

Gemeinsam für mehr Wissen



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT



DAS ERFOLGREICHE KONFESSIONELLE KRANKENHAUS

**Forschungsgutachten des
Deutschen Krankenhausinstituts
im Auftrag und in Zusammenarbeit mit der
CURACON Wirtschaftsprüfungsgesellschaft**

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201
40549 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 47 051 – 55
Fax: 0211 / 47 051 – 19

E-Mail: petra.steffen@dki.de

CURACON GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Niederrheinstraße 16/16a
40474 Düsseldorf

Tel.: 0211 / 688 759 – 85
Fax: 0211 / 688 759 – 50

E-Mail: birgitta.lorke@curacon.de

Düsseldorf, Oktober 2014

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| ZUSAMMENFASSUNG | 6 |
| 1 EINLEITUNG | 13 |
| 2 BESONDERHEITEN KONFESSIONELLER HÄUSER | 16 |
| 2.1 RECHTLICHE UND TARIFLICHE BESONDERHEITEN..... | 16 |
| 2.2 UNTERNEHMENSKULTUR | 17 |
| 2.3 STRATEGISCHE AUSRICHTUNG UND WIRTSCHAFTLICHKEIT..... | 18 |
| 3 SEKUNDÄRDATENANALYSE..... | 21 |
| 3.1 EINFÜHRUNG | 21 |
| 3.1.1 <i>Ziele</i> | 21 |
| 3.1.2 <i>Datenquellen und Methodik</i> | 21 |
| 3.2 PATIENTENVERSORGUNG | 24 |
| 3.2.1 <i>Anzahl Krankenhäuser / Betriebsstätten</i> | 24 |
| 3.2.2 <i>Fallzahlen</i> | 26 |
| 3.2.3 <i>Bettenanzahl</i> | 28 |
| 3.2.4 <i>Intensivbetten</i> | 29 |
| 3.2.5 <i>Medizinisch-technische Großgeräte</i> | 31 |
| 3.2.6 <i>Fazit: Patientenversorgung</i> | 33 |
| 3.3 REGIONALWIRTSCHAFTLICHE ASPEKTE | 34 |
| 3.3.1 <i>Anzahl Vollkräfte</i> | 34 |
| 3.3.2 <i>Berufsgruppenverteilung</i> | 36 |
| 3.3.3 <i>Ausbildung</i> | 36 |
| 3.3.4 <i>Fazit: Regionalwirtschaftliche Aspekte</i> | 38 |
| 3.4 KOSTEN | 39 |
| 3.4.1 <i>Brutto-Gesamtkosten</i> | 39 |
| 3.4.2 <i>Verteilung nach Kostenarten</i> | 41 |
| 3.4.3 <i>Personalkostenarten</i> | 44 |
| 3.4.4 <i>Fazit: Kosten</i> | 47 |
| 3.5 LEISTUNGS- UND WIRTSCHAFTLICHKEITSKENNZIFFERN | 47 |
| 3.5.1 <i>Fälle je Vollkraft</i> | 47 |
| 3.5.2 <i>Kosten je Vollkraft</i> | 55 |
| 3.5.3 <i>Kosten je Fall</i> | 59 |
| 3.5.4 <i>Fazit: Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskennziffern</i> | 65 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.6 | ZEITREIHEN | 66 |
| 3.6.1 | <i>Anzahl Krankenhäuser</i> | 66 |
| 3.6.2 | <i>Fallzahlen</i> | 67 |
| 3.6.3 | <i>Vollkräfte</i> | 69 |
| 3.6.4 | <i>Personalkosten</i> | 71 |
| 3.6.5 | <i>Fazit: Zeitreihen</i> | 73 |
| 3.7 | KRANKENHAUSORGANISATION UND –STRATEGIE..... | 74 |
| 3.7.1 | <i>In- und Outsourcing</i> | 74 |
| 3.7.2 | <i>Führungskräfteentwicklung</i> | 80 |
| 3.7.3 | <i>Fazit: Krankenhausorganisation und -strategie</i> | 94 |
| 3.8 | REGIONALANALYSE | 96 |
| 3.8.1 | <i>Fazit: Regionalanalyse</i> | 101 |
| 4 | JAHRESABSCHLUSSANALYSEN..... | 102 |
| 4.1 | EINFÜHRUNG | 102 |
| 4.2 | KENNZAHLEN ZUR ERTRAGSLAGE | 104 |
| 4.2.1 | <i>Jahresergebnisse</i> | 104 |
| 4.2.2 | <i>Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung</i> | 110 |
| 4.2.3 | <i>Umsatzrendite</i> | 112 |
| 4.2.4 | <i>EBITDA-Marge</i> | 115 |
| 4.2.5 | <i>Fazit: Ertragslage</i> | 118 |
| 4.3 | ANALYSE AUSGEWÄHLTER VERMÖGENS- UND FINANZKENNZAHLEN | 119 |
| 4.3.1 | <i>Eigenkapitalquote II, Liquiditätsgrad II und Investitionsquote</i> | 119 |
| 4.3.2 | <i>Fazit: Vermögens- und Finanzlage</i> | 124 |
| 4.4 | WIRTSCHAFTLICH ERFOLGREICHE KRANKENHÄUSER..... | 124 |
| 4.4.1 | <i>Kennzahlen Best Practice Krankenhäuser</i> | 124 |
| 4.4.2 | <i>Fazit: Best-Practice-Krankenhäuser</i> | 129 |
| 5 | EXPERTENBEFRAGUNG | 130 |
| 5.1 | ZIELE | 130 |
| 5.2 | METHODIK..... | 130 |
| 5.3 | BESONDERHEITEN KONFESSIONELLER HÄUSER | 130 |
| 5.3.1 | <i>Image</i> | 132 |
| 5.3.2 | <i>Unternehmenskultur</i> | 133 |
| 5.3.3 | <i>Personalsituation und -management</i> | 140 |
| 5.3.4 | <i>Strategisches Management und Ausrichtung</i> | 146 |
| 5.3.5 | <i>Rolle des und Verhältnis zum Krankenhausträger</i> | 154 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 5.3.6 | <i>Finanzierung</i> | 154 |
| 5.4 | ZUKUNFTSAUSSICHTEN | 155 |
| 5.4.1 | <i>Zukunftschance 1: Kooperationen, Zusammenschlüsse, Verbände oder Fusionen sowie Netzwerke</i> | 157 |
| 5.4.2 | <i>Zukunftschance 2: Ausrichtung und Spezialisierung</i> | 159 |
| 5.4.3 | <i>Mögliche Verlierer</i> | 160 |
| 5.5 | FAZIT: ERFOLGSFAKTOREN | 161 |
| 6 | DISKUSSION UND AUSBLICK | 163 |
| 7 | ANHANG | 167 |
| 7.1 | SIEDLUNGSSTRUKTURELLE REGIONSTYPEN | 167 |
| | LITERATUR | 169 |

Zusammenfassung

Hintergrund

- Die CURACON GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit der Studie „Das erfolgreiche konfessionelle Krankenhaus“ beauftragt sowie Projektteile mit bearbeitet und verfasst. Die Analyse der Bedeutung der konfessionellen Häuser für die Patientenversorgung sowie deren Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit standen im Mittelpunkt der Studie. Dabei wurden speziell die Situation und Erfolgsbedingungen von konfessionellen Krankenhäusern eingehend untersucht.
- Das Projekt umfasst drei methodische Ansätze: Sekundäranalysen (der amtlichen Statistik, des DKI-Krankenhaus Barometers sowie der DKI-Krankenhausdatenbank), eine Analyse der Jahresabschlüsse von Krankenhäusern sowie Expertenbefragungen mit Vertretern erfolgreicher konfessioneller Krankenhäuser.

Sekundäranalysen

- Die freigemeinnützigen Krankenhäuser tragen wesentlich zur Patientenversorgung bei. Dies wird trotz der zu konstatierenden Verluste insbesondere durch die Marktführerschaft, gemessen an Betriebsstätten, aber auch durch die Fallzahlen oder aufgestellten Betten deutlich. Letztere liegen gleichwohl hinter denen öffentlicher Häuser, die trotz der noch stärker sinkenden Marktanteile an Betriebsstätten, weiter die höchsten Anteile aufweisen. Die freigemeinnützigen Häuser behandelten mehr Fälle oder hielten trotz der vergleichbaren Anteile mehr Betten vor als die privaten Häuser, die als einzige in den letzten Jahren weitere Zuwächse verbuchen konnten. Freigemeinnützige Krankenhäuser sind häufig in Agglomerationsräumen und verstärkten Räumen verortet.
- Die verschiedenen Träger decken unterschiedliche Marktsegmente ab. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser halten schwerpunktmäßig Häuser mit 100 bis 499 Betten vor, während zu den privaten Trägern überwiegend kleinere Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten zählen, die sich entgegen der öffentlichen Wahrnehmung vielfach auf bestimmte Leistungen oder eine bestimmte Patientenklientel spezialisiert haben. Die öffentlichen Träger haben einen überproportionalen Anteil an Krankenhäusern mit mehr als

500 Betten und spielen somit für die Schwerpunkt- und Spezialversorgung eine herausragende Rolle. Der Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Krankenhausgröße hat sich trotz der Verschiebung der Marktanteile nicht wesentlich verändert.

- Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser stellen unter regionalwirtschaftlichen Gesichtspunkten jeweils einen wichtigen Arbeitgeber im Krankenhaussektor dar. Aus gesellschaftspolitischen Aspekten spielen beide in der Ausbildung und der Nachwuchssicherung des nicht-medizinischen Personals eine wichtige Rolle. Der (Weiter-)Bildung des Personals kommt in freigemeinnützigen Häusern, insbesondere im Pflegerischen Dienst, eine hohe Bedeutung zu. Freigemeinnützige und öffentliche Häuser setzen verstärkt auf die Schulung von personellen und sozialen Fähigkeiten, während private Häuser mehr Wert auf die Vermittlung von Managementressourcen legen.
- Die Verteilung der Kosten entspricht derjenigen nach Marktanteilen der Träger. Die Kostenverteilung ist bei öffentlichen und freigemeinnützigen, mit anteilig höheren Personal- und geringeren Sach- und Zinskosten als die privaten Träger, vergleichbar. Die geringeren Personalkosten privater Häuser sind ggf. durch ein stärkeres In- und Outsourcing oder eine weniger starke Bindung an Tarifverträge zu erklären.
- Die freigemeinnützigen Krankenhäuser arbeiten, wie auch andere Träger, wirtschaftlich. So unterscheiden sich die Kosten je Fall bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern nicht wesentlich von denen der privaten Häuser. Die Personalkosten je Fall freigemeinnütziger Krankenhäuser liegen ebenso zwischen denen der anderen Träger. Die Sach- und Zinskosten je Fall sind bei den freigemeinnützigen geringer als bei den anderen Krankenhäusern.
- Die Leistungsfähigkeit freigemeinnütziger Krankenhäuser ist vergleichbar mit der von anderen Krankenhausträgern. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser behandeln durchschnittlich ähnlich viele Fälle je Vollkraft. Die Ärzte oder Vollkräfte im Funktionsdienst freigemeinnütziger Häuser behandeln hingegen im Schnitt mehr Fälle als bei den anderen Trägern.

Jahresabschlussanalysen

- Die Analyse der Jahresabschlüsse bestätigt die Aussagen vergleichbarer Studien und Befragungen, dass sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser im Untersuchungszeitraum 2011 und 2012 insgesamt verschlechtert hat. Insgesamt ist bei 58% der Krankenhäuser das Jahresergebnis 2012 schlechter als das Vorjahresergebnis. Der Trend ist trägerübergreifend zu konstatieren. 40% der Kliniken mit einem Jahresfehlbetrag in 2011 haben sich in 2012 weiter verschlechtert.
- Die stärkere Renditeerwartung privater Träger schlägt sich in den Kennzahlen zur Ertragslage nieder. Sowohl auf der Ebene des Jahresergebnisses als auch auf Ebene des Betriebsergebnisses (EBITDA) liegen die erfolgreichen privaten Krankenhäuser nach Anzahl und Höhe deutlich vor den erfolgreichen konfessionellen und öffentlichen Krankenhäusern. Die Umsatzrendite der privaten Häuser lag vor denen der freigemeinnützigen und öffentlichen.
- Die wirtschaftlich erfolgreichen konfessionellen Krankenhäuser erzielten eine positive Umsatzrendite von bis zu 5%, während die wirtschaftlich erfolgreichen privaten Krankenhäuser auch positive Umsatzrenditen von über 10% erzielten. Der Vergleichswert der öffentlichen Krankenhäuser liegt in 2012 und 2011 bei jeweils 1,3%. Innerhalb der Gruppe der konfessionellen Krankenhäuser erzielen mehr katholische als evangelische Krankenhäuser eine Umsatzrendite von mindestens 2%.
- Hervorzuheben sind die Unterschiede zwischen den Trägergruppen, die bei der Analyse der Betriebsergebnisse (EBITDA) festzustellen sind. Die EBITDA-Marge privater Krankenhäuser liegt deutlich höher als die EBITDA-Marge freigemeinnütziger bzw. öffentlicher Krankenhäuser. Ursächlich für diesen Unterschied ist insbesondere eine niedrigere Personalaufwandsquote privater Krankenhäuser.
- Die Analyse der wirtschaftlich erfolgreichen Krankenhäuser (Umsatzrendite mindestens 2%) ergibt eine leichte Relativierung der Trägerabhängigkeit des Betriebsergebnisses: Wirtschaftlich erfolgreiche konfessionelle Krankenhäuser erreichten 2012 eine EBITDA-Marge von 6%, öffentliche Krankenhäuser in Höhe von 5%. Der „Vorsprung“ der privaten Krankenhäuser (EBITDA-Marge im Median von 10,5%) ist somit um rund 1- bzw. 1,5 Prozentpunkte niedriger als in der Gesamtstichprobe.

- Bei der Materialaufwandsquote sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Trägergruppen festzustellen. Wesentlich für die Unterschiede beim Betriebsergebnis ist damit die Personalaufwandsquote. Diese liegt bei den wirtschaftlich erfolgreichen Krankenhäusern um rund fünf Prozentpunkte günstiger als in der Gesamtstichprobe. Eine belastbare Ursachenanalyse der unterschiedlichen Personalaufwandsquote (Unterschiede in den Tarifwerken, im Zentralisierungsgrad, der Spezialisierung, des Outsourcing oder des Leistungsspektrums etc.) war mit den vorhandenen Jahresabschlussdaten nicht möglich.
- Die Analyse der Jahres- und Betriebsergebnisse belegt die Trägerunterschiede in der Finanzierungsstruktur: Freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser haben ihren Umsatz in 2011 und 2012 anteilig weniger für Kapitalkosten (Abschreibungen, Zinsen, Steuern) eingesetzt als private Krankenhäuser.
- Bei den Investitionsquoten sind in der untersuchten Stichprobe in 2011 und 2012 keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Trägergruppen festzustellen.
- Konfessionelle Träger weisen bei den Kennzahlen zur Eigenkapital- und Liquiditätsausstattung regelmäßig, besonders im Vergleich zu den privaten Trägern, höhere Werte aus. Dies dürfte überwiegend historisch bedingt sein, das traditionell konservative Finanzierungsverhalten konfessioneller Träger widerspiegeln oder der Tatsache geschuldet sein, dass private Träger geringere Maßstäbe an die Eigenkapital- bzw. Liquiditätsausstattung einzelner Kliniken im Verbund legen.
- Der hohe Anteil von Krankenhäusern mit Jahresfehlbeträgen führt zu einer wachsenden Zahl an Krankenhäusern, die keine fristenkonforme Finanzierung mehr sicherstellen können. Auf der anderen Seite ist festzuhalten, dass noch fast die Hälfte aller Krankenhäuser ein positives Netto-Finanzvermögen besitzt, d.h. die liquiden Mittel übersteigen die Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten.

Expertenbefragung: Erfolgsfaktoren konfessioneller Krankenhäuser

- Konfessionelle Krankenhäuser haben einen Vertrauensvorschluss in der Bevölkerung. Sie stehen als „Marke“ für Begriffe wie Zuwendung, Menschlichkeit, Betreuung, Pflege, Hinwendung, Dasein für andere aber auch Spiritualität. Das Image konfessioneller Häuser wirkt sich sowohl auf die Anspruchshaltungen der Patienten als auch der Mitarbeiter aus. Den Erwartungshaltungen der verschiedenen Anspruchsgruppen werden die konfessionellen Krankenhäuser nach eigener Wahrnehmung durch eine patienten- und mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur bei gleichzeitiger Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte gerecht. Wertschätzung, Höflichkeit und Respekt für Mitarbeiter und Patienten sind ebenso zentrale, erfolgsversprechende Stichworte wie „gelebte Sozialqualität“, Unterstützung und Hilfe in schwierigen Situationen.
- Eine erfolgreiche Patientenversorgung heißt, Patienten Zuwendung, Pflege, Betreuung erleben zu lassen, Informationen zu geben und sie in die Behandlung einzubeziehen – alles im Sinne eines ganzheitlichen Menschenbildes. Integration in die Gemeinschaft und Erleben von Religion haben für konfessionelle Häuser einen besonderen Stellenwert. Patientenorientierung bedeutet, die Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten. Erfahrbare wird dies auch durch die vorgehaltenen Schwerpunkte, die fachdisziplinenübergreifende Ausrichtung der Versorgung sowie verschiedene Personen, die sich „kümmern“ oder „helfen“. Ursächlich für den Erfolg konfessioneller Häuser sind – neben anderen Berufsgruppen – insbesondere die Pflegekräfte, denen es in besonderer Weise gelingt, die patientenorientierte Versorgung mit den genannten Attributen zu repräsentieren und erlebbar zu machen. Um diesen Standard zu halten und zu erfüllen, werden erwirtschaftete Überschüsse gezielt in den Ausbau von Pflegekräften investiert.
- Die Ressource Mitarbeiter ist für viele konfessionelle Häuser der Erfolgsfaktor schlechthin. Mitarbeiter werden entsprechend der Unternehmenskultur nicht nur als „Human Resource“ sondern als Menschen wahrgenommen und in Entscheidungsprozesse oder Entscheidungen einbezogen. Erfolg ist in konfessionellen Krankenhäusern damit im Wesentlichen eine Frage der Wertschätzung der Mitarbeiter und der Qualität der Führung. Hohe soziale Kompetenz und sozialer Anspruch stehen dabei im Vordergrund. Mitarbeiterbindung und -entwicklung wird über verschiedene Faktoren und Angebote, wie Unterstützung in schwierigen persönlichen oder berufli-

chen Situationen oder gezielten Fort- und Weiterbildungen, realisiert. Die Attraktivität des Arbeitsplatzes wird den konfessionellen Häusern vielerorts bescheinigt. Bei der Wahl der Arbeitnehmer stehen konfessionelle Aspekte, anders als früher, nicht mehr wesentlich im Fokus. Unabdingbar ist jedoch eine Orientierung an christlichen Werten.

- Erfolgreiche konfessionelle Krankenhäuser zeichnet eine sehr gute Zusammenarbeit sowohl zwischen allen hierarchischen Ebenen als auch innerhalb der gleichen hierarchischen Ebene aus. Die gute Zusammenarbeit ist gleichzeitig Indikator und Garant für den Erfolg – auch die Patienten profitieren von dem erfolgreichen Miteinander, dem Teamgedanken. Offenheit, Klarheit, Fairness und Sachlichkeit prägen den Umgang über alle Ebenen hinweg und sind die Basis für ein Wir- und Zusammengehörigkeitsgefühl. Die Führung lässt sich durch einen kooperativ-partizipativen Führungsstil mit gleichzeitig klaren Zielvorgaben beschreiben.
- Bei aller Patienten- und Mitarbeiterorientierung sind konfessionelle Häuser wirtschaftlich erfolgreich. Der wirtschaftliche Erfolg konfessioneller Häuser ist in erster Linie auf schnelle Entscheidungsstrukturen, ein aktives, möglichst präventives Handeln, wenig Bürokratie und einen großen Spielraum in der Geschäftsführung zurückzuführen. Prozessoptimierung, klare Kommunikationsstrukturen und feste Termine runden neben einer guten „konservativen“ Medizin, die weniger auf Neuerungen und Fortschritte, als auf gezielte Schwerpunkte, Spezialisierung und Differenzierung fokussiert ist, das Bild ab. Die Leistungs- und Angebotsstruktur ist weniger an der Konfession ausgerichtet als das Ergebnis von gezielten Markt-, Wettbewerbs- und Unternehmensanalysen. Netzwerke, Kooperationen, Zusammenschlüsse, die nicht nur den stationären Bereich sondern die gesamte Behandlungskette betreffen, sichern den aktuellen und zukünftigen Erfolg konfessioneller Krankenhäuser.

Ausblick

- Kennzeichnend für das deutsche Krankenhauswesen ist die große Trägervielfalt von öffentlichen bzw. kommunalen, freigemeinnützigen bzw. konfessionellen und privaten Krankenhausträgern. Die Trägervielfalt in der Krankenhausversorgung wird auch künftig im Grundsatz erhalten bleiben, selbst wenn sich die Marktanteile zwischen einzelnen Trägergruppen weiter verschieben sollten. Die einzelnen Trägergruppen

werden weiterhin spezifische Marktsegmente bzw. Versorgungsschwerpunkte besetzen. Freigemeinnützige Krankenhäuser werden weiter für die Patientenversorgung sowie als Arbeitgeber und im Rahmen der Ausbildung des nicht-medizinischen Personals eine zentrale Rolle spielen.

- Die Trägerschaft ist nicht zwingend ein Garant für Erfolg oder Misserfolg, für Effizienz oder Unwirtschaftlichkeit. So zeigen sich auch innerhalb der Trägergruppen deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit. Vor allem bei den privaten und öffentlichen Krankenhäusern gibt es sehr große Unterschiede innerhalb der Trägergruppe.
- Die übergeordnete Unternehmensausrichtung von Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft dürfte einer völligen Angleichung von Unternehmensstrategien und operativen Maßnahmen zu ihrer Umsetzung gewisse Grenzen setzen: Für die privaten Krankenhäuser werden die ökonomischen Ziele, wie die Erhöhung des Umsatzes oder Gewinns, aufgrund ihrer eher erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung auch weiterhin eine höhere Priorität haben als für Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Demgegenüber werden die gemeinnützig orientierten öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser regionalwirtschaftlichen und versorgungspolitischen Zielen teilweise eine gleichrangige oder ggf. höhere Bedeutung zu messen als die privaten Krankenhausträger.
- Vor diesem Hintergrund kann somit nicht geschlussfolgert werden, dass erwerbswirtschaftlich ausgerichtete Krankenhäuser generell erfolgreicher sind als gemeinwirtschaftlich orientierte Krankenhäuser und umgekehrt. Vielmehr sind bei einem Vergleich von Trägergruppen stets auch die übergeordneten Unternehmensziele in Rechnung zu stellen.

1 Einleitung

Das deutsche Krankenhauswesen ist durch eine große Trägervielfalt von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern geprägt. Die Anteile der verschiedenen Trägergruppen verändern sich seit den 1990er Jahren zunehmend. So ist eine Verschiebung insbesondere von öffentlichen aber auch freigemeinnützigen hin zu privaten Krankenhäusern feststellbar. Die Marktanteile der freigemeinnützigen liegen knapp vor denen der privaten Allgemeinkrankenhäuser, die je mehr als ein Drittel umfassen. Der Anteil der öffentlichen Häuser beträgt rund 28%.

Bei der Diskussion und Würdigung wirtschaftlich erfolgreicher Krankenhäuser stehen häufig private Krankenhäuser oder Klinikketten im Fokus. Dabei wird oft außer Acht gelassen, dass die verschiedenen Trägergruppen z.B. tendenziell unterschiedliche Marktsegmente bzw. Versorgungsschwerpunkte abdecken. Zudem verfolgen sie zum Teil unterschiedliche Zielsetzungen und Strategien. So haben beispielsweise in Häusern privater Trägerschaft ökonomische Denk- und Handlungsmuster auf Grund ihrer erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung teilweise früher und nachhaltiger Einzug gehalten als in anderen Trägergruppen. Umgekehrt haben bei konfessionellen Kliniken gemeinwirtschaftliche Ziele eine größere Bedeutung als bei privaten Krankenhäusern.

Es gibt auch zahlreiche konfessionelle Krankenhäuser, die eine vorbildliche Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit aufweisen. Diese stehen, anders als die privaten Klinikketten, aber oft weniger im Fokus der Öffentlichkeit. Unklar ist oft, unter welchen erfolgskritischen oder erfolgshemmenden Faktoren konfessionelle Krankenhäuser erfolgreich wirtschaften. Ebenso ist offen, welche Maßnahmen sie ergriffen haben, um sich in dem wettbewerbsintensiven Markt zu behaupten.

Vor diesem Hintergrund hat die CURACON GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft den Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (DKI) mit der Studie „Das erfolgreiche konfessionelle Krankenhaus“ beauftragt. Die CURACON GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat auch Teile des Projekts bearbeitet bzw. dazu beigetragen. Die Analyse der Bedeutung der konfessionellen Häuser für die Patientenversorgung sowie deren Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit standen im Mittelpunkt der Studie. Dabei wurden speziell die Situation und Erfolgsbedingungen von konfessionellen Krankenhäusern eingehend untersucht. Dies erfolgte zum

Teil im Zeitvergleich sowie im Vergleich mit den anderen Trägergruppen. Konkret verfolgte das Projekt folgende zentrale Ziele:

- Erstens sollte die Bedeutung der konfessionellen Krankenhäuser für die Patientenversorgung herausgestellt werden.
- Zweitens sollte die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der konfessionellen Krankenhäuser untersucht werden.
- Drittens sollten erfolgskritische aber auch hemmende Faktoren für den wirtschaftlichen Erfolg und die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft analysiert und anhand ausgewählter Beispiele illustriert werden.
- Viertens sollte die Bedeutung der konfessionell-weltanschaulichen Ausrichtung bzw. der christlichen Werteorientierung der kirchlichen Krankenhäuser für die Unternehmenskultur und den Krankenhausalltag untersucht werden.

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

- Modul I: Sekundärdatenanalyse der amtlichen Statistik, des DKI-Krankenhaus Barometers sowie der DKI-Krankenhausdatenbank
- Modul II: Jahresabschlussanalysen
- Modul III: Expertenbefragungen in ausgewählten konfessionellen Krankenhäusern

Einzelheiten zur Methodik können den jeweiligen Kapiteln entnommen werden.

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

- Christliche Krankenhaus Quakenbrück gemeinnützige GmbH
- Johanniter GmbH mit den Evangelischen Kliniken Bonn und dem Johanniter-Krankenhaus Rheinhausen
- Kaiserswerther Diakonie mit dem Florence-Nightingale-Krankenhaus
- Malteser Deutschland gemeinnützige GmbH mit dem Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg

- Mathias Stiftung mit dem Mathias-Spital Rheine

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

2 Besonderheiten konfessioneller Häuser

2.1 Rechtliche und tarifliche Besonderheiten

Konfessionelle Krankenhäuser wurden traditionell unmittelbar als Sondervermögen einer örtlichen katholischen oder evangelischen Kirchengemeinde betrieben. Vor dem Hintergrund zunehmender wirtschaftlicher und rechtlicher Haftungsrisiken ist in den letzten 20 Jahren der überwiegende Teil der konfessionellen Krankenhäuser in eine Rechtsform des privaten Rechts (Kapitalgesellschaft, Stiftung, e.V.) überführt worden. Ungeachtet dessen unterliegen konfessionelle Krankenhäuser in Teilbereichen weiterhin der Kirchenautonomie bzw. dem kirchlichen Selbstbestimmungsrecht, basierend auf dem Artikel 140 des Grundgesetzes und den Artikeln 136 – 139 und 141 der Weimarer Reichsverfassung.

Die verfassungsrechtliche Sonderstellung der Kirchen hat für die konfessionellen Krankenhäuser insbesondere Auswirkungen auf den arbeitsrechtlichen Bereich. Die Arbeitsverhältnisse werden nach speziellen kirchlichen Vertragsrichtlinien ausgestaltet (z.B. AVR Caritas, AVR DW EKD, BAT-KF), die teilweise bundeslandspezifisch ausgestaltet sind. Dem steht bei kommunalen Krankenhäusern der TVöD und bei privaten Krankenhäusern oft ein Haustarifvertrag gegenüber. Ebenso sind die Beteiligungsrechte der Arbeitnehmervertretungen unterschiedlich geregelt (z.B. MVG oder MAVO).

Die Unterschiede in den Tarifstrukturen im Krankenhausbereich betreffen auch unterschiedliche Altersversorgungssysteme: Während kommunale Krankenhäuser die Altersvorsorge nach der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder strukturieren, greifen konfessionelle Häuser auf kirchliche Zusatzversorgungskassen zu.

Im Hinblick auf die Personalgewinnung sind die aus dem kirchlichen Arbeitsrecht resultierenden Loyalitäts- und Treuepflichten der kirchlichen Arbeitnehmer besonders hervorzuheben (§§ 611, 242 BGB). Mitarbeiter sind verpflichtet, kirchenfeindliches Verhalten in inner- und außerdienstlichen Bereichen zu unterlassen. Vor diesem Hintergrund sind Kündigungen bei Loyalitätspflichtverletzung rechtskräftig. Zu den möglicherweise geahndeten Verfehlungen zählen z.B. Ehebruch, kirchenrechtlich verbotene Eheschließung, konfessionsfeindliche Betätigung, öffentliches Eintreten gegen kirchliche Glaubensgrundsätze, praktizierte Homosexualität (von Tiling, 2013). Zudem wird der ärztliche Dienst als Gesamtleistung von Dienstgebern und -nehmern betrachtet, bei dem beide der religiösen Grundlage und Zielrichtung verpflichtet sind (HdB Staatskirchenrecht II, § 65, S. 892). Zum Schutz des kirchlichen Auf-

trags sind Streik und Aussperrung untersagt: „Arbeitskampfmaßnahmen“ seien mit dem religiösen Auftrag am Nächsten nicht vereinbar. Derzeit entscheidet das Bundesverfassungsgericht, ob Gewerkschaften künftig auch in kirchlichen Einrichtungen streiken dürfen.

2.2 Unternehmenskultur

In den deutschen Krankenhäusern dominieren trägerübergreifend qualitätsorientierte Unternehmensziele. Unabhängig von der Trägerschaft sind den Krankenhäusern eine hohe Patientenzufriedenheit, eine hohe Qualität der Leistungserbringung und ein gutes Image am wichtigsten. Unterschiede zeigen sich erwartungsgemäß bei der Gewichtung ökonomischer Ziele. Häuser privater Träger bewerten entsprechend Ziele wie die Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite, die Gewinnerzielung oder die Umsatzerhöhung höher als die anderen Trägergruppen, bei denen diese eine geringe Relevanz haben. Dagegen sind für öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser versorgungspolitische und regionalwirtschaftliche Ziele wie die umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sowie die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen signifikant wichtiger als für die privaten Krankenhausträger (Hanneken et al., 2010).

Konfessionelle Krankenhäuser sind als caritative bzw. diakonische Einrichtungen nach dem Selbstverständnis der Kirchen eine Verdeutlichung und Profilierung der christlichen Botschaft in die Gesellschaft als „Dienst der Liebe“ (Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 2014). Mit dem konstitutiven christlichen Wertebezug unterscheiden sich konfessionelle Krankenhäuser von den öffentlichen Krankenhausträgern, bei denen die Erfüllung eines öffentlichen Versorgungsauftrags im Vordergrund steht.

Im Betriebsablauf bedeutet die christliche Wertestruktur für die Ordensschwestern eines Krankenhauses, dass in erster Linie die Nächstenliebe durch den Dienst am Nächsten im Vordergrund steht. Im Gegensatz dazu hat die Familie, Gesundheit und Arbeitsplatzsicherheit für „weltliche“ Mitarbeiter des entsprechenden Hauses einen besonders hohen Stellenwert (Stefinger et al., 2011). Erwartungsgemäß werden Differenzen im Wertesystem zwischen konfessionellen und zivilen Mitarbeitern deutlich. Daraus lässt sich jedoch nicht schlussfolgern, dass die zivilen Mitarbeiter weniger patientenorientiert agieren als die Ordensschwestern. Beide eint eine hohe Gewichtung von Werten, die das Miteinander prägen, wie z.B. gegenseitiger Respekt, gegenseitiges Vertrauen oder auch Wertschätzung. Auch ein ansprechendes Betriebsklima rangiert bei beiden Mitarbeitergruppen in der Werterang-

ordnung weit oben (Stefinger et al., 2011). Entsprechend wird häufig konstatiert, dass Arbeitnehmer an kirchliche Arbeitgeber gewisse Erwartungen wie eine verstärkte Menschlichkeit und Zuwendung, ein verstärktes Maß an Toleranz und Zusammenhalt stellen.

Das werteorientierte Selbstverständnis bringt den konfessionellen Krankenhäusern in der Öffentlichkeit in der Regel einen Vertrauensvorsprung (Schürmann-Schütte & Berg, 2013): Nicht nur religiöse Patienten assoziieren mit konfessionellen Häusern gewisse Eigenschaften, Vorgehensweisen bzw. Motive (z.B. Menschlichkeit, Geborgenheit), welche sie bei anderen Einrichtungen zu vermissen befürchten. Es wird unterstellt, dass konfessionelle Häuser die mit der Religion verbundenen Werte vertreten und somit ihre Versorgung in diesem Sinne auf die Patienten ausrichten (Steiner et al., 2009). Dies betrifft insbesondere die Versorgung in existenziellen Situationen, wie die palliativmedizinische Betreuung und den Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen.

Als mögliche Folge dessen berichtet Mißlbeck (2009) von einer überdurchschnittlichen Patientenzufriedenheit. So fühlten sich 75 % der Patienten im konfessionellen Krankenhaus mit Rücksicht behandelt und zudem stimmten 88 % der Patienten zu, dass sich das Personal um sie kümmere (Steiner et al., 2009). Nach der bundesweiten Patientenbefragung der Techniker Krankenkasse (2014) sind in Sachsen-Anhalt fünf unter den insgesamt sechs ausgezeichneten Krankenhäusern in konfessioneller Trägerschaft. Offen bleibt, inwieweit sich das konfessionelle Selbstverständnis, was ggf. auch durch eingebundene Ehrenamtler versinnbildlicht wird, direkt auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Ebenso stehen Studien aus, die untersuchen, inwieweit trägerspezifische Unterschiede existieren.

Der hohen Patientenzufriedenheit ungeachtet treten aktuell auch kritische Themenaspekte in Bezug auf konfessionelle, speziell katholische Krankenhäuser, in den Vordergrund, die für einen verstärkten Diskussionsbedarf in der Gesellschaft sorgen (Abtreibung oder „Pille danach“).

2.3 Strategische Ausrichtung und Wirtschaftlichkeit

Konfessionelle Häuser stehen, wie alle Krankenhäuser, aufgrund der finanziellen, gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen unter einem steigenden Effizienz- und Kostendruck. Als Reaktion auf den Veränderungsdruck lässt sich ein Professionalisierungsprozess erkennen, bei dem durch kontinuierliche Anpassung der Organisation, durch Wachs-

tum und Vernetzung eine Steigerung der Effizienz erzielt wird (Schwegel, 2011). Existenziell ist in diesem Zusammenhang, die notwendigen Umstrukturierungen so zu gestalten, dass das eigene konfessionelle Profil bewahrt bleibt. Es wird vielfach geäußert, dass wirtschaftliches Handeln und christliches Denken grundsätzlich keine Gegensätze darstellen müssen (Stefinger et al., 2011; Mißbeck, 2009). Kirchliche Krankenhäuser sind, so das Ergebnis verschiedener Studien, wirtschaftlich und qualitativ gut aufgestellt (Mißbeck, 2009).

Aufgrund ihrer Nähe zu Caritas und Diakonie sind konfessionelle Krankenhäuser lokal häufig mit anderen stationären und ambulanten sozialen Dienstleistungen vernetzt (z.B. Altenheime, Kurzzeitpflege). Eine sektorenübergreifende, umfassende Gesundheitsversorgung entspricht dem kirchlichen Anspruch der umfassenden Unterstützung Hilfebedürftiger und Kranker. Eine Verbundstruktur mit anderen Krankenhäusern bietet konfessionellen Krankenhäusern, wie auch anderen Trägern, die Chance, die Interdisziplinarität zu steigern, das Angebotsportfolio zu erweitern und passgenaue Versorgungsformen mit Schwerpunkt- und Zentrenbildung entwickeln zu können (Kemper et al., 2012). Durch Kooperationen und Fusionen können Synergien gehoben werden, indem z.B. eine standortübergreifende Besetzung in der Verwaltung und eine Zentralisierung im tertiären Bereich stattfindet (Schürmann-Schütte & Berg, 2013).

Grundsätzlich sind konfessionelle Häuser bereit, sich auch mit anderen Kliniken zusammen zu schließen oder zu kooperieren. Am häufigsten werden Fusionen zwischen Krankenhäusern gleicher Konfessionen (89%) realisiert. Ein Zusammenschluss mit einem anderen Träger gleicher konfessioneller Ausrichtung birgt grundsätzlich die geringsten Konfliktpotentiale. Beispielweise können die eigenen Wertvorstellungen und Ideale ohne größere Probleme gewahrt bleiben (Steffen & Offermanns, 2011).

Unabhängig davon, kann in vielen Fällen auch die Kooperation mit einem Träger anderer Ausrichtung aus lokalen und regionalen Gründen ökonomisch und medizinisch sinnvoll sein. Die Bereitschaft, mit Trägern anderer Konfessionen zu kooperieren, ist oftmals gegeben. Dahin gegen wird es oft abgelehnt, mit privaten Kliniken zusammen zu arbeiten. Bei Kooperationen oder Zusammenschlüssen mit Trägern, die nicht die gleiche oder gar keine Konfession haben, kann die kirchliche Ausrichtung durch besondere Vertragsklauseln gesichert werden. Hier sind insbesondere z.B. eine Mehrheitsbeteiligung des kirchlichen Trägers oder die Festlegung der Mitgliedschaft in einem konfessionellen Dachverband, verbunden mit der Anwendung des entsprechenden konfessionellen Arbeitsrechts, zu nennen. In der Praxis ist

jedoch festzustellen, dass Kooperations- und Fusionsgespräche aufgrund von unterschiedlichen Meinungen (z.B. beim Thema Schwangerschaftsabbrüche) scheitern. Dies trifft jedoch ganz allgemein auf Fusionen zu, die unabhängig davon sehr häufig scheitern (Steffen & Offermanns, 2011).

Entgegen dem Kooperationswillen sieht nur die Hälfte der kirchlichen Häuser das eigene Haus zukünftig in einem größeren Verbund integriert (Kemper et al., 2012).

3 Sekundärdatenanalyse

3.1 Einführung

3.1.1 Ziele

Das Ziel der Sekundäranalyse ist es, die Rolle der konfessionellen Krankenhäuser für die stationäre Versorgung zu analysieren. Die Bedeutung der konfessionellen Krankenhäuser wird

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

untersucht.

3.1.2 Datenquellen und Methodik

Es werden je Themenfeld unterschiedliche Kennzahlen analysiert. Dabei werden die konfessionellen Krankenhäuser im Vergleich zu anderen Trägergruppen auf statistisch verlässlicher Basis dargestellt und untersucht. Im Unterschied zu anderen Untersuchungen wird dabei die Krankenhausgröße systematisch kontrolliert. Das hat den Hintergrund, dass die verschiedenen Träger unterschiedliche Versorgungsaufträge und Marktsegmente abdecken, die die Ergebnisse – unkontrolliert nach Krankenhausgröße – verzerren könnten.

Zur Analyse werden im Wesentlichen folgende Datenquellen genutzt:

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

3.1.2.1 Analyse der Daten des Statistischen Bundesamtes

Um die Bedeutung der konfessionellen Krankenhäuser für die Patientenversorgung, unter regionalwirtschaftlicher und Kostenperspektive sowie aus Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsperspektive zu analysieren, wurden die Grunddaten und der Kostennachweis der Krankenhäuser des Jahres 2012 herangezogen.

Für die Zeitreihenanalyse wurden die Daten der Jahre 2004 bis 2012 genutzt. Bei der Datenanalyse werden prozentuale Häufigkeiten im Trägervergleich sowie nach Bettengrößenklassen spezifiziert deskriptiv beschrieben.

In den Daten des Statistischen Bundesamtes werden die konfessionellen Krankenhäuser den freigemeinnützigen Krankenhäusern zugerechnet. Eine weitere Differenzierung nach verschiedenen kirchlichen Trägern oder konfessionellen und nicht-konfessionellen freigemeinnützigen Einrichtungen ist auf Basis der StaBu-Daten nicht möglich. Insgesamt machen die konfessionellen oder kirchlichen Häuser den größten Teil der freigemeinnützigen Häuser aus. Der Anteil lag im Jahr 2006 beispielsweise bei rund 86% (Daten für 2006 von Prognos 2009). Dies ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Datenanalyse wurden die Krankenhäuser der verschiedenen Träger jeweils um die Hochschulkliniken bzw. Universitätskliniken bereinigt. Zur Datenbereinigung wurden die Daten aus den Qualitätsberichten der entsprechenden Hochschulkliniken genutzt. Wenn die notwendigen Daten nicht in den Qualitätsberichten ausgewiesen waren, wurden Erwartungswerte auf Basis von Durchschnittswerten der Hochschulkliniken bzw. öffentlichen Krankenhäuser genutzt.

3.1.2.2 Analyse der Daten des DKI Krankenhaus Barometers

Über die Analysen der amtlichen Statistik hinaus, werden zur Untersuchung der organisatorischen und strategischen Aspekte einschlägige Ergebnisse aus dem DKI-Krankenhaus Barometer reanalysiert und spezifisch nach Trägergruppen aufbereitet. In der Krankenhausbefragung 2013 des Barometers bildete das Thema In- und Outsourcing, im Jahr 2012 die Führungskräfteentwicklung jeweils ein Schwerpunktthema. Bei der Ergebnisdarstellung werden im Wesentlichen Häufigkeiten und Mittelwerte beschrieben.

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

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

Die Unikliniken werden im Datensatz nicht separat, sondern in der Gruppe der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser ausgewiesen. Da betriebsstättenbezogen die Unikliniken nur einen minimalen Teil der öffentlichen Häuser ab 50 Betten ausmachen, sind die Ergebnisse in dieser Trägergruppe maßgeblich durch die kommunalen Krankenhäuser bestimmt.

3.1.2.3 Analyse der Daten des DKI Krankenhausdatenbank

Die Bedeutung der konfessionellen Krankenhäuser für die regionale und wohnortnahe Versorgung wird anhand der Daten der DKI Krankenhausdatenbank¹ analysiert. Dort sind den Krankenhäusern die jeweiligen Regionsgrundtypen zugeordnet. Die Einteilung der Regionsgrundtypen erfolgt gemäß der siedlungsstrukturellen Typisierung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)². Das BBSR unterscheidet in Abhängigkeit von zentraler Lage, Bevölkerungszahl und –dichte die drei siedlungsstrukturelle Regionsgrundtypen: Agglomerationsräume, verstädterte Räume und ländliche Räume.

¹ Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass die Verteilung nach Trägerschaft der Allgemeinkrankenhäuser in der Krankenhausdatenbank etwas von der des Statistischen Bundesamtes abweicht. Dies ist u. a. auf die betriebsstättenbezogene Zählweise sowie den unterschiedlichen Aktualitätsgrad zurückzuführen.

² Zur Definition von Regionsgrundtypen vgl. Anhang

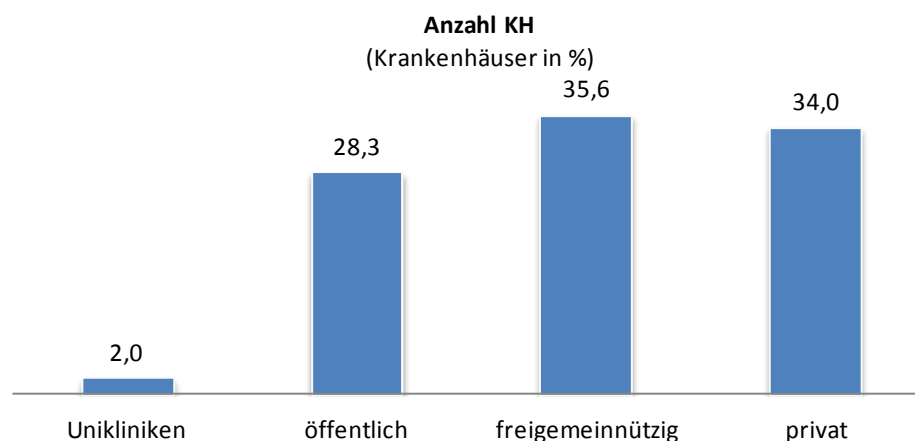
3.2 Patientenversorgung

3.2.1 Anzahl Krankenhäuser / Betriebsstätten

Im Jahr 2012 waren von den 1.692 Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland 603 bzw. 35,6% in freigemeinnütziger Trägerschaft, 576 bzw. 34,0% in privater und 28,3% (479) in öffentlicher Trägerschaft. 2,0% der Allgemeinkrankenhäuser waren Hochschulkliniken bzw. Universitätskliniken. Die meisten Krankenhäuser befanden sich demnach in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Marktanteile der privaten Krankenhäuser wichen jedoch nicht wesentlich davon ab. Etwas weniger Krankenhäuser waren im Jahr 2012 in öffentlicher Trägerschaft (Abb. 1).

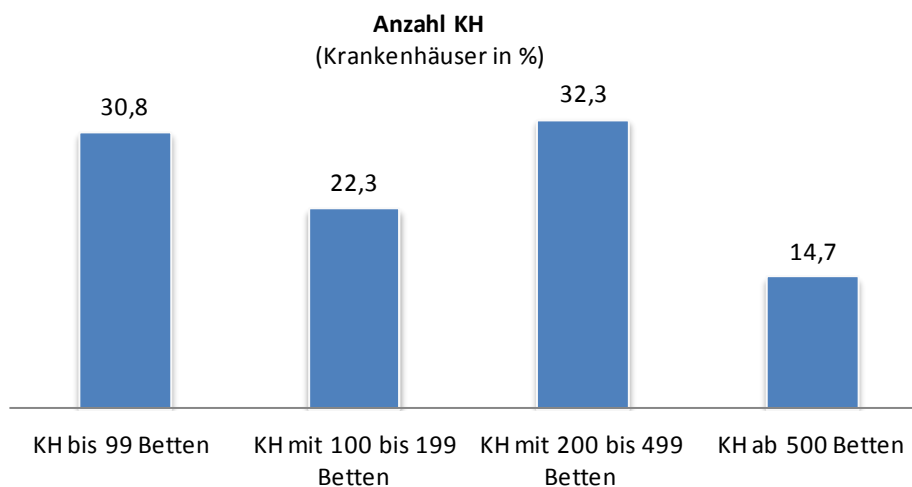
In den 1.692 Allgemeinkrankenhäusern standen im Jahr 2012 durchschnittlich 271 Betten. Die Bettenzahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser entsprach in etwa dem Bundesdurchschnitt (268). Die Anzahl der Betten der öffentlichen Krankenhäuser lag mit im Durchschnitt 367 Betten deutlich über dem Mittel. In den privaten Krankenhäusern standen mit 133 im Schnitt die wenigsten Betten.

Von den 1.692 Allgemeinkrankenhäusern zählte im Jahr 2012 jeweils ungefähr ein Drittel zu den Krankenhäusern mit bis 99 Betten (521) bzw. mit 200 bis 499 Betten (546). Knapp ein Viertel der Krankenhäuser fällt in die Bettengrößenklasse 100 bis 199 Betten (377), während der kleinste Teil (248) zur Bettengrößenklasse ab 500 Betten gehörte (Abb. 2).



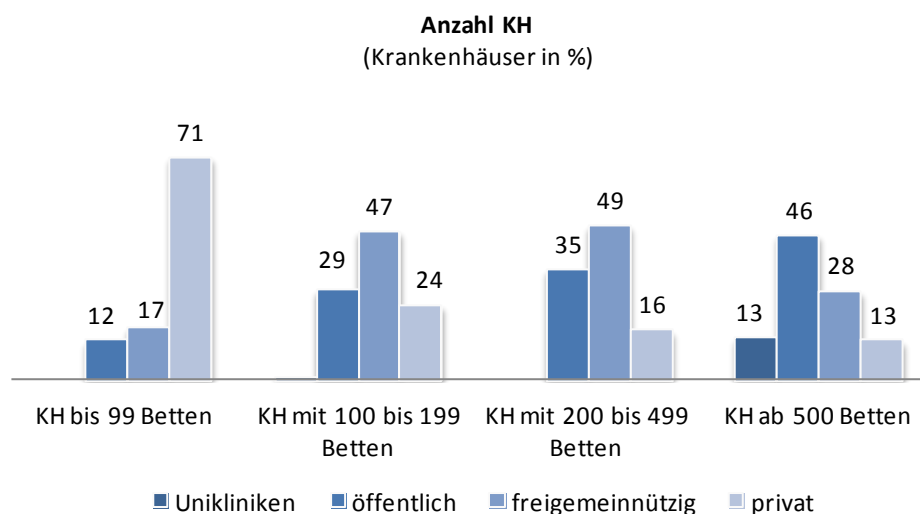
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft im Jahr 2012



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen im Jahr 2012



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Allgemeinkrankenhäuser je Bettengrößenklasse und nach Trägerschaft in 2012

Die Krankenhausgröße hing im Jahr 2012 stark mit der Trägerschaft zusammen, wie ein Vergleich nach Bettengrößenklassen zeigt. Unter den Krankenhäusern bis 99 Betten wiesen die privaten Krankenhäuser einen Marktanteil von 71% (369) auf, während die freigemeinnützigen Krankenhäuser in dieser Bettengrößenklasse einen Anteil von gut 15% (87) ver-

zeichneten. Freigemeinnützige Krankenhäuser hatten in den Häusern mit 100 bis 499 Betten jeweils einen Marktanteil von knapp 50%, während öffentliche Häuser insbesondere über 500 und mehr Betten verfügten. Der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft nahm mit zunehmender Krankenhausgröße ab, derjenige öffentlicher zu (Abb. 3).

Abb. 4 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Krankenhausgröße noch einmal eindrucksvoll. Der deutlichste Effekt ist bei den privaten Krankenhäusern zu beobachten, bei denen fast zwei Drittel der Krankenhäuser über bis 99 Betten verfügte. Bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern sind die Zusammenhänge auch gegeben, aber weniger deutlich als bei den privaten Häusern. Jeweils der größte Teil der freigemeinnützigen (44%) und öffentlichen (40%) Krankenhäuser wiesen zwischen 200 und 499 Betten auf. Der Anteil der Häuser mit 500 und mehr Betten war bei den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft im Vergleich zu den anderen überproportional (Abb. 4).

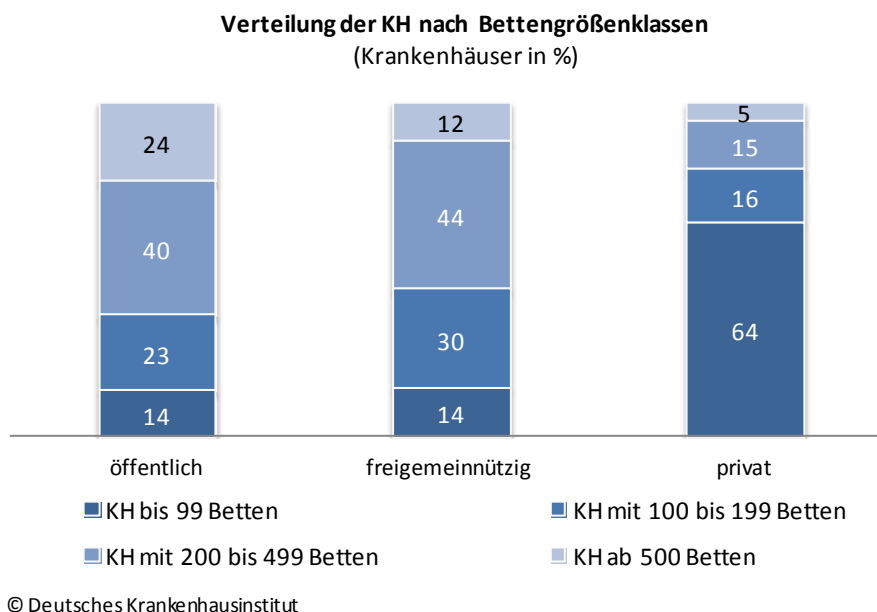
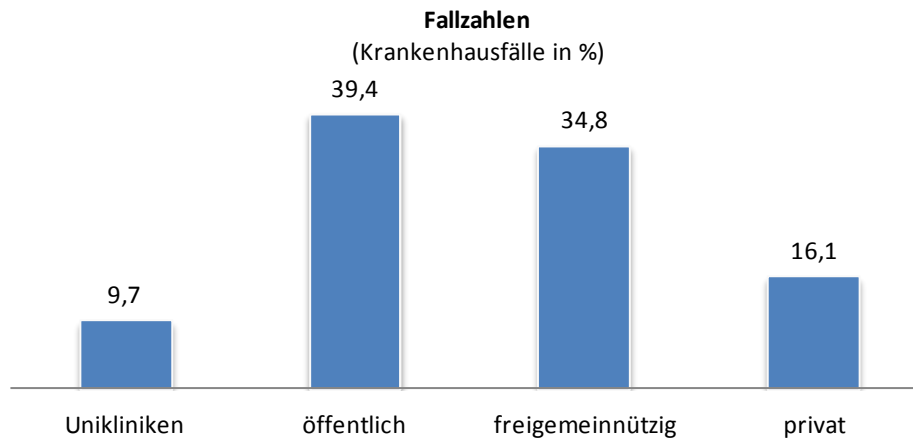


Abb. 4: Verteilung der Bettengrößenklassen der Allgemeinkrankenhäuser (ohne Unikliniken) in 2012

3.2.2 Fallzahlen

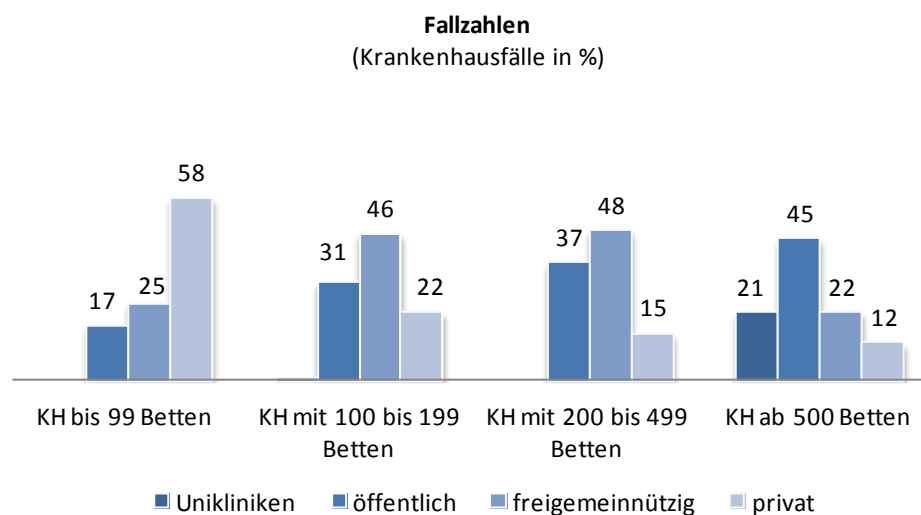
Die freigemeinnützigen Krankenhäuser haben im Jahr 2012 mit 6.269.000 Fällen 34,8% aller Fälle der Allgemeinkrankenhäuser (18.010.800) behandelt. Die freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser (39,4%) haben zusammen insgesamt knapp drei Viertel aller Pati-

enten versorgt. In den privaten Krankenhäusern wurden – trotz des mit den freigemeinnützigen Krankenhäusern vergleichbaren Marktanteils bei den Betriebsstätten – nur 16,1% aller Fälle behandelt (Abb. 5). Dies ist auf die unterschiedlichen Marktsegmente zurückzuführen, die die verschiedenen Trägergruppen abdecken. Die Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft tragen somit wesentlich zur Patientenversorgung bei.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Fallzahlen der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012



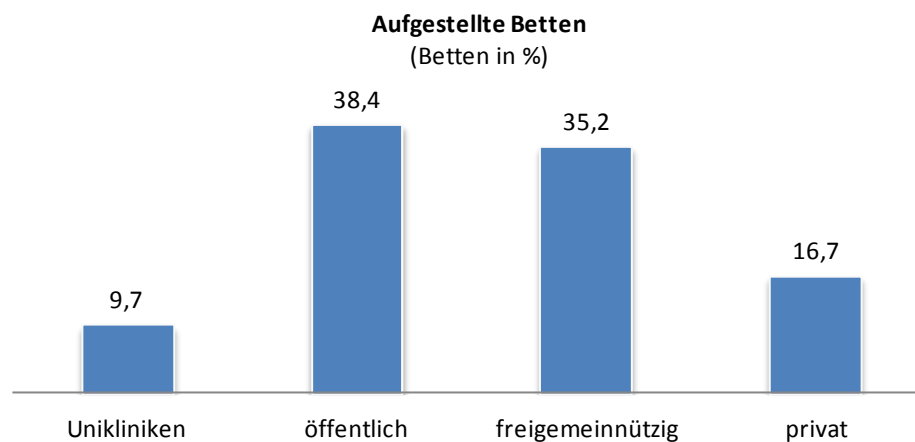
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Fallzahlen der Allgemeinkrankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

4% aller Krankenhausfälle wurden in Krankenhäuser bis 99 Betten behandelt (700.600). In den Krankenhäusern ab 200 Betten war der größte Teil der Patienten stationär aufgenommen (39% in KH mit 200 bis 499 Betten (7.056.200); 45% in KH ab 500 Betten (8.152.600)). Die freigemeinnützigen Krankenhäuser erzielten in den mittleren Bettengrößenklassen die höchsten Fallzahlen (46% bzw. 48%), während knapp die Hälfte der Fälle in der höchsten Bettengrößenklasse in den öffentlichen Krankenhäusern behandelt wurde. Die Fallzahlen der Privatkliniken fielen in den kleineren Häusern deutlich überproportional aus (58%; 406.700 Fälle) (Abb. 6).

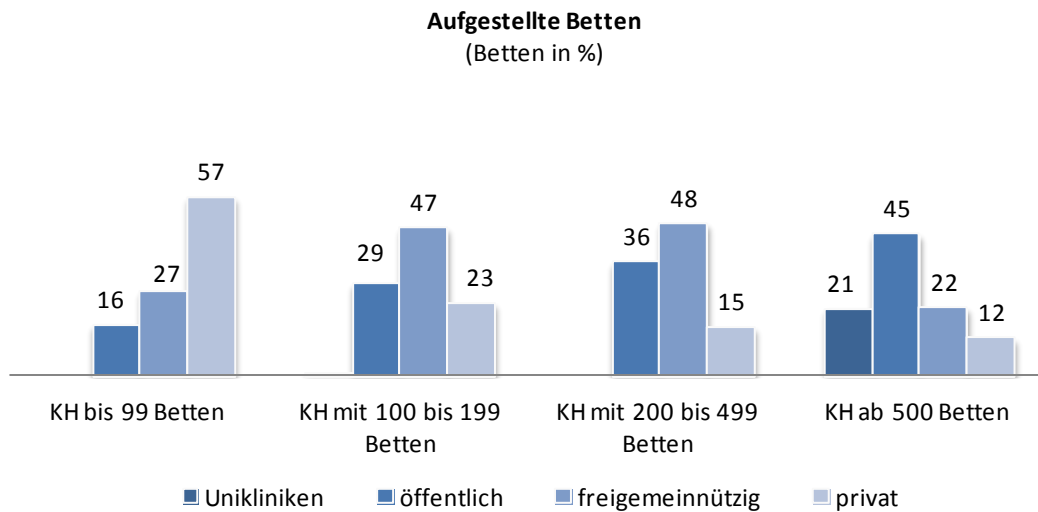
3.2.3 Bettenanzahl

Im Jahr 2012 waren von den insgesamt 458.400 Betten in Allgemeinkrankenhäusern 38,4% in öffentlichen Krankenhäusern, 35,2% in freigemeinnützigen und 16,7% in privaten Krankenhäusern aufgestellt (Abb. 7). Nahezu jeweils die Hälfte (47,0% bzw. 48%) der Krankenhausbetten der Bettengrößenklassen 100 bis 499 Betten (111.200) standen in freigemeinnützigen Krankenhäusern. 57% der Krankenhäuser bis 99 Betten waren in privater Trägerschaft, während knapp die Hälfte der Krankenhäuser ab 500 Betten in öffentlicher Hand waren (Abb. 8).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Aufgestellte Betten der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012



© Deutsches Krankenhausinstitut

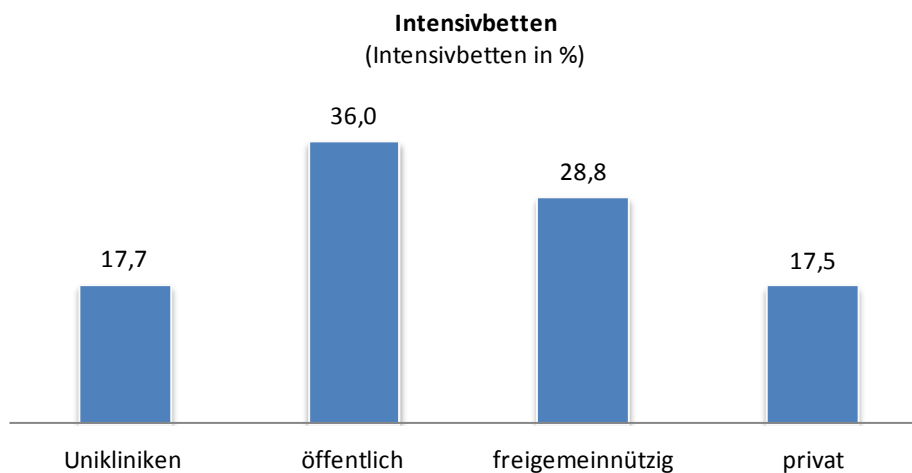
Abb. 8: Aufgestellte Betten der Allgemeinkrankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

Von den 458.400 aufgestellten Betten waren 96,7% nach KHG bzw. landesrechtlichen Hochschulbauvorschriften gefördert. Die freigemeinnützigen Häuser wiesen mit 98% den höchsten (159.000), die privaten den geringsten Anteil geförderter Betten (89%; 68.200) aller Trägergruppen auf.

3.2.4 Intensivbetten

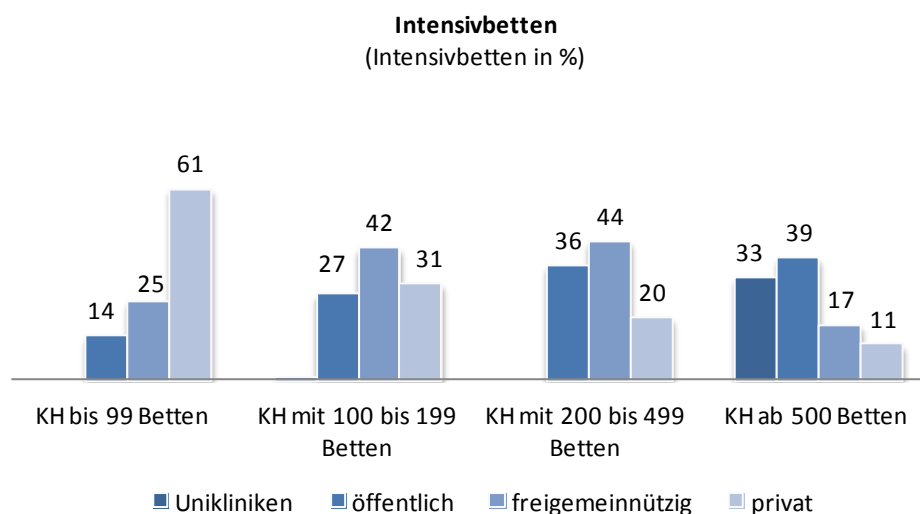
Von den aufgestellten Betten waren im Jahr 2012 insgesamt 26.000 als Intensivbetten ausgewiesen. Die freigemeinnützigen Häuser hielten gut ein Viertel aller Intensivbetten vor. Die öffentlichen Krankenhäuser stellten mit gut einem Drittel (36,0%) den größten Anteil aller Intensivbetten, während die Krankenhäuser in privater Trägerschaft den geringsten Anteil aufwiesen (17,5%) (Abb. 9).

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



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Vorgehaltene Intensivbetten der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Vorgehaltene Intensivbetten der Allgemeinkrankenhäuser je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

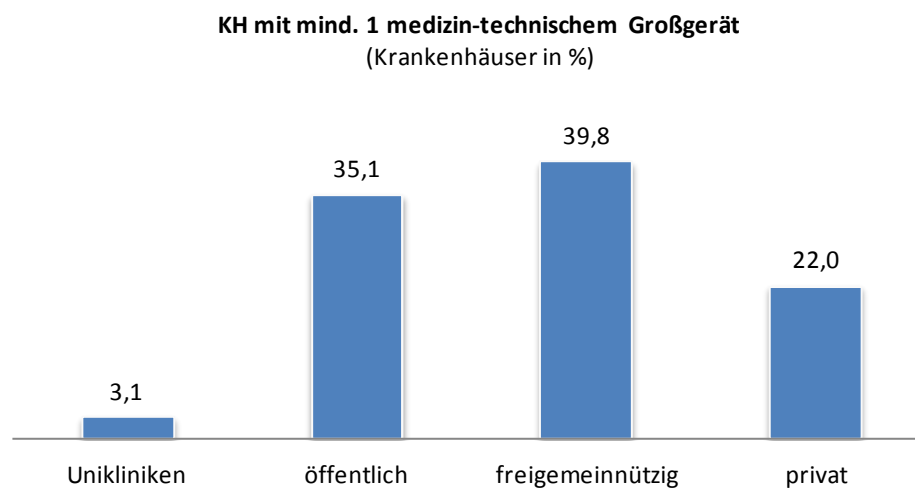
Für die intensivmedizinische Betreuung der Patienten spielten die Krankenhäuser ab 500 Betten eine besondere Rolle. Etwas über die Hälfte aller vorgehaltenen Intensivbetten (14.100) war in dieser Bettengrößenklasse verortet. Die öffentlichen Häuser sowie die Unikli-

niken hielten hier die meisten Betten vor. In den Krankenhäusern mit 100 bis 499 Betten standen 43% aller Intensivbetten (11.200). Sie leisteten damit einen ebenso wichtigen Beitrag, während die Krankenhäuser bis 99 Betten mit 2,7% aller Intensivbetten (700) etwas weniger stark ins Gewicht fielen. In dieser Bettengrößenklasse war die größte Anzahl der Intensivbetten in privaten Krankenhäusern aufgestellt. In den mittleren Bettengrößenklassen hielten die freigemeinnützigen Häuser jeweils die meisten Intensivbetten vor (Abb. 10).

3.2.5 Medizinisch-technische Großgeräte

1.097 der 1.692 Allgemeinkrankenhäuser und damit 65% aller allgemeinen Krankenhäuser hielten im Jahr 2012 mindestens ein medizinisch-technisches Großgerät gemäß der StaBu-Klassifizierung vor. Alle Universitätskliniken, 80,4% aller öffentlichen, 72,5% der freigemeinnützigen und 41,8% der privaten Krankenhäuser verfügten über medizinisch-technische Großgeräte.

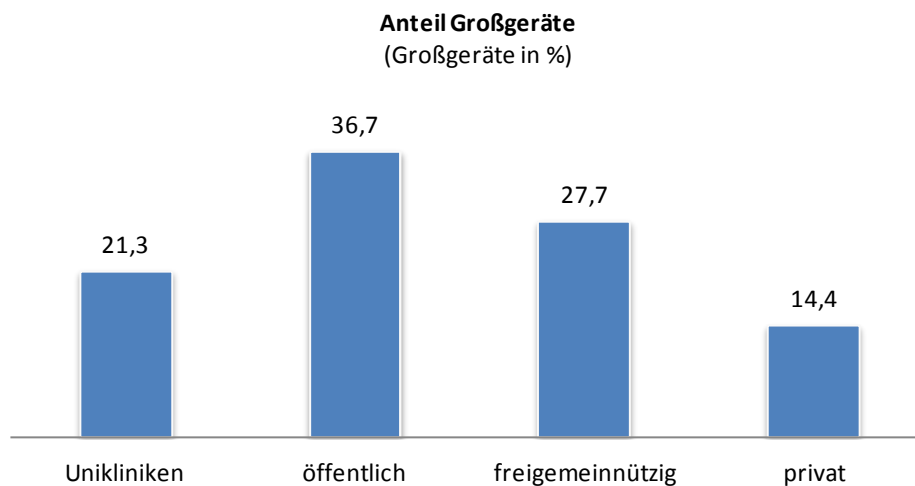
Die Krankenhäuser mit mindestens einem medizinisch-technischen Großgerät waren insbesondere in freigemeinnütziger (39,8%; 437) und öffentlicher Trägerschaft (35,1%; 385) (Abb. 11).



© Deutsches Krankenhausinstitut

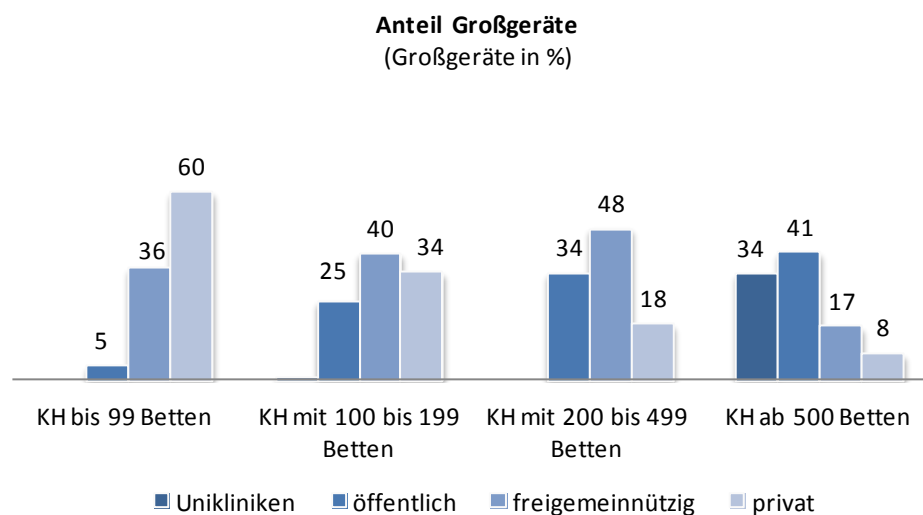
Abb. 11: Allgemeinkrankenhäuser mit medizinisch-technischen Großgeräten nach Trägerschaft in 2012

Im Jahr 2012 belief sich die Anzahl der medizinisch-technischen Großgeräte auf insgesamt 11.300, wobei gut ein Drittel aller Geräte in öffentlichen Krankenhäusern aufgestellt war (36,7%; 4.100). Die freigemeinnützigen Krankenhäuser hielten mit gut einem Viertel mehr Großgeräte (27,7%; 3.100) vor als die privaten Krankenhäuser (14,4%; 1.600) (Abb. 12).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Medizinisch-technische Großgeräte der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Medizinisch-technische Großgeräte der Allgemeinkrankenhäuser je Bettengrößenklasse und Trägerschaft in 2012

Den überwiegenden Teil der Großgeräte hielten die Krankenhäuser mit 500 und mehr Betten vor (62,8%). Hier sind insbesondere die öffentlichen Häuser für die Bereitstellung der medizinisch-technischen Großgeräte verantwortlich. Rund ein Drittel aller Großgeräte waren in den Krankenhäusern mit 100 bis 499 Betten aufgestellt (34,3%). In dieser Bettengrößenklasse verfügten vor allem freigemeinnützige Krankenhäuser über einen deutlichen Geräteanteil. Die Krankenhäuser der kleinsten Bettengrößenklasse hielten mit 326 Geräten lediglich 2,9 % aller medizinisch-technischen Großgeräte vor (Abb. 13).

3.2.6 Fazit: Patientenversorgung

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser leisten - neben den anderen Trägern - einen wesentlichen Anteil bei der stationären Patientenversorgung. Dies wird insbesondere durch die Marktführerschaft gemessen an der Zahl der Krankenhäuser, aber auch an den Fallzahlen oder aufgestellten Betten deutlich, die gleichwohl hinter denen der öffentlichen Häuser liegen. Im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern, die einen mit den freigemeinnützigen Krankenhäusern vergleichbaren Marktanteil aufweisen, behandelten die freigemeinnützigen Häuser deutlich mehr Fälle und hielten deutlich mehr Betten vor.

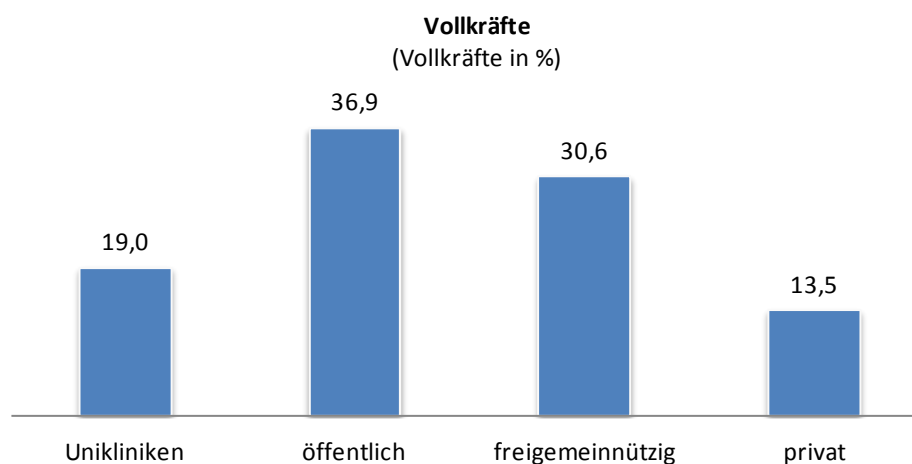
Die intensivmedizinische Betreuung, die Schwerpunkt- und Spezialversorgung oder die Versorgung mit medizintechnischen Großgeräten wird vermehrt durch die öffentlichen Häuser gewährleistet. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Häuser ab 500 Betten verstärkt in öffentlicher Trägerschaft sind.

Die Krankenhausgröße hängt insgesamt stark mit der Trägerschaft zusammen, was die unterschiedlichen Marktsegmente der einzelnen Träger widerspiegelt: So halten die privaten Träger überwiegend kleinere Krankenhäuser mit bis zu 99 Betten und freigemeinnützige Träger schwerpunktmäßig Krankenhäuser von 100 bis 499 Betten vor, während die kommunalen Träger einen überproportionalen Anteil an Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten aufweisen.

3.3 Regionalwirtschaftliche Aspekte

3.3.1 Anzahl Vollkräfte

Im Jahr 2012 waren 780.000 Vollkräfte³ in den Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt. Die öffentlichen (36,9%; 287.700) und freigemeinnützigen Krankenhäuser (30,6%; 238.900) stellten den größten Anteil des Personals, während die privaten Krankenhäuser, trotz des mit dem freigemeinnütziger Krankenhäuser vergleichbaren Marktanteils nach Betriebsstätten, den geringsten Teil verzeichneten (13,5%; 105.600) (Abb. 14).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Vollkräfte der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012

Etwas über die Hälfte aller Vollkräfte (417.000) war in den Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten angestellt, während die Krankenhäuser bis 99 Betten knapp 4% (29.000) des gesamten Personals der Allgemeinkrankenhäuser beschäftigten.

In der kleinsten Bettengrößenklasse war gut die Hälfte der Vollkräfte in privaten (16.700), in den Häusern mittlerer Größe knapp die Hälfte in freigemeinnützigen (158.800) und in den größten Häusern 39% der Vollkräfte (164.500) in öffentlichen Krankenhäusern beschäftigt (Abb. 15).

³ Bei der Beschreibung der personellen Ausstattung der Krankenhäuser werden nicht die Beschäftigten am 31.12., sondern die Vollkräfte im Jahresdurchschnitt bzw. Vollzeitäquivalente berücksichtigt. Hintergrund ist, dass auf diese Weise auch z.B. Teilzeitkräfte und Angestellte einbezogen werden, die für einen Teil des Jahres in der Einrichtung angestellt waren, nicht jedoch am Stichtag.

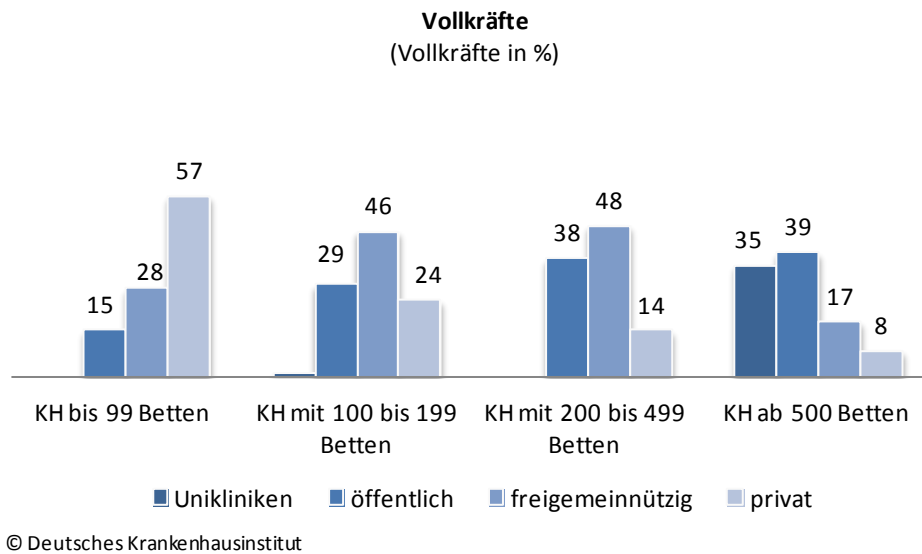


Abb. 15: Vollkräfte der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in 2012

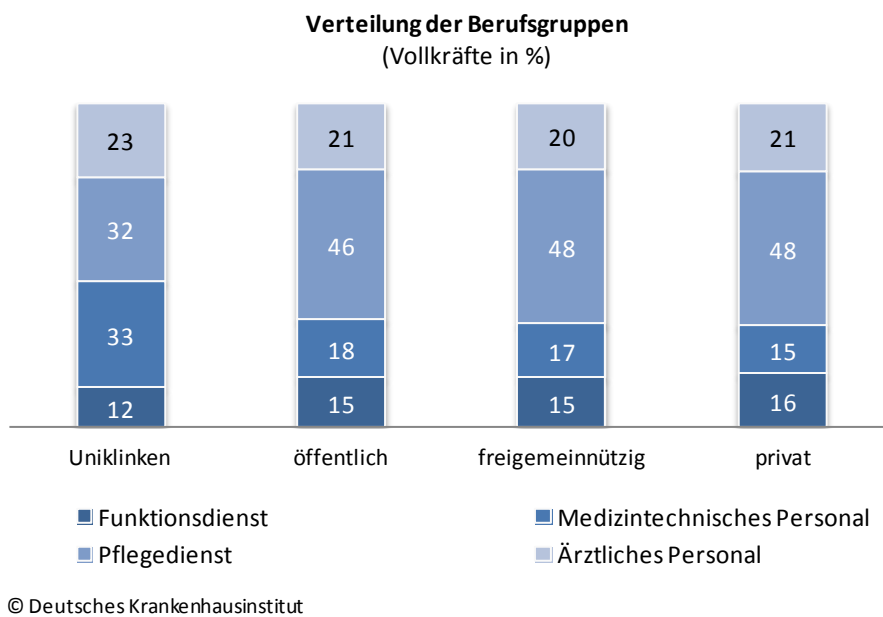


Abb. 16: Verteilung ausgewählter (patientennaher) Berufsgruppen der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012

3.3.2 Berufsgruppenverteilung

82,7% aller Vollkräfte der Allgemeinkrankenhäuser waren im Jahr 2012 in den patientennahen Bereichen beschäftigt. Damit waren rund vier von fünf Vollkräften im Ärztlichen, Pflegerischen, Medizintechnischen und Funktionsdienst angestellt. Der Pflegedienst war bei den öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern jeweils die personalstärkste Berufsgruppe. Funktionsdienst und Medizintechnisches Personal stellten bei den genannten Trägern den geringsten Personalanteil. Zwischen den verschiedenen Trägergruppen zeigten sich – mit Ausnahme der Unikliniken – keine wesentlichen Unterschiede bei der prozentualen Verteilung der ausgewählten Berufsgruppen (Abb. 16).

3.3.3 Ausbildung

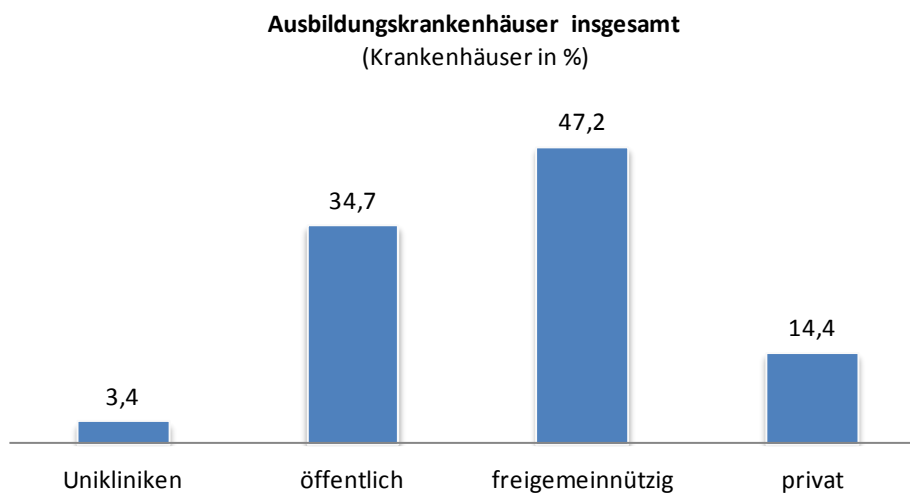
Von den 1.692 Allgemeinkrankenhäusern übernahm im Jahr 2012 gut die Hälfte (54,3%) die wichtige gesellschaftliche Aufgabe der Ausbildung des medizinisch-pflegerischen Personals.

72% der freigemeinnützigen (434) und zwei Drittel der öffentlichen Krankenhäuser (66,6%; 319) bildeten aus, während 23,0% (132) der privaten Krankenhäuser zu den Ausbildungs-krankenhäusern zählten.

Fast die Hälfte (47,2%) der ausbildenden Häuser befand sich im Jahr 2012 in freigemeinnütziger Hand. Gut ein Drittel der Ausbildungshäuser war in öffentlicher Trägerschaft (34,7%). 14,4% der Ausbildungs-krankenhäuser waren in privater Hand (Abb. 17).

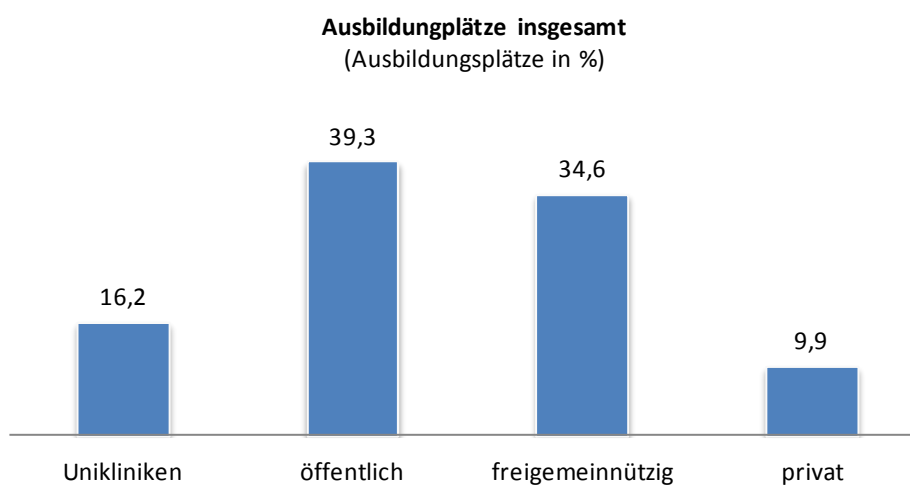
Die öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser nahmen jeweils in der Ausbildung eine zentrale Rolle ein. Den größten Teil der insgesamt 92.000 Ausbildungsplätze stellten mit 39,3% (36.100) die öffentlichen Krankenhäuser. Die Zahl der Ausbildungsplätze lag bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern etwas darunter (34,6%; 31.800). Knapp 10% (9.100) der Ausbildungsplätze befanden sich in privater Trägerschaft (Abb. 18).

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser hielten in den Bettengrößenklassen bis 499 Betten jeweils die meisten Ausbildungsplätze vor, während die öffentlichen Krankenhäuser in den Krankenhäusern ab 500 Betten 43% aller Ausbildungsplätze stellten (Abb. 19).



© Deutsches Krankenhausinstitut

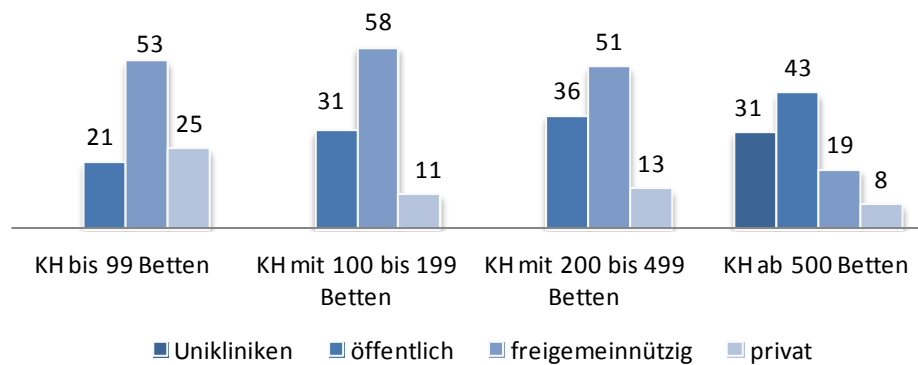
Abb. 17: Ausbildungskrankenhäuser der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft in 2012



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 18: Ausbildungsplätze der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012

Ausbildungsplätze insgesamt
(Ausbildungsplätze in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Ausbildungsplätze der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in 2012

Die Ausbildung des medizinisch-pflegerischen Personals wurde insbesondere durch die freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser gewährleistet.

3.3.4 Fazit: Regionalwirtschaftliche Aspekte

Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser stellen jeweils einen wichtigen Arbeitgeber im Krankenhaussektor dar. Die öffentlichen Häuser beschäftigen insgesamt die meisten Vollkräfte, die Zahl der freigemeinnützigen ist aber relativ vergleichbar. Dahingegen ist in privaten Krankenhäusern, trotz des mit dem freigemeinnütziger Häuser vergleichbaren Marktanteils, deutlich weniger Personal angestellt. Dies ist durch den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Krankenhausgröße zu erklären.

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

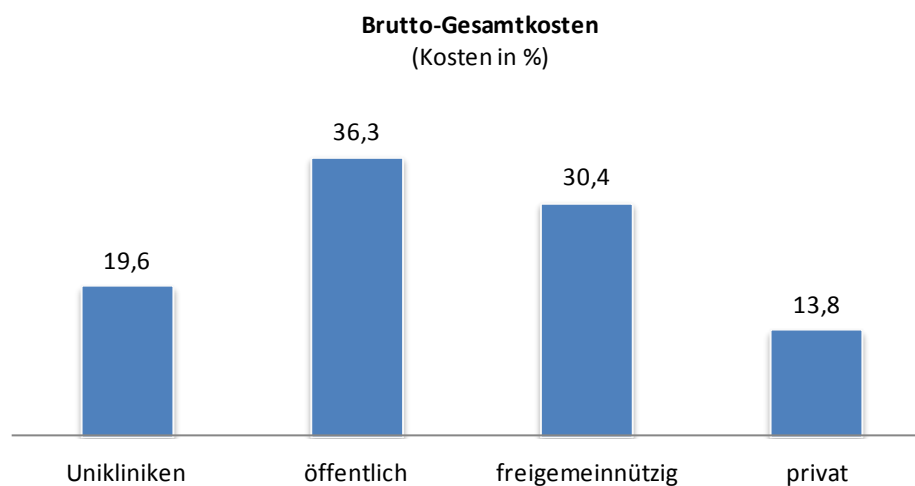
Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser übernehmen bei der Ausbildung eine wichtige Rolle. Die öffentlichen Häuser stellen die meisten Ausbildungsplätze, was insbesondere durch den überproportionalen Anteil großer Krankenhäuser bedingt ist.

3.4 Kosten

3.4.1 Brutto-Gesamtkosten

Im Jahr 2012 betragen die Brutto-Gesamtkosten⁴ der Allgemeinkrankenhäuser insgesamt rund 82 Mrd. Euro. Die Differenzierung der Kosten nach der Krankenhausträgerschaft zeigt, dass die öffentlichen Krankenhäuser (36,3%) und die freigemeinnützigen Krankenhäuser (30,4%) insgesamt die höchsten Kostenanteile aufwiesen. Die privaten Krankenhäuser hatten mit 13,8% entsprechend den Marktanteilen nach Fällen oder Betten einen vergleichsweise geringen Anteil an den Gesamtkosten (Abb. 20).

Differenziert nach Bettengrößenklassen zeigt sich, dass in den Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten über die Hälfte aller Gesamtkosten angefallen sind, während auf die kleinsten Krankenhäuser nur 3,3% der Gesamtkosten entfallen sind. Die öffentlichen Krankenhäuser (38%) sowie die Unikliniken (36%) wiesen den Großteil der Kosten in der Bettengrößenklassen ab 500 Betten auf. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser hatten den größten Kostenanteil in den Häusern von 100 bis 499 Betten, während die privaten Krankenhäuser etwas mehr als die Hälfte der Kosten in den Krankenhäusern bis 99 Betten auf sich vereinten (Abb. 21).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Brutto-Gesamtkosten der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft in 2012

⁴ Das Statistische Bundesamt ermittelt die Kosten der Krankenhäuser seit 2002 nach dem Bruttoprinzip. In den Kosten sind somit auch nichtstationäre Kosten (z. B. für Forschung und Lehre, Ambulanz, Wahlleistungen) enthalten. Das Krankenhaus weist somit als Gesamtkosten Brutto-Gesamtkosten aus.

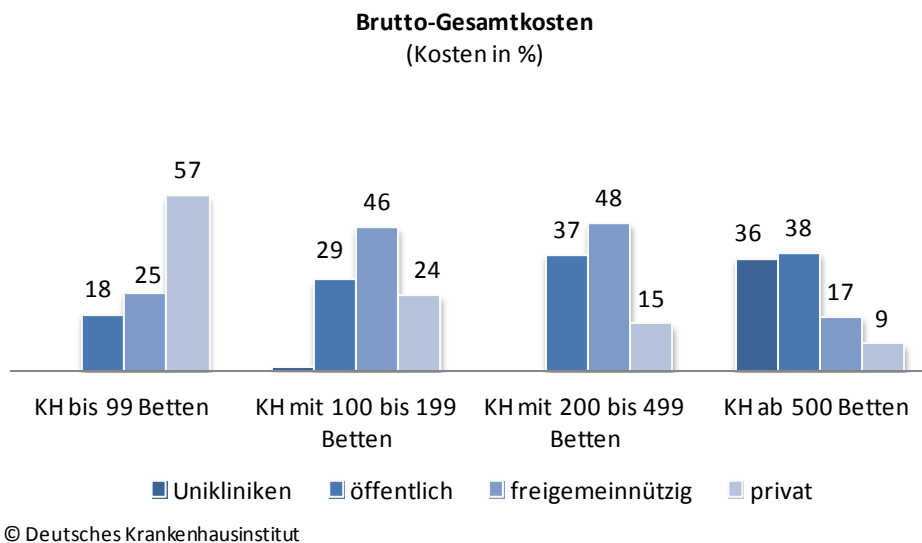


Abb. 21: Brutto-Gesamtkosten der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in 2012

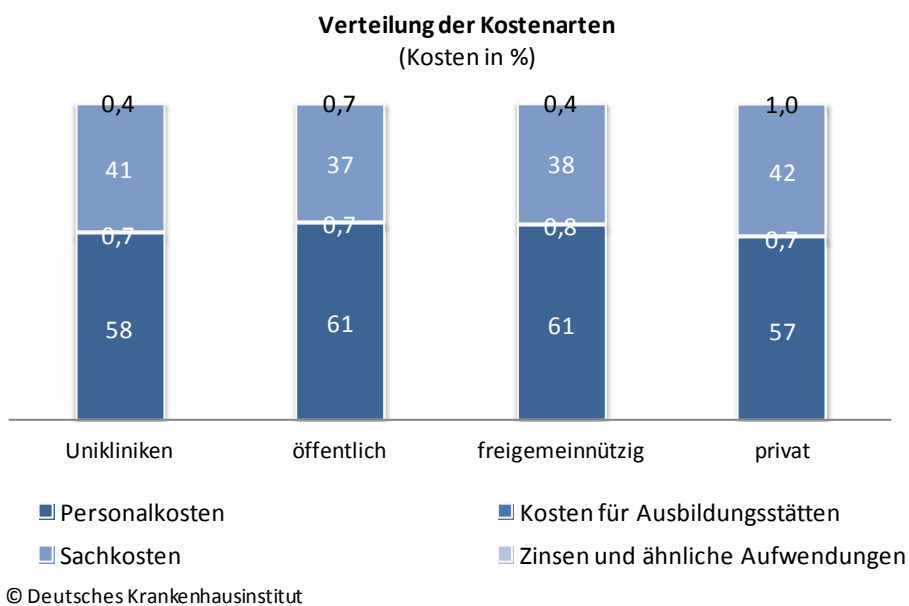


Abb. 22: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

3.4.2 Verteilung nach Kostenarten

In die Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser gehen die Personal- und Sachkosten sowie die Kosten für Ausbildungsstätten und Zinsen bzw. ähnliche Aufwendungen ein. Betrachtet man die Verteilung der Kostenarten auf die Brutto-Gesamtkosten nach Trägern, so zeigen sich geringfügige Unterschiede in der entsprechenden Aufteilung zwischen den Trägergruppen. Der Anteil der Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten lag bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern etwas höher als bei den privaten Kliniken. Demgegenüber fiel hier der Sachkostenanteil um knapp 5%-Punkte höher aus als in den öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern. Bei den privaten Häusern lag der Anteil an Zinsen und ähnlichen Aufwendungen mit 1,0% der Brutto-Gesamtkosten deutlich höher als bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern (0,4%). Die Anteile der Kosten für Ausbildungsstätten sowie Zinsen und ähnliche Aufwendungen an den Brutto-Gesamtkosten war bei allen Trägern jeweils relativ gering (Abb. 22).

Der Anteil der Personalkosten an den Brutto-Gesamtkosten lag bei den privaten Krankenhäusern bettenklassenübergreifend immer unter demjenigen der öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser. Diese wiederum haben in fast allen Bettengrößenklassen vergleichbare Personalkostenanteile an den Brutto-Gesamtkosten. Einzige Ausnahme stellen die Krankenhäuser bis 99 Betten dar. Hier wiesen die freigemeinnützigen Häuser merklich höhere anteilige Personalkosten als die anderen Träger auf. Der Unterschied war mit 10% insbesondere zu den kleinen privaten Häusern groß.

Die privaten Krankenhäuser wiesen über alle Bettengrößenklassen höhere anteilige Sachkosten auf als die Häuser anderer Träger, deren Kosten sich wiederum bis auf eine Ausnahme auf einem ähnlichen Niveau bewegten. Die relativen Differenzen waren zwischen den freigemeinnützigen und privaten Häusern ausgeprägter als zwischen den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Sie zeigten sich insbesondere bei den Kliniken bis 99 Betten. Bei den kleinsten Krankenhäusern lag der Anteil der Sachkosten an den Brutto-Gesamtkosten bei den privaten um 10% höher als bei den freigemeinnützigen. Diese hatten 5% geringere anteilige Sachkosten als die öffentlichen Häuser dieser Bettengrößenklasse.

Die prozentualen Anteile für Zinsen und ähnliche Aufwendungen lagen bei den öffentlichen und privaten Krankenhäusern nahezu immer über demjenigen der freigemeinnützigen Häuser. Der Anteil der Zinsen und ähnlichen Aufwendungen an den Brutto-Gesamtkosten lag bei den privaten Krankenhäusern ab 500 Betten deutlich über denen der anderen Trägergrup-

pen. Die privaten Häuser hatten in der kleinsten Bettengrößenklasse deutlich höhere anteilige Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen als die freigemeinnützigen Krankenhäuser (Abb. 23 bis Abb. 26).

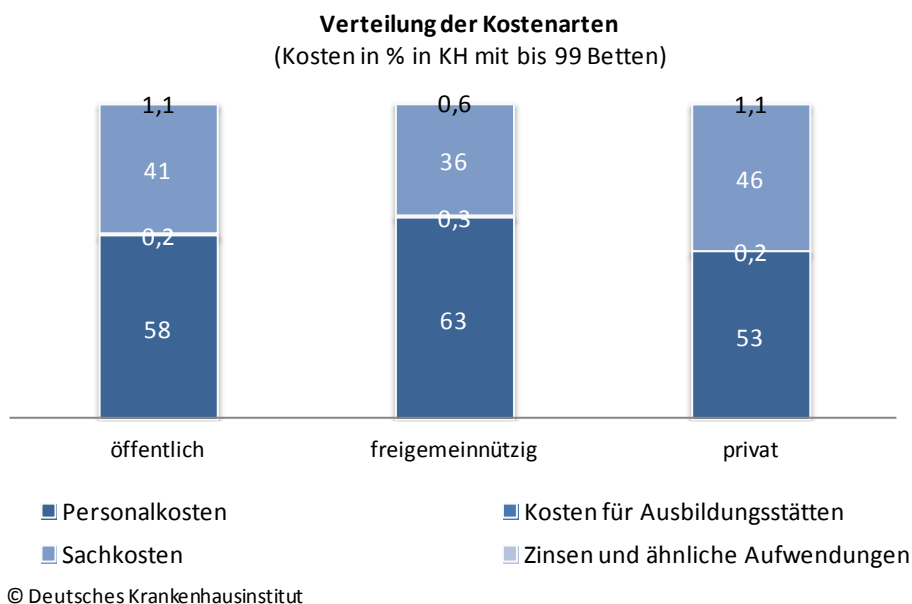


Abb. 23: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern bis 99 Betten nach Trägerschaft in 2012

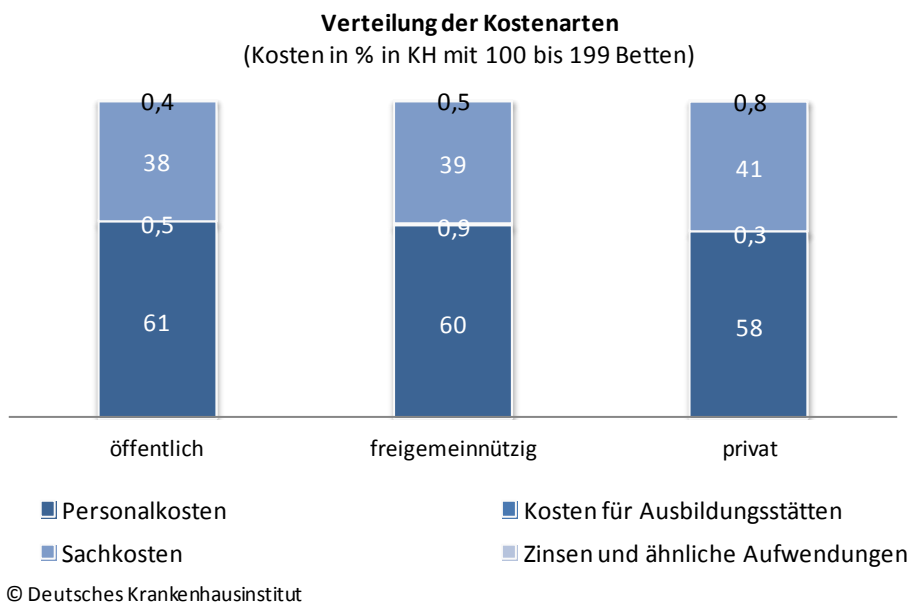
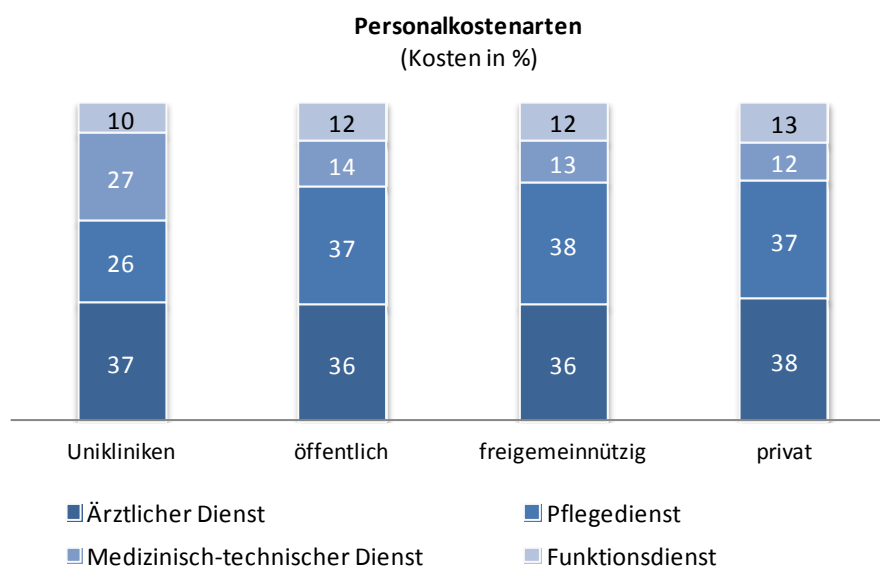


Abb. 24: Verteilung der Kostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern 100 bis 199 Betten nach Trägerschaft in 2012

3.4.3 Personalkostenarten

Im Jahr 2012 gab es zwischen den verschiedenen Trägergruppen der Allgemeinkrankenhäuser kaum Unterschiede bei der Verteilung der Personalkosten auf den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst, den Medizinisch-technischen Dienst sowie den Funktionsdienst. Einzige Ausnahme stellten die Universitätskliniken dar, die aufgrund ihres Versorgungsspektrums im Vergleich zu den anderen Trägern höhere Anteile des Medizinisch-technischen Dienstes und geringere Personalkostenanteile des Pflegedienstes zu verzeichnen hatten. Bei den anderen drei Trägern fielen jeweils 36% und 38% der Personalkosten auf den Ärztlichen und Pflegedienst. Die Personalkostenanteile des Medizinisch-technischen Dienstes lagen je zwischen 12% und 14% (Abb. 27).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Personalkostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

Betrachtet man die Personalkostenverteilung der vier Dienste differenziert nach Bettengrößenklassen, so zeigten sich insgesamt kaum Unterschiede zwischen den Krankenhäusern verschiedener Träger (Abb. 28 bis Abb. 31).

Lediglich bei den Krankenhäusern bis 99 Betten lagen die Personalkosten für den Ärztlichen Dienst in den öffentlichen Krankenhäusern 6 Prozentpunkte über denen der freigemeinnützigen Krankenhäuser. Demgegenüber wiesen diese etwas höhere anteilige Kosten für den Pflegedienst sowie Medizinisch-technischen Dienst auf (Abb. 28).

Die privaten Krankenhäuser wiesen in den Krankenhäusern ab 500 Betten einen etwas höheren Personalkostenanteil für den Ärztlichen Dienst und einen geringeren bei dem Medizinisch-technischen Dienst auf als die anderen Trägergruppen (Abb. 31).

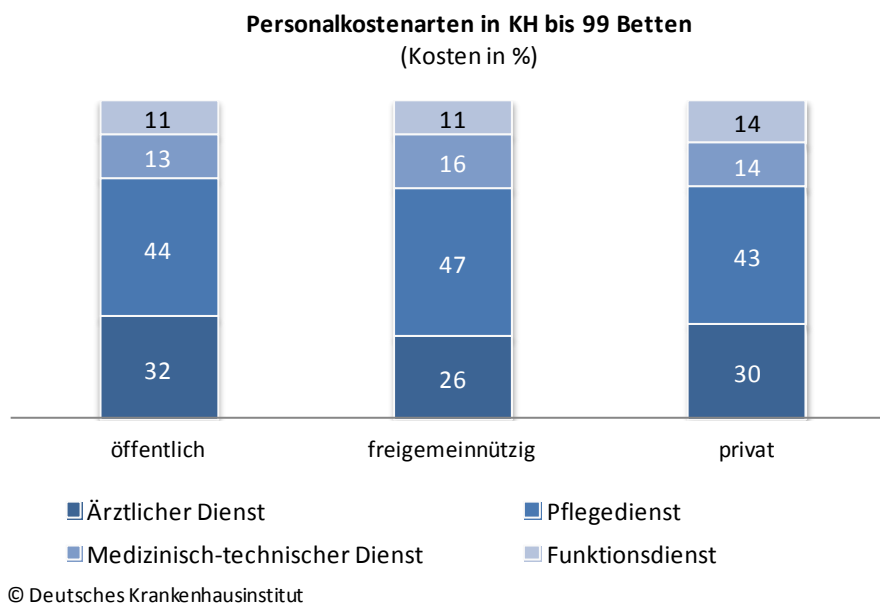


Abb. 28: Personalkostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern bis 99 Betten nach Trägerschaft in 2012

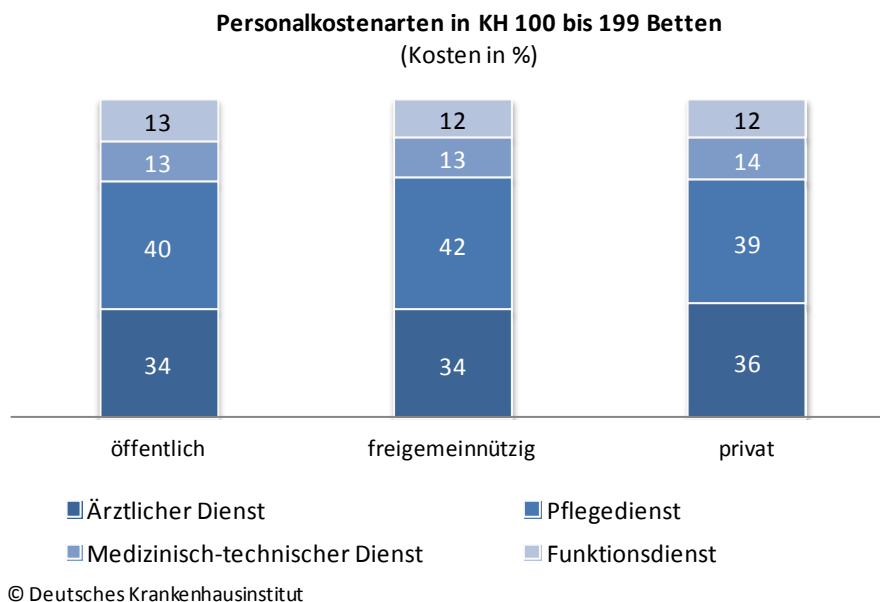


Abb. 29: Personalkostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern mit 100 bis 199 Betten nach Trägerschaft in 2012

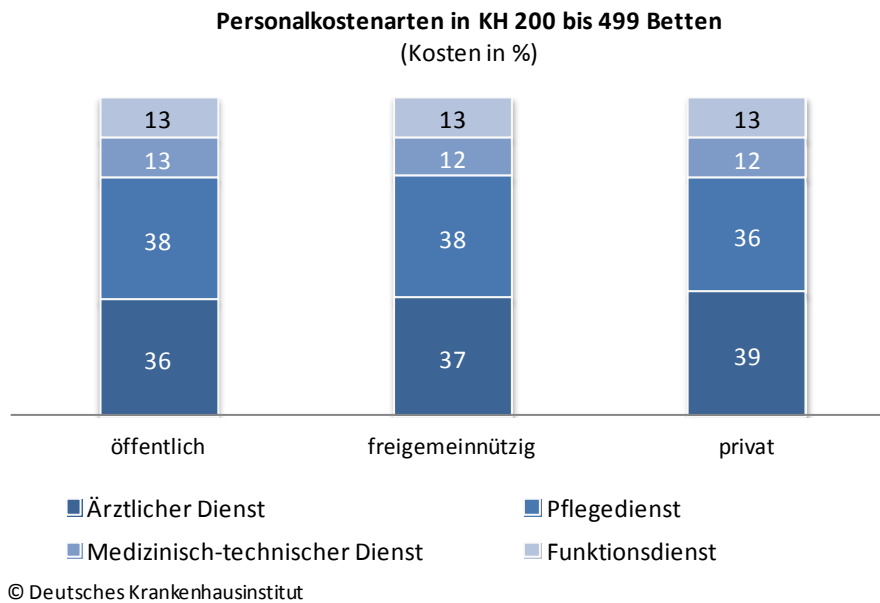


Abb. 30: Personalkostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern mit 200 bis 499 Betten nach Trägerschaft in 2012

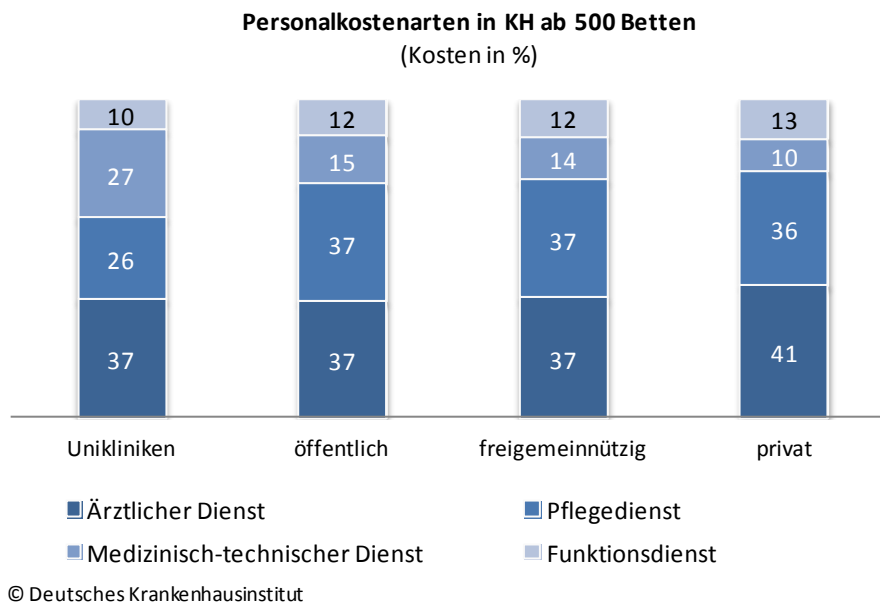


Abb. 31: Personalkostenarten in den Allgemeinkrankenhäusern ab 500 Betten nach Trägerschaft in 2012

3.4.4 Fazit: Kosten

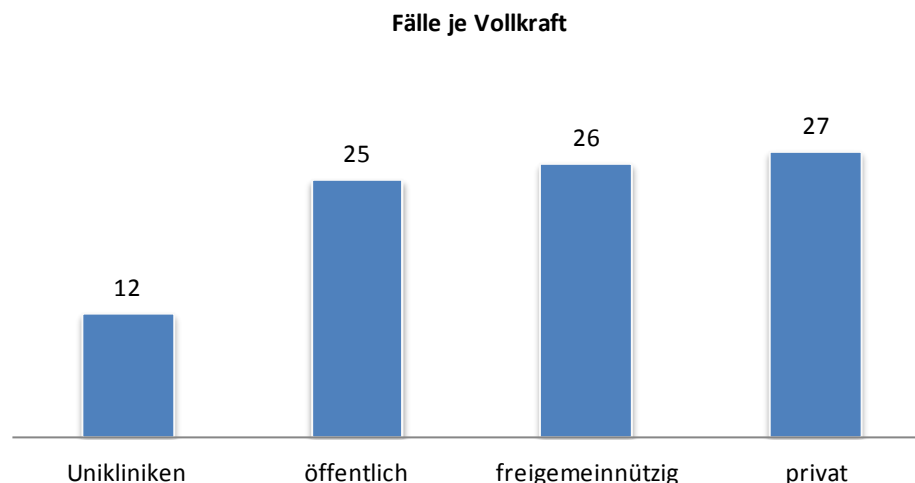
Die Verteilung der Brutto-Gesamtkosten gesamt sowie nach Bettengrößenklassen entspricht, wie zu erwarten, derjenigen der Marktanteile an z.B. Fallzahlen. Die Verteilung der Kostenarten ist bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern insgesamt vergleichbar. Krankenhäuser entsprechender Träger haben anteilig höhere Personalkosten als private Häuser. Diese wiederum weisen höhere Sach- und Zinskosten auf.

Bei der Personalkostenverteilung der vier wesentlichen patientennahen Berufsgruppen zeigen sich keine nennenswerten trägerspezifischen Unterschiede.

3.5 Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskennziffern

3.5.1 Fälle je Vollkraft

In den Allgemeinkrankenhäusern wurden im Jahr 2012 durchschnittlich 23 Fälle je Vollkraft versorgt. Die Anzahl der versorgten Patienten pro Vollkraft fiel mit durchschnittlich jeweils 27 Fällen in den privaten Krankenhäusern von allen Trägern am höchsten aus. In den freigemeinnützigen Häusern hat jede Vollkraft im Schnitt 26 und in öffentlichen Häusern 25 Patienten versorgt. Die Unterschiede zwischen den Trägern sind insgesamt gering (Abb. 32).

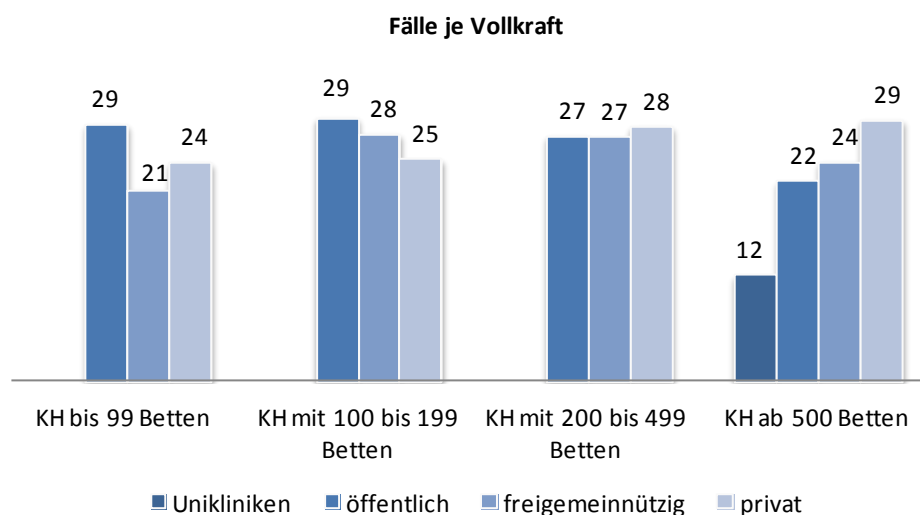


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Anzahl der Fälle je Vollkraft in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

Betrachtet man die Fallzahl pro Vollkraft differenziert nach Bettengrößenklassen, so zeigt sich, dass in den Krankenhäusern ab 500 Betten die Vollkräfte im Durchschnitt deutlich weniger Patienten (20) versorgten als in den Krankenhäusern mit weniger Betten (24-27). Dies ist u. a. durch einen unterschiedlichen Patientenmix bzw. abweichende Risikostrukturen zu erklären.

Insgesamt zeigten sich keine systematischen Zusammenhänge nach Trägerschaft: Die Vollkräfte der öffentlichen Krankenhäuser bis 99 Betten betreuten durchschnittlich 5-8 Patienten mehr als diejenigen der privaten bzw. freigemeinnützigen Krankenhäuser. Auch in den Häusern mit 100 bis 199 Betten wurden in den öffentlichen Krankenhäusern von den Vollkräften etwas mehr Patienten betreut als in den Häusern anderer Trägerschaft. Demgegenüber behandelten die Vollkräfte der privaten Häuser in den Krankenhäusern ab 500 Betten 5-7 Patienten mehr als in den Krankenhäusern anderer Trägerschaft (Abb. 33).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Anzahl der Fälle je Vollkraft in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

3.5.1.1 Fälle je Arzt

Die ärztlichen Vollkräfte haben in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2012 durchschnittlich 132 Patienten behandelt. Die Fallzahl je ärztlicher Vollkraft war mit durchschnittlich 155 Fällen in den freigemeinnützigen Krankenhäusern am höchsten. Ärzte in öffentlichen Kran-

kenhäusern haben im Mittel 144 und damit im Trägervergleich am wenigsten Patienten versorgt (Abb. 34).

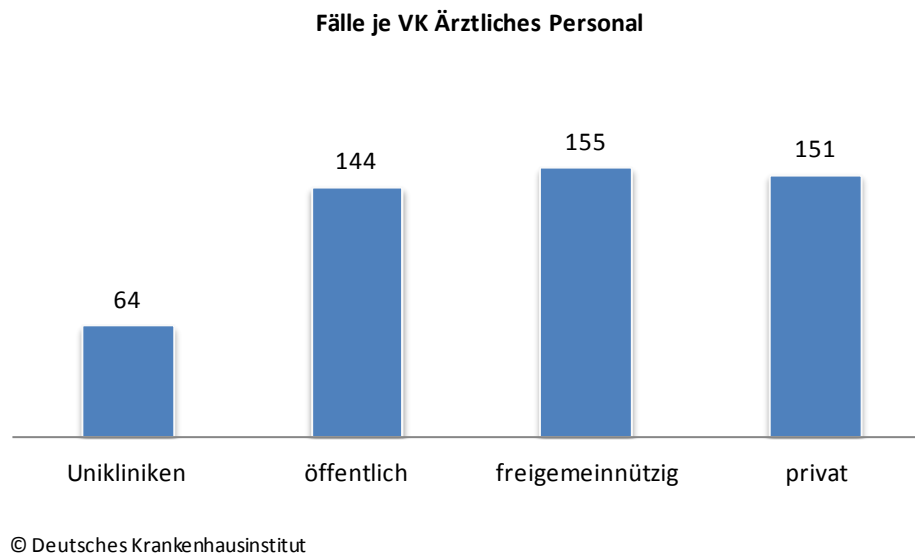


Abb. 34: Anzahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

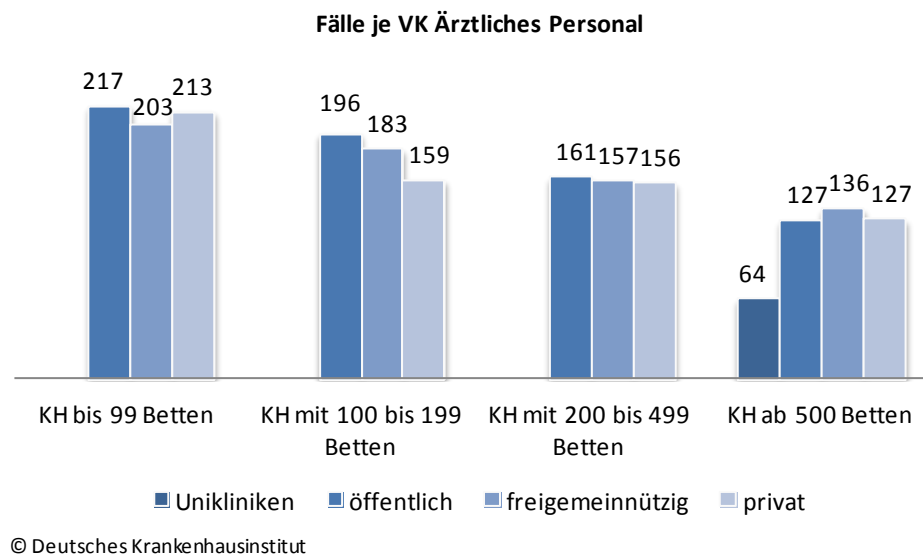


Abb. 35: Anzahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

Die Anzahl der durchschnittlich betreuten Patienten pro ärztlicher Vollkraft war in den Krankenhäusern ab 500 Betten mit 106 am geringsten und beispielsweise deutlich geringer als in der kleinsten Bettengrößenklasse (211), die die höchste Anzahl aufwies. Mit zunehmender Bettenzahl nahm die Zahl der Patienten, die durch eine Vollkraft im ärztlichen Dienst betreut wurde, kontinuierlich ab.

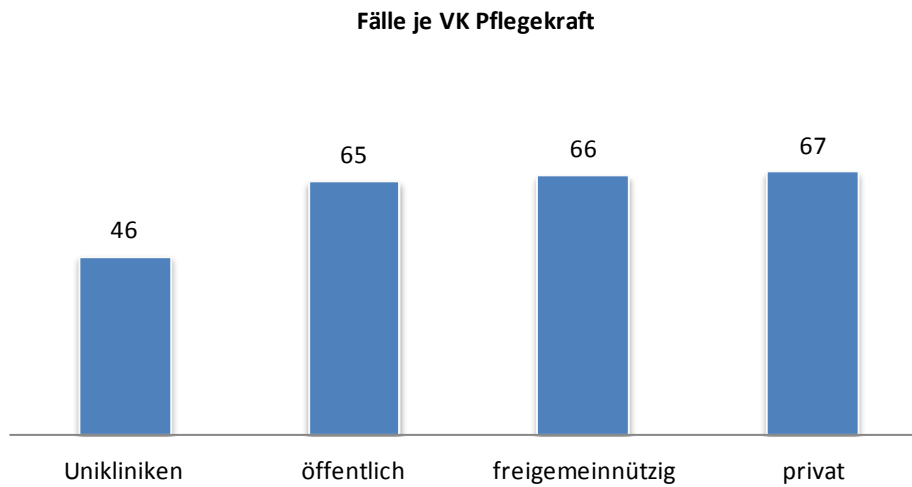
In den meisten Bettengrößenklassen zeigten sich bei der Anzahl der betreuten Patienten je ärztlicher Vollkraft keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Häusern verschiedener Träger. Lediglich in den Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten sind deutliche Unterschiede in den Fallzahlen pro Arzt zwischen den verschiedenen Trägergruppen zu konstatieren. Die Ärzte der öffentlichen Krankenhäuser behandelten hier im Schnitt mehr Patienten als in den Häusern anderer Träger. Der Unterschied ist insbesondere im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern stark ausgeprägt (Abb. 35).

3.5.1.2 Fälle je Pflegekraft

In den Allgemeinkrankenhäusern wurden im Jahr 2012 von den pflegerischen Vollkräften im Durchschnitt 63 Patienten versorgt. Die Unterschiede zwischen den öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern sind insgesamt gering (Abb. 36).

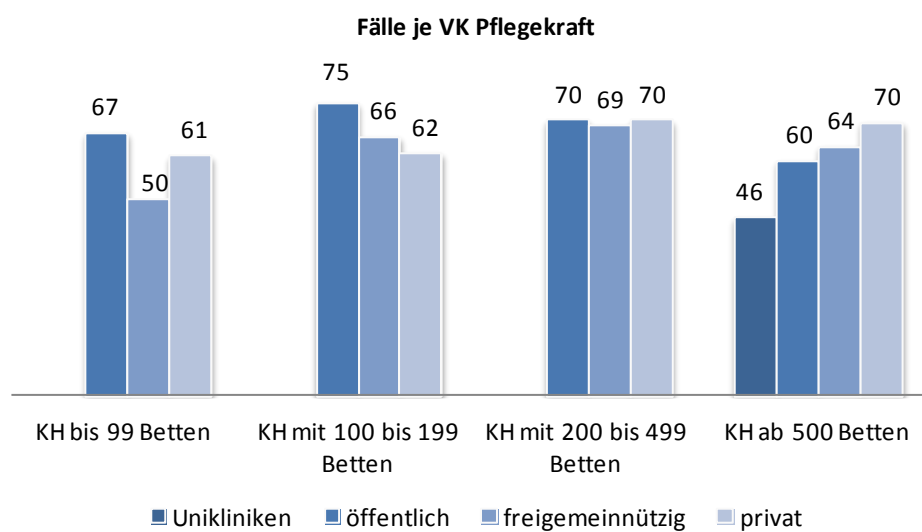
Betrachtet man die Zahl der Fälle je Pflegekraft differenziert nach Bettengrößenklassen, so zeigt sich, dass die Pflegekräfte jeweils in den kleinsten (59) und größten (58) Krankenhäusern die wenigsten Patienten betreuten, während die Zahlen in den mittleren Bettengrößenklassen mit 68 bzw. 70 Fällen am höchsten waren. Dies lässt sich durch den unterschiedlichen Patientenmix erklären.

Vor allem in den Krankenhäusern bis 199 Betten gab es jeweils deutliche Unterschiede in der Zahl der betreuten Patienten zwischen den verschiedenen Trägergruppen. Die Pflegekräfte der öffentlichen Krankenhäuser versorgten in dieser Bettengrößenklasse mehr Patienten als diejenigen der freigemeinnützigen oder privaten Häuser. In den kleinsten Häusern wurden in den freigemeinnützigen Häusern am wenigsten Patienten pro pflegerischer Vollkraft versorgt. In den Krankenhäusern mit 200 bis 499 Betten waren die Fallzahlen pro Pflegekraft nahezu identisch. Nur in den Krankenhäusern ab 500 Betten haben die Pflegekräfte in privaten Häusern die meisten Fälle behandelt, wobei die Unterschiede zu den öffentlichen Häusern am größten waren (Abb. 37).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Anzahl der Fälle je Vollkraft im pflegerischen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012



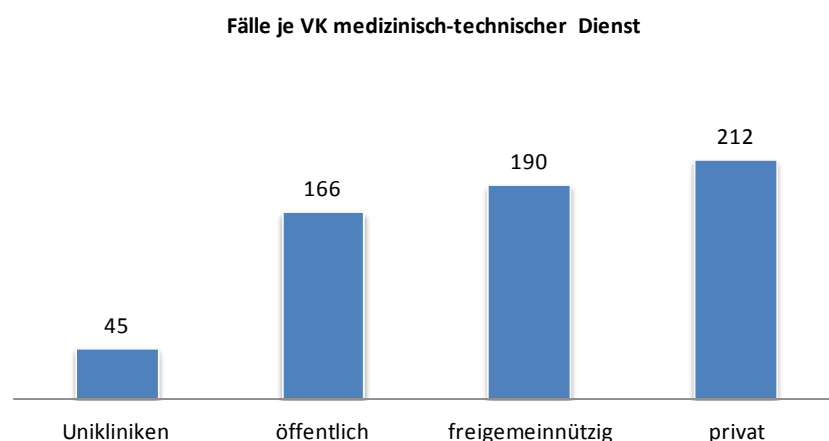
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Anzahl der Fälle je Vollkraft im pflegerischen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

3.5.1.3 Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst

In den Allgemeinkrankenhäusern hat eine Vollkraft des Medizinisch-technischen Dienstes im Jahr 2012 durchschnittlich 140 Patienten versorgt. Das Medizinisch-technische Personal der privaten Krankenhäuser hat mit 212 Patienten je Vollkraft deutlich mehr Fälle betreut als der Medizinisch-technische Dienst der freigemeinnützigen oder öffentlichen Krankenhäuser. Damit stellte der Medizinisch-technische Dienst die einzige Berufsgruppe dar, in der die privaten Häuser eine deutlich höhere Verhältniszahl aufwiesen (Abb. 38).

Bei der durchschnittlichen Zahl der behandelten Patienten pro Medizinisch-technischer Vollkraft zeigten sich in den verschiedenen Bettengrößenklassen zwar keine systematischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägern. Dennoch sind in den einzelnen Bettengrößenklassen z. T. deutliche Unterschiede in den Fallzahlen zu registrieren. So betreute in den öffentlichen Krankenhäusern bis 199 Betten eine Vollkraft des Medizinisch-technischen Dienstes mehr Patienten als in den anderen Häusern gleicher Größenordnung. Insbesondere in den kleinsten Häusern war der Unterschied zwischen den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern deutlich ausgeprägt. Eine entsprechende Vollkraft hat in den freigemeinnützigen Häusern im Schnitt 80 Patienten weniger betreut als in den öffentlichen Häusern. In den Häusern ab 500 Betten wiederum versorgte eine Medizinisch-technische Vollkraft in privaten Häusern deutlich mehr Patienten als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern. In dieser Bettengrößenklasse ist der Unterschied mit 96 Patienten pro Vollkraft am größten (Abb. 39).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Anzahl der Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

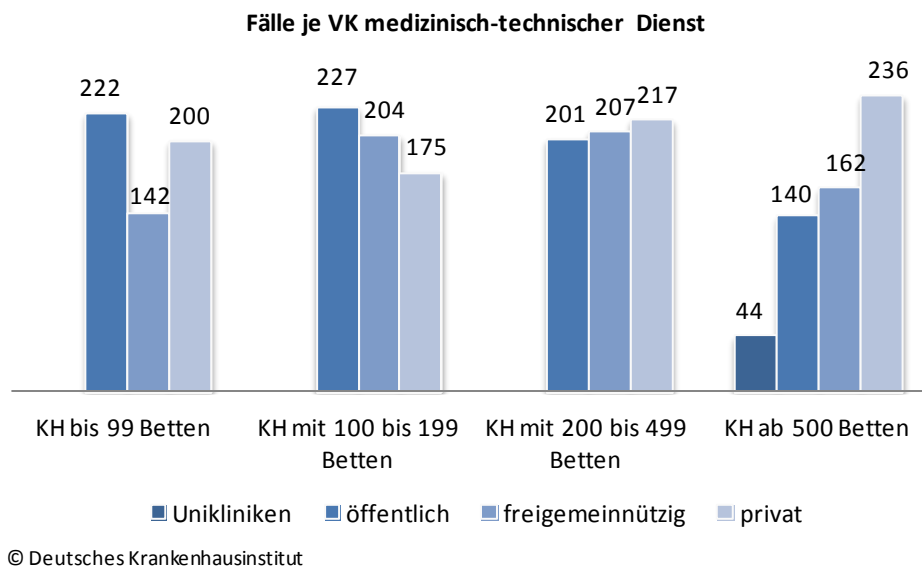


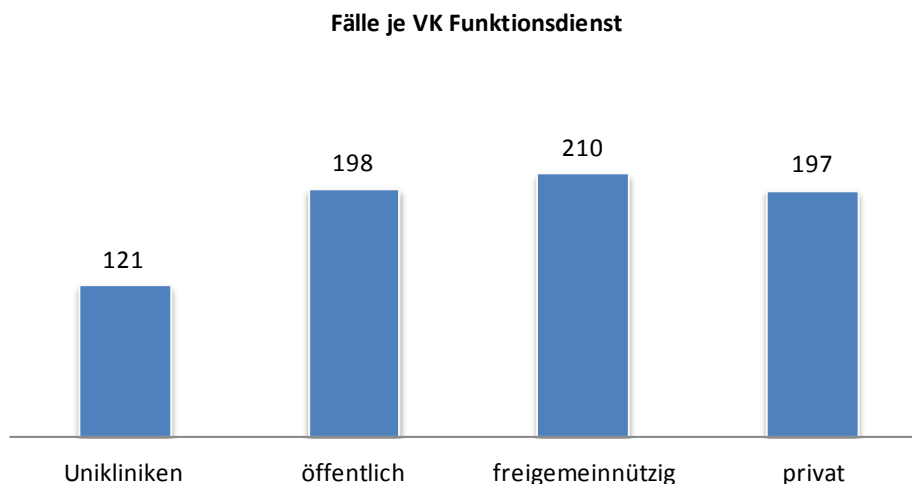
Abb. 39: Anzahl der Fälle je Vollkraft im medizinisch-technischen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

3.5.1.4 Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst

Der Funktionsdienst der allgemeinen Krankenhäuser versorgte im Jahr 2012 durchschnittlich 190 Patienten pro Vollkraft. Der Funktionsdienst der freigemeinnützigen Krankenhäuser betreute mit 210 Fällen je Vollkraft im Vergleich zu den öffentlichen oder privaten Krankenhäusern, die sich kaum unterschieden, die meisten Patienten (Abb. 40).

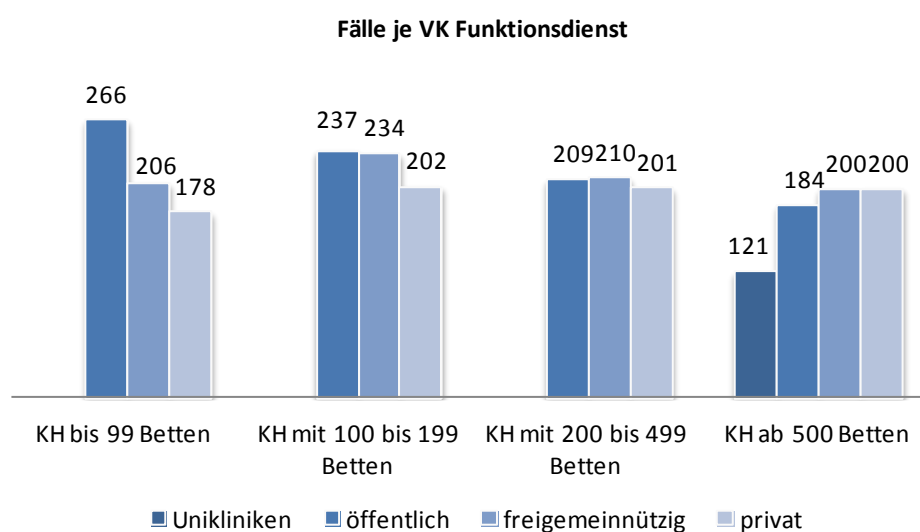
In den Krankenhäusern mit 100 bis 199 Betten versorgte das Personal des Funktionsdienstes mit 227 im Schnitt die meisten Fälle je Vollkraft, während dieses Verhältnis in den Krankenhäusern ab 500 Betten am geringsten ausfiel (170).

Es zeigten sich vor allem in den Krankenhäusern bis 99 Betten deutliche Unterschiede in der Zahl der zu betreuenden Patienten zwischen den Trägergruppen. Die Zahl der versorgten Patienten je Vollkraft des Funktionsdienstes lag in den öffentlichen Krankenhäusern der kleinsten Bettengrößenklasse deutlich über den Fallzahlen der Häuser anderer Träger. Der Unterschied war insbesondere zu den privaten Häusern deutlich ausgeprägt. In den privaten Krankenhäusern betreute der Funktionsdienst in fast allen Bettengrößenklassen jeweils die wenigsten Patienten (Abb. 41).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 40: Anzahl der Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

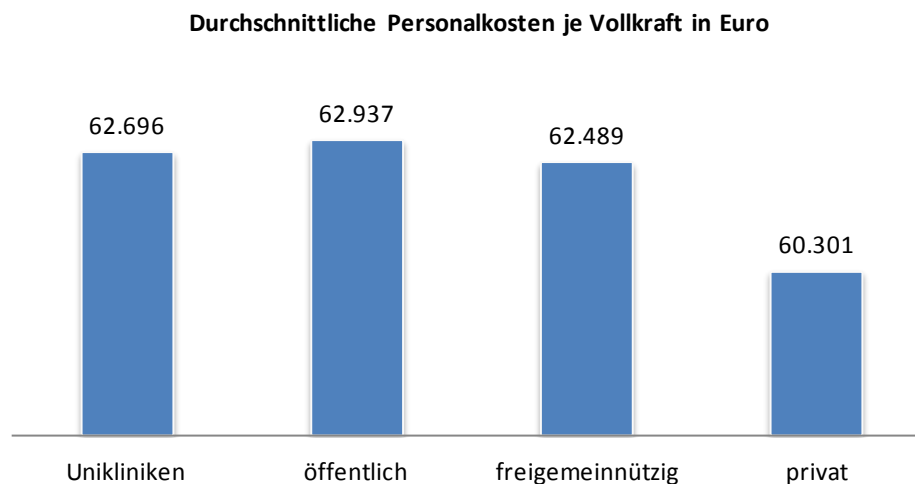


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Anzahl der Fälle je Vollkraft im Funktionsdienst in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

3.5.2 Kosten je Vollkraft

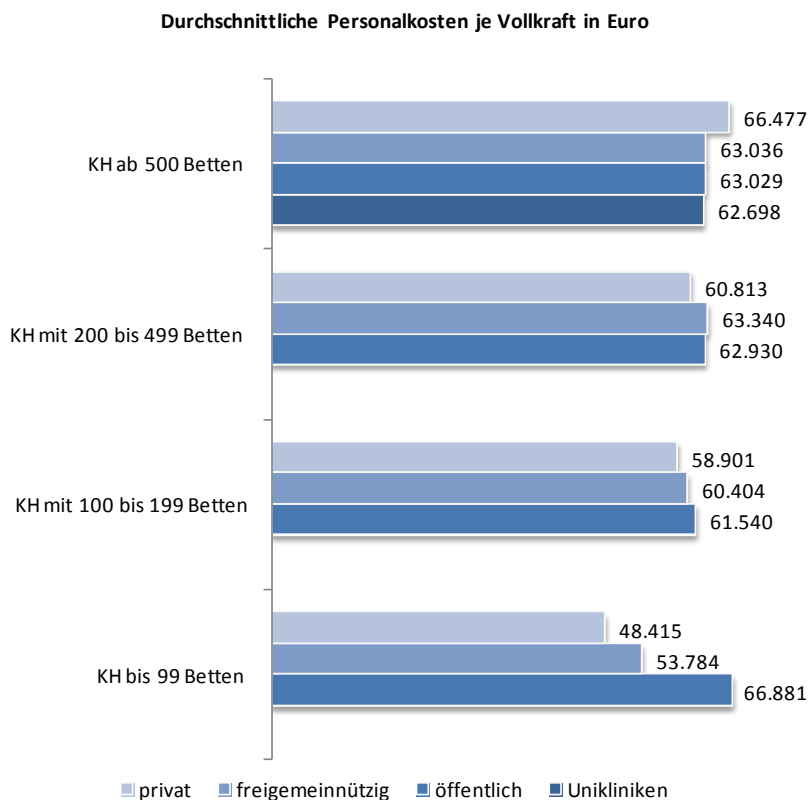
Die Kosten je Vollkraft lagen in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2012 durchschnittlich bei 62.400 Euro. Ein Vergleich der Trägergruppen zeigt, dass die Personalkosten in den privaten Krankenhäusern im Schnitt deutlich niedriger ausfielen als bei den anderen Trägergruppen. Die entsprechenden Kosten waren bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern vergleichbar (Abb. 42).



© Deutsches Krankenhausinstitut

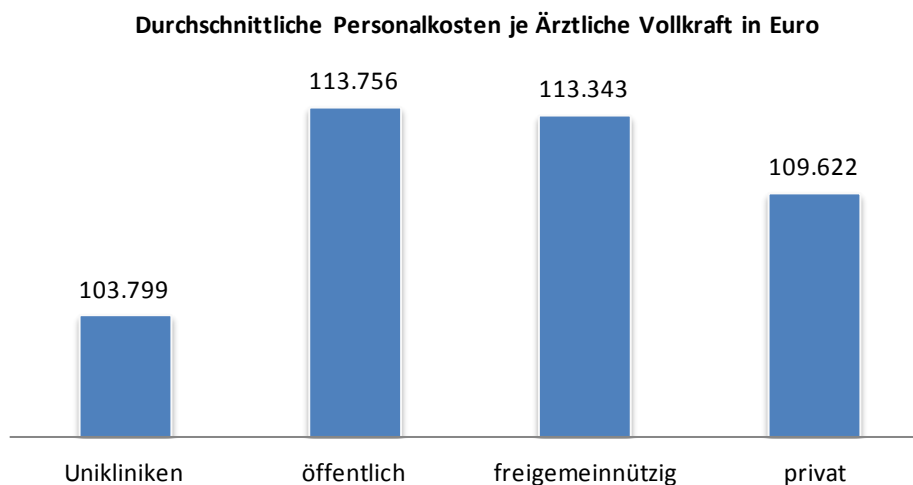
Abb. 42: Personalkosten je Vollkraft in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

In den meisten Bettengrößenklassen zeigten sich keine großen Unterschiede bei den Personalkosten je Vollkraft. Lediglich in den öffentlichen Krankenhäusern bis 99 Betten lagen die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft deutlich über denen der anderen Träger, wobei die Differenz zu den privaten Krankenhäusern am größten war. Die privaten Krankenhäuser wiesen in den Krankenhäusern ab 500 Betten die höchsten durchschnittlichen Personalkosten auf, während diese in den anderen Bettengrößenklassen jeweils am niedrigsten waren (Abb. 43).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 43: Personalkosten je Vollkraft in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 44: Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

3.5.2.1 Kosten je Arzt

Im Jahr 2012 haben die Allgemeinkrankenhäuser für die Personalkosten im Ärztlichen Dienst im Schnitt 111.100 Euro aufgewendet. Die Personalkosten für Ärzte unterschieden sich zwischen den freigemeinnützigen und öffentlichen Häusern kaum. Die Personalkosten, die private Krankenhäuser für Ärzte ausgegeben haben, lagen etwas unter denjenigen der öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser (Abb. 44).

Die Personalkosten für Ärzte divergierten in den Häusern verschiedener Träger in den jeweiligen Bettengrößenklassen nicht nennenswert. Einzige Ausnahme sind die Häuser bis 99 Betten. Hier wiesen die öffentlichen Krankenhäuser mit 136.650 Euro insgesamt die höchsten Jahresdurchschnittskosten auf. Diese waren deutlich höher als die entsprechenden Durchschnittskosten der anderen beiden Trägergruppen. Auch wiesen die kleinsten öffentlichen Häuser insgesamt die höchsten durchschnittlichen Personalkosten für Ärzte aller Bettengrößenklassen und Träger auf (Abb. 45).

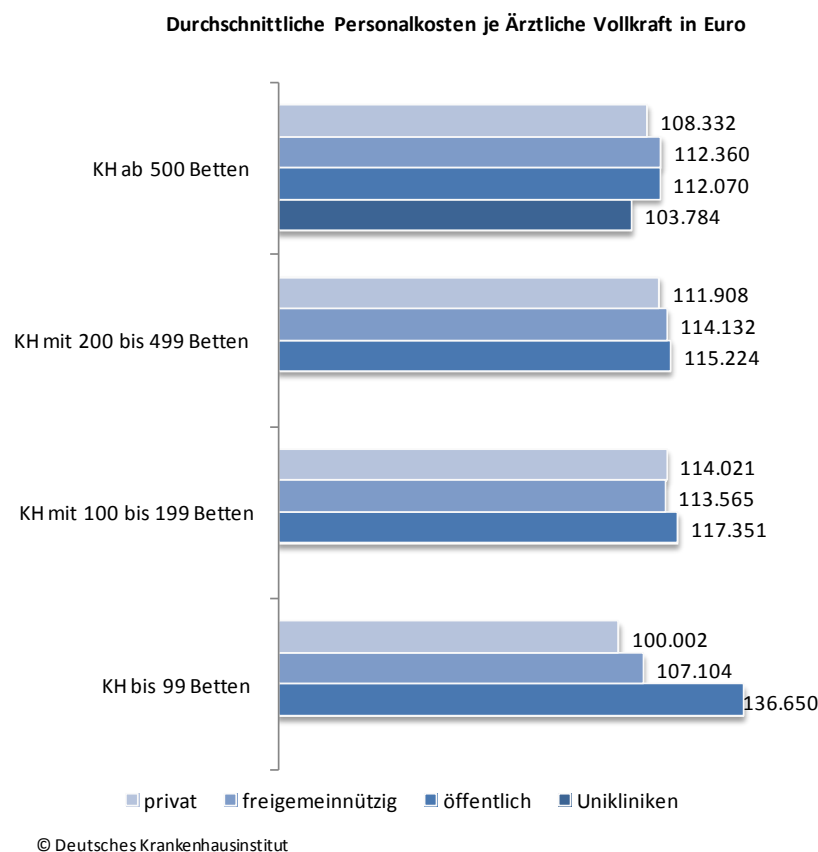
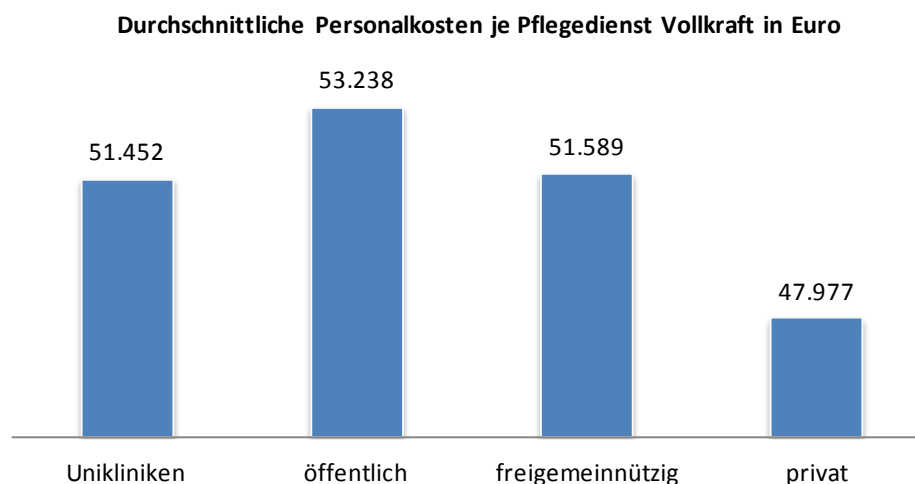


Abb. 45: Personalkosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

3.5.2.2 Kosten je Pflegekraft

Die Durchschnittspersonalkosten der pflegerischen Vollkräfte lagen im Jahr 2012 in den Allgemeinkrankenhäusern bei 51.700 Euro. Die Personalkosten für Vollkräfte im Pflegedienst waren in den öffentlichen Krankenhäusern am höchsten und in den Krankenhäusern privater Trägerschaft am geringsten. Die Personalkosten für pflegerische Vollkräfte der freigemeinnützigen Häuser lagen knapp unter denjenigen der öffentlichen Krankenhäuser (Abb. 46).

Bettengrößenklassenübergreifend wiesen die öffentlichen Krankenhäuser immer die höchsten und die privaten die geringsten Kosten je Vollkraft im Pflegedienst auf. In den kleinen Häusern bis 99 Betten waren die Unterschiede zwischen den Trägergruppen mit einer Differenz von rund 16.500 Euro am deutlichsten ausgeprägt. Die geringsten Unterschiede traten in den Krankenhäusern ab 500 Betten auf (1.685 Euro) (Abb. 47).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Personalkosten je Vollkraft im Pflegedienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

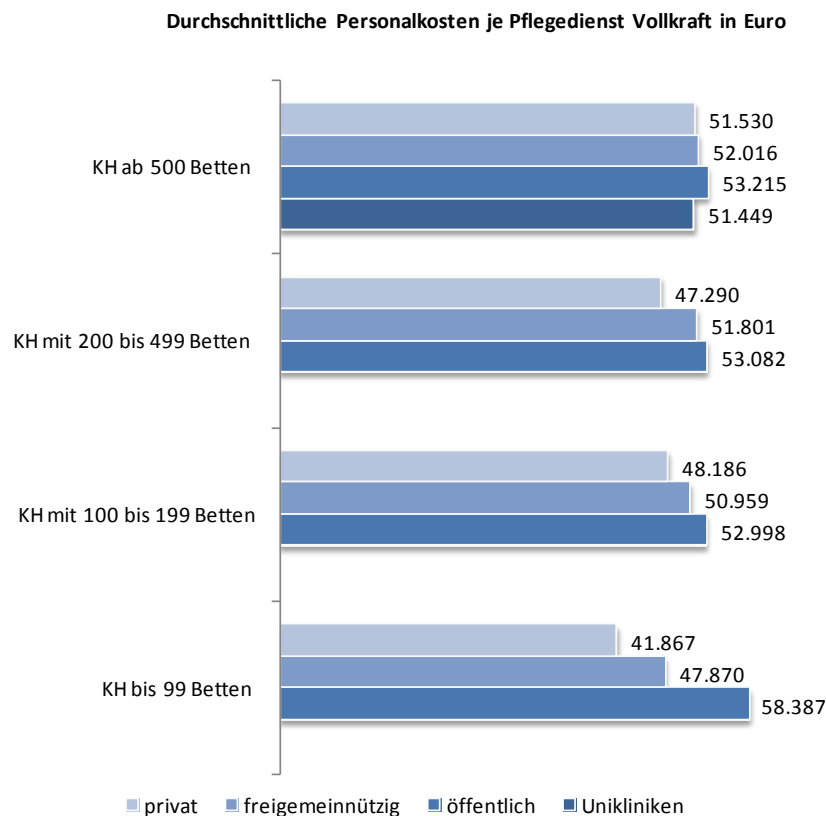


Abb. 47: Personalkosten je Vollkraft im Pflegedienst in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

3.5.3 Kosten je Fall

Im Jahr 2012 betrug die Kosten pro Fall⁵ in den Allgemeinkrankenhäusern durchschnittlich 4.580 Euro. Die durchschnittlichen Fallkosten lagen in den Universitätskliniken mit gut 9.000 Euro pro Fall deutlich über dem Durchschnitt, während die Kosten in den anderen Trägergruppen vergleichsweise wenig variierten. Die Fallkosten der öffentlichen Krankenhäuser waren mit durchschnittlich 4.219 Euro pro Fall etwas höher als in den Häusern anderer Träger. Die privaten Krankenhäuser wiesen mit 3.937 Euro je Fall die geringsten Kosten auf (Abb. 48).

⁵ Bei der Berechnung der Kosten je Fall wurden wiederum die Brutto-Gesamtkosten herangezogen, in denen auch nichtstationäre Kosten (z. B. für Forschung und Lehre, Ambulanz, Wahlleistungen) enthalten sind.

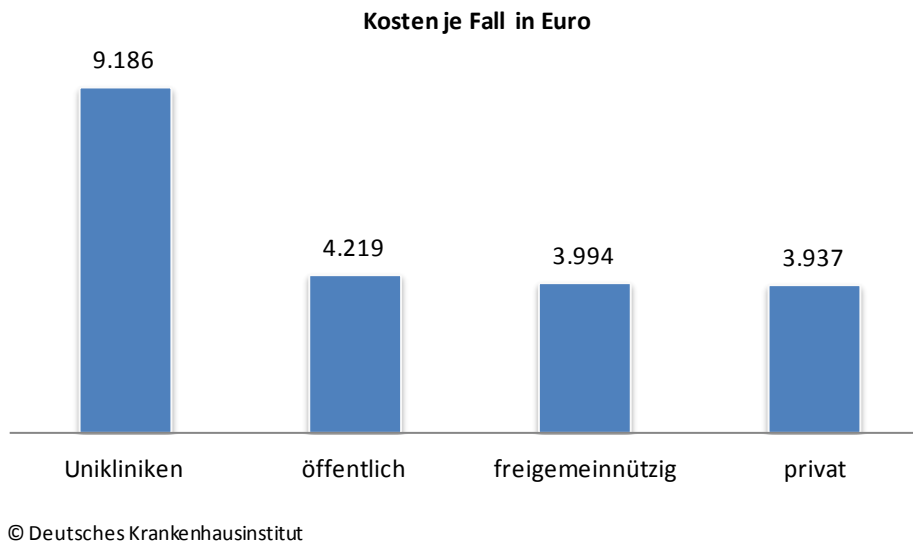


Abb. 48: Brutto-Gesamtkosten je Fall in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

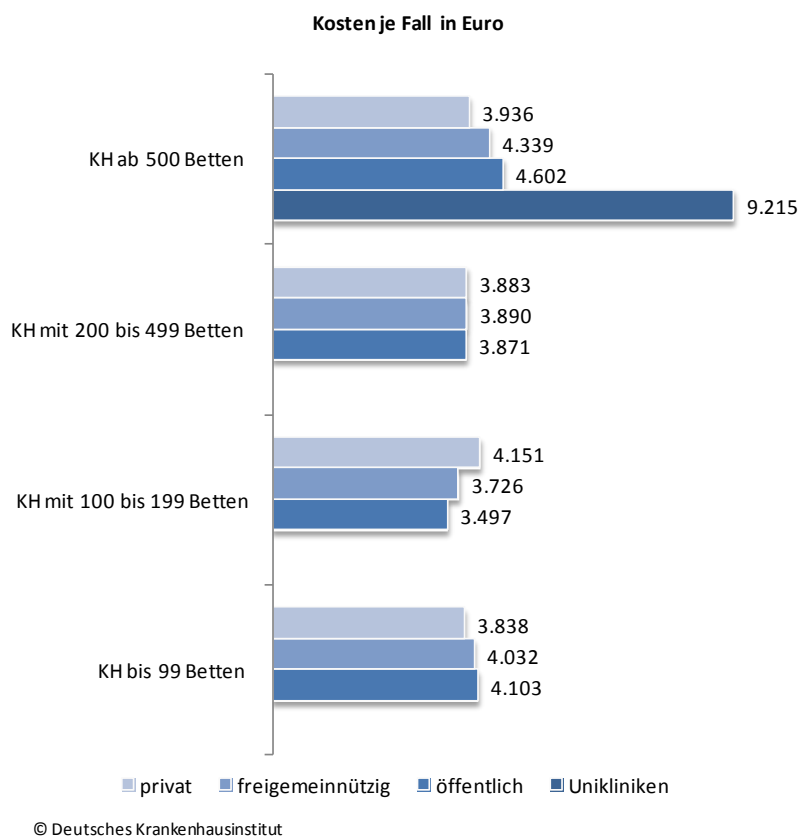


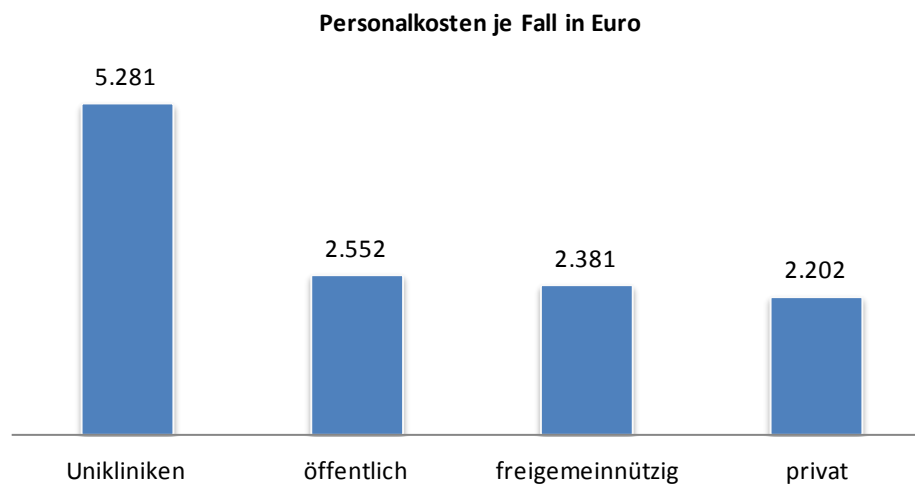
Abb. 49: Brutto-Gesamtkosten je Fall in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

In den Krankenhäusern bis 99 Betten sowie mit 200 bis 499 Betten waren die Kosten je Fall in allen drei Trägergruppen vergleichbar. In den Häusern mit 100 bis 199 Betten wiesen die Häuser privater Träger die höchsten und die öffentlichen Krankenhäuser die geringsten Kosten je Fall auf. In den Krankenhäusern ab 500 Betten kehrte sich dieses Verhältnis um. In den Häusern der beiden letztgenannten Bettengrößenklassen belief sich der Unterschied zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Träger auf gut 650 Euro. Die Kosten je Fall der freigemeinnützigen Krankenhäuser lagen bis auf eine Ausnahme immer zwischen denen der öffentlichen und privaten Häuser (Abb. 49).

3.5.3.1 Personalkosten je Fall

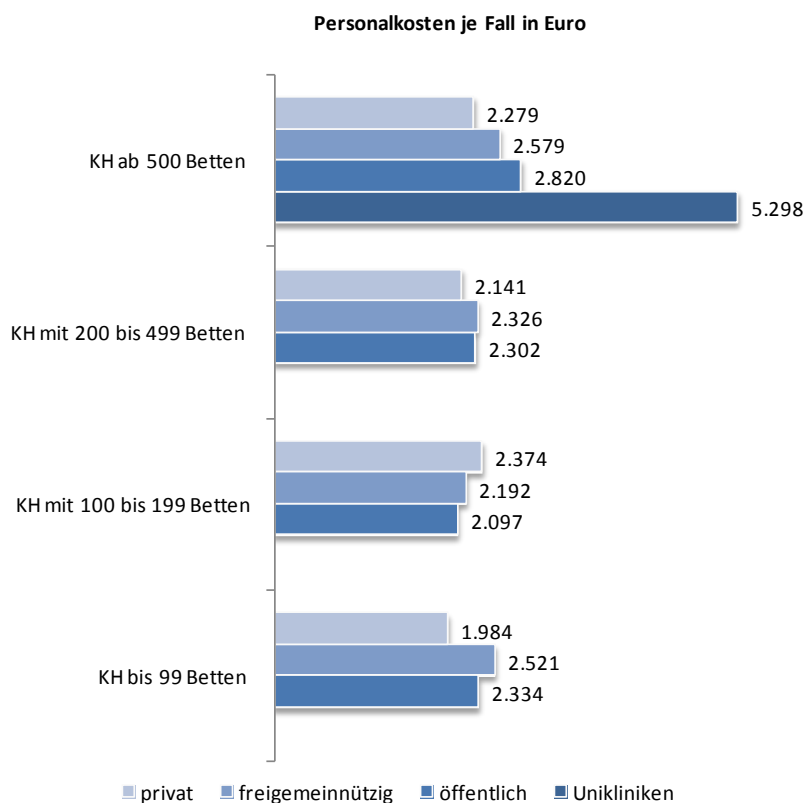
Die durchschnittlichen Personalkosten je Fall lagen im Jahr 2012 in den Allgemeinkrankenhäusern bei 2.702 Euro. Die öffentlichen Krankenhäuser wiesen pro Patient um 350 Euro höhere Personalkosten je Fall auf als die privaten Krankenhäuser, die insgesamt die geringsten Personalkosten je Fall hatten. Die Unterschiede zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen sowie freigemeinnützigen und privaten Häusern waren mit 171 bzw. 179 Euro vergleichbar (Abb. 50).

Bei den Personalkosten je Fall zeigten sich im Jahr 2012 in den verschiedenen Bettengrößenklassen keine systematischen Trägerunterschiede. In den kleinsten (Δ 537) und größten (Δ 541) Häusern waren die Differenzen zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Träger jeweils am größten. In den Häusern bis 99 Betten wiesen die freigemeinnützigen Häuser die höchsten Personalkosten pro Fall auf, während dies – mit Ausnahme der Unikliniken – bei den Häusern ab 500 Betten Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft waren. Die Personalkosten je Fall fielen bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft, bis auf die Bettengrößenklasse 100 bis 199 Betten, jeweils am niedrigsten aus (Abb. 51).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 50: Personalkosten je Fall in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012



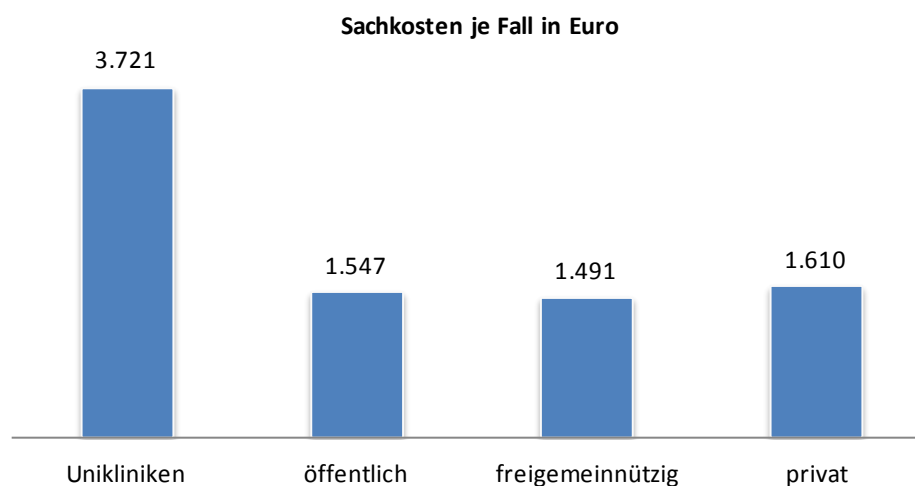
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 51: Personalkosten je Fall in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

3.5.3.2 Sachkosten je Fall

Die Sachkosten je Fall lagen in den Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2012 durchschnittlich bei 1.750 Euro. Die privaten Krankenhäuser hatten – hinter den Unikliniken - die höchsten durchschnittlichen Sachkosten je behandelten Patienten zu verzeichnen. Die niedrigsten Sachkosten wiesen im Durchschnitt die freigemeinnützigen Krankenhäuser auf (Abb. 52).

Die größten Differenzen in den Sachkosten je Fall zeigten sich zwischen den Trägergruppen in den Krankenhäusern bis 199 Betten (315 bzw. 361 Euro). Hier wie auch in Häusern mit 200 bis 499 Betten waren die Sachkosten je Fall in den privaten Krankenhäusern am höchsten. In den Krankenhäusern ab 500 Betten lagen die durchschnittlichen Sachkosten pro Fall in den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern höher als in den privaten Häusern. Die Unterschiede waren jedoch vergleichsweise gering. (Abb. 53).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 52: Sachkosten je Fall in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

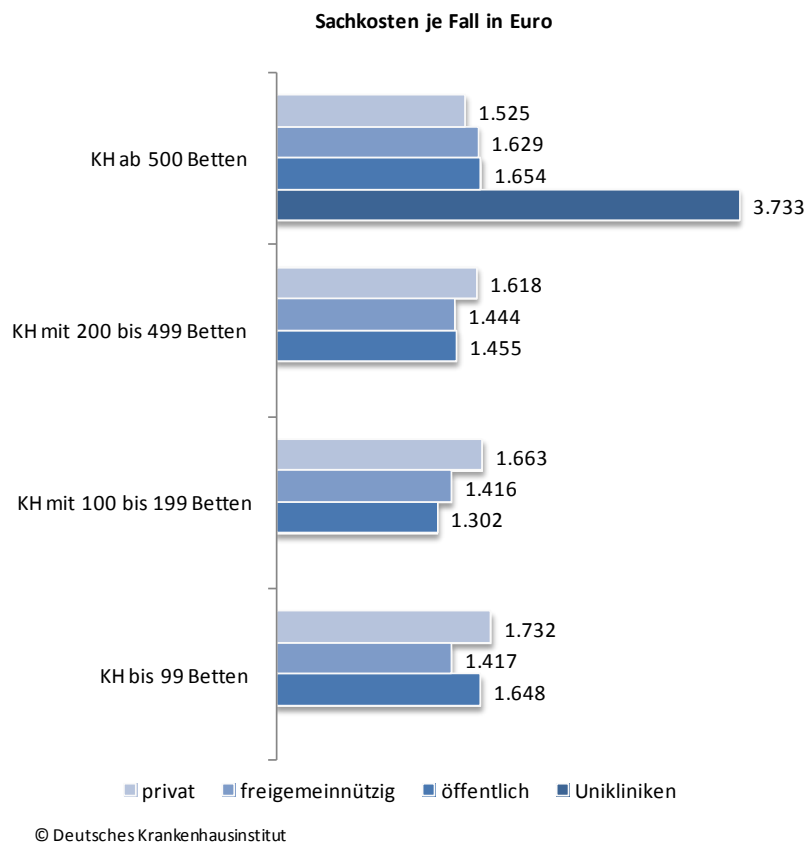


Abb. 53: Sachkosten je Fall in Allgemeinkrankenhäusern je Bettengrößenklasse nach Trägerschaft in 2012

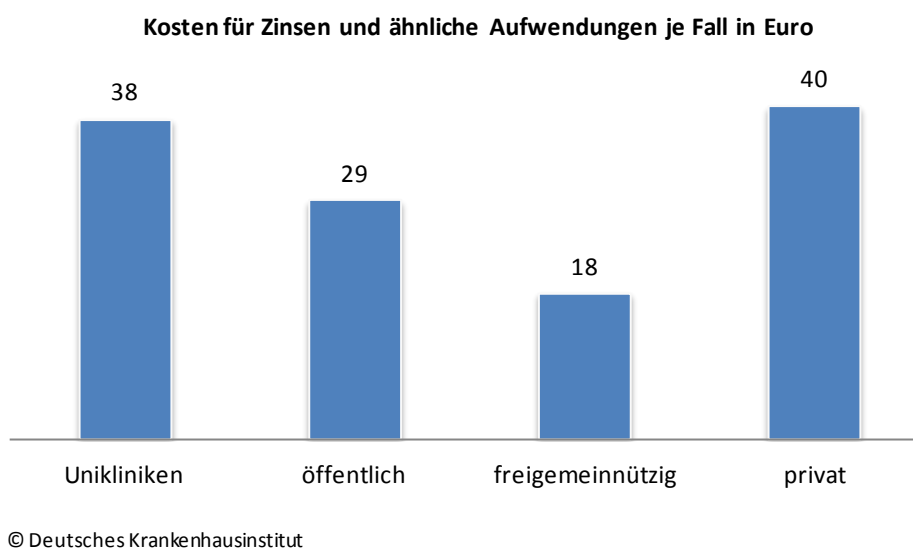


Abb. 54: Zinsen und ähnliche Aufwendungen je Fall in Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft in 2012

3.5.3.3 Zinskosten je Fall

Die Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen pro Fall betragen im Jahr 2012 in den Allgemeinkrankenhäusern im Durchschnitt 27 Euro. Die entsprechenden Kosten je Fall lagen in den privaten Krankenhäusern mit 40 Euro deutlich höher als in den anderen Trägergruppen inklusive der Unikliniken. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser wiesen mit 18 Euro die geringsten Kosten für Zinsen und ähnliche Aufwendungen pro Fall auf (Abb. 54).

3.5.4 Fazit: Leistungs- und Wirtschaftlichkeitskennziffern

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser behandeln durchschnittlich ähnlich viele Fälle je Vollkraft wie die anderen Trägergruppen. Über die verschiedenen Bettengrößenklassen zeigen sich keine systematischen Effekte im Hinblick auf die Fälle je Vollkraft pro Trägerschaft. In den freigemeinnützigen Häusern behandeln die Ärzte und die Vollkräfte im Funktionsdienst im Vergleich mit den anderen Trägern die meisten Patienten. Bei den Pflegekräften und beim medizinisch-technischen Personal liegen die Fallzahlen in freigemeinnützigen Häusern jeweils zwischen denen der anderen Träger. Berufsgruppenübergreifend zeigen sich keine systematischen Zusammenhänge zwischen Trägerschaft und Fallzahlen in den Krankenhäusern verschiedener Größe.

Die öffentlichen Krankenhäuser weisen bei den Personalkosten je Vollkraft sowie bei den Ärzten und Pflegekräften jeweils die höchsten Kosten auf. In den freigemeinnützigen Krankenhäusern sind die Kosten jeweils etwas niedriger als in den öffentlichen. Die Kosten für Personal sind in den privaten Häusern jeweils deutlich geringer als bei den anderen Trägern, was ggf. durch eine andere Art der Implementierung von In- und Outsourcing oder eine andere Patientenstruktur bedingt sein kann. Systematische Zusammenhänge in den verschiedenen Bettengrößenklassen zeigen sich zwischen den unterschiedlichen Trägern nicht.

Die Kosten je Fall sind bei den freigemeinnützigen Trägern geringer als bei den öffentlichen und etwas höher als bei den privaten Krankenhäusern. Ähnliches zeigt sich bei den Personal- und Sachkosten je Fall. Die Personalkosten waren in den öffentlichen, die Sachkosten in den privaten jeweils am höchsten. Die Kosten für Zinsen und weitere Zuwendungen liegen bei den freigemeinnützigen Häusern deutlich unter denen der anderen, insbesondere der privaten Träger. Wiederum konnten keine systematischen Zusammenhänge über die verschiedenen Bettengrößenklassen hinweg identifiziert werden.

3.6 Zeitreihen

3.6.1 Anzahl Krankenhäuser

Seit Jahren nimmt die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser – zumindest gemessen an der Anzahl der rechtlich eigenständigen Betriebsstätten – kontinuierlich ab. So ist die Zahl seit 2004 von insgesamt 1.827 auf 1.692 im Jahr 2012 zurückgegangen (-7,4%).

Der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser nimmt seit Jahren etwas ab, wobei dieser Trend weniger stark ausgeprägt ist als bei den öffentlichen Häusern. Dahingegen steigt die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft kontinuierlich. Dennoch weisen die freigemeinnützigen Krankenhäuser in allen Jahren den höchsten Marktanteil auf.

Im Jahr 2004 waren von den 1.827 Allgemeinkrankenhäusern 712 (39,0%) in freigemeinnütziger, 638 (34,9%) in öffentlicher und 444 (24,3%) in privater Trägerschaft. Die Zahl freigemeinnütziger Krankenhäuser nahm von 2004 bis 2012 um 15,3% ab. Zeitgleich nahm der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser um rund ein Viertel ab (24,9%). Zugleich erhöhte sich die Anzahl privater Krankenhäuser um knapp 30%. Die Marktanteile der freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser haben sich damit nahezu angeglichen (Abb. 55 und Tabelle 1).

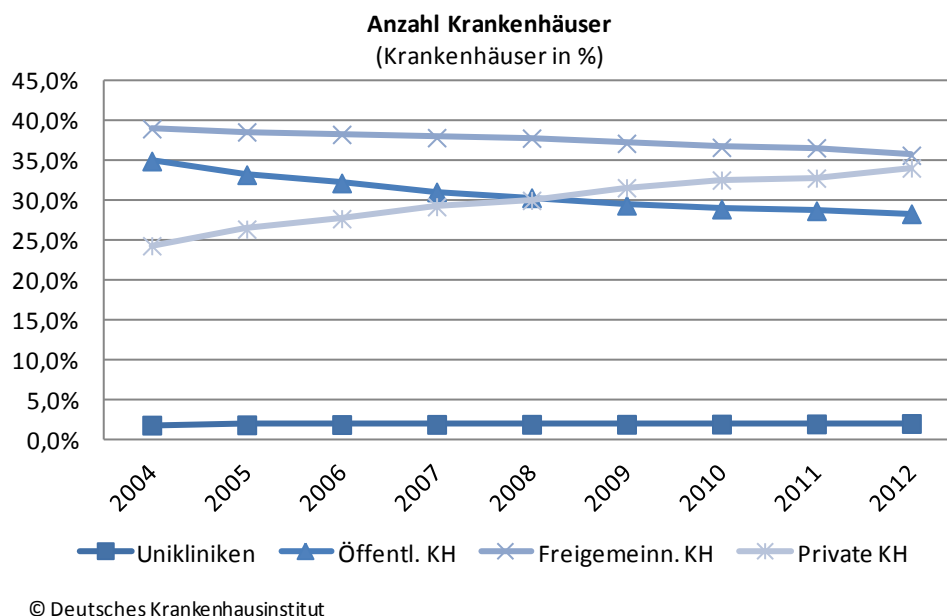


Abb. 55: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft 2004-2012

Betrachtet man die Entwicklung der Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen im Zeitverlauf von 2004 bis 2012, so zeigt sich, dass sich insbesondere die Zahl der Krankenhäuser mit 100 bis 199 Betten (-18,8%) sowie mit 200 bis 499 Betten (-15,1%) reduziert hat, während die Häuser der anderen beiden Bettengrößenklassen jeweils eine Zunahme zu verzeichnen hatten. Diese fiel bei den kleinsten Häusern vergleichsweise hoch und in den größten Häusern eher marginal aus (KH bis 99 Betten: +9,9%; KH ab 500 Betten: 0,8%). Die Marktanteile der öffentlichen sowie freigemeinnützigen Krankenhäuser verringern sich in nahezu allen Bettengrößenklassen im Zeitverlauf. Einzige Ausnahme sind die freigemeinnützigen Häuser ab 500 Betten. Hier gab es keinerlei Veränderung. Von den rückläufigen Zahlen der freigemeinnützigen Krankenhäuser (-109 insgesamt) waren mit knapp der Hälfte aller Häuser insbesondere die Krankenhäuser mit 200 bis 499 Betten betroffen. Auch die öffentlichen Häuser haben vor allem in dieser Bettengrößenklasse (43,4%) sowie bei den Häusern mit 100 bis 199 Betten (38,4%) mit Verlusten zu kämpfen (Tabelle 1).

Die Krankenhäuser in privater Trägerschaft konnten vor allem bei Krankenhäusern bis 99 Betten hinzugewinnen. 67,4% der im Zeitverlauf privatisierten Krankenhäuser (89) zählten zu dieser Bettengrößenklasse (Tabelle 1).

Tabelle 1: Veränderung der Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Bettengrößenklasse 2004-2012

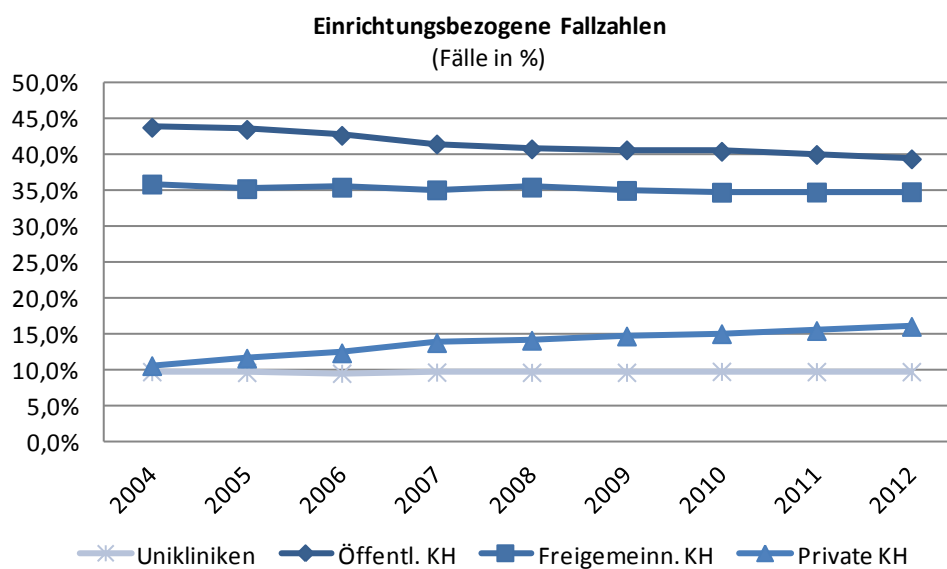
| Träger | KH gesamt | KH bis 99 Betten | KH 100 bis 199 Betten | KH 200 bis 499 Betten | KH ab 500 Betten |
|-------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| | Δ 2004 – 2012 n (%) | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n |
| öffentlich | -159 (-24,9%) | -18 | -61 | -69 | -11 |
| freigemeinnützig | -109 (-15,3%) | -24 | -31 | -54 | 0 |
| privat | 132 (+29,7%) | 89 | 4 | 26 | 13 |

3.6.2 Fallzahlen

Die einrichtungsbezogenen Fallzahlen sind in den Allgemeinkrankenhäusern seit 2004 insgesamt – wenn auch mit einer zwischenzeitlichen Schwankung – gestiegen und lagen 2012 bei insgesamt 18.010.770 (+10,6%). Die Fallzahlen sind bei fast allen Trägergruppen leicht oder auch deutlich angestiegen. Die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft konnten als

einzig im Zeitverlauf keine Fallzunahme verzeichnen. Die Verluste sind mit 0,5% jedoch gering.

Die Zuwächse sind bei den freigemeinnützigen Häusern moderat (7,3%) und bei den privaten Krankenhäusern (67,8%) deutlich ausgeprägt. Die privaten Häuser behandelten jedoch trotz der deutlichen Zunahme an Fällen insgesamt im Jahr 2012 nur 16,1% aller Krankenhaushfälle. Damit haben die privaten Häuser einen immer noch deutlich geringeren Anteil der Gesamtfälle behandelt als die freigemeinnützigen (34,8%) oder öffentlichen Krankenhäuser (39,4%) (Abb. 56).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 56: Fallzahlen in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft 2004-2012

Die privaten Krankenhäuser konnten in allen Bettengrößenklassen Fallzahlsteigerungen erzielen, wobei diese in den beiden höchsten Bettengrößenklassen am deutlichsten waren. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser konnten in den Krankenhäusern ab 100 Betten eine Steigerung ihrer Fallzahlen erreichen. Lediglich in der kleinsten Bettengrößenklasse sank die Zahl der behandelten Patienten. Die öffentlichen Krankenhäuser konnten nur in den Häusern ab 500 Betten eine Fallzahlsteigerung erreichen, in allen anderen Häusern sind die Fallzahlen gesunken (Tabelle 2).

Tabelle 2: Veränderung der Fallzahlen in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft und Bettengrößenklasse 2004-2012

| Träger | KH gesamt | KH bis 99 Betten | KH 100 bis 199 Betten | KH 200 bis 499 Betten | KH ab 500 Betten |
|-------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | Δ 2004 – 2012 n (%) | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n |
| öffentlich | -35.568 (-0,5%) | -22.387 | -152.353 | -111.012 | 250.184 |
| freigemeinnützig | 426.056 (+7,3%) | -37.221 | 39.898 | 123.118 | 300.261 |
| privat | 1.167.952 (+67,8%) | 88.501 | 104.072 | 471.386 | 503.994 |

3.6.3 Vollkräfte

Seit 2004 ist die Anzahl der in Allgemeinkrankenhäusern beschäftigten Vollkräfte von 752.432 auf 780.024 im Jahr 2012 leicht gestiegen (3,5%). Die Gesamtpersonalzunahme ist durch den Personalzuwachs in den kleinsten (19,8%) und größten Häusern (9,7%) bedingt. Die anderen beiden Bettengrößenklassen haben leichte Personalverluste zu verzeichnen.

Parallel zu dem Zuwachs an Marktanteilen von Krankenhäusern in privater Trägerschaft steigt der Anteil der dort beschäftigten Vollkräfte im Betrachtungszeitraum. Private Krankenhäuser haben ihren Personalbestand seit 2004 um die Hälfte erhöht (50%). Während im Jahr 2004 9,4% (70.408) des Personals in Allgemeinkrankenhäusern bei privaten Trägern beschäftigt waren, waren es 2012 13,5% (105.587). Dieser Personalzuwachs zeigte sich in allen Bettengrößenklassen, ist aber in den kleinsten und größten Krankenhäusern am stärksten ausgeprägt.

Obwohl die privaten Krankenhäuser einen Personalzuwachs verbuchen konnten, lagen die Personalzahlen insgesamt in allen Jahren des Betrachtungszeitraums jedoch immer noch deutlich unter denen der freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser haben von 2004 (233.309) bis 2012 (238.885) etwas Personal aufgestockt, was an Personalzuwachsen in den Häusern ab 500 Betten liegt, während in allen anderen Bettengrößenklassen Personal abgebaut wurde. Die Zunahme lag bei 2,4% (5.576). Trotz des Personalausbaus der freigemeinnützigen Häuser sind die öffentlichen Krankenhäuser auch im Jahr 2012 weiterhin der größte Arbeitgeber unter allen Trägergrup-

pen. Die öffentlichen Krankenhäuser hatten seit 2004 (313.106) 25.434 Stellen abgebaut, was einem Rückgang um 8,1% auf 287.672 Vollzeitkräfte im Jahr 2012 entspricht. Die Personaleinsparungen betrafen alle Krankenhäuser bis 499 Betten. Die größten öffentlichen Häuser konnten eine leichte Personalgewinnung verbuchen (Abb. 57 und Tabelle 3).

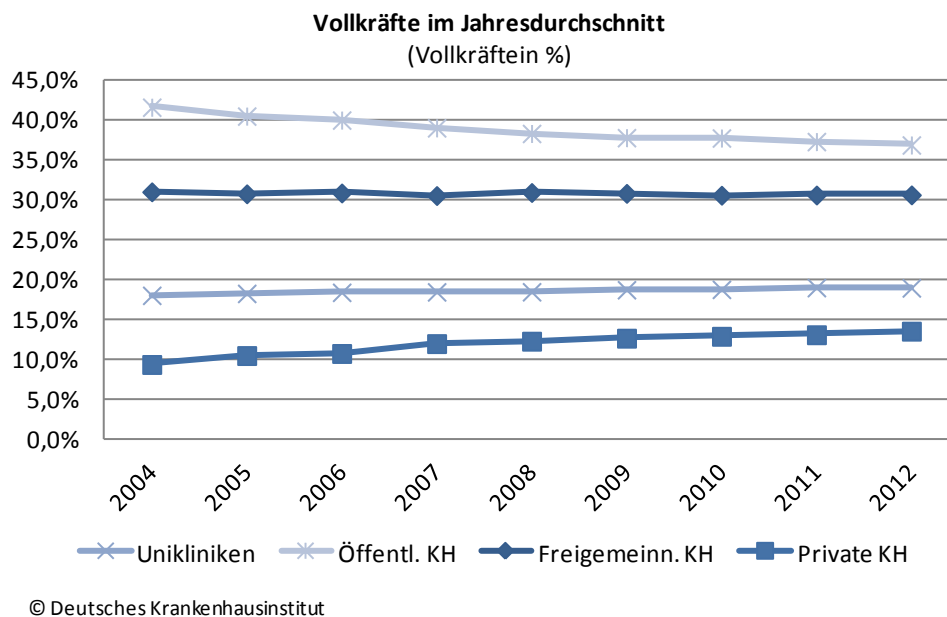


Abb. 57: Vollkräfte in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft 2004-2012

Tabelle 3: Veränderung der Vollkraft-Zahlen in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft und Bettengrößenklasse 2004-2012

| Träger | KH gesamt | KH bis 99 Betten | KH 100 bis 199 Betten | KH 200 bis 499 Betten | KH ab 500 Betten |
|-------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| | Δ 2004 – 2012 n (%) | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n | Δ 2004 – 2012 n |
| öffentlich | -25.434 (-8,1%) | -1.207 | -8.845 | -16.642 | 1.260 |
| freigemeinnützig | 5.576 (2,4%) | -652 | -1.456 | -3.183 | 10.867 |
| privat | 35.178 (50,0%) | 6.646 | 3.423 | 12.486 | 12.623 |

3.6.4 Personalkosten

3.6.4.1 Durchschnittliche Personalkosten je Vollkraft

Die durchschnittlichen Personalkosten der patientennahen Dienste – Ärztlicher, Pflege-, medizinisch-technischer sowie Funktionsdienst - sind von 50.900 Euro im Jahr 2004 auf 62.400 Euro im Jahr 2012 angestiegen. Dies entspricht einem Zuwachs an durchschnittlichen Personalkosten pro Vollkraft von 22,6%.

Der Anstieg der Personalkosten je Vollkraft verlief relativ unabhängig von der Trägerschaft. Die Häuser in privater Trägerschaft haben mit 25,7% die höchste, die öffentlichen Häuser mit 22,3% die geringste Zuwachsrate (Abb. 58).

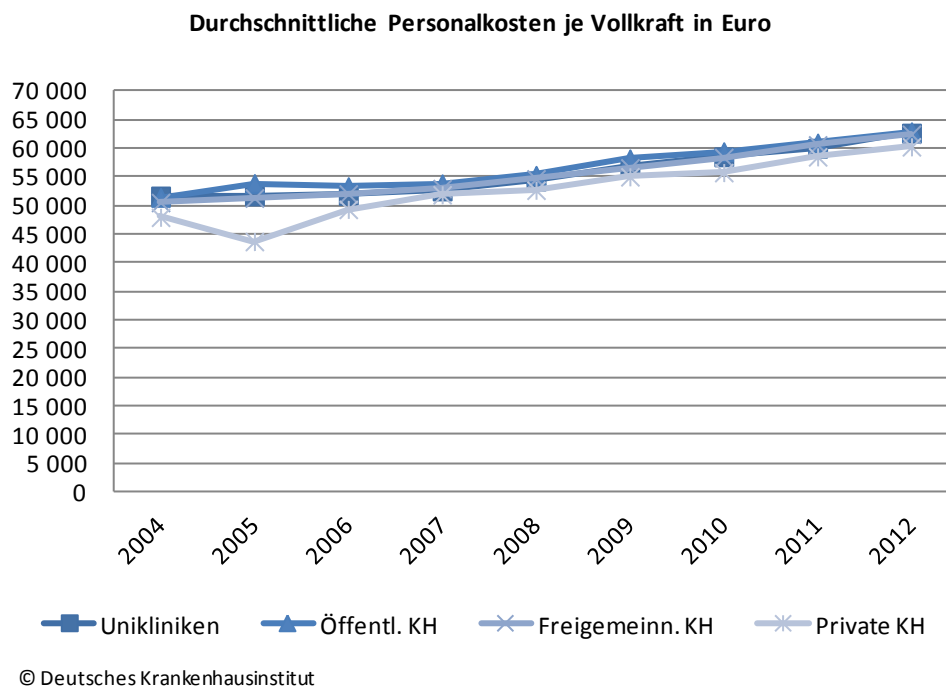


Abb. 58: Durchschnittliche Personalkosten je Vollkraft in Euro in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft 2004-2012

3.6.4.2 Durchschnittliche Personalkosten je Vollkraft Ärztlicher Dienst

Die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft im Ärztlichen Dienst betragen 2012 111.100 Euro. Die Kosten lagen im Schnitt damit um 26.000 Euro bzw. 30,5% höher als im Jahr 2004.

Auch im Ärztlichen Dienst sind die durchschnittlichen Personalkosten bei allen Trägern in ähnlicher Weise gestiegen (Abb. 59).

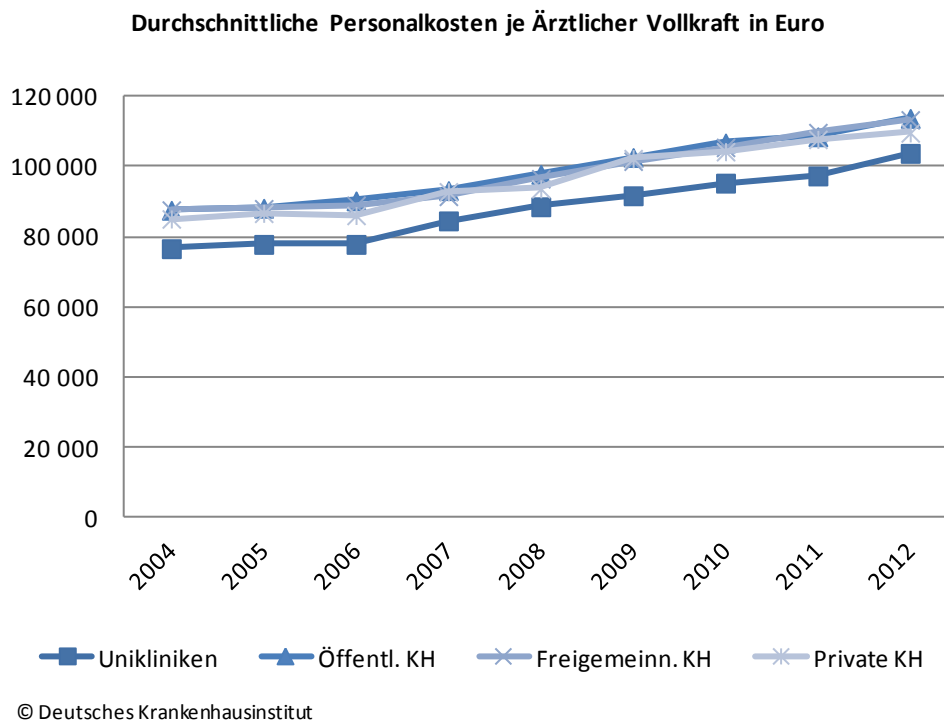
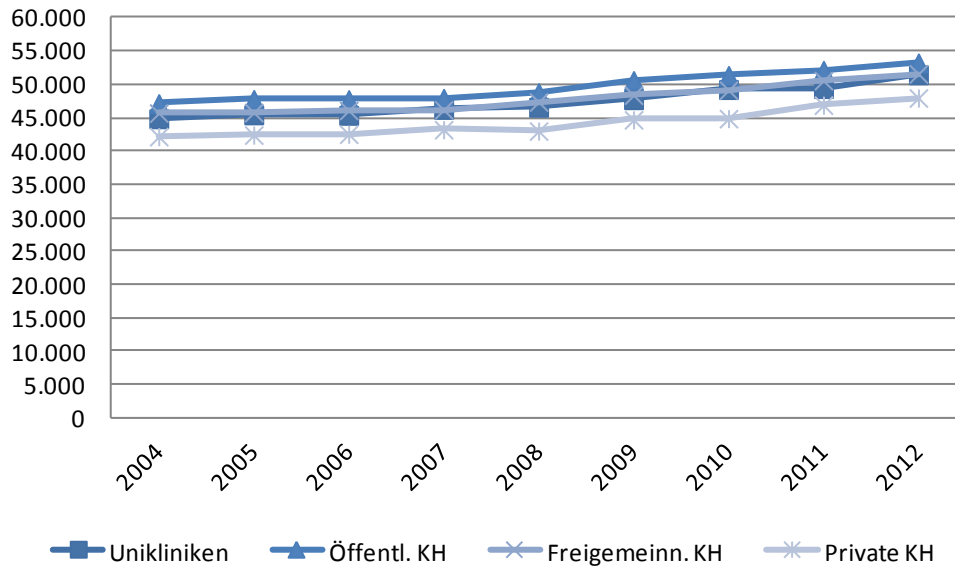


Abb. 59: Durchschnittliche Personalkosten je Ärztlicher Vollkraft in Euro in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft 2004-2012

3.6.4.3 Durchschnittliche Personalkosten je Vollkraft Pflegedienst

Im Jahr 2004 betragen die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft im Pflegedienst 45.900 Euro. Im Jahr 2012 waren diese Kosten im Schnitt um 12,6% auf 51.700 Euro angestiegen. Die Zuwachsrate bei den mittleren Gehältern pro Vollkraft im Pflegedienst war in den privaten Häuser (13,7%) etwas höher als in den Häusern anderer Trägerschaft (12,9%) (Abb. 60).

Durchschnittliche Personalkosten je Pflegedienst Vollkraft in Euro



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 60: Durchschnittliche Personalkosten je Pflegedienst Vollkraft in Euro in den Allgemeinkrankenhäusern nach Trägerschaft 2004-2012

3.6.5 Fazit: Zeitreihen

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser haben in der Zeit von 2004 bis 2012 bei der Anzahl der Krankenhäuser über alle Bettengrößenklassen Marktanteile verloren, wobei die Verluste deutlich geringer sind als bei den öffentlichen Häusern. Freigemeinnützige Häuser sind dennoch vor den privaten Trägern, die an Marktanteilen hinzugewinnen konnten, weiterhin knapp Marktführer.

Bei den Fall- und Personalzahlen sind die öffentlichen Krankenhäuser trotz der Rückgänge auf Krankenhausebene sowie bei den entsprechenden Zahlen weiterhin Marktführer. Die Fall- und Personalzahlen der freigemeinnützigen Häuser liegen über denen der privaten Häuser, die jeweils Zuwächse verzeichnen konnten. Die Anstiege waren bei den privaten Häusern prozentual am höchsten.

Die Personalkosten je Vollkraft insgesamt sowie je Ärztlicher und Pflegedienst Vollkraft steigen bei allen Trägern in ähnlicher Weise an.

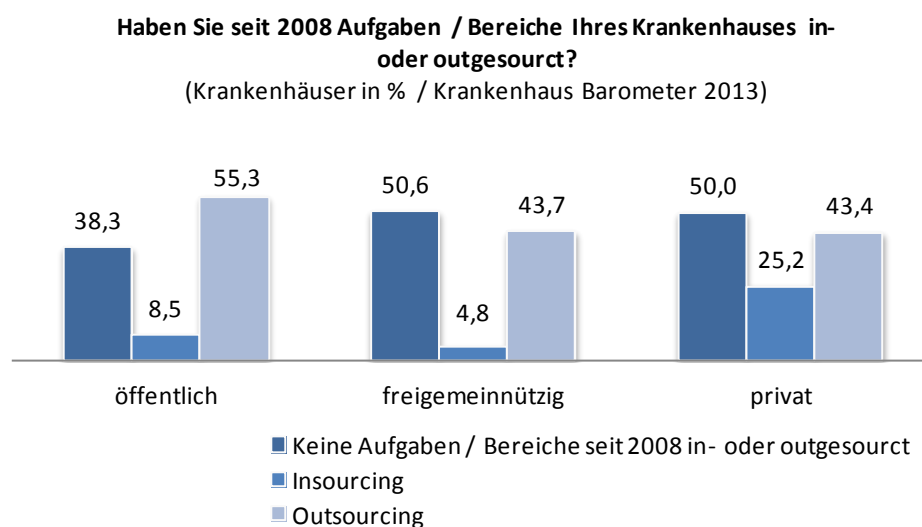
3.7 Krankenhausorganisation und –strategie

3.7.1 In- und Outsourcing

3.7.1.1 Verbreitung von Out- und Insourcing

Um den betriebswirtschaftlichen Fokus auf das Kernleistungsgeschäft zu legen und eine effizientere Organisationstruktur zu schaffen, stellt sich für viele Krankenhäuser die Frage, einzelne, sekundäre Leistungsbereiche auszulagern bzw. auszugliedern. Zu differenzieren ist an dieser Stelle zwischen Outsourcing und Insourcing. Unter Outsourcing wird dabei definitionsgemäß die Auslagerung bestimmter Aufgaben oder Bereiche eines Krankenhauses an eine Fremdfirma oder ein vom Krankenhaus oder seinem Träger gegründetes Unternehmen verstanden. Bei mangelnder Bewährung oder aus anderen Gründen können zuvor outgesourcte Aufgaben oder Bereiche aber auch an das Krankenhaus rückübertragen werden (Insourcing).

Im Rahmen des Krankenhaus Barometers 2013 wurden die Krankenhäuser danach gefragt, ob sie seit 2008 Aufgaben oder Bereiche ihres Krankenhauses in- oder outgesourct haben. In 44,7% der befragten Häuser war dies seit 2008 nicht der Fall, in 9,4% der Kliniken erfolgte In- und in 49,1% der Häuser Outsourcing. Der Trend zum Outsourcing setzt sich damit unverändert fort.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 61: In- und Outsourcing seit 2008 nach Trägerschaft

Ein Vergleich der Trägergruppen zeigt, dass freigemeinnützige und private Häuser seltener als Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft keine Aufgaben in- oder outgesourct haben. Insourcing, d.h. zuvor outgesourcte Aufgaben oder Bereiche wurden an das Krankenhaus rückübertragen, trat in privaten Krankenhäusern deutlich häufiger auf als bei den anderen Trägern. Outsourcing, also das Übertragen von bestimmten Aufgaben oder Bereichen an eine Fremdfirma oder ein vom Krankenhaus oder Träger gegründetes Unternehmen, wurde in öffentlichen Häusern öfter realisiert als bei den anderen Trägern (Abb. 61).

3.7.1.2 Outsourcing und Insourcing nach Leistungsbereichen

Unabhängig vom Zeitpunkt des In- oder Outsourcings sollten die Krankenhäuser im Krankenhaus Barometer 2013 angeben, welche Leistungsbereiche zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2013 bei ihnen in- oder outgesourct waren.

Schwerpunkte von Outsourcing bilden insbesondere Leistungen oder Bereiche aus dem Wirtschafts- und Versorgungsdienst, wie Wäscherei, Reinigungsdienst oder Küche. Darüber hinaus wurde die Bettenaufbereitung sowie der Hol- und Bringedienst relativ häufig fremdvergeben.

Aus den medizinisch-technischen Behandlungsbereichen sind insbesondere die Apotheke, seltener das Labor oder die Radiologie ausgelagert. Leistungen aus dem Bereich der Administration wie Einkauf, Arztbriefschreibung und IT sind hingegen vergleichsweise selten outgesourct.

Mit Blick auf das Insourcing resultieren keine ähnlich großen Varianzen wie beim Outsourcing. Mit Ausnahme von Wäscherei und Apotheke, die nach erfolgtem Outsourcing vergleichsweise selten rückübertragen wurden, gaben jeweils zwischen 13% und 20% der Befragungsteilnehmer an, die erfassten Leistungsbereiche wieder ingesourct zu haben. Schwerpunkte bilden hier insbesondere die Hol- und Bringendienste, die IT, die Sterilisation sowie der Einkauf und die Arztbriefschreibung.

Die beiden letztgenannten Leistungen bilden die einzigen Bereiche, die häufiger in- als outgesourct worden sind. Dahingegen fällt die Diskrepanz von In- und Outsourcing bei der Küche, Reinigung, Wäscherei, Apotheke und Labor besonders groß aus. Ansonsten werden die Bereiche, die vergleichsweise selten ausgelagert werden, auch eher wieder ingesourct. So

fällt beispielsweise die Diskrepanz zwischen In- und Outsourcing bei der Sterilisation, der Radiologie und der IT relativ gering aus (Blum et al., 2013).

Eine trägerspezifische Aufbereitung der Ergebnisse zeigt folgendes Bild: Bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft zeigte sich – im Gegensatz zu den anderen Trägern – ein deutlicher Trend zum Insourcing. Mit Ausnahme der Wäscherei wurden alle erfragten Bereiche oft und insbesondere häufiger ingesourct als bei den anderen Trägern. Die Insourcing-Tendenz wurde vor allem beim Einkauf, der Arztbriefschreibung sowie dem Hol- und Bringdienst offensichtlich, die jeweils in mehr als 40% der privaten Häuser wieder ins Krankenhaus rückübertragen wurden. Die ingesourcten Leistungen bewegten sich bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Häusern zwischen 1% und 18% (Tabelle 4).

Tabelle 4: Out- und Insourcing nach Leistungsbereichen und Trägerschaft in %⁶

| Bereich | Outsourcing | | | Insourcing | | |
|----------------------|-------------|------------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| | öffentlich | freigemeinnützig | privat | öffentlich | freigemeinnützig | privat |
| Einkauf | 14,4 | 11,7 | 10,8 | 15,4 | 14,9 | 42,6 |
| Küche | 59,0 | 37,8 | 26,3 | 10,2 | 11,7 | 34,0 |
| Reinigung | 80,4 | 74,5 | 39,6 | 8,1 | 12,3 | 28,5 |
| Wäscherei | 87,3 | 86,3 | 75,5 | 1,7 | 1,3 | 8,1 |
| Hol- und Bringdienst | 30,7 | 22,4 | 22,3 | 14,3 | 18,1 | 40,3 |
| Bettenaufbereitung | 41,4 | 29,6 | 16,6 | 10,9 | 11,5 | 39,5 |
| Sterilisation | 35,3 | 12,9 | 20,2 | 13,4 | 17,5 | 27,1 |
| Apotheke | 60,9 | 60,7 | 58,6 | 6,6 | 3,5 | 16,5 |
| Labor | 55,5 | 35,6 | 35,0 | 10,5 | 11,5 | 25,3 |
| Radiologie | 30,6 | 19,9 | 26,9 | 12,4 | 12,1 | 32,1 |
| IT | 25,7 | 19,0 | 11,8 | 16,2 | 17,7 | 39,8 |
| Arztbriefschreibung | 19,3 | 7,7 | 5,6 | 17,5 | 13,9 | 42,6 |

⁶ Zur besseren Lesbarkeit sind Bereiche mit größeren Unterschieden bei dieser und folgenden Tabellen fett markiert.

Dahingegen wurden insbesondere in öffentlichen, aber auch freigemeinnützigen Krankenhäusern Aufgaben oder Bereiche häufiger als in Häusern privater Trägerschaft an eine Fremdfirma oder ein vom Krankenhaus oder Träger gegründetes Unternehmen übertragen. Der Trend zum Outsourcing ist insgesamt bei den öffentlichen Kliniken am deutlichsten ausgeprägt. Vor allem Küche, Reinigung oder Bettenaufbereitung wurde in Krankenhäusern öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft häufiger fremdvergeben als in privaten Häusern (Tabelle 4).

3.7.1.3 Auswirkungen von Outsourcing

Im Krankenhaus Barometer 2013 führten die Befragten an, dass das Outsourcing insbesondere zu einer Personalkostenreduktion beigetragen hat. 79% der Befragten führten an, dass Auslagerungsprozesse die Personalkosten sehr (29%) oder ziemlich (50%) reduziert haben. Der zweitgrößte Vorteil von Outsourcing besteht nach Meinung der Krankenhäuser in einer erhöhten Flexibilität der Leistungserbringung. 70% der Befragten zufolge hat sich durch das Outsourcing die Flexibilität der Leistungserbringung sehr (23%) oder ziemlich (47%) erhöht. Dahingegen hat, den Befragungsteilnehmern zufolge, das Outsourcing seltener zu einer Sachkostenreduktion oder zu einer verbesserten Qualität der Leistungserbringung beigetragen. 51% (Sachkostenreduktion) bzw. 43% der Krankenhäuser (Qualitätsverbesserung) sahen ihre diesbezüglichen Erwartungen sehr oder ziemlich erfüllt (ohne Abbildung; Blum et al. 2013).

Die trägerspezifische Analyse der Auswirkungen von Outsourcing zeigt keine systematischen Zusammenhänge. Unabhängig von der Trägerschaft wurden von den Krankenhäusern insbesondere die Personalkostenreduktion und die Erhöhung der Flexibilität als Nutzen des Outsourcings genannt. Beide Aspekte spielten vor allem für die freigemeinnützigen Häuser eine Rolle.

Outsourcing führte in allen Häusern zu keiner wesentlichen Sachkostenreduktion. Dies trifft für freigemeinnützige Häuser noch mehr zu als für private Häuser. Die Qualität der Leistungserbringung wird in den Krankenhäusern durch Outsourcing nicht entscheidend verbessert. Dies ist in der Tendenz bei freigemeinnützigen und privaten Häusern noch etwas stärker ausgeprägt als bei öffentlichen Kliniken (Abb. 62).

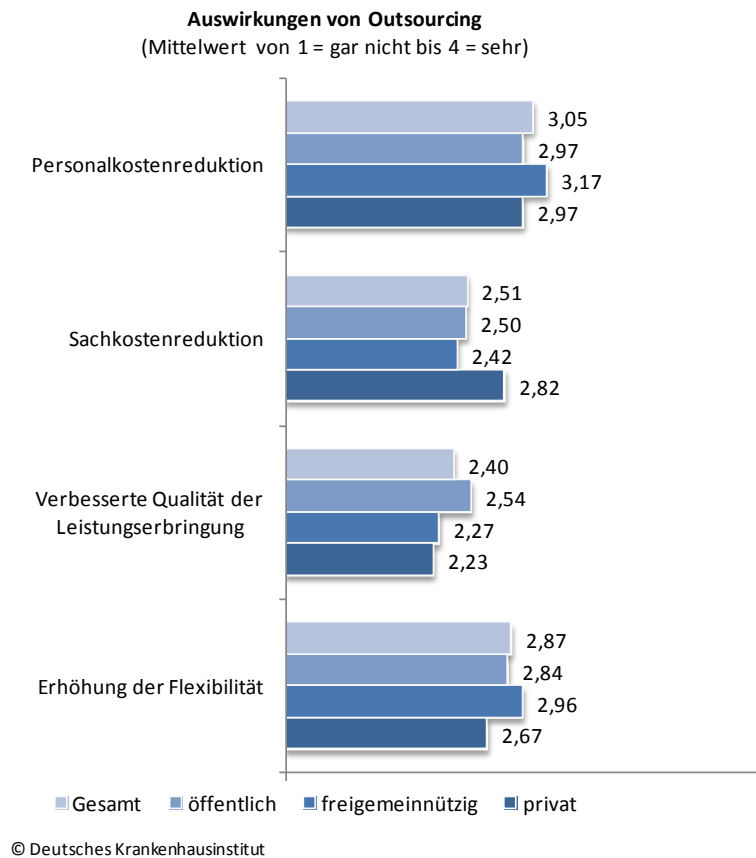


Abb. 62: Auswirkungen von Outsourcing

3.7.1.4 Gründe für Insourcing

Die Krankenhäuser sollten sich analog zu den Auswirkungen von Outsourcing auch zu den Motiven für ein etwaiges Insourcing äußern. Konkret sollten sie angeben, aus welchen Gründen sie in ihrem Krankenhaus zuvor outgesourcte Bereiche ggf. wieder ingesourct haben. Anders als beim Outsourcing gab es hier keine vorherrschenden Bestimmungsgründe.

Am ehesten haben sich die Qualitätserwartungen mit Blick auf erfolgte Auslagerungen nicht erfüllt. 42% der Befragten haben zuvor ausgelagerte Bereiche sehr oder ziemlich aus dem Grunde wieder ingesourct, weil durch das Outsourcing keine nennenswerte Verbesserung der Leistungsqualität eingetreten sei. Auch vermehrte Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme mit einer Fremdfirma oder Ausgründung sind teilweise ein Motiv für das Insourcing (36% sehr oder ziemlich).

Keine (nennenswerten) Personal- und Sachkostenreduktionen durch Outsourcing bildeten dagegen vergleichsweise selten den Grund, zuvor ausgelagerte Bereiche wieder in das Krankenhaus einzugliedern. Nur jeweils rund ein Sechstel der Befragungsteilnehmer stimmte hier sehr oder ziemlich zu (ohne Abbildung, Blum et al. 2013).

Die Krankenhäuser verschiedener Trägerschaft unterscheiden sich zum Teil deutlich bei den Gründen, zuvor outgesourcte Bereiche wieder ingesourct zu haben. In öffentlichen Häusern spielten alle Aspekte – bis auf die Abstimmungs- / Schnittstellenprobleme mit Fremdfirmen bzw. Ausgründung – eine größere Rolle für das Insourcing als in den anderen Häusern. Deutliche Unterschiede zeigen sich insbesondere bei der nicht (nennenswerten) Personal- und Sachkostenreduktion. Diese waren für öffentliche Häuser deutlich häufiger der Anlass eines erneuten Insourcings als bei freigemeinnützigen oder privaten Krankenhäusern (Abb. 63).

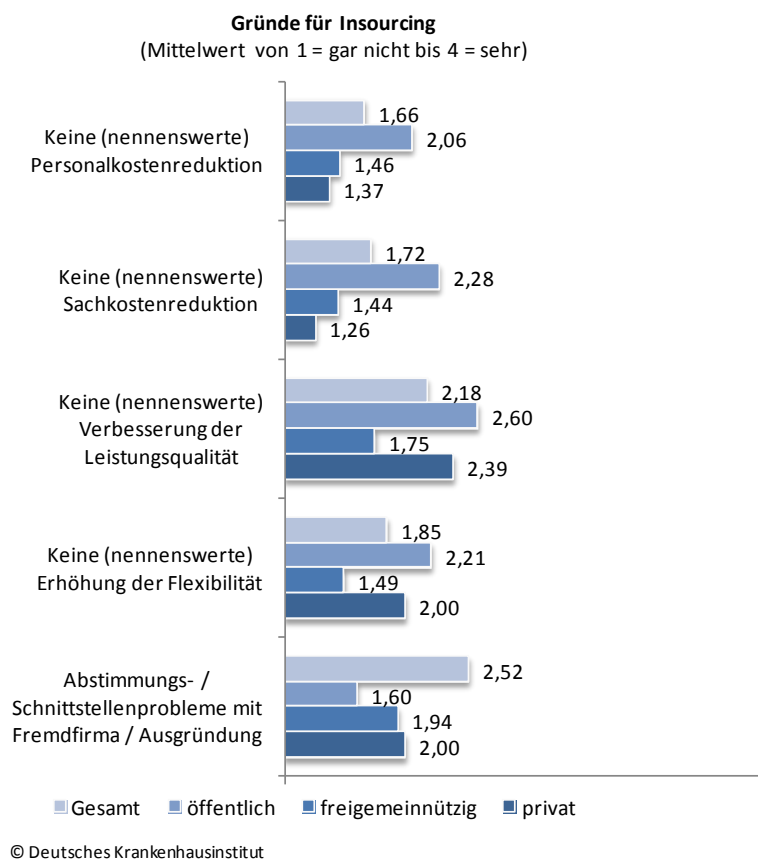


Abb. 63: Gründe für Insourcing

Keine (nennenswerte) Verbesserung der Leistungsqualität sowie der Erhöhung der Flexibilität waren in freigemeinnützigen Häusern jeweils seltener als bei den beiden anderen, insbesondere öffentlichen, Trägern, Gründe eines Insourcings. Abstimmungs- / Schnittstellenprobleme mit Fremdfirmen oder Ausgründungen waren in freigemeinnützigen und privaten Häusern etwas häufiger der Anlass eines Insourcings als in öffentlichen Krankenhäusern (Abb. 63).

3.7.2 Führungskräfteentwicklung

Die Führungskräfteentwicklung ist ein Teil der Personalentwicklung, die sich mit der Weiterbildung und Förderung von Führungspersonen befasst. „In diesem Sinne umfasst sie alle Aktivitäten innerhalb und außerhalb eines Unternehmens, die der Vermittlung und Förderung von Fach-, Sozial- und Managementkompetenz sowie von Wissen, Können und Verhalten von Vorgesetzten dienen. Die genaue Abstimmung der Führungskräfteentwicklung auf die organisationale und individuelle Situation ist dabei von besonderer Bedeutung.“ (Gleich, 2011, S. 82). Im *Krankenhaus Barometer 2012* wurde erstmalig die Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus ausführlich erhoben.

Die Krankenhäuser sollten angeben, inwieweit die Führungskräfteentwicklung in ihrem Haus systematisch durchgeführt wird.

Für den Ärztlichen Dienst führten rund 40% der Krankenhäuser an, auf der oberen Führungsebene (Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor), der mittleren Führungsebene (Chefarzt, Abteilungsleitung) und der unteren Führungsebene (Oberarzt, Bereichsleitung) eine systematische Führungskräfteentwicklung oft oder standardmäßig durchzuführen. Die Mittelwerte (1 = gar nicht bis 5 = standardmäßig) bewegten sich zwischen 3,3 in der mittleren Führungsebene (z.B. Chefarzte, Abteilungsleitung) und 2,7 bei den Ärzten ohne Führungsverantwortung (Blum et al., 2012).

Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst ist die Führungskräfteentwicklung im Pflegedienst weiter fortgeschritten. Dies betrifft alle Hierarchieebenen gleichermaßen. Auffallend sind dabei insbesondere die überdurchschnittlichen Werte für die mittlere Führungsebene (z.B. Abteilungsleitung) und die untere Führungsebene im Pflegedienst (z.B. Stations- oder Bereichsleitung). Jeweils mehr als 60% der Einrichtungen gaben an, hier eine systematische Führungskräfteentwicklung oft oder standardmäßig durchzuführen. Die Mittelwerte bewegten sich zwischen

3,9 bei der unteren Führungsebene und 3,0 bei den Mitarbeitern ohne Führungsverantwortung (Blum et al., 2012).

Mit Blick auf den Verwaltungsdienst fokussiert die Führungskräfteentwicklung insbesondere die obere Führungsebene, also Geschäftsführung oder Direktorium, und die mittlere Führungsebene, etwa Abteilungsleiter (Mittelwert je 3,3). Jeweils knapp die Hälfte der befragten Krankenhäuser schätzte hier ihre Führungskräfteentwicklung oft oder standardmäßig als systematisch ein (Blum et al., 2012).

Tabelle 5: Systematische Führungskräfteentwicklung nach Trägerschaft (Mittelwert)*

| Bereich | öffentlich | freigemeinnützig | privat |
|---|------------|------------------|-------------|
| Ärztlicher Dienst | | | |
| Obere Führungsebene (z.B. Geschäftsführung, Direktorium) | 2,88 | 3,09 | 2,99 |
| Mittlere Führungsebene (z.B. Chefarzte, Abteilungsleitung) | 3,06 | 3,07 | 3,48 |
| Untere Führungsebene (z.B. Oberärzte, Bereichsleitung) | 2,91 | 3,18 | 3,32 |
| Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung (Nachwuchsführungskräfte / Potentials) | 2,21 | 2,70 | 2,89 |
| Pflegedienst | | | |
| Obere Führungsebene (z.B. Geschäftsführung, Direktorium) | 3,22 | 3,40 | 3,10 |
| Mittlere Führungsebene (z.B. Abteilungsleitung) | 3,31 | 3,65 | 3,56 |
| Untere Führungsebene (z.B. Stations- oder Bereichsleitung) | 3,55 | 3,96 | 3,79 |
| Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung (Nachwuchsführungskräfte / Potentials) | 2,52 | 3,05 | 3,26 |
| Verwaltungsdienst | | | |
| Obere Führungsebene (z.B. Geschäftsführung, Direktorium) | 3,05 | 3,29 | 3,38 |
| Mittlere Führungsebene (z.B. Abteilungsleitung) | 2,96 | 3,41 | 3,14 |
| Untere Führungsebene (z.B. Bereichsleitung) | 2,71 | 3,18 | 2,99 |
| Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung (Nachwuchsführungskräfte / Potentials) | 2,09 | 2,81 | 2,77 |

* Antwortkategorien: 1= gar nicht bis 5 = standardmäßig

Der Trägervergleich zeigt, dass bei den Ärzten bis zur mittleren Führungsebene in den privaten Häusern häufiger eine systematische Führungskräfteentwicklung stattfindet als bei den anderen Trägern. In der oberen Führungsebene werden die Ärzte der freigemeinnützigen Häuser am häufigsten systematisch weiter entwickelt, wobei diese Unterschiede im Vergleich geringer sind als bei den anderen Ebenen (Tabelle 5).

Die Pflegekräfte von der unteren bis zur oberen Führungsebene erhalten in freigemeinnützigen Häusern häufiger eine systematische Führungskräfteentwicklung als in den Häusern anderer Trägerschaft. Die Pflegekräfte ohne Führungsverantwortung werden in den privaten Häusern am häufigsten und in den freigemeinnützigen Krankenhäusern deutlich öfter als in den öffentlichen systematisch im Hinblick auf Führungsaufgaben geschult (Tabelle 5).

Mitarbeiter im Verwaltungsdienst erhalten mit Ausnahme der oberen Führungsebene in Häusern freigemeinnütziger Trägerschaft am häufigsten eine systematische Weiterentwicklung ihrer entsprechenden Fähigkeiten als bei den anderen Trägern. Die Führungsfähigkeiten der Verwaltungskräfte der oberen Führungsebene werden in privaten Häusern öfter als bei anderen Trägern systematisch weiter entwickelt (Tabelle 5).

Eine wichtige Voraussetzung der Führungskräfteentwicklung ist eine gezielte Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften. Dadurch ist gewährleistet, dass mittel- bis langfristig das Aufgabenprofil einer Führungsposition und das Anforderungsprofil des Stelleninhabers zur Deckung gebracht werden und hinreichend qualifiziertes Führungspersonal zur Verfügung steht. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, welche Maßnahmen und Methoden zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften in ihrem Krankenhaus standardmäßig zum Einsatz kommen.

Eine Möglichkeit hierfür besteht in der Beurteilung des Qualifizierungsbedarfs durch Mitarbeiter oder Personal unterschiedlicher Hierarchiestufen. Die Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs erfolgt in deutschen Krankenhäusern noch überwiegend durch Vorgesetzte: Zwischen 54% (Ärztlicher Dienst) und 71% (Pflegedienst) der Krankenhäuser lassen den Qualifizierungsbedarf von Führungskräften durch deren (unmittelbare) Vorgesetzte beurteilen. Damit sind Vorgesetztenbeurteilungen das am weitesten verbreitete Instrument zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften. In der Mehrzahl der Krankenhäuser können überdies Führungskräfte selbst Vorschläge zu ihrem Fort- und Weiterbildungsbedarf standardmäßig einbringen.

Deutlich weniger verbreitet sind Beurteilungen von Führungskräften durch Mitarbeiter. Diese kommen zwischen gut 20% (Ärztlicher Dienst) und 30% (Pflegedienst) der Einrichtungen standardmäßig zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften zum Einsatz. Eher selten sind dagegen Beurteilungen durch Kollegen derselben Hierarchieebene. Dasselbe gilt für das sog. 360-Grad-Feedback.

Der Qualifizierungsbedarf kann zudem aus bestimmten Zielvorgaben, wie z.B. Unternehmenszielen, Geschäftsbereichszielen und individuellen Zielvereinbarungen, abgeleitet werden. Ableitungen aus Unternehmenszielen und individuellen Zielvereinbarungen/-vorgaben für Führungskräfte gibt es standardmäßig in jeweils rund 40% der Krankenhäuser. In jeweils knapp 30% der Einrichtungen ist der Qualifizierungsbedarf von Führungskräften aus Geschäftsbereichszielen abgeleitet.

Darüber hinaus wird der Qualifizierungsbedarf von Führungskräften in erster Linie noch aus den Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen für eine Position respektive aus Qualifikations- oder Anforderungsprofilen an die Stelleninhaber abgeleitet. Dies gilt wiederum überproportional für den Pflegedienst, bei dem in fast jedem zweiten Krankenhaus auf entsprechende Aufgaben- oder Anforderungsprofile rekuriert wird. Das Assessmentcenter, also der gezielte und komprimierte Einsatz verschiedener Testverfahren und Simulationen von Arbeitssituationen, spielt dagegen in der Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus faktisch keine Rolle (Blum et al., 2012).

Ein trägerspezifischer Vergleich der standardmäßig eingesetzten Maßnahmen und Methoden zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften zeigt Unterschiede zwischen den Häusern verschiedener Träger auf, die jedoch nicht kontinuierlich sind: Freigemeinnützige Krankenhäuser setzen nahezu alle erfragten Instrumente häufiger ein als Häuser in öffentlicher Trägerschaft. In der Summe haben die privaten Krankenhäuser die verschiedenen Maßnahmen jedoch häufiger standardmäßig zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften eingesetzt als die anderen Träger. Die Unterschiede zu den Häusern in freigemeinnütziger Trägerschaft sind jedoch deutlich geringer als zu den öffentlichen. Insgesamt wurde der Qualifizierungsbedarf der Pflegekräfte in den freigemeinnützigen Häusern mit Hilfe verschiedener Instrumente häufiger bestimmt als in den Krankenhäusern anderer Trägerschaft (Tabelle 6).

Tabelle 6: Standardmäßig eingesetzte Maßnahmen und Methoden zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften nach Trägerschaft in %

| Bereich | öffentlich | freigemeinnützig | privat |
|---|------------|------------------|-------------|
| Beurteilungen von Führungskräften durch Vorgesetzte | | | |
| Ärztlicher Dienst | 46,9 | 55,6 | 67,6 |
| Pflegedienst | 70,6 | 73,2 | 62,3 |
| Verwaltungsdienst | 57,8 | 62,7 | 67,6 |
| Beurteilungen von Führungskräften durch Mitarbeiter | | | |
| Ärztlicher Dienst | 12,8 | 26,7 | 27,6 |
| Pflegedienst | 21,1 | 35,9 | 37,3 |
| Verwaltungsdienst | 19,6 | 33,0 | 27,6 |
| Beurteilungen von Führungskräften durch Kollegen derselben Hierarchieebene | | | |
| Ärztlicher Dienst | 3,0 | 4,7 | 4,9 |
| Pflegedienst | 4,7 | 6,3 | 3,2 |
| Verwaltungsdienst | 2,3 | 3,8 | 4,9 |
| 360-Grad-Feedback | | | |
| Ärztlicher Dienst | 3,9 | 1,9 | 0 |
| Pflegedienst | 4,2 | 3,0 | 0 |
| Verwaltungsdienst | 3,9 | 1,9 | 0 |
| Ableitung aus Unternehmenszielen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 33,3 | 40,8 | 44,1 |
| Pflegedienst | 34,9 | 44,8 | 31,9 |
| Verwaltungsdienst | 35,2 | 41,2 | 41,6 |
| Ableitung aus Geschäftsbereichszielen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 24,7 | 26,1 | 32,5 |
| Pflegedienst | 26,8 | 33,7 | 23,2 |
| Verwaltungsdienst | 23,8 | 30,7 | 33,2 |

| Bereich (Fortsetzung Tabelle 6) | öffentlich | freigemeinnüt- zig | privat |
|---|-------------|-----------------------|-------------|
| Ableitung aus Aufgaben-/Tätigkeitsbeschreibungen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 25,3 | 30,7 | 45,1 |
| Pflegedienst | 49,6 | 45,4 | 57,2 |
| Verwaltungsdienst | 36,0 | 36,4 | 45,1 |
| Ableitung aus Qualifikations-/Anforderungsprofilen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 21,8 | 33,0 | 24,2 |
| Pflegedienst | 44,8 | 46,5 | 36,7 |
| Verwaltungsdienst | 27,3 | 34,8 | 24,2 |
| Ableitung aus Zielvereinbarungen/ -vorgaben für Führungskräfte | | | |
| Ärztlicher Dienst | 38,4 | 47,5 | 53,2 |
| Pflegedienst | 40,0 | 45,3 | 43,8 |
| Verwaltungsdienst | 37,0 | 46,0 | 43,0 |
| Vorschläge von Führungskräften selbst | | | |
| Ärztlicher Dienst | 62,7 | 44,4 | 48,1 |
| Pflegedienst | 68,8 | 54,3 | 54,1 |
| Verwaltungsdienst | 64,3 | 47,5 | 46,5 |
| Assessmentcenter | | | |
| Ärztlicher Dienst | 0 | 1,7 | 0 |
| Pflegedienst | 0,7 | 3,5 | 6,1 |
| Verwaltungsdienst | 0,7 | 4,0 | 6,1 |

Es existiert eine Reihe von Instrumenten, um die Führungskräfte entsprechend ihres Bedarfs zu qualifizieren. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, welche Maßnahmen und Instrumente der Führungskräfteentwicklung bei ihnen standardmäßig zum Einsatz kommen. Dabei wurde wiederum nach den drei Dienstarten differenziert.

Das mit großem Abstand am häufigsten eingesetzte Instrument sind Fort- und Weiterbildungen über fachspezifische oder überfachliche Seminare, Tagungen oder Kongresse. Diese Maßnahmen kommen dienstartenübergreifend in rund 90% der Kliniken zum Einsatz. Über alle Dienstarten hinweg wurden Fort- und Weiterbildungen in den öffentlichen Häusern am häufigsten und den freigemeinnützigen am seltensten eingesetzt.

An zweiter Stelle von Instrumenten der Führungskräfteentwicklung rangiert die Leitung von Projektteams, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel o.ä. Führungskräfte werden vor allem auf Grund ihrer Fach- und Führungskompetenz für entsprechende Aufgaben ausgewählt. Nicht zuletzt für Nachwuchsführungskräfte und Führungskräfte auf den unteren Hierarchieebenen stellen entsprechende Leitungsaufgaben ein wichtiges Instrument der Personalentwicklung dar (Gleich, 2011). Zwischen gut 60% (Ärztlicher Dienst, Verwaltungsdienst) und knapp 70% der Krankenhäuser (Pflegedienst) bedienen sich standardmäßig dieses Instrumentes. Die Leitung von Projektteams o.ä. wird in privaten Häusern am häufigsten und in öffentlichen am seltensten zur Führungskräfteentwicklung genutzt.

Eine gezielte Begleitung, Beratung und Unterstützung seitens anderer Personen kann auch zur Entwicklung von Führungskräften beitragen (Kirchner et al., 2012). Ein Mentoring von Führungskräften, bei dem eine in der Regel erfahrene und höher gestellte Führungskraft nachgeordneten Führungskräften oder Nachwuchsführungskräften als kontinuierlicher Begleiter in Fach- oder Führungsfragen zur Verfügung steht, ist noch am ehesten im Pflegedienst anzutreffen (33%), hingegen seltener beim Ärztlichen Dienst (20%) und im Verwaltungsdienst (12%). Patenschaften oder Mentoring wird in den freigemeinnützigen Häusern häufiger zur Führungskräfteentwicklung genutzt als bei den anderen Trägern.

Im Unterschied zum Mentoring sind Coachingprozesse stärker auf die Bewältigung bestimmter aufgabenbedingter oder persönlicher Anforderungen und Probleme ausgerichtet. Hier werden nicht selten externe Berater hinzu gezogen (Kirchner et al., 2012). Das Coaching kann dabei individuell oder für eine Gruppe von Führungskräften erfolgen. Ein Einzelcoaching ist dabei im Ärztlichen Dienst in 32% der Krankenhäuser, relativ gesehen, am weitesten verbreitet. Demgegenüber dominiert bei den pflegerischen Führungskräften in fast 40% aller Einrichtungen ein Gruppencoaching. Am wenigsten verbreitet sind Coachingprozesse in der Krankenhausverwaltung. Beim Coaching zeigen sich keine systematischen trägerspezifischen Unterschiede.

Trainee-Programme zielen vor allem auf die Qualifizierung von Nachwuchsführungskräften ab. Sie sind – nicht nur im Krankenhaus – für Führungskräfte aber wenig verbreitet. In der Tendenz werden sie am häufigsten in freigemeinnützigen und am seltensten in öffentlichen Häusern genutzt.

Daneben existiert noch eine Reihe spezifischer Maßnahmen und Instrumente der Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus. So sind vor allem im Ärztlichen Dienst und Pflegedienst Hospitationen in externen Einrichtungen sowie Supervisionen relativ weit verbreitet. Insbesondere Krankenhäuser in privater Trägerschaft nutzten die Möglichkeit von Hospitationen, um ihre Führungskräfte aller Dienstarten weiter zu entwickeln. Aber auch in freigemeinnützigen Häusern ist dieses Instrument etabliert, während in öffentlichen Häusern – vor allem für den Pflege- und Verwaltungsdienst – deutlich seltener darauf zurück gegriffen wird. Supervisionen im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst nutzen freigemeinnützige Häuser etwas häufiger.

Bislang gibt es erst in einer Minderheit von Krankenhäusern gezielte Karriereplanungen für Führungskräfte. Zwischen gut 17% (Verwaltungsdienst) und rund 24% (Pflegedienst) der Befragten gaben an, dass die gezielte Planung von Führungskarrieren in ihren Häusern zum Standard des Personalmanagements gehört. Karriereplanungen kommen bei allen Dienstarten von allen Trägern in freigemeinnützigen Häusern am häufigsten vor (Blum et al., 2012 und Tabelle 7).

Tabelle 7: Standardmäßig eingesetzte Instrumente zur Führungskräfteentwicklung nach Trägerschaft in %

| Bereich | öffentlich | freigemeinnützig | privat |
|---------------------------------------|-------------|------------------|-------------|
| Traineeprogramme | | | |
| Ärztlicher Dienst | 2,0 | 5,2 | 6,9 |
| Pflegedienst | 6,2 | 10,4 | 8,6 |
| Verwaltungsdienst | 8,5 | 16,9 | 14,9 |
| Einzelcoaching | | | |
| Ärztlicher Dienst | 25,8 | 35,2 | 36,9 |
| Pflegedienst | 29,3 | 28,7 | 23,0 |
| Verwaltungsdienst | 22,9 | 25,8 | 30,8 |
| Gruppencoaching | | | |
| Ärztlicher Dienst | 24,8 | 16,0 | 20,5 |
| Pflegedienst | 38,4 | 40,6 | 36,6 |
| Verwaltungsdienst | 23,0 | 11,6 | 18,1 |
| Jobrotation | | | |
| Ärztlicher Dienst | 10,2 | 12,9 | 16,2 |
| Pflegedienst | 10,6 | 21,5 | 21,1 |
| Verwaltungsdienst | 2,0 | 6,0 | 6,9 |
| Jobenrichment / Jobenlargement | | | |
| Ärztlicher Dienst | 4,9 | 7,4 | 3,7 |
| Pflegedienst | 10,1 | 12,8 | 3,7 |
| Verwaltungsdienst | 8,0 | 12,6 | 3,7 |
| Patenschaften / Mentoring | | | |
| Ärztlicher Dienst | 18,0 | 21,6 | 19,8 |
| Pflegedienst | 27,1 | 37,8 | 32,1 |
| Verwaltungsdienst | 9,5 | 13,4 | 12,6 |

| Bereich (Fortsetzung Tabelle 7) | öffentlich | freigemeinnüt- zig | privat |
|--|-------------|-----------------------|-------------|
| Fort-/Weiterbildungen (Seminare, Tagungen, Kongresse etc.) | | | |
| Ärztlicher Dienst | 96,2 | 83,0 | 92,2 |
| Pflegedienst | 98,1 | 88,2 | 92,2 |
| Verwaltungsdienst | 93,8 | 80,2 | 84,3 |
| Karriereplanungen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 16,4 | 25,0 | 23,6 |
| Pflegedienst | 20,1 | 30,3 | 17,7 |
| Verwaltungsdienst | 10,2 | 25,6 | 10,8 |
| Leitung von Projektteams, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel etc. | | | |
| Ärztlicher Dienst | 52,1 | 63,9 | 70,6 |
| Pflegedienst | 61,9 | 70,4 | 81,5 |
| Verwaltungsdienst | 54,5 | 61,2 | 82,2 |
| Szenariotechniken (z.B. Lernstatt, computersimulierte Szenarien, Rollenspiele etc.) | | | |
| Ärztlicher Dienst | 0,7 | 1,7 | 1,7 |
| Pflegedienst | 2,3 | 4,9 | 0 |
| Verwaltungsdienst | 1,3 | 2,2 | 0 |
| Hospitationen in externen Einrichtungen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 43,6 | 51,9 | 67,8 |
| Pflegedienst | 35,7 | 55,2 | 64,4 |
| Verwaltungsdienst | 9,4 | 25,3 | 38,3 |
| Supervisionen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 25,1 | 27,4 | 30,2 |
| Pflegedienst | 52,4 | 53,6 | 48,1 |
| Verwaltungsdienst | 10,8 | 16,2 | 20,8 |

Für Führungskräfte, insbesondere mit steigender Hierarchieebene, gewinnen überfachliche Fähigkeiten zusehends an Bedeutung. Diese Fähigkeiten umfassen soziale, personelle oder Führungskompetenzen der Führungskraft. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, welche überfachlichen Qualifikationen in ihrem Krankenhaus standardmäßig Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung sind.

In mehr als jedem zweiten Krankenhaus bilden das Führungsverhalten bzw. der Führungsstil sowie die Kommunikationsfähigkeiten standardmäßig einen inhaltlichen Schwerpunkt der Führungskräfteentwicklung. Entsprechende Fortbildungen sind wiederum im Pflegedienst leicht überrepräsentiert. Kommunikationsfähigkeiten und Qualifizierungen in Führungsfragen werden in privaten Häusern seltener genutzt als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern. Moderations- und Präsentationsfähigkeiten werden in öffentlichen Häusern häufiger geschult als bei den anderen Trägern.

Es wurde eine Reihe von Aspekten erfragt, die spezifische Managementkompetenzen von Führungskräften mit Blick auf unterschiedliche Aspekte der Arbeitsorganisation umfassen. Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung bilden in den Krankenhäusern u.a. das Konfliktmanagement, das Prozessmanagement und das Projektmanagement. In Krankenhäusern privater Trägerschaft werden die Führungskräfte am häufigsten im Konfliktmanagement oder Fragen der Arbeitsorganisation fortgebildet.

Andere Kompetenzen von Führungskräften – etwa im Bereich des Kostenmanagements, des strategischen Managements oder des Marketings – gehören gleichfalls nur partiell zum Standard der Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus. Beispielsweise qualifiziert nur jeweils gut ein Viertel der Krankenhäuser ärztliche und pflegerische Führungskräfte standardmäßig in Fragen des Controllings, des Ressourcen- und Kostenmanagements und jeweils weniger als 20% zu Aspekten des strategischen Managements; noch seltener sind Qualifizierungen im Bereich von Marketing und PR. Ressourcen- und Kostenmanagement sowie Marketing und PR zählen in den Häusern privater Trägerschaft häufiger zu den Schwerpunkten der Führungskräfteentwicklung als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern (Blum et al., 2012 und Tabelle 8).

Tabelle 8: Überfachliche Qualifikationen als Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung nach Trägerschaft in %

| Bereich | öffentlich | freigemeinnützig | privat |
|---|-------------|------------------|-------------|
| Kommunikationsfähigkeiten | | | |
| Ärztlicher Dienst | 60,3 | 48,3 | 35,8 |
| Pflegedienst | 63,9 | 66,6 | 47,6 |
| Verwaltungsdienst | 56,6 | 54,9 | 47,0 |
| Moderations-, Präsentationsfähigkeiten | | | |
| Ärztlicher Dienst | 30,3 | 20,9 | 21,6 |
| Pflegedienst | 37,0 | 29,6 | 20,6 |
| Verwaltungsdienst | 34,2 | 21,8 | 30,8 |
| Führungsverhalten / Führungsstil | | | |
| Ärztlicher Dienst | 53,0 | 59,0 | 49,9 |
| Pflegedienst | 65,2 | 67,1 | 50,6 |
| Verwaltungsdienst | 54,9 | 54,9 | 43,0 |
| Konfliktmanagement / Umgang mit Konflikten | | | |
| Ärztlicher Dienst | 39,3 | 35,0 | 40,4 |
| Pflegedienst | 55,8 | 64,0 | 67,0 |
| Verwaltungsdienst | 42,8 | 42,3 | 50,3 |
| Prozessorganisation / Arbeitsorganisation | | | |
| Ärztlicher Dienst | 28,4 | 30,6 | 35,7 |
| Pflegedienst | 46,9 | 45,5 | 47,3 |
| Verwaltungsdienst | 33,9 | 37,4 | 49,4 |
| Ressourcen- / Kostenmanagement / Controlling | | | |
| Ärztlicher Dienst | 24,7 | 23,4 | 42,3 |
| Pflegedienst | 28,9 | 23,6 | 32,1 |
| Verwaltungsdienst | 35,7 | 43,9 | 71,4 |

| Bereich (Fortsetzung Tabelle 8) | öffentlich | freigemeinnützig | privat |
|---------------------------------|-------------|------------------|-------------|
| Strategisches Management | | | |
| Ärztlicher Dienst | 15,9 | 21,2 | 23,5 |
| Pflegedienst | 14,6 | 14,6 | 14,6 |
| Verwaltungsdienst | 20,4 | 26,1 | 38,7 |
| Marketing / PR | | | |
| Ärztlicher Dienst | 5,3 | 16,3 | 29,2 |
| Pflegedienst | 3,6 | 7,0 | 19,9 |
| Verwaltungsdienst | 13,2 | 20,5 | 36,5 |
| Projektmanagement | | | |
| Ärztlicher Dienst | 23,6 | 24,9 | 18,9 |
| Pflegedienst | 33,3 | 38,5 | 28,6 |
| Verwaltungsdienst | 38,3 | 38,1 | 49,4 |
| Zeitmanagement | | | |
| Ärztlicher Dienst | 20,4 | 17,4 | 20,8 |
| Pflegedienst | 31,3 | 27,2 | 16,5 |
| Verwaltungsdienst | 22,4 | 23,2 | 14,7 |

Die Frage, ob und inwieweit die Führungskräfteentwicklung systematisch erfolgt, lässt sich auch daran ablesen, dass sie Gegenstand eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Sinne des PDCA-Zyklus ist. Im *Krankenhaus Barometer 2012* sollten sich die Befragungsteilnehmer daher dazu äußern, welche Maßnahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in der Führungskräfteentwicklung ihres Krankenhauses standardmäßig zum Einsatz kommen.

Ausgangspunkt des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bildet die Definition von Zielgrößen für die Führungskräfteentwicklung. Jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser gab an, standardmäßig Zielgrößen für die Führungskräfteentwicklung festzulegen. Der entsprechenden Anteilswert fällt im Ärztlichen Dienst mit 58% höher aus als im Pflegedienst (49%)

und im Verwaltungsdienst (54%). Im Ärztlichen und Verwaltungsdienst nutzen private und im Pflegedienst freigemeinnützige Häuser am häufigsten eine Festlegung von Zielgrößen (Blum et al., 2012 und Tabelle 9).

Tabelle 9: Standardmäßige Maßnahmen in der Führungskräfteentwicklung nach Trägerschaft in %

| Bereich | öffentlich | freigemeinnützig | privat |
|--|------------|------------------|-------------|
| Festlegung von Zielgrößen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 54,0 | 56,7 | 72,5 |
| Pflegedienst | 40,9 | 59,1 | 35,2 |
| Verwaltungsdienst | 48,9 | 55,9 | 59,1 |
| Messung von Zielgrößen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 45,9 | 48,4 | 67,1 |
| Pflegedienst | 33,2 | 45,6 | 39,1 |
| Verwaltungsdienst | 41,6 | 43,1 | 57,0 |
| Prüfung des Zielerreichungsgrades | | | |
| Ärztlicher Dienst | 49,4 | 51,7 | 68,8 |
| Pflegedienst | 39,6 | 55,9 | 41,3 |
| Verwaltungsdienst | 44,7 | 49,0 | 53,7 |
| Ableitung von Korrektur- / verbesserungsmaßnahmen | | | |
| Ärztlicher Dienst | 38,1 | 44,3 | 50,6 |
| Pflegedienst | 37,2 | 49,2 | 43,2 |
| Verwaltungsdienst | 38,9 | 46,8 | 41,6 |

Sofern Zielgrößen definiert worden sind, werden sie häufig auch regelmäßig erfasst. Zwischen knapp 40% (Pflegedienst) und gut 50% (Ärztlicher Dienst) der Befragungsteilnehmer führten an, Zielgrößen der Führungskräfte standardmäßig zu messen. Wiederum messen die privaten Häuser am häufigsten im Ärztlichen und Verwaltungsdienst und die freigemeinnützi-

gen im Pflegedienst die Zielgrößen. In den öffentlichen Häusern wird es über alle drei Berufsgruppen hinweg am seltensten eingesetzt (Blum et al. 2012, und Tabelle 9).

Die Prüfung des Zielerreichungsgrades besteht im Abgleich von festgelegten und gemessenen Zielgrößen. Dienstartenübergreifend gehört es in jedem zweiten Krankenhaus zum Standard, den Zielerreichungsgrad von Maßnahmen der Führungskräfteentwicklung zu überprüfen. Erneut wird der Zielerreichungsgrad in öffentlichen Häusern am seltensten überprüft. Inwieweit die Ziele im Pflegedienst erreicht wurden, beschäftigt insbesondere freigemeinnützige Häuser, während private wiederum den Fokus auf den Ärztlichen und Verwaltungsdienst legen (Blum et al., 2012 und Tabelle 9).

Den letzten Schritt im kontinuierlichen Verbesserungsprozess bildet die Ableitung von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen. Diese sind insgesamt nicht so stark verbreitet wie die übrigen Prozessaspekte. Jeweils rund 43% der Befragten gaben über alle Dienstarten an, aus der Erfolgskontrolle ihrer Führungskräfteentwicklung standardmäßig weitere Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen werden in öffentlichen Häusern – im Hinblick auf die vorherigen Ergebnisse erwartungsgemäß – am seltensten abgeleitet. Neben dem Pflegedienst erfolgt auch beim Verwaltungsdienst in freigemeinnützigen Häusern am häufigsten eine entsprechende Ableitung. Entsprechende Maßnahmen werden für den Ärztlichen Dienst am häufigsten in privaten Häusern ergriffen (Blum et al., 2012 und Tabelle 9).

3.7.3 Fazit: Krankenhausorganisation und -strategie

Freigemeinnützige und private Krankenhäuser haben öfter keine Aufgaben in- oder outsourct als öffentliche Krankenhäuser. Insourcing trat bei privaten deutlich häufiger auf als bei den anderen Trägern. Outsourcing wurde in öffentlichen Krankenhäusern öfter umgesetzt als bei den Häusern anderer Trägerschaft.

Das Out- und Insourcing verschiedener Leistungsbereiche variiert mit der Trägerschaft der Krankenhäuser. So haben private Krankenhäuser nahezu alle erfragten Leistungsbereiche häufiger ingesourct als Häuser anderer Träger. Hier sind insbesondere der Einkauf, die Arztbriefschreibung sowie der Hol- und Bringdienst zu nennen.

In freigemeinnützigen und insbesondere in öffentlichen Krankenhäusern war dahingegen der Trend zum Outsourcing größer als bei privaten Häusern. Öffentliche und freigemeinnützige

Häuser haben beispielsweise Leistungen im Bereich der Küche, Reinigung oder Bettenaufbereitung häufiger fremdvergeben als private Häuser.

Die Einschätzung des Nutzens von Outsourcing hängt nicht zentral mit der Trägerschaft zusammen. Trägerunabhängig wurden insbesondere die Personalkostenreduktion und die Erhöhung der Flexibilität als positive Resultate des Outsourcings genannt. Im Vergleich dazu treten bei der Bewertung des Insourcings Trägerunterschiede auf: In öffentlichen Krankenhäusern spielten fast alle Gründe für das Insourcing eine größere Rolle als bei den anderen Trägern. Hier ist vor allem die nicht (nennenswerte) Personal- und Sachkostenreduktion anzuführen. In freigemeinnützigen Häusern waren z.B. keine Verbesserung der Leistungsqualität sowie Erhöhung der Flexibilität seltener Gründe eines Insourcings als bei Häusern anderer Trägerschaft.

Mit Blick auf die Führungskräfteentwicklung zeigt sich, dass den Pflegekräften aller Hierarchiestufen am häufigsten in den Häusern freigemeinnütziger Träger eine systematische Führungskräfteentwicklung zugutekommt. Gleiches gilt – mit Ausnahme der obersten Führungsebene – auch für den Verwaltungsdienst sowie für die Ärzte der obersten Hierarchiestufe. Die Ärzte der anderen Führungsebenen erhalten in privaten Häusern am häufigsten eine systematische Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten.

In Häusern privater Trägerschaft wird der Qualifizierungsbedarf von Führungskräften insgesamt mit Hilfe von mehr Maßnahmen und Methoden standardmäßig ermittelt als bei den anderen Trägern. Die entsprechenden Maßnahmen werden in öffentlichen Häusern am seltensten eingesetzt. Der Bedarf an Qualifizierung wurde bei den Pflegekräften freigemeinnütziger Häuser häufiger mit Hilfe der entsprechenden Instrumente bestimmt als bei öffentlichen oder privaten Trägern.

In freigemeinnützigen Krankenhäusern werden in Summe überdurchschnittlich häufig verschiedene Instrumente zur Führungskräfteentwicklung, wie z.B. Karriereplanungen oder Mentoring-Programme, eingesetzt. Entsprechende Instrumente nutzen öffentliche Häuser im Trägervergleich insgesamt am seltensten.

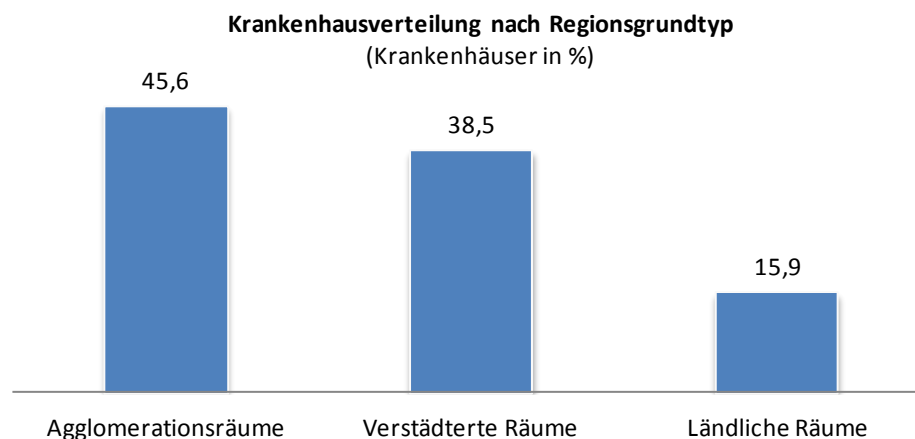
Bei der überfachlichen Qualifikation der Führungskräfte fokussieren die verschiedenen Träger z.T. unterschiedliche Schwerpunkte. So setzen freigemeinnützige und öffentliche Häuser verstärkt auf die Schulung von sozialen oder personellen Fähigkeiten wie Kommunikationsfähigkeiten oder Führungsverhalten. In privaten Häusern wird dahingegen mehr Wert auf die Vermittlung von (ökonomischen) Managementkompetenzen, wie Ressourcen- oder Kosten-

management, gelegt. Aber auch Marketing und PR kommt in privaten Häusern ein höherer Stellenwert zu als in den Häusern anderer Trägerschaft.

In öffentlichen Häusern wird am seltensten überprüft, ob die eingesetzten Maßnahmen zur Führungskräfteentwicklung auch erfolgreich sind. Freigemeinnützige Häuser legen hier ihren Fokus auf die Überprüfung bei den Pflegekräften.

3.8 Regionalanalyse

Die Bedeutung der jeweiligen Trägergruppen für die wohnortnahe bzw. kleinräumige Krankenversorgung wird im Rahmen der Regionalanalyse untersucht. Hierzu wird der sog. Regionsgrundtyp des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zugrunde gelegt, der eher städtische von ländlichen Regionen differenziert. Das BBSR unterscheidet in Abhängigkeit von den Kriterien der zentralen Lage, der Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte drei Regionsgrundtypen: sog. Agglomerationsräume, verstädterte Räume und ländliche Räume.⁷ Agglomerationsräume sind im Vergleich zu verstädterten Räumen beispielsweise Ballungsgebiete oder sehr dicht besiedelte Gebiete.



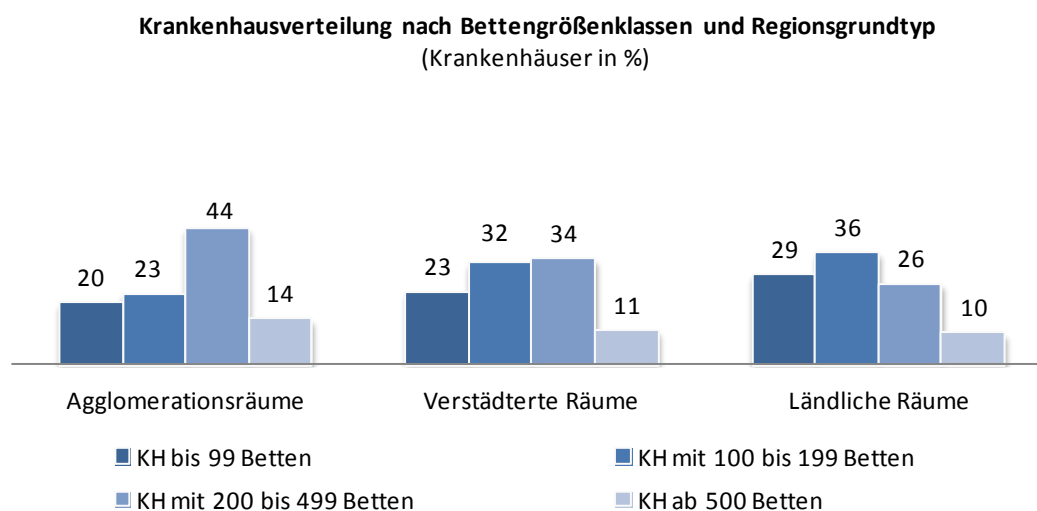
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 64: Allgemeinkrankenhäuser nach Regionsgrundtyp

⁷ Zur Definition der Regionsgrundtypen vergleiche Anhang.

Die Auswertung nach Regionsgrundtypen zeigt, dass knapp die Hälfte aller 1.713 allgemeinen Krankenhäuser⁸ (781) in Agglomerationsräumen liegt, während erwartungsgemäß mit gut 15% der geringste Teil der Krankenhäuser im ländlichen Raum (272) verortet ist (Abb. 64).

In den Agglomerationsräumen überwiegen die Krankenhäuser mit 200 bis 499 Betten (44%). In den verstädterten Räumen sind jeweils zu circa einem Drittel Krankenhäuser mit 100 bis 199 bzw. 200 bis 499 Betten angesiedelt. Die Krankenhäuser mit 100 bis 199 Betten sind mit gut einem Drittel im ländlichen Raum am häufigsten vertreten (Abb. 65).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 65: Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Regionsgrundtyp

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind in den Agglomerationsräumen sehr stark präsent: Die Hälfte aller Krankenhäuser in Agglomerationsräumen sind in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Anteile der öffentlichen Krankenhäuser sind in Agglomerationsräumen mit 26% etwas höher als der privaten (22%).

In verstädterten Räumen sind alle Trägergruppen häufig vertreten. Wiederum ist der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser mit 39% am höchsten, während öffentliche Träger etwas

⁸ In der DKI Krankenhausdatenbank weicht die Verteilung nach Trägerschaft etwas von derjenigen des Statistischen Bundesamtes ab. Dies ist u. a. auf die betriebsstättenbezogene Zählweise sowie den unterschiedlichen Aktualitätsgrad zurückzuführen.

weniger als ein Drittel der Krankenhäuser vorhalten. Der Anteil privater Krankenhäuser umfasst in verdichteten Räumen gut ein Viertel.

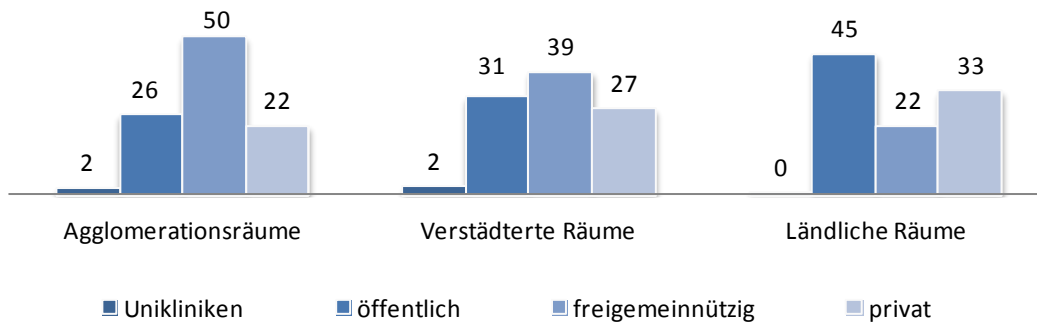
Im ländlichen Raum zeigen sich stärkere Unterschiede in der Verteilung der Krankenhäuser auf die Trägergruppen. Die öffentlichen Krankenhäuser stellen hier mit 45% den Großteil der Krankenhäuser. Ein Drittel der Krankenhäuser im ländlichen Raum sind in privater und 22% in freigemeinnütziger Trägerschaft (Abb. 66).

Die Verteilung der Krankenhäuser eines Trägers auf die verschiedenen Regionsgrundtypen bestätigt die starke Präsenz freigemeinnütziger Krankenhäuser in den Ballungsgebieten. Über die Hälfte der freigemeinnützigen Krankenhäuser liegen in Agglomerationsräumen, während 8% im ländlichen Raum angesiedelt sind. Die privaten Krankenhäuser sind überwiegend im verdichteten sowie Agglomerationsräumen verortet. 20% der privaten Häuser befinden sich in ländlichen Räumen. Die Anteile der öffentlichen Krankenhäuser in Agglomerations- und verdichteten Räumen sind mit 38-39% in etwa gleich hoch. Knapp ein Viertel der öffentlichen Häuser ist im ländlichen Raum angesiedelt (Abb. 67).

Die privaten Krankenhäuser sind in allen Regionen in den Krankenhäusern bis 99 Betten mit 56-60% dieser Bettengrößenklasse überrepräsentiert. Die freigemeinnützigen Krankenhäuser dominieren in den Agglomerationsräumen in den Bettengrößenklassen 100 bis 499 Betten (58% bzw. 63%). Auch in den verdichteten Räumen sind die Marktanteile der freigemeinnützigen in diesen Bettengrößenklassen am größten. Die öffentlichen Krankenhäuser weisen in allen drei Regionen den größten Anteil bei den Krankenhäusern ab 500 Betten auf. Die schon aufgezeigten Unterschiede in der Verteilung der Bettengrößenklassen nach Trägerschaft zeigen sich somit auch in den Agglomerations- und verdichteten Räumen (Abb. 68 bis Abb. 70).

Im ländlichen Raum zeigt sich ein etwas anderes Bild: In den Bettengrößenklassen ab 100 Betten dominieren die öffentlichen Krankenhäuser, wobei sich dies mit 63% insbesondere in den Krankenhäusern ab 500 Betten zeigt (Abb. 70).

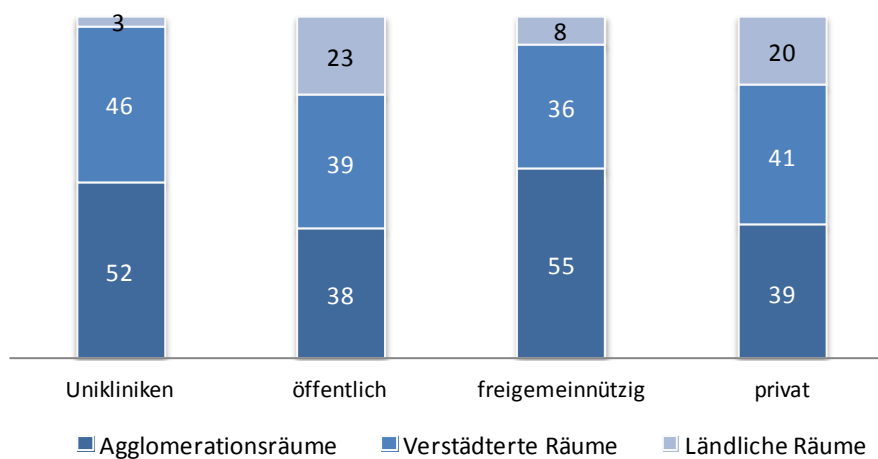
Krankenhausverteilung nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

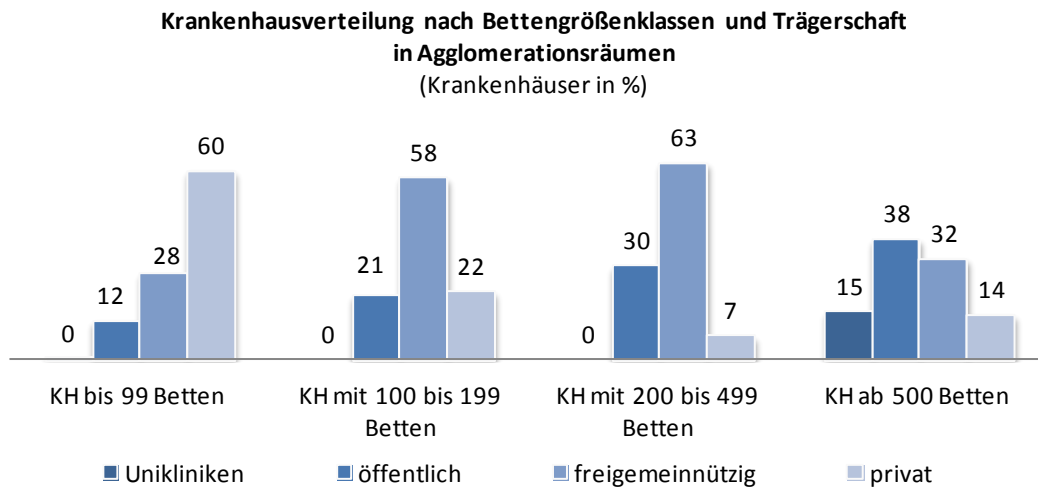
Abb. 66: Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp

Krankenhausverteilung nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp
(Krankenhäuser in %)



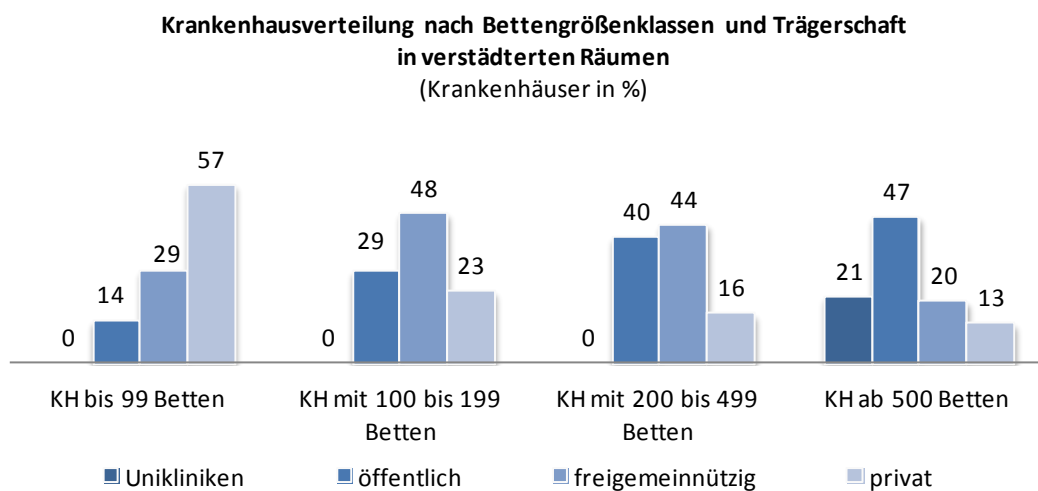
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 67: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Trägerschaft und Regionsgrundtyp



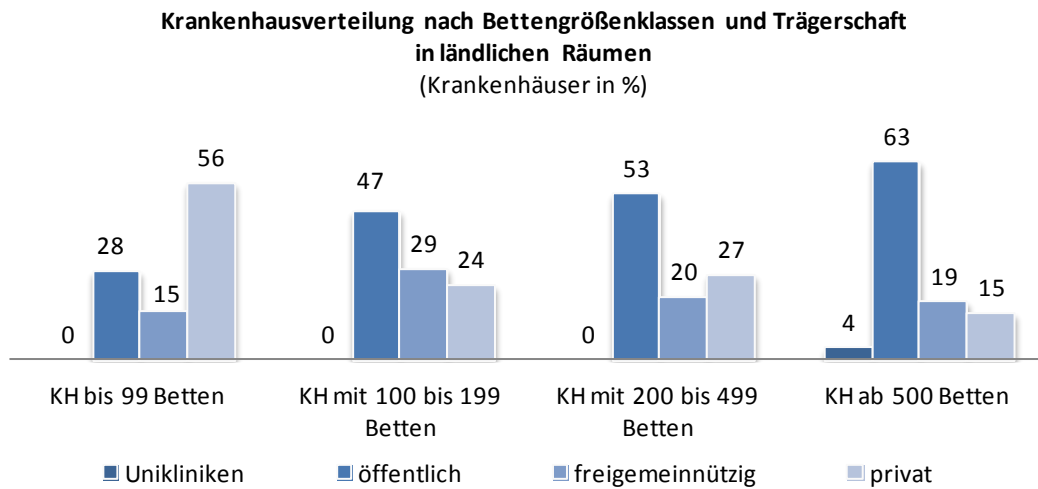
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 68: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in Agglomerationsräumen



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 69: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in verstärkerten Räumen



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 70: Verteilung der Allgemeinkrankenhäuser nach Bettengrößenklassen und Trägerschaft in ländlichen Räumen

3.8.1 Fazit: Regionalanalyse

Die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind in Agglomerationsräumen überrepräsentiert und haben in verstädterten Räumen ebenfalls die größten Marktanteile. Die öffentlichen und privaten Krankenhäuser sind in allen Regionsgrundtypen angesiedelt.

4 Jahresabschlussanalysen

4.1 Einführung

Ziel der Jahresabschlussanalysen der deutschen Krankenhäuser ist es, mit Hilfe ausgewählter Ertrags-, Vermögens- und Finanzkennzahlen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich der wirtschaftlichen Lage zwischen den Trägerschaften herauszuarbeiten. Grundlage bilden die Jahresabschlüsse 2011 und 2012 von 203 somatischen Krankenhausträgergesellschaften⁹. Aufgenommen sind überwiegend Abschlüsse von Krankenhauskapitalgesellschaften (GmbHs). Die aufgenommenen Krankenhausgesellschaften betreiben überwiegend ein Plankrankenhaus, Konzernabschlüsse wurden nicht berücksichtigt. Unberücksichtigt blieben aufgrund ihres speziellen Versorgungsauftrags und zum Teil anderen Strukturen psychiatrische Krankenhäuser und Fachkliniken sowie Unikliniken.¹⁰

Die Zusammensetzung der Stichprobe erfolgte abgesehen von den eigenen Prüfungs- und Beratungsmandaten trägerunabhängig nach dem Zufallsprinzip. Die in der Stichprobe enthaltenen freigemeinnützigen Krankenhäuser betreffen ganz überwiegend konfessionelle Krankenhäuser, darüber hinaus aber auch in geringem Umfang sonstige freigemeinnützige Einrichtungen. Eine Differenzierung der Ergebnisse nach der konfessionellen Ausrichtung wird bei der nachfolgenden Kennzahlenanalyse nur dort vorgenommen, wo sich in der Datenanalyse deutliche Unterschiede zeigten.

Bei den untersuchten privaten Einrichtungen handelt es sich vor allem um Tochtergesellschaften der großen privaten Klinikketten und damit um Krankenhäuser, die in den letzten Jahren aus öffentlicher Trägerschaft übernommen wurden. Darüber hinaus sind auch Kliniken mittelständischer, inhabergeführter Klinikgruppen enthalten. Unabhängige kleine Privatkliniken mit weniger als 100 Betten, die einen Großteil der privaten Krankenhäuser in Deutschland ausmachen (vgl. Kap. 3.2.1), zählten nicht zu der Stichprobe.

Für die nachfolgenden Analysen wurden die Krankenhäuser neben der Trägerart auch nach der Größe unterschieden. Wegen ihres geringen Anteils in der Stichprobe wurden bei der Einteilung nach Größenklassen – in Abweichung zu Kapitel 3.2 – kleine Einrichtungen bis 99 Betten mit den Krankenhäusern bis 199 Betten zusammengefasst aufgeführt.

⁹ Jahresabschlüsse gemäß Veröffentlichung im elektronischen Bundesanzeiger sowie ausgewählte Jahresabschlüsse von Prüfungs- und Beratungsmandaten der Curacon GmbH.

¹⁰ Bezogen auf die 1.692 allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2013a) umfasst die untersuchte Stichprobe somit 12% aller Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland.

Tabelle 10: Zusammensetzung der Stichprobe nach Trägerart

| Trägerart | 2011 | | 2012 | | Destatis | |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|--------------|-------------|
| | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil |
| öffentlich (inkl. Uniklinken) | 66 | 33% | 66 | 33% | 513 | 30% |
| freigemeinnützig | 88 | 43% | 88 | 43% | 603 | 36% |
| privat | 49 | 24% | 49 | 24% | 576 | 34% |
| Summe | 203 | 67% | 203 | 67% | 1.692 | 100% |

Tabelle 11: Zusammensetzung der Stichprobe nach Größenklassen

| Größe (Planbetten) | 2011 | | 2012 | | Destatis | |
|--------------------|------------|-------------|------------|-------------|--------------|-------------|
| | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil |
| Klein (bis 199) | 49 | 24% | 48 | 24% | 898 | 53% |
| Mittel (200 – 499) | 101 | 50% | 102 | 50% | 546 | 32% |
| Groß (ab 500) | 53 | 26% | 53 | 26% | 248 | 15% |
| Summe | 203 | 100% | 203 | 100% | 1.692 | 100% |

Der Schwerpunkt der untersuchten Stichprobe liegt bei den mittel-großen Krankenhäusern mit 200-499 Betten und den großen Krankenhäusern ab 500 Betten. Dies weicht von der Verteilung in der Grundgesamtheit in Deutschland ab, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

Nach Trägerarten sind freigemeinnützige Krankenhäuser im Bereich der großen Krankenhäuser im Verhältnis zu öffentlichen Krankenhäusern etwas überrepräsentiert vertreten. Bei den mittel-großen Krankenhäusern besteht ein Überhang privater Krankenhäuser im Verhältnis zu öffentlichen Krankenhäusern. Der Anteil der untersuchten freigemeinnützigen Krankenhäuser in dieser Größenklasse entspricht dem Bundesdurchschnitt (vgl. Kapitel 3.2.1). Die genannten Abweichungen sind entsprechend bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. Insgesamt ist aber darauf zu verweisen, dass durch die Auswertung nach

Trägern oder Bettengrößenklassen eine von der Grundgesamtheit abweichende Stichprobe kontrolliert wird.

Die folgende Kennzahlenanalyse nimmt regelmäßig Bezug auf die statistischen Referenzwerte Median und 1. bzw. 3. Quartil. Der Median, welcher dem 2. Quartil entspricht, trennt die Grundgesamtheit der Stichprobe in die unteren 50% und die oberen 50% der Daten. Analog bezeichnet das 1. Quartil die Grenze zu den unteren 25% der Daten und das 3. Quartil die Grenze zu den oberen 25%.

4.2 Kennzahlen zur Ertragslage

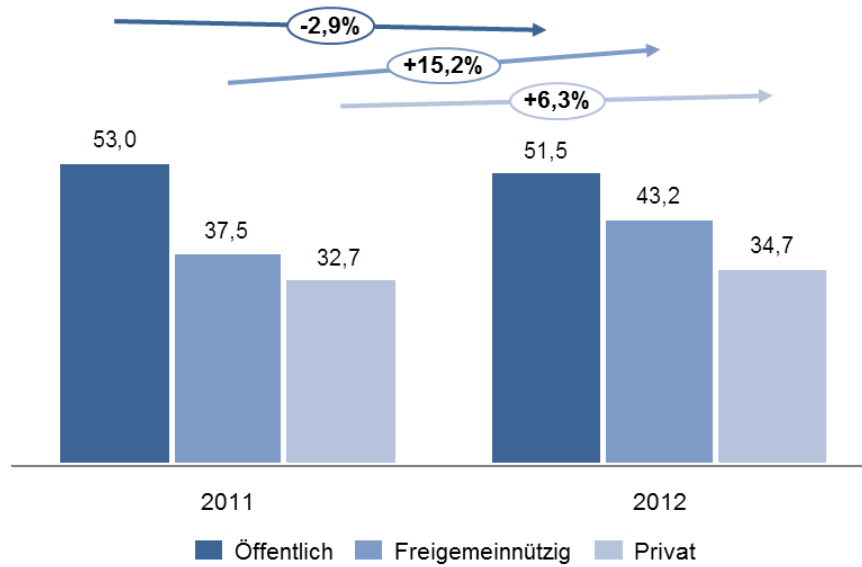
Die wirtschaftliche Not der deutschen Krankenhäuser wird vielfältig beklagt. Gemäß unterschiedlicher Befragungen der Krankenhauseite (DKI-Barometer, VKD, BKG etc.) lag der Anteil der Krankenhäuser mit Jahresfehlbeträgen 2012 bei fast 50%. Diese Hypothese wird durch die Analyse der IST-Daten 2011 und 2012 der Stichprobe gestützt: Der Anteil der Krankenhäuser mit Jahresfehlbetrag betrug insgesamt in 2012 rd. 44% und hat sich gegenüber dem Vorjahr um zwei Prozentpunkte erhöht.

4.2.1 Jahresergebnisse

Jahresergebnisse nach Trägerart

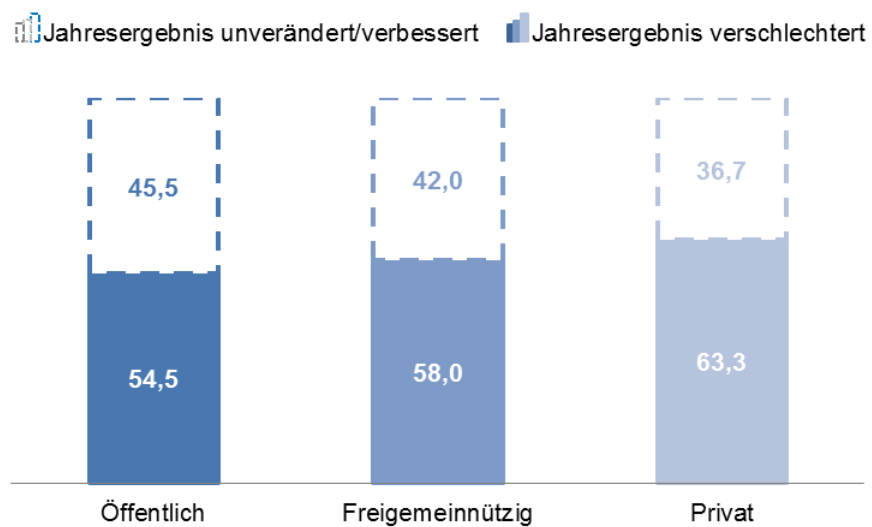
Status quo: Differenziert nach Trägern ist festzustellen, dass bei den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft der Anteil der Krankenhäuser, die einen Jahresfehlbetrag ausweisen, am höchsten ist und mit **51,5% im Jahr 2012** sogar über der 50%-Marke liegt (Abb. 71).

Bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern haben **43,2%**, der in der Stichprobe enthaltenen Häuser, in 2012 einen Jahresfehlbetrag zu verzeichnen. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme von **15,2%**, die, wie die Betrachtung der Daten zeigt, ausschließlich auf evangelische und sonstige freigemeinnützige Krankenhäuser entfällt. Bei katholischen Krankenhäusern hat sich der Anteil der Verlusthäuser in der Stichprobe nicht erhöht. Verschlechtert hat sich die Ergebnissituation auch bei den privaten Trägern, deren Häuser zu **34,7%** einen Jahresfehlbetrag in 2012 erwirtschafteten. Die Zunahme der verlustbringenden Einrichtungen gegenüber 2011 war mit zwei Prozentpunkten (= 6%) verhältnismäßig geringer.



© CURACON

Abb. 71: Anteil Krankenhäuser mit Jahresfehlbetrag in % nach Trägerart



© CURACON

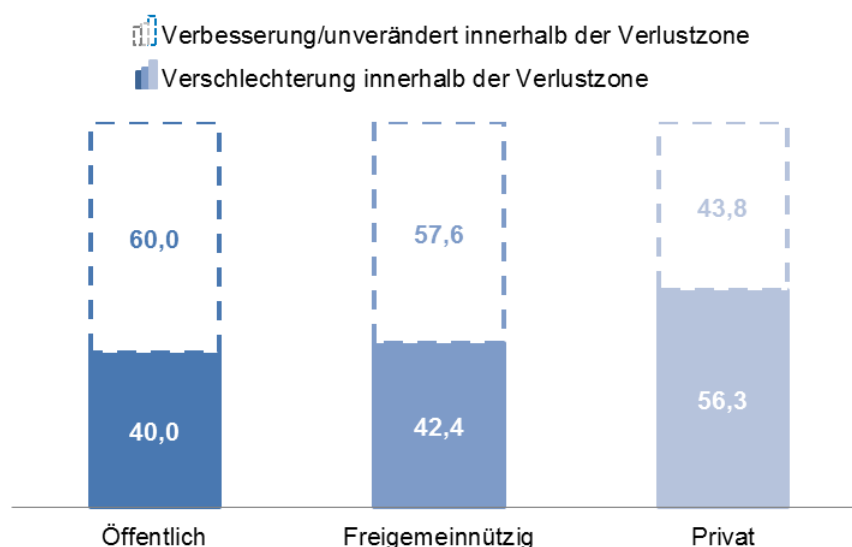
Abb. 72: Anteil Krankenhäuser, deren Jahresergebnis sich seit 2011 verschlechtert hat in % nach Trägerart

Entgegen diesem Trend ist in der Stichprobe bei den öffentlichen Einrichtungen keine Zunahme der Anzahl der Krankenhäuser mit Jahresfehlbeträgen, sondern sogar ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Trend: Um den Trend der wirtschaftlichen Entwicklung insgesamt zu beurteilen, wurde für alle Krankenhäuser der Stichprobe (also auch die mit Jahresüberschüssen) untersucht, wie sich das Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr verändert hat (Abb. 72). Es ist festzustellen, dass der Anteil der Krankenhäuser, deren Ergebnis sich von 2011 auf 2012 verschlechtert hat, bei rd. **58%** liegt. Dieser negative Trend trifft alle Trägergruppen.

Am stärksten betroffen sind die **privaten Kliniken** mit **63,3%**. Bei den untersuchten **freigemeinnützigen** Krankenhäusern wiesen **58%** und bei den **öffentlichen** Kliniken **54,5%** im Geschäftsjahr 2012 ein schlechteres Jahresergebnis auf als im Vorjahr.

Innerhalb der freigemeinnützigen Krankenhäuser ist ein relativ deutlicher Unterschied festzustellen: Die katholischen Einrichtungen verschlechterten sich „nur“ zu 45,5% während 65,1% der evangelischen Krankenhäuser eine negative Ergebnisentwicklung hinnehmen mussten.



© CURACON

Abb. 73: Nach Fehlbetrag in 2011 weitere Verschlechterung des Ergebnisses in 2012 (Anteil in %) nach Trägerart

Kritisch zu sehen ist, dass sich **44%** aller Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag in 2011 im Folgejahr weiter verschlechtert haben, d. h. diese wirtschaftlich bereits angeschlagenen

Krankenhäuser konnten ihre Ergebnissituation in 2012 weder verbessern noch stabilisieren (Abb. 73).

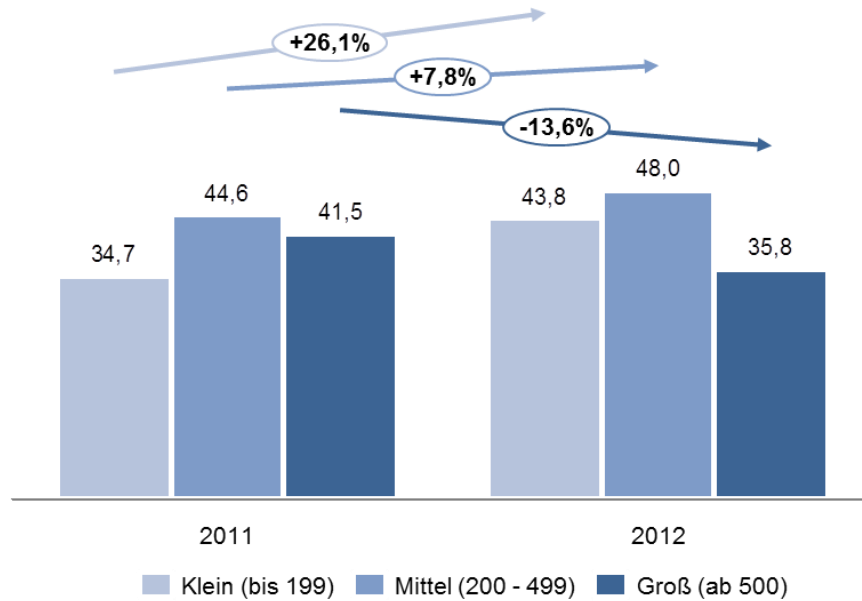
Hierbei offenbaren sich auffällige Unterschiede nach Trägergruppen: Von den untersuchten freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern mit Jahresfehlbetrag in 2011 mussten **jeweils rd. 40%** eine weitere Verschlechterung des Jahresergebnisses in 2012 verbuchen. Die privaten Kliniken mit Fehlbetrag (n = 16) zeigten eine noch deutlichere Entwicklung. Es verschlechterten sich **56%** von den bereits in der Verlustzone wirtschaftenden Einrichtungen. Hierbei ist allerdings die geringe Größe der Stichprobe zu berücksichtigen, so dass die Aussage nicht belastbar verallgemeinert werden kann.

Gegentrend: Bei den öffentlichen Krankenhäusern, die sich in 2012 verbessert haben, wurden die Jahresabschlussdaten im Hinblick auf mögliche Ursachen für die Verbesserung analysiert. Die betroffenen Krankenhäuser verzeichneten in 2012 überwiegend eine deutliche Ausweitung der Erlöse aus Krankenhausleistungen, die den Anstieg der Personalaufwendungen überkompensierten. Verlustausgleiche durch den Träger sind bei 7% der Häuser ersichtlich.

Jahresergebnisse nach Größenklassen

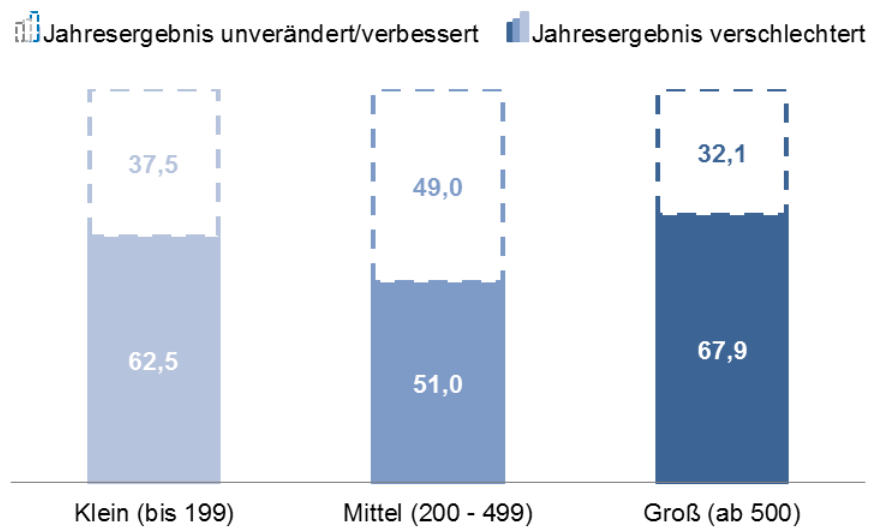
Die Differenzierung nach Größenklassen zeigt, dass Krankenhäuser aller Größenordnung in hohem Maße von Verlusten betroffen sind (Abb. 74). Auffällig ist, dass von 2011 auf 2012 bei den kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern der Anteil der Krankenhäuser in der Verlustzone gestiegen ist, während sich dieser Anteil bei den großen Krankenhäusern ab 500 Betten vermindert hat. Die großen Krankenhäuser haben damit in 2012 – etwas unerwartet – mit **35,8%** den niedrigsten Anteil an Verlusthäusern.

Trend: Wie bereits ausgeführt, hat sich das Jahresergebnis, egal ob positiv oder negativ in 2011, in 2012 bei mehr als 50% der Krankenhäuser verschlechtert, davon sind die kleinen und großen Krankenhäuser sogar mit jeweils mehr als 60% (Abb. 75) betroffen. Bei den öffentlichen bedeutet dies, dass sich insbesondere jene Einrichtungen verschlechtert haben, die in 2011 noch einen Jahresüberschuss ausgewiesen haben.



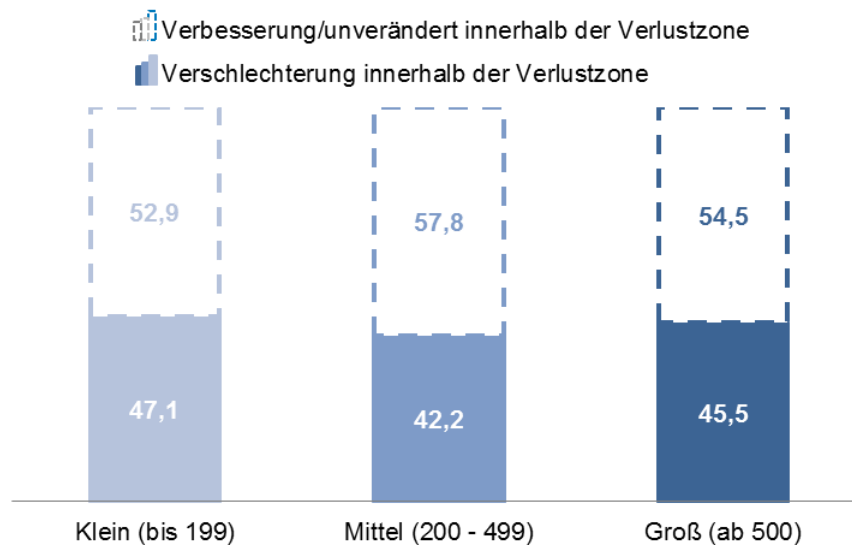
© CURACON

Abb. 74: Anteil Krankenhäuser mit Jahresfehlbetrag in % nach Größenklassen



© CURACON

Abb. 75: Anteil Krankenhäuser, deren Jahresergebnis sich seit 2011 verschlechtert hat in % nach Größenklasse



© CURACON

Abb. 76: Nach Fehlbetrag in 2011 weitere Verschlechterung des Ergebnisses in 2012 in % nach Größenklassen

Bei den Krankenhäusern, die bereits 2011 Verluste ausgewiesen haben, ist relativ gleichermaßen in den einzelnen Größenklassen eine weitere Verschlechterung zu verzeichnen (Abb. 76).

Zwischenfazit Jahresergebnisse: Die allgemeine Auffassung, dass die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser angespannt ist, wird durch die IST-Daten der Jahresabschlüsse 2012 der untersuchten Stichprobe eindeutig bestätigt. Gegenüber 2011 ist in 2012 eine weitere Verschlechterung der Lage eingetreten, die alle Trägergruppen, aber besonders stark die freigemeinnützigen, speziell evangelischen Krankenhäuser, betrifft.

Bei den öffentlichen Krankenhäusern konnte – soweit aus den verfügbaren Unterlagen erkennbar – durch finanzielle Unterstützung der Träger, das Wirken von Sanierungsprogrammen oder überproportionale Ausweitung der Umsatzerlöse eine Verschlechterung teilweise vermieden werden.

Immerhin auch ein Drittel der Krankenhäuser in privater Trägerschaft weist 2012 und 2011 einen Verlust aus. Hierbei handelt es sich zur Hälfte um Krankenhäuser, deren Übernahme durch private Träger mehr als fünf Jahre zurückliegt.

4.2.2 Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung

Von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der Ertragslage ist das Verhältnis der Entwicklung der Erlöse aus Krankenhausleistungen und der Personalaufwendungen. Die sogenannte „Erlös-Kosten-Schere“, d. h. das Auseinanderklaffen der Steigerungsraten der Erlöse und der Personalaufwendungen, wird allgemein als eine wesentliche Ursache der zunehmenden wirtschaftlichen Schiefelage der Krankenhäuser angesehen.

Für 2012 bestand folgende Erwartung hinsichtlich der Entwicklung der „Erlös-Kosten-Schere“: Die durchschnittliche Steigerung der Landesbasisfallwerte auf Bundesebene¹¹ von 2011 auf 2012 betrug **2,06%**. Ohne Mengeneffekte war somit für 2012 ein Anstieg der Erlöse aus Krankenhausleistungen von rd. 2% zu erwarten.

Bezogen auf die Personalaufwendungen ist festzuhalten, dass die Tarifraten nach KHEntgG/BPflV von der Selbstverwaltung für 2012 mit **3,0%** vereinbart wurde. Da der Tarifaufschlag auf den Landesbasisfallwert gem. § 10 Abs. 5 KHEntgG von 0,51% in den Landesbasisfallwerten enthalten ist, ergibt sich aus der Gegenüberstellung der Preiseffekte der Erlöse aus Krankenhausleistungen und der Personalaufwendungen eine Unterdeckung von knapp 1%.

Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung nach Trägerart

Status quo: Die Kliniken der untersuchten Stichprobe weisen im Median eine Umsatzsteigerung von **3,2%** aus. Diese Steigerung übertrifft den Preiseffekt um einen Prozentpunkt und ist insofern als Zuwachs aufgrund von Leistungssteigerungen (zusätzliche Fälle oder Zunahme des durchschnittlichen Schweregrads der Fälle) anzunehmen.

Bei den Personalaufwendungen beträgt die Steigerungsrate im Median **4,2%** und liegt damit ebenfalls um einen Prozentpunkt höher als der erwartete Preiseffekt aus der durchschnittlichen Tarifentwicklung. Ursächlich hierfür können sowohl tatsächlich höhere Tarifsteigerungen als auch ein höherer Personaleinsatz sein.

¹¹ Verhältnis der Summe der Erlösvolumina auf Landesebene zur Summe der Casemix-Volumina.

Tabelle 12: Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung nach Trägerschaft

| Trägerart | Median | | | Mittelwert | | |
|-------------------------|--------------------|------------------------------|-------------|--------------------|------------------------------|-------------|
| | Umsatz-entwicklung | Personalaufwands-entwicklung | Delta | Umsatz-entwicklung | Personalaufwands-entwicklung | Delta |
| Öffentlich | 3,7 | 4,7 | -0,9 | 3,7 | 7,4 | -3,7 |
| Freigemeinnützig | 2,9 | 4,2 | -1,3 | 2,9 | 4,1 | -1,3 |
| davon evangelisch | 3,5 | 5,0 | -1,5 | 3,1 | 4,9 | -1,9 |
| davon katholisch | 2,4 | 4,1 | -1,7 | 2,8 | 3,1 | -0,3 |
| Privat | 3,0 | 3,1 | -0,2 | 3,1 | 4,6 | -1,5 |
| DP-Gesamt | 3,2 | 4,2 | -1,0 | 3,2 | 5,3 | -2,1 |

Differenziert nach Trägergruppen ist bei der Umsatzentwicklung die unterschiedliche Entwicklung bei katholischen und evangelischen Krankenhäusern auffällig: Die katholischen Krankenhäuser weisen mit 2,4% die niedrigste Umsatzsteigerung aus, die evangelischen Krankenhäuser dagegen mit 3,5% eine überdurchschnittliche. Die öffentlichen Krankenhäuser zeigen mit 3,7% die höchste Umsatzsteigerung. Die privaten Krankenhäuser bewegen sich mit 3% insgesamt fast auf dem Niveau des Medians bzw. Mittelwerts. Bei den evangelischen und öffentlichen Krankenhäusern ist danach in 2012 insgesamt eine vergleichsweise größere Mengenausweitung bzw. Spezialisierung zu höheren Bewertungsrelationen anzunehmen (Tabelle 12).

Die aus Krankenhausperspektive grundsätzlich als positiv zu bewertende Umsatzsteigerung wurde in 2012 allerdings durch eine deutlich höhere Personalaufwandsrate überkompensiert. Besonders hoch lag sie bei den **evangelischen** und den **öffentlichen Einrichtungen**, was unter anderem in Zusammenhang mit der entsprechend höheren Umsatzsteigerung zu sehen ist. Die negative Kostenschere ist bei den freigemeinnützigen, speziell konfessionellen Krankenhäusern mit 1,5% (evangelisch) und 1,7% (katholisch) größer als bei den öffentlichen Krankenhäusern. Auffällig ist die Entwicklung der Personalaufwandsrate bei den **privaten Krankenhäusern**, welche nahezu identisch mit der Umsatzentwicklung ist.

Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung nach Größenklassen

Die Clusterung der Krankenhäuser nach Größe führt zu deutlichen Unterschieden bei der Umsatzentwicklung. Während die **kleinen** Krankenhäuser mit **2,7%** eine verhältnismäßig niedrige Umsatzentwicklung aufwiesen, steigerte sich der Umsatz bei den Kliniken mit mehr als 500 Betten im Median um **3,9%**. Der Umsatzzuwachs der **mittelgroßen** Krankenhäuser

mit 200 bis 499 Betten von **3,2%** entspricht dem Median der Gesamtstichprobe. Die Unterschiede in der Umsatzentwicklung nach Größenklasse des Krankenhauses lassen vermuten, dass die mittelgroßen und großen Krankenhäuser Vorteile im Hinblick auf eine Spezialisierung und damit eine Mengenausweitung bzw. Gewinnung schwererer Fälle haben.

Tabelle 13: Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung nach Größe

| Größe | Median | | | Mittelwert | | |
|--------------------|-------------------|-----------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|-------|
| | Umsatzentwicklung | Personalaufwandsentwicklung | Delta | Umsatzentwicklung | Personalaufwandsentwicklung | Delta |
| Klein (bis 199) | 2,7 | 4,0 | -1,3 | 3,0 | 5,5 | -2,5 |
| Mittel (200 - 499) | 3,2 | 3,9 | -0,7 | 3,0 | 3,4 | -0,4 |
| Groß (ab 500) | 3,9 | 4,9 | -1,0 | 3,6 | 8,8 | -5,1 |
| DP-Gesamt | 3,2 | 4,2 | -1,0 | 3,2 | 5,3 | -2,1 |

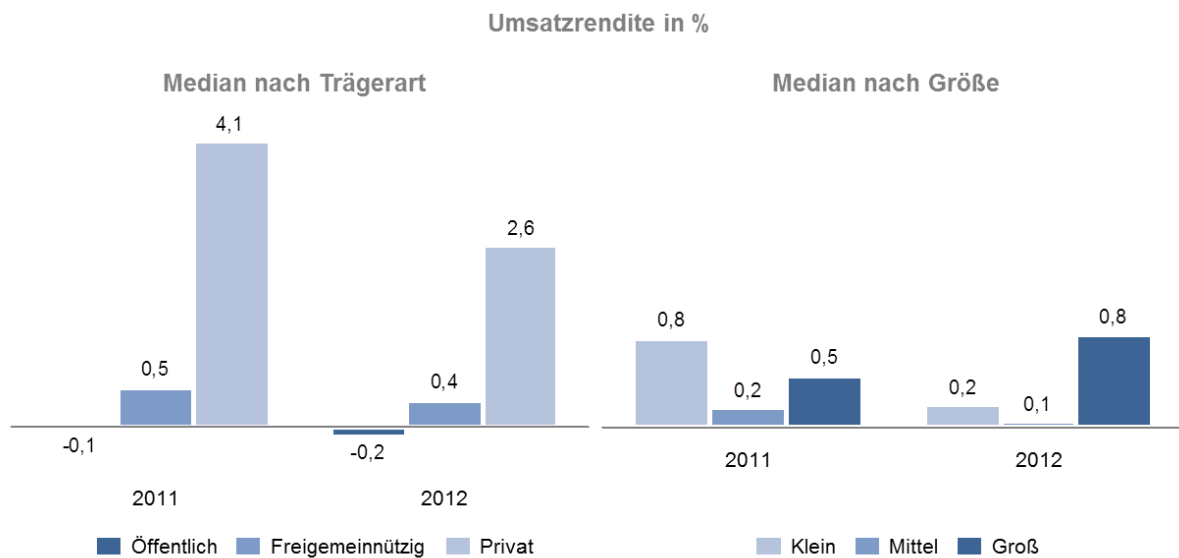
Analog zur Betrachtung nach Trägerart zeigt sich aus der Größenperspektive, dass die Umsatzsteigerungen über alle Cluster hinweg durch die Personalaufwandsentwicklung überkompensiert werden – im Schnitt um **einen Prozentpunkt** (Tabelle 13). Die Unterschiede in der Kostenschere sind nach Größenklassen differenziert nicht so auffällig wie nach Trägerarten. Die Unterdeckung ist bei den mittelgroßen und großen Krankenhäusern geringfügig niedriger als bei den kleinen Krankenhäusern bis 199 Betten.

Zwischenfazit Umsatz-, Personalaufwandsentwicklung: Hervorzuheben ist, dass die für 2012 erwartete „Erlös-Kosten-Schere“ von rd. 1% durch die IST-Daten 2012 der untersuchten Krankenhäuser im Wesentlichen bestätigt wird. Lediglich die privaten Krankenhäuser konnten Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung in der Waage halten. Bei den konfessionellen Krankenhäusern ist der negative Schereneffekt im Median mit 1,5% bzw. 1,7% am höchsten. Ob dies auf entsprechend höhere Tarifentwicklungen zurückzuführen ist, kann mit Hilfe der vorhandenen Daten nicht abschließend beurteilt werden.

4.2.3 Umsatzrendite

Um die Bandbreite des unterschiedlichen wirtschaftlichen Erfolgs der Krankenhäuser insgesamt und der konfessionellen Krankenhäuser im Besonderen zu erkennen, werden Kennzahlen zur Ertragslage differenziert nach Quartilen dargestellt. Als maßgebliche Kennzahl

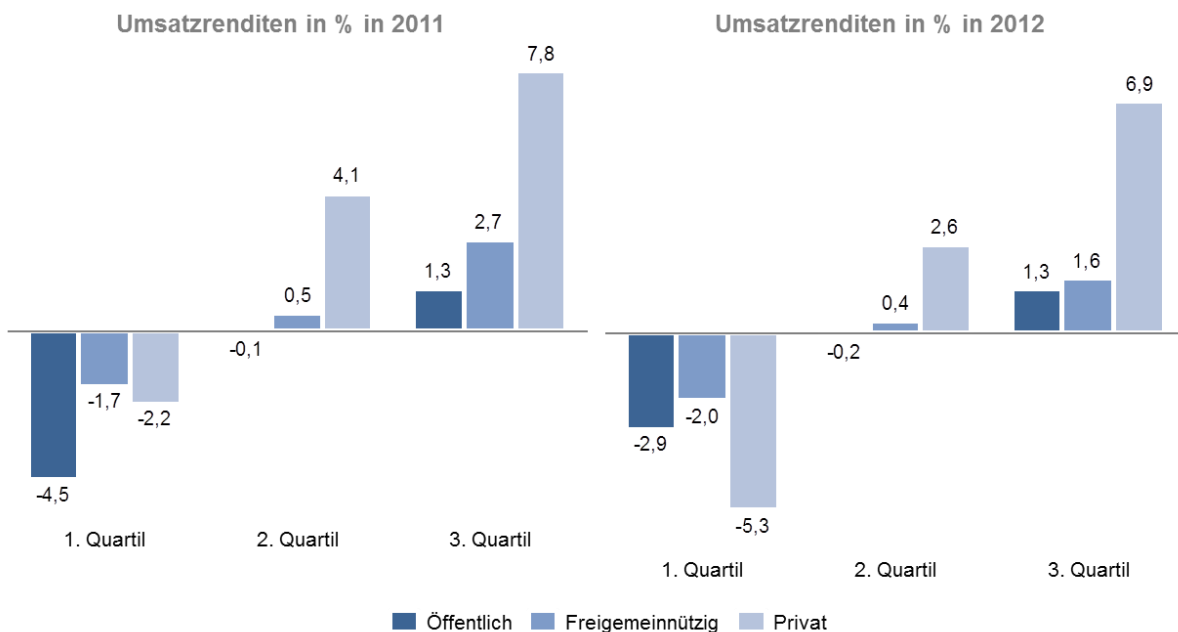
wird zunächst die Umsatzrendite, d. h. das Verhältnis von Jahresergebnis zu den Umsatzerlösen, zugrunde gelegt (Abb. 77).



© CURACON

Abb. 77: Umsatzrendite in % nach Trägerart und Größe

Die Umsatzrendite der untersuchten Krankenhäuser insgesamt liegt in 2011 und 2012 im Median jeweils bei **0,3%**. Differenziert nach Trägergruppen ergeben sich jedoch deutliche Unterschiede. Die **privaten Krankenhäuser** weisen im Median in 2012 eine Umsatzrendite von **2,6%** nach 4,1% in 2011 aus. Die **freigemeinnützigen Krankenhäuser** kommen dagegen in 2012 auf eine Umsatzrendite von **0,4%** gegenüber 0,5% im Vorjahr. Bei den **öffentlichen Krankenhäusern** ist die Umsatzrendite auf einen negativen Wert von **-0,2%** gesunken. Der Trend von 2011 auf 2012 ist also über alle Trägerarten eindeutig negativ.



© CURACON

Abb. 78: Analyse der Spanne erzielter Umsatzrenditen in % nach Trägerart

Bei den privaten Krankenhäusern ist die Bandbreite der erzielten Umsatzrenditen besonders auffällig (Abb. 78): Die untersuchten privaten Krankenhäuser erreichen im oberen Viertel in 2012 eine positive Umsatzrendite von 7%, parallel dazu ist bei einem Viertel der untersuchten privaten Krankenhäuser eine negative Umsatzrendite von mehr als 5% zu verzeichnen. Wie schon oben ausgeführt, handelt es sich bei diesen privaten Krankenhäusern überwiegend um ehemals öffentliche Krankenhäuser. Bei den Verlusthäusern mit einer negativen Umsatzrendite von mehr als 5% entfallen rund 40% auf Krankenhäuser, deren Privatisierung mehr als fünf Jahre zurückliegt. Dies ist ein Zeichen dafür, dass auch ein privater Betreiber nicht auf „Knopfdruck“ positive Ergebnisse erzielen kann.

Bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern ergibt sich ein deutlich anderes Bild: Die Bandbreite der Umsatzrendite ist mit Werten von -2,9% (1. Quartil) und +1,3% (3. Quartil) im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern deutlich kleiner (Abb. 78).

Die Detailanalyse der Stichprobe für 2012 zeigt, dass bei den evangelischen Krankenhäusern kein Krankenhaus eine positive Umsatzrendite von über 5% erzielt, 12% der evangelischen Krankenhäuser erreichen eine Umsatzrendite zwischen 3% und 5%, wohingegen 23% eine negative Umsatzrendite von 5% und niedriger hinnehmen mussten.

Bei den katholischen Krankenhäusern der Stichprobe erzielten gut 20% der Krankenhäuser in 2012 eine positive Umsatzrendite von über 3%, davon 6% eine Rendite von über 5%. Im negativen Bereich wiesen 9% der katholischen Krankenhäuser eine Umsatzrendite von weniger als -5% aus.

Die Bandbreite der Umsatzrenditen bei den öffentlichen Krankenhäusern hat sich in 2012 im Vergleich zum Vorjahr am auffälligsten vermindert, da der Negativwert des unteren Viertels sich von -4,5% auf -2,9% verringert hat. Beide Werte liegen jeweils höher als die Vergleichswerte der freigemeinnützigen Krankenhäuser. Die Detailanalyse der öffentlichen Krankenhäuser 2012 relativiert die Quartilsbetrachtung zur Bandbreite der Umsatzrendite, insbesondere im negativen Bereich: 18,2% der Krankenhäuser weisen eine negative Umsatzrendite von mehr als 5% aus. Rd. 9% der Kliniken kommen auf eine positive Umsatzrendite zwischen 3 und 5% (Abb. 78).

Zwischenfazit Umsatzrendite: Die Analyse der Jahresabschlussdaten 2011 und 2012 der untersuchten Krankenhäuser ergibt nach Trägergruppen differenziert deutliche Unterschiede im wirtschaftlichen Erfolg. Die bezogen auf den Umsatz höchste Unterdeckung (Umsatzrendite < - 10%) zeigen die aktuell oder ehemals öffentlichen Krankenhäuser. Bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern ist die Ergebnisbandbreite wesentlich kleiner. Positive Umsatzrenditen von mehr als 5% werden im Wesentlichen bei den privaten Krankenhausträgern und nur vereinzelt auch bei katholischen Trägern erzielt, 17% der freigemeinnützigen Krankenhäuser erzielen eine positive Umsatzrendite von mindestens 3%, negative Umsatzrenditen von unter minus 5% sind in 2012 bei rd. 15% der freigemeinnützigen Krankenhäuser angefallen. Jeweils rd. 5% der evangelischen und katholischen Krankenhäuser erzielen eine negative Umsatzrendite von über 10%.

4.2.4 EBITDA-Marge

Das EBITDA (Earnings before interest, taxes, depreciation and amortization) ist ein Maßstab für den Erfolg aus dem laufenden Krankenhausbetrieb ohne Berücksichtigung von Finanzierungs- und Kapitalkosten (und Steuern). Je höher die Differenz zwischen Jahresergebnis und EBITDA ist, desto höher ist die Belastung aus der Finanzierung der notwendigen Infrastruktur für den Krankenhausbetrieb. Positiv formuliert ist eine hohe EBITDA-Marge ein

Maßstab für die Investitions- und Kapitaldienstfähigkeit eines Krankenhauses. In Zeiten unzureichender Investitionsförderung durch die Bundesländer stellt sich den Krankenhäusern vermehrt die Frage der Finanzierung der zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit notwendigen Infrastruktur. Abb. 79 zeigt, dass das EBITDA bei den privaten Krankenhäusern erheblich höher ist als bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern. Ebenso ist die Differenz zwischen EBITDA und Jahresergebnis deutlich höher.

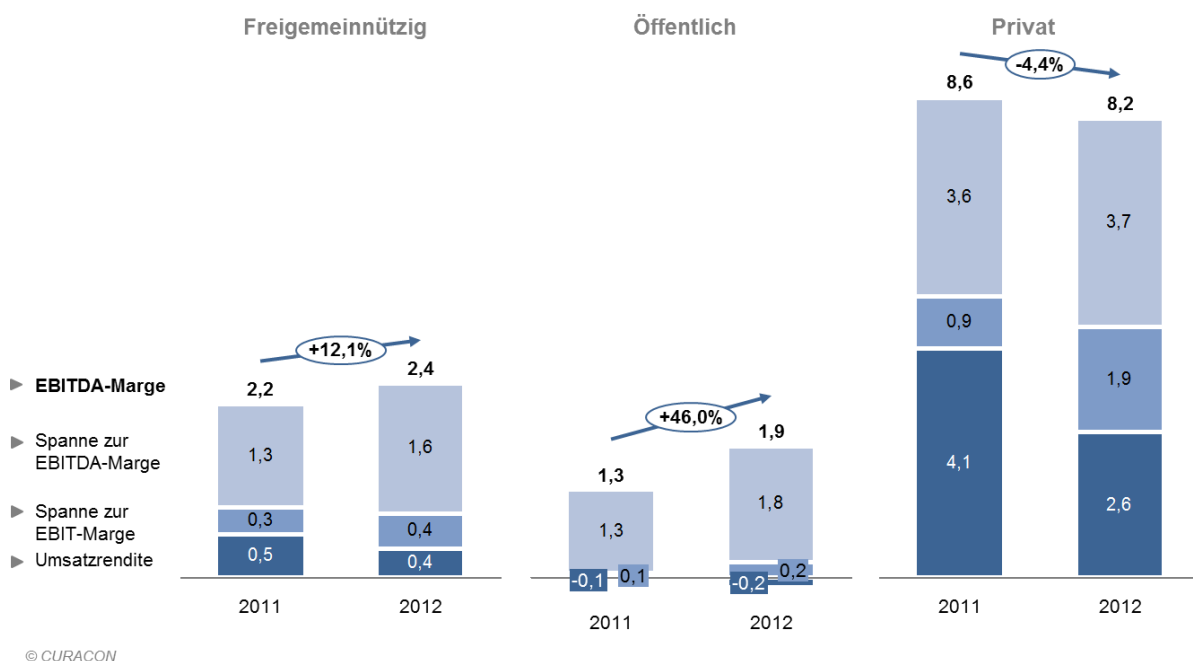
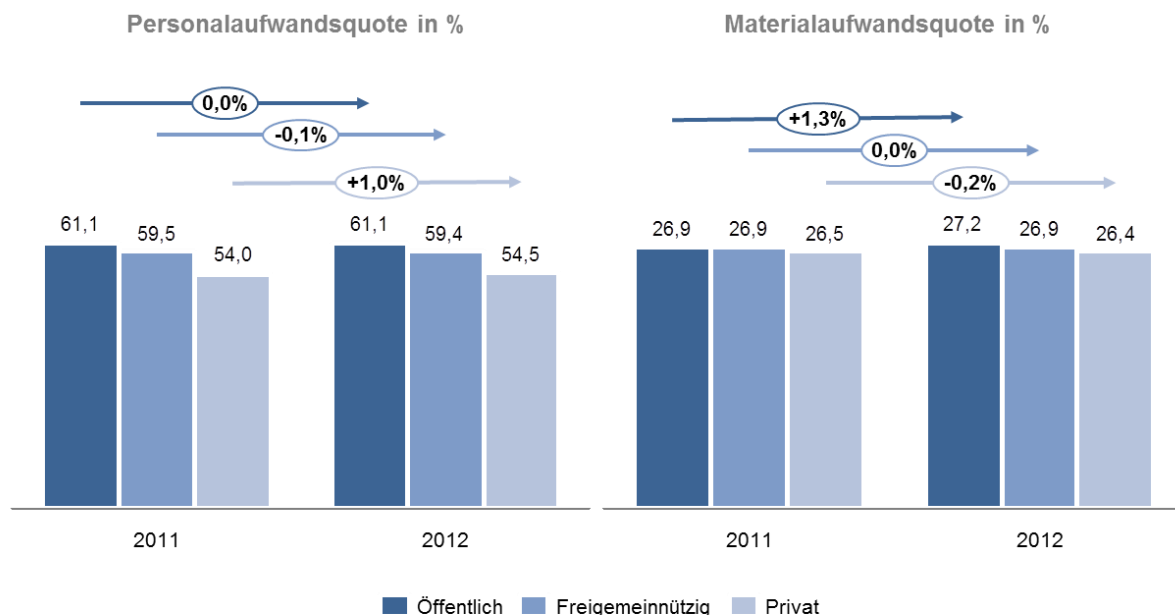


Abb. 79: Umsatzrendite sowie EBIT-Marge und EBITDA-Marge in % im Überblick nach Trägerart

Private Krankenhäuser erzielten demnach bei gesunkener Umsatzrendite (im Median von 4,1% auf 2,6%) eine höhere EBITDA-Marge (Reduktion von 8,6% auf 8,2% im Median). Damit haben die privaten Krankenhäuser der untersuchten Stichprobe im Median 5,6% der Umsatzerlöse für Kapitalkosten und Steuern aufgebracht. Die Vergleichszahl des Vorjahres beträgt 4,5%.

Bei den freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern liegt die EBITDA-Marge im Median noch unter der Umsatzrendite privater Krankenhäuser. Auch hier ist in 2012 bei jeweils rückläufiger Umsatzrendite ein, wenn auch nur geringfügiger, Anstieg der EBITDA-Marge um 0,2 Prozentpunkte auf 2,4% (freigemeinnützige Krankenhäuser) bzw. um 0,6 Prozentpunkte auf 1,9% (öffentliche Krankenhäuser) zu verzeichnen. Die Krankenhäuser beider

Trägergruppen setzen damit 2012 und 2011 weniger als rd. 2% des Umsatzes für die Finanzierung von Kapitalkosten ein. Die Ursache für die Unterschiede im EBITDA ist vor allem in der niedrigeren Personalaufwandsquote begründet, wie Abb. 80 zeigt:



© CURACON

Abb. 80: Personalaufwandsquote und Materialaufwandsquote in % nach Trägerart

Es ist zu erkennen, dass die Personalaufwandsquoten von freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern um die 60%-Marke im Median relativ nah beieinander liegen und in beiden Jahren recht konstant sind. Die privaten Krankenhäuser weisen dagegen nur eine Personalaufwandsquote von rd. 54% aus. Auf Basis der vorliegenden Jahresabschlussdaten kann nicht beurteilt werden, inwieweit sich hier Unterschiede in den Tarifwerken (TVöD, AVR, BAT-KF sowie KZVK auf der einen und Haustarife auf der anderen Seite) oder Unterschiede im Personaleinsatz – sei es im Rahmen der Prozessorganisation, dem Zentralisierungsgrad, der Spezialisierung oder des Outsourcings - sowie weitere Einflussfaktoren (Versorgungsauftrag / Case Mix; unterschiedliche Priorisierung von Unternehmenszielen etc.) bemerkbar machen.

Ergänzend sind die Werte für die Materialaufwandsquote dargestellt, bei der über alle Trägergruppen vergleichsweise nur geringe Unterschiede festzustellen sind.

Die Gegenüberstellung der Umsatzrenditen bzw. EBITDA-Margen, differenziert nach Größenklassen der Krankenhäuser, ergibt vergleichsweise geringe Unterschiede. Zu der in 2012 festzustellenden Verbesserung der Umsatzrendite und EBITDA-Margen (Abb. 81) bei großen Krankenhäusern verweisen wir auf unsere Ausführungen zu den Jahresergebnissen.

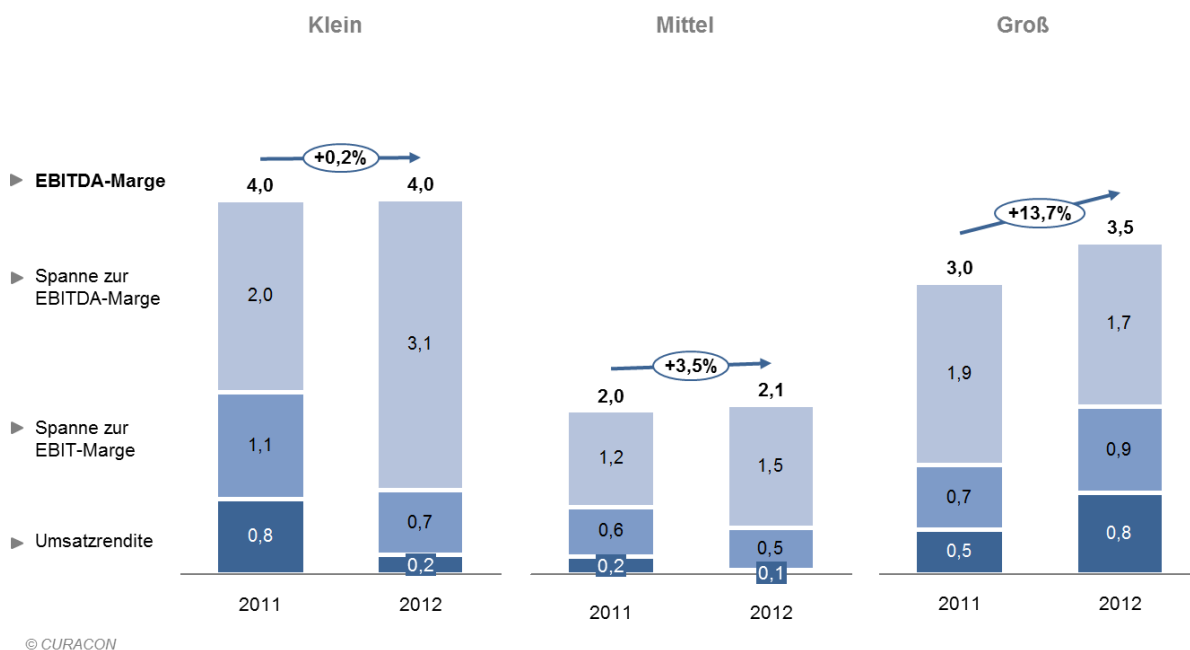


Abb. 81: Umsatzrendite sowie EBIT-Marge und EBITDA-Marge in % im Überblick nach Größenklassen

Zwischenfazit EBITDA-Marge: Die Unterschiede im Betriebsergebnis nach Trägergruppen, gemessen als EBITDA-Marge, sind deutlich. Die privaten Krankenhäuser erzielen im Median eine bis zu 6,3 Prozentpunkte höhere EBITDA-Marge als freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser, die im Wesentlichen aus einer entsprechend niedrigeren Personalaufwandsquote resultiert. Deren Ursachen müssten in weitergehenden Analysen geklärt werden.

4.2.5 Fazit: Ertragslage

Die Analyse der Ertragslage bestätigt eindeutig eine negative Entwicklung der Krankenhäuser über alle Trägergruppen von 2011 auf 2012. Insgesamt hat sich bei 58% der Krankenhäuser das Jahresergebnis gegenüber dem Vorjahr verschlechtert. Insgesamt weisen 44%

der untersuchten Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag aus, bei den freigemeinnützigen sind es 43%, bei den öffentlichen 52% und bei den privaten 35%.

Die höheren Renditeerwartungen der privaten Krankenhausträger spiegeln sich in deutlichen Unterschieden bei den Ertragskennzahlen wider. Wirtschaftlich erfolgreiche konfessionelle Krankenhäuser erzielten in 2012 eine Umsatzrendite von 3-5% und eine EBITDA (Betriebsergebnis)-Marge von mindestens 6%, während wirtschaftlich erfolgreiche private Krankenhäuser im Median eine Umsatzrendite von 6,7% und eine EBITDA-Marge von über 10% erzielten. Bei den wirtschaftlich erfolgreichen öffentlichen Krankenhäusern sind die Vergleichswerte mit 3% (Umsatzrendite) und 5,1 % (EBITDA-Marge) jeweils niedriger.

4.3 Analyse ausgewählter Vermögens- und Finanzkennzahlen

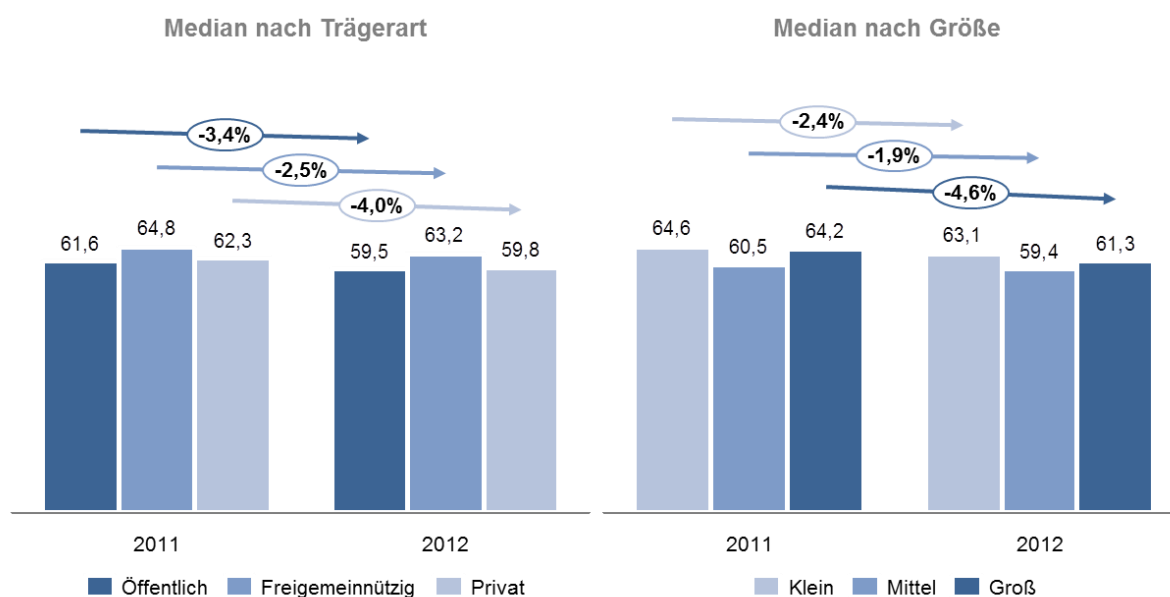
4.3.1 Eigenkapitalquote II, Liquiditätsgrad II und Investitionsquote

Ein wesentliches Ziel der Analyse der Vermögens- und Finanzlage ist die Beurteilung der Sicherheit der Unternehmensfortführung (Going Concern). Entscheidende Größen hierbei sind eine ausreichende Eigenkapitalausstattung und die Liquiditätssicherung.

Eigenkapitalausstattung: Die Kennzahl Eigenkapitalquote II ist definiert als Relation der Summe aus Eigenkapital¹² und Sonder-/Ausgleichsposten aus Investitionszuwendungen zur Bilanzsumme. Die Sonderposten haben eigenkapitalähnlichen Charakter, da die erhaltenen und zweckentsprechend verwendeten öffentlichen Fördermittel nach KHG bei dauerhafter zweckentsprechender Nutzung nicht rückzahlbar sind. Die Mediane der Eigenkapitalquoten II bewegen sich in allen Trägerarten sämtlich in einer Größenordnung um die 60%-Marke.

Über alle Trägerarten und Größenklassen hinweg hat sich die Eigenkapitalquote II seit 2011 rückläufig entwickelt. Besonders stark sank sie mit – 4% bei den privaten Einrichtungen (von 62,3% in 2011 auf 59,8% in 2012) und nach Größenklassen differenziert mit – 4,6% bei den großen Krankenhäusern (von 64,2% in 2011 auf 61,3% in 2012) (Abb. 82).

¹² Als Eigenkapital gilt dabei das bilanzielle Eigenkapital reduziert um einen aktiven Ausgleichsposten aus Eigenmittelförderung, bei entsprechender Anpassung der Bilanzsumme.



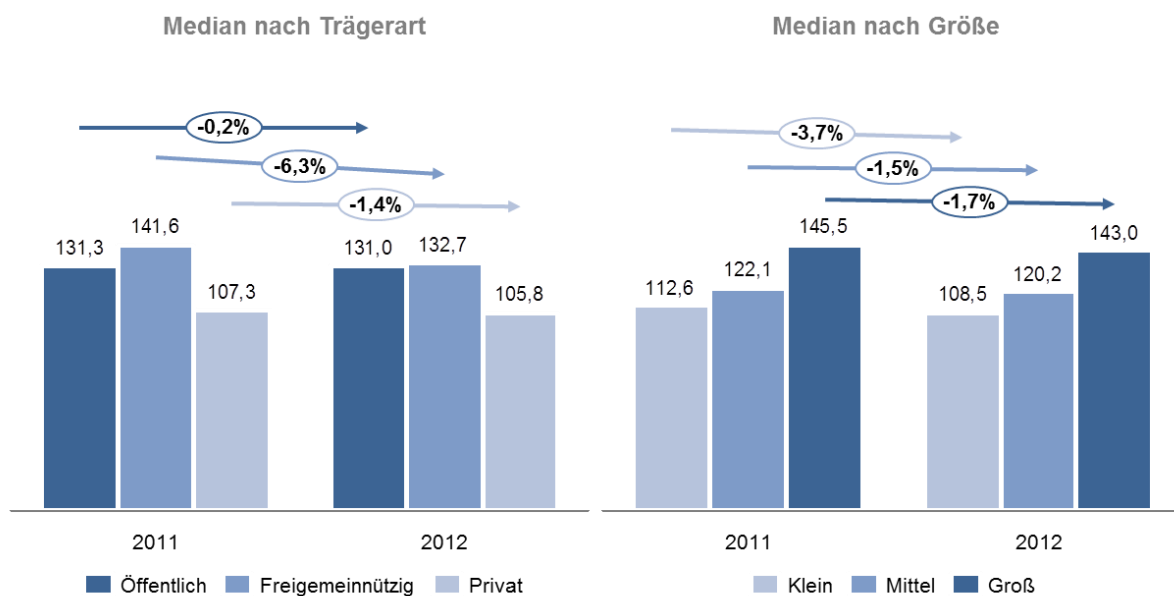
© CURACON

Abb. 82: Eigenkapitalquote II in % nach Trägerart und Größenklassen

Trotz der rückläufigen Tendenz ist aus diesen Quoten grundsätzlich zunächst keine unmittelbare Gefährdung der Fortführung der Krankenhausbetriebe ableitbar. Die Detailanalyse offenbart jedoch, dass immerhin knapp 8% der Krankenhäuser der Stichprobe ein negatives Eigenkapital (nicht durch Eigenkapital gedeckten Fehlbetrag) ausweisen. Der Anteil hat sich gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt, er lag in 2011 noch bei 4,4%. Bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern gab es in 2011 noch kein Krankenhaus mit negativem Eigenkapital, dagegen haben sich in 2012 sieben Krankenhäuser entsprechend verschlechtert. Hieraus lässt sich ableiten, dass der Frage der Erhaltung des Eigenkapitals doch zunehmend Bedeutung beizumessen ist.

Liquiditätsausstattung: Für die Unternehmensfortführung noch vordringlicher ist die Frage, ob die laufende Liquidität gesichert ist, d.h. ob kurzfristig fällig werdende Schulden durch kurzfristig verfügbare Liquidität gedeckt sind. Hierüber kann der Liquiditätsgrad II Aufschluss geben, bei welchem alle kurzfristigen Vermögensgegenstände (Forderungen mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr sowie Guthaben und Wertpapiere bei Kreditinstituten) ins Verhält-

nis gesetzt werden zu den kurzfristig¹³ fälligen Verbindlichkeiten und Rückstellungen. Soweit die Kennzahl einen Wert von über 100% erreicht, liegt grundsätzlich eine fristengerechte Finanzierung vor. Die Ergebnisse der Stichprobe zeigen, dass der Median des Liquiditätsgrades II über alle Häuser in 2012 bei rd. 127% liegt nach rd. 130% im Vorjahr. Die Mediane differenziert nach Trägerarten sowie Größenklassen sind der folgenden Abbildung zu entnehmen:



© CURACON

Abb. 83: Liquiditätsgrad II in % nach Trägerart und Größenklassen

Die Detailanalyse ergibt, dass in 2012 knapp 30% der Krankenhäuser den Liquiditätsgrad von mindestens 100% nicht erreichen. In 2011 lag der entsprechende Prozentsatz bei 23%. Die weitgehend negative Ertragslage 2012 wirkt sich somit erwartungsgemäß negativ auf die kurzfristig verfügbare Liquidität aus.

Auffällig ist darüber hinaus, dass die privaten Träger in der Ausstattung mit kurzfristiger Liquidität niedrigere Kennzahlen ausweisen als die beiden anderen Trägergruppen. Dies kann damit zusammenhängen, dass das Cash-Management bei privaten Trägern systematischer

¹³ Als *kurzfristig* werden all jene Geschäftsvorfälle eingestuft, die innerhalb eines Jahres fällig sind.

auf die Vermeidung nicht benötigter kurzfristiger, schlecht verzinslicher Liquiditätsreserven gerichtet ist und Liquidität schneller investiert wird.

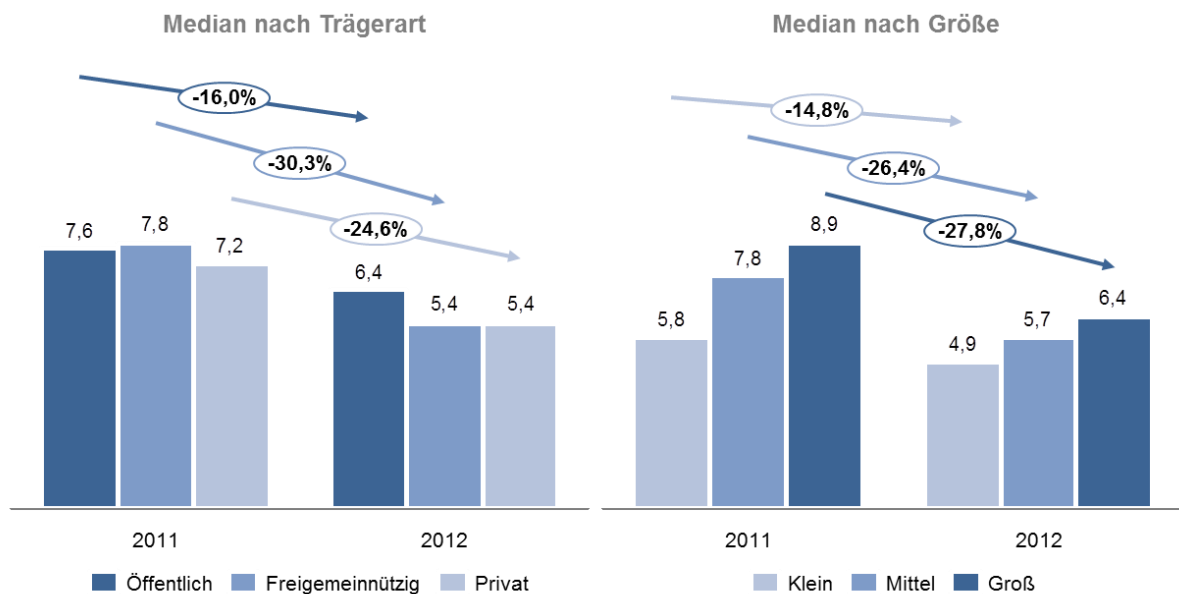
Finanzverschuldung: Neben der Betrachtung der kurzfristigen Liquidität ist im Hinblick auf die Investitionsfähigkeit von Unternehmen auch die Finanzverschuldung von Bedeutung, d. h. der Umfang der Inanspruchnahme von Fremdkapital. Die Stichprobe der untersuchten Krankenhäuser zeigt, dass mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (53%) ein positives Netto-Finanzvermögen, definiert als Differenz der Guthaben und Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten sowie sonstiger zinstragender Bilanzposten, ausweisen. Differenziert nach Trägergruppen ergeben sich deutliche Unterschiede: Bei den privaten und freigemeinnützigen Trägern beträgt der Anteil der Häuser mit negativem Netto-Finanzvermögen 49%, bei den öffentlichen Krankenhäusern dagegen 62%.

Die Netto-Finanzverschuldung kann positiv gesehen werden, wenn sie Ausdruck einer entsprechend hohen Investitionstätigkeit wäre. Entscheidend für die Würdigung ist, ob die Bedienung der aus der Verschuldung resultierenden Kapitalkosten nachhaltig gesichert ist. Dies wird allgemein durch die Gegenüberstellung von Netto-Finanzverschuldung (Net Debt) und EBITDA beurteilt. Immerhin 13% der Krankenhäuser der Stichprobe weisen eine Netto-Finanzverschuldung und ein negatives EBITDA aus, davon sind 7% in öffentlicher Trägerschaft und 5% freigemeinnützig. In diesen Fällen dürfte die Kapitaldienstfähigkeit mindestens aktuell gefährdet sein.

Von den Krankenhäusern mit positivem Finanzvermögen haben 81% ein positives EBITDA. Für diese Krankenhäuser kann grundsätzlich eine Investitions- und Kapitaldienstfähigkeit angenommen werden. Bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern erfüllen insgesamt 78% die Kriterien positives Finanzvermögen und positives EBITDA, nach Konfessionen differenziert sind es rd. 80% der katholischen und rd. 70% der evangelischen Krankenhäuser. Die Prozentsätze halbieren sich, wenn im Hinblick auf das EBITDA eine EBITDA-Marge von größer 5% angesetzt wird.

Investitionsfähigkeit: Die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser wird wesentlich davon beeinflusst, ob die notwendigen Investitionen zur Aufrechterhaltung der Wettbewerbsfähigkeit und zur Sicherstellung einer zeitgemäßen medizinischen und pflegerischen Infrastruktur geleistet werden. Die unzureichende Mittelbereitstellung von öffentlichen Fördermitteln wird allgemein beklagt. Die Stagnation der bundesweit jährlich bereitgestellten Fördermittel hat dazu

geführt, dass die Fördermittel-Investitionsquote¹⁴ auf unter 4% gesunken ist. Zu Beginn der 90-iger Jahre lag die Quote noch bei rd. 10%. Vor diesem Hintergrund wurde untersucht, wie hoch die Investitionsquote in den deutschen Krankenhäusern im Untersuchungszeitraum 2011 und 2012 ist.



© CURACON

Abb. 84: Investitionsquote in % nach Trägerart und Größenklassen

Abb. 84 zeigt, dass die Unterschiede im Investitionsverhalten bei den Trägergruppen vergleichsweise gering und insgesamt gegenüber dem Vorjahr deutlich rückläufig sind. Nach Größe des Krankenhauses differenziert, ist ein eindeutiger Trend zu erkennen, dass in größeren Krankenhäusern die Investitionstätigkeit höher ist als in den kleinen Krankenhäusern bis 199 Betten.

¹⁴ Investitionsquote definiert als Verhältnis der Fördermittel zu den Krankenhausaussgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.

4.3.2 Fazit: Vermögens- und Finanzlage

Die Analyse ausgewählter Finanzkennzahlen der Jahre 2011 und 2012 bestätigt die Erwartung einer insgesamt über alle Trägergruppen negativen Entwicklung. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist insbesondere aufgrund einer deutlichen Ergebnisschwäche angespannt.

Der hohe Anteil von Krankenhäusern mit Jahresfehlbeträgen in 2011 und 2012 führt zu einer wachsenden Zahl an Krankenhäusern, die keine fristenkonforme Finanzierung mehr sicherstellen können. Bei insgesamt 37% (2011: 32%) der untersuchten Krankenhäuser waren kurzfristig fällige Schulden nicht vollständig durch kurzfristiges Vermögen gedeckt (Liquiditätsgrad II < 100%). Die Eigenkapitalausstattung ist insgesamt noch nicht als besorgniserregend einzustufen, allerdings hat sich der Anteil der Krankenhäuser mit einem nicht durch Eigenkapital gedeckten Fehlbetrag (bilanzielle Überschuldung) von 4,5% in 2011 auf 8% in 2012 erhöht und damit fast verdoppelt.

Auf der anderen Seite ist festzuhalten, dass noch fast die Hälfte aller Krankenhäuser (47%) ein positives Netto-Finanzvermögen besitzt, d. h. die liquiden Mittel übersteigen die Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten. Diese Krankenhäuser erzielen zu mehr als 80% positives EBITDA und zu 75% einen Jahresüberschuss. Bei diesen Krankenhäusern ist grundsätzlich von einer Investitions- und Kapitaldienstfähigkeit auszugehen.

Bei den Krankenhäusern mit einer Netto-Finanzverschuldung liegt das Verhältnis von Netto-Finanzschulden zum EBITDA überwiegend innerhalb einer vom Kapitalmarkt allgemein tolerierten Grenze (Faktor 3). Allerdings weist mehr als ein Drittel der Krankenhäuser mit einer Netto-Finanzverschuldung auch ein negatives EBITDA aus.

4.4 Wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser

4.4.1 Kennzahlen Best Practice Krankenhäuser

Zielrichtung der Studie ist es, Anhaltspunkte für Erfolgsfaktoren konfessioneller Krankenhäuser zu erkennen. Daher wird im Folgenden untersucht, ob bei als wirtschaftlich erfolgreich identifizierten Krankenhäusern Gemeinsamkeiten untereinander und auffällige Unterschiede zu den übrigen Krankenhäusern festgestellt werden können.

Als wirtschaftlich erfolgreich wird hierbei ein konfessionelles Krankenhaus bezeichnet, das in 2012 eine Umsatzrendite von mindestens 2% erreicht hat. Dies waren 24% der in der Stichprobe untersuchten 88 freigemeinnützigen Krankenhäuser. Dem wird die Gesamtgruppe aller Krankenhäuser der Stichprobe gegenübergestellt, die eine Umsatzrendite von mindestens 2% erzielte (28% von 203 Krankenhäusern). In dieser Gruppe beträgt der Anteil der privaten Krankenhäuser rd. 45%, öffentliche Krankenhäuser sind zu knapp 20% enthalten.

Die Entwicklung der Umsatzrendite der Best-Practice-Krankenhäuser in der untersuchten Stichprobe wird in Abb. 85 dargestellt. Auffällig ist, dass auch hier eine negative Tendenz bei der Umsatzrenditenentwicklung von 2011 auf 2012 zu beobachten ist. Besonders betroffen sind die freigemeinnützigen / mittelgroßen Häuser (200-499 Betten).

Die Betrachtung der Personal- und Materialaufwandsquoten der Best-Practice-Krankenhäuser ergibt – analog zur Betrachtung der Stichprobe insgesamt – die signifikante Abweichung zwischen privaten Krankenhäusern auf der einen und freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern auf der anderen Seite (Tabelle 14).

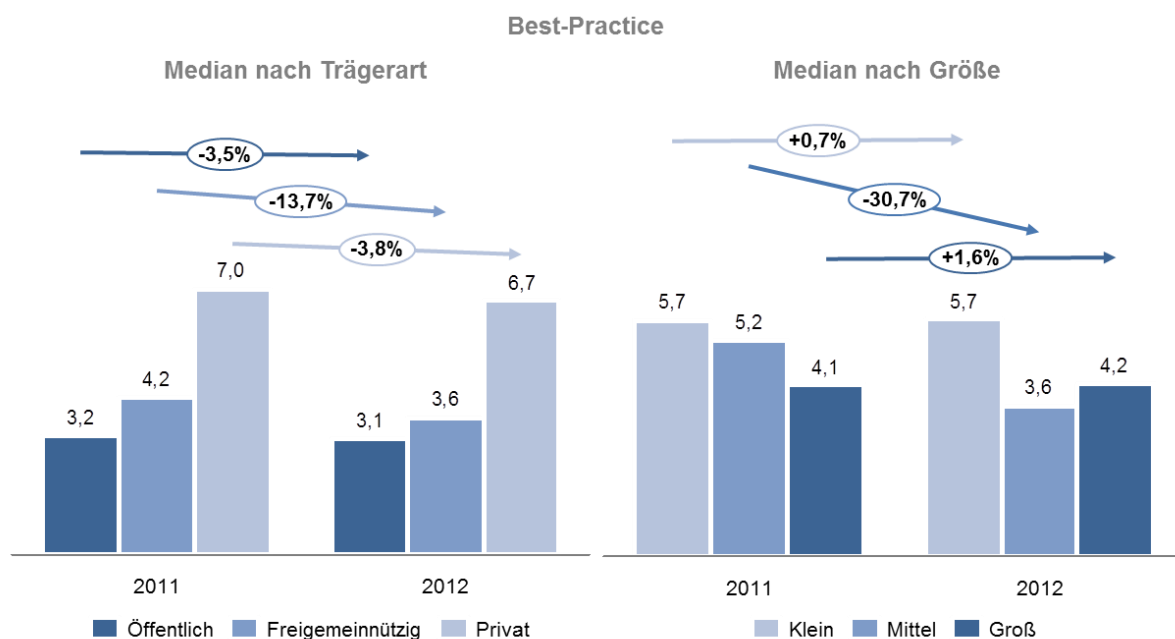
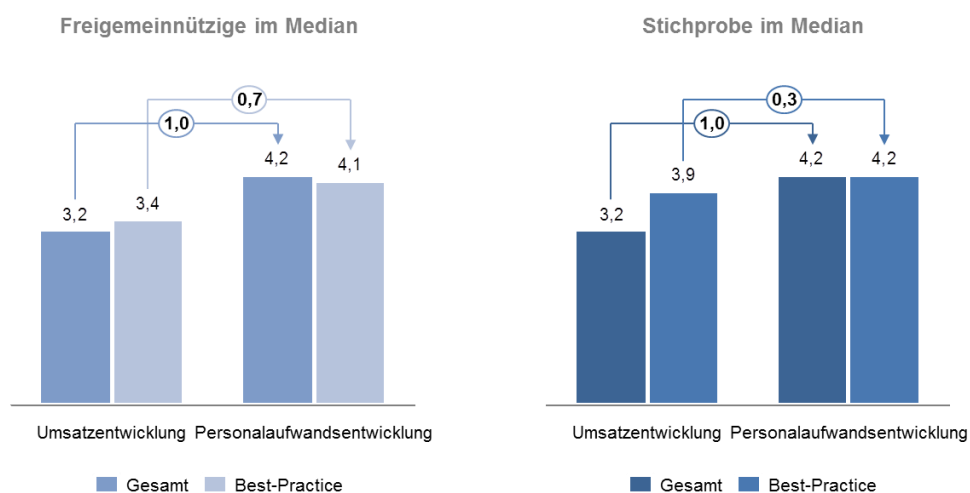


Abb. 85: Umsatzrendite der Best-Practice-Krankenhäuser in % nach Trägerart und Größenklasse

Tabelle 14: Personal- und Material-Aufwandsquoten der Best-Practice-Krankenhäuser

| Median in % | Best-Practice-Krankenhäuser | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| | Materialaufwandsquote | | Personalaufwandsquote | | Personal-/Materialaufwandsquote | |
| | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Gruppe / Jahr | | | | | | |
| Öffentlich | 27,7 | 26,6 | 58,8 | 58,1 | 86,4 | 86,0 |
| Freigemeinnützig | 26,8 | 27,1 | 56,7 | 55,2 | 84,8 | 82,9 |
| Privat | 26,4 | 26,3 | 53,2 | 51,5 | 78,9 | 77,9 |
| Groß | 27,1 | 26,5 | 57,1 | 53,6 | 83,0 | 82,3 |
| Mittel | 27,1 | 27,1 | 54,5 | 54,9 | 82,6 | 81,7 |
| Klein | 24,5 | 24,7 | 55,4 | 53,8 | 79,9 | 78,7 |
| Best-Practice Gesamt | 26,5 | 26,5 | 55,3 | 53,9 | 82,3 | 80,8 |
| Stichprobe Gesamt | 26,9 | 26,9 | 59,1 | 59,1 | 85,7 | 85,7 |

Der Unterschied des Medians der Personal- und Materialaufwandsquote der Best-Practice-Krankenhäuser (82,3%) zum Median der untersuchten Krankenhäuser (rd. 86%) betrug in 2011 3,4 Prozentpunkte. Die Entwicklung in 2012 läuft gegenläufig: Während bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern die Gruppe der Besten nur noch 2,8 Prozentpunkte über dem Median der freigemeinnützigen in der gesamten Stichprobe liegt, hat die Gruppe der Gesamt-Besten-Krankenhäuser gegenüber dem Median den Abstand auf 4,9 Prozentpunkte erhöht. Diese Entwicklung dürfte in Zusammenhang stehen mit der höheren Umsatzentwicklung bei der Gruppe der allgemein Besten (+3,9% gegenüber 3,4% bei der Best-Practice-Gruppe der freigemeinnützigen Krankenhäuser) (Abb. 86).



© CURACON

Abb. 86: Verhältnis Umsatz- und Personalaufwandsentwicklung 2011 auf 2012

Unberührt davon ist in der unterschiedlichen Höhe der Personal- und Materialaufwandsquote der wesentliche Erfolgsfaktor der Best-Practice-Krankenhäuser zu sehen: Um wirtschaftlich erfolgreich zu sein, muss ein effizientes Verhältnis von Erlösvolumen und diesen beiden wesentlichen Aufwandspositionen erzielt werden. Die in Stichproben vorgenommene Detailanalyse einzelner Krankenhäuser legt die Vermutung nahe, dass die Strategie der Krankenhäuser eher auf eine Umsatzausweitung als auf eine Kostenreduktion gerichtet ist.

Zusätzlich wurde für die Best-Practice-Krankenhäuser die EBITDA-Margenentwicklung untersucht.

Die privaten Krankenhäuser liegen erwartungsgemäß auch in der Gruppe der Best-Practice-Häuser mit den Kennzahlen zur Ertragskraft deutlich vor den Krankenhäusern der anderen Trägerarten. Das wirtschaftlich erfolgreiche konfessionelle Krankenhaus erzielt 2012 im Median eine Umsatzrendite von 3,6% und eine EBITDA-Marge von 6,2% (Abb. 87). Beide Werte sind gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Es fällt auf, dass die Bandbreite zwischen Umsatz- und EBITDA-Marge mit 2,6% größer ist als beim Median der konfessionellen Krankenhäuser insgesamt (2,0%, vgl. Abb. 79). Bei den öffentlichen Krankenhäusern ist in dieser Hinsicht kein Unterschied zu erkennen. Im Bereich der privaten Träger ist bei den Best-Practice-Krankenhäusern die Bandbreite zwischen EBITDA-Marge und Umsatzrendite deutlich geringer (3,8% statt 5,6%, vgl. Abb. 79). Bei diesen Häusern sind also bezogen auf den Umsatz niedrigere Finanz- und Kapitalkosten angefallen. Die Zunahme der Bandbreite Umsatz- und EBITDA-Marge bei den freigemeinnützigen gegenüber dem Vorjahr um 0,3 Prozentpunkte (2011: 1,7 Prozentpunkten) kann ein Indiz für eine Zunahme der aus Eigen- bzw. Fremdmitteln finanzierten Investitionen sein. Gleichwohl sind auch bei Gegenüberstellung der Best-Practice-Krankenhäuser die Unterschiede bei den Finanz- und Kapitalkosten zwischen den freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern offenkundig.

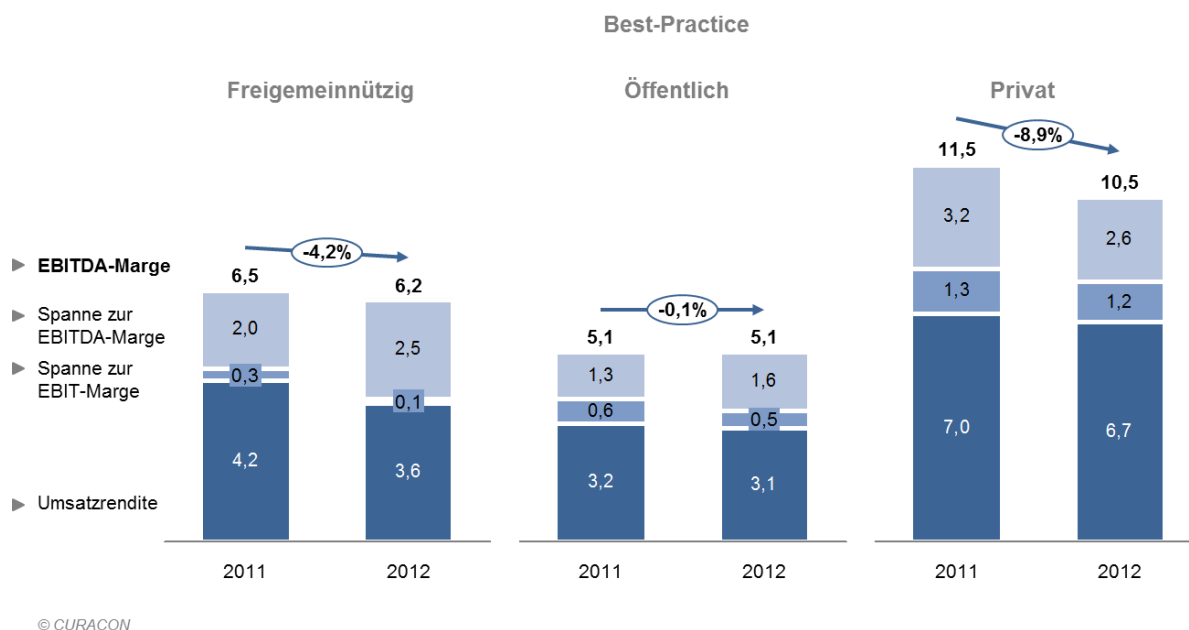


Abb. 87: Umsatzrendite sowie EBIT-Marge und EBITDA-Marge in % im Überblick nach Trägerart, Best-Practice-Krankenhäuser

Die Vermögens- und Finanzlage der Best-Practice Krankenhäuser stellt sich, gemessen an den ausgewählten, für die Gesamtstichprobe bereits untersuchten Kennzahlen wie folgt dar:

Tabelle 15: Ausgewählte Finanzkennzahlen der Best-Practice-Krankenhäuser

| Median in % | Best-Practice-Krankenhäuser | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------|--------------|-------------------|------------|
| | Eigenkapitalquote II | | Liquiditätsgrad II | | Investitionsquote | |
| Gruppe / Jahr | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Öffentlich | 67,4 | 73,4 | 217,4 | 171,9 | 7,4 | 6,7 |
| Freigemeinnützig | 74,8 | 72,5 | 190,4 | 198,9 | 8,6 | 5,5 |
| Privat | 62,3 | 61,6 | 118,1 | 128,8 | 7,6 | 5,4 |
| Groß | 70,0 | 69,4 | 179,1 | 182,7 | 9,5 | 9,5 |
| Mittel | 64,9 | 68,3 | 165,3 | 148,4 | 7,4 | 5,4 |
| Klein | 64,9 | 66,0 | 151,9 | 144,6 | 7,7 | 5,6 |
| Best-Practice Gesamt | 66,4 | 68,0 | 166,1 | 166,8 | 7,8 | 5,5 |
| Stichprobe Gesamt | 62,6 | 60,9 | 129,4 | 126,9 | 7,6 | 5,6 |

Beim Investitionsverhalten sind in 2011 und 2012 keine wesentlichen Unterschiede zwischen den wirtschaftlich besten und den Krankenhäusern allgemein festzustellen. Insgesamt war das Investitionsvolumen gegenüber dem Vorjahr rückläufig, was in Verbindung mit den schlechten Ergebniserwartungen bei stagnierenden bis sinkenden Fördermittelzuweisungen stehen dürfte.

Hinsichtlich Eigenkapitalausstattung und Liquiditätsgrad II liegen die Kennzahlen im Vergleich zu den Werten der Gesamtstichprobe deutlich besser. Im Trägervergleich bestätigt sich die Feststellung, dass die privaten Krankenhäuser tendenziell einen niedrigeren Liquiditätsgrad als die Krankenhäuser der übrigen beiden Trägerarten haben.

4.4.2 Fazit: Best-Practice-Krankenhäuser

Im Vergleich der Best-Practice-Gruppen untereinander ist festzustellen, dass die konfessionellen Krankenhäuser bei den Kennzahlen der Eigenkapital- und Liquiditätsausstattung regelmäßig höhere Werte ausweisen. Die bessere Eigenkapital- und Liquiditätsausstattung dürfte überwiegend historisch bedingt sein, das traditionell konservative Finanzierungsverhalten konfessioneller Träger widerspiegeln oder der Tatsache geschuldet sein, dass private Träger ggf. geringere Maßstäbe an die Eigenkapital- bzw. Liquiditätssituation einzelner Kliniken im Verbund anlegen. Die stärkere Renditeorientierung der privaten Träger schlägt sich in deutlich besseren Kennzahlen zur Ertragslage nieder. Sowohl auf Gesamtergebnisebene als auch auf Ebene des Betriebsergebnisses (EBITDA) liegen die Best-Practice-Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit großem Abstand vor den erfolgreichen freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern, die freigemeinnützigen Krankenhäuser wiederum vergleichsweise geringfügig vor den öffentlichen.

5 Expertenbefragung

5.1 Ziele

Die Expertenbefragung wurde mit dem Ziel durchgeführt, die gemeinsamen Erfolgsfaktoren aber auch erfolgshemmenden oder -kritischen Faktoren konfessioneller Häuser zu identifizieren. Im Rahmen der Interviews wurde auch erfragt, unter welchen Bedingungen konfessionelle Krankenhäuser erfolgreich wirtschaften und welche Maßnahmen sie ergriffen haben, um sich in einem wettbewerbsintensiven Markt zu behaupten.

5.2 Methodik

In die Experteninterviews wurden insgesamt sechs Krankenhäuser von fünf verschiedenen konfessionellen Trägergesellschaften einbezogen. Alle Experteninterviews erfolgten im Rahmen eines persönlichen Gespräches in den teilnehmenden Krankenhäusern. Als Interviewpartner standen in der Regel die Geschäftsführung sowie die ärztliche und die pflegerische Direktion bzw. entsprechende Vertreter zur Verfügung. Zudem wurde ein Interview mit einer ausgewählten Abteilungsleiterin im Bereich Unternehmensstrategie geführt. Die Interviews wurden gemeinschaftlich von DKI und CURACON GmbH realisiert.

In den Experteninterviews wurden ausführlich erfolgskritische und -hemmende Faktoren für den wirtschaftlichen Erfolg und die Leistungsfähigkeit konfessioneller Krankenhäuser erfragt. Die Frage nach Kooperationen oder Verbänden war ebenso relevant wie die nach Unternehmensstrategien oder „weichen“ Faktoren, wie z.B. der Unternehmenskultur. Darüber hinaus wurden Trends für den Erfolg in der Zukunft, beispielsweise die Vorhaltung von oder die Spezialisierung auf spezielle Fachgebiete, thematisiert. Grundlage der Interviews bildete ein eigens für das Projekt entwickelter Interviewleitfaden. Alle Gespräche wurden protokolliert und die nachfolgende Wiedergabe mit den Beteiligten abgestimmt.

5.3 Besonderheiten konfessioneller Häuser

Tenor der Interviews war, dass alle Krankenhäuser unabhängig von der Trägerart grundsätzlich den gleichen Rahmenbedingungen unterliegen. Im Wesentlichen strebten alle Träger unter finanziell angespannten Bedingungen eine gute, qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sowie ein gutes wirtschaftliches Ergebnis an („Krankenhäuser sind Wirtschaftsunternehmen“).

ternehmen, um eine gute Patientenbetreuung zu ermöglichen“). Die qualitativ hochwertige medizinisch-pflegerische Versorgung wurde als Grundlage genannt, um überhaupt wirtschaftlich agieren zu können. Ein Grundpfeiler, um dieses Ziel zu erreichen, seien die Mitarbeiter („brauche eine gute Fachlichkeit und empathisches Personal, das Krankenhaus als Team lebt“). Wirtschaftlichkeit, Qualität und Mitarbeiter sind somit die drei wesentlichen Säulen der krankenhausesärztlichen Patientenversorgung (Abb. 88).

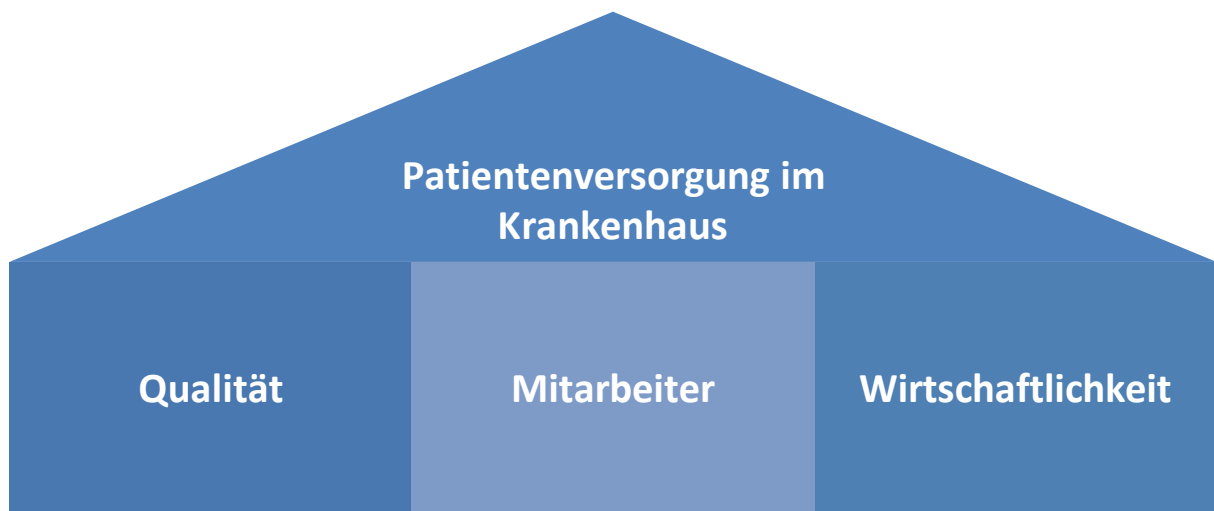


Abb. 88: Patientenversorgung im Krankenhaus

Trotz der vergleichbaren Rahmenbedingungen und Zielsetzungen aller Krankenhäuser, haben die Interviewpartner den Eindruck, dass bei der konkreten Umsetzung durchaus Abweichungen, Unterschiede, Besonderheiten zwischen den Trägern auftreten, die gleichwohl auch innerhalb einer Trägergruppe relevant sein können.

„Was machen wir anders? Nur ein Kreuz? Und sonst?“ In der Wahrnehmung der Interviewpartner lassen sich bei verschiedenen Aspekten mehr oder weniger große Differenzen zwischen den konfessionellen und anderen Trägern identifizieren.

5.3.1 Image

„Wir haben einen Vertrauensvorsprung“

Konfessionelle Häuser haben einen Vertrauensbonus, einen Vertrauensvorsprung, der sich nicht nur auf die Sichtweise der Patienten, sondern auch auf die Mitarbeiter, auf die Gesellschaft im Ganzen beziehe. Dieses Verständnis, diese Wahrnehmung teilen nahezu alle Befragten.

Woraus resultiert dieser Vertrauensvorsprung? Konfessionelle Krankenhäuser haben häufig eine lange Tradition und sind aus Sicht der Befragten bereits heute als „Marke“ etabliert. Das Bild konfessioneller Häuser sei in der Öffentlichkeit durch Zuwendung, Menschlichkeit, Betreuung, Pflege, Hinwendung, aber auch durch Spiritualität, „ohne das man es religiös nehmen muss“, geprägt. Dasein für andere, Dienen für andere – Synonyme für die Schwesternschaften, die lange die öffentliche Wahrnehmung geprägt hätten oder noch prägten. In konfessionellen Häusern stehe der Mensch und nicht die Krankheit im Mittelpunkt. Die Versorgung sei mit der Erwartung „Geborgenheit in schwierigen Situationen“ zu erfahren oder auch zu gewähren, verknüpft. Ebenso wird das Bild der „barmherzigen Samariter“ von den befragten konfessionellen Häusern skizziert. All das, die Menschlichkeit, die Zuwendung, Betreuung und Empathie, die christlich-geprägte Atmosphäre, die Erwartung als Mensch wahrgenommen zu werden, präge das Image konfessioneller Häuser und münde in den Vertrauensvorsprung.

Der Ruf der christlichen Krankenhäuser wirke sich – immer in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung bzw. anderen Entscheidungskriterien, wie der Empfehlung des niedergelassenen Arztes – auf die Entscheidungsfindung der Patienten aus. Die Patienten würden sich aufgrund der genannten Aspekte bewusst für den Aufenthalt in einem konfessionellen Haus entscheiden. Schwerpunktmäßig treffe das auf ältere oder schwer kranke Patienten, auf Patienten mit Problemen, die sie nicht selbst bewältigen können, zu.

Das Image der christlich orientierten Häuser wirke sich aber auch mitarbeiterseitig aus. Die Mitarbeiter würden sich – insbesondere in der Pflege – oft bewusst für ein konfessionelles Haus entscheiden. Als Begründung wurde angeführt, dass sie aufgrund der christlichen Werte und der daraus resultierenden Unternehmenskultur ein aktives Miteinander, einen auf den Patienten fokussierten Umgang, eine Arbeitsatmosphäre mit definierten Schwerpunkten und Zielen erwarten. Offenheit, Klarheit, Wertschätzung, Haltung und Freundlichkeit sind Stichworte, die in diesem Zusammenhang immer wieder genannt wurden.

Konsens war, dass man sich auf diesem Vertrauensbonus, auf den Vorschusslorbeeren nicht ausruhen dürfe. Man müsse die Erwartungen, die an konfessionelle Häuser geknüpft sind, auch erfüllen. Man müsse diesem Verständnis gerecht werden, man müsse es leben und dürfe sich nicht auf der Trägerschaft ausruhen. Das gelinge in der Praxis mehr oder weniger gut.

„Helfen und Wirtschaftlichkeit schließen sich nicht aus“

Können Krankenhäuser, die versuchen, anders mit Menschen umzugehen, die sich Menschlichkeit und Zuwendung auf die Fahnen geschrieben haben, wirtschaftlich erfolgreich sein? „Darf man als konfessionelles Haus Geld verdienen?“ Wird das von der Öffentlichkeit akzeptiert?

Die Interviewpartner sind sich sicher, dass sich Helfen und Wirtschaftlichkeit nicht ausschließen, dass konfessionelle Krankenhäuser wirtschaftlich erfolgreich sein können bzw. bereits sind. Die Patienten und Mitarbeiter, die Träger sowie die Öffentlichkeit würden dies, wenn auch zum Teil mit Einschränkungen, akzeptieren. Eine Widersprüchlichkeit würde durch die zugrundeliegende Motivation „Der Patient steht im Mittelpunkt und um ihn versorgen zu können, muss auch Geld verdient werden“ vermieden werden.

5.3.2 Unternehmenskultur

5.3.2.1 Christlich-geprägte Atmosphäre

„Spiritualität ist für die Patienten wichtig“

In der Wahrnehmung der Befragten, spielt die christliche Orientierung für die Patienten eine wichtige Rolle. Die Patienten würden im Krankenhaus in eine Gemeinschaft mit einer dem christlichen Leitbild entsprechenden Stimmung „aufgenommen“. Neben der persönlichen, familiären und freundlichen Atmosphäre würde insbesondere „ein anderer Spirit“ dazu beitragen, dass sich die Patienten wohl fühlen.

Wie äußert sich dieser andere Spirit? Seelsorger, Kapellen oder Gottesdienste zählen bei den meisten Krankenhäusern zum Standardangebot. Als Unterschied zu den Häusern anderer Träger wurde von den Befragten beschrieben, dass die Religion oder ethische Fragen in konfessionellen Häusern einen besonderen Stellenwert einnehme, der auch für die Patienten

erlebbar sei. Seelsorger oder Ethikkommissionen unterstützten die Patienten oder Angehörigen beispielsweise bei Fragen, ob oder inwieweit eine bestimmte medizinische Maßnahme (noch) sinnvoll sei. Der Ethikrat entscheide nicht, er unterstütze nur bei der Entscheidungsfindung. Oftmals wird auch auf die hohe Anzahl der zur Verfügung stehenden Seelsorger oder Ehrenamtler verwiesen.

Die Bedeutung der Religion werde auch darin deutlich, dass die Mitarbeiter die Patienten aktiv auf die regelmäßig stattfindenden Gottesdienste oder die Möglichkeit, Seelsorger hinzuzuziehen, aufmerksam machen. Die Patienten könnten in konfessionellen Häusern zudem oftmals die Kommunion auch am Bett empfangen. Darüber hinaus wird den Kapellen konfessioneller Häuser von den Befragten eine andere, besondere Stimmung zugeschrieben: „Nicht jedes Haus hat eine Kapelle, die auch Rückzugsort ist“.

Die Frage, wie mit Verstorbenen und deren Angehörigen umgegangen wird, wird aus Befragtersicht in den konfessionellen Häusern aufgrund ihrer christlichen Ausrichtung in besonderer Weise beantwortet. Über einen Abschiedsraum oder ein Abschiedszimmer verfügen bereits einige Häuser. In konfessionellen Krankenhäusern werde dieser Raum aber bewusst eingerichtet, um der Würde des Patienten und den Bedürfnissen der Angehörigen Rechnung zu tragen.

Die Bedeutung christlich-seelsorgerlicher oder psychosozial-seelsorgerlicher Aspekte steige nach Auffassung der Interviewpartner mit Länge der Aufenthaltsdauer oder der Schwere der Erkrankung. Während bei Kurzliegern die Wichtigkeit als eher gering eingestuft wird, spiele es beispielsweise für Palliativ-, Tumor- oder geriatrische Patienten eine deutlich größere Rolle. „Wenn ich einen Tumor habe, dann habe ich ein größeres Problem und dann ist der Anker Seelsorge hilfreich und den haben wir auch mit den Ordensschwestern sehr ausgeprägt“.

Offenheit für alle Kulturen

Die Unternehmenskultur ist nicht nur durch Toleranz, Achtung und den respektvollen Umgang untereinander bzw. der eigenen Religion charakterisiert, sondern schließe auch andere Religionen mit ein.

Patienten anderer Konfessionen werde die Möglichkeit gegeben, ihrer Religion (aktiv) nachzugehen. Beispielsweise würden Gebetsräume für Moslems vorgehalten oder Angehörige könnten ihre Verstorbenen in der Pathologie entsprechend der religiösen Vorgaben wa-

schen. Die Platz- und Zeitressourcen zur Verfügung zu stellen, wird als Selbstverständlichkeit wahrgenommen („Ein Abschiedsraum kostet am Ende natürlich Zeit und Geld, aber das gehört bei uns dazu“).

Die Offenheit für alle Kulturen ist nicht nur auf die Patienten beschränkt. Auch Mitarbeiter anderer Religionen werden in konfessionellen Häusern beschäftigt, wie an anderer Stelle noch ausgeführt wird.

5.3.2.2 *Patientenorientierung*

„Wir kümmern uns um Sie“.

Patientenorientiertes Verhalten ist in den Qualitätszielen oder Leitbildern der befragten Häuser fest verankert. Die Umsetzung dieses patientenorientierten Leitbilds wird, aus Sicht der Befragten, für die Patienten als „gelebte Sozialqualität“ erfahrbar. Die Behandlung würde über eine reine Versorgung der Patienten hinausgehen. Konkret heißt das, nach Meinung der Interviewpartner, dass die Patienten viel Zuwendung und Betreuung erfahren, dass ihnen mit Wertschätzung und Respekt begegnet wird, dass viel getan wird, um die Patienten zu umsorgen. Die Patienten würden, so die Befragten, als Individuen wahrgenommen und nicht als Betreute, Kranke. Die Fokussierung auf ein ganzheitliches Menschenbild zeige sich beispielhaft, indem in der Geriatrie nicht nur der gebrochene Knochen behandelt oder die Wunde versorgt, sondern auch andere Probleme des Patienten berücksichtigt würden.

Die Patienten befinden sich im Krankenhaus oft in einer Extremsituation, in einer beängstigenden Situation. Ziel der konfessionellen Krankenhäuser sei es, den Patienten zu helfen, damit umzugehen, zu lernen, mit der Erkrankung oder der Diagnose zu leben und ihre Autonomie zurück zu gewinnen. Dies werde neben den schon erwähnten Möglichkeiten über Information und Kommunikation sowie die Einbeziehung des Patienten in die Behandlung realisiert.

Als Beispiel für die am Patienten ausgerichtete Versorgung wurde folgender Fall berichtet: Pflegekräfte sind auf die Pflegedienstleitung zugegangen, weil sie den Eindruck hatten, dass ein betreuungsintensiver Patient nicht gut genug versorgt werden konnte. Die Pflegedienstleitung hat organisiert, dass der Patient auf der Intermediate Care untergebracht wurde, weil dort zu diesem Zeitpunkt bessere Pflegebedingungen gegeben waren. Die Ärzte hätten ohne Probleme die notwendigen, längeren Wege in Kauf genommen. Die Initiative für diesen Ein-

satz wurde auf das hohe Engagement der Pflegenden zurückgeführt, den Patienten die bestmögliche Versorgung zu ermöglichen. Weitere Beispiele, die in gleicher Weise die Einstellungen und Arbeitsauffassungen von Pflegekräften symbolisieren, wurden skizziert.

Helfende Hände

Die Patienten erleben während ihres Krankenhausaufenthaltes verschiedene Berufsgruppen. Allen voran wird von den Interviewpartnern immer wieder die Bedeutung der Pflege herausgestrichen. Die Pflege mache die Zuwendung erlebbar, die Pflege fange auf, wenn mal etwas schief laufe oder gleiche aus, wenn z.B. die Zimmersituation unbefriedigend sei. „Die Pflegekräfte strahlen etwas anderes aus“. Dieses zitierte Feedback der Patienten unterstreiche die erbrachten pflegerischen Leistungen („Die Pflege macht den Unterschied“).

Die konfessionellen Häuser „investieren“ nach eigenen Angaben entsprechend, damit die Patienten die Krankenhausversorgung in der beschriebenen Weise erleben können. Ein Interviewpartner schilderte beispielsweise, dass das Krankenhaus einen „5%-add-on-Pflege“-Ansatz praktiziere. Durch Überschüsse finanzierte, zusätzliche Pflegekräfte würden auf betreuungsintensiven Stationen, wie z.B. der Onkologie, eingesetzt, um eine adäquate Patientenversorgung zu ermöglichen.

Ein Haus hat zusätzliche „Alltagsbegleiter“ oder „Kümmerer“ etabliert, die nicht zwangsläufig examinierte Pflegekräfte sein müssten. Auch speziell geschulte Ehrenamtler entlasteten die Pflegekräfte, in dem sie den Tagesablauf von Patienten mit hohem Betreuungsaufwand strukturierten. Die Alltagsbegleiter unterstützten in dem sie z.B. Waffeln mit den Patienten backen, ihnen vorlesen oder beim Essen helfen. Auf diese Weise könne die Würde des Patienten respektiert.

Ehrenamtler spielen aus Sicht der Befragten bei der Patientenbetreuung in konfessionellen Häusern insgesamt eine wichtige und ausgeprägte Rolle („starkes Pfund“). Neben den genannten Aufgaben übernehmen ehrenamtlich Tätige in einem Haus z.B. die Sitzwache in der Geriatrie, die Begleitung von im Rollstuhl sitzenden Patienten zu Untersuchungen, fahren mit Bücherwagen herum, bieten Gespräche an, sind in der Tagesklinik präsent. Zum Teil kann auf mehr als 100 Ehrenamtler zurückgegriffen werden, was insbesondere der Arbeit der Geistlichen geschuldet sei. Schwierig sei es jedoch, interessierte Nachwuchs-Ehrenamtler zu finden.

Als weiteres Beispiel für eine patientenorientierte Versorgung, die so kalkulatorisch nicht immer im Finanzierungssystem abgebildet sei, werden feste Ansprechpartner oder Bezugspersonen unter den Pflegenden, zum Teil auch bei den Ärzten, benannt. Diese Bezugspersonen sind nicht nur für die Fragen der Patienten und Angehörigen da, sie regelten oder organisierten – neben der alltäglichen Versorgung - über gut etablierte Netzwerke auch die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen.

„Man kann nicht nur mit dem Menschenbild punkten“

Neben den genannten Erfolgsfaktoren werden im Hinblick auf die Patientenorientierung auch erfolgskritische Aspekte genannt. Diese betreffen neben allgemeinen Aspekten, wie schlecht organisierte oder nicht zufrieden stellende Hotelleistungen (z.B. Zimmer ohne Toilette, Bad und Fernseher) insbesondere die Nicht-Erfüllung der zuvor thematisierten Kriterien sowie die Erwartungen der Patienten an ein konfessionelles Haus.

Diese Erwartungen der Patienten wurden teilweise als schwierig und unrealistisch beschrieben. Sie seien oft durch die jahrelange Tradition des Hauses geprägt und ließen unberücksichtigt, dass sich die Rahmenbedingungen zum Teil verändert habe. Manches sei so nicht mehr umsetzbar und realisierbar. Dennoch wird außer Frage gestellt, dass die grundsätzlichen Ansprüche der Patienten an Beistand, Menschlichkeit und Zuwendung sowie auch eine adäquate Kommunikation erfüllt werden müssen und auch würden („sonst ist es ein Boomerang“).

Auch die extreme Arbeitsverdichtung wird als erfolgskritischer Faktor einer adäquaten patientenorientierten Versorgung genannt. Um dem entgegen zu wirken, werde von der Geschäftsleitung in entsprechenden Zeiten verstärkt daran erinnert, dass Freundlichkeit und Wertschätzung gegenüber den Patienten sowie ihren Angehörigen die oberste Prämisse sei: „Lächeln kostet kein Geld und keine Zeit, auch wenn der Angehörige zum zehnten Mal an die Türe klopft“. Auf diese Weise soll einem „bloßen Ausruhen auf der Trägerschaft“ entgegen gewirkt werden.

5.3.2.3 Mitarbeiterorientierung

„Man kann in das Verhältnis zum Patienten nur Wertschätzung einbringen, wenn man diese selber erfährt“

Ein ausgewiesenes Ziel konfessioneller Häuser ist die Mitarbeiterzufriedenheit. Die Umsetzung dieses Zieles soll über einen ehrlichen, offenen, aber auch konsequenten Umgang miteinander erreicht werden. Vielfach sei dies bereits realisiert. Auch in Konfliktfällen sei die Kommunikation durch Offenheit, Klarheit, Fairness, Sachlichkeit geprägt. „Wenn jemand einen Fehler gemacht hat, muss man die Person ausblenden. Wichtig ist, das inhaltlich zu klären.“

Das Miteinander wird weiter durch Begriffe wie gegenseitige Höflichkeit, Wertschätzung und Wahrnehmung skizziert. Erlebbar sei dies für die Mitarbeiter, in dem Anregungen aufgegriffen, sie dazu ermutigt würden, Entscheidungen zu treffen oder sie aktiv in diese einbezogen würden. Beispielhaft wurde berichtet, dass ein Zwei-Tages-Think-Tank zum Thema „Medizin & Pflege 2030“ stattgefunden hat, um zu diskutieren und reflektieren, wie sich der Träger aufstellen soll. Internationale Gäste waren eingeladen und alle Mitarbeiter hatten die Möglichkeit, teilzunehmen.

Das beschriebene Miteinander wird, aus Sicht der Befragten, über alle Hierarchieebenen „gelebt“, wobei den Führungspersonen ein besonderer Stellenwert eingeräumt wird („wichtig, dass der Chef das vorlebt“). „Jeder grüßt hier im Haus jeden – vom Servicepersonal bis zum Oberarzt bis zum Geschäftsführer“. Auch auf diese Weise werde Wertschätzung versinnbildlicht, die auch neue Mitarbeiter oftmals positiv und als Unterschied zu anderen Häusern hervorheben würden.

„Wenn wir merken, dass ein Mitarbeiter Bedarf hat, dann haben wir jemanden im Hause“

Mitarbeiter würden trotz des auch in konfessionellen Häusern vorherrschenden Leistungsgedankens nicht als „Human Ressource“, sondern als Person, als Mensch wahrgenommen. Konkret äußert sich dies nach Angaben der Interviewpartner beispielsweise darin, dass man sich über das „Normale hinaus“ um die Mitarbeiter mit Problemen oder in schwierigen Situationen kümmern, dass man sie nicht „alleine“ lassen würde. Beispielhaft wurde genannt, dass den entsprechenden Mitarbeitern der nötige Freiraum gegeben werde, wenn z.B. ein

Angehöriger erkrankt sei. Auch Stellenaufstockungen aufgrund von finanziellen Engpässen würden, wenn möglich, realisiert. Kerngedanke sei, (sich gegenseitig) zu helfen.

Über persönliche Probleme hinaus, erhalten die Mitarbeiter auch gezielt Unterstützung bei schwierigen, ihre Arbeit betreffenden Situationen. Beispielsweise unterstützten Seelsorger oder Psychologen die Mitarbeiter in Krisensituationen oder bei der ethischen Reflexion. Ethikkommissionen oder ethische Fallbesprechungen, die über die reine Beratung durch die Seelsorger hinaus gehen, können den Mitarbeitern ebenso bei der Bewältigung schwieriger Fragen helfen. Im Team werde bei Bedarf z.B. der Umgang, die Kommunikation mit Patient und Angehörigen festgelegt.

Auch Trainings, Supervisionen oder Coachings zählen zum angebotenen und genutzten Repertoire. Beispielsweise stehen den Mitarbeitern spezielle Kommunikationstrainings zur Verfügung, wenn sie bei der Versorgung von schwer kranken oder „schwierigen“ Patienten bzw. deren Angehörigen an ihre Grenzen stoßen. Der Einsatz könne schnell realisiert werden, da die entsprechenden Experten „vor Ort“ seien. Beispielhaft wurde auch angeführt, dass die Mitarbeiter auf Mentaltrainer zurückgreifen können, wenn sie durch den Umgang mit multimorbiden Patienten oder Eltern von Frühchen entsprechende Unterstützung benötigten.

Bindung schaffen durch besondere konfessionelle Angebote oder Rituale

Die Mitarbeiterbindung soll über die genannten Aspekte hinaus über weitere durch die Konfession geprägte Angebote oder Rituale, initialisiert, erhalten oder weiter verstärkt werden. Ziel ist es hierbei, die christlichen Werte zu leben, weiter zu geben, sich auf diese zu besinnen und ein entsprechendes Miteinander zu pflegen. Als primär christliche Rituale oder Angebote wurden beispielsweise Weihnachtsgottesdienste, eigene organisierte Trauerfeiern oder ausgelegte Kondolenzbücher für verstorbene Kollegen sowie die Feier des Patronatsfests genannt.

Auch würden kirchliche Werte zum Teil gelebt, indem den Kindern der Mitarbeiter zur Kommunion oder Konfirmation gratuliert werde. Teilweise wurde darauf verwiesen, dass Tagungen immer in Klöstern oder geistlichen Zentren stattfänden, um auf diese Weise auch die Rückbesinnung auf den Glauben zu unterstützen. Als weiteres Beispiel wurden die eingeführten „Besinnungstage“ genannt. An diesen Tagen würden sich die Mitarbeiter gezielt zusammensetzen, um offene Gespräche zu führen, aber auch, um sich spirituell zu besinnen.

Ursprünglich war dies für Krankenpflegeschüler entwickelt worden, mittlerweile wurde es ausgedehnt.

Als weiteres Beispiel wurde die trägerweite Wallfahrt nach Rom genannt, die alle zwei Jahre realisiert würde. Verschiedene Berufsgruppen (z.B. Pflege, Anästhesisten, Geschäftsführung) fahren nach Rom, um dort drei bis vier Tage lang Menschen mit Einschränkungen zu versorgen.

Grenzen der Mitarbeiterorientierung

Der Mitarbeiterorientierung seien auch gewisse Grenzen gesetzt. Wie auch in anderen Häusern müssten manchmal „unpopuläre“ Entscheidungen getroffen werden, die nicht auf die Zustimmung der Mitarbeiterschaft stoßen würden. Dies wird teilweise auch damit erklärt, dass ein kleiner Teil der Belegschaft unrealistische Einstellungen, Vorstellungen oder Ansprüche habe oder auf Entscheidungen intolerant reagiere. Beispielsweise würden Kündigungen, Abmahnungen, Änderungen, (Teil-)Schließungen oder Zusammenlegungen von Fachabteilungen nicht immer akzeptiert. Dies werde mitarbeiterseitig häufig mit der christlichen Ausrichtung des Hauses begründet: Man könne die Geburtshilfe z.B. nicht schließen, weil man als konfessionelles Haus „Geburten machen muss“. Man könne Mitarbeiter nicht entlassen, weil man einen anderen Umgang pflege. Wichtig sei, dass die Entscheidungen und Änderungen immer transparent gemacht werden, dass die Mitarbeiter gut über die Beschlüsse informiert werden, dass sie „abgeholt und mitgenommen werden“.

5.3.3 Personalsituation und -management

„Keine Fachexperten, die Patienten und Abteilungen nicht führen können“

„Man braucht die richtigen Typen“. Die Personalbesetzung erfolge „gezielt“, um die richtigen Mitarbeiter im patientennahen Bereich zu finden. Der Personalauswahl und –rekrutierung wird entsprechend ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Bei der Entscheidung sei es wichtig, dass die Mitarbeiter ins Gesamtgefüge passten. Die Wichtigkeit, insbesondere im Pflegebereich die passenden Mitarbeiter zu finden, wird hervorgehoben: „Lieber eine Stelle zeitlich unbesetzt lassen, wenn man nicht gleich den geeigneten Bewerber für die Pflege findet“. Dies wird als der Erfolgsfaktor aller Krankenhäuser schlechthin beschrieben.

Wer sind die „richtigen“ Mitarbeiter? Neben der Fachkompetenz sei die soziale Kompetenz unentbehrlich. Die Geschäftsführer und leitenden Angestellten müssten sich - wie die anderen Mitarbeiter auch - mit der Unternehmensphilosophie identifizieren und „das Leitbild von oben leben“. Ebenso müssten sie allen Beschäftigten die gleiche Wertschätzung entgegen bringen. Konkret heißt dies, entsprechend der Unternehmenskultur Mitarbeiter zu suchen und zu finden, die patienten- und teamorientiert, freundlich, offen, ehrlich, wertschätzend sein müssten. Mitarbeiter, die die Unternehmenskultur mit der entsprechenden christlichen Ausrichtung verkörpern. Bei Neueinstellungen werde, auch bei Führungskräften im ärztlichen Dienst, bewusst auf Soft-Skills geachtet.

Die Beurteilung oder Einschätzung des Personals erfolge diesen Vorgaben entsprechend. Die konfessionellen Häuser bewerteten die Ärzte – und auch Pflegekräfte – nicht ausschließlich auf Basis ihres fachlichen Könnens, das sich bei Chefärzten beispielsweise auch in der Anzahl von Publikationen niederschlagen kann. Andere Maßstäbe wie z.B. die Ergebnisse von Patientenbefragungen werden genutzt, um etwas über die patienten- und teamorientierte Ausrichtung der Mitarbeiter zu erfahren.

„Menschen mit bestimmter Haltung ordnen sich bewusst entsprechenden Arbeitgebern zu“

Die Mitarbeiter konfessioneller Häuser entscheiden sich häufig bewusst für einen kirchlichen Arbeitgeber, so der Tenor der Befragten. Dies wird oftmals damit begründet, dass sie sich einen anderen Umgang, eine andere Behandlung in einem christlichen Haus erhoffen. Die Erwartungen der Mitarbeiter an einen kirchlichen Arbeitgeber schlossen auch die Hoffnung auf einen anderen Umgang, ein anderes Miteinander mit den Patienten ein. Ebenso wird eine geringere Fokussierung auf wirtschaftliche Aspekte angenommen. Entsprechend wird als ein Grund, sich für ein konfessionelles Haus zu entscheiden, genannt: „Ich kenne einige, die nicht bei einem Arbeitgeber arbeiten würden, um 15% Rendite zu erwirtschaften“.

Die bewusste Entscheidung für einen christlichen Arbeitgeber wird insbesondere den Pflegekräften und weniger den Ärzten zugeschrieben. Gerade im Pflegebereich spiele es eine entscheidende Rolle, „wie die Stimmung im Team ist“. Dem folgend wird konstatiert, dass sich die Pflegekräfte sehr häufig gegenseitig unterstützen, sich bei personellen Engpässen helfen würden. Der Personalaustausch wird in manchen Häusern fachübergreifend realisiert.

Nach Angaben der Befragten würden Pflegekräfte, die nach einem Arbeitsplatzwechsel wieder zurückgekehrt sind, ihren erneuten Wechsel zu einem konfessionellen Arbeitgeber durch „eine andere zwischenmenschliche Atmosphäre und Qualität“ begründen. Mitarbeiter würden trotz Gehaltseinbußen wegen der hohen Wertschätzung und des guten Umgangs zurückkommen.

„Christlicher Wertekompass als Basis“

Die Frage, ob die Mitarbeiter die gleiche Konfession haben müssten, wie der Arbeitgeber, wurde nicht in allen Häusern bzw. für alle Berufsgruppen oder Hierarchiestufen einheitlich beantwortet. Ebenso wurde die Frage danach, ob Mitarbeiter eingestellt werden, die geschieden oder wieder verheiratet sind, kontrovers beantwortet.

Der Tenor war, dass es wichtig ist, dass der Mitarbeiter einer Kirche angehören müsse – am besten der eigenen. Aufgrund der Schwierigkeiten, Fachkräfte zu finden, wird dies aber oft eher pragmatisch gesehen. Wichtig sei, dass die Person in der Kirche sei. So würden auch Muslime eingestellt. Hier wurde auch noch der Aspekt genannt, dass sich die Bevölkerungs- oder Patientenstruktur auch in der Beschäftigtenstruktur widerspiegeln sollte. Eine „multikulturelle“ Mitarbeiterstruktur mit verschiedenen Religionen sei unerlässlich.

Kritischer oder schwieriger sei es, wenn ein potentieller Mitarbeiter aktiv aus der Kirche ausgetreten sei, während es ein geringeres Problem darstelle, wenn Mitarbeiter nie aktiv einer Kirche angehört hätten.

Unabdingbar – und dies unabhängig von der religiösen Orientierung - sei es, dass die Mitarbeiter „das christliche Leitbild und christliche Werte leben“, um die Unternehmenskultur aktiv zu verkörpern. Dies werde ggf. in Gesprächen mit Seelsorgern oder Leitungskräften thematisiert.

Die Konfessionalität, wie auch die Frage nach Scheidungen oder Wiederverheiratungen, spiele mit zunehmender Hierarchiestufe eine wichtigere Rolle. Geschäftsführung oder Chefarzte müssten der Kirche angehören, „normale“ Krankenschwestern nicht unbedingt. Hier unterscheiden sich die befragten Häuser jedoch: Manche Häuser stellen keine Mitarbeiter ein, die nicht in der Kirche sind.

Anders als früher würde Mitarbeitern, die sich beispielsweise scheiden lassen, nicht gekündigt. Die Kirche würde hier mehr Toleranz aufbringen.

Damit ist die Konfession aus Sicht der meisten Befragten heute kein erfolgshemmender Faktor mehr: „Das war früher sicher anders, aber heute nicht mehr“. Dennoch wird auch diskutiert, dass die konfessionelle Ausrichtung abschreckend für mögliche Bewerber sein könnte. Begründet wird dies z.B. damit dass potentielle Bewerber denken könnten, dass sie zum Gottesdienst gehen oder in die Schwesternschaft eintreten müssten. Festgemacht wird dies am Beispiel einer Kooperationsschule, die, anders als andere nicht-konfessionelle Schulen im Umfeld, Bewerbereinbrüche zu verzeichnen habe.

„Mitarbeiter, die den Geist des Miteinanders tragen“

Wurden die „richtigen“ Mitarbeiter gefunden? Was zeichnet die Mitarbeiter konfessioneller Häuser aus Sicht der Befragten aus? In erster Linie wurden eine hohe Sozialkompetenz und soziale Orientierung, eine starke Gewichtung des Miteinanders genannt. Empathie, Haltung, Freundlichkeit, Interesse an anderen, sich zu kümmern, werden zur Skizzierung der Mitarbeiter angeführt. Auch der Teamgedanke, Team-Player zu sein, wird immer wieder hervorgehoben. Oft wird darauf verwiesen, dass die gegenseitige Wertschätzung der Mitarbeiter die Basis des Zugehörigkeits-, Wir- und Zusammengehörigkeitsgefühls konfessioneller Häuser sei. Die Personalsituation in konfessionellen Häusern stellt sich entsprechend den beschriebenen „Wünschen des Personalmanagements“ dar.

In den meisten befragten Häusern wird in diesem Zusammenhang auf eine bereits etablierte, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung verwiesen. In einem Haus wurde besonders hervorgehoben, dass die Pflege durch die Geschäftsführung wertgeschätzt werde. Die Führungsebene müsse sich zudem durch Innovativität, Modernität und gute Ideen auszeichnen. Ein Krankenhaus müsse sich entwickeln, darf nicht stillstehen. Das fange bei der Geschäftsführung an. Eine hohe Kontinuität, wenig Wechsel wurden als Erfolgsfaktoren in der Führungsebene beschrieben. Der Führungsstil der Häuser wird entsprechend der Ziele und Leitlinien als leistungsgerecht-transparent oder kooperativ-partizipativ beschrieben.

Die Mitarbeiter werden über die genannten Aspekte hinaus als genügsam, Befriedigung in der Arbeit suchend und intrinsisch motiviert, beschrieben. Sie seien insgesamt weniger an Gewinnmaximierung als am „Helfen“ orientiert, was auch als Motivator sich zu bewerben, beschrieben wurde. Diese Einstellung wird zum Teil auch als nachteilig beschrieben. Die Mitarbeiter würden aufgrund des mangelnden Bewusstseins für wirtschaftliche Zusammen-

hänge nicht immer so ökonomisch handeln, wie es möglich sei, was beispielsweise den Umgang mit Ressourcen angehe.

Weiterhin wurde problematisiert, dass, wie vielerorts, nicht immer alle Mitarbeiter so teamorientiert oder fachabteilungsübergreifend agieren würden, wie dies intendiert sei. Dieses Problem betreffe in Summe stärker den medizinischen und weniger den pflegerischen Bereich. In der Medizin sei viel stärker ein Säulen- oder Silodenken, ein Ansatz nach der Prämisse „My home is my castle“ etabliert, die dem Gemeinschaftssinn oder gemeinschaftlichen Erken-
nungsbild widersprächen. Gleichwohl wurde von den Häusern auch vielfach berichtet, dass auch im medizinischen Bereich, wie oben beschrieben, Teamplayer, die über die Grenzen hinweg schauen, beschäftigt seien.

Trotz der benannten Schwierigkeiten sind sich die Interviewpartner letztlich einig: „Wir leben das“. Wir versuchen ein christliches Menschenbild zu leben und anders mit Menschen umzugehen. Mitarbeiter, die mit großem Engagement für andere da sind, garantierten dies. Aus personalpolitischer Sicht wurde darauf verwiesen, dass es aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen immer schwieriger sei, „Mitarbeiter zu finden, die den inneren Trieb zu helfen, zu dienen haben“. Dennoch gelingt es nach Ansicht der Befragten bisher weiterhin: „Unsere Unternehmenskultur und unsere Mitarbeiterorientierung, inkl. Wertschätzung und ehrlichem Umgang, führt dazu, dass wir gutes Fachpersonal bekommen“. Insbesondere ist man sich über eine gute Personalsituation in der Pflege einig: Derzeit seien viele „Goldstücke in der Pflege“ beschäftigt.

„Müssen für Arbeitnehmer attraktiv sein, da der Ärztemangel nicht vorbei ist und der Pflegemangel gerade erst beginnt“

Die Attraktivität des Arbeitsplatzes versuchen die konfessionellen Häuser, neben den schon genannten Faktoren, im Personalbereich über weitere Kriterien sicher zu stellen. Diese reichen von speziellen Angeboten über eine gute Arbeitsorganisation bis hin zu einer guten Aus-, Fort- und Weiterbildungssituation. Die Personalentwicklung und -bildung stehen hier, mit einer gezielten Planung der Karriere oder des beruflichen Werdegangs mit individuellen Qualifizierungsmaßnahmen, im Fokus. Klare Zielvereinbarungen, strukturierte Mitarbeitergespräche und flexibel gestaltete Verträge runden das Bild ab.

Die meisten Krankenhäuser, die befragt wurden, bildeten selber aus. Dies wurde als Vorteil bei der Personalgewinnung beschrieben. Ebenso seien gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten mit klaren Karriereperspektiven unentbehrlich. Oftmals werden Fortbildungen in Kooperation oder Zusammenarbeit mit anderen Häusern des Verbundes angeboten. Ein Haus hat beispielsweise durch die verschiedenen Standorte die Möglichkeit, den ärztlichen Mitarbeitern intern die volle Fachweiterbildung zu ermöglichen. Die Einbindung in ein Netzwerk wird als hilfreich bei der Rekrutierung von Medizinern beschrieben.

Im Pflegebereich wurde vor allem auf das „Karrieremodell nach oben“, die Möglichkeit, einen Bachelor in der Pflege machen zu können oder als Absolvent eingestellt zu werden, thematisiert. In einem Haus sollen beispielweise gezielt 36 Studiumsabsolventen beschäftigt werden. Ein Haus setzt Masterstudentinnen bewusst am Patientenbett ein. Ein Haus fokussiert darauf, dass Pflegeexperten „advanced nurse practitioner“ (APN) eine erweiterte Pflege in verschiedenen Bereichen (z.B. Lungenklinik oder Inneren Medizin) ermöglichen. Die APN würden beispielsweise bei der Schulung von COPD-Patienten aber auch zur Weiterqualifizierung von anderen Pflegekräften eingesetzt. Ein Haus verweist darauf, dass die Bachelor-Absolventinnen als Primary Nurses helfen würden, pflegerische Situationen zu reflektieren. Sie könnten auch speziell von Mitarbeitern bei Fragen hinzugezogen werden.

Die Schulung von Mitarbeitern gewinnt in den Häusern eine zunehmend große Rolle. In einem Haus wird gerade über eine Schwächen-Stärken-Analyse für die Führungskräfte im ärztlichen Dienst ein personenindividuelles Schulungskonzept erarbeitet. Die Teilnahme der Ärzte ist freiwillig. Bei entsprechender Erprobung und Akzeptanz soll das Konzept auf andere Berufs- und Hierarchieebenen übertragen werden.

Darüber hinaus würden im Bereich des Personaleinsatzes alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Arbeitszeiten für alle Mitarbeiter eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Bei der Arbeitsorganisation würde entsprechend Wert auf Flexibilität gelegt, würden explizit entsprechende Arbeitszeitmodelle und Rotationsverfahren eingesetzt, um die Arbeitszufriedenheit zu steigern.

Um den Arbeitsplatz für die Mitarbeiter attraktiv zu gestalten, werden weitere Angebote zur Verfügung gestellt. Das Repertoire umfasst z.B. Projekte aus dem Bereich Familie und Beruf oder die Einrichtung von Kitas. Beispielhaft berichtete ein Haus von einer Kita, die jeden Tag des Jahres geöffnet hat. Die Frage der Kinderbetreuung sei derzeit insbesondere für Pflegekräfte, zukünftig aber auch für Ärztinnen von großer Bedeutung.

Der Bewerbungsstand würde den Krankenhäusern zeigen, dass sie als Arbeitgeber insgesamt attraktiv seien. Ein Haus berichtet, dass es viele Initiativbewerbungen erhalte und sich die Fachkräfte in der Pflege aussuchen könne („gute Spieler suchen sich gute Mannschaft“). Zurückgeführt wird dies auf das gute Image des Hauses.

Tarifgebundenheit

Die Frage, ob die Gebundenheit an kirchliche Tarifwerke ein Vor- oder Nachteil konfessioneller Häuser sei, wurde nicht eindeutig beantwortet. Mehrheitlich war man sich einig, dass sich die Tarife trotz der entsprechenden Verpflichtung angeglichen hätten und es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Trägern gäbe. Differenzen werden am ehesten beim pflegerischen und Verwaltungsdienst wahrgenommen.

Es gab aber auch Stimmen, insbesondere in evangelischen Häusern, die das kirchliche Arbeitsrecht als „mittelalterlich“ und „echten Hemmschuh“ bezeichnet haben. Als nachteilig wurde bewertet, dass man die Gehälter nicht frei verhandeln könne oder keine Möglichkeit hätte, z.B. monetär, an der Leistung orientierte Zielvereinbarungen zu vereinbaren.

5.3.4 Strategisches Management und Ausrichtung

5.3.4.1 Strategische Ausrichtung

Patientenorientierung versus Wirtschaftlichkeit

Die strategische Ausrichtung der konfessionellen Häuser orientiert sich, wie schon ausgeführt, an dem aus dem christlichen Menschenbild orientierten Leitbild: „Der Patient steht im Vordergrund oder Mittelpunkt und um ihn versorgen zu können, muss auch noch Geld verdient werden“. Entsprechend wurde berichtet, dass Überschüsse oder Gewinne oftmals als „Mittel zum Zweck“, z.B. für die Aufstockung von Pflegekräften, eingesetzt werden.

Als Nebeneffekt der nicht ausschließlichen Ergebnisorientierung würden auch die Arbeit und der Weg zum Ziel gewürdigt. Die Deckungsbeiträge müssten nicht in allen Bereichen immer positiv sein. Wirtschaftlich weniger erfolgreiche Abteilungen oder Bereiche würden nicht sofort geschlossen, wenn sie für das Haus als Ganzes wichtig wären und sie über andere Abteilungen mitfinanziert werden könnten.

Die dem Selbstverständnis geschuldete Patienten- und Mitarbeiterorientierung, ohne ausreichende Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten, wird von den Befragten auch als Einschränkung von Handlungspotenzialen wahrgenommen: Eine gezielte, strategisch orientierte Leistungssteuerung, bei der regelmäßig verschiedene Parameter (z.B. Leistungszahlen) besprochen würden, sei in den konfessionellen Häusern noch nicht ausreichend und nicht so gut, wie beispielsweise bei privaten Trägern, umgesetzt. Ebenso sei es beispielsweise in einem Haus schwierig eine Verweildauerregulierung zu realisieren, da sich Ärzte bei der Begründung, warum Patienten noch nicht entlassen werden können, auf das „christliche Profil“ berufen würden. Auch bringe die Vereinheitlichung von Behandlungsschemata oder Medizinprodukten, z.B. die Nutzung eines bestimmten Katheders, in einem Haus Probleme mit sich: „was ist daran christlich, wenn man verlangt, dass wir alle den gleichen nehmen?“. Der christliche Grundgedanke wird in manchen Fällen genutzt, um Entscheidungen zu hinterfragen, Dinge nicht umsetzen zu müssen.

Bei aller Patienten- und auch Mitarbeiterorientierung agierten die konfessionellen Häuser aber überwiegend als Wirtschaftsunternehmen und seien wirtschaftlich erfolgreich. Über gezielte Kommunikation würden Mitarbeiter und zum Teil auch Aufsichtsgremien von der entsprechenden Notwendigkeit und der Vereinbarkeit mit der konfessionellen Trägerschaft überzeugt („Geld verdienen ist nicht unchristlich“).

Der wirtschaftliche Erfolg konfessioneller Häuser resultiere auch aus der Geschwindigkeit und Flexibilität, mit der auf Veränderungen reagiert würde. Schnelle Entscheidungsstrukturen, aktives, möglichst präventives Handeln und ein großer Spielraum in der Geschäftsführung prägten das Bild. Die Entscheidungsfindung sei in konfessionellen Häusern durch wenig Bürokratie oder Formalismus geprägt. Als Beispiel wurde angeführt, dass Personalentscheidungen mit hohem Tempo gefällt würden, um hochqualifizierte Chefarzte zu gewinnen. Auch Abstimmungsprozesse werden als unbürokratisch beschrieben, vieles läuft „auf dem kurzen Dienstweg“. Der Austausch finde eher persönlich als schriftlich statt: „an die Tür klopfen und es im Gespräch klären“.

„Eher Prozessführerschaft als Vorreiter in Medizin und Innovation“

Die Ausrichtung konfessioneller Häuser – aufgrund der Größe oder des Versorgungsauftrags - sei in der Regel nicht darauf ausgelegt, Neuerungen oder Fortschritte, wie neueste Behandlungsmethoden im medizinischen Bereich, zu etablieren. Vielmehr sei es das Ziel, ne-

ben einer guten „konservativen“ Medizin und gezielten Schwerpunkten oder „Leuchtturmgeschichten“, die Prozesse und Abläufe zu optimieren, um die Patienten umfassend zu versorgen. Gleichwohl seien auch in konfessionellen Häusern Chefärzte angestellt, die absolute Spezialisten auf ihrem Gebiet seien. Die Schwerpunkte seien nur anders gesetzt.

Um neben der optimalen medizinischen Versorgung eine Prozessoptimierung zu erreichen, wurden in manchen Häusern spezielle Arbeits- oder Planungsgruppen eingerichtet. Gegenstand der entsprechenden Gruppen sei es, den Aufenthalt von Aufnahme bis Entlassung gut zu strukturieren, Wartezeiten zu vermeiden, schnelle Patientenaufnahmen oder Untersuchungen zu ermöglichen. Das Aufnahme- und Entlassmanagement ist beispielsweise aktuell Gegenstand einer Arbeitsgruppe eines Hauses. Die Notwendigkeit der Planungs- und Arbeitsgruppen wird damit begründet, dass einzelne Fachärzte zwar motiviert seien, ihren Bereich zu verbessern, dass sie aber vielfach nicht den Gesamtablauf im Blick hätten. Auch sei das fachübergreifende, interdisziplinäre Arbeiten oft nicht ausgeprägt genug. Externe Beratungsgesellschaften werden bei der Prozessoptimierung zum Teil als hilfreich genannt.

Klare Kommunikationsstrukturen, festgelegte Termine würden ebenso dazu beitragen, die Prozesse zu verbessern. Die Diskussion strategischer Fragen sei fest implementiert und finde regelmäßig statt. Ein Haus erörtert in einer festen Runde „nicht nur wöchentlich“, wie sich das Krankenhaus für 2015 aufstellen wolle.

Konfessionelles Leistungsspektrum und Angebotsstruktur?

Die Frage, ob sich das aus dem christlichen Menschenbild abgeleitete patientenorientierte Leitbild der konfessionellen Häuser auch in einem für christliche Häuser typischen, speziellen Leistungsspektrum oder der Angebotsstruktur widerspiegelt, wurde nicht einheitlich beantwortet.

Ein Teil der Befragten hob hervor, dass dies der Fall sei. Mehr oder weniger bewusst sei das Leistungsspektrum, seien die vorgehaltenen Fachabteilungen auf das Leitbild ausgerichtet. Ausdrücken würde sich dies in einer starken Vorhaltung von Geburtshilfe, Hospizen und Palliativstationen. Insbesondere die Geburtshilfe werde trotz sinkender Geburtenzahlen aufrechterhalten. Oftmals würden die Mitarbeiter dies, wie schon beschrieben, auch „verlangen“. Ein Festhalten an der Geburtshilfe wird häufig kritisch diskutiert, da diese weniger wirtschaftlich geführt werden könne.

Die Mehrzahl der Häuser betont, dass das konfessionelle Selbstverständnis bei der strategischen Ausrichtung (heute) keine Rolle (mehr) spiele. Entscheidend sei, was sich historisch entwickelt habe bzw. welche Fachabteilungen oder Schwerpunkte aktuell zum Haus, in die Region passten. Gleichwohl wird bei manchen Fragen, wie z.B. der Einführung neuer Operationstechniken, auch die Seelsorge mit einbezogen, da diese „immer ein gutes Ohr am Mitarbeiter und Patienten“ habe.

Unabhängig von der Frage, ob sich konfessionelle Häuser bewusst für bestimmte Schwerpunkte entscheiden, wurden alle Schwerpunkte als „passend“, als „Pudels Kern“ bezeichnet, zu denen das Spirituelle passt oder die sich verstärkt mit dem „gesamten Lebensprozess auseinander setzen“. Auch hier wurden wieder Geburtshilfe, Palliativstationen oder Onkologie genannt. Auch eine stärkere Fokussierung auf ältere Patienten, auf die Altersmedizin wurde hervorgehoben.

Folgende Schwerpunkte oder Fachabteilungen wurden von den befragten Häusern z.B. vorgehalten, die zum Teil innovativ ausgestaltet sind:

- Geburtshilfe
- Neonatologie / Perinatalzentrum
- Pneumologie
- Breit gefächerte Chirurgie
- Tumorchirurgie, z.T. mit Altersmedizin, z.T. interdisziplinär organisiert, z.T. als onkologische Gynäkologie
- Geriatrie / Altersmedizin, z.T. als Neuro-Geriatrie, z.T. als Alterstraumatologie
- Demenz, z.T. als Rundumversorgung
- Palliativstation
- Hospize

Auch wenn die Konfessionalität bei der Ausprägung des Leistungsspektrums keine zentrale Rolle spielt, sind der Angebotsstruktur in manchen konfessionellen Häusern aufgrund ihrer christlichen Ausrichtung Grenzen gesetzt. Dies betrifft vor allem den Präimplantationsbereich und den Bereich von Schwangerschaftsabbrüchen: „Wir machen keine Abtreibungen“. Gleichwohl ist dies in einzelnen Häusern unter der Prämisse möglich, dass die Frau vor Ort

von mehreren Personen beraten wird, mit diesen Gespräche geführt hat, um alle Alternativen durchdacht zu haben.

Die umfassende Patientenversorgung wird in manchen Häusern über Zentrenbildung realisiert. Die Zentrenbildung wird dabei nicht nur innerhalb des eigenen Trägers oder Unternehmens ermöglicht, wie z.B. bei der standortübergreifenden psychologischen oder psychoonkologischen Versorgung der Patienten. Auch die Zusammenarbeit mit anderen, eigentlich konkurrierenden Krankenhäusern wird, zum Teil auch konfessionsübergreifend, verwirklicht. So berichtet ein Krankenhaus von der Kooperation im Lungen- und Darmzentrum bei der ein anderes Haus der Region die onkologische Versorgung ermöglichen würde.

5.3.4.2 Markt-, Wettbewerbs- und Unternehmensanalyse

„Die richtigen Dinge tun und die Dinge richtig tun“

Konfessionelle Häuser reflektieren und hinterfragen nach den Aussagen der befragten Häuser, ebenso wie andere, sowohl das eigene Angebot als auch das der Wettbewerber ständig. Stärken- und Schwächenanalysen dienen dazu, Chancen, aber auch Probleme zu identifizieren („Patienten kommen nicht, weil evangelisch drauf steht“).

Hierzu würde neben der Analyse von Kennzahlen oder Leistungskennzahlen, wie z.B. Fallzahlen, Personalaufwand, auch untersucht, inwieweit die intendierte patientenorientierte Versorgung realisiert werden konnte. „Qualität dehnt sich bei uns aber noch auf weiche Faktoren aus und nicht nur über Risikomanagement, Handbücher etc. Das machen alle. Bei uns wird noch mit einbezogen: Wie sieht es aus Patientensicht aus?“. Eine Einschätzung der Meinung des Patienten erfolgt neben der Beobachtung durch leitende Kräfte (z.B. durch Gänge über die Station oder Teilnahme an Visiten) im Wesentlichen über die Auswertung von Patientenbefragungen. Die Bedeutung, die der Meinung der Patienten zugemessen wird, wird beispielsweise auch dadurch deutlich, dass ein Geschäftsführer berichtet hat, dass er jede Beschwerde der Patienten zur Kenntnis erhält. Die Ergebnisse von Patientenbefragungen dienen nach Angaben eines Hauses nicht nur der derzeitigen Standortbestimmung und der schon angeführten Einschätzung von Mitarbeitern. Sie würden auch genutzt, um künftige Entwicklungen abzuschätzen: „Weitblick ist bei uns mit drin“.

Als Ergebnis der Stärken- und Schwächenanalysen würden gut aufgestellte, rentable Fachabteilungen oder Bereiche gezielt ausgebaut („Stärken der Stärken“). Als Beispiel wurde von

einem Haus die standortübergreifende Zusammenarbeit bei der Versorgung beatmungspflichtiger Patienten genannt. Die Patienten seien von der Intensivstation des einen Hauses auf die Weaning-Station des anderen Standortes verlegt worden. Als Nutzen der Patienten wurde beschrieben, dass diese auf einer ruhigeren Station mit spezialisiertem Personal untergebracht werden konnten. Der Vorteil für das Krankenhaus war, die freiwerdenden Kapazitäten der Intensivstation anders nutzen zu können.

Die bei der Schwächenanalyse identifizierten „nicht gut ausgelasteten oder schlecht laufenden“ Abteilungen könnten auf Kenntnis der Datenlage gezielt stabilisiert, umgestaltet oder umkonzeptioniert werden. Nicht auszuschließen sei auch eine Schließung der entsprechenden Schwerpunkte.

Bei der Ausgestaltung oder Ausweitung des Leistungsspektrums werde neben der Stärken – und Schwächenanalyse zunächst eine gezielte Analyse des Umfelds, der Wettbewerber durchgeführt. Im Mittelpunkt stünden hier die Fragen: „Was machen die anderen? Was ist in der Nähe? Wo kann ich durch eine gute Besetzung Kannibalisierungseffekte erreichen?“.

Die Marktsituation werde darüber hinaus permanent genau beobachtet („Was passiert im Einzugsgebiet?“), um aktuelle Entwicklungen mitzubekommen, Trends nicht zu verschlafen. Die Konkurrenzsituation, den Markt nicht zu beobachten, wird als ein wesentlicher erfolgskritischer Faktor benannt, der gleichwohl alle Träger in gleicher Weise betreffe.

Die Konfession spiele auch bei der Neuausrichtung der Angebotsstruktur nur insofern eine Rolle, dass die „Dinge zu uns passen müssen“. Schwerpunkte oder Fachabteilungen würden nicht neu aufgebaut, wenn in der Region bereits etablierte Abteilungen vorgehalten würden. Einzige Ausnahme sei es, wenn durch Neubesetzung einer Chefarztposition die Möglichkeit bestehe, die Patienten für das eigene Haus zu gewinnen.

5.3.4.3 Kundenmanagement und Marketing

Marketing

Marketingmaßnahmen bieten die Möglichkeit, die Öffentlichkeit über aktuelle Geschehnisse zu informieren. Gezielt eingesetzt tragen sie auch dazu bei, eine „Marke“ zu etablieren. Aus Sicht der konfessionellen Häuser werden sie bereits heute als „Marke“ wahrgenommen. Ungeachtet dessen sehen viele der Befragten die Chance, sich im Zuge einer noch forcierten Markenbildung noch stärker als „konfessionelle Häuser“ zu positionieren. Der „Idee eines

Brandings“ folgend sollten Stärken, die sich aus der Konfessionalität ergeben, zukünftig noch mehr hervorgehoben werden.

Insgesamt wird bemängelt, dass die Möglichkeiten, die das Marketing bietet, in den konfessionellen Häusern – anders als beispielsweise bei den privaten – zudem oft noch nicht ausgeschöpft würden („bisher stiefmütterlich behandelt“). Es würde in den Häusern kein professionelles Marketing, keine aktive Unternehmenskommunikation geben. Die Presse würde überwiegend nicht über wesentliche personelle oder strukturelle Änderungen informiert. Auch die Chefarzte seien beispielsweise vielfach in ihren Möglichkeiten, Marketing zu nutzen, eingeschränkt und erhielten keine Unterstützung bei der Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten.

Einweisermanagement

Die einweisenden Ärzte sind eine zentrale externe Ziel- oder Kundengruppe der Krankenhäuser. Sie fungieren für die Patienten als Berater und Koordinator bei der Wahl des Krankenhauses und haben damit maßgeblichen Einfluss auf die Patientenzahlen eines Hauses. Die konfessionellen Häuser tragen dem mehrheitlich mit einem gezielten Einweisermanagement Rechnung.

Das Einweisermanagement umfasst hierbei verschiedene Schwerpunkte. Die Häuser pflegten einen professionellen, guten Umgang mit den niedergelassenen Ärzten, etablierten systematische Kommunikationsstrukturen und bildeten Netzwerke mit den Einweisern. Die Möglichkeiten betreffen zum einen den stationären Aufenthalt des Patienten und reichten von der Umsetzung der vorgeschlagenen Therapie bis zu einer gezielten, schnellen Rücküberweisung der Patienten inklusive des Arztbriefes („werden nur so lange stationär aufgenommen, wie nötig und werden dann zur Chemo zurück zum Onkologen überwiesen“). Den niedergelassenen Ärzten werde zum Teil auch ein Besuch der stationär aufgenommen Patienten ermöglicht.

Zum anderen wird das Verhältnis mit den Einweisern über Angebote wie „das Haus der offenen Tür“ gepflegt. Ein Interviewpartner beschreibt, dass beim Auf- oder Ausbau von Schwerpunkten oder Fachabteilungen immer das Meinungsbild der niedergelassenen Ärzte eingeholt würde. Es würde gezielt mit den einweisenden Ärzten Kontakt aufgenommen, um diese Neuerungen einschätzen zu lassen.

Als Besonderheit wird von verschiedenen Interviewpartnern hervorgehoben, dass sich Ärzte auch direkt am Krankenhaus niedergelassen hätten.

Die Interviewpartner reflektieren, dass der eingangs beschriebene „Vertrauensvorsprung“ teilweise auch bei den niedergelassenen Ärzten zu beobachten sei. Diese würden lieber an das „kleine“ konfessionelle als das „große“ Krankenhaus überweisen.

5.3.4.4 Netzwerke

Die konfessionellen Häuser haben in der Regel – über die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten hinaus - ein breit gefächertes Netzwerk etabliert und bewusst Kommunikationsstrukturen zu verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen aufgebaut, um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Dies ist nicht ohne Nutzen für die Krankenhäuser, die so bewusst auch Patienten an das eigene Haus binden oder für es gewinnen wollen und können.

Vielfach wird berichtet, dass das Krankenhaus sich als Teil des gesamten, sektorenübergreifenden Behandlungsprozesses, „einer Behandlungskette sieht, die die Probleme des Patienten am besten löst“. Netzwerke mit ambulanten und prästationären Anbietern werden bewusst gebildet. Zu diesen Netzen, die oft lose Kooperationen sind, zählen neben den niedergelassenen Ärzten, insbesondere ambulante Pflegedienste, Altenheime, -einrichtungen, Heil- und Hilfsmittelanbieter oder Rehabilitationseinrichtungen. In Einzelfällen gehören auch Sozialpädiatrische Zentren zum Netzwerk. Beispielhaft wurde auch genannt, dass die hauseigene Krankenhausküche die entlassenen Patienten beliefern würde, die der ambulante Pflegedienst betreue. Oftmals gehören die Einrichtungen zum selben Träger oder Verbund.

Die konfessionellen Krankenhäuser arbeiten nicht nur in Form von Kooperationen oder Netzwerken zusammen. Sie sind oft Teil eines Verbundes, zum Teil sind sie fusioniert.

Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser ist nicht immer nur auf Akteure im Gesundheitswesen beschränkt. Ein Interviewpartner berichtet, dass das Krankenhaus insgesamt einen engen Kontakt zur Gesellschaft und den Kommunen habe. Darüber hinaus bestünden sehr gute Beziehungen zu der Kirchengemeinde und auch zu Jugendämtern.

Die verstärkte Vernetzung im und außerhalb des Gesundheitssektors wird zum Teil als Besonderheit konfessioneller Häuser dargestellt, die dies stärker als andere Träger realisieren würden.

5.3.5 Rolle des und Verhältnis zum Krankenhausträger

Die befragten Häuser sind sich im Grundsatz einig, wie sie sich eine optimale Zusammenarbeit mit ihren Trägern vorstellen. Eine gezielte strategische Ausrichtung mit schnellen, von Kontinuität geprägten Entscheidungen und Entscheidungsspielräumen für die jeweilige Geschäftsführung bei Anerkennung der notwendigen Kontrolle sowie fachliches Know-how werden als Erfolgsfaktoren einer guten Zusammenarbeit beschrieben. „Geschlossenheit in den Gremien, Organen, Trägern führt zum Erfolg“.

Das Verhältnis zu den Trägern gestaltet sich nicht in allen Häusern den Wünschen entsprechend. Ein Teil der Häuser beschreibt die Trägergremien wunschgemäß als flexibel, schnell, fachlich gut besetzt. Zudem wird eine gewisse „Freiheit“, Entscheidungen treffen zu können, wahrgenommen.

Ein anderer Teil sieht die Zusammenarbeit und das Verhältnis durchaus kritischer. Beispielsweise werden die oftmals fehlende strategische Ausrichtung und die Geschwindigkeit der Entscheidungen kritisiert. So wurden Personalentscheidungen oder neue Ideen vom Aufsichtsgremium lange hinaus gezögert. Die wirtschaftlichen Folgen werden als groß bzw. vermeidbar eingestuft („wenn man ewig vom Gremium geblockt wird und Entscheidungen lange dauern, dann ist es schwierig und wird sich im wirtschaftlichen Erfolg auswirken“). Dies gelte jedoch unabhängig von der Trägerschaft.

Bei der Diskussion der Trägerrolle wurden Unterschiede zwischen evangelischen und katholischen Trägern thematisiert. In der Wahrnehmung der Interviewpartner gelingt es katholischen Trägern eher, einheitliche Linien oder auch Grenzen vorzugeben. Beispielsweise gäbe es Bischofsbeschlüsse, die klare Vorgaben machen, dass keine Krankenhäuser an private Träger verkauft oder nicht-katholische Träger nur beteiligt würden, wenn die Mehrheit beim katholischen Träger verbliebe. Bei evangelischen Trägern wird diese Klarheit und Stringenz in der Führung zum Teil vermisst.

5.3.6 Finanzierung

Die finanzielle Situation oder die Möglichkeiten der Finanzierung wurden von den Häusern im Grundsatz positiv bewertet. Als vorteilhaft wurde beschrieben, dass Gewinne im Haus verbleiben und nicht an Aktionäre / Eigentümer ausgeschüttet werden müssten. Auf diese Weise sei man in der Lage, das Geld beispielsweise, wie beschrieben, gezielt in einen Aus-

bau der Pflegekapazitäten oder die Anschaffung neuer medizintechnischer Geräte zu investieren.

Als schwierig oder kritisch wurde angeführt, dass konfessionelle Träger anders als andere in der Regel kein Geld beisteuern würden. Dies wurde insbesondere im Zusammenhang mit Zusammenschlüssen als schwierig und erfolgshemmend bewertet. Die konfessionellen Häuser könnten bei anstehenden Krankenhaustransaktionen – anders als private – anderen Häusern aufgrund des fehlenden Vermögens oder der fehlenden Liquidität keine oder nur sehr begrenzte finanzielle Angebote machen. Auch krankenhausesintern sei es aufgrund der Gemeinnützigkeit nicht möglich, große Rücklagen zu bilden.

Als weiteres Problem wurde der schlechtere Zugang zum Finanzmarkt inklusive schlechterer Cash-Pooling-Möglichkeiten thematisiert, wobei sich auch die Gemeinnützigkeit als Hemmschuh erweise. Insbesondere bei größeren Investitionen sehen sich konfessionelle Häuser im Nachteil.

5.4 Zukunftsaussichten

Die befragten Krankenhäuser schätzen Ihre Marktposition in zehn Jahren überwiegend positiv ein („gelassen-positiv“). Dennoch wird hervorgehoben, dass man sich nicht „zurück lehnen“ oder auf den „Lorbeeren ausruhen“ dürfe. Die Häuser müssen „wetermachen wie bisher“, aber auch „Energie reinstecken und uns weiterentwickeln“. Konkret heißt dies, dass man immer strategisch für die Zukunft planen müsse („am Zahn der Zeit“), dass ein klares, gutes medizinisches Profil und Leistungsportfolio entwickelt werden müsse („Differenzierung und Spezialisierung“), dass gutes, engagiertes Personal gehalten und gefunden werden müsse, dass Prozesse und Ausstattung optimiert werden müssten, dass gute Kooperations- und Netzwerkpartner gefunden werden müssten und, last but not least, dass weiterhin ein guter, vielleicht auch anderer oder besonderer Umgang mit den Patienten aber auch Mitarbeiter erfolgen soll. Bei Umsetzung der genannten Kriterien, die grundsätzlich als Erfolgsfaktoren aller Krankenhäuser gelten können, könnten alle konfessionellen Häuser die weiter anstehende und auch notwendige Marktberreinigung „überstehen“ („Luft wird immer dünner“).

Denn auch hier sind sich die Befragten einig: Der Krankenhausmarkt wird sich weiter verändern. Allen voran werde es weiter zu Krankenhausschließungen und zu Verweildauerverkürzungen, zu Bettenabbau, aber auch einer generellen Umstrukturierung und weiteren Aus-

gliederungen stationärer Leistungen in ambulante Sektoren kommen. Begleitet seien diese Entwicklungen vom andauernden Fachkräftemangel im medizinischen Bereich und beginnenden oder sich forcierenden Mangel an Pflegekräften.

Grundsätzlich wird immer wieder darauf verwiesen, dass die Trägervielfalt insgesamt und speziell von Kostenträgern erwünscht sei. Dennoch werden auch hier weitere Änderungen erwartet. Eine weitere Ausdehnung von Krankenhäusern in privater Trägerschaft wird in Frage gestellt: „Private werden stagnieren“. Begründet wird dies u.a. damit, dass sich die Krankenhäuser in privater Trägerschaft schon sehr ausgebreitet hätten und sehr „mächtig“ geworden seien, was z.B. auch vom Kartellamt kritisch betrachtet würde.

Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft würden, so die Erwartung der Interviewpartner, weiter, wenn auch in deutlich abgeschwächter Form, an Marktanteilen verlieren. Als Grund wird genannt, dass kommunale Häuser notwendige Veränderungen, wie z.B. Spezialisierungen, zu spät realisieren würden. Zudem wird angeführt, dass es zu einer Konsolidierung in der Grund- und Regelversorgung komme, von der die konfessionellen Häuser im Gegensatz zu den kommunalen profitieren würden.

Konfessionelle Häuser würden, so die Annahme der Befragten, Marktanteile gewinnen. Begründet wird dies vor allem damit, dass schnell auf Marktveränderungen reagiert würde. Zudem wird konfessionellen Häusern grundsätzlich eine „Nischenfunktion“ eingeräumt, die neben der Aufstellung als Basisversorger insbesondere aus der „anderen Atmosphäre“ resultiere („persönlicher, netter, familiärer, anderer Spirit“). Sie müssten dabei jedoch bewusst die Diskussion führen, ob sie bereit seien, „eine Marke aufzubauen“, die sich primär auf „gelebter Sozialqualität“ und nicht nur aus Wirtschaftlichkeit konstituiert.

Der Zuwachs von Marktanteilen verteilt sich, nach Meinung der Befragten, nicht in gleicher Weise auf katholische und evangelische Häuser. Die katholischen Häuser werden, so die Erwartung, stärker wachsen als die evangelischen. Dies würde durch einen Zukauf von vor allem kommunalen, aber auch evangelischen und in geringerem Umfang privaten Häusern erfolgen.

5.4.1 Zukunftschance 1: Kooperationen, Zusammenschlüsse, Verbände oder Fusionen sowie Netzwerke

„Alleine bleiben ist nicht zukunftsfähig“

Die Einschätzung der Befragten ist eindeutig: Das „Stand-alone-Krankenhaus“, das freistehend ohne Kooperationspartner oder Netzwerke agiert, werde es zukünftig nicht mehr geben. Krankenhäuser, die diesem Trend nicht folgen würden, seien gefährdet („Kooperationen sind für alle Häuser überlebensnotwendig“). Bei der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitssektors sind aus Sicht der Interviewpartner verschiedene, sich zum Teil ergänzende und teilweise schon realisierte Modelle denkbar. Das genannte Spektrum reicht von einer lockeren Zusammenarbeit, über Kooperationen und Zusammenschlüsse bis zu Verbänden und Fusionen. Das abgedeckte Leistungsangebot wird von ausschließlich die stationäre Versorgung als auch die gesamte Behandlungskette von ambulant bis poststationär betreffend beschrieben. Auch bei der Frage, ob die Zusammenarbeit regional begrenzt oder überregional organisiert sein soll, ist für die Befragten vieles denkbar.

Der Nutzen von Zusammenschlüssen, Kooperationen oder Verbundstrukturen wird neben der Bestandssicherung insbesondere in der Realisierung von Wettbewerbsvorteilen gesehen. Unerlässlich sei es vor der Zusammenarbeit genau zu klären, welche Ziele damit verfolgt werden („Überall die gleiche, standardisierte Qualität? Oder in der Region vernetzen mit nur einer Personalverwaltung, einem Marketing und abgestimmten Leistungsspektrum“). Die Chancen, Wettbewerbsvorteile über Synergien, Gemeinsamkeiten oder Zentralisierungen zu schaffen sowie Patienten intern zuzuweisen, werden diskutiert.

Gesellschaftsrechtliche oder lose Verbindung?

Eng mit der Frage der Ziele, des Nutzens von Zusammenschlüssen ist die Frage nach der Organisation der Zusammenarbeit mit anderen Häusern verbunden. Hier herrscht kein Konsens unter den Befragten. Ein Teil der Interviewpartner präferiert lockere Zusammenschlüsse im Sinne von strategischen Verbänden oder Kooperationen. Denkbar sei hier, dass man sich in diesen loseren Zusammenschlüssen dennoch als konfessionelle Häuser oder Marke positioniere („Joint Venture mit Kultur und Konfession“). Das Bild des „großen Hauses, an das sich mehrere kleine in der Region liegende Häuser binden“, wurde beispielhaft gezeichnet.

Andere sind der Ansicht, dass dies nicht ausreicht, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Von den Befragten wird herausgestellt, dass Mehrheiten und Entscheidungsstrukturen klar geregelt sein müssten („viele Player mit divergenten Ideen eint nicht unbedingt der Wille, etwas gemeinsam zu machen“). Auch wird darauf verwiesen, dass „Austausche im Personalbereich nur funktionieren können, wenn einer die Mehrheit hat“. In diesem Sinne wird eine Konzernstruktur mit einer Verwaltung und Geschäftsführung präferiert, der auch bei Verhandlungen, z.B. mit Kostenträgern, bessere strategische Optionen eingeräumt werden. Bei der Übernahme von oder dem Zusammenschluss mit einem oder mehreren Häusern werde insbesondere Wert darauf gelegt, dass das Profil zusammen passe und sich ergänze (z.B. Fachabteilungen).

Die Frage, ob sich die zusammengeschlossenen Häuser regional oder national verteilen sollten, wurde ebenfalls nicht einheitlich beantwortet. Ein Großteil der Befragten plädierte für regionale Konzerne oder Regionalverbände. Andere für nationale Konzerne.

„Zusammenschlüsse, damit nicht jeder alles macht“

Unabhängig von der Organisation der Zusammenarbeit stellt sich die Frage, in welchen Bereichen im Rahmen der stationären Versorgung kooperiert werden kann. Die Kooperation sollte sich hier nach Ansicht einiger Interviewpartner auf patientenferne Gebiete („Alles, was der Patient sieht und mitkriegt, müssen wir selbst machen“) oder den tertiären Sektor beschränken. Andere sind der Meinung, dass sich die Zusammenarbeit auf den gesamten stationären Bereich – Primär-, Sekundär- und Tertiärbereich – erstrecken sollte. Hier wird auch eine Abstimmung der Fachbereiche mit eingeschlossen, wobei die Patienten gezielt an die anderen Häuser mit den entsprechenden Schwerpunkten verwiesen werden sollten. Entsprechende Beispiele sind bereits realisiert worden. Bei der Wahl der potentiellen Partner würden weniger die Größe als das vorgehaltene Leistungsspektrum entscheiden.

Vertikale Netzbildung

Eine Zusammenarbeit, die Akteure der ganzen Behandlungskette von ambulant bis poststationär miteinschließt, wird von den Befragten als gut zum Profil der konfessionellen Häuser passend und zukunftsfähig diskutiert. In einigen Krankenhäusern wird dies, wie beschrieben, bereits realisiert und soll weiter ausgebaut werden.

nell-christliche Werte nicht nur wirtschaftliche Aspekte sondern insbesondere der Patient im Mittelpunkt stehen: „Nicht darauf schießen, was wird gerade gut vergütet, sondern was hilft dem Patienten“.

Die patientenorientierte Sichtweise wird auch bei einem weiteren Erfolgsfaktor für die zukunftsfähige Krankenhausversorgung - nicht nur konfessioneller Häuser - der fachdisziplinenübergreifenden Zusammenarbeit in Zentren zugrunde gelegt. Die Interviewpartner heben hervor, dass sie im Rahmen der Patientenversorgung vermehrt Zentren bilden werden. Diese Zentren würden sich an medizinischen Leistungsklustern und nicht an traditionellen (Abteilungs-)Strukturen orientieren. Alle beteiligten Fachdisziplinen sollen integriert werden. Beispielsweise werden ein Mutter-Kind-Zentrum, ein Lungenzentrum, in dem neben chronischer Bronchitis auch Karzinome der Lunge behandelt werden oder Alterstraumazentren genannt, in denen chirurgische und geriatrische Fachabteilungen integriert werden sollen. Ziel sei es z.B. auch, eine Rundumversorgung von Demenzpatienten auf speziellen Stationen zu realisieren.

Einhergehend mit möglichen Zentren wurden als mögliche zukünftige, zum Teil bereits vorgehaltene und für konfessionelle Häuser typische Schwerpunkte wie Altersmedizin oder Geriatrie, Demenz, „Familie“ benannt. Dabei wird zum Teil auch über die Möglichkeiten des stationären Aufenthaltes hinweg gedacht.

Als ebenso wichtig wurde thematisiert, dass Klarheit über das Leistungsspektrum bestehen müsse. Der Patient müsse wissen, worauf er sich einlässt. Dies gilt insbesondere für mit der konfessionellen Ausrichtung zusammenhängende Aspekte wie der „Pille danach“ oder Schwangerschaftsabbrüche.

5.4.3 Mögliche Verlierer

Die Interviewpartner benennen auch Grenzen oder mögliche Verlierer der zukünftigen Entwicklung. Hier wird neben fehlenden Kooperationen, Zusammenschlüssen oder Verbänden insbesondere die Krankenhausgröße als erfolgskritischer Faktor bewertet.

Kleine Häuser würden – unabhängig von der Trägerschaft - an ihre Grenze kommen. Als Gründe wurden z.B. geringere Chancen, Fachabteilungen aufzubauen, zu halten oder Spezialisten zu beschäftigen sowie auch fehlende Möglichkeiten bei der Aufstellung des Qualitätsmanagements oder der Hygienekommissionen genannt.

Bei der „kritischen Krankenhausgröße“ wurden unterschiedliche Bettenzahlen diskutiert. Das Spektrum reichte von „Häuser unter 100 Betten werden geschlossen“ bis zu „alles unter 350 Betten“. Die Befragten sind sich bewusst, dass viele konfessionelle Häuser zu diesem Marktsegment zählen.

Die Frage, welche Häuser ggf. letztlich schließen müssen, hänge aber erwartungsgemäß stark mit der regionalen Einbettung und der Versorgungsdichte zusammen. So wurde beispielsweise kritisch hinterfragt, ob sich Häuser mit 200 bis 300 Betten im städtischen Bereich gegen größere Häuser durchsetzen können. Hier wurde als einzige Option eine mögliche Schwerpunktbildung oder Spezialisierung gesehen.

Auch Häuser, die einer kleinzellig, regional geprägten Trägerstruktur oder einem überregional agierendem Träger mit zu vielen Häusern in unterschiedlichen Räumen angehören, könnten zu den Verlierern zählen.

5.5 Fazit: Erfolgsfaktoren

„Man kann nicht nur mit dem Menschenbild punkten“ – hierin sind sich die konfessionellen Häuser einig. Die Ansprüche an eine patienten- und mitarbeiterorientierte Ausgestaltung des Krankenhausalltags müssen umgesetzt und erfüllt werden. Patientenorientierte Versorgung heißt im konfessionellen Selbstverständnis insbesondere, den Patienten als Mensch in seiner Ganzheitlichkeit anzunehmen, ihn gut zu umsorgen, ihm Zuwendung, Respekt und Wertschätzung entgegen zu bringen, ihn zu informieren, viel zu kommunizieren, ihn einzubeziehen und bei der Bewältigung seiner Erkrankung zu unterstützen. Die gelungene Umsetzung dieser Kriterien wird als wesentlicher Erfolgsfaktor konfessioneller Häuser betrachtet.

Fachlich gut qualifiziertes, sprach- und kommunikationsfähiges Personal, das als Team mit hohem Wir-Gefühl und gegenseitiger Wertschätzung fach- und hierarchieübergreifend die Patienten versorgt, sind die Voraussetzungen auf Mitarbeiterseite, dieses Ziel zu erreichen („Ressource Mitarbeiter ist der Erfolgsfaktor schlechthin“). Eine Krankenhausführung, die entsprechende Werte trägt und vorlebt, die eine offene, transparente Kommunikations- und Entscheidungsstruktur pflegt und umsetzt, gilt als weiterer Maßstab für den Erfolg. Die Mitarbeiter sollen in Summe eine besondere Stimmung, einen anderen „Spirit“ ermöglichen. Die Pflegekräfte werden im Rahmen der patientenorientierten Versorgung von den konfessionel-

len Häusern immer wieder besonders hervorgehoben: „Die Besonderheiten und Gesamtmosphäre konfessioneller Häuser werden durch die Pflege getragen“.

Eine wirtschaftliche Ausrichtung mit kurzen Entscheidungswegen, hoher Entscheidungsgeschwindigkeit sowie einer guten Reaktionsschnelle, „die primär patientenorientiert ist“, werden als weitere Erfolgsfaktoren genannt. Die medizinische Ausrichtung mit Schwerpunktleistungen oder fachübergreifenden Zentren seien für den zukünftigen Erfolg eines Krankenhauses ebenso unerlässlich. Darüber hinaus werden eine gute Vernetzungssituation, ob über lose Verbindungen, starke Verbände innerhalb des stationären Sektors, aber auch die Integration der gesamten Versorgungskette von ambulant bis poststationär als wesentliche Erfolgsgaranten gesehen.

Der Erfolg eines Krankenhauses ist trägerunabhängig, so der Tenor, von der Umsetzung der genannten Faktoren abhängig. Unterschiede könnten bei der Realisierung oder Priorisierung der verschiedenen Parameter zu konstatieren sein.

6 Diskussion und Ausblick

Die Trägervielfalt in der Krankenhausversorgung Deutschlands hat sich in den letzten Jahren - und wird sich auch zukünftig trotz (weiterer) Verschiebungen und Veränderungen - erhalten. Die einzelnen Trägergruppen werden weiterhin spezifische Marktsegmente bzw. Versorgungsschwerpunkte besetzen. Offen ist, wie die Krankenhausträger die derzeit schwierige wirtschaftliche Lage meistern und ob sich der Trend zur Privatisierung in der stationären Versorgung in gleicher Weise fortsetzen wird. Die angespannte wirtschaftliche Lage ist trägerübergreifend zu konstatieren, wobei die privaten Häuser in den letzten Jahren tendenziell etwas weniger von einer Verschlechterung der Situation betroffen waren. Grundsätzlich ist zu beobachten, dass die Bereitschaft von Krankenhausträgern im Non-Profit-Bereich bei schwierigen strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen steigt, ihre Krankenhäuser zu veräußern.

In den letzten Jahren hat eine Angleichung der Marktanteile freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser, gemessen an Betriebsstätten, bei weiter bestehender Marktführerschaft der freigemeinnützigen Häuser stattgefunden. Öffentliche Häuser waren am stärksten von der Privatisierung betroffen. Dieser Trend betrifft weniger die größeren Häuser, bei denen Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft weiterhin deutlich überrepräsentiert sind. Kleinere, vielfach spezialisierte Privatkliniken machen weiter einen erheblichen Teil der Einrichtungen privater Trägerschaft aus, während der Versorgungsschwerpunkt der freigemeinnützigen Krankenhäuser nach wie vor die wohnortnahe Grund- und Regelversorgung ist. Öffentliche Häuser sind und halten aufgrund der Strukturen gemessen an den Fall- oder Bettenzahlen weiterhin die größten Anteile vor.

Öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser stellen neben der flächendeckenden Patientenversorgung einen wichtigen Arbeitgeber im Krankensektor dar. Zudem übernehmen beide im Rahmen der Ausbildung des nicht-medizinischen Personals eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe. Eine starke Fokussierung der (Weiter-)Bildung des Personals kann freigemeinnützigen Häusern auch durch eine systematische Führungskräfteentwicklung, die insbesondere bei den Pflegekräften stark ausgeprägt ist, zugesprochen werden. Die unterschiedlichen Ziele, die häufig mit den verschiedenen Krankenhausträgern in Verbindung gebracht werden, spiegeln sich auch bei der Schwerpunktsetzung der überfachlichen Qualifikation der Führungskräfte wider. So setzen freigemeinnützige und öffentliche Häuser verstärkt auf die Schulung von personellen und sozialen Fähigkeiten, während in pri-

vaten Häusern ein stärkerer Fokus auf der Vermittlung von (ökonomischen) Managementkompetenzen liegt.

Privaten Krankenhäusern wird gemäß der stärkeren Orientierung an ökonomischen Zielen häufig eine höhere Wirtschaftlichkeit bescheinigt, die auf vermeintlich effizientere Organisations- und Managementstrukturen zurückgeführt wird (Augurzky et al., 2009). Private Krankenhäuser sind zum Beispiel häufiger in Verbänden und Ketten zusammengeschlossen, wodurch sie beispielsweise Synergieeffekte nutzen oder bessere Preise aushandeln können. Dies betrifft insbesondere die großen privaten Klinikketten. Aber freigemeinnützige und vermehrt auch öffentliche Krankenhäuser haben zunehmend die Vorteile von Verbänden und Kooperationen erkannt und profitieren zum Beispiel von Einkaufsgemeinschaften oder durch Zusammenlegung von Funktionsbereichen verschiedener Krankenhäuser. Ein weiteres Mittel, um eine effizientere Organisation zu schaffen, ist beispielsweise die Auslagerung von Leistungen. Outsourcing wurde in den vergangenen Jahren von privaten Krankenhäusern häufiger genutzt als von den anderen, insbesondere öffentlichen Trägern. Als Ursache hierfür können mögliche Widerstände der öffentlichen oder kirchlichen Trägergesellschaften gelten. In den letzten Jahren haben private Träger verstärkt Leistungsbereiche ingesourct. Ihre Vorreiterrolle wird hiermit deutlich. In freigemeinnützigen und vor allem öffentlichen Häusern war verstärkt ein – im Vergleich zu den privaten verzögerter – Trend zum Outsourcing zu erkennen.

Auch wenn private Träger weniger stark von einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage betroffen sind als die anderen und sich auch im Hinblick auf wirtschaftliche Kennzahlen, wie EBITDA, positiv darstellen, ist die Trägerschaft nicht zwingend ein Garant für Erfolg oder Misserfolg, für Effizienz oder Unwirtschaftlichkeit. So zeigen sich auch innerhalb der Trägergruppen deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit. Vor allem bei den privaten und öffentlichen Krankenhäusern gibt es sehr große Unterschiede innerhalb der Trägergruppe. Auch zeigen sich im statistischen Mittel kaum Unterschiede zwischen den Trägergruppen hinsichtlich der Gesamtkosten pro Fall. Das gilt gleichermaßen für die Krankenhäuser gesamt als auch für die verschiedenen Bettengrößenklassen. Auch mit Blick auf die Betreuungsintensität, also den Fällen je Vollkraft insgesamt bzw. für verschiedene Dienste, gibt es keine systematischen Unterschiede nach Trägerschaft. In freigemeinnützigen Häusern behandeln die Ärzte und Vollkräfte im Funktionsdienst jeweils mehr Patienten als bei den anderen Trägern. Bei den Fallzahlen je Pflegekraft oder medizinisch-technischem Personal liegen die freigemeinnützigen Häuser zwischen den öffentlichen und

privaten Häusern. Die Kostenverteilung insgesamt ist nicht unbedingt der Trägerschaft sondern eher den entsprechenden Marktanteilen geschuldet.

Konfessionelle Häuser sind auch heute schon vielfach erfolgreich. So schätzen die befragten Häuser auch ihre Zukunftsaussichten positiv ein. Der wirtschaftliche Erfolg ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, die oftmals auch in Häusern anderer Trägerschaft Realisierung finden. Als Erfolgsfaktoren können neben einer permanenten und dezidierten Analyse des eigenen Krankenhauses sowie des Umfelds, des Wettbewerbs, eine schnelle Reaktions- und Entscheidungsgeschwindigkeit gelten. Auch die Einbettung in Netzwerke, Verbünde, Kooperationen oder Zusammenschlüsse sichert nicht nur den wirtschaftlichen Erfolg. Die Zusammenarbeit wird sowohl auf den stationären Sektor fokussiert als auch sektorenübergreifend, die gesamte Behandlungskette des Patienten von ambulant bis poststationär betreffend, realisiert. Spezialisierung und Differenzierung im medizinischen Sektor, die auch in einer fach- und krankheitsübergreifenden Zentrenarbeit mündet, runden das Bild ab. Die positive Einschätzung der zukünftigen Entwicklung der konfessionellen Häuser hängt stark mit der – noch weiter auszugestaltenden – Umsetzung der genannten Faktoren zusammen.

Eine starke Fokussierung auf die mit einer christlichen Wertestruktur zusammenhängenden Unternehmenskultur ist für konfessionelle Krankenhäuser typisch. Patienten- und mitarbeiterorientiertes Verhalten sind entsprechend häufig in den Leitbildern und Zielen der Häuser implementiert und können über die wirtschaftlichen Aspekte hinweg in einer gelungenen Umsetzung als wesentliche Erfolgsfaktoren benannt werden. Konfessionelle Häuser haben in der Bevölkerung häufig einen Vertrauensvorsprung, der entsprechend in erster Linie auf den Umgang mit den Patienten, aber auch Mitarbeitern, sowie die Atmosphäre zurückzuführen ist. Menschlichkeit, Zuwendung, Betreuung und Empathie, christlich-geprägte Atmosphäre, Respekt und Wertschätzung prägen das Bild konfessioneller Häuser in der Öffentlichkeit. Patienten und Mitarbeitern soll dieser Prämisse gemäß begegnet werden. Patientenorientierung heißt neben den genannten Aspekten, helfen, sich kümmern und auch Überschüsse in eine gute Pflegesituation zu investieren.

Auch wird wahrgenommen, dass sich das Leistungsspektrum oder die Angebotsstruktur unabhängig von der Konfession entwickelt hat. Nichtsdestotrotz halten viele konfessionelle Häuser Fachabteilungen, -gebiete oder Leistungen vor, die gemäß ihrem Selbstverständnis besonders gut zu konfessionellen Häusern passen, wie Geburtshilfe, Geriatrie oder Palliativversorgung.

Die Ressource Mitarbeiter ist für viele konfessionelle Häuser der Erfolgsfaktor schlechthin. Hier werden insbesondere die pflegerischen Leistungen hervorgehoben, die sich oftmals über das Erwartbare hinaus, engagieren und „den Dienst am Patienten“ vollbringen. Bei der Wahl der Mitarbeiter werden entsprechend der Unternehmensphilosophie nicht nur fachliche Qualifikationen sondern insbesondere auch soziale Kompetenzen berücksichtigt. Die Arbeitsatmosphäre wird als gut, offen, ehrlich wertschätzend und respektvoll beschrieben. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wird berufsgruppen- und hierarchieebenenübergreifend realisiert.

Offen muss an dieser Stelle bleiben, inwieweit bei der konkreten Umsetzung der krankenhauserärztlichen Versorgung tatsächlich trägerspezifische Unterschiede zur Geltung kommen. Ebenso ist weiter zu hinterfragen, welche Erfahrungen Patienten gesammelt haben oder ob die Situation in allen konfessionellen Häusern vergleichbar ist. Weitere Studien sollten diese Aspekte berücksichtigen.

Die übergeordnete Unternehmensausrichtung von Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft dürfte einer völligen Angleichung von Unternehmensstrategien und operativen Maßnahmen zu ihrer Umsetzung gewisse Grenzen setzen: Für die privaten Krankenhäuser werden die ökonomischen Ziele, wie die Erhöhung des Umsatzes oder Gewinns, aufgrund ihrer eher erwerbswirtschaftlichen Ausrichtung auch weiterhin eine höhere Priorität haben als für Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft. Demgegenüber werden die stärker gemeinwirtschaftlich orientierten öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser regionalwirtschaftlichen und versorgungspolitischen Zielen teilweise eine gleichrangige oder ggf. höhere Bedeutung zumessen als die privaten Krankenhausträger. Vor diesem Hintergrund kann somit nicht geschlussfolgert werden, dass erwerbswirtschaftlich ausgerichtete Krankenhäuser generell erfolgreicher sind als gemeinwirtschaftlich orientierte Krankenhäuser und umgekehrt. Vielmehr sind bei einem Vergleich von Trägergruppen stets auch die übergeordneten Unternehmensziele in Rechnung zu stellen.

7 Anhang

7.1 Siedlungsstrukturelle Regionstypen

Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) nutzt zur Bestimmung und Beschreibung der Siedlungsstruktur im Wesentlichen die Kriterien „Zentralität“ und „Verdichtung“. Die Typisierung der Analyseregionen führt demgemäß zu den drei siedlungsstrukturellen Regionsgrundtypen „Agglomerationsräume“, „Verstädterte Räume“, „Ländliche Räume“. Die Abgrenzungskriterien der Regionsgrundtypen können Tabelle 16 entnommen werden. Über die räumliche Verteilung der jeweiligen Typen im Bundesgebiet informiert Abb. 90.

Tabelle 16: Regionsgrundtypen nach BBSR

| Regionsgrundtyp | Abgrenzungskriterien |
|----------------------------|--|
| Agglomerationsräume | Oberzentrum über 300.000 Einwohner oder Dichte um 300 Einwohner/km ² |
| Verstädterte Räume | Dichte größer als 150 Einwohner/km ² oder Oberzentrum über 100.000 Einwohner bei einer Mindestdichte von 100 Einwohner/km ² |
| Ländliche Räume | Dichte über 150 Einwohner/km ² und ohne Oberzentrum über 100.000 Einwohner; mit Oberzentrum über 100.000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km ² |

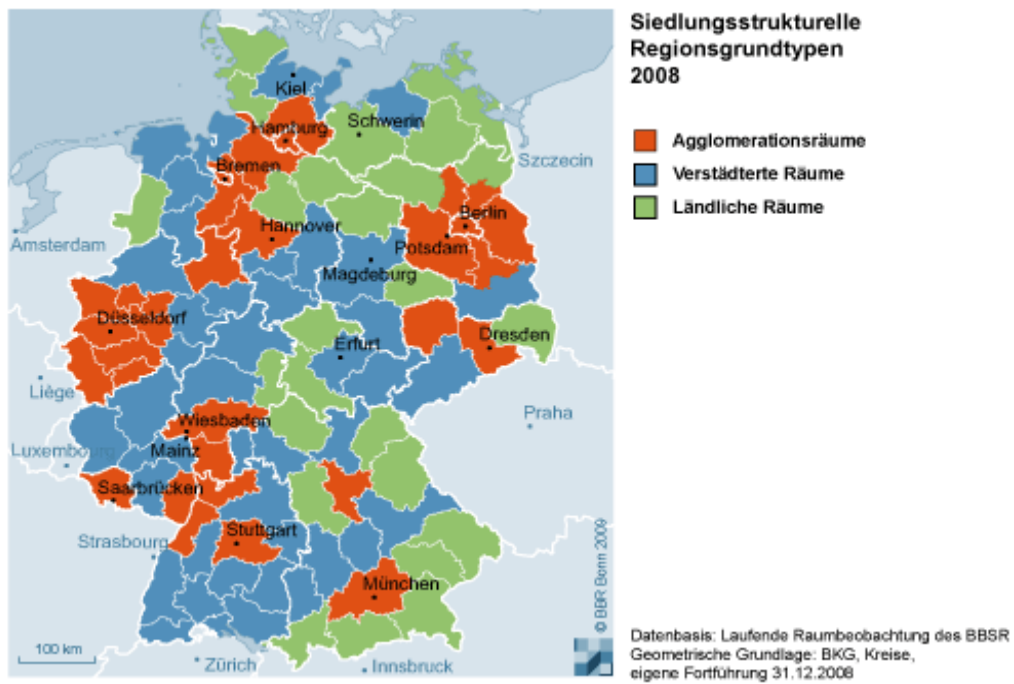


Abb. 90: Regionsgrundtypen nach BBSR

Literatur

- Augurzky, E., Beivers, A., Neubauer, G. Schwierz, C. (2009). Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI: Materialien Heft 52. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2013). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M., Steffen, P. (2012). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de.
- Gleich, M. (2011). Führungskräfteentwicklung in ausgewählten Unternehmen der Wirtschaft. Hamburg: Diss. Helmut Schmidt-Universität.
- Hanneken, A., König, S., Pulm, J., Schmaus, M., Steffen, P., Blum, K. (2010). Das erfolgreiche kommunale Krankenhaus. Düsseldorf. www.dki.de.
- Kemper, L., Steiner, M., Hackmann, T. & Müller, D. (2012). Krankenhauslandschaft 2020 – im Verbund stärker! Studie zu den zukünftigen Herausforderungen für kirchliche Krankenhäuser in Deutschland. Basel: Prognos AG.
- Kirchner, H., Schroeter, M., Flesch, M. (2012). Personalakquise im Krankenhaus. Heidelberg: Springer.
- Mißlbeck, A. (2009). Christliches Handeln und wirtschaftliches Denken sind keine Gegensätze. *Das Krankenhaus*, 12, S. 1178–1180.
- Schürmann-Schütte, C. & Berg, J. (2013). (Nur) Gemeinsam sind wir stark – warum konfessionelle Krankenhäuser jetzt nicht den Anschluss verlieren dürfen. *Curacontact*, 2, S. 5–7.
- Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.) (2014). Arbeitshilfen Nr. 182 „Soziale Einrichtungen in katholischer Trägerschaft und Aufsicht. Bonn.
- Schwegel, P. (2011). Kirchliche Trägerstrukturen im deutschen Krankenhausmarkt – Eine explorative Analyse. In Kuchinke/Sundmacher/Zerth (Hrsg.), *Marktstrukturen und Marktverhalten im deutschen Gesundheitswesen: Die Bereiche Pharma und stationäre Versorgung im Fokus gesundheitsökonomischer Forschung*. Universitätsverlag Ilmenau, S. 91–108.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013a): Grunddaten der Krankenhäuser. 2012. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013b): Kostennachweis der Krankenhäuser. 2012. Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Steffen, P. & Offermanns, M. (2011). Erfolgskritische Faktoren von Krankenhausfusionen. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Stefinger, W., Stummer, H. & Meyer, H. (2011). Werteordnung im kirchlichen Krankenhaus – Eine Fallstudie. HeilberufeSCIENCE, 2 (3), S. 96–102.
- Steiner, M., Knittel, T. & Kemper; L. (2009). Kirchliche Krankenhäuser – wertorientiert, innovativ, wettbewerbsstark. Studie zu Beitrag und Bedeutung kirchlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen in Deutschland. Basel: Prognos AG.
- von Tiling, C. (2013). Blick ins Kirchenarbeitsrecht: Kündigung wegen Loyalitätspflichtverletzung. Zeitschrift für das öffentliche Arbeits- und Tarifrecht, 11(10041), S. 227–230.