

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

10 | Oktober 2017

Gesetzgebung

Die Änderungen des MuSchG zu Beschäftigungs- und Kündigungsverboten gelten schon jetzt

Mit dem neuen Mutterschutzgesetz (MuSchG) sind – mit Wirkung seit dem 30.05.2017 – das Beschäftigungsverbot nach der Geburt eines behinderten Kindes verlängert und der Kündigungsschutz nach einer Fehlgeburt neu geregelt worden. Weitere Änderungen durch das Gesetz werden erst 2018 in Kraft treten. Hier die Einzelheiten, die bei der Beschäftigung von Schwangeren beachtet werden müssen.

von RA, FA für MedizinR
Torsten Münch, DIERKS+BOHLE
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
Berlin, www.db-law.de

Diese Beschäftigungsverbote gelten vor und nach der Entbindung

Grundsätzlich gilt wie bisher: Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen.

Während der Schutzfrist erhält die Frau von der Krankenkasse Mutterschaftsgeld, begrenzt auf maximal 13 Euro pro Kalendertag. Eine eventuell verbleibende Differenz zum tatsächlichen kalendertäglichen Lohn zahlt der Arbeitgeber. Er bekommt seine Aufwendungen aber aufgrund der Regelungen des Gesetzes über

den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG) von der Krankenkasse der Arbeitnehmerin erstattet.

Vorgeburtliche Schutzfrist

Auf den vorgeburtlichen Schutz kann die Frau – jederzeit widerruflich – verzichten. Tut sie dies, kann der Arbeitgeber ihre Beschäftigung nicht unter Hinweis auf die Schwangerschaft ablehnen.

Für die Berechnung des vorgeburtlichen Beschäftigungsverbots ist die Vorhersage des Entbindungstages durch einen Arzt oder eine Hebamme maßgebend. Irrt sich der Arzt oder die Hebamme über den Entbindungszeitpunkt, so verkürzt oder verlängert sich das vorgeburtliche Beschäftigungsverbot entsprechend. Der Arbeitgeber hat gegen den irrenden Arzt bzw. die irrende

Inhalt

Tabelle: Mutterschutz seit dem 30.05.2017

Auch als Download: Überblick über die Beschäftigungs- und Kündigungsverbote sowie Schutzfristen 3

Recht

Vorträge, Publikationen oder Homepage: Vorsicht bei Patientenfotos & Co. 4

Klinikmanagement

Die Zielvereinbarung für Chefarzte 5

– mit Download „Muster eines Chefarztvertrags“

Krankenhaus Rating Report 2017

Beginnt mit dem Strukturfonds die große Konsolidierung? 7

Hebamme nur dann einen Schadenersatzanspruch (aus § 826 Bürgerliches Gesetzbuch wegen sittenwidriger Schädigung), wenn das Entbindungsdatum – was sicher selten vorkommt – vorsätzlich falsch attestiert wurde. Eine lediglich fahrlässig falsche Berechnung löst also noch keinen Schadenersatzanspruch aus.

Vorgeburtliche Beschäftigungsverbote

Des Weiteren können von Beginn der Schwangerschaft an für bestimmte Arbeiten gesetzliche Verbote gelten, z. B. für das Heben und Tragen von Lasten.

Praxishinweis

Für Röntgenpraxen/-abteilungen relevant ist das Verbot, werdende Mütter im Röntgenraum oder am CT zu beschäftigen.

Obwohl es keine gesetzlichen Grenzwerte gibt, gehen die meisten Landesbehörden davon aus, dass werdende Mütter auch nicht an MRT eingesetzt werden sollen. Ein Einsatz am Schaltplatz außerhalb des MRT ist hingegen möglich.

Erkundigen Sie sich bei der für Sie zuständigen Landesaufsichtsbehörde für Arbeitsschutz nach den Einsatzmöglichkeiten am MRT. Missachtungen der Verbote sind bußgeldbewehrt.

Nachgeburtliche Schutzfrist

Bei Früh- und Mehrlingsgeburten gilt ein nachgeburtliches Beschäftigungsverbot von zwölf Wochen. Damit soll den typischerweise erhöhten Belastungen derartiger Geburten Rechnung getragen werden.

Mehr Schutz wird bei Geburt eines behinderten Kindes eingeräumt

Neu ist seit Ende Mai 2017, dass der Beschäftigungsschutz für Mütter von Neugeborenen mit einer Behinderung ausgedehnt wurde. Er beträgt statt bislang acht nunmehr zwölf Wochen.

Arzt muss Behinderung feststellen

Die verlängerte Schutzfrist gilt nur, wenn ein Arzt vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung die Behinderung feststellt. Feststellungen durch Behörden – etwa durch ein Versorgungsamt (§ 69 Sozialgesetzbuch [SGB] IX) oder über das Vorliegen eines erhöhten Pflegebedarfs nach dem SGB V oder dem SGB IX – sind weder maßgebend noch erforderlich.

Wird die Acht-Wochen-Frist versäumt, nützt eine nachträglich ausgestellte ärztliche Feststellung nicht mehr.

Das ist eine „Behinderung“

Ob das Kind behindert ist, hat der Arzt nach der Begriffsdefinition des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu beurteilen. Danach ist ein Mensch behindert, wenn seine körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Insbesondere die Beurteilung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist nicht trivial. Die von der Weltgesundheitsorganisation aufgestellte International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) unterteilt das gesellschaftliche Leben in folgende neun Bereiche:

- Beteiligung am persönlichen Unterhalt
- Teilnahme an der Mobilität
- Einbindung in soziale Beziehungen
- Teilnahme am Informationsaustausch
- Teilnahme am häuslichen Leben und an der Hilfe für andere
- Beteiligung am Bildungs- und Ausbildungswesen
- Beteiligung an Arbeit und Beschäftigung
- Teilnahme am Wirtschaftsleben und die Einbindung in die Gemeinschaft
- Teilnahme am sozialen und staatsbürgerlichen Leben

Merke!

Für Neugeborene kommt eine Behinderung allenfalls in Bezug auf die Teilnahme am häuslichen Leben in Betracht. Eine Beeinträchtigung liegt auf der Hand, wenn das Kind z. B. blind geboren wird. Ansonsten kann es im konkreten Einzelfall streitig sein, ob das Neugeborene – in Anbetracht seiner zwar altersgerechten, aber gleichwohl von vornherein sehr eingeschränkten Möglichkeiten – überhaupt eine Beeinträchtigung erfährt.

Arbeitgeber hat wenig Rechte

Ein Arbeitgeber wird kaum erfolgreich gegen die ärztliche Feststellung der Behinderung vorgehen können. Ihr kommt nämlich eine kaum zu widerlegende Indizwirkung zu. Der Arbeitgeber kann nicht einfach die Unversehrtheit des Kindes behaupten und der Arbeitnehmerin wegen Nichterscheinens am Arbeitsplatz kündigen. Vielmehr muss er konkret darlegen, dass das Kind nicht behindert oder nicht in der gesell-

schaftlichen Teilhabe beeinträchtigt ist. Das ist eine in der Realität kaum zu überwindende Hürde.

Mutter muss Verlängerung beantragen

Die Mutter muss das verlängerte Beschäftigungsverbot beim Arbeitgeber unter Vorlage der ärztlichen Feststellung der Behinderung beantragen. Es besteht aber keine Antragspflicht. Die Mutter kann also frei entscheiden, ob sie ihren besonderen körperlichen und psychischen Belastungen Rechnung tragen will, die typischerweise mit

der Geburt eines behinderten Kindes verbunden sind.

Kündigungsschutz bei Fehlgeburt

Neu ist seit dem 30.05.2017 das Kündigungsverbot bei einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche. Hier gilt nun, was bislang schon bei einer „normalen“ Entbindung (und der ihr gleichgestellten Totgeburt einer toten Leibesfrucht mit einem Mindestgewicht von 500 g) galt: Die werdende Mutter ist ab Beginn der Schwangerschaft bis vier Monate nach der (Fehl-)Geburt vor Kündigungen geschützt. Die

Möglichkeit, von der zuständigen Arbeitsschutzbehörde (je nach Bundesland: Gewerbeaufsicht, Regierungspräsidium oder ein dafür eingerichtetes Landesamt) eine Kündigung erlaubt zu bekommen, ist auf extrem seltene Ausnahmefälle beschränkt (z. B. tätlicher Angriff der Frau auf den Arbeitgeber).

Passiert die Fehlgeburt allerdings vor der zwölften Schwangerschaftswoche, bleibt es bei der alten Rechtslage: Der Kündigungsschutz, der durch die Schwangerschaft ausgelöst wurde, endet sofort.

Mutterschutz seit dem 30.05.2017

	Schutzfristen Beschäftigungsverbot				Beschäftigungsverbot		Kündigungsverbot
	Normalgeburt	Frühgeburt	Geburt von Mehrlingen	Geburt eines behinderten Kindes	allgemein	in der Radiologie	allgemein
vor Geburt	6 Wochen	6 Wochen	6 Wochen	6 Wochen	Schutz vor Überforderung und Überbeanspruchung, z. B. kein Heben und Tragen von Lasten, keine Mehrarbeit Anmerkung: Die Schwangere kann auf das generelle Beschäftigungsverbot verzichten.	<ul style="list-style-type: none"> Keine Beschäftigung im Röntgenraum Keine Beschäftigung am CT streitig: Beschäftigung am MRT 	ab Beginn der Schwangerschaft
nach Geburt	8 Wochen	12 Wochen	12 Wochen	12 Wochen			<ul style="list-style-type: none"> bis 4 Monate nach Geburt ebenso bei Totgeburt von toter Leibesfrucht mit Mindestgewicht von 500 g ebenso bei Fehlgeburt nach 12. Schwangerschaftswoche (bei früherer Fehlgeburt endet Kündigungsschutz sofort)

Urheberrecht und Datenschutz**Vorträge, Publikationen oder Homepage:
Vorsicht bei Patientenfotos & Co.**

Jeder kennt dies: Bei medizinisch-wissenschaftlichen Vorträgen, ärztlichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, in Fachzeitschriften und in der medizinischen Forschung werden Abbildungen von Patienten zur Veranschaulichung von Krankheitsbildern, Behandlungsverfahren oder intraoperativen Situationen verwendet. Dabei sollte man sich jedoch darüber im Klaren sein, dass die Rechte der abgebildeten Persönlichkeiten und derjenigen, die die Fotos, Röntgenbilder etc. hergestellt haben, nicht verletzt werden dürfen. Der Beitrag erläutert, was Sie dabei beachten müssen.

von RAin, FAin für MedizinR
Rosemarie Sailer, LL.M.,
Wienke & Becker, Köln,
www.kanzlei-wbk.de

Urheberrecht des Arztes

Der Arzt, der Aufnahmen vom Körper oder Körperteilen eines Patienten macht, gilt nach dem Urheberrechtsgesetz (UrhG) als Urheber der Licht- und Röntgenbilder. Er erwirbt damit umfassende Nutzungs- und Verfügungsrechte, insbesondere auch die Vervielfältigung sowie Veröffentlichung dieser Aufnahmen.

Merke!

Urheber im Rechtssinn ist immer derjenige, der auf den Auslöser drückt bzw. die wesentlichen Parameter (Lage, Einstellung, Ausschnitt etc.) vorgibt. Bei Röntgenbildern ist dies in aller Regel eine Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA) und nicht der Arzt selbst. Das Urheberrecht ist nicht übertragbar.

Will ein Arzt diese Bilder nutzen oder veröffentlichen, muss er sich diesbezügliche Nutzungsrechte quasi erst einräumen lassen. Allerdings werden die Nutzungs- und Verwertungsrechte an den entstandenen Bildern stillschweigend auf den Arbeitgeber übertragen. Die Nutzungsrechte an Bildern, die im Rahmen einer wahlärztlichen Leistung oder Privatambulanz oder in der eigenen Praxis eines niedergelassenen Arztes entstehen, stehen dem betreffenden Arzt unmittelbar zu.

Recht des Patienten am eigenen Bild

Eingeschränkt werden diese Rechte des Arztes durch das Recht der abgebildeten Person am eigenen Bild. Eine Veröffentlichung bzw. Verwendung der Patientenfotos ist demnach nur zulässig, wenn die Rechte des jeweiligen Patienten nicht verletzt werden. Das Recht am eigenen Bild geht auf das vom Grundgesetz geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht zurück und wird in § 22 Kunsturhebergesetz (KunstUrhG) näher geregelt. Danach

dürfen Bildnisse lediglich mit – am besten schriftlicher – Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden. Das betrifft auch die Fälle, in denen die Abbildung im Rahmen eines Vortrags vor Fachkreisen, der Werbung auf der Arzt- bzw. Klinikhomepage oder in sonstiger Weise veröffentlicht werden soll.

Praxishinweis

Die schriftliche Einwilligung des Patienten muss keine besondere Form haben. Sie muss allerdings Hinweise darüber enthalten,

- auf welche Art von Bildern oder Abbildungen sich die Einwilligung zur Veröffentlichung bezieht,
- in welchen Medien die Publikation erfolgen soll und
- dass ein jederzeitiger Widerruf der erteilten Einwilligung möglich ist.

Die Rechtsprechung sieht ein schutzwürdiges Interesse des Abgebildeten allerdings immer nur dann, wenn dieser in einer für Dritte erkennbaren Weise wiedergegeben wird. Ist also der Patient auf dem Foto nicht erkennbar und ist auch sein Name nicht veröffentlicht, besteht keine Verpflichtung, seine Einwilligung einzuholen.

Praxishinweis

In Fällen, in denen Bilder von Gewebe, Knochen oder Organen gemacht werden, ist keine Einwilligung des Patienten erforderlich, wenn diese Bilder anonym veröffentlicht werden bzw. der Patient auch sonst nicht erkennbar ist.

Vorsicht ist geboten, wenn Fotos vom äußeren Erscheinungsbild des Patienten gemacht werden (z. B. bei Erkrankungen oder Behandlungsverfahren, bei denen die Gesichtszüge des Patienten erkennbar sind). Selbst wenn Teile des Gesichts (z. B. durch Balken oder Verpixeln) unkenntlich gemacht werden, sollte bei solchen Bildern stets die schriftliche Einwilligung des Patienten eingeholt werden.

Gleiches gilt für Fälle, in denen aufgrund besonderer körperlicher Merkmale, wie etwa auffälliger Narben, Amputationen, Pigmentierungen, Tätowierungen etc. Rückschlüsse auf die Person des Abgebildeten möglich sind. Auch bei Röntgenbildern kann es also in Einzelfällen möglich sein, aufgrund spezifischer anatomischer Besonderheiten Rückschlüsse auf die Person des Patienten zu ziehen.

Datenschutzrechtliche Legitimation

§ 28 Abs. 8 i. V. m. Abs. 6 Nr. 4 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) erlaubt eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten (wie Röntgenbilder und Patientenfotos) ohne Einwilligung des Patienten, wenn dies zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist und das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung überwiegt. Hieraus kann sich also in Einzelfällen die Berechtigung ergeben, Bilder auch ohne eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten für die wissenschaftliche Forschung zu verwenden.

Vergütung

Die Zielvereinbarung für Chefärzte

Zielvereinbarungen sind bei der Vergütung von Chefärzten die Regel geworden. Trotzdem sind sie exemplarisch für die Schwierigkeiten, Managementinstrumente aus anderen Branchen im Krankenhaus anzuwenden. Der Beitrag nennt die Knackpunkte, auf die der Chefarzt in den Verhandlungen über seine Zielvereinbarung unbedingt achten sollte.

Die DKG-Empfehlungen sichern medizinische Unabhängigkeit

Nach § 135c Sozialgesetzbuch V dürfen Zielvereinbarungen nicht auf finanzielle Anreize abstellen, die einzelne Leistungen, Leistungskataloge oder Messgrößen betreffen. Auf diese Weise soll die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gesichert werden. Denn in keinem anderen Wirtschaftsbereich besteht ein vergleichbarer Zielkonflikt zwischen dem gesellschaftlichen Auftrag, eine flächendeckende wirtschaftliche medizinische Versorgung sicherzustellen, und den zum Wettbewerb gehörenden Zwang, Gewinne zu erzielen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Bundesärztekammer (BÄK) haben deshalb „Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten“ aufgestellt. Danach gilt:

- Wenn Vorgaben dazu dienen, medizinisch gebotene Maßnahmen möglichst wirtschaftlich umzusetzen, ist dagegen als Zielvorgabe nichts einzuwenden.
- Diese Grenze ist überschritten, wenn die medizinische Indikationstellung und das dadurch bedingte ärztliche Handeln von dem

von RA Manfred Werthern,
Gollob Rechtsanwälte, München,
www.gollob-jur.de

ökonomischen Ziel beeinträchtigt wird, den Erlös zu steigern.

Praxishinweis

Haben Sie als Chefarzt Zweifel, ob Ihre Zielvereinbarungen zulässig sind, können Sie diese der „Gemeinsamen Koordinierungsstelle“ von BÄK und VLK (Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands) vorlegen. Manchmal reicht bereits ein entsprechender Hinweis an die Klinikleitung, um die Zielvereinbarung neu zu verhandeln.

Chefarzt hat auf Klinik-Strategie keinen Einfluss

Das Dilemma dabei ist, dass Krankenhäuser nach den Prinzipien des „management by objectives“ verfahren, um aus übergeordneten Unternehmenszielen für das Krankenhaus die Zielvereinbarungen für die operativen Abteilungsebenen abzuleiten. Dabei bestimmen jedoch die (mitverantwortlichen) Ärzte die Unternehmensziele nicht mit. Mit Zielvereinbarungen versucht die Krankenhausleitung, dem Chefarzt

eine ökonomische Mitverantwortung z. B. für die Kostenentwicklung seiner Abteilung zu übertragen – allerdings ohne ihn im Dienstvertrag zu ermächtigen, in ökonomischen Fragen mitzuentcheiden.

Mit der in den DKG-Empfehlungen seit Jahren unverändert vorgesehenen „Anhörung des Chefarztes“ bei der Aufstellung seines Abteilungsbudgets ist es nicht getan. Denn nur wenn die Aufstellung des Abteilungsbudgets mit ihm abgestimmt wird, könnte man von einem wirklichen „Mitentscheidungsrecht“ sprechen.

Für die Gesamtvergütung gilt die Faustregel 70 : 20 : 10

Positiv für den Chefarzt ist in erster Linie eine zusätzliche Vergütung in Form eines Bonus. Dieser wird für den Fall ausgelobt, dass die vereinbarten Zielvorgaben erreicht werden. Die Bedeutung dieser Zusatzvergütung relativiert sich jedoch erheblich, weil die zulässige Bonuszahlung im Verhältnis zur Gesamtvergütung lediglich als „Sahnehäubchen“ anzusehen ist.

Als Faustregel für die Vergütung gilt ein Verhältnis von 70 zu 20 zu 10. Das bedeutet: 70 Prozent der Gesamtvergütung sollten auf die feste Grundvergütung entfallen, 20 Prozent auf die variable Vergütung und 10 Prozent auf die Bonuszahlung.

Die Vorgabe der MBO-Ä

Auch § 3 Abs. 2 der Muster-Berufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) geht in diese Richtung. Danach darf die Vergütungsregelung die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung nicht gefährden. Wird z. B. eine 50:50-Regelung vereinbart, wird angenommen, dass die Unabhängigkeit akut gefährdet ist.

Diese Zielvorgaben sind zulässig

Der Chefarzt sollte prüfen, ob er nach den ihm im Anstellungsvertrag eingeräumten Kompetenzen befugt und in der Lage ist, die Zielvorgaben umzusetzen. Lautet die Zielgröße z. B., bei den **Personal- und/oder Sachkosten** seiner Abteilung eine bestimmte Zielgröße nicht zu überschreiten, kann er sich nur dann darauf einlassen, wenn das Personal- und/oder Sachkostenbudget mit ihm einvernehmlich festgesetzt wurde (Kongruenz zwischen Kompetenzen nach Dienstvertrag und Zielvorgaben).

Bei **harten Zielgrößen** wie etwa Case-Mix-Index, Fallzahlen und vollstationären Belegungstagen bergen Diskussionen über die (prozentuale) Zielerreichung zwar ein geringes Konfliktpotenzial. Sie sind rechtlich aber unzulässig.

Weiche Zielgrößen, die keine Beeinflussung der medizinischen Entscheidungsfreiheit befürchten lassen, sind oft schwer messbar, damit streitanfällig und in der Praxis kaum umsetzbar, z. B.:

- Qualitätssicherungsmaßnahmen einführen
- Patientenzufriedenheit erhöhen
- Medizinische Dokumentation verbessern

Andere zulässige weiche Zielvorgaben können **reguläre Aufgaben** des Chefarztes betreffen, die an sich mit der Grund- und der variablen Vergütung abgegolten sind, z. B.:

- Entlassmanagement verbessern
- Eigenständige Fachabteilung aufbauen
- Organisation/Abläufe optimieren

Fazit

Von der Faustregel 70:20:10 sollte zumindest nicht insofern abgewichen werden, als der Anteil der Grundvergütung abgesenkt und dafür die variable Vergütung und/oder die Bonuszahlung erhöht wird. Mit dem prozentualen Anstieg der variablen Vergütung und der Bonuszahlung an der Gesamtvergütung wächst die Gefahr, dass finanzielle Überlegungen die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen beeinflussen.

Der Chefarzt sollte am besten eine gewünschte Gesamtvergütung über Grund- und variable Vergütung anstreben – ganz ohne zusätzlichen Bonus. Soll der Bonus aus Sicht der Klinik als dritte Säule unbedingt ein Bestandteil der Gesamtvergütung sein, sollte – abweichend von den DKG-Empfehlungen – vereinbart werden, dass die Zielvereinbarung jährlich neu zu schließen ist.

Außerdem ist zu prüfen, ob anstelle der Ausschüttung eines Bonus die Beteiligungsquote der variablen Vergütung erhöht wird, wenn die vertraglich vereinbarten Ziele erreicht werden. Ein solches Vorgehen ist vor allem dann zu erwägen, wenn sich die vereinbarten Zielgrößen direkt oder indirekt auf die Erlöse des Krankenhauses auswirken, von denen die variable Vergütung abhängt. Das trifft auf eine Vielzahl von zulässigen „weichen“ Zielgrößen wie z. B. Einweiserpflege, Zertifizierung oder Aufbau einer Fachabteilung zu.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Sie finden die DKG-Empfehlungen zu Zielvereinbarungen unter www.iww.de/sl1825.
- Zum Download: [Muster eines Chefarztvertrags](#).

Krankenhaus Rating Report 2017**Beginnt mit dem Strukturfonds die große Konsolidierung?**

2015 hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser gegenüber den Vorjahren leicht verschlechtert. Die Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser lag bei rund 1 Prozent (2014: 0,9 Prozent). Die Ertragslage zeigte sich hingegen praktisch unverändert: 21 Prozent der Krankenhäuser schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust, 79 Prozent einen Gewinn. Das durchschnittliche Jahresergebnis stieg 2015 leicht auf 1,9 Prozent – nach 1,7 Prozent in 2014. Dies ergeben die Analysen der Jahresabschlüsse von 877 Krankenhäusern durch das RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und die Institute for Health Care Business (hcb) GmbH.

von Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, www.rwi-essen.de

Krankenhäuser sind unzureichend mit Kapital ausgestattet

2015 waren zwar 63 Prozent der Krankenhäuser voll investitionsfähig, nach 59 Prozent im Jahr zuvor. Nach wie vor ist die Kapitalausstattung der Krankenhäuser aber unzureichend. Ein hoher Anteil des Sachanlagevermögens war bereits stark abgeschrieben.

Die Bundesländer stellten 2015 Fördermittel von 2,8 Mrd. Euro zur Verfügung, also 3,5 Prozent der Erlöse der Krankenhäuser. Im Jahr 2000 waren es noch 6,8 Prozent der Erlöse. Mithin sank der Anteil des geförderten am gesamten Anlagevermögen von 66 Prozent im Jahr 2007 auf 51 Prozent in 2015. Der geschätzte jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) beläuft sich auf rund 5,4 Mrd. Euro, wenn das vorhandene Sachanlagevermögen gehalten

werden soll. Daraus ergibt sich eine jährliche Förderlücke der Länder von 2,6 Mrd. Euro.

Einwohnerdichte spielt keine Rolle

Die Einwohnerdichte, d. h. der Grad der Ländlichkeit, hat keine Bedeutung für die wirtschaftliche Lage. Große Krankenhäuser weisen typischerweise aber ein besseres Rating als kleine auf. Ein hoher Grad an Spezialisierung ist ebenfalls vorteilhaft, ebenso die Zugehörigkeit zu einer Kette – außer bei öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern.

Ostdeutsche Kliniken sind wirtschaftlich gesünder

Am schwierigsten ist die Lage weiterhin in Bayern, Niedersachsen/Bremen, Hessen und Baden-Württemberg. Die EBIT-Marge ist in Ostdeutschland signifikant höher. Private Träger schneiden besser als freigemeinnützige und diese wiederum besser als öffentlich-rechtliche Kliniken ab. Eine Ausnahme bilden öffentlich-rechtliche Kliniken in ärmeren Kreisen, die wirtschaftlich deutlich besser dastehen als solche in reichen Kreisen.

Strukturoptimierung beginnt

Die Krankenhausstrukturen sind nach wie vor in einigen Regionen ungünstig. Dort liegen eine große Standortdichte, viele kleine Einheiten und ein vergleichsweise niedriger Spezialisierungsgrad vor. Der Strukturfonds hat eine gewisse Dynamik zur Strukturoptimierung entfacht. Insgesamt entfallen 75 Prozent des Antragsvolumens auf Konzentrationsmaßnahmen, 22 Prozent auf Kapazitätsabbau und 3 Prozent auf Maßnahmen zur Umwandlung.

Bettenzahl erstmals unter 500.000

Die Krankenhauskapazitäten haben sich im Jahr 2015 gegenüber dem Vorjahr nur wenig verändert. Erstmals fiel die Bettenzahl jedoch unter 500.000. Die Marktanteile (nach Betten) nach Trägerschaft blieben unverändert. Der Marktanteil öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser lag bei 49 Prozent, der von freigemeinnützigen Einrichtungen bei 34 Prozent und der von privaten Häusern bei 17 Prozent.

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sank weiter auf 7,3 Tage. Die Bettenauslastung verharrte bei 77 Prozent. Die Zahl der Krankenhäuser (Institutskenziffern) verringerte sich um 1,2 Prozent auf 1.956.

Fallzahlenentwicklung für einzelne Krankenhausgruppen

Das gesamte Casemix-Volumen stieg im Jahr 2015 um 1,5 Prozent, die Fallzahl nur um 0,5 Prozent. Krankenhäuser mit einer Bettenzahl von 200 bis 499 Betten verzeichneten zwischen 2012 und 2014 den stärksten Anstieg der Fallzahlen, gefolgt von Krankenhäusern mit 500

bis 1.000 Betten. Bei kleinen Krankenhäusern mit weniger als 200 Betten fiel der Anstieg unterdurchschnittlich aus.

Die Fallzahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser stieg am stärksten, gefolgt von Krankenhäusern in privater und öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. In ländlichen Regionen mit geringer Einwohnerdichte war das Fallzahlenwachstum am geringsten. Krankenhäuser mit einer höheren Patientenzufriedenheit erreichten ein leicht höheres Fallzahlwachstum.

Regionale Unterschiede im Lohnniveau der Krankenhäuser

Eine Sonderanalyse untersucht erstmals gezielt regionale Unterschiede im Lohnniveau der Krankenhäuser. Generell variieren Lohnniveaus auf regionaler Ebene. Dies ist ein Grund, weshalb Preisniveaus von Produkten und Dienstleistungen regional variieren können. Das Lohnniveau der medizinischen Dienste variiert von rund - 10 Prozent bis + 5 Prozent um den Bundesdurchschnitt. Dabei fällt die Variation im Ärztlichen Dienst deutlich geringer aus als im Pflege-, medizinisch-technischen und Funktionsdienst. Im Ergebnis stellt sich die Frage, ob sich regionale Lohnkostenunterschiede in den Preisen der Leistungserbringung niederschlagen sollten.

Ost- und Süddeutschland haben die zufriedensten Patienten

Die Patientenzufriedenheit in Ost- und Süddeutschland liegt leicht höher als in anderen Regionen Deutschlands. Die Einwohnerdichte weist aber keinen Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit auf. Private Krankenhäuser schneiden bei sonst gleichen

Voraussetzungen etwas schlechter und freigemeinnützige besser als öffentlich-rechtliche ab. Jedoch werden für kleine Kliniken signifikant bessere Werte verzeichnet als für große. Kliniken mit hohem Spezialisierungsgrad kommen auf weit bessere Werte als solche mit niedrigem Spezialisierungsgrad. Hervorzuheben ist außerdem, dass Häuser mit einem besseren Rating auch eine höhere Patientenzufriedenheit besitzen.

Projektion bis 2025

Beim Blick in die Zukunft ergibt sich folgendes Bild:

- Rein demografisch bedingt ist bundesweit bis zum Jahr 2025 mit etwa 4 Prozent mehr Fällen als im Jahr 2015 zu rechnen.
- Schreibt man die Trends in den Prävalenzraten der Vergangenheit fort und berücksichtigt ambulantes Potenzial, könnte die Zahl der Fälle bis 2025 um 11 Prozent zunehmen. Ohne Berücksichtigung des ambulanten Potenzials dürfte sie sogar um 15 Prozent wachsen.
- Bis 2025 ist ein Rückgang der Verweildauer auf 6,5 Tage anzunehmen. Es ist daher trotz steigender Patientenzahlen mit einem Rückgang des Bettenbedarfs zu rechnen. Unter Berücksichtigung der Demografie, wachsender Prävalenzraten und ambulanten Potenzials dürften die Bettenüberkapazitäten von derzeit 9 auf 11 Prozent wachsen. Trotzdem dürfte die Zahl der Vollkräfte in allen medizinischen Diensten weiter zunehmen.
- Zwei zentrale Trends bestimmen die Gesundheitsversorgung: die geodemografische Entwicklung und eine steigende Innovationsdichte. Aus ihnen erwachsen

sowohl Chancen als auch Risiken für bestehende Leistungserbringer. Die demografische Entwicklung führt erstens zu einer wachsenden Zahl an Patienten. Damit gehen überproportional steigende Gesundheitsausgaben einher. Zweitens sinkt die Zahl der jüngeren Menschen und mithin die Zahl der Erwerbspersonen. Als Folge dürfte die Finanzierungslücke in der GKV wachsen. Drittens sinkt die Zahl der Fachkräfte in allen Branchen. Sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte werden am Arbeitsmarkt relativ knapper und damit teurer. Im Ergebnis dürften die Lohnkosten stärker steigen als die Preise für Gesundheitsleistungen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die Studie kann beim Verlag „med-hochzwei“ bestellt werden unter bit.ly/2w6D5HO.

Impressum



Herausgeber
Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag
IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion
RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung
Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis
Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.