht seinen Beitrag zur weiteren Konzentration der Kliniken in privater Hand leistet.“

(Gesundheitsreport HPS-Research 2007).

9. Freigemeinnützige Krankenhäuser

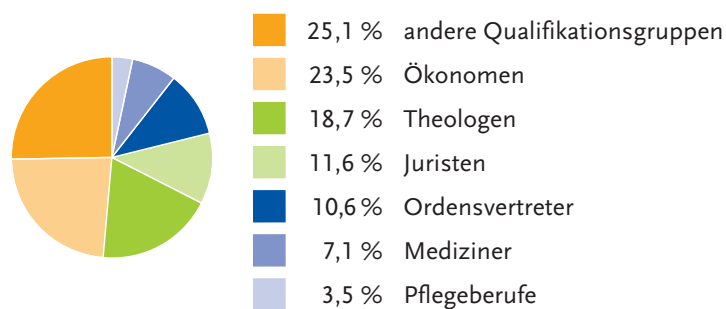


Träger freigemeinnütziger Krankenhäuser sind z.B. Diakonie, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz oder aber soziale Vereinigungen, wie die übrigen Wohlfahrtsverbände. Basierend auf einer Studie der Universität Mannheim zur Leitung und Steuerung der kirchlichen Trägerorganisationen und der freien Wohlfahrtspflege sind die **Rechtsformen freigemeinnütziger Krankenhäuser** aktuell wie folgt verteilt:



Die Anzahl der Kliniken in freigemeinnütziger Trägerschaft beträgt laut Statistischem Bundesamt 712 (2005). Verschiedene Studien/Prognosen (u.a. Arthur Andersen 2000) gehen davon aus, dass Kliniken in freigemeinnütziger Trägerschaft quantitativ bis zum Jahre 2015/2020 abnehmen werden (geschätzter Anteil ca. 600 bis 650 Kliniken bundesweit).

Verteilung unter den Leitungsorganen



Mitglieder der primären Leitungsorgane dieser Trägergruppen sind zu 23,5% Ökonomen, 18,7% Theologen, 11,6% Juristen, 7,1% Mediziner sowie 3,5% Pflegeberufe. Ebenso sind 10,6% Ordensvertreter sowie 25,1% aus anderen Qualifikationsgruppen (Studie zur Leitung und Steuerung in kirchlichen Pflegeorganisationen der freien Wohlfahrtspflege, A. Schuhen, Universität Mannheim).

Die Satzung gemeinnütziger Unternehmen beinhaltet eine wertebezogene Selbstverpflichtung, die die gemeinnützigen Zwecke als Ziel der Körperschaft ausweisen. Die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens wird als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt § 5 2 Satz 1 Abgabenordnung:

„Eine Körperschaft verfolgt gemeinnützige Zwecke, wenn ihre Tätigkeit darauf gerichtet ist, die Allgemeinheit auf materiellem, geistigem oder sittlichem Gebiet selbstlos zu fördern.“

Grundsatz der
Gemeinnützigkeit

Freigemeinnützige Träger sind aus ihrem ursprünglichen Selbstverständnis heraus der Fürsorge für den Patienten verpflichtet und nicht gewinnorientiert; sie erzielen somit keine Überschüsse die abgeführt werden.

Bei der Diskussion zu möglichen Schwächen freigemeinnütziger Träger im Vergleich zu anderen Trägerschaften erfolgte wiederholt der Hinweis auf noch relativ unflexible Organisationsstrukturen, die nur eingeschränkte Möglichkeit des Zugangs zum Kapitalmarkt sowie ein teilweises unrentables Angebotsportfolio.

Besondere Stärken freigemeinnütziger Träger sind ihre aus langer Tradition gewachsene Nähe und Bindung zur umgebenden Bevölkerung und Politik. Die mit der Freigemeinnützigkeit verbundenen Steuervergünstigungen, die vertikale Integration, der Wegfall der Bindung an einen „Shareholder Value“ und eine starke, teilweise religiös gebundene Leitbildorientierung mit der Prämisse der Sicherung des Gemeinwohls.

Gewachsene Nähe zur
umgebenden Bevölkerung
und Politik

Dieser Punkt könnte zukünftig durch den damit verbundenen „Glaubwürdigkeitsvorsprung“ erhebliche Chancen bei der Neuausrichtung der Kliniken dieser Trägerstrukturen mit sich bringen. Ebenso stehen diesen Kliniken die Möglichkeiten des Ausbaus der vertikalen Integration, der Steigerung der Rationalisierungs- und Effizienzpotentiale durch die Verstärkung und den Ausbau modernen Managements offen. Genauso sind die Chancen zur „Markenbildung“ bzw. des „Branding“ durch die Kopplung der Tradition, der Leitbild- und Gemeinwohlorientierung gute Optionen für zukünftige Strategien.

Als besondere Risiken dieser Trägerstrukturen kann primär der mögliche Rückzug der Kirchen aus dem Krankenhausbereich gesehen werden. Inwiefern die eingeschränkte Stellung auf dem Kapitalmarkt und der damit verbundene schnelle Zugang zu Investitionskapital ein Problem darstellen wird, bleibt offen.

Auch für Kliniken in gemeinnütziger Trägerschaft ist wirtschaftliche Tätigkeit mit Gewinnerzielung für die Erreichung von gemeinwohlorientierten Zwecken im Krankenhaus erlaubt und zwingend notwendig. Vorteilhaft wirkt sich hier der mangelnde Entzug von Gewinnen durch einen „Shareholder Value“ aus. Die erzielten Gewinne können ausnahmslos im Sinne der Gemeinnützigkeit verwandt und reinvestiert werden. Ob dieser Vorteil jedoch den Nachteil bei der Beschaffung von externem Kapitalzufluss zukünftig ausgleichen können wird, bleibt fraglich.



Angesichts des zunehmenden ökonomischen Drucks auf Kliniken aller Trägerstrukturen wird es eine entscheidende Frage sein, ob freigemeinnützige Träger bei zunehmender Rationierung von Leistungen in den Kliniken ihre gemeinnützigen und teilweise religiös geprägten Leitbilder auch in schwierigen Zeiten aufrechterhalten werden können.

Für nicht wenige Patienten wird es zukünftig bei der Auswahl des sie betreuenden Krankenhauses von Bedeutung sein, ob das Leistungsangebot in der bekannten Breite und die über das normale medizinische und ökonomische Prozessmanagement hinausgehende fürsorgliche Betreuung durch Kliniken dieser Trägerstrukturen im besonderen Maße geboten werden können. Gerade bei den zuletzt genannten Aspekten zeigt sich, dass dies zukünftig kein unbedingtes Alleinstellungsmerkmal freigemeinnütziger Träger sein wird, da auch Kliniken in öffentlich-rechtlicher als aber auch privater Trägerschaft persönliche wie auch religiös orientierte Betreuung und eine breite medizinische Versorgungsangebotspalette bieten können und teilweise schon anbieten.



Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Grenzen zwischen den freigemeinnützigen Trägern und ihrer Spezifika zunehmend mit anderen Trägergruppen verschmelzen.

Im zukünftig forcierten Wettbewerb mit kommunalen und privaten Anbietern um die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der einzelnen Kliniken kann die Orientierung des unternehmerischen Handelns am Gemeinwohl zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor bzw. -vorteil für freigemeinnützige Träger sein.

10. Privatisierung

10.1 Formen der Privatisierung

Der Krankenhausbereich hat sich in den letzten Jahren zu einem sehr dynamischen „Markt“ entwickelt. Durch die sich zunehmend verschärfende Finanzsituation der Kliniken kam es vermehrt zu Unternehmensverkäufen, Übernahmen, Fusionen, Kooperationen etc.

Hierbei werden insbesondere zwei Formen der Privatisierung unterschieden:

- ▶ Formelle Privatisierung
Wechsel der Rechtsform von einem kommunalen Regiebetrieb in eine gGmbH/GmbH
- ▶ Privatisierung durch Verkauf eines Krankenhauses an einen privaten Krankenhausbetreiber (z. B. Share-Deal, Asset-Deal)

Nach einer Beschleunigung der Privatisierungstendenz in den Jahren 2001/2002 zeichnete sich für 2006/2007 eine Intensivierung der Konsolidierungsbeziehungen (der Zukäufe) ab. Die Quantität der strategisch interessanten Kliniken reduziert sich auf ca. 150 (Quelle: Deutsche Krankenhausinstitut, DKI). Im Mittelpunkt des Interesses zukünftiger Akquisen stehen neben Kliniken der Maximalversorgung, von denen alleine 25 im Jahr zwischen 2002 und 2004 verkauft wurden, psychiatrische Landeskliniken (z. B. Niedersachsen, Schleswig-Holstein etc.) sowie zunehmend Universitätsklinika. Allerdings sind auch schon Rückübernahmen in den kommunalen Bereich der zunächst von privaten Trägern übernommenen Krankenhäuser zu beobachten, wenn auch erst nur vereinzelt.



PRIVAT

10.2 Generelle Ausgangssituation bei der Übernahme von Kliniken



Wesentliche Probleme, die Kliniken unabhängig von der Trägerschaft betreffen, die zur Übernahme/zum Trägerwechsel anstehen, sind:

- ▶ Schulden
- ▶ Investitionsbedarf
- ▶ Weiter bestehender Versorgungsauftrag für die Bevölkerung
- ▶ Hoher Finanzbedarf für die Alterszusatzversorgungen
- ▶ Diskussion zu Tarifverträgen und Arbeitsplatzgarantien
- ▶ Potentielle Konsequenzen für die betroffene Kommune im Fall der Insolvenz des neuen (privaten) Klinikträgers

Zu diesen schwierig zu lösenden Anforderungen kommt eine fortbestehende Imageproblematik privater Träger. Die verschiedenen Träger/Klinikgruppen begegnen dieser durch eine forcierte Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit. Veranstaltungen größerer Klinikketten mit Repräsentanten der im Bundestag vertretenen Parteien oder aber der Teilnahme der verschiedenen Klinikketten an der Anhörung des Verbandes der Universitätsklinika zur Privatisierung am 12.10.2006 in Berlin zeigen, dass der öffentlichen Wahrnehmung ein hoher Stellenwert als Grundlage möglicher weiterer Akquisen gegeben wird.

Als Ursache für den Verkauf (insbesondere von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern) an private Klinikträger sind folgende Konstellationen wiederholt zu verzeichnen:

- ▶ finanzielle Schieflage der betroffenen Kliniken
- ▶ steigender Personalkostenaufwand
- ▶ seit langer Zeit bestehender Investitionsstau
- ▶ Strukturanpassung zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- ▶ nicht unerhebliche Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung
- ▶ weiter bestehender Versorgungsauftrag

Befürworter des Verkaufs sind in der Regel die Träger (Kommunen, Kreis oder Land). Gegner sind vielfach organisierte Vertretungen der Beschäftigten, teilweise die Bevölkerung der Region sowie die Personal- und Betriebsräte. Die zugrunde liegenden Befürchtungen beziehen sich auf eine nach Übernahme ggf. erfolgende Leistungseinschränkung, die Möglichkeit einer Risikoselektion sowie insbesondere die Sorge der betroffenen Mitarbeiter vor Personalabbau und Gehaltskürzungen.

Konsequenzen, die bei den Privatisierungen zu beobachten waren bzw. sind, lassen diese Bedenken als nicht ganz unbegründet erscheinen. So kommt es

durchaus nach Übernahmen zu Personalabbau durch Nichtbesetzung freier Stellen, zu Outsourcing von Service-Leistungen, zu Maßnahmen, deren Folgen eine Arbeitsverdichtung für die betroffenen Berufsgruppen sind.

Vielfach kommt es durch Einführung eines professionellen Managements zu einer Verbesserung der Managementstrukturen. Ohne den (in Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft) üblichen Einfluss politischer Mandatsträger sind schnellere, effizientere Entscheidungsprozesse möglich. Kombiniert werden diese Schritte mit einer Einführung eines Qualitäts- und Prozessmanagements, durch das insbesondere die Kosten für Verwaltungsaufgaben gemindert werden.

Einführung professionellen Managements

Diese Maßnahmen lassen sich allerdings ebenso als Instrumente einer strategischen Ausrichtung bei Kliniken in öffentlich-rechtlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft finden. Viele Bedingungen, so zeigte die Diskussion, sind letztendlich vollkommen unabhängig von der Trägerschaft:

- ▶ Nichtbesetzung von freien (Arzt-)Stellen aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal
- ▶ Umkehrung der Tendenzen des Outsourcing in Richtung Insourcing von Service-Leistungen durch Steuergesetzgebung
- ▶ Senkung der Verweildauer der Patienten in den Kliniken seit verbindlicher Einführung des G-DRG-Pauschalvergütungssystems
- ▶ Umstellung der Diagnostik- und Therapieangebote auf zunehmend ältere, multibormider Patienten
- ▶ Optimierung der Managementstrukturen
- ▶ ausreichende Verfügbarkeit von qualifiziertem und managementerfahrenem Personal, das über spezifische Kenntnisse der deutschen Krankenhaus- und Gesundheitssystemspezifika (z. B. Vergütungssysteme etc.) verfügt, nicht nur für private Träger, sondern für sämtliche Trägergruppen einen limitierenden Faktor bei Reorganisations- und Umstrukturierungsprozessen dar.
- ▶ Investitionskostenverlagerung von kommunal/staatlich zu privat mit sukzessiver Zinskostenverlagerung

Folgt man einer Analyse des PLS-Ramboll Management zur Privatisierung von Krankenhäusern aus dem Jahre 2005, zeigen sich folgende positive und negative Aspekte der Privatisierung:

Positive Aspekte:

- ▶ Strategie
- ▶ Entscheidung, professionelle Managementstrukturen
- ▶ Ziel- und Leistungsplanung
- ▶ Abschaffung des Leitungstriumvirates
- ▶ Sicherung von Arbeitsplätzen
- ▶ Tätigung von Investitionen
- ▶ Kostensenkung (Einkauf und Logistik)
- ▶ Produktstandardisierung
- ▶ Outsourcing/Insourcing von Service-Leistungen
- ▶ Tragerinterne Synergieeffekte
- ▶ Prozessoptimierung

Negative Aspekte:

- ▶ Stellenabbau
- ▶ Erhebliche Leistungsverdichtung
- ▶ Entscheidungsspielraum der Führungskräfte
- ▶ Einführung von Leistungs- und Zielvereinbarungen mit Vergutungsrelevanz
- ▶ Änderung der Chefarztvertrage
- ▶ Änderung der Privatliquidationsberechtigungen etc.

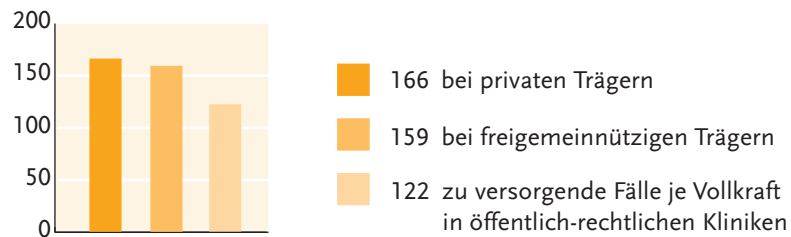
Personalbelastung durch Leistungsverdichtung

Aktuelle Analysen zur Entwicklung der Personalbelastungen in Akutkliniken zeigen, dass sich die je Vollkraft zu versorgenden Betten, als auch die je Vollkraft zu Verfügung stehenden Ressourcen zwischen den Trägergruppen unterscheiden (Quelle: DKG 2006). Sind in öffentlich-rechtlichen Kliniken je Vollkraft im ärztlichen Dienst 3,7 Betten zu versorgen, ist es bei freigemeinnützigen Trägern 5,2 und bei privaten 5,3 Betten.

Zu versorgende Betten je ärztlicher Vollkraft



Diese Verteilung spiegelt sich relativ vergleichbar für den Pflegedienst sowie den medizinisch-technischen Dienst und ebenfalls in der Relation der je Vollkraft im ärztlichen Dienst zu versorgenden Fälle wider: öffentlich-rechtlicher Bereich ca. 122, freigemeinnütziger 166, Bereich privater Träger ca. 159 Fälle je Vollkraft (Statistisches Bundesamt 2005).



Subsumierend ist festzuhalten, dass die Personalbelastungszahlen in Akutkliniken in nicht öffentlich-rechtlicher Trägerschaft höher ausfallen.

Die Instrumente zur strategischen und wettbewerblichen Neuausrichtung, die im allgemeinen Verständnis eher privaten Trägern zugeordnet werden, wie z. B. Kostenoptimierung durch Konzernstrukturen, Optimierung der Administration, der EDV, des Controllings, des Einkaufs, der Logistik, des Personalmanagements, der Prozessstandardisierung sowie verstärkte Zentrenbildung und Abstimmung des Leistungsspektrums werden zunehmend auch durch öffentlich-rechtliche (aber auch freigemeinnützige Kliniken) umgesetzt. Kommunale Kliniken schließen sich in kommunalen Verbänden/Holdings, wie z.B. Kassel, München, Bremen etc. zusammen. Diese Tendenz hat dazu geführt, dass sich ein Interessenverband zur Vertretung kommunaler Kliniken (IVKK) gebildet hat.



II. Rating

II.1 Krankenhausrating

Rating als Basis der Investitions- und Anlageentscheidung

Mit verschärftem Kostendruck in den Kliniken, Erhöhung der Privatisierungsdynamik und zunehmendem Wettbewerb erhalten Rating-Verfahren bei der Suche nach neuen Finanzierungsquellen (mit einem steigenden Anteil von Kreditfinanzierungen) eine zunehmende Bedeutung. Diese sind in der Regel aufgrund der recht hohen Ratingkosten für Unternehmen des Mittelstandes nur bedingt sinnvoll, stellen aber als Basis einer Anlageentscheidung von Geld- bzw. Kreditgebern eine wesentliche Informationsbasis dar. Das ist einer der Gründe, warum u. a. Großbanken eigene, an den Gesundheitsmarkt adaptierte Rating-Instrumente entwickeln. In der Regel sind diese internen Rating-Strukturen der traditionellen Kreditabteilung der Bank zugeordnet.

Unter einem Rating wird die nach einem standardisierten Verfahren gewonnene Einschätzung der Fähigkeit eines Unternehmens (Bank, Kommune, Staat etc.), verstanden, seinen derzeitigen und künftigen Zahlungsverpflichtungen pünktlich und vollständig nachzukommen.

Beurteilung der Bonität

Es handelt sich insofern um ein Instrument der Bonitätsbeurteilung, einen Indikator für den Risikogehalt eines Kredites, eine banken- bzw. betriebsinterne Beurteilung ohne größere Öffentlichkeitswirkung mit einer eher quantitativen Ausrichtung. Ein nicht unwesentlicher Vorteil des Ratings für entsprechende Kreditgeber ist die Vergleichbarkeit der möglichen Ausfallwahrscheinlichkeiten seitens des Kreditnehmers. Übliche Ratingklassen sind z. B. die langfristigen Unternehmensinstrumente der Rating-Agenturen Moody's oder aber Standard & Poors, Fitch. Bei beiden werden die Rating-Klassen – der sog. Investment-Grade – und Non-Investment Grade unterschieden. Ergebnis einer besonders

guten Rating-Einstufung wäre z. B. die Graduierung AAA, wohingegen auf der Stufe BB+ bzw. Ba eher ein Non-Investment-Grade erreicht wird. Dieser ist in vielen Ratings der Grenzbereich, in dem eine mäßige bis geringe Sicherung von Zins und Tilgung zu erwarten ist.

Die Banken unterliegen für jede einzelne Kreditierung der Eigenkapital-Unterlegungsverpflichtung gemäß den Basel-II-Kriterien. Dieser Internal-Ratings-Based-Approach ist mit der Beachtung der folgenden Faktoren für jeden Kreditnehmer verbunden:

Basel-II-Kriterien

- ▶ Kapitalstruktur
- ▶ Qualität der Erlöse (Kerngeschäft versus außerordentliche Erträge)
- ▶ Qualität und rechtzeitige Verfügbarkeit von Informationen
- ▶ Grad der Fremdfinanzierung
- ▶ Auswirkungen von Nachfrageschwankungen auf Rentabilität und Cash Flow
- ▶ Finanzielle Flexibilität (Zugang zu Kapitalmärkten)
- ▶ Stärke und Fähigkeit des Managements
- ▶ Wettbewerbssituation und Branchenaussichten
- ▶ Makroökonomische Faktoren
- ▶ Vergangene und prognostizierte Ertragskraft und Erhaltung des Cash Flows

Die Einführung der Basel-II-Kriterien hat dazu geführt, dass für besonders gute Bonitäten (AAA AA) in Zukunft nur noch ein Fünftel des bisherigen Eigenkapitals vorgehalten werden muss, wohingegen für mittlere Bonitäten (BBB) die Eigenkapitalunterlegung gleich bleibt. Für schlechte Bonitäten (B) steigt die Eigenkapitalunterlegung deutlich an. Das Rating von Krankenhäusern wird in der Regel dem Mittelstandsrating zugeordnet. Hierbei gilt es allerdings zu beachten, dass keine den spezifischen Anforderungen des deutschen Gesundheitsmarktes und Krankenhauswesens angepassten Ratinginstrumente in den betroffenen Banken bzw. Beratungsunternehmen vorliegen.

Voraussetzungen, die von Krankenhäusern für ein Rating eingefordert werden, sind z. B.:

- ▶ Unternehmenstransparenz intern und extern
- ▶ Vorlage der Zukunftsplanung/Finanzierungsstrategie
- ▶ Nachweis einer klaren Steuerungs- und Organisationsstruktur
- ▶ die Analyse des örtlichen Marktes



Die Grundstruktur eines Rating-Verfahrens gliedert sich z. B. in die Beurteilung der wirtschaftlichen Verhältnisse sowie der Unternehmenssituation. Bei der Analyse der wirtschaftlichen Verhältnisse werden Bilanzbonität und Zusatzfaktoren unter Berücksichtigung der Branchenstandards analysiert. Die Bilanzbonität wird in einigen Rating-Instrumenten automatisch bei Erfassung der Krankenhausbilanz ermittelt. Es soll unter Nutzung statistischer Verfahren Banken- bzw. Beratungsunternehmen, die Früherkennung von Insolvenzen, z. B. in einem Zeitraum von zwei bis drei Jahren ermöglichen. Als Dienstleistungskennzahlen im Bereich der Bilanzbonität werden u. a. analysiert:

- Analyse**
- ▶ der Betriebskapitalumschlag
 - ▶ die Quote des wirtschaftlichen Eigenkapitals
 - ▶ der kurzfristige Kapitalumschlag
 - ▶ die Betriebsleistungsrentabilität
 - ▶ die Liquidität
 - ▶ die Finanzaufwandquote
 - ▶ die Vermögensstruktur

Zusatzfaktoren Zur krankenhausspezifischen Adaptierung der Auswertungen werden Zusatzfaktoren korrigierend berücksichtigt. Mögliche Zusatzfaktoren sind:

- ▶ Baserate der Klinik
- ▶ Regionale Marktstellung der Klinik (Akzeptanz)
- ▶ Investitionen und Organisationsstrukturen

Die Baserate wird im Verhältnis zum Landesbasis-Fallwert interpretiert, die Marktanalyse erfolgt unter Auswertung

- ▶ der Veränderung der Fallzahlen (stationär und ambulant)
- ▶ der Verweildauer
- ▶ der Fachgebietsausrichtung
- ▶ der möglichen Tendenzen der nachfolgenden Jahre

Entsprechende Abweichungen der geplanten und prognostizierten Fallzahlen unterliegen der Erklärungsbedürftigkeit. Sollten sich hier aus Sicht des Kreditgebers z. B. mehr als ein Drittel der Fallzahlen als unplausibel darstellen, fließt der Zusatzfaktor „Markt“ deutlich negativ in die Gesamtbewertung ein.



Der Zusatzfaktor „Investition“ wird z. B. an den beiden Kennzahlen „Anlagen-nutzungsgrad“ (Investitionsbedarf) und „Investitionsquote“ (tatsächliche Investitionsbereitschaft) ermittelt. Bei der Analyse des Zusatzfaktors „Organisation“ werden zwei wesentliche Faktoren analysiert:

Investitionsbedarf
und -quote

- ▶ Personalkosten (vorliegende Tarifwerke und vorliegende Zusatzvereinbarungen)
- ▶ Trägerstruktur und Möglichkeit der Einflussnahme des Trägers auf die Entscheidungsfindung des Managements

Hier geht es insbesondere um

- ▶ den Grad der Einflussnahme des Trägers über eine Beteiligung an operativen Entscheidungen
- ▶ die Abstimmung der strategischen Planung
- ▶ die Größe des zuständigen Aufsichtsgremiums und die dadurch bedingte Handlungsfähigkeit, als aber auch die sich in der Zusammensetzung des Aufsichtsgremiums darlegende Branchenkompetenz der Mitglieder.

Der Beurteilungsbereich der Unternehmenssituation hat als Teil-Rating einen wesentlichen, aber geringeren Einfluss auf das Gesamtergebnis (z. B. 30%). Die Unternehmenssituation wird an sog. „Soft Facts“ festgemacht:

Soft Facts

- ▶ Produkte
- ▶ Leistungen
- ▶ Marktstellung
- ▶ Wettbewerb
- ▶ Abhängigkeiten
- ▶ Branchenentwicklungstendenz

Im Bereich des Managements sind zu analysierende Soft Facts z. B.

- ▶ die Managementstruktur
- ▶ die Geschäftssteuerung
- ▶ die Planung, die Controlling-Struktur

Weiterhin werden spezielle Risiken wie z. B. die Betriebsgröße und die Existenzzeit untersucht. Auch wenn im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen sich die Rating-Instrumente noch in der Entwicklung befinden, werden diejenigen Träger, die ihren erhöhten Finanzbedarf durch externen Kapitalzufluss decken wollen, sich diesen genaueren und detaillierten Analysen und den daraus resultierenden Konsequenzen ihrer Bonitätszuordnung vermehrt stellen müssen.

II.2 Übergreifendes Krankenhaus-Rating

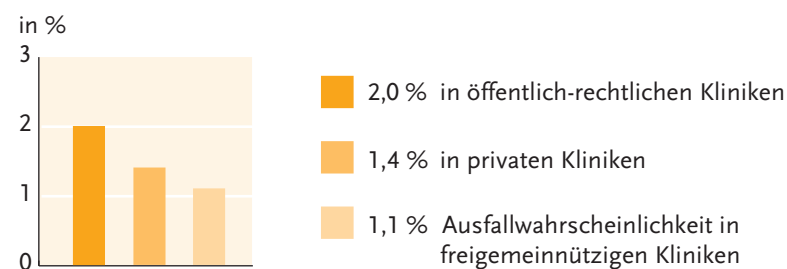
Das durch Kredit- bzw. Beratungsunternehmen angebotene Rating ist von dem generellen Ansatz eines Krankenhausratings mit einer bundesweiten Analyse zu unterscheiden.



So wird durch das Rheinisch-Westfälische Institut Essen, in Kooperation mit der ADMED GmbH – Unternehmensberatung Health-Care, jährlich ein entsprechender Krankenhausrating-Report veröffentlicht. Zentrale Untersuchungsgröße ist hier das Rating bzw. die Wahrscheinlichkeit, mit der Krankenhäuser innerhalb eines Jahres ausfallen bzw. insolvent werden können. Im Jahre 2006 wurde auf einen Datensatz mit Jahresabschlussdaten und Informationen von 347 Krankenhäusern zurückgegriffen und die Daten auf verschiedene Szenarien simuliert. Als Ergebnis der Auswertung des Jahres 2006 zeigte sich, dass das Rating im Krankenhaussektor als mittelmäßig eingeschätzt wird. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls innerhalb eines 1 Jahres-Horizonts) beträgt ca. 1,5% und liegt damit höher als bei anderen mittelständischen Unternehmen.

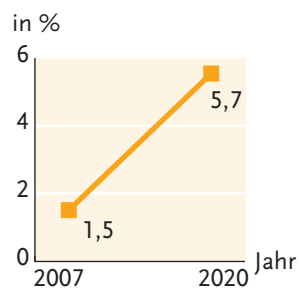
Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser weisen im Durchschnitt eine Ausfallwahrscheinlichkeit von 2,0% auf (AHR 12), freigemeinnützige von 1,1% (AHR 11) und private Kliniken von 1,4% (AHR 11). Kleinere Häuser schneiden im Durchschnitt schlechter ab als große oder mittelgroße und Kliniken in Westdeutschland schlechter als in Ostdeutschland, wobei Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg hiervon eine Ausnahme bilden. Krankenhäuser, die derzeit noch einen hohen Basisfallwert aufweisen, befinden sich in einer signifikant besseren wirtschaftlichen Ausgangssituation, als jene mit geringem Basisfallwert (Krankenhausrating Bericht 2007).

Ausfallwahrscheinlichkeiten



Die übergreifende Analyse kommt weiterhin zu der Einschätzung, dass unter bestimmten Bedingungen die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit im Prognosezeitraum bis zum Jahr 2020 von aktuell 1,5% auf immerhin 5,7% wächst.

Prognose der Ausfallwahrscheinlichkeit bis 2020



Für die weitere politische Debatte und Ausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens wird daher dem engmaschigen Monitoring der Entwicklung durch übergreifende Ratingansätze eine nicht unerhebliche Bedeutung zukommen.

Wesentlich aus ärztlicher Sicht ist, dass diese Rating-Ansätze keinen Bezug zur medizinischen Qualität herstellen und daher allein als ökonomisches Instrument zu verstehen sind.

[Rating ohne Bezug zur medizinischen Qualität](#)



12. Public Private Partnerships (PPP)

Public Private Partnerships (PPP) oder auch Öffentlich-Private-Partnerschaften (ÖPP) dienen dem Grundprinzip, den Zugang zu privatem Kapital, aber auch Kompetenz und Know-how zur Unterstützung und Erfüllung staatlicher Aufgaben zu ermöglichen. Eine eindeutige Definition ist bisher nicht verfügbar. Dies ist u. a. durch die Vielfältigkeit der Anwendungsfelder (Hoch- und Tiefbau, Wasserwirtschaft, Energiewirtschaft, Gesundheitssystem etc.) bedingt.

Die in diesem Zusammenhang bisher am ehesten verwendete Eingrenzung stammt aus dem Gutachten des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) zu „Public Private Partnerships (PPP) im öffentlichen Hochbau“ (2003), dementsprechend es sich bei einem PPP um die *„langfristig vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen Öffentlicher Hand und Privatwirtschaft handelt, bei der die Partner die erforderlichen Ressourcen, z. B. Know-how, Betriebsmittel, Kapital, Personal etc., zum gegenseitigen Nutzen in einem gemeinsamen Organisationszusammenhang einstellen und vorhandene Projektrisiken entsprechend Risikomanagement-Kompetenz der Projektpartner optimal verteilen“*.

Grundprämisse ist dabei die auf einen längeren Zeitraum klar vertraglich geregelte Kooperation der Öffentlichen Hand und der Privatwirtschaft mit dem Ziel der Erfüllung öffentlicher Aufgaben. Hierzu werden die für notwendig erachteten Ressourcen gemeinsam organisiert und zur Verfügung gestellt, und die mit dem verbundenen Projekt einhergehenden Risiken entsprechend der bestverfügbaren Kompetenz des jeweiligen Vertragspartners verteilt.

Die durch die PPP/ÖPP intendierten öffentlichen-privaten Partnerschaften stehen somit zwischen einer rein materiellen Privatisierung und einer formellen Privatisierung.

PPP:
Gegenseitiger Nutzen in
gemeinsamer Organisation

Grundsätzlich werden PPP in zwei verschiedenen Ebenen unterschieden:

PPP-Ebenen

Strukturelle Ebene:

- ▶ PPP als Tauschmodelle (Projektbezogene PPP)
- ▶ PPP als Poolmodell (Institutionelle PPP)

Inhaltliche Ebene:

- ▶ Betriebsführungsmodelle (Managementverträge)
- ▶ Finanzierungsmodelle
- ▶ Betreibermodelle

PPP sind außerhalb des Gesundheitssystems schon seit längerem in den verschiedensten Bereichen üblich. So werden z.B. Planungs- und Bauarbeiten, Finanzierungen sowie Facility-Management Schulen, die Errichtung von Neubauten für Landesregierungen etc. über PPP organisiert. Aktuelle Beispiele sind die Ausschreibung der Bürogebäude des Finanzministeriums des Landes Brandenburg Anfang des Jahres 2007, die betriebliche Unterhaltung und Erhaltung des Streckennetzes von Straßenmeistereien, die Sanierung und Instandhaltung von Kindergärten oder die Planung, der Betrieb, die Instandhaltung, die Sanierung von Wasserversorgungssystemen und Energiewirtschaft etc.



Auch wenn die Quantität der PPP im Gesundheitssystem sicherlich im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbereichen noch sehr überschaubar ist, ist eine Zunahme der Abschlüsse von PPP-Projekten zu verzeichnen. Neben kleineren Projekten, wie der Konzeptionierung des Baus und des nachfolgenden Betriebs von Logistik-Zentren im Bereich des Rettungsdienstes, der Neuprojektierung des Neubaus sowie der Übernahme von bestimmten Betriebsabläufen von Krankenhäusern, betreffen diese Projekte durchaus auch die größten Versorgungseinheiten (Kliniken der Maximalversorgung sowie Universitätskliniken). Dass diese Tendenz sich weiter fortsetzt, zeigt z. B. die für 2007 angekündigte Bekanntmachung und Vergabe des Neubaus eines klinischen Funktionsgebäudes eines im Rheinland angesiedelten Universitätsklinikums (Untersuchungs- und Behandlungsbereiche, OP-Räume, Tagesklinik, Ambulanz, Radiologie sowie Arzträume).

Sowohl von Bundes- als auch Landesebene werden diese Initiativen zunehmend gefördert und unterstützt. Grundlage sind die Festlegungen des Koalitionsvertrages vom 11.11.2005. Mit dem Ziel einer Novellierung des ÖPP-Beschleu-

ÖPP-Beschleunigungsgesetz



nigungsgesetzes soll durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen sichergestellt werden, dass insbesondere mittelständische Einrichtungen (in diesem Fall auch Kliniken) von PPP profitieren können. Als Reaktion darauf wurde am 06.04.2006 eine Kompetenzarbeitsgruppe für den Bereich Krankenhausfinanzierung, soziale Infrastrukturen, Fernstraßenbau- und Privatfinanzierungsgesetz, Investmentgesetz, Steuerrecht, Förderrecht, Vergaberecht und Verteidigung eingesetzt. Im Vorfeld hatte der Bundestag zum 30.06.2005 das „Gesetz zur Beschleunigung der Umsetzung von öffentlich-privaten Partnerschaften“ verabschiedet (Zustimmung des Bundesrates am 08.07.2005). Federführendes Ministerium ist das Bundesministerium für Wirtschaft (BMWi) in Kooperation mit dem Bundesministerium für Verkehr, Bau, Stadtentwicklung. Dort wurde eine „Task Force“-PPP eingesetzt.

PPP 2006:
300 Projekte mit einem Volumen von insgesamt 7 Mrd. €



PPP-Vereinfachungsgesetz

Eine bei Bund, Ländern sowie in Städten und Gemeinden durchgeführte Umfrage zum aktuellen Stand der Projekte der letzten fünf Jahre ergab, dass man derzeit von ca. 300 aktuellen PPP-Projekten mit einer ermittelten Gesamtinvestition in Deutschland von über 7 Mrd. Euro ausgeht. Der kommunale Projektanteil liegt bei über 80%. Ebenso zeigte die Umfrage, dass seit den Jahren 2003/2004 eine deutliche Zunahme der Vertragsabschlüsse (von 2004 bis 2005 Verdopplung) zu verzeichnen ist.

Diese Tendenz wird auf Bundesebene weiter forciert. Basierend auf zwei parallelen tagenden Arbeitsgruppen der Finanzministerkonferenz (FMK) der Länder und des Bundes wurde im Januar 2006 vereinbart, ein übergreifendes Eckpunkte-Papier zu erarbeiten. Aufgrund dieser Ergebnisse werden Empfehlungen für einen bundeseinheitlichen sektorübergreifenden Leitfaden für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei PPP-Projekten konzipiert. Des Weiteren hat die Koalitionsregierung am 06.04.2006 – wie beim ÖPP-Beschleunigungsgesetz I/2005 – eine Arbeitsgruppe „PPP-Vereinfachungsgesetz“ eingesetzt. Diese wird voraussichtlich 2007 unter Kooperation mit den zuständigen Bundes- und Landesministerien dem Bundestag einen Entwurf zur Beratung und Verabschiedung vorlegen.

Neben den Aktivitäten auf Bundesebene haben auch verschiedene Bundesländer reagiert. So wurde z. B. durch das Innenministerium in Nordrhein-Westfalen ein Runderlass im Oktober 2006 mit Auswirkungen auf das Thema ÖPP im sog. Krediterlass verfasst. Dieser Leitfaden „Wirtschaftlichkeitsvergleich bzw. -untersuchungen“ bei PPP-Projekten des Finanzministeriums NRW ist verbindlich zu beachten. Die durch die PPP-Task-Force des Landes NRW aktuell begleiteten Pilotprojekte betreffen Schulen, Verwaltungsgebäude, Informationstechnologie, Verkehr, Deutsche Hochschule der Polizei, aber auch Krankenhäuser und Universitätskliniken.

Eine besondere Bedeutung im Gesundheitssystem bekommen die PPP durch die zunehmende Debatte und Umsetzung der Privatisierung von universitätsmedizinischer Krankenversorgung. Spätestens nach der ersten Privatisierung einer Universitätsklinik in Europa zu Beginn des Jahres 2006 hat die Diskussion über weitere Optionen für Universitätskliniken in öffentlicher Trägerschaft und somit auch u. a. zu PPP bundesweit Bedeutung bekommen. Die nachfolgenden Auswirkungen auf die ambulante und stationäre Betreuung der Bevölkerung, auf Forschung und Lehre sind noch nicht absehbar.



13. Rahmenbedingungen des Wettbewerbs

In den Debatten zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG 2004) und zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007) sowie zum zukünftigen ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ist zunehmend der Begriff „Wettbewerb“ hervorgehoben worden.

Trotz der Intensivierung der Diskussion (in Anlehnung an andere Wirtschaftsbereiche) ist zu konstatieren, dass das deutsche Gesundheitssystem nach wie vor – aus guten Gründen – Teil des öffentlich-rechtlich verantworteten Sozialsystems ist.

Wettbewerbsbedingungen

Während in anderen Wirtschaftsbereichen Dienstleistungen und Produkte einem kontinuierlichen Angebot und einer durchgehenden Nachfrage ausgesetzt sind, die eine relative klare Abgrenzung ermöglichen, ist dies für das Gesundheitssystem und insbesondere für die stationäre Krankenversorgung nur sehr bedingt gegeben. Der z. B. entscheidendste Wettbewerbsparameter, der Preis des Produktes bzw. der Leistungen, ist aus verschiedensten Gründen im stationären Gesundheitssystem fest vorgegeben. Insofern muss in erster Näherung von einem sehr eingeschränkten Markt, auf dem Wettbewerb stattfinden kann, ausgegangen werden. Eine klare Abgrenzbarkeit von Märkten ist die notwendige theoretische Voraussetzung, um sinnvolle Wettbewerbsbedingungen klar festzulegen und letztlich eine systemadaptierte Anwendung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) u. a. durch das Bundeskartellamt ermöglichen zu können.

Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Aktuell muss davon ausgegangen werden, dass das GWB in der Fassung des 7. Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen vom 01.07.2005 keine der notwendigen Adjustierungen an das deutsche Gesundheitssystem erfahren hat.

Die Grenzen der Übertragbarkeit der Wettbewerbsphilosophie und der zugehörigen Rahmenbedingungen auf das deutsche Gesundheitssystem zeigen sich u.a. bei der Berücksichtigung des grundgesetzlich geschützten Gleichbehandlungsgrundsatzes und der Diskussion zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit medizinischen Leistungen (insbesondere im Bereich der Notfallversorgung). Würde man hier der relativ weitgehenden Wettbewerbsphilosophie aus anderen Wirtschaftsbereichen folgen, käme es zum Ausscheiden verschiedener Kliniken, für die jedoch nicht zwingend ein neuer Anbieter/Träger die Leistungen vor Ort übernehmen würde. Die Sicherung des Zugangs zu einer wohnortnahen stationären (Notfall-)Versorgung wäre so – ähnlich wie bei einer kompletten wettbewerblichen Freigabe des Feuerwehrsystems – nicht gegeben.

Gefährdung der flächendeckenden Versorgung

Die Diskussionen zeigten, dass eine Detaildifferenzierung der wettbewerblichen Rahmenbedingungen nach Trägergruppen aus der Perspektive des Jahres 2007 nicht sinnvoll erscheint. Es wird daher in der anstehenden Debatte zum ordnungspolitischen Rahmen der zukünftigen Krankenhaussystematik eine der Herausforderungen sein, einen ausgewogenen Rahmen zwischen der Sicherung des gemäß des Gleichbehandlungsgrundsatzes des Grundgesetzes zu gewährenden flächendeckenden Zugangs zu einer stationären Versorgung und den für alle Trägergruppen geltenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für eine zukünftige Ausgestaltung eines sinnvollen Wettbewerbs zur Sicherung einer hoch qualitativen Patientenversorgung realisieren zu können.

Ausgestaltung eines sinnvollen Wettbewerbs

Aus ärztlicher Sicht erscheint es in diesem Zusammenhang als wesentlich, dass erhebliche Unterschiede bei dem Umgang mit dem bestverfügbaren Know-how in der Medizin und anderen Wirtschaftsbereichen bestehen. So sehr es nachvollziehbar ist, dass z.B. die in der Automobilindustrie oder aber im Maschinenbau tätigen Unternehmen ihr Betriebs-Know-how soweit wie möglich als Wettbewerbsvorteil abschirmen, so sehr sollte auch in Zukunft im Gesundheitssystem gesichert bleiben, dass Ärztinnen und Ärzte ihrer ethischen Pflicht weiter Folge leisten können, den Patienten alle verfügbaren Erkenntnisse für eine optimale medizinische Diagnostik und Therapie zu Gute kommen lassen zu können. Hier wird insbesondere der Ausrichtung der Qualitätssicherung und der durch sie resultierenden Transparenz und Vergleichbarkeit für die Patienten und ihren betreuenden Ärztinnen und Ärzten letztendlich eine entscheidende Rolle zukommen.

Erkenntnisse für eine optimale medizinische Diagnostik und Therapie verfügbar machen

„Die auf dem Eid des Hippokrates beruhende ethische Grundlage des ärztlichen Wirkens ist im Kern erst einmal wettbewerbsfeindlich, wenn man diese Tätigkeit mit einer ausschließlich dem Eigennutz dienenden gewerblichen Tätigkeit auf normalen Märkten vergleicht ... solcher Wettbewerb ist geradezu typischer Geheimwettbewerb und notwendiger Bestandteil eines jeden vorstoßenden Wettbewerbs auf gewerbliche Märkte. Für den Arzt scheidet ein solcher Wettbewerb aus ethischen Gründen aus.“

Ethische Grenzen des Wettbewerbs

(Prof. Dr. S. Klaue, ehemaliger Leiter der Rechtsabteilung und Vorsitzender verschiedener Beschlussabteilungen des Bundeskartellamtes, Berater der EU-Kommission; Diskutant der Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer).

14. Wettbewerbskontrolle stationärer Einrichtungen

Zentrale Funktion des Bundeskartellamtes ist der Schutz des Wettbewerbs. Es handelt sich um eine selbständige Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Wirtschaft. Der Jahreshaushalt beträgt ca. 17 Mio. Euro. Zuständig für das Gesundheitssystem innerhalb des Bundeskartellamtes ist die Beschlussabteilung B3 unter Leitung von Direktor F. Heistermann. Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Wettbewerbskontrolle im Gesundheitswesen wurde die 10. Beschlussabteilung des Bundeskartellamtes im 3. Quartal 2006 aufgehoben und die 3. Beschlussabteilung neu strukturiert. Sie ist seitdem für die Bereiche Gesundheit und Chemie zuständig.

Prüfungen durch das Bundeskartellamt

Besondere Wahrnehmung im stationären Sektor des Gesundheitswesens erfuhr das Bundeskartellamt durch drei zentrale Entscheidungen im Jahr 2005. Am 10.03.2005 wurde der Rhön-Klinikum AG der Kauf des Kreiskrankenhauses Mellrichstadt sowie am 23.03.2005 der Kauf des Krankenhauses Eisenhüttenstadt untersagt. Weiterhin erfolgten Auflagen beim Kauf der LBK Kliniken in Hamburg gegenüber der Asklepios-Klinik GmbH. Auch wenn das Bundeskartellamt seit 2000 bis zu diesem Zeitpunkt schon ca. fünfzig unterschiedliche wettbewerbsrelevante Fusionsabsichten im Krankenhausmarkt geprüft hatte, waren diese Schritte von besonderer Bedeutung. Einerseits zeichnete sich ab, dass aus Sicht des Kartellamtes Krankenhäuser dem Wettbewerbsrecht unterliegen, andererseits zeigten die Begründungen zu den Beschlüssen, dass die Auslegung des zu bewertenden Marktes sich auf das regionale und nicht das bundesweite Umfeld bezieht.



Generell geht das Bundeskartellamt davon aus, dass es sich beim Krankenhausmarkt um einen Wettbewerb um die Patienten, bei der Qualität der medizinischen Versorgung und bei den Investitionen handelt. Basis der Überlegungen ist ein Markt, auf dem die Krankenhäuser die Anbieter und die Patienten die Nachfrager sind. Ebenso wird davon ausgegangen, dass sich die Patienten aussuchen, in welches Krankenhaus sie gehen.

Krankenhaus = Anbieter? Patient = Nachfrager?

Die Überprüfungen des Bundeskartellamtes beziehen sich nicht alleine auf Kliniken in privater Trägerschaft/Klinikketten. Es sind ebenso wiederholt kartell- oder aber auch fusionsrelevante Anliegen kommunaler Kliniken geprüft worden. So hat z. B. das Bundeskartellamt Anfang Dezember 2006 dem Universitätsklinikum Greifswald untersagt, das Krankenhaus Wolgast zu übernehmen. Hintergrund der Entscheidung ist, dass gemäß den Kriterien der sachlichen Marktabgrenzung des Bundeskartellamtes nach der geplanten Fusion von einer marktbeherrschenden Stelle ausgegangen wird. Besonders beachtenswert an diesem Beschluss ist, dass nach wiederholten Prüfungen auch im öffentlich-rechtlichen Trägerbereich mit dieser Entscheidung erstmals eine Untersagung innerhalb dieser Trägergruppe erfolgt ist. Vorausgegangen waren in anderen vor-



gehenden Verfahren lediglich Abmahnungen des Bundeskartellamtes im Vorfeld, die faktisch auch den Vollzug von Zusammenschlüssen verhindert haben. Dass die zuständige Beschlussabteilung jedoch nicht nur restriktiv vorgeht, zeigt die nach eingehender Prüfung erfolgte Freigabe des Zusammenschlusses von öffentlich-rechtlichen Kliniken in der Region Hannover.

Trägerunabhängig bleibt die Diskussion, inwiefern in den verschiedenen Beschlussverfahren das Bundeskartellamt tatsächlich zuständig war. Sowohl auf Seiten privater als auch öffentlich-rechtlicher Träger gab es wiederholt auf Basis verschiedenster Argumente (grundsätzlich geschützte Freiheit von Forschung und Lehre, landesgesetzliche Regelungen etc.) Zweifel über die tatsächliche Zuständigkeit des Kartellamtes. Ganz unberechtigt erscheinen diese Zweifel nicht, da bei Fortführung der Auslegung der Prüfungskompetenz zukünftig jede kommunale Umstrukturierung (insbesondere diejenigen, die über den kommunalen Bereich hinausgehen) relativ automatisch zu einer Fusionskontrolle führen könnten. Es zeichnet sich daher an verschiedenen Stellen trägerunabhängig grundlegender Klärungsbedarf bezüglich der zukünftigen Zuständigkeit und Grenzen einer Wettbewerbskontrolle durch das Bundeskartellamt ab.

Grenzen der
Wettbewerbskontrolle

Aufgrund der erheblichen Relevanz der zukünftigen Aufgaben und Vorgehensweise des Bundeskartellamtes im deutschen Gesundheitsmarkt werden die 2005/2006 zwischen Ärzteschaft und Bundeskartellamt begonnenen Gespräche fortgesetzt. Die bisherigen Erörterungen wurden von beiden Seiten als äußerst offen und konstruktiv erlebt. Da die überwiegende Zahl der Mitarbeiter des Bundeskartellamtes Betriebs- bzw. Volkswirte und Juristen sind, kommt der Einbringung spezifischer medizinischer Expertise (z. B. bei der Marktabgrenzung etc.) eine nicht unbedeutende Rolle zu.

Gespräche zwischen Ärzteschaft
und Bundeskartellamt

Sollte es zu einer zunehmenden Anwendung des Gesetzes gegen die Beschränkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen kommen, wäre über eine spezifische, den Besonderheiten des Gesundheitssystems angemessene Adaptierung zu diskutieren. Insbesondere die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Gesetzgebungsbedarf

resultierenden Änderungen und deren potentielle Auswirkungen (bis hin zum Insolvenzrecht) gilt es im Zusammenhang mit dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren zur Neuregelung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung/Krankenhausplanung und der Ausgestaltung des anstehenden Gesetzes zum Insolvenzrecht innerhalb der GKV zu erörtern.

Dies wird auch von anderen Verbänden zunehmend so gesehen:

„Zwingend notwendig ist auch eine Harmonisierung der gesundheitspolitischen Vorstellungen mit den Regularien des Wettbewerbsrechts. Notwendige und gewollte Kooperationen dürfen nicht durch kartellrechtliche Auflagen behindert werden.“

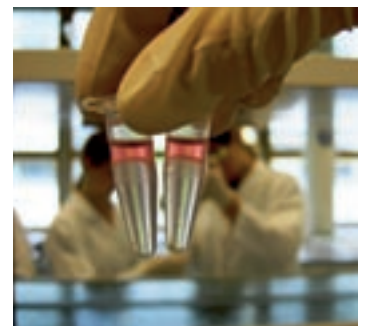
(DKG-Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009, 23.01.2007)

15. Trägerwechsel von Universitätskliniken, Auswirkungen auf Krankenversorgung, Forschung und Lehre

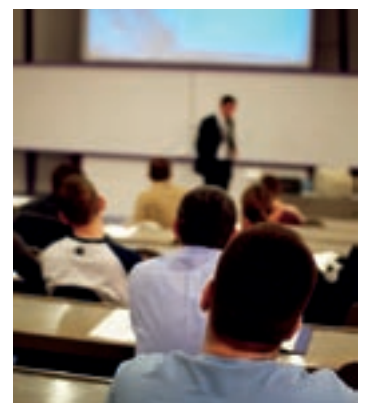
Vorbemerkungen:

Eine besondere Relevanz erhält die Initiative privater Träger im stationären Versorgungsbereich universitärer Einrichtungen. Mit der Veräußerung des Universitätsklinikums Marburg/Gießen (Mittelhessen) durch die Zustimmung des Hessischen Landtages am 31.01.2006 wurde eine neue Dimension des Trägerwechsels erreicht. Erstmals ging ein Universitätsklinikum in den Komplettbesitz eines privaten Trägers über. Neben den bei einer Privatisierung von allgemeinen (Akut-)Kliniken in Betracht gezogenen Aspekten stellt die Kombination von medizinischer Forschung und Lehre einerseits mit einer zunehmend wirtschaftlich auszurichtenden Krankenversorgung andererseits, eine enorme und schwer zu bewältigende Herausforderung dar. Insbesondere dem Verhältnis der Daseinsvorsorgeverpflichtung eines Bundeslandes und der resultierenden (Teil-)Entledigung durch die Veräußerung der Gewährleistung einer auch zukünftig möglichst breiten Ausgestaltung von spezialisierter medizinischer Versorgung sowie der Freiheit in Therapie, Forschung und Lehre wird ein hoher Stellenwert zukommen. Die resultierenden Debatten sind dementsprechend detailliert im Vorfeld zu führen.

Bedingt durch die Komplexität und die angesprochenen Sonderbedingungen (Krankenversorgung, Forschung und Lehre) einer Privatisierung von Universitätskliniken, den – europaweit – fehlenden praktischen Umsetzungserfahrungen sowie den noch nicht verfügbaren Analysen zu den Auswirkungen auf die medizinische Qualität der Patientenversorgung, die Arbeitsbedingungen der betroffenen Ärztinnen und Ärzte und die Unabhängigkeit von Forschung und Lehre konnte die Diskussion durch die Arbeitsgruppe nur eingeleitet werden. Die Arbeitsgruppe empfiehlt dem Vorstand der Bundesärztekammer die Fortführung einer zeitnahen, organisationsübergreifenden Fachdebatte (z. B. mit dem Wissenschaftsrat und dem Medizinischen Fakultätentag, aber auch mit den Wissenschaftsministern der Bundesländer).



Teilentledigung
der Daseinsvorsorge



Primat der Freiheit von Forschung und Lehre

Bei der Privatisierung der Universitätskliniken wird in vielen Analysen von einer Gefährdung der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung (hoheitliche Aufgabe des Staates) ausgegangen. Primat der universitären Medizin sind Forschung und Lehre (grundgesetzlich verbürgte Freiheit von Forschung und Lehre).

Sicherung der Grundlagenforschung

Gerade die Integration der Forschung an den heutigen (staatlichen) Universitätskliniken ermöglicht die Fortschritte in der medizinischen Diagnostik und Therapie, die Praxisrelevanz erlangen. In der Grundlagenforschung (reiner Erkenntnisgewinn) sind die Ergebnisse häufig nicht absehbar, bedürfen deshalb besondere finanzieller (staatlicher) Zuwendungen und Förderung (Drittmittel). Die enge Verzahnung von Grundlagenforschung und klinischer Forschung ist grundsätzlich nur an Universitätskliniken gewährleistet.

Für die Klinik könnte die Privatisierung eine Abwendung von der Erforschung seltener Erkrankungen bedeuten. Andererseits könnte man von der selektiven Förderung einzelner klinischer Fragestellungen bzw. in einzelnen Fachgebieten ausgehen.

Internationale Reputation

Langfristig könnte die o. g. geschilderte Entwicklung zu einem internationalen Ansehensverlust führen, die eine Abnahme der Attraktivität für die ärztliche Tätigkeit an einer privaten Universitätsklinik mit sich bringt.

In einem privaten Universitätsklinikum sind dadurch möglicherweise alle nicht für die Krankenversorgung rentablen, aber für Lehre und Forschung notwendigen medizinischen Fächer gefährdet.

Ausgangssituation:

Die 34 Universitätskliniken in Deutschland verfügen über ca. 42.000 Betten (8% der Krankenhausbetten in Deutschland), in denen ca. 12% der bundesweit jährlich 17 Mio. stationär behandelten Patienten betreut werden. Der jährliche Umsatz dieser 34 Kliniken liegt bei ca. 13 Mrd. Euro. In den Universitätskliniken sind ca. 180.000 Mitarbeiter beschäftigt. Für Forschung und Lehre sowie weitere Trägeraufgaben werden als Trägerzuschuss derzeit ca. 4 Mrd. Euro pro Jahr bundesweit veranschlagt. Universitätskliniken nehmen eine Fülle von Aufgabenstellungen wahr:

Aufgaben und Funktionen

- ▶ Klinische Forschung
- ▶ Hochspezialisierte Krankenversorgung

- ▶ Grundlagenforschung
- ▶ Studien und Forschungskoordination
- ▶ Medizinische Ausbildung und Lehre
- ▶ Fortbildung, Weiterbildung
- ▶ Ausbildung medizinischer Hilfsberufe
- ▶ Stationäre und ambulante Krankenversorgung

Die ökonomische Situation gilt als angespannt. Zwei Drittel der Universitätskliniken haben schon vor Einführung der G-DRG-Fallpauschalen nicht zuletzt aufgrund der unzureichenden Refinanzierung hochkomplexer Behandlungen keine ausgeglichene Bilanz mehr vorweisen können. Zu Beginn der Konvergenzphase 2005 musste für die deutschen Universitätskliniken von einem Defizit in Höhe von ca. 500 Mio. Euro ausgegangen werden. Die individuelle Anpassung an den Landesbasisfallwert in der Konvergenzphase ist im Bundesgebiet uneinheitlich und führt daher zu regional bedeutsamen Schwankungen in einer landesübergreifenden Ratinganalyse. In Kombination mit der seit Jahren rückläufigen Krankenhausinvestitionsfinanzierung verfügen viele Universitätskliniken kaum über nennenswerte finanzielle Möglichkeiten zur Deckung eines weiteren Investitionsbedarfs.

Die möglichen resultierenden zentralen Änderungen beziehen sich auf:

- ▶ den Kulturwandel innerhalb der Universitätskliniken/Fakultäten
- ▶ die rechtliche Verselbständigung
- ▶ die Fusionierung (s. Schleswig-Holstein)
- ▶ die Privatisierung (s. Marburg/Gießen)

Ziele der (überfälligen) rechtlichen Verselbständigung von Universitätskliniken sind die Rückgewinnung und Stärkung der wirtschaftlichen Handlungs- und Entscheidungsfreiheit, die Ermöglichung einer Rückgewinnung wirtschaftlicher Effizienz, die Zunahme der Transparenz der Mittelverwendung im Sinne der Vermeidung der Zweckentfremdung, der Subventionierung der Krankenversorgung durch Forschung und Lehre sowie aus landespolitischer Sicht die Entlastung der Landeshaushalte. Im Mittelpunkt der Diskussionen stehen insbesondere zwei Modelle:

„Kooperationsmodell“

Dieses Modell sieht vor, dass die medizinische Fakultät in der Universität verbleibt. Es sind ebenfalls getrennt Haushalte für Krankenversorgung, Lehre und Forschung sowie Personal und Wirtschaftsführung vorgesehen.

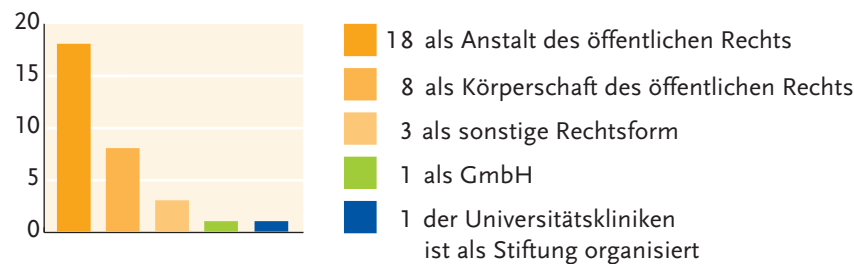
„Integrationsmodell“

Neben einer einheitlichen Personal- und Wirtschaftsführung ist eine gemeinsame Körperschaft der Universitätskliniken und der Fakultät der Gesamtuniversität die Basis.

Mögliche Modelle
einer Privatisierung
von Unikliniken

2004 waren 18 der deutschen Universitätskliniken als Anstalt des öffentlichen Rechts, 8 als Körperschaft des öffentlichen Rechts, 1 als Stiftung (Universitätsklinikum Göttingen), eine als GmbH (Universitätsklinikum Marburg/Gießen) und 3 in sonstiger Rechtsform organisiert.

Rechtsformen der Universitätskliniken



Die Diskussionen mit den Expertinnen und Experten zeigten, dass der Wahl der Rechtsform eine erhebliche Bedeutung zugemessen wird, da durch die Neustrukturierung der Rechtsform der notwendige Kompetenzrahmen des Klinik-Managements (unabhängig von der Trägerschaft) erheblich determiniert wird.

Notwendiger Kompetenzrahmen

Wesentliche Elemente dieses Kompetenzrahmens sind u. a.

- ▶ die Wahrnehmung der Arbeitgeberfunktion durch den Vorstand
- ▶ die Geschäftsführung in tariflichen und außertariflichen Bereichen
- ▶ die Möglichkeit zur Wahrnehmung der Bauherren-Funktion
- ▶ die Eröffnung der Möglichkeit zur Gründung von und Beteiligung an Unternehmen
- ▶ die Eröffnung des (entscheidenden) Zugangs zum Kapitalmarkt

Zukunft der Gewährträgerhaftung

Die Erörterungen zeigten auch, dass damit auch der Verzicht auf die Sicherung durch die Gewährträgerhaftung des Landes verbunden sein würde. Konsequenz bei Gewährung des beschriebenen Kompetenzrahmens zur Vermeidung zukünftiger Einflussnahme des Landes auf das operative Geschäft wäre die Konkursfähigkeit einer Universitätsklinik. Die Debatte zu zukünftigen möglichen Rechtsformen einer sinnvollen Kooperation zwischen Forschung und Wissenschaft sowie Krankenversorgung und einer für das spezifische Bundesland/die Region langfristig vorteilhaften Trägerstruktur hat 2006/2007 an Dynamik gewonnen.

Erörterung auf dem Medizinischen Fakultätentag

Veranstaltungen wie z. B. der 1. Deutsche Hochschulrechtstag zur Thematik „Die Privatisierung der Hochschulmedizin“ am 16.06.2006 in Erlangen, die Erörterung während des Medizinischen Fakultätentages im Juni 2006 oder die „Anhörung“ verschiedener nationaler privater Klinikketten durch den Verband der Universitätsklinika Deutschlands im Oktober 2006 zeigen, dass so gut

wie alle Bundesländer von dieser Debatte erfasst werden und absehbar keine bundeseinheitliche Lösung im Sinne der Empfehlung einer Trägerstruktur oder einer spezifischen Rechtsform zielführend sein wird.

Unabhängig von der Analyse zu den möglichen Vor- und Nachteilen spezifischer Träger werden sich die Universitätsklinika zunehmend einem stärker unternehmerisch geprägten Denken auf allen betrieblichen Ebenen stellen müssen. Wesentliche Faktoren können zukünftig die Bereitschaft zur Restrukturierung, die Kongruenz der Ziele in der Krankenversorgung und Forschung, die Etablierung eines modernen, kompetenten Managements, die Etablierung von Kooperation und Vernetzung mit anderen Institutionen sowie der Erfolg im Erzielen eines Einvernehmens zum leistungsorientierten Mitteleinsatz entsprechend der zukünftigen Schwerpunktbildung sein.

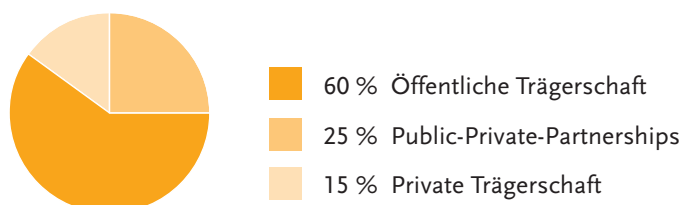
Die Diskussion wird sich auch in den nächsten Jahren lebhaft fortsetzen. Den Einschätzungen einer Studie der Dr. Wieselhuber & Partner Unternehmensberatung München zur Hochschulmedizin 2015 folgend, könnten mehr als die Hälfte der Universitätskliniken bis ca. 2015 keine öffentlich-rechtlichen Betriebe mehr sein. Die Umfrage geht davon aus, dass in ca. 20% aller Universitätsklinika die Krankenversorgung in vollständig privater Trägerschaft betrieben und in weiteren 30% die Krankenversorgung über Public-Private-Partnership organisiert werden.

[Entwicklungstrends in der Hochschulmedizin](#)

Neben der Prognose, dass nur noch die Hälfte der Krankenversorgung in öffentlicher Trägerschaft verbleiben wird, wird 2015 60% der klinischen Forschung in öffentlicher Trägerschaft, 25% über Public-Private-Partnerships und 15% in privater Trägerschaft erfolgen. 2015 wird voraussichtlich ein Großteil der Universitätsklinika überwiegend in Holdingstrukturen organisiert sein, in denen gemäß dem Trend zur Zentrenbildung Klinikabteilungen und Zentren eine zunehmende, auch ökonomische Verantwortung haben werden. Der Trend zur Professionalisierung der Aufsichtsgremien durch Integration von Fachexperten unter konsekutivem Verdrängen politischen Einflusses wird voraussichtlich erheblich deutlich zunehmen.

[Professionalisierung der Aufsichtsgremien](#)

Prognose Trägerstruktur in der Hochschulmedizin 2015



Unabhängig von der Trägerstruktur wird allgemein erwartet, dass sich die Universitätsklinika in den nächsten zehn Jahren aktiv im ambulanten Markt positionieren, so dass sie die Hochleistungsmedizin mit Leistungen der Grund- und Regelversorgung koppeln werden.

Aus den unterschiedlichen aktuellen Analysen zur Zukunft der Hochschulmedizin und Universitätsklinika in Deutschland ergeben sich drei zentrale Diskussionsfelder:

Finanzierung:

- ▶ Eine besondere Bedeutung wird Initiativen zur Akquise von Drittmitteln für Forschung zukommen.
- ▶ Das ökonomische Detail-Know-how über hausinterne Strukturen und damit verbundene Bewertungen (internes und externes Rating) wird für die Kooperation mit potentiellen Geldgebern an Bedeutung gewinnen.
- ▶ Der Ausbau von Kooperationen und die Erschließung weiterer Geschäftsbereiche (auch jenseits der GKV und des deutschen Versorgungssystems) werden zunehmend relevant.

Moderne Management-Strukturen:

- ▶ unter Integration medizinischer und ökonomischer Expertise
- ▶ Ausbau dezentraler Kompetenzen und Verantwortung
- ▶ Entpolitisierung der Management- und Entscheidungsgremien

Positionierung/Strategie:

- ▶ Ausbau der mittel- und langfristigen strategischen Planung unter besonderer Berücksichtigung des medizinischen Leistungsspektrums
- ▶ Ausbau strategischer Allianzen durch fakultätsübergreifende Kooperationen im Bereich der Forschung und Lehre



Hochschulbauförderung

Im November 2005 hat der Wissenschaftsrat eine Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen verabschiedet. Darin stellt er fest, dass zwischen den einzelnen Standorten sehr große Unterschiede existieren. Personalausstattungen und Gesamtflächen variieren etwa um den Faktor 4 und die Hochschulbau-Förderungsgesetz (HBFG) Ist-Ausgaben der alten Länder um den Faktor 7. Den deutlichen Unterschieden in der Ausstattung stehen ebenfalls große Leistungsspannbreiten gegenüber. Die Zahl der Absolventen variiert bis zu einem Faktor 8 und auf manche Fakultäten entfallen deutlich mehr Drittmittel wie auf andere. An den vom Wissenschaftsrat untersuchten Standorten fiel in fast allen Bereichen eine positive Korrelation zwischen Größe bzw. Ressourcen und Leistungsfähigkeit auf. Insbesondere für

die Drittmittelproduktivität galt, dass mit zunehmender Größe auch die Pro-Kopf-Leistung stieg.

Eine zweite Stellungnahme des Wissenschaftsrats aus dem Jahr 2006 befasste sich mit Empfehlungen für Public-Private-Partnership und Privatisierungen in der Universitätsmedizin. Ausgangspunkt ist die Tatsache, dass es für den Bereich „Lehre“ bereits seit Jahrzehnten Kooperationen mit privaten Einrichtungen gibt (zum Beispiel akademischen Lehrkrankenhäusern). Vergleichbares gilt für die Krankenversorgung (zum Beispiel in den Fachgebieten Orthopädie oder Psychiatrie) und für die angewandte klinische Forschung. Seit der deutschen Wiedervereinigung werden, um Investitionskosten zu sparen, vermehrt einzelne Fachgebiete aus den Hochschulkliniken ausgegliedert und in gewerbliche Einrichtungen verlagert, vor allem in den östlichen Bundesländern (zum Beispiel Herzchirurgie).

Auszug aus den Empfehlungen des Wissenschaftsrates:

„Die Zusammenarbeit mit außeruniversitären Krankenhäusern (öffentliche, gemeinnützige bzw. private Träger) gewinnt angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen für die Universitätsmedizin immer mehr an Bedeutung. Der Wissenschaftsrat hat sich daher in jüngerer Zeit schon mehrfach zur Zusammenarbeit mit kooperierenden Krankenhäusern geäußert. Zur grundsätzlichen Thematik kann auf die Empfehlungen zu Public Private Partnerships in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung verwiesen werden.¹ Darüber hinaus hat er konkrete Empfehlungen zu einzelnen Standorten, an denen solche Kooperationsformen etabliert wurden, formuliert.² Da der Standort Regensburg mit seiner Verteilung der medizinischen Forschung und Lehre auf drei Fakultäten und der Bereitstellung zentraler klinischer Fächer an kooperierenden Krankenhäusern bundesweit eine Besonderheit darstellt, hat sich der Wissenschaftsrat eingehender mit dem so genannten Alternativkonzept der Regensburger Universitätsmedizin befasst.³

Der Wissenschaftsrat weist darauf hin, dass bei der Zusammenarbeit mit externen Krankenhäusern dem akademischen Anspruch und die mit einer Universität verbundenen Anforderungen erfüllt werden müssen. Konfligierende Interessenlagen, die insbesondere durch den erhöhten Abstimmungsbedarf auftreten können, sind deshalb schon im Vorfeld durch klare vertragliche Regelungen (Kooperationsverträge) zu minimieren. Insbesondere im Zusammenhang mit

der Stellungnahme zu den universitätsmedizinischen Einrichtungen in Regensburg und der immer noch unbefriedigenden Situation der Klinik und Poliklinik für Orthopädie in Bad Abbach sieht der Wissenschaftsrat u. a. zu folgenden Aspekten Handlungsbedarf. Diese Empfehlungen gelten prinzipiell auch für die anderen bayerischen Standorte und ihre Kooperationsbeziehungen:

- ▶ Verträge mit kooperierenden Krankenhäusern sollten derart gestaltet werden, dass Anpassungen möglich sind, falls Qualitäts- und Leistungsänderungen auftreten.
- ▶ Die ausgelagerten Lehrstühle mit den dazugehörigen Kliniken sollten an der leistungsorientierten Mittelverteilung beteiligt werden; Personalmittel sind hierbei einzubeziehen.
- ▶ Auch an den externen Häusern ist eine Trennungsrechnung zu etablieren insbesondere bezüglich des Landesführungsbetrages für Forschung und Lehre sowie für sonstige Trägeraufgaben. Dazu sind ein definiertes und transparentes Abrechnungs- und Mittelbewirtschaftungssystem sowie ein entsprechendes Berichtswesen umgehend für alle externen Kooperationspartner notwendig. Vom jeweiligen Lehrstuhlinhaber sind Fach- und Ressortverantwortung hinsichtlich des Landesführungsbetrages wahrzunehmen. Die Entscheidungsbefugnisse über den tatsächlichen Einsatz der Ressourcen sollten dem Lehrstuhlinhaber obliegen. Die Mittelverwendung ist dem Dekanat gegenüber zu vertreten und durch die Träger und Betreiber der Krankenversorgung entsprechend zu dokumentieren.⁴
- ▶ Auf Polikliniken sollte aus akademischen Gründen nicht verzichtet werden. Sie tragen auch zur Mitverantwortung der Universität an den externen Standorten bei.
- ▶ Sicherzustellen ist, dass Overhead-Kosten, die im Zusammenhang mit Forschung und Lehre an den verschiedenen Häusern entstehen, transparent dargelegt und auf eine einheitliche, vergleichbare Grundlage gestellt werden.
- ▶ Die Universitäten müssen sicherstellen, dass die an den kooperierenden Einrichtungen tätigen Hochschullehrer ihre akademischen Rechte gesichert wahrnehmen können. Alle Vertragsentwürfe, die ihr Aufgabenspektrum betreffen, sind daher im Vorfeld grundsätzlich mit den Lehrstuhlinhabern abzustimmen.
- ▶ Bestehende Kooperationsverträge, für die eine Zustimmung der betroffenen Lehrstuhlinhaber nicht vorliegt, sollten nachträglich neu verhandelt werden.
- ▶ Können sich Lehrstuhlinhaber und klinischer Kooperationspartner über den Einsatz des Personals für Forschung und Lehre und damit verbundener Sachmittel nicht klar und dauerhaft einigen, hält es der Wissenschaftsrat für notwendig, dass sich die Universität mit Unterstützung des Landes um einen neuen Träger und Betreiber der Krankenversorgung in diesem Fach bemüht.

- ▶ Mit Blick auf die an den externen Einrichtungen tätigen Ärzte sollte ein Gehaltsgefüge angestrebt werden, das auch engagierten wissenschaftlich tätigen Medizinern Wechseloptionen eröffnet und eine Zweiteilung im klinischen Bereich zu vermeiden hilft. Grundsätzlich sollte die Mobilität von Wissenschaftlern sowohl zwischen Universitätseinrichtungen und dem Klinikum als auch mit den externen Einrichtungen gefördert werden.
- ▶ Der Wissenschaftsrat empfiehlt, einen Verbund zu etablieren, der sich der Koordination der verschiedenen Kooperationen mit den externen Partnern widmet.
- ▶ Der Wissenschaftsrat weist erneut darauf hin, dass letztlich das Land als Garant der Wissenschaftsfreiheit die Pflicht hat, entsprechende Regelungen an den kooperierenden Einrichtungen durchzusetzen.“

¹ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu Public Private Partnership (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung, Berlin, Januar 2006 (Drs. 7063-06)

² Wissenschaftsrat: Stellungnahmen 2002, Bd. II, Köln 2003, S. 435 ff., Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg in Mannheim. In: Wissenschaftsrat: Empfehlungen und Stellungnahmen 2003, Bd. II, Köln 2004, S. 86 ff. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Aufnahme des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH in das Hochschulverzeichnis des Hochschulförderungsgesetzes, Januar 2006 (Drs. 7059-06)

³ Wissenschaftsrat: Empfehlungen zum 33. Rahmenplan für den Hochschulbau 2004–2007, Köln 3, BY 117 ff. Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Regensburg, Drs. 7245-06, Nürnberg 19.05.2006.

⁴ Wissenschaftsrat: Stellungnahme zur weiteren Entwicklung der Medizinischen Einrichtungen der Universität Regensburg (Drs. 7245-06), Nürnberg, 19.05.2006, S. 82 f.

Der Wissenschaftsrat hat verschiedentlich betont, dass die Prüfung organisatorischer Veränderungen nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit der Krankenversorgung erfolgen darf. Vielmehr könnten derartige Entwicklungen nur unterstützt werden, wenn sichergestellt ist, dass sie weder zu Lasten von Forschung und Lehre noch zu Lasten des Gesamtklinikums oder der Medizinischen Fakultäten gehen. Zur Auswertung der bisherigen Erfahrungen und zur Erarbeitung von Empfehlungen hat der Wissenschaftsrat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die Empfehlungen mit Blick auf Kooperationen in der universitären Krankenversorgung vorgelegt hat. Ein zweiter Teil mit Schwerpunkt auf Kooperationen in medizinischer Forschung und Lehre und einer Aktualisierung zu PPP ist durch den Wissenschaftsrat vorgelegt, konnte aber im Rahmen dieser Ausarbeitung keine Berücksichtigung mehr finden.



Wesentlich ist, dass es auf Grund der Privatisierung eines Universitätsklinikums zu keinen Mitspracherechten des privaten Trägers bezüglich Umfang und Inhalt von Forschung und Lehre kommen darf. Insbesondere müsse gesetzlich sichergestellt sein, dass das Klinikum der Medizinischen Fakultät zu deren Aufgabenerfüllung dient und der Staat weiterhin Träger der hoheitlichen Aufgaben bleibt. Es ist daher erforderlich, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass die Universität und das Land in den Aufsichtsorganen des Klinikums die Einhaltung vertraglicher

Unabhängigkeit von
Forschung und Lehre



Vorkehrungen für ein mögliches Versagen

Regelungen erwirken können, dass das Land über angemessene Informations- und Kontrollrechte verfügt und dass dafür gesorgt wird, dass Garantien für Studierende, Auszubildende und medizinische Nachwuchswissenschaftler existieren. Auch die Interessen der Beschäftigten in Fakultät und Universitätsklinikum müssen berücksichtigt bleiben.

Für die nicht ausschließbare Konstellation, dass ein privater Partner seine ihm übertragenen Aufgaben nicht oder nur schlecht erfüllt, ist ebenfalls eine geeignete Vorsorge zu treffen. Dabei sind Heimfallrechte, gekoppelt an die Aufgabenerfüllung für die Wahrung der Interessen der öffentlichen Seite von besonderer Bedeutung. Für den Fall eines solchen Heimfalls muss ein entsprechendes Aufwandskonzept verfügbar sein.

Organisatorisch ist das Binnenverhältnis von Klinikum und Fakultät zu klären. Erfahrungen mit den z. B. in Nordrhein-Westfalen geschaffenen Anstalten Öffentlichen Rechts zeigen, dass es hierbei durchaus Konflikte zwischen den Bedürfnissen der Medizinischen Fakultäten und der wettbewerbsfähigen Positionierung des Universitätsklinikums als Krankenhaus im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern um die Patientenversorgung geben kann.

Die bevorstehende Scharfschaltung des DRG-Systems lässt trotz aller (Teil-)Verbesserungen der Abbildungsschärfe des G-DRG-Fallpauschalenkatalogs erwarten, dass diese Spannungen eher zunehmen könnten. Daher wird im öffentlichen wie im formal oder materiell privatisierten Universitätsklinikum die künftige Stellung des Dekans in der Geschäftsführung mit besonderer Sorgfalt zu gestalten sein. Es geht immerhin um die Wahrung der Belange von Forschung und Lehre, die den universitären Charakter des Klinikums an der Universität erst bedingen.

Notwendigkeit von Konfliktlösungsmechanismen

Mit gleicher Sorgfalt ist zu klären, wie im Rahmen der Komplexität sachgerechter organisatorischer Verzahnung gemeinsame Strategien sowie Struktur- und Ausstattungsplanungen gelingen. Die Vorgaben sollten sicherstellen, dass es zu keiner Verschlechterung der ärztlichen Arbeitsverhältnisse sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung des zukünftigen Arztes kommt. Im Blick auf derartige Konflikte zeigt sich, dass bereits in der Konzeption jeder öffentlich-privaten Kooperation Mechanismen zur Lösung von Konfliktfällen zwischen Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät vorzusehen sind.

Der Kulturwandel innerhalb der Universitätsklinika in Deutschland wird wegen gravierender Unterfinanzierung weiter kräftig angetrieben werden. Aus der öffentlich-rechtlichen Trägerschaft gehen die Entwicklungen hin zu rechtlicher Verselbständigung, Fusionierung oder/und Privatisierung.

Für die prominenten Beispiele der universitären Privatisierung am Standort Gießen/Marburg und der sog. formalen Privatisierung der Universitätsklinik Kiel gilt es durch begleitendes Qualitätsmanagement und gründliche Evaluation im Sinne eines Vor-Nach-Vergleichs zu prüfen, wie sich ein solcher Trägerwechsel auf die Patientenversorgung, Forschung, Lehre und das ärztlich-medizinische Arbeitsklima („Job-satisfaction“) auswirkt. Ob sich die betriebsorganisatorischen und -wirtschaftlichen Vorteile auch volkswirtschaftlich und gesamtgesellschaftlich positiv entwickeln, muss sorgfältig analysiert werden.

Volkswirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Perspektiven berücksichtigen

Besonderes Augenmerk muss dabei den Belangen von Forschung und Lehre sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und medizinischem Assistenzpersonal gewidmet werden.

Bedeutung der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten

Als Fazit kann man einen zunehmenden Privatisierungstrend auch universitärer medizinischer Hochschulklinken feststellen. Chancen und Risiken müssen vorurteilsfrei – jedoch orientiert an der Humboldtschen Trias (Forschung, Lehre, Krankenversorgung) – kritisch analysiert werden.

Dabei muss die Ärzteschaft als Träger und Gestalter der Medizinsysteme besonders darauf achten, dass die ärztliche Profession erhalten bleibt und Ärztinnen und Ärzte nicht künftig einem fremd gesteuerten „Job“ als abhängig Beschäftigte nachzugehen haben.

Ärzterschaft als Gestalter

16. Mögliche Auswirkungen eines Trägerwechsels/ einer Privatisierung

Folgen für die ärztlichen Arbeitsverhältnisse,
die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung
und das zukünftige Arztbild

Ökonomiezentrierte Umstrukturierung

Die zunehmende ökonomiezentrierte Umstrukturierung des deutschen Gesundheitswesens geht einher mit der verstärkten Einführung marktwirtschaftlicher Instrumente durch die Träger, um im verstärkten Wettbewerb bestehen zu können. Neben wiederholten Struktur- und Prozessänderungen wird insbesondere auch eine Änderung (Senkung) des Personalbudgets in Kliniken angestrebt. Die Nichtbesetzung von Stellen der aus Altersgründen ausscheidenden Mitarbeiter, das Outsourcing und die damit verbundene neue, niedrigere Tarifeinstufung von Servicebereichen (z. B. Catering, Reinigung, Service etc.), die Verkürzung von Vertragslaufzeiten, aber auch die gezielte Ausgliederung ökonomisch nicht interessanter personalintensiver Fachbereiche sind nur einige der Konsequenzen, die daraus folgen.

Eingriff in das Aufgabengebiet des Arztes

Neben den Umstrukturierungs- und Einsparmaßnahmen wird auch zunehmend in das Aufgabengebiet des klinisch tätigen Arztes eingegriffen. Die reine Ausübung der erlernten ärztlichen Tätigkeit gegenüber dem Patienten stellt unter den aktuellen Bedingungen eine Ausnahme dar. Verwaltungsaufgaben, Auseinandersetzungen bezüglich der Kostenübernahme von Krankenkassen für die Behandlung von Patienten mit dem Medizinischen Dienst etc. gehören zum täglichen Arbeitsablauf. Die eigentlich originäre ärztliche Tätigkeit, mittels spezifischer medizinischer Expertise, patientenindividuell adaptierte sinnvolle diagnostische und therapeutische Entscheidungen treffen und Verfahren zum Wohle des Patienten einsetzen zu können, wird zunehmend in den Hintergrund gedrängt. Ärztinnen und Ärzte sollen heute zunehmend neben einer hohen medizinischen Expertise auch eine perfekte Verwaltungs-, Personalführungs- und Managementkompetenz etc. aufweisen.

Verdrängung der originär ärztlichen Tätigkeit



Verschiedene Träger, insbesondere private Kliniken/Klinikketten befassen sich zunehmend (öffentlich) mit dem Versuch der Neudefinition eines zukünftigen Arztbildes. Inwiefern dieses jedoch tatsächlich den ärztlichen Interessen entspricht, bleibt abzuwarten.

Sollte 1996 der Chefarzt vergleichbar einem Manager eines Wirtschaftsunternehmens in die Entscheidungsprozesse und Gesamtbudgetverhandlung des Krankenhausträgers noch einbezogen werden, (W. Pföhler, Die Stellung des Arztes im künftigen Gesundheitszentrum) steht aktuell die Auseinandersetzung mit einer den Chefarzt nicht mehr erwähnenden, in verschiedene Strukturen der ärztlichen Leistungserbringer untergliederte Einteilung des ärztlichen Leistungsbereiches an. So hat z. B. in 2006 ein privater Träger folgende Unterteilung des ärztlichen Leistungsbereichs zur Diskussion gestellt:

- ▶ Personenbezogener Berater (Ärztin/Arzt), der als Case-Manager tätig ist
- ▶ Ärztin/Arzt, der als Spezialist für hoch differenzierte Einzelleistungen in seiner eigentlichen medizinischen Kernkompetenz tätig ist
- ▶ Ärztin/Arzt in der Funktion eines Systembetreuers für den Gesamtprozess (Controllingfunktion)
- ▶ Ärztin/Arzt als interner Berater für Zweitmeinungen

Diese Neuaufteilung ärztlicher Tätigkeiten soll zudem durch die Verlagerung pflegender bzw. administrativer Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen begleitet werden.

So sehr es begrüßt wird, dass sich Kliniken, Klinik-Geschäftsführungen oder aber auch Klinikketten mit der Ausgestaltung zukünftiger verbesserter Arbeitsverhältnisse für Ärztinnen und Ärzte in Kliniken intensiv befassen, so sehr gilt es, diese Vorschläge im Detail und trägerunabhängig zu hinterfragen. Man kann sich in einer ersten Beurteilung nicht des Eindrucks erwehren, dass mit der diesen Konzepten unterliegenden Differenzierung der Leistungen in verschiedene Kategorien und Spezialisierungen letztlich die Prämisse der Verschiebung der Entscheidungshoheit zugunsten der Klinikverwaltung/Geschäftsführung verbunden ist.




Wurde 1996 für die ärztlichen Führungskräfte noch gefordert, neben ihren medizinischen Verantwortlichkeiten auch Führungsaufgaben zu übernehmen und in die Entscheidungen des Krankenhausträgers einbezogen zu werden, so findet sich in der derzeitigen Diskussion zwar ebenfalls die Forderung nach Kompetenz des Arztes jenseits seiner originär ärztlichen Tätigkeit (als Prozessmanager, Organisationsmanager, Qualitätsmanager, Controller, Budgetverantwortlicher etc.). Allerdings finden sich nur wenige Hinweise, dass ärztlichen Führungskräften auch die notwendigen Entscheidungsautonomien, (finanziellen) Ressourcen oder aber auch die geeigneten Steuerungs-, Informations- und Kommunikationsmittel zur Verfügung gestellt werden sollen.

Gefahr einer Vorrangstellung der Ökonomie vor der Medizin

Die Diskussion einer Neudefinition ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus wird zwar primär durch Kliniken in privater Trägerschaft ausgelöst, kann nach den eingehenden Diskussionen mit den Vertretern unterschiedlicher Träger jedoch nicht als Spezifikum privater Träger gewertet werden. Letztlich gilt es, trägerunabhängig wesentliche Fragen des zukünftigen Arztbildes angesichts der Gefahr des zunehmenden Primates der Ökonomie gegenüber der Medizin zu diskutieren. Die Diskussionen haben gezeigt, dass folgenden Punkten eine besondere Bedeutung zukommen wird:

- ▶ Verdeutlichung, dass die Gewährleistung guter Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu einem entscheidenden Wettbewerbsvorteil der beteiligten Kliniken werden kann
- ▶ Eine zu kurzfristig angelegte, rein auf ökonomische Effizienz und schnelle Gewinnausschüttung ausgerichtete Arbeitsstrategie kann durch die Gefährdung der Qualität der Patientenversorgung mittel- und langfristig den Ruf einer Klinik/eines Trägers und somit seine ökonomischen Grundlagen erheblich gefährden.
- ▶ Die von einigen Klinikgeschäftsführern bemängelte Abnahme der Loyalität und Identifikation von Ärztinnen/Ärzten mit ihrer Klinik und ihrer Arbeit kann nur dann verhindert werden, wenn diese weitgehend ihrer originären ärztlichen Tätigkeit zur Sicherung einer angemessenen, individuell adaptierten Patientenversorgung bei angemessener Bezahlung und dem Angebot längerfristiger/langfristiger Verträge nachgehen können.
- ▶ Verbindlichkeit von erfolgten Personal- und Budgetabsprachen, auch für die beteiligten Verwaltungsbereiche. Hiermit verbunden ist die notwendige Einführung valider Mess- und Steuerungsinstrumente.
- ▶ Bei Forderungen der Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten mit hohem dokumentarischen und verwaltungstechnischen oder aber auch pflegerischem Anteil muss die gemeinsame Diskussion über die Definition einer klaren einheitlichen Regelung für die Verantwortungsbereiche (mit Klärung der dazugehörigen Haftungsfragen) und die zugehörigen Aus- und Weiterbildungen erfolgen. Eine Atomisierung der Ausbildungsdefinition mit der Gefahr der Orientierung am unteren Level des gerade noch juristisch Notwendigen gilt es zu vermeiden. Die Bundesärztekammer warnt vor Verschiebungen originärer ärztlicher Tätigkeiten ohne vorherige inten-



sive Diskussion und Abstimmung mit der Ärzteschaft. So haben einzelne Klinikkonzerne bereits neue Ausbildungsberufe favorisiert, exemplarisch hierzu sei der OTA (Operations-technische Assistent) und ATA (Anästhesie-technische Assistent) oder der MAFA (Medizinische Assistenz für Anästhesie) genannt. Ähnliches soll mit der Einführung von Parallelnarkosen erreicht werden.

Dass die Beteiligung der Ärzteschaft an der Diskussion wichtig und auch erfolgreich sein kann, zeigt eine Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt vom 16.03.2007. Nach Thematisierung durch die zuständige Fachgesellschaft/Ärzteschaft wurde sehr schnell deutlich, dass die in diesem Fall betroffenen sog. Parallelnarkosen im Rahmen einer Delegation an medizinischen Assistentinnen/Assistenten für Anästhesie durchgehend abgelehnt wurden. Auch Medizinrechtler meldeten einhellig erhebliche Bedenken an. Erfreuliche Konsequenz war, dass der betroffene Konzern am 07.03.2007 seine Chefarzte explizit angewiesen hat, den Vorgaben der Fachgesellschaft/Ärzteschaft zu folgen.

Diskussionen und Konsequenzen

Die anstehenden Debatten zur Modernisierung und Rationalisierung großer Teile des deutschen Gesundheitssystems müssen entscheidend durch im Bereich Management, Prozessorganisation, Personalführung und auch Kommunikation kompetent ausgebildete Ärztinnen und Ärzte mitgestaltet werden. Die zugrunde liegende Prämisse ist, dass entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte voraussichtlich deutlich besser in der Lage sein werden, die Spannung zwischen den auf ein Individuum bezogenen Ansprüchen der Medizin und betriebswirtschaftlichen Erwägungen auszugleichen, als ein rein kaufmännisch ausgebildeter Betriebswirt.

Dies bestätigt interessanterweise auch der Fakt, dass die Umstrukturierung und Modernisierung weiterer Kliniken und dem damit verbundenen Strukturwechsel aktuell weniger an dem zur Verfügung stehenden Kapital als an der Verfügbarkeit von ökonomisch und medizinisch versiertem Management scheitert.

„Das Know-how der inländischen Manager ist der Dreh- und Angelpunkt. Ohne ein erstklassiges Management kann man auf dem deutschen Markt mit seinen vielen Besonderheiten wenig ausrichten.“

(Manager eines Klinikkonzerns, FTD 10.03.2007).



Notwendigkeit von Organisationsreformen

Die Ärzteschaft hat deutlicher als bisher die organisatorischen Grenzen dieses Modernisierungsprozesses zu betrachten. Dazu gehören die Veränderung des Aufbaus und des Ablaufs des Krankenhauses (Organisationsreform), die Arbeitsteilung und die Hierarchie, aber insbesondere auch die Frage der Kooperation und Arbeitsteilung zwischen der Ärzteschaft und den anderen im Krankenhaus tätigen Fachberufen.

Ebenso gilt es, die Gefahr der Standardisierung und Schematisierung als eine angeblich unvermeidbare Nebenfolge einer eindimensionalen ökonomischen Orientierung frühzeitig zu thematisieren und diese als substantielle Gefährdung der Medizin darzustellen. Allerdings ist die Ärzteschaft dringend aufgerufen, ihr eigenes Berufsbild, deutlicher als bisher geschehen, gegenüber den nicht-ärztlichen Berufen im Gesundheitssystem darzustellen.

Outsourcing Re-Insourcing

Eindimensionale Ökonomisierungserfolge können in Kliniken zunächst relativ leicht erreicht werden. So wurde seit Mitte der 90er Jahre durch Outsourcing vielfach eine Absenkung des Lohnniveaus durch Tarifbereichwechsel in bestimmten Beschäftigungsgruppen erreicht. Die durch u. a. steuerrechtliche Regelungen bedingte Zunahme der gegenläufigen Tendenz zur Zunahme des (Re-)Insourcing ist ein Indiz dafür, dass eine langfristige Verlässlichkeit der strategischen Bemühungen zur Effizienzsteigerung nur bedingt gegeben ist. Inwiefern diese relativ kurzfristig erfolgreichen Konzepte zur Schöpfung von Effizienzreserven auf längere Zeit tragfähig sind und somit die medizinische Versorgung sicherstellen können, bleibt abzuwarten.

Therapiefreiheit: eine unverzichtbare Voraussetzung

Ebenso gilt es auf die Gefährdung der „weichen Faktoren“, wie z. B. kommunikative Leistung, Zuwendung, Begegnung etc., hinzuweisen. Die aktuellen Vergütungssysteme ermöglichen keine spezifischen Regelungen für eine adäquate Abbildung der Betreuung sterbender Patienten oder aber sich verabschiedender Angehöriger. Dennoch bleibt diese Form der Zuwendung insbesondere aus ethischer Sicht mehr denn je unverzichtbar. Viele dieser sicherlich nicht den Kern der im Vergütungssystem hinterlegten Leistungen direkt treffenden Bestandteile ärztlicher Arbeit sind für das Ergebnis um das Bemühen zukünftiger ärztlicher Tätigkeiten von entscheidender Bedeutung. Eine unverzichtbare Voraussetzung ist daher die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen und Indikationsstellung unter den gewandelten Bedingungen im Sinne der Wahrung der Therapiefreiheit.

Dies bedeutet, dass auch unter den neuen Finanzierungsbedingungen „verlustbringende“ Patienten weiterhin aufgenommen und nach dem neuesten Stand des medizinischen Wissens betreut werden können müssen. Eine ökonomisch bedingte Selektion von Patienten (insbesondere im Bereich der Notfallversorgung) bleibt inakzeptabel und wird von der Ärzteschaft zurückgewiesen. Insbesondere bei Patienten, die aus ökonomischer Sicht potentielle „Extremkostenausreißer“ werden könnten, muss das Primat der medizinischen Indikation gewährleistet bleiben.

Die mit der Privatisierung verbundene Spezialisierung wird die Möglichkeiten zur ärztlichen Weiterbildung (absolute Zahl der Weiterbildungsstellen, neuer Weiterbildungsspektrum in einer Klinik) begrenzen. Die Rotation während der Weiterbildung als Garant der für den Erwerb einer Facharztbezeichnung notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten darf durch die Privatisierung nicht eingeschränkt werden.

[Bedeutung der Weiterbildung und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten](#)

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass das DRG-System ggf. Krankenhäuser benachteiligt, die ärztliche Weiterbildungsstellen anbieten. Inwiefern private Krankenhausträger aus ökonomischer Motivation die Anstellung von Fachärzten bzw. Weiterbildungsassistenten ab dem 3./4. Weiterbildungsjahr anstreben, bedarf weiterer Untersuchungen.

Fehlende Weiterbildungskapazitäten können in ausgewählten Fachgebieten den bereits bestehenden Ärztemangel noch verstärken.

Für den Arzt kann dies eine Einschränkung bei der Erfüllung seines subjektiven Fortbildungsbedürfnisses bedeuten. Der Arzt muss auch weiterhin in der Wahl der Art seiner Fortbildung frei bleiben (vgl. Musterfortbildungsordnung).

17. Schlussfolgerungen/Ausblick

Die Situation der Krankenhausversorgung ist durch einen zunehmenden ökonomischen Druck gekennzeichnet, der, ausgelöst durch die politischen Rahmenbedingungen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen mehr und mehr dazu zwingt, medizinisches Vorgehen, ärztliches Handeln und organisatorische Abläufe in den Krankenhäusern ökonomischen Anfragen gegenüber zu begründen.

Eingriff in die Garantenstellung der ärztlichen Profession

Aus der Ärzteschaft wird dies vielfach als eine Verminderung des originären ärztlichen Einflusses und als ein Eingriff in die Garantenstellung der ärztlichen Profession gegenüber den Patientinnen und Patienten wahrgenommen.

Eine besondere Akzentuierung erfährt dies dann, wenn ein Wechsel des Krankenhausträgers z. B. vom kommunalen Träger zum privaten Krankenhausträger zu einer Situation der völligen Revision aller Prozesse im Krankenhaus und zu einer Reorganisation durch den neuen Krankenhausträger führt.

Widerspruch zwischen Hippokratischem Eid und ökonomischen Anforderungen

Die damit verbundene häufige Konfrontation zwischen ökonomischer Argumentation und medizinischer Sichtweise macht es vielfach schwierig, sich auf ein gemeinsames Ziel und einheitliches Vorgehen zu verständigen. Viele Ärztinnen und Ärzte erleben derartige Situationen als einen Widerspruch zwischen hippokratischem Eid und ökonomischen Anforderungen.

Im Prinzip sind die ökonomischen Herausforderungen unter dem gegenwärtig existierenden Finanzierungssystem der Krankenhäuser in allen Trägergruppen gleich. Ein markanter Unterschied zwischen privaten Krankenhausträgern sowie kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern besteht darin, dass der private Krankenhausträger seine betrieblichen Ziele ohne „politisches Widerlager“ unmittelbar durchsetzen kann, während kommunale und freigemeinnützige Träger, eingebettet in das jeweilige Gefüge politischer oder kirchlicher Instanzen, gegenüber diesen Instanzen für ihr Vorgehen begründungspflichtig sind. Dies hat zur Folge, dass die Geschwindigkeit von Reorganisationsprozessen

sen in aller Regel bei privaten Krankenhausträgern deutlich höher ist als bei öffentlich rechtlichen und freigemeinnützigen Trägern.

Von Seiten der Ärztinnen und Ärzte, die sich in erster Linie der Patientenversorgung zu widmen haben und die strategische, organisatorische und auf die Rahmenbedingungen bezogene politische Aufgaben nur am Rande der eigenen Tätigkeit erfüllen können, wird dies immer wieder als struktureller Nachteil für die eigene Einflussnahme erlebt, weil die zeitlichen Abläufe nur begrenzt auf die Belastung der Ärztinnen und Ärzte durch ihre eigentlichen Dienstaufgaben Rücksicht nehmen.

Die komplexere Art der Entscheidungsfindung, insbesondere in öffentlichen Krankenhäusern könnte einerseits die Einflussnahme auf die Trägerentscheidungen aus der Ärzteschaft erleichtern, weil für diese Einflussnahme mehr Zeit zur Verfügung steht, andererseits bieten sich Ansatzpunkte für vielfältige sachfremde Erwägungen.

Grundsätzlich ist die Ökonomie ein dienendes Instrument zur Realisierung von Werten in einer Welt knapper Ressourcen und trägt insoweit zu einer größeren Effizienz und Effektivität der in der Medizin eingesetzten Mittel bei.

Vor diesem Hintergrund ist eine Dialogkultur anzustreben, die die Partnerschaft zwischen Medizin und Ökonomie gestaltet, um dadurch die weit verbreitete konfrontative Auseinandersetzung zu überwinden.

Dialogkultur

Aufgrund der stärker an Bilanzergebnissen orientierten Ausrichtung privater Krankenhausträger ist dort der Ressourcenmangel häufig stärker und konsequenter reflektiert, als dies bei kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern der Fall ist, insbesondere was die Handlungsmöglichkeiten im eigenen Betrieb angeht. Oft richten kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser ihre Erwartungen an Hilfen von außen, während private Krankenhausträger eher die selbst gegebenen Möglichkeiten in den Blick nehmen und in den

Hilfe von außen?

Hippokrates von Kos

* um 460 v. Chr. auf der griechischen Ägäisinsel Kos

† um 370 v. Chr. in Larisa, Thessalien



Vordergrund ihrer Bemühungen den Versuch stellen, aus der jeweils gegebenen Situation das jeweils bestmögliche Ergebnis zu erzeugen.

Ökonomisierung der Medizin

Vor diesem Hintergrund haben die privaten Krankenhausträger früher als andere ein Gespür für die ökonomischen Möglichkeiten einer dem industriellen Bereich entlehnten „Erstellung von Dienstleistungsprodukten“ entwickelt. Zu nennen sind hierbei die Erstellung von Dienstleistungen in Serie, die Nutzung der Ökonomie der großen Zahl, das Operieren mit Schemata bzw. Behandlungspfaden, der den menschlichen Einsatz ersetzende Gebrauch von Technik und die Reduktion des eigenen Interessengebietes auf im Vergleich unter Umständen verkürzte Sach- und Zeitkontexte einer umschriebenen Aufgabe, so dass auch bei Patienten mit mehreren Erkrankungen oder sozialen Begleitproblemen die Monodimensionalität der im Vordergrund stehenden Diagnose stark ausgeprägt sein kann.

Während der ärztliche Beruf seine Sinnerfüllung in der individuellen Zuwendung zum Patienten, in einer möglichst maßgeschneiderten Diagnostik und Therapie, in einem Verzicht auf schematisiertes Vorgehen und in einem dosierten, nicht unbedingt an Kapazitätsauslastung orientiertem Einsatz von Technik sieht sowie die Ganzheitlichkeit des Menschen in den Griff nimmt, können sich diese Ziele als Erschwernis für das Erreichen von ökonomischen Skaleneffekten und Prozessstandardisierungen darstellen.

Unterschiedliche Sprachwelten der Medizin und der Ökonomie

In der Unterschiedlichkeit der Sprachwelten der Medizin und der Ökonomie liegt einer der Gründe dafür, dass der Dialog über diese unterschiedlichen Sichtweisen häufig bereits im Ansatz misslingt.

Hinzu kommt, dass die ärztliche Profession in ihrer Sozialisierung stärker von volkswirtschaftlichen Erwägungen, das Handeln von Geschäftsführungen und kaufmännischen Betriebsleitungen jedoch eher von betriebswirtschaftlichen Erwägungen beeinflusst wird. Dem liegt der Sachverhalt zugrunde, dass eine mangelnde Bereitstellung von Ressourcen aus der Volkswirtschaft für die dem Krankenhaus gesetzten Aufgaben angesichts der langen Phase der Budgetdeckelung in Deutschland derzeit in den wenigsten Fällen durch eine betriebswirtschaftliche Hinnahme von Defiziten ausgeglichen werden kann.

In aller Regel werden die verfügbaren Trägermittel für eine solche Garant- oder Gewährleistungsstellung nicht ausreichend sein. Aus Sicht der Ärzteschaft ist selbstkritisch anzumerken, dass in vielen Fällen die ökonomische Seite im Krankenhaus zu Unrecht zum vermeintlich Schuldigen für außerhalb des Krankenhauses verursachte Mittelknappheiten genommen wird. Andererseits steht die Möglichkeit ökonomischer Rationalisierungen im jeweiligen Krankenhaus und die Möglichkeit, die im Krankenhaus verfügbaren Mittel so konzentriert wie möglich zur eigentlichen Aufgabenerfüllung einzusetzen, nur begrenzt im Mittelpunkt des medizinisch-ökonomischen Dialoges.



Aus der Warte der Ärzteschaft muss an jedes Krankenhaus unabhängig von der Trägerschaft die Erwartung gerichtet werden, die volle Erfüllung der ärztlichen Pflichten auch dadurch zu erleichtern, dass jegliche Ressourcenverschwendung und jeglicher Mitteleinsatz außerhalb der dem Krankenhaus gestellten Aufgaben vermieden werden muss. Dies schließt auch einen unökonomischen Einsatz ärztlicher Arbeitskraft durch Befrachtung mit nichtärztlichen Aufgaben nachhaltig aus. Die Arbeitsgruppe hält es für sinnvoll, in dieser Frage die ärztliche Qualifikation auszubauen.

Der Patient, der die Hilfe eines Krankenhauses braucht, kann nicht wissen, ob das Krankenhaus mit einem zu knappen oder auskömmlichen Budget ausgestattet ist. Er muss sich auf die Geltung des Grundprinzips ärztlichen Handelns verlassen, dass der jeweilige Patient alle im Einzelfall notwendigen Leistungen erhält. Diese Notwendigkeit besteht im Einzelfall jedenfalls immer dann, wenn die betreffende Leistung mit der begründeten Erwartung verbunden ist, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Konkretes ärztliches Handeln orientiert sich somit am aktuellen Stand medizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten. Sicher ist es geboten, bei medizinisch eindeutig gleichwertigen Versorgungsmöglichkeiten der kostengünstigeren Variante den Vorzug zu geben. Damit entspricht der Arzt dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Er sorgt dafür, dass die eingesetzten Mittel den größtmöglichen Nutzen stiften.

Politisch oder ökonomisch gesetzte Grenzen für die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens, für einzelne seiner Sektoren oder für einzelne Institutionen führen jedoch zu einer Begrenzung des Leistungsumfangs aus medizinfremden Gesichtspunkten. Damit entsteht die Gefahr impliziter, schleichender bzw. heimlicher Rationierung. Heimlich sind derartige Rationierungen, weil abgesehen von spektakulären Sachverhalten die wenigsten Patienten eine realistische Chance haben, mit zutreffendem Ergebnis kritisch zu prüfen, welche Behandlungen nach den Maßstäben des Sozialgesetzbuches bzw. nach dem Stand ärztlichen Wissens in ihrem Fall geboten sind.

Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie alle im Einzelfall notwendigen Leistungen erhalten

Gefahr der heimlichen Rationierung

Damit stellt sich die Frage, ob ein Patient, dem notwendige Leistungen gänzlich vorenthalten werden oder bei dem eine Alternative mit geringeren Kosten angewendet wird, obwohl das teurere Verfahren mit vernünftiger Wahrscheinlichkeit einen zusätzlichen Gesundheitsgewinn gebracht hätte, darüber aufgeklärt werden muss, und wenn ja, in welcher Weise. Nur informiert – im “informed consent” – ist der Patient nämlich in der Lage, eine freie Entscheidung darüber zu treffen, ob er eine ihm zugeordnete suboptimale Behandlung akzeptieren und fortsetzen oder sich lieber aufgrund eigener Entscheidung in eine andere, dann möglicherweise auch aus privaten Mitteln finanzierte, mitfinanzierte oder zumindest vorfinanzierte Behandlung begeben will. Diese Möglichkeit darf ihm jedenfalls dann nicht verweigert werden, wenn er aufgrund der rechtlichen Gestaltung seines Sachleistungsanspruchs erwarten kann, eine bedarfsgerechte Behandlung zu erhalten.

Implizite Rationierung

Implizite Rationierung ist vor diesem Hintergrund gefährlicher als offizielle und erklärte Rationierung. Implizite Rationierung, bei der es keine offiziellen Leistungsausschlüsse gibt, sondern bei der der einzelne Behandler zum Beispiel infolge der bereits angesprochenen Budgetierung im Einzelfall die Entscheidung einer Rationierung in Form einer nicht vorgenommenen Verordnung trifft, nimmt dem Patienten nämlich die Möglichkeit, diese Rationierung durch eigene Entscheidungen, zum Beispiel durch die für eine private Zusatzversicherung, aufzufangen.

Trägerpluralität bedeutet Stärkung des Systems

Nach Auffassung der Arbeitsgruppe ist es nicht möglich, im gegenwärtigen Stand der Entwicklung eine eindeutige Zuordnung aufgabengerechter bzw. nicht aufgabengerechter Krankenhausführung zu den verschiedenen Trägergruppen vorzunehmen. Viel mehr zeigt sich, dass die in Deutschland vorhandene Vielfalt von Trägern, die so genannte Trägerpluralität, mit ihrer Möglichkeit, unterschiedliche Träger und ihr unterschiedliches Vorgehen miteinander zu vergleichen, insgesamt eine Stärkung des Systems bedeutet, weil sich die verschiedenen Trägergruppen im Vergleich zueinander behaupten müssen und damit ihre spezifischen Stärken ins Spiel bringen können. Die unterschiedlichen Motivationselemente zum Betrieb von Krankenhäusern werden jeweils als Trieb-

kraft für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung genutzt. Transparenz über die erzielten Ergebnisse entsteht allerdings nur bei verbesserten Vergleichsmöglichkeiten, die über die bloße Gegenüberstellung ökonomischer Budget- und Bilanzdaten hinausgehen.

Es dürfte deshalb sinnvoll sein, ein System aufzubauen, das es der Ärzteschaft gestattet, der heute weit verbreiteten ausschließlichen ökonomischen Orientierung und ökonomischen Bewertung von Krankenhäusern in Abhängigkeit ihres wirtschaftlichen Erfolges ein ebenfalls auf leicht interpretierbare Indikatoren gestütztes Monitoring der Gemeinwohlzwecke eines Krankenhauses und seiner medizinischen Aufgabenerfüllung beizufügen.

Notwendigkeit eines
Monitoring

Die Bundesärztekammer spricht sich deshalb dafür aus, eine juristisch sichere Methodik zur qualitativen Bewertung von Krankenhäusern zu entwickeln sowie die jeweiligen wirtschaftlichen Bilanzzahlen eines Krankenhauses in Beziehung zu seinem medizinisch qualitativen Ranking zu setzen.

Vorstellbar wäre es zum Beispiel, bereits vorhandene Zertifizierungsverfahren, wie das von der Bundesärztekammer maßgeblich mitentwickelte KTQ-Verfahren als Basis eines umfassenden Exzellenzmodells für Krankenhäuser heranzuziehen.

Kriterien zur Bewertung der Krankenhausqualität könnten aus Sicht der Ärzteschaft dabei u. a. die folgenden Parameter sein:

- ▶ Wartezeiten
- ▶ Wiederaufnahmerate
- ▶ Fluktuationsrate des Personals
- ▶ Beitrag zur Qualifikation von Spezialisten
- ▶ Dauer bis zur Rückkehr von Patienten in die häusliche Umgebung (sektorübergreifend)
- ▶ Mitwirkung in der integrierten Versorgung
- ▶ subjektiv empfundene Arbeitsplatzzufriedenheit beim Personal
- ▶ Krankheitsrate nach Personalgruppen z. B. Pflege/Ärzte/Verwaltung
- ▶ Messung der längsten vorkommenden Einsatzdauer im ärztlichen Dienst und der wöchentlichen Arbeitszeit
- ▶ in Weiterbildung verbrachte Arztjahre
- ▶ Anzahl erfolgreich absolvierter Weiterbildungen
- ▶ Patientenzufriedenheit

In diesem Zusammenhang sollten auch die richtungsweisenden, erprobten und validierten Erhebungsinstrumente verschiedener Landesärztekammern Berücksichtigung finden (Näheres siehe Anhang).

**Qualitätssicherung:
Ergebnisse des Monitorings
öffentlich erörtern**

Anhand dieser Beispiele plädiert die Bundesärztekammer dafür, ein Raster von Monitoring-Indikatoren zur Beurteilung der medizinisch-qualitativen Positionierung von Krankenhäusern zu entwickeln und dessen Ergebnis nach entsprechender Validation öffentlich vorzustellen und öffentlich zu erörtern. Dies setzt voraus, dass es gelingt, entsprechende Indikatoren auf einfachem Wege zugänglich werden zu lassen. Die Bundesärztekammer empfiehlt, die genannten Parameter in die Qualitätssicherungsberichte der Krankenhäuser aufzunehmen und damit einer öffentlichen Würdigung zugänglich werden zu lassen. Dies gilt für die unterschiedlichen Trägergruppen in gleichem Maße.

Erst auf der Basis derartiger Daten wird es möglich sein, gegebenenfalls systematische Effekte der Zugehörigkeit von Krankenhäusern zu den unterschiedlichen Trägergruppen darzustellen und bei Trägerwechseln durch Trendanalysen in den Blick zu nehmen. Genau dies ist aber erforderlich, wenn vermieden werden soll, dass durch den Verzicht auf Krankenhausleistungen Kostenentlastungen eintreten, ohne dass der Verlust an Aufgabenerfüllung sichtbar wird.

**Rationale Grundlage für die
Diskussion zwischen Medizin
und Ökonomie**

Die Bundesärztekammer ist davon überzeugt, dass damit eine rationale Grundlage für die Diskussion zwischen Medizin und Ökonomie entwickelt werden kann, die es beiden Bereichen gestattet, die Arbeitszufriedenheit in den Krankenhäusern zu erhöhen und sich gemeinsam auf Maßnahmen in der Organisationsentwicklung von Krankenhäusern zu verständigen. Zugleich weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass von den Krankenhäusern zu erfüllende Aufgaben etwa in der Qualifikation künftiger Spezialisten mittelfristig unersetzlich sind, weil sonst Mangelversorgungen eintreten, die aus der Bilanz eines einzelnen Krankenhauses nicht erschlossen werden können, sich aber zu einem späteren Zeitpunkt auch ökonomisch bemerkbar machen werden, wenn eine Verknappung dringend benötigter Fachkräfte eintritt.

Defizite wahrnehmen

Nur wenn derartige künftige Defizite wahrnehmbar werden, ist zudem der Bereich der öffentlichen Krankenhäuser in der Lage, die notwendigen Mittel einzufordern, mit denen die subsidiäre Aufgabenerfüllung geleistet werden kann.

Darüber hinaus hält die Bundesärztekammer es für geboten, den kritisch konstruktiven Dialog zwischen Medizin und Ökonomie im Krankenhaus auch dadurch zu fördern, dass in einer gemeinsamen Führungsakademie der Landesärztekammern notwendige ökonomische Qualifikationen, notwendige krankenhauspolitische Qualifikationen und notwendige medizinstrategische Qualifikationen an interessierte Ärztinnen und Ärzte vermittelt werden, die die Übernahme von Führungsfunktionen in Krankenhäusern anstreben. Das von der Bundesärztekammer 2007 neu herausgegebene Curriculum Ärztliche Führung bildet hierzu eine der möglichen Optionen. Die Bundesärztekammer regt an, ein Grundmuster an volkswirtschaftlichen und betriebswirtschaftlichen Kenntnissen zum Gesundheitswesen bereits während der ärztlichen Ausbildung zu vermitteln und insoweit das ökonomische Rüstzeug der Ärztinnen und Ärzte für ihre spätere Aufgabenerfüllung frühzeitig vorzubereiten. Dies darf nicht zulasten der medizinischen Ausrichtung der ärztlichen Ausbildung erfolgen.

Keine Abstriche in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Es muss verhindert werden, dass durch die abnehmende Attraktivität des Arztberufs der bereits bestehende Ärztemangel noch verstärkt wird. Ärztliche Freiberuflichkeit und ärztliche Unabhängigkeit müssen gewahrt bleiben.

Ärztliche Freiberuflichkeit und ärztliche Unabhängigkeit müssen gewahrt bleiben

Das Primat der universitären Medizin nämlich Forschung und Lehre und die grundgesetzlich garantierte Freiheit von Forschung und Lehre dürfen durch eine Privatisierung der Universitätskliniken nicht gefährdet werden.

Der sensible Prozess der Umgestaltung bzw. Neugestaltung von Trägerschaften an Universitätskliniken ist aufgrund der Komplexität der betroffenen Bereiche (Forschung, Lehre, Krankenversorgung, Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten) kritisch zu begleiten und systematisch zu evaluieren. Die bisherigen Konzepte sind insbesondere im Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit zu untersuchen.

Angesichts der Tatsache, dass im deutschen Gesundheitssystem die Krankenhäuser zumindest auf Landesebene für gleiche Leistungen gleiche Vergütungen erhalten sollen, drohen zusätzliche Krankenhausaufgaben, die nicht refinanziert werden, aus dem Spektrum der Leistungserbringung fortzufallen (Weiterbildung, Fortbildung, Gesundheitsförderung).

Vor diesem Hintergrund sind die Landesgesetzgeber aufgefordert, in den Krankenhausgesetzen der Länder Anforderungen an Krankenhäuser zu formulieren, die unter den jeweils gegebenen Vergütungsbedingungen auch einem ökonomisch strapazierten Krankenhaus gestatten, die genannten gemeinwohlorientierten Aufgaben zu erfüllen und es einem stark ökonomieorientierten Krankenhaus nicht mehr möglich machen, einen Gewinn dadurch zu erzielen, dass bestimmte Gestaltungen gewählt werden, die einer solchen Aufgabenerfüllung im Wege stehen.

Verantwortung der Träger für das Gemeinwohl

Beispielsweise kann nicht hingenommen werden, dass die Qualifikation zu den Gesundheitsberufen nur in öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern erfolgt, während einzelne private Träger diese Aufgabe zurückführen. Umgekehrt kann ebenfalls nicht hingenommen werden, dass einzelne Krankenhausträger jegliche Verantwortung für die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung ungeachtet der jeweils tatsächlich bestehenden Situation im Bereich der komplementären Strukturen vernachlässigen.

Ebenso darf es den Krankenhausträgern im Interesse einer von unlauteren ökonomischen Einflüssen freien Leistungserbringung seitens der Ärztinnen und Ärzte nicht gestattet werden, in die ärztliche Autonomie für die Diagnostik und Therapie einzugreifen und damit geschäftspolitische Strategien zum Maßstab ärztlichen Handelns werden zu lassen. Derartige Überlegungen sind durch die Landesgesetzgeber im erforderlichen Umfang in den Krankenhausgesetzen der Länder aufzugreifen.

18. Anhang

18.1 Glossar

AHR Rating	Rating („Bewertung“, „Einschätzung“) bezeichnet allgemein ein Verfahren für die Einschätzung von Personen, Gegenständen oder Unternehmen. AHR Rating ist die Ratingklasse nach ADMED, HCB und RWI Essen. Insgesamt gibt es 16 Ratingklassen. Klasse 1–10 im grünen, 11–12 im gelben und 13–16 im roten Bereich. Die Ratingklassen definieren sich über die Ausfallwahrscheinlichkeiten.
Asset-Deal	Bei einem Asset Deal handelt es sich um einen Kauf der Wirtschaftsgüter (engl. Assets) bzw. Personengesellschaften (steuerlich gesehen). Hierbei werden die Wirtschaftsgüter eines Unternehmens, also Grundstücke, Gebäude, Maschinen etc. im Rahmen der Singularsukzession einzeln übertragen. Es handelt sich daher um einen Sachkauf.
Basel II	Neues Rahmenwerk zur Regelung der Eigenkapitalunterlegung für Kreditinstitute. Ziel der neuen Vereinbarung ist es, die Eigenkapitalunterlegung am tatsächlichen Risikoprofil der Bank auszurichten. Im Jahr 2007 in Kraft getreten.
Basisfallwert (BFW)	Betrag, mit dem das Relativgewicht jeder DRG multipliziert wird, um den Erlös der jeweiligen DRG für ein Krankenhaus in Euro zu errechnen. Der krankenhausindividuelle BFW für das jeweilige Jahr resultiert aus dem verhandelten Budget des einzelnen Krankenhauses dividiert durch seinen Case-Mix. Er kann als durchschnittliches Preisniveau eines Krankenhauses angesehen werden und wird bis 2009 auf einen im jeweiligen Bundesland einheitlichen Wert konvergieren.

Case-Mix	Summe aller Relativgewichte der in einem Krankenhaus erbrachten DRG.
Case-Mix-Index	Durchschnittliches Relativgewicht eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung: Case-Mix dividiert durch die Fallzahl.
Case-Management	Fallmanagement bezeichnet ein Ablaufschema organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung, in dem der Versorgungsbedarf eines Klienten sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird.
Cash Flow	Indikator der Zahlungskraft bzw. der finanziellen Gesundheit eines Unternehmens und dient der Beurteilung des Innenfinanzierungspotentials. Er stellt den reinen Einzahlungsüberschuss aus der wirtschaftlichen Tätigkeit einer Periode dar.
Cash-Pooling	Cash-Pooling bezeichnet einen konzerninternen Liquiditätsausgleich durch ein zentrales Finanzmanagement, das den Unternehmensteilen im Konzern Kredite zur Deckung von Liquiditätslücken offeriert. Es ist ein Element des Cash Managements. Der Pool wird gespeist durch Liquiditätsüberschüsse aller Unternehmensteile.
DRG	Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind. DRGs werden in verschiedenen Ländern zur Finanzierung von Krankenhausbehandlungen verwendet. Während in den meisten Ländern die DRGs krankenhausbefugten zur Verteilung staatlicher oder Versicherungs-bezogener Budgets verwendet werden, wurde in Deutschland das 2003 eingeführte DRG-System zu einem Fallpauschalensystem weiterentwickelt und wird seither zur Vergütung der einzelnen Krankenhausfälle verwendet.

EBITDA	Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization. („Gewinn vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände“.) In der praktischen Anwendung hat es jedoch die Bedeutung von „Gewinn vor Finanzergebnis, außerordentlichem Ergebnis, Steuern und Abschreibungen“. Es werden außerordentliche (einmalige) Kosten und Aufwendungen ebenso ignoriert wie Zinsen, sonstige Finanzierungsaufwendungen oder -erträge, Steuern und Abschreibungen. Man spricht auch von einer Bereinigung des Gewinns oder dem Herausrechnen bestimmter Positionen.
GKV-WSG	Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde im Februar 2007 durch Bundestag und Bundesrat verabschiedet und ist am 1. April 2007 in Kraft getreten.
GmbH	Eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist eine juristische Person des Privatrechts, an der sich andere juristische oder natürliche Personen mit einer Kapitaleinlage beteiligen. Die GmbH gehört zu der Gruppe der Kapitalgesellschaften. Als juristische Person ist die GmbH selbstständige Trägerin von Rechten und Pflichten: sie kann Eigentum erwerben, Verträge abschließen und vor Gericht klagen und verklagt werden. Die gesetzliche Vertretung übernehmen dabei die Geschäftsführer. Wie schon in der Bezeichnung zu erkennen, haftet die GmbH nur mit ihrem Gesellschaftsvermögen, nicht jedoch mit dem Privatvermögen der Gesellschafter.
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz GMG)
GOÄ	Amtliche Gebührenordnung für Ärzte
Insourcing	Insourcing bzw. Wiedereinlagerung ist die Wiedereingliederung von (zuvor outgesourceten, ausgelagerten) Prozessen und Funktionen in das Unternehmen. Insourcing reduziert die Abhängigkeit von externen Zulieferern, da wieder größere Teile des Gesamtproduktionsprozesses im eigenen Unternehmen vorgenommen werden. Hiermit erhöht sich die Verlässlichkeit der Planung, auch kann die benötigte Qualität eher garantiert werden.

KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
Landesbasisfallwert	Der Landesbasisfallwert (auch landesweiter Basisfallwert) ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland. Er wird in einer komplizierten Berechnung auf der Grundlage der Budgets der einzelnen Krankenhäuser gebildet.
ÖPP	Als Öffentlich-Private Partnerschaft (ÖPP) wird die Mobilisierung privaten Kapitals und Fachwissens zur Erfüllung staatlicher Aufgaben bezeichnet. Im weiteren Sinn steht der Begriff auch für andere Arten des kooperativen Zusammenwirkens von Hoheitsträgern mit privaten Wirtschaftssubjekten. ÖPP geht in vielen Fällen mit einer Teil-Privatisierung von öffentlichen Aufgaben einher.
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel. Der „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (früher OPS-301) wurde vom DIMDI erstellt und zunächst nur zur Verschlüsselung operativer Eingriffe angewendet. Seit 2004 wird der OPS eingesetzt, um allgemein medizinische Prozeduren im Krankenhaus zu verschlüsseln. Seit 2005 wird der OPS auch im Bereich des ambulanten Operierens eingesetzt.
Outsourcing	Auslagerung („Produktionsschritte an andere vergeben“) Outsourcing bezeichnet in der Ökonomie die Abgabe von Unternehmensaufgaben und -strukturen an Drittunternehmen, evtl. im Ausland. Es ist eine spezielle Form des Fremdbezugs von bisher intern erbrachter Leistung, wobei Verträge die Dauer und den Gegenstand der Leistung fixieren. Das grenzt Outsourcing von sonstigen Partnerschaften ab.
PPP	Public Private Partnerships (PPP) – oder: öffentlich private Partnerschaften – stehen für modernes Verwaltungshandeln. Sie sind Teil der Innovationsoffensive der Bundesregierung und verfolgen das Ziel, durch eine langfristig angelegte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und privater Wirtschaft öffentliche Infrastrukturprojekte effizienter zu realisieren als bisher.
Private Equity	Privates Beteiligungskapital (Private Equity) ist der allgemeine Begriff für das von privaten und institutionellen Anlegern beschaffte Beteiligungskapital an in der Regel

nicht börslich (öffentlich) gehandelten Unternehmen. Als Gegenstück zum Private Equity, bei dem eine Eigenkapital – oder eigenkapitalähnliche ausserbörsliche Finanzierung verwendet wird, stehen die Fremdkapitalfinanzierung und die Beschaffung von Eigenkapital mittels Public Equity, das heißt börsengehandelte Aktien.

Portfolio	Bezeichnet ein Bündel von Investitionen, das im Besitz einer Institution oder eines Individuums ist. Dem Aufbau eines Portfolios geht in der Regel eine umfangreiche Analyse voraus. Der Besitz eines Portfolios ist in der Regel Teil einer Strategie, die Risiken finanzieller Investitionen durch Streuung zu senken.
Share Deal	<p>Der Share Deal ist neben dem Asset-Deal eine Form des Unternehmensverkaufs. Hierbei erwirbt der Käufer vom Verkäufer die Anteile an der zum Verkauf stehenden Gesellschaft. Mit dem Begriff Share Deal kann auch die teilweise Übernahme von Anteilen an einer Gesellschaft bezeichnet werden.</p> <p>Ein Share Deal lässt sich prinzipiell einfach in einem Kauf- und Übertragungsvertrag über eine gesellschaftsrechtliche Beteiligung (z. B. an einer GmbH oder Aktiengesellschaft) abbilden. In der Regel werden jedoch zusätzlich detaillierte Vereinbarungen darüber getroffen, in wiefern Risiken (z. B. mögliche Steuerverbindlichkeiten oder Garantiefälle) durch Käufer oder Verkäufer zu tragen sind. Käufer bevorzugen oft einen Share Deal gegenüber einem Asset Deal, da ein Veräußerungsgewinn aus einem Share Deal in vielen Jurisdiktionen steuerlich begünstigt wird.</p>
Shareholder Value	Aktionärsvermögen, ist als der Marktwert des Eigenkapitals definiert. Der Shareholder Value-Ansatz ist ein von Rappaport entwickeltes betriebswirtschaftliches Konzept, welches das Unternehmensgeschehen als eine Reihe von Zahlungen betrachtet, analog zu der aus einer (Sach-) Investition resultierenden Zahlungsreihe. Der Shareholder Value ergibt sich dabei aus den auf den Bewertungszeitpunkt diskontierten freien Cash Flows abzüglich des Marktwertes des Fremdkapitals (also z. B. Bankverbindlichkeiten).

18.2 Gesetzliche Grundlagen

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen vom 22.06.2005 (BGBl. I S. 1720)

Bundespflegesatzverordnung – BpflV Aufgrund der §§ 16, 17 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), §§ 16 und 17 geändert und § 7 Abs. 2a eingefügt durch Art. 11 des Gesetzes vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266)

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) (Art. 5 des Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalen-Systems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412).

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch das Gesetz über den Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen und der Änderung weiterer Gesetze vom 22.12.2005 (BGBl. I S. 3686)

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) Frühjahr 2007

Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) i.d.F. vom 15.07.2005 (BGBl. I S. 2114 ff. [Kartellgesetz]); zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes über die Durchsetzung der Verbraucherschutzgesetze bei innergemeinschaftlichen Verstößen vom 21.12.2006 (BGBl. I S. 3367); in Kraft getreten am 29.12.2006.

18.3 Monitoring-Instrumente

Beispiele (Anhang):

- ▶ Fragebogen zum Gesundheitszustand und zur Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte der Sächsischen Landesärztekammer
- ▶ Fragebogen der Landesärztekammer Hessen



Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen

Fragebogen

Ausfüllhinweise

- Die Fragebögen sind beleglesefähig und werden maschinell eingelesen. Die Eckmarkierungen und der Barcode dienen der Formularerkennung und müssen unverändert bleiben.
- **Nicht benötigte bzw. unzutreffende Felder** bitte **leer lassen**. Streichen Sie nichts durch.
- Falls Sie sich bei einer Frage verkreuzt oder verschrieben haben, streichen Sie es bitte nicht durch, sondern benutzen Sie Korrekturband (möglichst keine Korrekturflüssigkeit) oder überkleben es.
- **Runde Ankreuzfelder** gehören zu einer Gruppe und erlauben **nur eine Auswahl**.
- **Eckige Ankreuzfelder** können unabhängig angekreuzt werden. Hier sind **mehrere Antworten** möglich.
- Werte bitte so in die Kästchen schreiben, dass die vorgedruckten Kommas benutzt werden.

I. Soziodemographische Angaben

1. Sie sind:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	2. Ihr Geburtsjahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Ihr Familienstand:	<input type="radio"/> ledig, allein lebend <input type="radio"/> verheiratet, zusammen lebend <input type="radio"/> geschieden, allein lebend <input type="radio"/> verwitwet, allein lebend	<input type="radio"/> ledig, mit festem Partner <input type="radio"/> verheiratet, getrennt lebend <input type="radio"/> geschieden, mit festem Partner <input type="radio"/> verwitwet, mit festem Partner				
4. Haben Sie Kinder?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	falls ja, Anzahl der Kinder:	<input type="text"/>			
4.1. Wie viele Ihrer Kinder sind unter 14 Jahren alt?	<input type="text"/>	Kinder				
4.2. Wie viele Kinder leben derzeit in Ihrem Haushalt?	<input type="text"/>	Kinder				
5. Pflegen Sie zur Zeit Angehörige?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
6. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
Wenn nein, welche ist Ihre Muttersprache?	_____					
7. Wieviele Einwohner hat der Ort, in dem Sie tätig sind?	<input type="radio"/> unter 500 <input type="radio"/> 501 - 1.000 <input type="radio"/> 1.001 - 5.000 <input type="radio"/> 5.001 - 10.000 <input type="radio"/> 10.001 - 20.000 <input type="radio"/> 20.001 - 50.000 <input type="radio"/> 50.001 - 100.000 <input type="radio"/> 100.001 - 500.000 <input type="radio"/> über 500.000					

II. Ärztliche Tätigkeit und Berufsanamnese

1. Jahr der Approbation:

2. Sind Sie derzeit ärztlich tätig und haben Kontakt zu Patienten?

nein *weiter mit 2.6.* ja

2.1. In welchem Bereich sind Sie tätig?
(Mehrfachantworten sind möglich)

Krankenhaus / Klinik
 Praxis
 medizinische Kooperationsform (z.B. MVZ, Praxisklinik usw.)
 anderer Bereich: _____ *weiter mit 3.*

2.2. In was für einer Einrichtung arbeiten Sie?
(Mehrfachantworten sind möglich)

Einzel-Praxis Belegbetten
 Gemeinschaftspraxis Praxisklinik
 Praxengemeinschaft MVZ
 andere: _____

2.3. Wie sind Sie tätig?

2.3.1. hausärztlich fachärztlich

2.3.2. angestellt selbstständig *weiter mit 3.*

2.3.3. Was für einen Arbeitsvertrag haben Sie? unbefristet befristet auf Monate

2.3.4. Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit? Vollzeit Teilzeit mit Std. / Woche

Wenn Sie nicht in einer Klinik / einem Krankenhaus tätig sind, machen Sie weiter mit Frage 3.

2.4. Welche Trägerschaft hat das Krankenhaus?

kommunal gemeinnützig konfessionell
 privat Universität

2.5. Üben Sie eine leitende Funktion aus?

nein Chefarzt-Position
 Oberarzt-Position andere leitende Tätigkeit: *welche?* _____

Nach 2.5 bitte weiter mit Frage 3.

2.6. Wenn Sie derzeit keine Tätigkeit mit Patientenkontakt ausüben, was tun Sie gegenwärtig?

Tätigkeit ohne Patientenkontakt im medizinischen Bereich
(z.B. Forschung, Verwaltung usw.)
 andere Tätigkeit: _____
 Erziehungsurlaub Arbeitslosigkeit

3. In welcher/n Fachrichtung(en) sind Sie derzeit tätig?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin
<input type="checkbox"/> Anästhesiologie
<input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde
<input type="checkbox"/> Chirurgie
<input type="checkbox"/> Diagnostische Radiologie
<input type="checkbox"/> Frauenheilkunde / Geburtshilfe
<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
<input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie
<input type="checkbox"/> Humangenetik
<input type="checkbox"/> Hygiene und Umweltmedizin | <input type="checkbox"/> Innere Medizin
<input type="checkbox"/> Kinderchirurgie
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
<input type="checkbox"/> Laboratoriumsmedizin
<input type="checkbox"/> Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie
<input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
<input type="checkbox"/> Neurologie / Nervenheilkunde
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen
<input type="checkbox"/> Orthopädie
<input type="checkbox"/> Pathologie
<input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie
<input type="checkbox"/> Physikalische- und Rehabilitationsmedizin
<input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie
<input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/> Urologie |
|--|---|---|

andere Fachrichtung: _____



III. Zeitaufwand für berufliche und außerberufliche Tätigkeiten

1. Wieviele Stunden (inklusive Überstunden) arbeiten Sie insgesamt pro Woche? Stunden / Woche

Die Beantwortung der folgenden Fragen richtet sich nach der Art Ihrer Tätigkeit:

Wenn Sie tätig sind ... als Angestellter weiter mit 2. selbständig weiter mit 4.

2. Wieviele Überstunden werden durch Freizeit ausgeglichen (Durchschnitt / Woche)? Stunden / Woche

3. Wieviele Überstunden werden bezahlt (Durchschnitt / Woche)? Stunden / Woche

4. Nehmen Sie am Bereitschaftsdienst teil? nein weiter mit 5. ja weiter mit 4.1.

4.1. Wieviele Bereitschaftsdienste haben Sie durchschnittlich / Monat? Dienste / Monat

4.2. Wieviele Rufbereitschaften haben Sie durchschnittlich / Monat? Dienste / Monat

4.3. Wie lange arbeiten Sie normalerweise am Tag, an dem der Bereitschaftsdienst beginnt? wie normaler Arbeitstag
 wie verkürzter Arbeitstag
 wie freier Tag

4.4. Wie lange arbeiten Sie normalerweise am Tag, an dem der Bereitschaftsdienst endet? wie normaler Arbeitstag
 wie verkürzter Arbeitstag
 wie freier Tag

4.5. Wieviel Ruhezeit haben Sie normalerweise während eines Bereitschaftsdienstes? weniger als ein Viertel der Zeit
 ein Viertel bis die Hälfte der Zeit
 die Hälfte bis drei Viertel der Zeit
 mehr als drei Viertel der Zeit

5. Absolvieren Sie Schichtdienste? nein weiter mit 6. ja weiter mit 5.1.

5.1. Auch Nachtschichten nein ja

6. Wieviele freie Wochenenden haben Sie normalerweise innerhalb von 28 Tagen? ca. Wochenenden (Sa+So)

7. Wieviele Minuten beträgt Ihre tägliche (reale) Pausenzeit im Durchschnitt? ca. Minuten / Tag

8. Wieviele Minuten wenden Sie täglich im Durchschnitt für bürokratische / verwaltende Tätigkeiten auf? ca. Minuten / Tag

9. Wieviele Minuten arbeiten Sie täglich im Durchschnitt direkt im Kontakt mit Patienten? ca. Minuten / Tag

10. Wieviele Patienten betreuen Sie pro Tag im Durchschnitt? ca. Patienten / Tag

11. Üben Sie neben Ihrer Arbeit in der Krankenversorgung noch andere Tätigkeiten aus, wie z.B.:

wissenschaftliche Tätigkeit nein ja Ehrenamt in ärztl. Selbstverwaltung nein ja
Lehrtätigkeit nein ja andere Ehrenämter nein ja
Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen nein ja
andere Tätigkeit: _____ nein ja

12. Bitte geben Sie an, welchen Anteil Ihrer Freizeit (in einer durchschnittlichen Woche) die folgenden Bereiche in Anspruch nehmen:

Hobbys / Sport: % meiner Freizeit
Haushalt: % meiner Freizeit
Familie: % meiner Freizeit
berufliche Tätigkeiten: % meiner Freizeit
andere Bereiche: _____ % meiner Freizeit

13. Nutzen Sie Ihren Urlaub auch für die Erledigung von beruflichen Aufgaben?

nein ja wenn ja: ca. % meines Urlaubs



IV. Risikofaktoren, Risikoverhalten und Lebensgewohnheiten

1. Wie groß sind Sie? , m

2. Wie schwer sind Sie? kg

3. Treiben Sie Sport? nein < einmal pro Woche einmal pro Woche mehrmals pro Woche täglich

4. Sind Sie Raucher/in? nein *weiter mit 4.2.* ja *weiter mit 4.1.*

4.1. Was und wieviele rauchen Sie pro Tag?

Zigaretten Stück / Tag

Zigarren Stück / Tag

Pfeife Stück / Tag

Nach 4.1 bitte weiter mit Frage 5.

4.2. Wenn nein, haben Sie früher geraucht? nein ja

5. Trinken Sie (gelegentlich) Alkohol? nein, nie *weiter mit 6.* ja *weiter mit 5.1.*

5.1. Wieviel Bier trinken Sie im Schnitt pro Woche? 0,5l Flaschen

5.2. Wieviel Wein trinken Sie im Schnitt pro Woche? 0,2l Weingläser

5.3. Wieviel Schnaps trinken Sie im Schnitt pro Woche? 2cl Schnapsgläser

6. Würden Sie sagen, dass Sie sich gesund ernähren? nein ja

7. Nehmen Sie regelmäßig oder häufig Vitaminpräparate ein? nein ja

8. Nehmen Sie regelmäßig oder häufig Medikamente (außer Ovulationshemmer) ein? nein ja

Wenn ja, Art der Medikamente?



V. Aktuelle Beschwerden / persönliches Befinden und Lebensumstände

V.1. Aktuell vorliegende Beschwerden und Erkrankungen

Auf dieser Seite ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten ein Kreuz in der "nicht"-Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
1. Schwächegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Druck- oder Völlegefühl im Bauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Schwindelgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Übelkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Aufstoßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Gefühl der Benommenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mattigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Magenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Anfallsweise Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Druckgefühl im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Anfallsweise Herzbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



V. Aktuelle Beschwerden / persönliches Befinden und Lebensumstände

V.2. Beeinträchtigung durch vorliegende Krankheiten / Beschwerden

Kreuzen Sie bitte in der folgenden Liste an, ob Sie sich durch einige der aufgelisteten Krankheiten, Beschwerden bzw. Verletzungen derzeit in Ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt fühlen. Geben Sie bitte auch an, wenn die Krankheiten / Beschwerden / Verletzungen gar nicht vorliegen.

Beschwerden aufgrund von	liegen nicht vor	liegen vor, aber beeinträchtigen mich nicht bei der Arbeit	liegen vor und beeinträchtigen meine Arbeitsfähigkeit
1. Unfallverletzungen (z.B. Knochenbruch, Verbrennungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Rückenschmerzen, rheumatische Beschwerden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Koronarerkrankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Atemwegserkrankungen (z.B. chron. Nasennebenhöhlenentzündung, Asthma, Bronchial- / Lungenerkr.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzeme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. sonstige Allergien (z.B. Heuschnupfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, Schlaflosigkeit, Angespanntheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Schwerhörigkeit oder Hörschäden, Migräne, Nervenschmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Erkrankungen im Magen-Darm-Trakt / Verdauungssystem (z.B. Gallensteine, Leber-, Bauchspeicheldrüsenerkr., Magengeschwür, Reizdarm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Geschlechts- und Harnwegserkrankungen (z.B. Nierenleiden, Blasenentzündung, Krankheiten der Geschlechtsorgane, einschl. Gebärmutter, Prostata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (z.B. Fettleibigkeit, Diabetes, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Blutkrankheiten (z.B. Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sucht (z.B. Alkohol, Medikamente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. andere Leiden oder Krankheiten, welche?			
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





VI. Arbeitssituation und Berufsalltag

VI.1. Wahrnehmung der Arbeitssituation

Im folgenden finden Sie einige Aussagen, zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit beziehen.
Kreuzen Sie bitte zu jeder Aussage das Kästchen an, das Ihr Befinden am besten beschreibt

	nie	einige Male pro Jahr oder weniger	einmal im Monat oder weniger	mehr- mals im Monat	einmal in der Woche	mehrmals in der Woche	täglich
1. Ich fühle mich emotional leer in meiner Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich fühle mich am Ende des Arbeitstages verbraucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich fühle mich müde, wenn ich morgens aufstehe und an meine Arbeit denke.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jeden Tag zu arbeiten, ist wirklich eine Belastung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich kann die Probleme effektiv lösen, die in meiner Arbeit entstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich glaube, dass ich einen wirkungsvollen Beitrag für diese Einrichtung leiste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Seit ich diese Tätigkeit ausübe, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich habe die Begeisterung an meiner Arbeit verloren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich fühle mich sehr gut, wenn ich Arbeitsaufgaben vollendet habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich habe viele nützliche Sachen in dieser Arbeit vollendet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich möchte nur meine Arbeit erledigen und ansonsten in Ruhe gelassen werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich bin ziemlich zynisch darüber geworden, ob meine Arbeit zu irgend etwas nützt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Bei meiner Arbeit bin ich sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VI.2. Auswirkungen der Berufstätigkeit auf das Privatleben

Bitte kreuzen Sie zu jeder Behauptung das Antwortfeld an, von dem Sie meinen, dass es Ihre Haltung zum angesprochenen Sachverhalt am ehesten widerspiegelt.

Sie können Ihre Antworten auf einer Skala von starker Ablehnung bis starker Zustimmung wie folgt abstimmen:

1 ich lehne das stark ab, **2** ich lehne das etwas ab, **3** ich stimme dem etwas zu, **4** ich stimme dem stark zu

	1	2	3	4
1. Meine Arbeit pulvert mich manchmal so auf, dass ich gar nicht mehr zur Ruhe komme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich schlafe schlecht ein, weil mir oft Berufsprobleme durch den Kopf gehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Es fällt mir immer wieder schwer, Zeit für persönliche Dinge (z.B. Friseur) zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Auch im Urlaub muss ich häufig an Probleme meiner Arbeit denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich strenge mich oft bei meiner Arbeit so an, wie man es sicher nicht sein ganzes Leben durchhalten kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VI.3. Beruf und Wertschätzung

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf den Aufwand und die Anerkennung für Ihre Tätigkeit. Bitte geben Sie zunächst für jede Frage an, ob Sie *zustimmen* oder *ablehnen*.

Falls hinter Ihrer Antwort ein Pfeil (->) steht, beantworten Sie bitte auch die weiterführende Frage nach dem Ausmaß der Belastung.

1. **Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
2. **Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
3. **Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
4. **Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
5. **Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
6. **Im Laufe der Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
7. **Ich erhalte von meinem Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene.**
 ja nein, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
8. **Ich erhalte von meinen Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene.**
 ja nein, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
9. **Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.**
 ja nein, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
10. **Ich werde in meiner Arbeit ungerecht behandelt.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
11. **Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
12. **Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark
13. **Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.**
 nein ja, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark



weiter auf der nächsten Seite

VI.3. Beruf und Wertschätzung

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf den Aufwand und die Anerkennung für Ihre Tätigkeit. Bitte geben Sie zunächst für jede Frage an, ob Sie *zustimmen* oder *ablehnen*.

Falls hinter Ihrer Antwort ein Pfeil (->) steht, beantworten Sie bitte auch die weiterführende Frage.

14. Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.

ja nein, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark

15. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.

ja nein, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark

16. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.

ja nein, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark

17. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.

ja nein, und das belastet mich -> gar nicht mäßig stark sehr stark

VI.4. Arbeitszufriedenheit und berufliche Zukunft

Abschließend bitten wir Sie, zu einigen allgemeinen Aussagen jeweils die für Sie zutreffende Einschätzung zu geben.

Sie können Ihre Antwort zwischen den angegebenen Extrempolen abstimmen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das nach Ihrer Auffassung am besten auf Sie zutrifft.

1. Ich bin mit dem Umfang der Verantwortung, die ich in meinem Beruf trage, zufrieden.

gar nicht sehr

2. Ich habe das Gefühl, meine Fähigkeiten bei der Arbeit voll einsetzen zu können.

trifft gar nicht zu trifft voll zu

3. Ich bin mit meinem Gehalt zufrieden.

überhaupt nicht vollkommen

4. Ich fühle mich von sich ändernden Anforderungen (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, usw.) belastet.

extrem gar nicht

5. Ich empfinde meine Arbeit als sinnvoll und wichtig.

gar nicht sehr

6. Ich denke daran, in eine medizinferne berufliche Tätigkeit zu wechseln.

sehr oft nie

7. Meine persönliche Zukunft kann ich mir ohne meinen Beruf vorstellen.

sehr gut überhaupt nicht

8. Meine berufliche Leistungsfähigkeit ist ...

sehr hoch sehr gering

9. Meine berufliche Belastung ist ...

sehr hoch sehr niedrig

10. Meine eigenen Vorstellungen kann ich im Beruf verwirklichen.

vollständig gar nicht

11. Der Beruf entspricht meinen Erwartungen.

vollkommen gar nicht

12. Ich möchte auch weiterhin in diesem Beruf tätig bleiben.

unbedingt keinesfalls

13. Mein Gesundheitszustand ist ...

sehr gut sehr schlecht

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bereits im voraus vielen Dank für Ihre Auskünfte. Alle Ihre Angaben auf diesem Bogen werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich in anonymisierter Form für statistische Auswertungen gespeichert und verwertet.

Die auf unten allen Seiten des Fragebogens in gleicher Weise aufgedruckte mehrstellige Identifikations - Zahl dient ausschließlich dazu, sicherzustellen, daß die zum gleichen Fragebogen gehörenden Einzelblätter jederzeit wieder zusammengeführt werden können. Dies ist erforderlich, da die Auswertung der Bögen maschinell erfolgt – dafür dürfen die Blätter nicht zusammengeheftet sein. Wir garantieren Ihnen, daß keinerlei Verbindung zwischen Versandanschrift und Identifikations – Zahl hergestellt wird (oder nachträglich hergestellt werden kann), die es ermöglichen würde, einen ausgefüllten Fragebogen einer bestimmten Versandanschrift zuzuordnen

.....
Thomas Friedl
 Leiter EDV-Entwicklung und Informationsmanagement

.....
Dr. med. R. Kaiser
 Ärztlicher Referent

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

1. Zutreffendes in dafür vorgesehenen Feld ankreuzen – Beispiel:
2. Sofern in der Frage nicht anders angegeben, bitte immer nur ein Feld ankreuzen.
3. Nur bei Nr. Nr. 65 u. Nr. 102 Zahlen gut lesbar in Feld eintragen – Beispiel: []
4. Bitte keine sonstigen Eintragungen, Streichungen, Hinzufügungen usw. im Fragebogen vornehmen, da diese die maschinelle Auswertung behindern. Danke!

Nr.	Erläuterungen	Merkmale		
Persönliche Daten :				
1	Lebensalter in Jahren:	unter 25	○	
2		25 - 29	○	
3		30 - 34	○	
4		35 - 39	○	
5		40 - 44	○	
6		45 - 54	○	
7		über 54	○	
8				
9				
10	Geschlecht:	weiblich	○	
11		männlich	○	

12	Hospitant, Gastarzt oder ähnliches	in unbezahlter Stellung	<input type="radio"/>
13	A.i.P mit Anstellungsvertrag und Bezahlung	A i. P.	<input type="radio"/>
14	Assistent mit Anstellungsvertrag (ggf. auch befristet) u. voller Bezahlung in weiterbildungsermächtigter Einrichtung	Assistent in Weiterbildung	<input type="radio"/>
15	Assistent wie Nr. 14, aber Arbeitsstelle <u>nicht</u> zur Weiterbildung ermächtigt	Assistent	<input type="radio"/>
16	Facharzt mit Anstellungsvertrag (ggf. befristet) u. voller Bezahlung im erworbenen Fachgebiet	Assistent (Facharzt)	<input type="radio"/>
17	Facharzt mit Weisungsberechtigung gegenüber mind. 2 Assistenten gemäß Ziffer 14 - 16	Oberarzt	<input type="radio"/>
18	Weisungsberechtigung gegenüber mind. 1 Oberarzt und Weiterbildungsermächtigung	leitender Oberarzt	<input type="radio"/>
19	leitender Arzt / Chefarzt mit Liquidationsrecht	Chefarzt	<input type="radio"/>
20	Zahl der Berufsjahre (seit Approbation)	unter 2	<input type="radio"/>
21		2 - 4	<input type="radio"/>
22		5 - 6	<input type="radio"/>
23		7 - 8	<input type="radio"/>
24		9 - 10	<input type="radio"/>
25		11 - 15	<input type="radio"/>
26		über 15	<input type="radio"/>
27	Jahre seit Abschlußexamen (Nur bei nachträglichem Erwerb oder noch nicht vorliegender der Approbation, z.B. Ausbildung Ausland, bitte auch Zeit ab Abschluß-Examen angeben!)	unter 2	<input type="radio"/>
28		2 - 4	<input type="radio"/>
29		5 - 6	<input type="radio"/>
30		7 - 8	<input type="radio"/>
31		9 - 10	<input type="radio"/>
32		11 - 15	<input type="radio"/>
33		über 15	<input type="radio"/>

Angaben zum Arbeitsplatz			
34	Wie viele Betten hat Ihr Krankenhaus insgesamt? (Nur eine Antwort möglich !)	bis 300	<input type="radio"/>
35		301 - 400	<input type="radio"/>
36		401 - 600	<input type="radio"/>
37		über 600	<input type="radio"/>

38	Zu welcher Versorgungsebene gehört das Krankenhaus, in dem Sie arbeiten? (Nur eine Antwort !)	Universitätsklinik	<input type="radio"/>
39		Maximal- / Schwerpunkt.	<input type="radio"/>
40		Grund- / Regelversorgung	<input type="radio"/>
41		Fachkrankenhaus	<input type="radio"/>
42		Reha / AHB	<input type="radio"/>
43	Wie viele Betten hat die Klinik / Abteilung in der Sie derzeit arbeiten? (Nur eine Antwort !)	nicht bettenführend	<input type="radio"/>
44		bis 25	<input type="radio"/>
45		26 - 50	<input type="radio"/>
46		51 - 75	<input type="radio"/>
47		über 75	<input type="radio"/>
48	In welchem Fachgebiet sind Sie derzeit überwiegend tätig? (Nur eine Antwort !)	- Anaesthesiologie	<input type="radio"/>
49		- Allg. Chirurgie, u. Viszeralchirurgie	<input type="radio"/>
50		- Unfallchirurgie	<input type="radio"/>
51		- Orthopädie	<input type="radio"/>
52		- Gefäß-, Thorax- oder Herzchirurgie	<input type="radio"/>
53		- Neurochirurgie	<input type="radio"/>
54		- andere chir. Teilgebiete	<input type="radio"/>
55		- Frauenheilk. / Geburtsh.	<input type="radio"/>
56		- Sonstige operat. Fachg.	<input type="radio"/>
57		- Inn. Med. - Kardiologie	<input type="radio"/>
58		- Inn. - Gastroenterologie	<input type="radio"/>
59		- Inn. Med. - sonstige Teilgebiete	<input type="radio"/>
60		- Kinderheilkunde	<input type="radio"/>
61		- Neurologie	<input type="radio"/>
62		- Psychiatrie, Psychotherapie etc.	<input type="radio"/>
63		- Radiologie	<input type="radio"/>
64		Sonstige konserv. Fachgeb.	<input type="radio"/>

96	Können Sie nach Arbeitszeiten über 11 h und / oder nach Bereitschaftsdiensten der Stufen C oder D, im Anschluß an eine Arbeitszeit von mindes- tens 7,5 h in der Regel eine Ruhezeit einhalten?	ja , aber weniger als 5,5 h	<input type="radio"/>
97		ja, 5 - 8 h	<input type="radio"/>
98		ja, mehr als 8 h	<input type="radio"/>
99		selten oder nie	<input type="radio"/>
100	Leisten Sie <u>außerhalb</u> der Bereitschaftsdienste, bzw. zusätzlich zu diesen, „ <u>Wochenendvisiten</u> “ an arbeitsfreien Tagen ?	keine:	<input type="radio"/>
101		in Ausnahmefällen (z.B. bei Erkrankung von Kollegen):	<input type="radio"/>
102		regelmäßig, bitte Zahl pro Monat angeben:	[]
103	Wieviele Stunden wenden Sie monatlich im Mittel für solche „ <u>Wochenendvisiten</u> “ auf ?	bis 3 h	<input type="radio"/>
104		4 – 6 h	<input type="radio"/>
105		7 – 8 h	<input type="radio"/>
106		9 – 10 h	<input type="radio"/>
107		mehr als 10 h	<input type="radio"/>
108	Vergütung oder Freizeitausgleich für solche „Wochenendvisiten“ werden mir gewährt für... (Nur eine Antwort !)	alle	<input type="radio"/>
109		mehr als ¾	<input type="radio"/>
110		½ - ¾	<input type="radio"/>
111		¼ – ½	<input type="radio"/>
112		weniger als ¼	<input type="radio"/>
113	Arbeiten Sie gegenwärtig in einem „Schichtdienst - Modell“ ?	überwiegend	<input type="radio"/>
114		in Ausnahmefällen	<input type="radio"/>
115		nein	<input type="radio"/>
116		weiß nicht	<input type="radio"/>
117	Um welches Modell handelt es sich? (Bitte nur ausfüllen, wenn Ziffer 113 oder 114 zutrifft!)	2 Schichten	<input type="radio"/>
118		3 Schichten	<input type="radio"/>
119		sonstige Form	<input type="radio"/>
		weiß nicht	<input type="radio"/>
120	Müssen Sie Rufbereitschaften leisten? - Ggf. bitte angeben, wie viele durchschnittlich im Monat?	nein, keine	<input type="radio"/>
121		1 - 4 im Monat	<input type="radio"/>
122		5 - 8 im Monat	<input type="radio"/>
123		9 - 12 im Monat	<input type="radio"/>
124		mehr als 12 im Monat	<input type="radio"/>

125	In welchem Anteil aller Rufbereitschaften werden Sie tatsächlich zum Dienst gerufen ?	in mehr als ½	<input type="radio"/>
126		in ¼ bis ½	<input type="radio"/>
127		in weniger als ¼	<input type="radio"/>
128	Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche (ohne Bereitschaftsdienste, „Wochenendvisiten“ und Rufbereitschaften!) tatsächlich	weniger als 40 h	<input type="radio"/>
129		40 – 44 h	<input type="radio"/>
130		45 – 49 h	<input type="radio"/>
131		50 – 54 h	<input type="radio"/>
132		55 – 59 h	<input type="radio"/>
133		60 – 64 h	<input type="radio"/>
134		65 u. mehr h	<input type="radio"/>
135	Falls Sie eine Teilzeitbeschäftigung o.ä. ausüben, kreuzen Sie bitte nur dies an!	Teilzeitstelle o. ä.	<input type="radio"/>
136	Welcher Anteil aller Ihrer Überstunden wird offiziell registriert und dokumentiert (Bitte nur eine Antwort !)	mehr als ¾	<input type="radio"/>
137		½ - ¾	<input type="radio"/>
138		¼ - ½	<input type="radio"/>
139		nur weniger als ¼	<input type="radio"/>
140		keine	<input type="radio"/>
141	Warum leisten Sie diese Überstunden ? (Mehrfachnennungen möglich !)	- werden bei uns selbstverständlich erwartet	<input type="radio"/>
142		- offiziell angeordnet	<input type="radio"/>
143		- eigener Entschluß, sonst schaffe ich Arbeit nicht	<input type="radio"/>
144		- freiwillig, weil es mir Spaß macht	<input type="radio"/>
145		- sonst würden Patienten nicht ausreichend versorgt	<input type="radio"/>

Angaben zur Arbeitszufriedenheit:			
146	Wie fühlen sie sich in Ihrer derzeitigen Funktion ? (Mehrfachnennungen sind möglich!)	- häufig gestreßt, überlastet	<input type="radio"/>
147		- häufig unter starkem Zeitdruck	<input type="radio"/>
148		- manchmal überlastet	<input type="radio"/>
149		- manchmal unter Zeitdruck	<input type="radio"/>
150		- nur selten überlastet oder unter Zeitdruck	<input type="radio"/>
151		- häufig übermüdet	<input type="radio"/>

18.4 Literaturverzeichnis

Krankenhaus-Barometer Ausgaben 2004–2007
(Deutsche Krankenhausinstitut, Düsseldorf)

Krankenhaus-Report 2005 und 2006
(Wissenschaftliches Institut der AOK, WIDO, Bonn)

Daten des Statistischen Bundesamts zum Bereich Krankenhaus
der Jahre 2004–2005

10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
(Statistisches Bundesamt)

Krankenhaus Rating Report, Ausgaben 2005–2007
(Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen)

Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes
Nordrhein-Westfalen (Stellungnahme E. Bruckenberger, März 2006)

Datenanalysen der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.
zu Krankenhausinvestitionsfördermitteln der Jahre 2004–2007

Betriebliche Exzellenz im Krankenhaus, Ergebnisbericht
(Booz, Allen, Hamilton, Februar 2006)

Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwicklungsstand
der Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland (KBV 30.09.2006)

Erhebung der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS)
zur Integrierten Versorgung (30.09.2006)

Umfrage der Arbeitsgruppe „Krankenhauswesen“ der Arbeitsgemeinschaft
der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG 2006)

Versorgungsanalyse der deutschen Krankenhäuser 2005
(E. Bruckenberger)

Geschäftsberichte der angesprochenen Unternehmen für die Jahre 2004–2006
(soweit öffentlich verfügbar)
Rede W. Pföhler während der DVFA Analysten-Konferenz (09.11.2006)

Gesundheitsreport, Ausgaben 2006–2007
(HPS Research)

Empfehlungen zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen
in der universitären Krankenversorgung (Wissenschaftsrat, Januar 2006)

Public Private Partnership im öffentlichen Hochbau –
Handbuch Rechtswissenschaften und Verwaltung, Recht und Verwaltung
(Frank Littwin, Franz-Josef Schöne 2006)

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005

PPP Beschleunigungsgesetz der Bundesregierung vom 30.06 2005
(Bundestagsdrucksache 15/5859)

Krankenhausrelevante Beschlüsse des Bundeskartellamtes
der Jahre 2005–2007 (www.bundeskartellamt.de)

Konzept zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens
ab dem Jahr 2009 (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., 23.01.2007)

Studie: Hochschulmedizin 2015
(Dr. Wieselhuber & Partner Unternehmensberatung, München)

Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit, Ressourcen und der Größe
medizinischer Einrichtungen (Wissenschaftsrat, November 2005)

Beschlüsse des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Zukunft
des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Krankenversorgung
ab dem Jahr 2009 vom 23.02.2007

18.5 Versorgungsforschung der Bundesärztekammer

Ausschreibung der Förderung eines Projektes zum Thema

Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen (inklusive „Privatisierung“) von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung

Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung

Die Bundesärztekammer führt derzeit auf der Grundlage eines Beschlusses des 108. Deutschen Ärztetags ein Programm zur Förderung der Versorgungsforschung durch. Die Förderinitiative hat eine Laufzeit von insgesamt 6 Jahren und zielt darauf, unter sich verändernden Rahmenbedingungen konkrete Lösungen für eine verbesserte Patientenversorgung und somit auch für eine adäquate ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen. Parallel zu der bereits laufenden 1. Förderphase und noch vor der für Mitte 2007 geplanten Ausschreibung einer 2. Förderphase schreibt die Bundesärztekammer nun auf Beschluss des Vorstands die Förderung eines Projektes zu der im Folgenden skizzierten Forschungsfrage gesondert aus.

Die Bundesärztekammer fordert zur Einreichung von Förderanträgen für ein Forschungsvorhaben auf, mit dem die

„Auswirkungen unterschiedlicher Trägerstrukturen (inklusive „Privatisierung“) von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung (ambulante, Anschlussbehandlung und stationäre Versorgung) der Bevölkerung“

auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau analysiert werden sollen.

Da die Umsetzung der Forschungsfrage sowohl hinsichtlich ihrer Operationalisierung als auch hinsichtlich der heranzuziehenden Datenquellen einige grundsätzliche methodische Fragen aufgeworfen hat, wurde durch den Vorstand der Bundesärztekammer eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben. Bei der Projektkonzeption soll auf die Inhalte und Ergebnisse der Studie Bezug genommen und auf das beabsichtigte Verfahren zum Umgang mit den aufgeworfenen Fragestellungen eingegangen werden.

Bei der Projektkonzeption sollte insbesondere auf folgende Aspekte Bezug genommen werden:

- ▶ Privatisierungsfolgen sollen anhand einer Analyse von Trägerunterschieden oder von Trägerwechseln untersucht werden. Es sind ggf. Kombinationen denkbar.
- ▶ Es ist ein Studiendesign erwünscht, bei dem – soweit möglich – auch Aussagen über die Auswirkungen von Krankenhausprivatisierungen auf die berufliche Situation der Ärzte („Physician Factor“) getroffen werden können. Grundlage hierfür könnte z. B. eine Analyse von Strukturdaten (Veränderungen des Personalschlüssels, Weiterbildung usw.) sein.
- ▶ Es ist ein Studiendesign erwünscht, bei dem zusätzlich mögliche Auswirkungen auf die ambulanten Versorgungsstrukturen und die Chancen bzw. Risiken für die Implementierung integrierter Strukturen untersucht werden.



- ▶ Es ist darzustellen, welche Grundgesamtheit bzw. welche Untersuchungseinheiten (z.B. Krankenhäuser der Maximalversorgung) der Analyse zugrunde gelegt werden und wie sich Kontrollgruppen zusammensetzen sollen.
- ▶ Es ist darzustellen, anhand welcher Indikatoren die Qualität der Krankenversorgung und ggf. auf Privatisierungsfolgen zurückzuführende Veränderungen gemessen werden sollen.
- ▶ Es ist darzustellen, welche Datenquellen für die Analyse herangezogen werden sollen und ob der Zugang zu den geplanten Daten gewährleistet ist. Die Wahl der Datenquellen sollte unter Berücksichtigung der in der Machbarkeitsstudie vorgenommenen Kommentierung begründet werden.
- ▶ Es ist darzustellen, wie der großen Varianz innerhalb der jeweiligen Trägerkategorien (öffentliche, freigemeinnützige und private Träger) und hier insbesondere innerhalb der zu untersuchenden Kategorie „Private Trägerschaft“ angemessen Rechnung getragen werden kann.

Definition der Versorgungsforschung

Methodische/funktionale Definition, Inhaltliche Definition, Zielsetzung, Systematik/Komponenten

Methodische/funktionale Definition

Versorgungsforschung ist ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet, das

1. die Inputs, Prozesse und Ergebnisse von Kranken- und Gesundheitsversorgung, einschließlich der auf sie einwirkenden Rahmenbedingungen mit quantitativen und qualitativen, deskriptiven, analytischen und evaluativen wissenschaftlichen Methoden beschreibt,
2. Bedingungsbeziehungen soweit möglich kausal erklärt sowie
3. zur Neuentwicklung theoretisch und empirisch fundierter oder zur Verbesserung vorhandener Versorgungskonzepte beiträgt,
4. die Umsetzung dieser Konzepte begleitend oder ex post erforscht und
5. die Wirkungen von Versorgungsstrukturen und -prozessen oder definierten Versorgungskonzepten unter Alltagsbedingungen mit validen Methoden evaluiert.

Die fünfte Funktion der Versorgungsforschung erweist sich sowohl als notwendige Ergänzung zur experimentellen Grundlagenforschung, die Potenziale für klinische Innovationen erzeugt, als auch als Ergänzung zu einer epidemiologischen und klinischen Forschung, in der ätiologische (auf das Verständnis kausaler Mechanismen oder die Wirksamkeit von Interventionen unter idealen Studienbedingungen [efficacy] gerichtete) Forschungsansätze die Schwerpunkte bilden. Unter dem Versorgungsforschungs-Paradigma werden Hypothesen zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness, relative Wirksamkeit) und im Hinblick auf die Effizienz in der realen Versorgungswelt getestet.

Inhaltliche Definition

Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.

Zu diesem Zwecke studiert die Versorgungsforschung, wie Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und -prozesse und Gesundheitstechnologien den Zugang zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität und Kosten und letztendlich unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Die Beobachtungseinheiten umfassen Individuen, Familien, Populationen, Organisationen, Institutionen, Kommunen etc.

Zielsetzung der Versorgungsforschung

Das Ziel der Versorgungsforschung ist, die Kranken- und Gesundheitsversorgung als ein System zu entwickeln, das durch das Leitbild der „lernenden Versorgung“ gekennzeichnet ist und das dazu beiträgt, Optimierungsprozesse zu fördern und Risiken zu vermindern. Dabei ist die Versorgungsforschung den Zielen Humanität, Qualität, Patienten- und Mitarbeiterorientierung sowie Wirtschaftlichkeit gleichermaßen verpflichtet.

Die Ergebnisse der Versorgungsforschung werden genutzt, um die Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere die Politik auf der Basis valider wissenschaftlicher Erkenntnisse in größtmöglicher Objektivität und Transparenz zu unterstützen und zu beraten. Hierzu entwickelt die Versorgungsforschung Verfahren und Standards für eine angemessene Kommunikation der Ergebnisse mit dem Ziel, letztere wirksam in die Praxis umzusetzen („science-, practice- and policy-impact“).

Systematik/Komponenten

In der amerikanischen **health services research** hat sich zur Untersuchung des Gesundheitssystems das „input-throughput-output-outcome“-Modell bewährt. Im Rahmen dieser Systematik lassen sich verschiedene Forschungsgebiete unterscheiden:

Die **Input-Forschung** untersucht alle Einflussfaktoren, die den Eintritt in das System bedingen (z. B. Versorgungsbedarf, Inanspruchnahmeverhalten und dessen Barrieren [z. B. Compliance, Patiententypen]) oder die Voraussetzungen für die Versorgung darstellen (z. B. Weiterbildung der Ärzte).

Die **Throughput-Forschung** untersucht die organisatorischen, diagnostischen und therapeutischen Strukturen und Prozesse (z. B. Wartezeiten, Schnittstellen, OP-Management, Implementierung und Anwendung von Leitlinien, partizipative Entscheidungsfindung, Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf das Versorgungsgeschehen, Versorgungsketten und Klinische Pfade).

Die **Output-Forschung** untersucht die unmittelbar erbrachten Versorgungsleistungen (z. B. Diagnosen, Eingriffe), unabhängig von ihrer Wirkung auf das Outcome.

Die **Outcome-Forschung** untersucht das Erreichen des eigentlichen gesundheitlichen Zieles. Hierzu gehören kurzfristige Ziele (z. B. Wundheilung) ebenso wie langfristige Ziele (z. B. Lebenserwartung, Lebensqualität).

Versorgungsforschung besteht aus Grundlagenforschung und Anwendungsforschung. Dabei zielt die Grundlagenforschung darauf ab, fundamentale Erkenntnisse über individuelles und institutionelles Verhalten im Versorgungssystem zu gewinnen, die kurzfristig nicht praktisch verwertbar sein müssen und/oder die von krankheits- und versorgungsübergreifender Bedeutung sind. Die anwendungsorientierte Versorgungsforschung dagegen geht Fragen nach, die von sofortigem praktischen Interesse sind.

