

Krankenhaus Barometer – Frühjahrsumfrage 2000

- Zusammenfassung -

Vorbemerkung

Der Deutsche Krankenhausinstitut e.V. stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der ersten Krankenhauserhebung 2000 im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von April bis Juli 2000 durchgeführt worden ist.

Zielsetzung des auf mehrere Jahre angelegten *Krankenhaus Barometer* ist es, durch zweimal jährlich – jeweils im Frühjahr und im Herbst – erfolgende Befragungen von Krankenhäusern regelmäßig und zeitnah zentrale Daten und Informationen zur Entwicklung im Krankenhausbereich zu ermitteln und den Krankenhausverbänden zur Verfügung zu stellen.

Die **Grundgesamtheit der Erhebung** bildeten alle gemäß § 108 SGB V zugelassenen allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland. Die Bruttostichprobe lag bei 1.119 Krankenhäusern, die Rücklaufquote bei rd. 37%.

Die Ergebnisse der Frühjahrsumfrage beziehen sich vor allem auf die Entwicklung im Jahre 1999; daneben werden zu ausgewählten Aspekten aktuelle Einschätzungen der Krankenhäuser wiedergegeben.

Da es sich um die Basiserhebung handelt, können Veränderungsraten zum Vorjahr bzw. zu Vorjahren nicht ausgewiesen werden. Die Ermittlung von Veränderungsraten anhand der Ergebnisse der amtlichen Krankenhausstatistik 1998 zu den allgemeinen Krankenhäusern ist nicht möglich, da sich die Grundgesamtheit und Berechnungsweisen der Krankenhausstatistik von der des *Krankenhaus Barometer* unterscheiden.

Zur Entwicklung der Krankenhäuser im Jahre 1999

Zugangswege der Patienten

Etwa zwei Drittel der in den allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 1999 behandelten Patienten wurden durch niedergelassene Ärzte eingewiesen; rd. 13% wurden als Notfälle eingewiesen, sei es durch den Rettungsdienst (rd. 9%) oder den organisierten ambulanten Notfalldienst (rd. 4%). Immerhin etwa 9% der Patienten kamen als ambulante Notfälle ohne Einweisung (Selbsteinweiser) in das Krankenhaus. Hierbei ergaben sich in Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser deutliche Abweichungen vom skizzierten Gesamtbild über alle Krankenhäuser.

Belegungs- und Erlösdaten

Die durchschnittliche **Planbettzahl** der in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser lag bei 286 (alte Bundesländer: 276; neue Bundesländer: 340).

Die **Zahl der Krankenhaufälle** als Mittelwert aus Aufnahmen und Entlassungen (also einschließlich der Stundenfälle) lag 1999 bei 8.994 Fälle je Krankenhaus insgesamt (alte Bundesländer: 8.701 Fälle je Krankenhaus; neue Bundesländer: 10.568 Fälle je Krankenhaus).

Der durchschnittliche **Anteil der Fälle mit Fallpauschalen** an allen Krankenhaufällen lag bei 16,5%. Der **Anteil der Krankenhaustage**, die auf die Entgeltformen **Fallpauschalen und Sonderentgelte** entfallen, an der Gesamtzahl der Krankenhaustage lag 1999 im Durchschnitt aller Krankenhäuser bei rd. 21%. Bezogen auf die unterschiedlichen Krankenhausgrößenklassen bewegte sich der Anteil der pauschalierten Entgeltformen zwischen 18,2% (Krankenhäuser unter 100 Betten) und 22,4% (Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten) und wies damit eine relative enge Bandbreite auf.

Der **Erlösanteil** der Fallpauschalen und Sonderentgelte an den Gesamterlösen der Krankenhäuser lag 1999 bei rd. 24%. Fast drei Viertel der Erlöse der Krankenhäuser entfielen auf Basis- und Abteilungspflegesätze.

Insgesamt ergeben sich damit hinsichtlich des Anteils der pauschalierten Entgeltformen an den Krankenhaustagen für 1999 ähnliche Werte für die Krankenhäuser insgesamt und für die einzelnen Krankenhausgrößenklassen wie 1997, dem letzten Untersuchungsjahr der *Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995*. Auch die Struktur der Erlöse hat sich im Vergleich zu 1997 kaum verändert.

Die **Gesamtverweildauer** als der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt aller vollstationären Patienten lag im Durchschnitt aller Krankenhäuser 1999 bei 9,3 Tagen. Sie differierte relativ wenig zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größenklassen.

Die **Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich** war mit 8,2 Tagen im Durchschnitt aller Krankenhäuser 1,3 Tage kürzer als die **Verweildauer im Budgetbereich** mit 9,5 Tagen. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, daß es sich bei den Verweildauern jeweils um krankenhausbetonte Werte handelt; Aussagen zum Vergleich der Verweildauern im Fallpauschalen- und Budgetbereich auf Fachabteilungsebene können hieraus nicht abgeleitet werden.

Der durchschnittliche **Auslastungsgrad** der Krankenhäuser insgesamt lag 1999 bei rd. 80%, bei einer Bandbreite von rd. 76% bei den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten und rd. 81% bei den großen Krankenhäusern mit 600 Betten und mehr.

Der relativ geringe durchschnittliche Auslastungsgrad der Krankenhäuser wird nicht zuletzt vom Rückgang der Verweildauer beeinflusst sein. Denn insgesamt weist die Verweildauer von 9,3 Tagen im Durchschnitt aller allgemeinen Krankenhäuser darauf hin, daß sich die Tendenz des Rückgangs der Verweildauer auch im Jahre 1999 weiter fortgesetzt hat. Dies gilt ungeachtet der Tatsache, daß wegen unterschiedlicher Grundgesamtheiten und Berechnungsweisen ein direkter Vergleich der Verweildauer der allgemeinen Krankenhäuser der amtlichen Kran-

kenhausstatistik 1998 (10,2 Tage) und der Verweildauer der Krankenhäuser des *Krankenhaus Barometer* 1999 (9,3 Tage) nicht möglich ist.

Vor- und nachstationäre Behandlung

Nicht ganz zwei Drittel der Krankenhäuser haben im Jahr 1999 vorstationäre Behandlungen erbracht; der Anteil der Krankenhäuser mit nachstationärer Behandlung lag mit rd. 61% etwas niedriger. Der Durchschnittswert über alle Krankenhäuser wird bei beiden Leistungsformen maßgeblich bestimmt durch die geringe Beteiligung der kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten. Bei den Krankenhäusern ab 300 Betten gehört demgegenüber die vor- und nachstationäre Behandlung inzwischen zum Standardangebot.

Ein Vergleich mit den Daten für das Jahr 1997 zeigt, daß die Beteiligung der Krankenhäuser der Größenklasse von 100 bis unter 300 Betten bei beiden Leistungsformen zugenommen hat. Die Krankenhäuser ab 300 Betten wiesen bereits 1997 eine ähnlich hohe Beteiligung auf.

Leistungsgeschehen

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Rund die Hälfte der in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser nahmen 1999 am ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V teil. Der Durchschnittswert für alle Krankenhäuser wird maßgeblich bestimmt durch die sehr geringe Beteiligung der kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten; hierunter sind überproportional Krankenhäuser mit Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhäuser vertreten, bei denen ambulante Operationen abrechnungstechnisch dem niedergelassenen Bereich zugerechnet werden. Demgegenüber lag der Anteil der Krankenhäuser, die ambulante Operationen durchführen, in den anderen Größenklassen mit rd. 60% (100 bis 300 Betten), rd. 72% (300 bis unter 600 Betten) und rd. 87% (600 Betten und mehr) erheblich über dem Durchschnittswert für alle Krankenhäuser

Die durchschnittliche Zahl der ambulant operierten Patienten lag insgesamt bei 297 Patienten, in den Krankenhäusern mit 100 bis 300 Betten bei 172 Patienten und in den Krankenhäusern ab 600 Betten bei 796 Patienten pro Krankenhaus.

Im Vergleich zu 1997 hat die Teilnahme der Krankenhäuser am ambulanten Operieren zwar zugenommen, sowohl was die Beteiligung als solche als auch was die Zahl der Patienten mit ambulanten Operationen betrifft. Lediglich in den großen Krankenhäusern hat sich die Versorgungsform *ambulantes Operieren im Krankenhaus* allerdings insoweit durchgesetzt, als das ambulante Operieren als Leistungsform grundsätzlich angeboten wird. In den anderen Krankenhausgrößenklassen gibt es weiterhin einen erheblichen Anteil von Krankenhäusern, die ambulante Operationen als Institutsleistung nicht durchführen. Die Zahl der in den allgemeinen Krankenhäusern ambulant operierten Patienten ist trotz der Zunahme unverändert sehr gering und liegt 1999 nach einer entsprechenden Hochrechnung bei rd. 280.000 Fällen.

Veränderung der Leistungsstruktur / Verlegungsverhalten

Jeweils etwa ein Viertel der Krankenhäuser hat 1999 sowohl das Leistungsspektrum im Bereich der Fallpauschalen/Sonderentgelte als auch das Leistungsspektrum im Budgetbereich ausgeweitet. Eine Reduzierung der Leistungsspektren wurde demgegenüber nur von einer kleinen Minderheit vorgenommen.

Ein Teil der Krankenhäuser hat nach eigenen Angaben 1999 mehr Patienten in Rehabilitationseinrichtungen (rd. 17% der Krankenhäuser) sowie Patienten früher in Rehabilitationseinrichtungen (rd. 26% der Krankenhäuser) verlegt.

Personalbereich

Angewandte Tarifwerke

Der BAT bzw. der BAT-O und die Manteltarifverträge für ArbeiterInnen sind die beiden Tarifwerke, die in den alten und neuen Bundesländern am häufigsten angewendet werden. An dritter Stelle rangieren mit unterschiedlichen regionalen Schwerpunkten die Tarifwerke der konfessionellen Krankenhäuser - die AVR Diakonie und AVR Caritas – mit einem Anteil von insgesamt rd. 25% bis 30% der Krankenhäuser.

Der Verbandstarif der Privatkrankenanstalten und Haustarife werden insgesamt von rd. 12% der Krankenhäuser angewendet; in den neuen Bundesländern kommen hierbei der Verbandstarif der Privatkrankenanstalten in sehr geringem Umfang, Haustarife demgegenüber überdurchschnittlich häufig (in mehr als 10% der Krankenhäuser) zur Anwendung.

Veränderung der Personalkosten

Im Jahr 1999 stiegen die Personalkosten in den Krankenhäusern im Durchschnitt um 2,57%; in den alten Bundesländern lag die Steigerungsrate bei 2,64%, in den neuen Bundesländern bei 2,25%. Damit lag die Steigerung sowohl insgesamt als auch in den alten bzw. neuen Bundesländern über der durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen je Mitglied (Obergrenze für Budgetsteigerungen).

Eine Analyse der Veränderung der Personalkosten im einzelnen zeigt,

- daß rd. 13% der Krankenhäuser ihre Personalkosten 1999 im Vergleich zu 1998 senken konnten;
- daß in rd. zwei Drittel der Krankenhäuser die Personalkostensteigerungen über 2% lagen;
- daß etwa 18% der Krankenhäuser Personalkostensteigerungen von mehr als 5% verzeichneten.

Veränderung der Personalstruktur

Im Jahr 1999 haben die Krankenhäuser sowohl im Ärztlichen Dienst als auch im Pflegedienst Stellen abgebaut, wobei allerdings deutlich mehr Krankenhäuser Stellen im Pflegedienst (rd. 33% der Krankenhäuser) als im Ärztlichen Dienst (rd. 9% der Krankenhäuser) abgebaut haben. Knapp die Hälfte der Krankenhäuser hat zudem 1999 offene Stellen im Ärztlichen Dienst, über 60% der Krankenhäuser offene Stellen im Pflegedienst zeitweise nicht besetzt.

Ein Teil der Krankenhäuser hat ferner Aus- und Weiterbildungsstellen im Ärztlichen Dienst (rd. 6 % bzw. rd. 10% der Krankenhäuser) und im Pflegedienst reduziert (rd. 14% bzw. rd. 5% der Krankenhäuser).

Finanzierung der Unterdeckung der Personalkosten

Zu den häufigsten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Finanzierung von Unterdeckungen im Bereich der Personalkosten zählen *Maßnahmen zur allgemeinen Kostensenkung / Rationalisierung bzw. Optimierung von Arbeitsabläufen, Abbau von Personal, Veränderung der Arbeitsbedingungen, zeitweise Nichtbesetzung offener Stellen, Maßnahmen zur Verbesserung der Einnahmesituation.*

Krankenhäuser und Krankenkassen

In rd. 6% der Krankenhäuser fand im Jahr 1999 eine **Fehlbelegungsprüfung** durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen statt. Hierbei waren die Krankenhäuser der neuen Bundesländer weit überproportional betroffen; in jedem fünften Krankenhaus erfolgte eine Fehlbelegungsprüfung gegenüber jedem 25. Krankenhaus in den alten Bundesländern.

Über 70% aller Krankenhäuser hatten 1999 Schwierigkeiten im Zusammenhang mit **Kostenübernahmeerklärungen** von seiten der Kostenträger, wobei die Krankenhäuser mit steigender Größe zunehmend betroffen waren.

Wie bereits in den vergangenen Jahren wurde auch für das Jahr 2000 der Grundsatz der prospektiven Budgetvereinbarung in der Praxis nur sehr unzureichend umgesetzt: Ende April/Anfang Mai verfügten mindestens vier Fünftel der Krankenhäuser noch nicht über eine **Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2000**.

Ausgewählte Probleme der Krankenhäuser im Jahre 2000

Umsetzung ICD-10

Die Krankenhäuser sind seit dem 01.01.2000 verpflichtet, ihre medizinischen Leistungen anhand der ICD-10 zu kodieren. Die im Vorfeld der Umsetzung geäußerte Befürchtung, daß es zu erheblichen Umstellungsproblemen kommen werde, hat sich nicht bestätigt. Bei der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser ergaben sich durch die Anwendung der ICD-10 keine oder nur geringfügige Probleme.

Integrationsversorgung

Lediglich 6% der Krankenhäuser planten z.Z. der Erhebung eine Teilnahme an der Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V innerhalb der nächsten zwölf Monate. Über die Hälfte der Krankenhäuser beabsichtigen definitiv keine Teilnahme innerhalb der nächsten zwölf Monate. Fast ein Drittel der Krankenhäuser hatte – wahrscheinlich mit Blick auf die noch unklaren Rahmenbedingungen der Integrationsversorgung – noch nicht über eine Teilnahme entschieden.

Einschätzungen zum DRG-System 2003

Durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems zum 01.01.2003 beschlossen. Die Krankenhäuser wurden anhand einer Reihe von vorgegebenen Aussagen zu den möglichen Auswirkungen des geplanten DRG-Systems um ihre Einschätzungen gebeten. Hiernach gehen die Krankenhäuser mehrheitlich davon aus, daß das Entgeltsystem große Auswirkungen auf ihr Haus haben wird und sich die externen und internen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit teilweise grundlegend verändern werden, wobei sowohl positive Entwicklungen (z.B. Förderung der wirtschaftlichen Leistungserbringung) als auch negative Entwicklungen (z.B. Zunahme der Patientenselektion) erwartet werden.

Handlungsbedarf

Die Krankenhäuser wurden gebeten, jeweils den aus ihrer Sicht dringendsten innerbetrieblichen Handlungsbedarf sowie den dringendsten krankenhauspolitischen Handlungsbedarf zu nennen.

Als dringendster **innerbetrieblicher Handlungsbedarf** wurden am häufigsten genannt: *Vorbereitung auf die DRG's, Verbesserung von Arbeitsabläufen und medizinischen Prozessen, Verbesserung der Dokumentation/Kodierung, Einführung oder Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, Ausbau der Kostenträgerrechnung.*

Krankenhauspolitischer Handlungsbedarf ergibt sich aus der Forderung der Krankenhäuser nach *Erhöhung der Planungssicherheit durch längerfristige und verlässliche Gesetze, Sicherung einer leistungsgerechten Vergütung sowie Refinanzierung der Personalkostensteigerungen über das Budget.*

Oktober 2000

Dr. Margaret Asmuth
Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Tersteegenstr. 3, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0221/ 47051-0, Fax: 0221/ 47051-19