



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Krankenhaus Barometer

Herbstumfrage 2001



Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf

Februar 2002

Inhaltsverzeichnis

Krankenhaus Barometer

Herbstumfrage 2001

1	Einleitung	4
2	Belegungsdaten der Krankenhäuser im 1. Halbjahr 2001	5
2.1	Betten	5
2.2	Fälle und Pfegetage	5
2.3	Verweildauer und Auslastungsgrad	8
2.4	Vor- und nachstationäre Behandlung	10
3	Personal der Krankenhäuser im Jahr 2001	12
3.1	Durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte	12
3.2	Belastungszahl nach Fällen	13
3.3	Veränderung der Personalsituation	15
3.4	Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst	17
3.5	Kontrolle Einhaltung Arbeitszeitgesetz	19
4	Rechtsform der Krankenhäuser	20
4.1	Derzeitige Rechtsform der Krankenhäuser	20
4.2	Veränderung der Rechtsform	21
5	Kosten der Vorbereitung auf die DRGs	22
5.1	Schaffung neuer Stellen	22
5.2	Anschaffung von Software	23
5.3	Externe Kosten für die Schulung von Mitarbeitern	25
5.4	Kosten für externe Beratungsunternehmen	26

5.5	Gesamtkosten für die Vorbereitung auf das DRG-System seit Anfang 2000	27
6	Teilnahme an DRG-Probelaufen/Benchmarking-projekten	29
7	Qualitätssicherung	31
7.1	Qualitätsmanagementansätze	31
7.2	KTQ-Zertifizierung	32
7.3	Externe Qualitätssicherung	35
7.4	Krankenhausvergleich anhand der BQS-Qualitätsdaten	38
8	Outsourcing/ Insourcing	40
8.1	Outsourcing und Insourcing seit dem 1. Januar 2000	40
8.2	Ausgelagerte Bereiche	41
8.3	Gründe für die Auslagerung	42
8.4	Betriebsübergang oder Personalgestellung	43
8.5	Erfüllte Erwartungen	43
9	Fehlbelegungsprüfungen	45
	Anhang	46

1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der vierten Krankenhauserhebung 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 Oktober bis Dezember 2001 durchgeführt worden ist.¹ Beteiligt haben sich insgesamt 510 Krankenhäuser; eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält Anhang A.

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

In Kapitel 2 wird zunächst die Entwicklung der Krankenhäuser im ersten Halbjahr 2001 dargestellt. Berichtet wird über die Belegungsdaten der Krankenhäuser in diesem Halbjahr; soweit möglich und sinnvoll sind auch Vergleichsdaten zum ersten Halbjahr 2000 angegeben.

In Kapitel 3 wird über die Personalsituation der Krankenhäuser im Jahr 2000 berichtet. Hierbei geht es neben der Anzahl der durchschnittlich beschäftigten Vollkräfte u.a. auch um die Belastungszahl nach Fällen sowie um nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst.

Die Rechtsform der Krankenhäuser ist Thema von Kapitel 4.

Während in Kapitel 5 über die Kosten der Vorbereitung der Krankenhäuser auf die DRG-Einführung berichtet wird, behandelt Kapitel 6 die Teilnahme von Krankenhäusern an DRG-Probelaufen.

Kapitel 7 hat Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Inhalt. Hier geht es neben einer möglichen KTQ-Zertifizierung auch um Verfahren der externen Qualitätssicherung und um eine Einschätzung des Krankenhausvergleichs auf der Grundlage der BQS-Qualitätsdaten.

Outsourcing und Insourcing werden in Kapitel 8 behandelt. Im abschließenden Kapitel 9 wird über sogenannte Fehlbelegungsprüfungen berichtet.

¹ Wir möchten an dieser Stelle den Krankenhäusern danken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

2 Belegungsdaten der Krankenhäuser im 1. Halbjahr 2001

2.1 Betten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser verfügten im 1. Halbjahr 2001 durchschnittlich über 290 Planbetten, wobei 50% der Krankenhäuser weniger als 220 Planbetten aufwiesen. Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wiesen mit durchschnittlich 353 Planbetten eine um 27% höhere Planbettenzahl auf als die Krankenhäuser in den alten Bundesländern mit durchschnittlich 278 Planbetten.

2.2 Fälle und Pfl egetage

Die Zahl der Krankenhausfälle als Mittelwert aus Aufnahmen und Entlassungen² lag im 1. Halbjahr 2001 bei 5.123 Fällen je Krankenhaus (1. Halbjahr 2000: 4.874). Dies entspricht 17,6 Fällen je Bett. Gegenüber dem 1. Halbjahr 2000 stieg damit die Fallzahl je Bett um 0,8 Fälle bzw. rd. 5% an.

In den alten Bundesländern lag die mittlere Fallzahl je Haus bei 4.943 (1. Halbjahr 2000: 4.739). In den neuen Bundesländern war die mittlere Fallzahl je Krankenhaus auch im 1. Halbjahr 2001 deutlich höher als in den alten Bundesländern. Sie lag bei 6.081 Fällen je Krankenhaus (1. Halbjahr 2000: 5.599).

Die Fallzahl je Bett war in den alten Bundesländern mit 17,7 (1. Halbjahr 2000: 16,9) und in den neuen Bundesländern mit 17,0 (1. Halbjahr 2000: 16,4) weitgehend identisch.

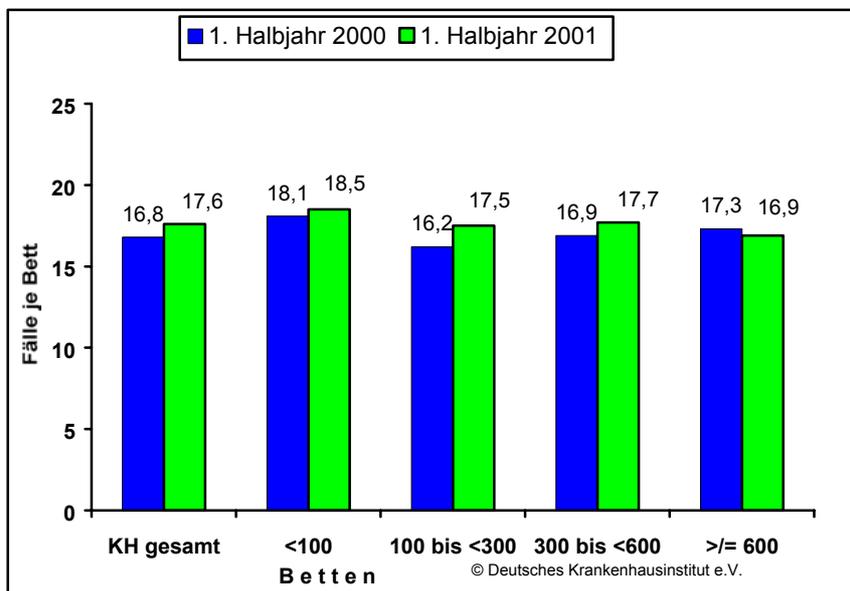


Abb. 1: Fälle je Bett nach Größenklassen

Differenziert man die Krankenhäuser nach Größenklassen, so zeigen sich Unterschiede bei den Fällen je Bett (vgl. Abb. 1). Die Fallzahlen je Bett bei den Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten haben sich auf hohem Niveau stabilisiert.

² Die Fälle schließen die Stundenfälle ein und unterscheiden sich damit von der Abgrenzung der amtlichen Krankenhausstatistik.

Dagegen erhöhten sich die Fallzahlen je Bett bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen mit 100 bis unter 600 Betten im Vergleich zum 1. Halbjahr 2000 deutlich. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten sank die Zahl der Fälle je Bett leicht.

Bei den Fällen mit Fallpauschalen ergibt sich für die in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser ein durchschnittlicher Anteil von 16,4% an allen Fällen.³ In den alten Bundesländern lag der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen mit 16,8% um 2,1 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil in den neuen Bundesländern, wo Krankenhäuser durchschnittlich 14,7% der Fälle mit Fallpauschalen abrechneten. Im Vergleich zum 1. Halbjahr 2000 ergeben sich beim Anteil der Fälle mit Fallpauschalen kaum Veränderungen.

Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle an den Gesamtfällen variiert deutlich in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (vgl. Abb. 2): So weisen die kleinen Krankenhäuser einen überdurchschnittlichen Anteil, die Krankenhäuser ab 600 Betten einen unterdurchschnittlichen Anteil aus. Die deutlich Schwankung des Anteils der Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen bei den Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten ist auf die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben zurückzuführen.

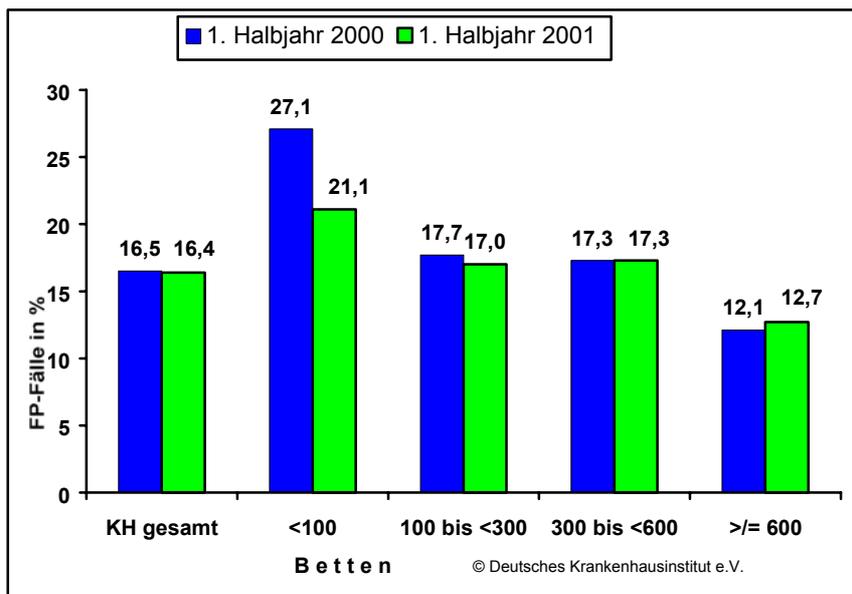


Abb. 2: Fälle mit Fallpauschalen in % aller Fälle nach Größenklassen

Der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich an der Gesamtzahl aller Krankenhaustage⁴ lag im 1. Halbjahr 2001 bei 15,5% (1. Halbjahr 2000: 14,9%). Der entsprechende Anteil der Belegungstage für Patienten mit Sonderentgelten lag bei 5,9% (1. Halbjahr 2000: 5,9%). Der Anteil der Belegungstage für Patienten mit Sonderentgelten nimmt mit der Krankenhausgröße zu, der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich tendenziell ab.

³ Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle bezieht sich auf alle Krankenhäuser, also unter Einschluss auch der Krankenhäuser, die keine Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

⁴ Summe aus Belegungstagen im Budgetbereich und Belegungstagen im Fallpauschalen-Bereich.

Der Anteil der Krankenhaustage, die auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallen, lag demnach im 1. Halbjahr 2001 wie schon in den vergangenen Umfragen im Durchschnitt aller Krankenhäuser bei rd. 21% der Krankenhaustage. Bezogen auf die unterschiedlichen Größenklassen bewegte sich der Anteil der pauschalierten Entgeltformen zwischen 18,9% bei den Krankenhäuser ab 600 Betten und 23,3% bei den Krankenhäusern mit 300 bis unter 600 Betten.

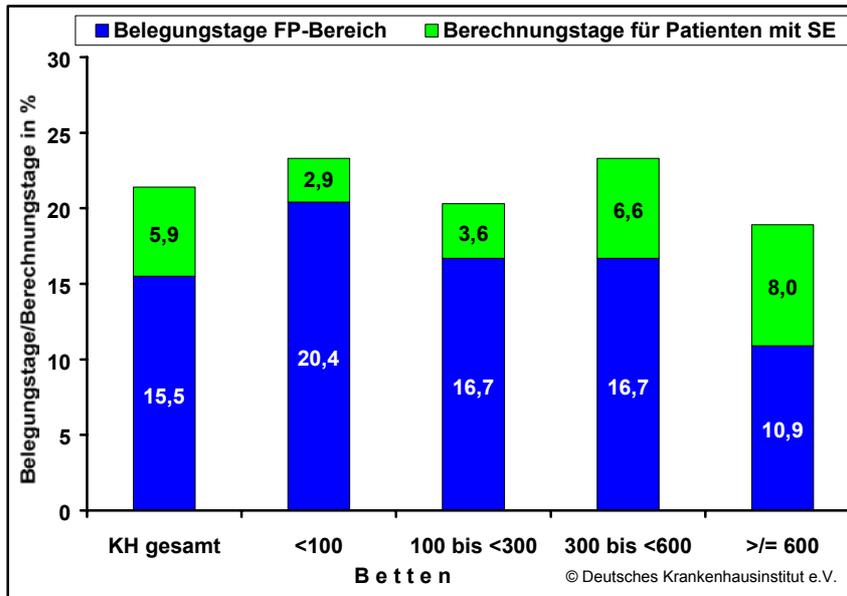


Abb. 3: Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich und Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten 1. Halbjahr 2001 nach Größenklassen

Insgesamt zeigt sich seit 1997 – dem letzten Bezugsjahr der *Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung* – eine Konstanz beim Anteil der pauschalierten Entgeltformen an allen Krankenhaustagen. Trotz leichten Variationen trifft dies auch auf der Ebene der 4 Bettengrößenklassen zu.

2.3 Verweildauer und Auslastungsgrad

Mit den Ist-Daten für das 1. Halbjahr 2001 können folgende Verweildauern ermittelt werden:

- die **Gesamtverweildauer** als der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt aller vollstationären Patienten,
- die **Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich** als der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt der „Fallpauschal-Patienten“,
- die **Verweildauer im Budgetbereich** als der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt der „Budget-Patienten“.

Für das 1. Halbjahr 2001 ergab sich eine durchschnittliche **Gesamtverweildauer** von 8,7 Tagen (1. Halbjahr 2000: 9,1 Tage). Die Verweildauer differiert relativ wenig zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe (vgl. Abb. 4). Am längsten war die Gesamtverweildauer bei den Krankenhäusern ab 600 Betten mit 9,1 Tagen.

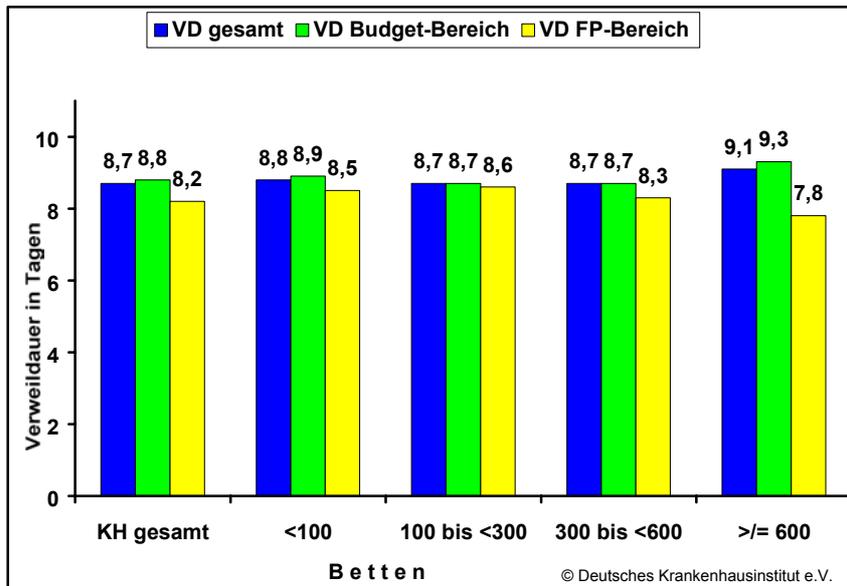


Abb. 4: Verweildauern 1. Halbjahr 2001 in Tagen nach Größenklassen

Differenziert man die Verweildauer nach Budget- und Fallpauschalen-Bereich, so zeigt sich, dass die **Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich** im 1. Halbjahr 2001 im Durchschnitt aller Krankenhäuser 0,6 Tage kürzer war als die **Verweildauer im Budgetbereich**. Besonders groß ist der Unterschied zwischen den Verweildauern im Fallpauschalen- und Budgetbereich bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten mit 1,5 Tagen.

Die durchschnittliche Gesamtverweildauer sowie die Verweildauer im Budgetbereich sind im Vergleich zum 1. Halbjahr 2000 um 0,4 bzw. 0,5 Tage gesunken. Die Verweildauer im Fallpauschalenbereich bleibt im gleichen Zeitraum konstant bei 8,2 Tagen.

Der durchschnittliche **Auslastungsgrad** der Krankenhäuser lag im 1. Halbjahr 2001 bei 84,1%⁵ und damit leicht über der Auslastung im 1. Halbjahr 2000. Die Auslastung der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag mit 83,7% (1. Halbjahr 2000: 83,5%) niedriger als die der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 85,8% (1. Halbjahr 2000: 85,4%).

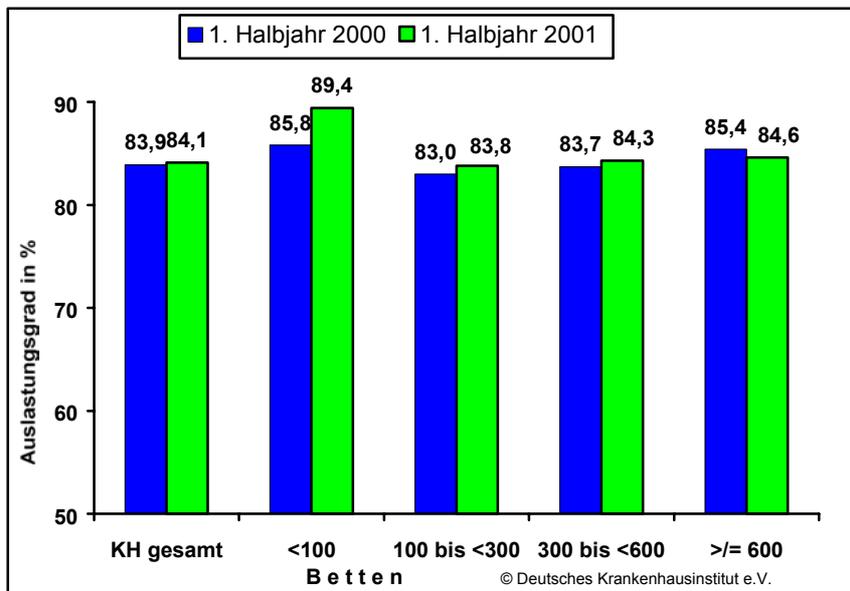


Abb. 5: Auslastungsgrad der Krankenhäuser 1. Halbjahr 2001 nach Größenklassen

Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten hat sich der Auslastungsgrad deutlich erhöht. Grund für die Veränderung dürfte im wesentlichen die unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben in den beiden Jahren sein.

Die Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 und 600 Betten haben im Vergleich zu 1999 eine moderate Steigerung des Auslastungsgrades.

Lediglich die Krankenhäuser ab 600 Betten mussten einen Rückgang der Auslastung hinnehmen. Sowohl die Anzahl der Betten als auch die Zahl der Pfl egetage sanken, allerdings unterschiedlich stark, so dass der Auslastungsgrad weiter sank.

⁵ Für die Ermittlung des Auslastungsgrades für das 1. Halbjahr 2001 wurden 182 Tage zugrunde gelegt. Aufgrund von saisonalen Schwankungen kann von der Höhe des Auslastungsgrades für das 1. Halbjahr 2001 nicht ohne weiteres auf den Auslastungsgrad für das gesamte Jahr 2001 geschlossen werden.

2.4 Vor- und nachstationäre Behandlung

Rd. 65% der Krankenhäuser erbrachten im 1. Halbjahr 2001 vor- bzw. nachstationäre Behandlungen. Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer waren bei beiden Leistungsformen mit einem Anteil von rd. 84% bzw. 88% überproportional beteiligt (vgl. Abb. 6).

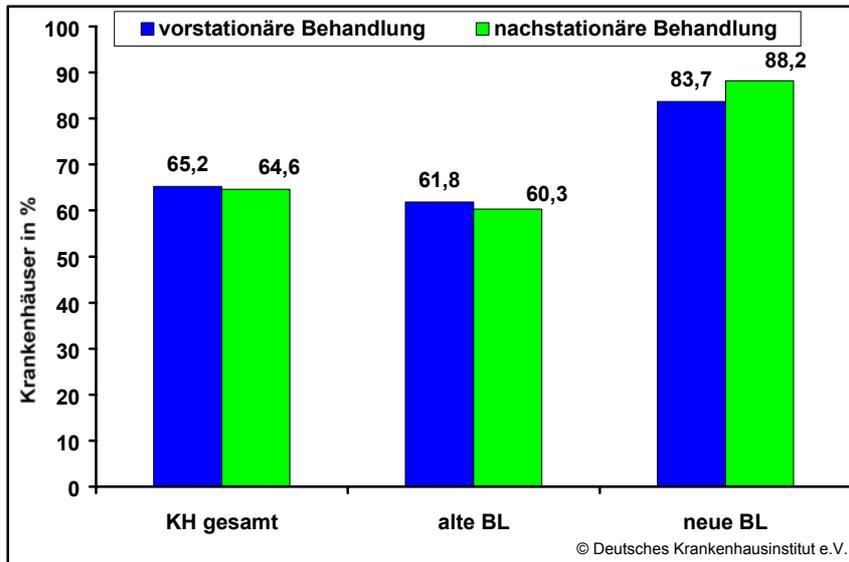


Abb. 6: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 1. Halbjahr 2001 nach alten und neuen Bundesländern

Da die Beteiligung der Krankenhäuser unter 100 Betten an beiden Behandlungsformen gering ist (vgl. Abb. 7) und der Anteil der kleinen Krankenhäuser in den neuen Bundesländern unterproportional ist, dürfte dieser Unterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern u.a. auf die durchschnittlich höhere Bettenzahl in den neuen Bundesländern zurückzuführen sein.

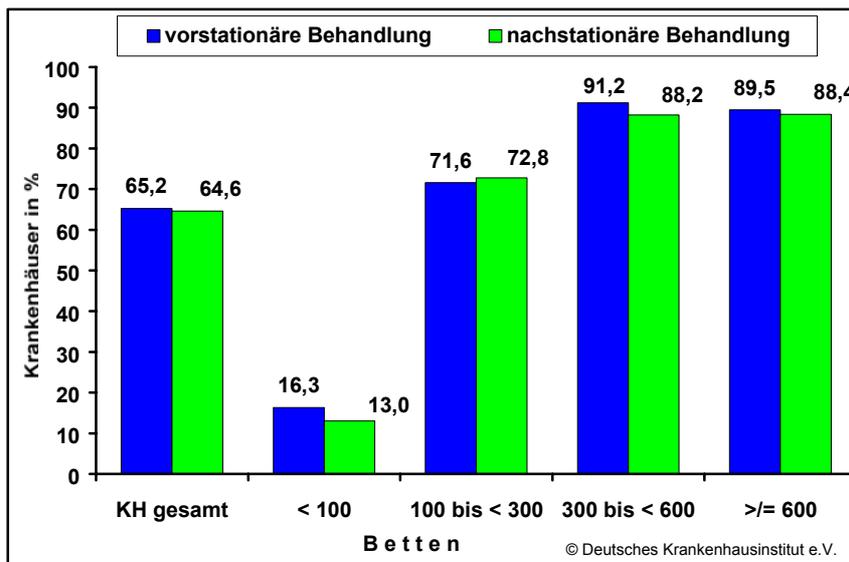


Abb. 7: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 1. Halbjahr 2001 nach Größenklassen

Der Durchschnittswert über alle Krankenhäuser der Stichprobe wird bei beiden Leistungsformen maßgeblich bestimmt durch die geringe Beteiligung der kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten; dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass in dieser Krankenhausgruppe Belegkrankenhäuser überrepräsentiert sind und die entsprechenden Leistungen daher nach vertragsärztlichen Grundsätzen erbracht und vergütet werden. Demgegenüber gehören bei den Krankenhäusern ab 300 Betten die vor- und nachstationäre Behandlung in der Regel zum Standardangebot (vgl. Abb. 7).

Über den Anteil der vor- und nachstationären Fälle an den vollstationären Fällen im Budgetbereich informiert Abbildung 8. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die L1-Statistik der LKA Fälle mit vor- und nachstationärer Behandlung ausschließlich im Zusammenhang mit den vollstationären Fällen im Budgetbereich erfasst. Unberücksichtigt bleibt demnach die vor- und nachstationäre Behandlung von Patienten mit Fallpauschalen.

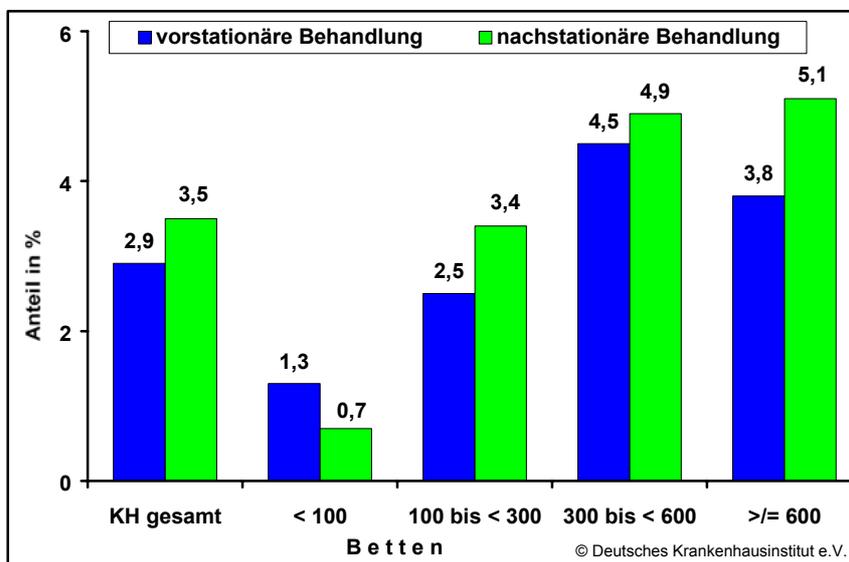


Abb. 8: Anteil vor- und nachstationärer Fälle an den vollstationären Fällen im Budgetbereich nach Größenklassen

Der Anteil der Fälle, die auf vor- und nachstationäre Behandlung entfallen, ist im Zeitablauf gestiegen. So lag der Anteil der Fälle mit vorstationärer Behandlung im 1. Halbjahr 2000 bei 2,5%, der Anteil der Fälle mit nachstationärer Behandlung noch bei 3%. Hierbei muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass im gleichen Zeitraum auch die Zahl der Fälle im Budgetbereich gestiegen ist.

3 Personal der Krankenhäuser

3.1 Durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte

Durch den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung wird auch eine Vereinbarung über die Anzahl und die Zusammensetzung des Personals getroffen. Hierbei erfolgt über die L2 der LKA eine Vereinbarung über die durchschnittlich beschäftigte Anzahl an Vollkräften.

Insgesamt konnten für das Jahr 2001 bei 479 Krankenhäusern rd. 199.073 durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte ermittelt werden. Mit einem Anteil von 43% stellt der Pflegedienst das größte Personalkontingent. Der Ärztliche Dienst sowie der Medizinisch-technische Dienst folgten mit einem Anteil von jeweils 12,5%.

Durchschnittlich wurden 2001 je Krankenhaus rd. 52 Ärzte beschäftigt. In den alten Bundesländern lag der Mittelwert bei rd. 50 Ärzten, in den neuen Bundesländern bei rd. 68 Ärzten. Auch beim Pflegedienst wurden im Durchschnitt in den neuen Bundesländern mehr Vollkräfte beschäftigt. Während in den alten Bundesländern im Mittel 172 Pflegekräfte beschäftigt wurden, lag der Durchschnittswert in Ostdeutschland bei 221.

Die Anzahl der durchschnittlich beschäftigten Vollkräfte variiert natürlich sehr stark zwischen den Krankenhäusern der einzelnen Bettengrößenklassen. Während etwa die Krankenhäuser unter 100 Betten durchschnittlich 85 Vollkräfte beschäftigten, waren im Jahr 2001 im Mittel 1.542 Vollkräfte in Krankenhäusern ab 600 Betten tätig.

Diese Unterschiede werden relativiert, wenn man die Vollkräfte in Beziehung zu der Zahl der Betten stellt.

So betreute im 1. Halbjahr 2001 im Durchschnitt jeder Arzt 5,5 Betten (vgl. Abb. 9).

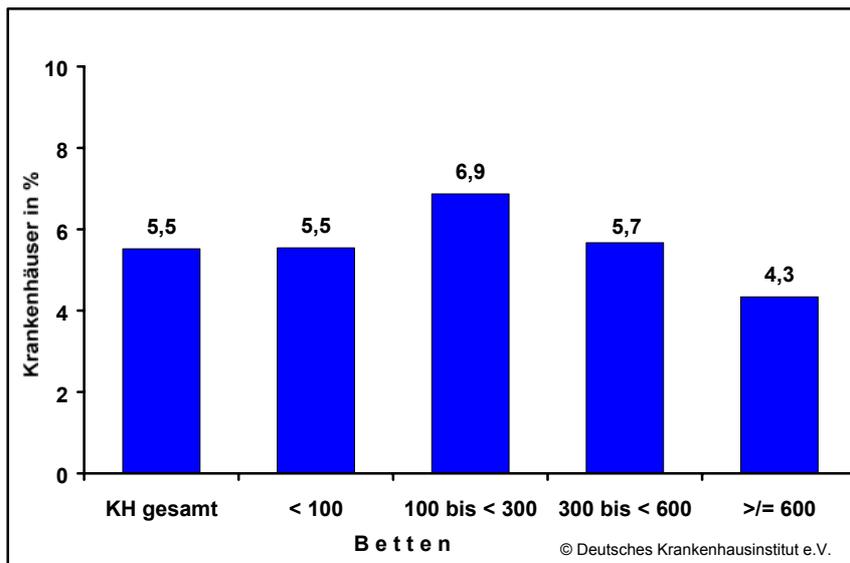


Abb. 9: Betten je durchschnittlich beschäftigtem Arzt
- 1. Halbjahr 2001 nach Größenklassen

In den Krankenhäusern zwischen 100 bis unter 300 Betten lag die Zahl der von jedem Arzt zu betreuenden Betten bei 6,9. Diese Betreuungsrelation lag in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten im Mittel bei 4,3 Betten.

Im Pflegedienst kamen auf jede Vollkraft 1,6 Betten (vgl. Abb. 10).

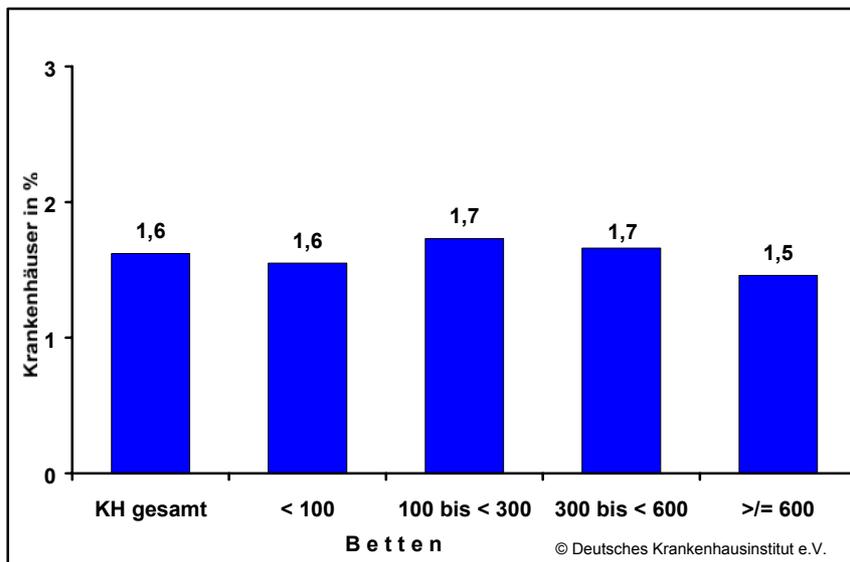


Abb. 10: Betten je durchschnittlich beschäftigter Vollkraft im Pflegedienst - 1. Halbjahr 2001 nach Größenklassen

Zwischen den Größenklassen liegen hinsichtlich der Zahl der von jeder Vollkraft im Pflegedienst zu versorgenden Betten kaum Unterschiede vor.

3.2 Belastungszahl nach Fällen

Die Belastungszahl nach Fällen wird als eine wesentliche Leistungskennziffer angesehen, da die Fallzahl in den letzten Jahren gestiegen ist, während die Verweildauer gesunken ist.

Betrachtet werden im Folgenden die beiden Belastungszahlen „Fälle je Arzt“ und „Fälle je Krankenschwester/Krankenpfleger“.⁶ Zu berücksichtigen ist, dass sich die Fallzahlen auf das erste Halbjahr 2001 beziehen.

Im 1. Halbjahr 2001 versorgte ein Arzt durchschnittlich rd. 96 Fälle (vgl. Abb. 11). In den alten Bundesländern lag die Zahl der Fälle je Arzt bei rd. 98, während in den neuen Bundesländern die Belastungszahl nach Fällen bei rd. 90 je Arzt lag.

Unterscheidet man zwischen Budgetfällen und Fallpauschal-Fällen, dann wird deutlich, dass ein Arzt in einer Vollkraftstelle durchschnittlich 81 Budgetfälle sowie 15 Fallpauschal-Fälle im 1. Halbjahr 2001 behandelte. Die Belastungszahlen für die alten Bundesländer (Budgetfälle je Arzt: 82,1; Fallpauschal-Fälle je Arzt: 15,9) lagen jeweils höher als in den neuen Bundesländern (Budgetfälle je Arzt: 77,1; Fallpauschal-Fälle je Arzt: 13,1).

⁶ Die Personalangaben beziehen sich jeweils auf Vollkräfte.

Differenziert man nach den Bettengrößenklassen, so ergeben sich zwei Gruppen von Krankenhäusern (vgl. Abb. 11). Die Krankenhäuser mit unter 100 Betten sowie die Krankenhäuser ab 600 Betten weisen jeweils unterdurchschnittliche Belastungszahlen nach Fällen je Arzt auf, wobei vor allem die großen Krankenhäuser deutlich unterhalb des Mittelwertes liegen.

Anders die Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 bis unter 600 Betten. Hier liegen die Belastungszahlen über dem Durchschnittswert. Vor allem die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten weisen eine erheblich höhere Belastung je Arzt auf als alle anderen Krankenhäuser.

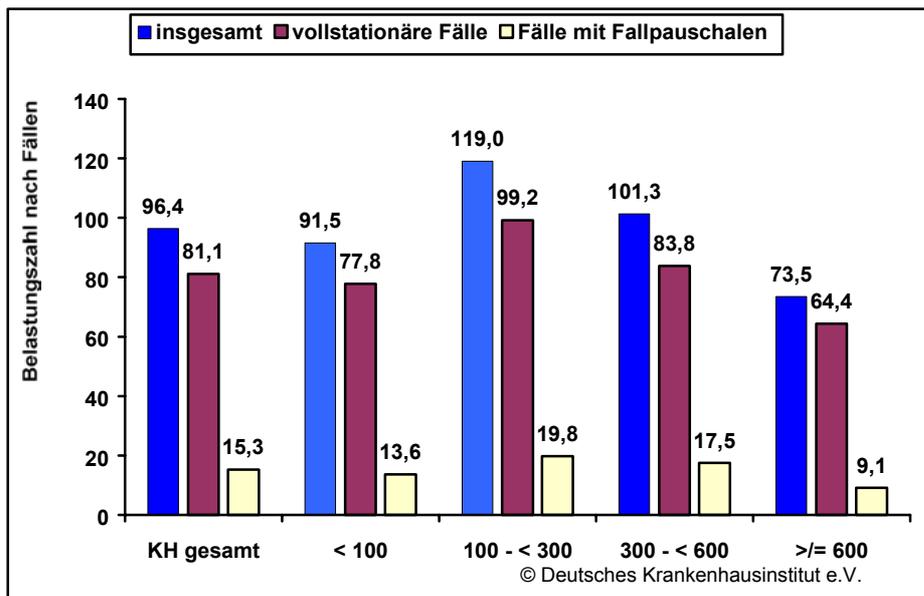


Abb. 11: Belastungszahl nach Fällen im 1. Halbjahr 2001 – Ärztlicher Dienst

Die Belastungszahlen nach Fällen für den Pflegedienst für das 1. Halbjahr 2001 sind aufgrund der größeren Anzahl des in diesem Bereich beschäftigten Personals niedriger als die entsprechenden Zahlen für den ärztlichen Bereich. Die durchschnittliche Belastungszahl nach Fällen lag bei rd. 28 Fällen je Vollkraft im Pflegedienst (vgl. Abb. 12). Der Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern ist hier nicht so groß wie bei den Ärzten. Während in den alten Bundesländern jede Kraft im Pflegedienst rd. 29 Fälle versorgte, lag die Belastungszahl in den neuen Bundesländern bei 27.

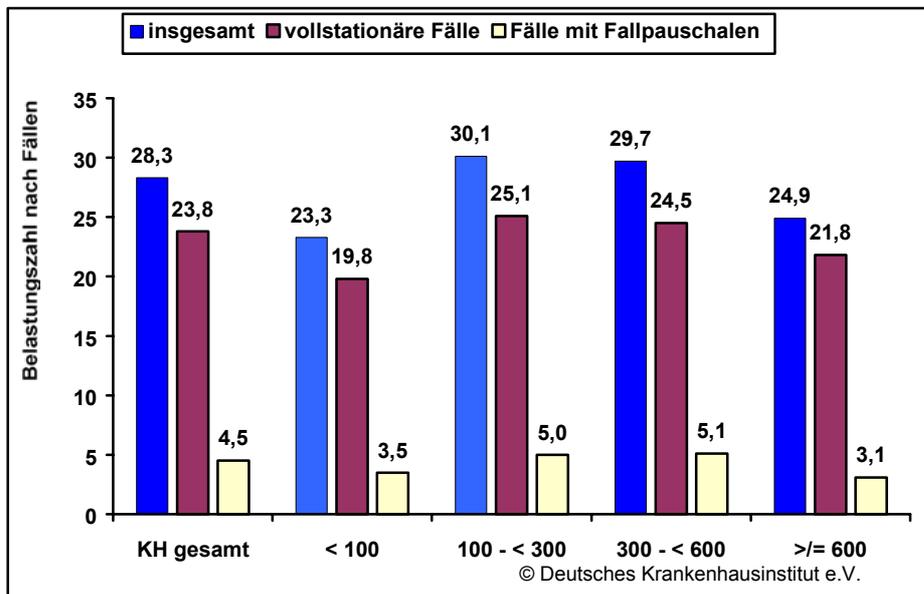


Abb. 12: Belastungszahl nach Fällen 1. Halbjahr 2001 – Pflegedienst

Wie schon bei den Ärzten ergeben sich auch hier wieder die gleichen 2 Krankenhausgruppen. Auf der einen Seite die Krankenhäuser mit unter 100 Betten und ab 600 Betten, bei denen die Belastungszahlen nach Fällen für den Pflegedienst niedriger als der bundesdeutsche Durchschnitt sind. Auf der anderen Seite wiederum die Häuser mit 100 bis unter 600 Betten. Sowohl die gesamte Belastungszahl nach Fällen als auch die Belastungszahlen für Budgetfälle und Fallpauschalen-Fälle liegen hier oberhalb des Mittelwertes.

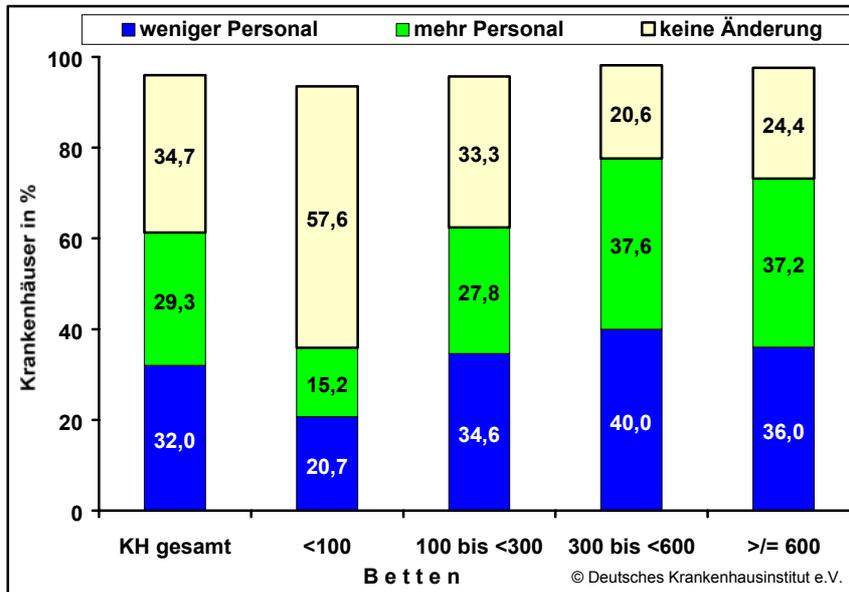
Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst ist die Spannweite zwischen den Belastungszahlen im Pflegedienst geringer.

3.3 Veränderung der Personalsituation

Im Vergleich zum Jahr 2000 wurden 2001 in rd. 32% der Krankenhäuser weniger Vollkräfte beschäftigt (vgl. Abb. 13). In rd. 29% der Krankenhäuser gab es mehr Personal. Keine Veränderungen ihres Personalbestandes meldeten 35% der Krankenhäuser.

Besonders auffallend ist der Unterschied zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern. So beschäftigten 30% der westdeutschen Krankenhäuser im Jahr 2001 weniger Personal als im Vorjahr beschäftigten. Dass Personal abgebaut wurde, gaben dafür 41% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern an. Lediglich 24% der ostdeutschen, aber 30% der westdeutschen Krankenhäuser hatten 2001 einen höheren Personalbestand (in Vollkräften) als im Vorjahr.

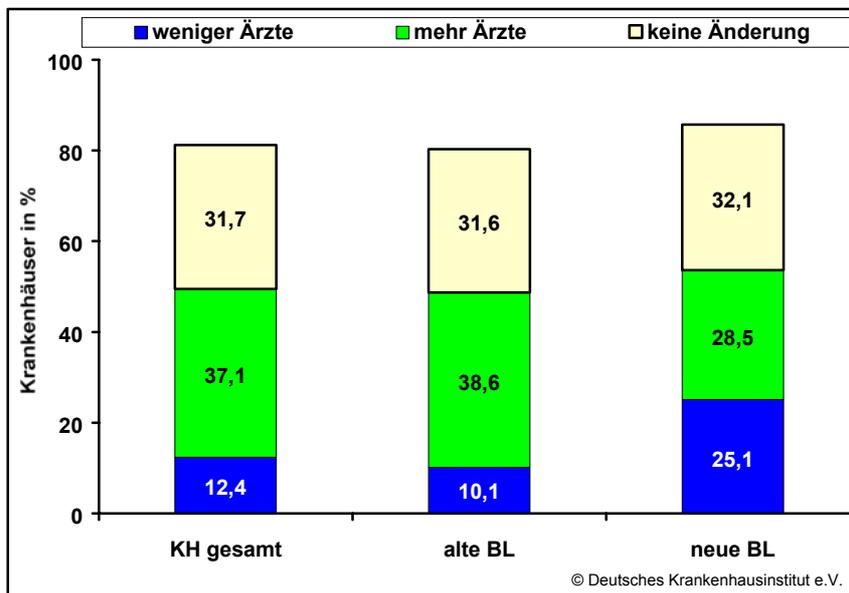
Bei der Mehrzahl der kleinen Krankenhäuser ergab sich im Vergleich zu 2000 keine Änderung der Personalsituation. Bei den Krankenhäusern ab 300 Betten hält sich der Anteil der Häuser, die Stellen abgebaut haben, in etwa die Waage mit den Häusern, die Personal eingestellt haben. Lediglich bei den Häusern mit 100 bis unter 300 Betten überwiegt der Anteil der Häuser deutlich, deren Personalbestand geringer als im Vorjahr ist.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 13: Veränderung Personalsituation 2001 im Vergleich zu 2000 nach Größenklassen

Für den Ärztlichen Dienst ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern (vgl. Abb. 14).



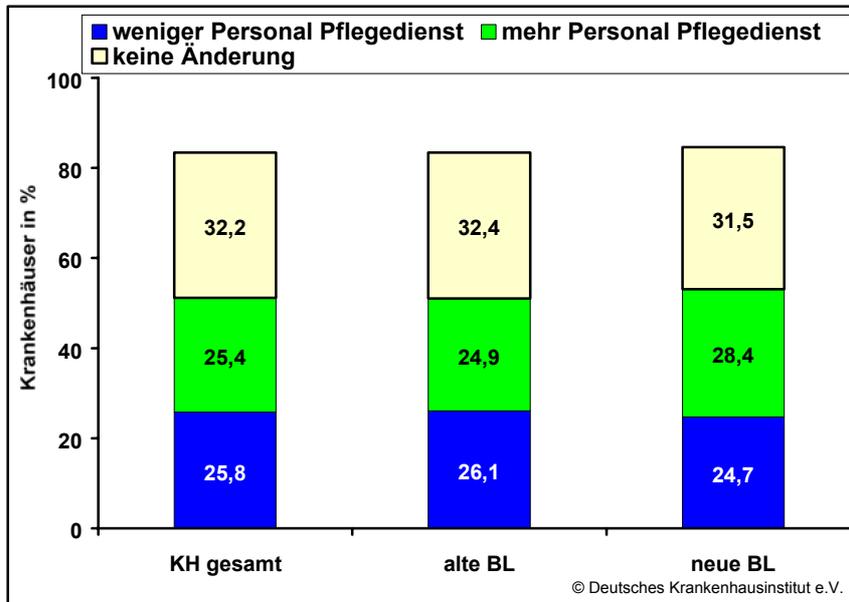
* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 14: Veränderung Personalsituation Ärztlicher Dienst 2001 im Vergleich zu 2000 nach alten und neuen Bundesländern

Im Vergleich zu 2000 wurden im Jahr 2001 in rd. 12% der Krankenhäuser weniger Ärzte beschäftigt. In jedem vierten ostdeutschen Krankenhaus gab es im Jahr 2001 weniger Ärzte als im Vorjahr. Dies war nur in 10% der westdeutschen Häusern der Fall.

Auf der anderen Seite gaben 39% der westdeutschen Häuser an, dass sie mehr Ärzte als im Vorjahr beschäftigt haben. In Ostdeutschland erfolgte eine zusätzliche Beschäftigung von Ärzten in rd. 28% der Krankenhäuser.

Für den Pflegedienst sieht die Situation anders aus. Hier liegen keine großen Unterschiede zwischen den west- und ostdeutschen Häusern vor (vgl. Abb. 15).



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 15: Veränderung Personalsituation Pflegedienst 2001 im Vergleich zu 2000 nach alten und neuen Bundesländern

In rd. einem Viertel der Krankenhäuser wurde 2001 weniger Personal im Pflegedienst (in Vollkräften) beschäftigt als 2000. Der Anteil der Krankenhäuser, die ihr Personal im Pflegedienst aufgestockt haben, liegt in etwa gleich hoch.

3.4 Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst

Fast jedes zweite Krankenhaus konnte Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen, weil es keine Bewerber gab, die dem Stellenprofil entsprachen (vgl. Abb. 16). Dies betraf 38% der Häuser in den alten Bundesländern. Dramatisch die Situation in neuen Bundesländern: drei Viertel aller Häuser konnten offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen.

Die problematische Situation in den neuen Bundesländern wird besonders deutlich, wenn man den Zusammenhang zwischen den offenen Stellen und der Personalsituation im Jahr 2000 herstellt: 85% der ostdeutschen Krankenhäuser, die im Jahr 2001 weniger Ärzte als im Jahr 2000 beschäftigten, haben offene Stellen im Ärztlichen Dienst, die sie nicht besetzen konnten. In den alten Bundesländern liegt der Vergleichswert bei rd. 53%.

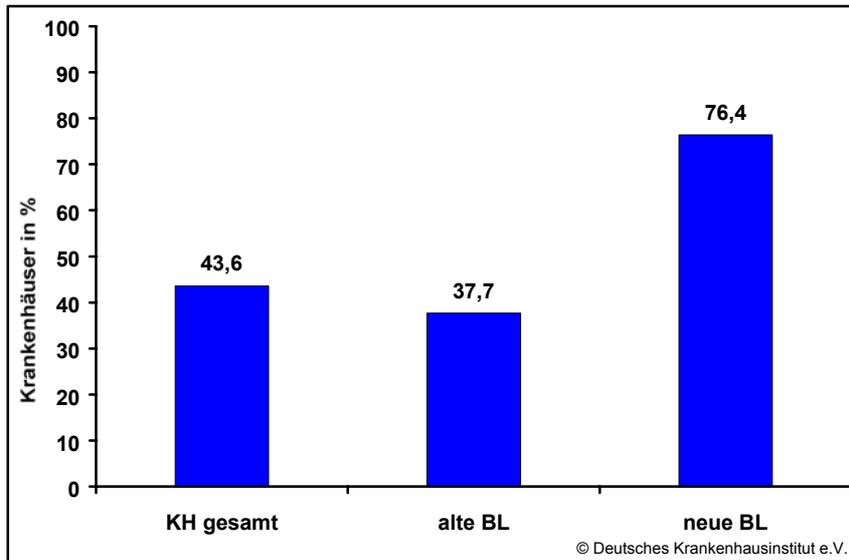


Abb. 16: Offene Stellen im Ärztlichen Dienst nach alten und neuen Bundesländern

Jeweils über die Hälfte der Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 bis unter 600 Betten gaben an, dass sie offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten lag der Anteil bei rd. 39%. Lediglich 15% der Krankenhäuser unter 100 Betten konnten ihren Bedarf nicht decken.

In 223 Krankenhäusern der Stichprobe gab es insgesamt 559 offene Stellen im Ärztlichen Dienst. Auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser übertragen⁷, können 2.002 offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden, weil es keine Bewerber gibt, die dem Stellenprofil entsprechen.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser gibt es in den folgenden Fachgebiete offene Stellen im Ärztlichen Dienst:

- Chirurgie: 680
- Innere Medizin: 577
- Frauenheilkunde: 178
- Orthopädie: 44

Häufiger genannt wurde von den Krankenhäuser daneben ein Bedarf im Bereich der Anästhesie und der Intensivmedizin.

⁷

Die Grundgesamtheit der Erhebung bildeten alle allgemeinen Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern mit Ausnahme der Krankenhäuser, die nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören; d.h. mit Ausnahme der allgemeinen Krankenhäuser, die weder Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken sind noch über einen Versorgungsvertrag verfügen. Nicht enthalten sind ferner die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen/neurologischen Betten, reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser.

3.5 Kontrolle Einhaltung Arbeitszeitgesetz

In rd. 32% der Krankenhäuser fand eine Kontrolle der zuständigen Aufsichtsbehörden hinsichtlich der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes statt (vgl. Abb. 17). Davon betroffen waren 29% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern, aber rd. 46% der Häuser in den neuen Bundesländern.

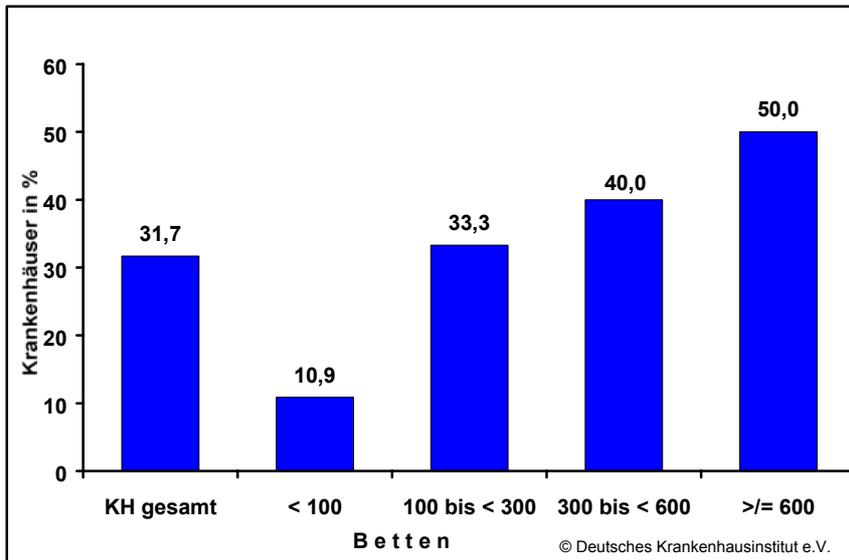


Abb. 17: Kontrolle der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes nach Größenklassen

Je größer die Krankenhäuser sind, desto eher fand eine Kontrolle der zuständigen Aufsichtsbehörden statt. Jedes zweite Krankenhaus ab 600 Betten wurde kontrolliert, aber nur jedes zehnte Haus mit unter 100 Betten.

In rd. 39% der Krankenhäuser, die auf die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes hin überprüft worden sind, ergab sich ein Änderungsbedarf bei der Arbeitszeitorganisation.

Bei den kleineren Krankenhäusern in den beiden Größenklassen bis unter 300 Betten war dies in jeweils rd. 30% der Häuser erforderlich. Ein Änderungsbedarf ergab sich dagegen in jedem zweiten geprüften Krankenhaus in den beiden Größenklassen ab 300 Betten.

4 Rechtsform der Krankenhäuser

4.1 Derzeitige Rechtsform der Krankenhäuser

Die Rechtsformen der Krankenhäuser konzentrieren sich im wesentlichen auf 5 verschiedene Ausprägungsformen (vgl. Abb. 18). Mehr als ein Viertel der Häuser war in Form einer GmbH tätig. Jeweils 18% wurden als gGmbH oder Eigenbetrieb geführt. In den neuen Bundesländern lag der Anteil der Häuser in der Rechtsform einer gGmbH bzw. eines Eigenbetriebes höher, dafür waren weitaus weniger Regiebetriebe anzufinden.

Die Rechtsformen der Krankenhäuser nach Größenklassen kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

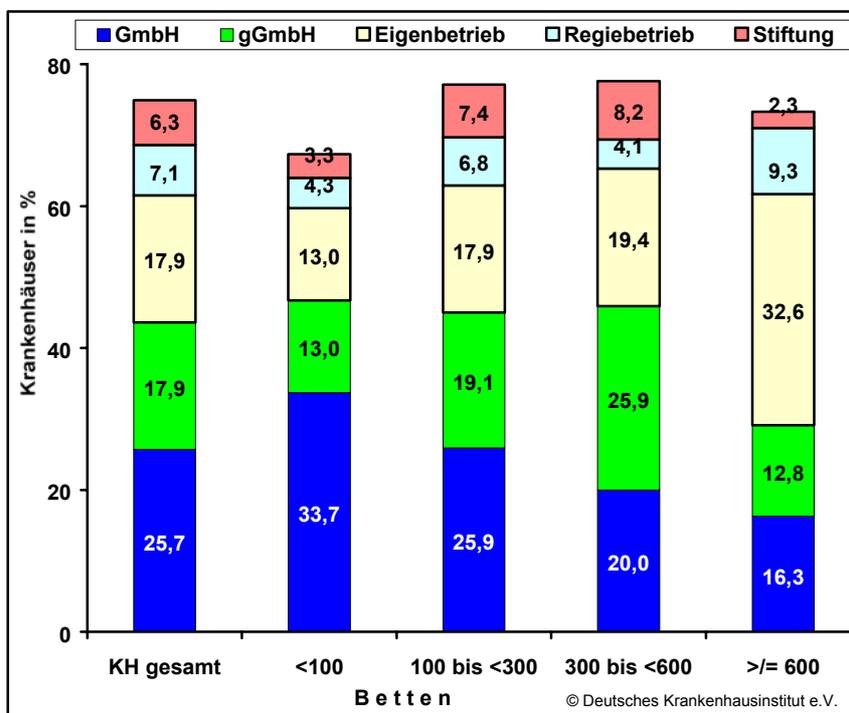


Abb. 18: Rechtsform der Krankenhäuser im Jahr 2001 nach Größenklassen

Der Anteil der GmbHs nimmt mit zunehmender Größe des Krankenhauses ab. Umgekehrt steigt der Anteil der Eigenbetriebe mit zunehmender Größe. Die gGmbHs sind vor allem bei den Krankenhäusern mit 300 bis unter 600 Betten vertreten.

Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten spielt die Anstalt des öffentlichen Rechts mit einem Anteil von 14% eine wesentliche Rolle, während sie bei den anderen Krankenhäusern so gut wie gar nicht vorkommt.

Zwischen der Rechtsform des Krankenhauses und der Art des Trägers besteht ein bekannter Zusammenhang: Krankenhäuser mit einem öffentlich-rechtlichen Träger werden am häufigsten in der Rechtsform des Eigenbetriebes betrieben. Bei den frei-gemeinnützigen Trägern überwiegen dagegen die gGmbHs. Der überwiegende Anteil der Krankenhäuser mit einem privaten Träger verfügt über die Rechtsform der GmbH.

4.2 Veränderung der Rechtsform

In den letzten beiden Jahren vor der Erhebung änderten rd. 6% der Krankenhäuser ihre Rechtsform. Dabei lag der Anteil der Krankenhäuser mit einer Rechtsformänderung in den alten Bundesländern mit rd. 7% deutlich höher als der entsprechende Anteil in den neuen Bundesländer, der dort bei 2,5% lag.

Eine Änderung der Rechtsform wurde im Vergleich zu den anderen Größenklassen vor allem bei den Krankenhäusern ab 600 Betten durchgeführt. Hier bekamen rd. 12% der Krankenhäuser in den letzten beiden Jahren eine andere Rechtsform. Dagegen nahmen z.B. nur rd. 4% der Häuser mit 100 bis unter 300 Betten eine solche Änderung vor.

Rd. 21% der Krankenhäuser waren vor der Änderung der Rechtsform Eigenbetriebe. Weitere 15% waren Regiebetriebe bzw. 14% waren eine organisatorische Einheit des Trägers.

Umgewandelt wurden die Krankenhäuser vor allem in GmbHs (rd. 35%) und gGmbHs (rd. 31%).

In den kommenden beiden Jahren streben rd. 14% der Krankenhäuser eine Änderung der Rechtsform an. Überdurchschnittlich vertreten sind hier mit einem Anteil von 16,5% die Krankenhäuser ab 600 Betten.

Dominierend sind bei den Krankenhäusern, bei denen in den nächsten beiden Jahren eine Änderung der Rechtsform angestrebt wird, die Eigenbetriebe (Anteil: 35%) und Regiebetriebe (Anteil: 28%).

Angestrebt werden vor allem die Rechtsform der GmbH (38,3%) und die gGmbH (33,3%).

Vor allem Krankenhäuser mit einem öffentlich-rechtlichen Träger planen einen Wechsel der Rechtsform. Während rd. 19% der Häuser mit diesem Träger eine Rechtsformänderung beabsichtigen, planen dies 10% der frei-gemeinnützigen und 7% der privaten Krankenhäuser.

5 Kosten der Vorbereitung auf die DRGs

5.1 Schaffung neuer Stellen

Seit dem 1.1.2000 wurden bereits in 41% der Krankenhäuser eigens für das DRG-System neue Stellen geschaffen, wobei es deutliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern gibt. Während 43% der westdeutschen Häuser Stellen neu eingerichtet haben, fand eine Stellenausweitung bisher nur in 28% der ostdeutschen Krankenhäuser statt.

Ebenso deutliche Unterschiede bestehen zwischen den Krankenhäusern der unterschiedlichen Bettengrößenklassen (vgl. Abb. 19).

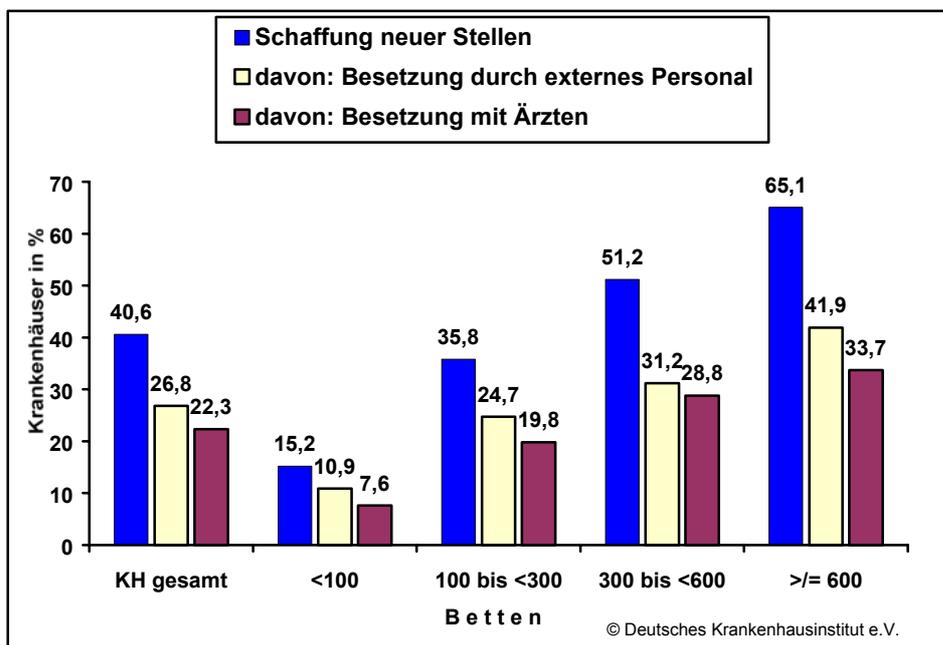


Abb. 19: Schaffung neuer Stellen

Zwischen der Größe der Krankenhäuser und der Schaffung neuer Stellen besteht offensichtlich ein direkter Zusammenhang. Je größer das Krankenhaus, desto öfter wurden Stellen eigens für das DRG-System eingerichtet. So wurden etwa in knapp zwei Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten Stellen geschaffen, aber nur in 15% der Häuser mit weniger als 100 Betten.

In 27% der Krankenhäuser wurden Stellen neu geschaffen und diese mit externem Personal besetzt. Die restlichen Stellen wurden durch interne Umstrukturierungen besetzt.

In 137 Krankenhäusern der Stichprobe wurden insgesamt 143 Beschäftigte neu eingestellt. Auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser übertragen, sind allein durch die Vorbereitung der Krankenhäuser auf die Einführung der DRGs bislang mehr als 500 Stellen durch externes Personal besetzt worden.

Die Berufsgruppe der Ärzte profitierte am meisten von den Neueinstellungen. In 114 Krankenhäusern, also in 22% der Krankenhäuser der Stichprobe, wurden die Stellen mit neu eingestellten Ärzten besetzt. Von allen Neueinstellungen waren 71% Ärzte.

Insgesamt 125 Krankenhäuser, die im Zusammenhang mit der Vorbereitung auf die DRGs neu geschaffene Stellen durch externes Personal besetzt haben, machten Angaben zu den daraus resultierenden Personalkosten. Diesen Krankenhäusern entstehen jährlich zusätzliche Personalkosten in Höhe von 14,9 Mio. DM. Das entspricht einem Durchschnittswert von jährlich rd. 120.000 DM je Krankenhaus.

Differenziert man die Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen, so zeigen sich deutliche Unterschiede in den zusätzlichen Personalkosten (vgl. Abb. 20)

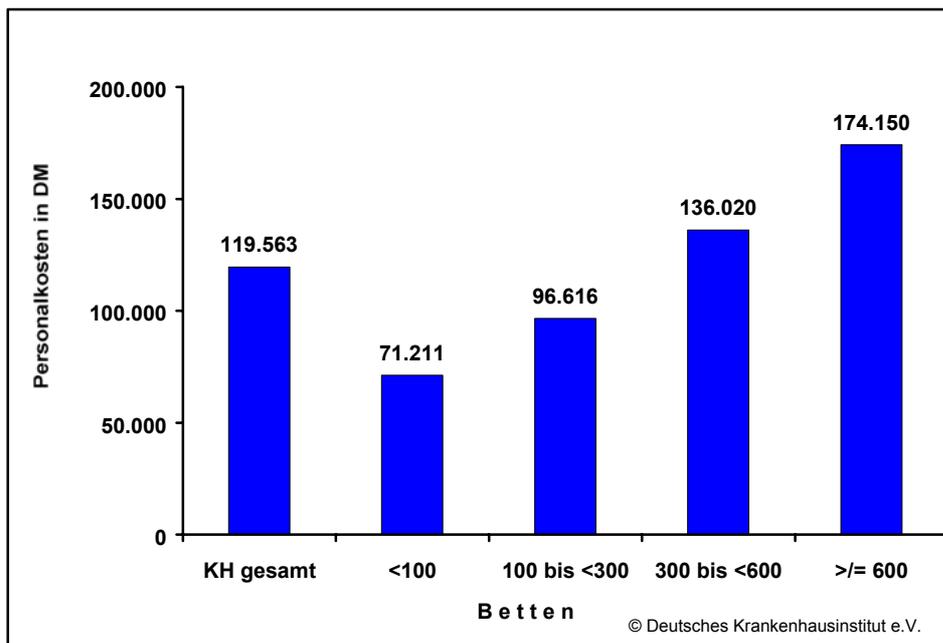


Abb. 20: Durchschnittliche zusätzliche Personalkosten

Die geringsten durchschnittlichen zusätzlichen Personalkosten weisen die Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten auf. Sie haben zusätzliche Personalkosten in Höhe von 71.211 DM. Im Mittel wurden bei diesen Häuser 0,6 Stellen mit externem Personal besetzt. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurden dagegen durchschnittlich 1,6 Stellen mit externem Personal besetzt. Die zusätzlichen Personalkosten liegen bei diesen Krankenhäusern im Mittel bei 174.150 DM.

5.2 Anschaffung von Software

Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRGs erfordert eine umfassende Anpassung der Software der Krankenhäuser. Dies betrifft nicht nur die Software zur Abrechnung von Leistungen, sondern auch Anwendungen zur Erfassung der ärztlichen Dokumentation oder teilweise sogar eine Umstellung des gesamten Krankenhausinformationssystems.

Die Anpassung der schon in den Krankenhäusern vorhandenen Software kann entweder durch einen Kauf etwa in Form eines Updates oder durch interne Maßnahmen wie z.B. Programmierung durch Mitarbeiter des Krankenhauses erfolgen. Hier interessiert nur die Neuanschaffung von Software, da die dafür entstandenen Kosten exakt quantifiziert werden können.

In 70% der Krankenhäuser war seit dem 1.1.2000 eine *Neuanschaffung* von Software für die Vorbereitung und Anwendung des DRG-Systems erforderlich (vgl. Abb. 21). In den alten Bundesländern liegt der Anteil der Krankenhäuser, die Software gekauft haben, mit 71% etwas höher als in den neuen Bundesländern, wo dies zwei Drittel der Häuser seit Anfang 2000 taten.

Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten liegt der Anteil der Häuser, die seit dem 1.1.2000 Software gekauft haben, mit 52% am niedrigsten. Dagegen liegt der Anteil der Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten, die Software neu angeschafft haben, mit 78% deutlich höher.

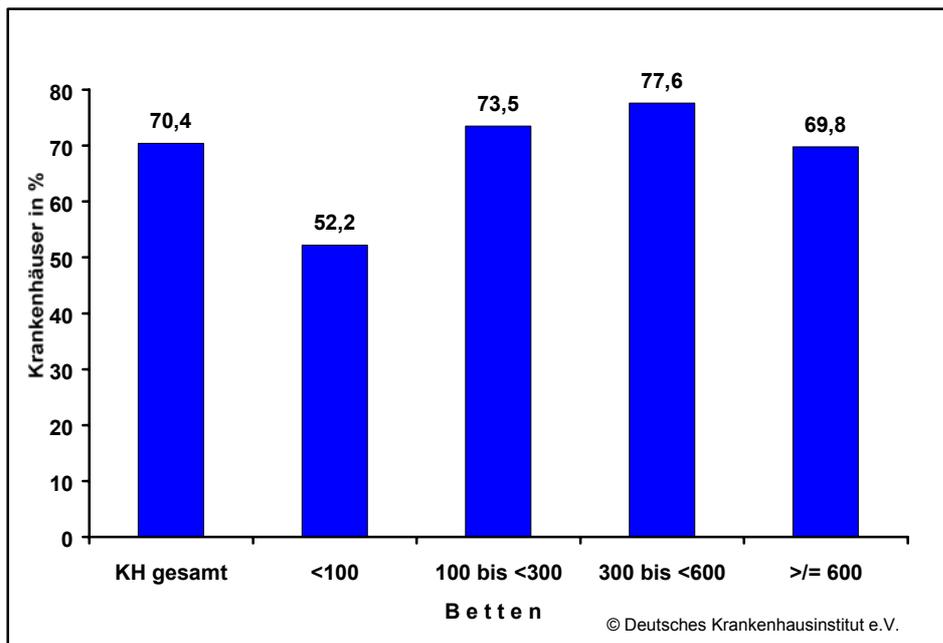


Abb. 21: Krankenhäuser mit neu angeschaffter Software

Insgesamt entstanden den 329 Krankenhäuser, die ihre Kosten für neu angeschaffte Software im Zusammenhang mit dem DRG-System quantifizieren konnten, Kosten in Höhe von 34,5 Mio. DM. Dies entspricht rd. 105.000 DM je Krankenhaus. Dieser Wert wird aber durch Ausreißer beeinflusst, denn die Spannweite der Kosten der Software reicht von 1.500 DM bis hin zu 3 Mio. DM.

Diese Spannweite reflektiert die unterschiedlichen Software-Bedarfe und/oder finanziellen Möglichkeiten der Krankenhäuser. Während in dem einen Fall offensichtlich nur eine einfache Anpassung für das Krankenhaus notwendig oder finanzierbar war, war in dem anderen Fall ein komplett neues Krankenhausinformationssystem erforderlich.

Verwendet man anstelle des arithmetischen Mittels den Median als Kenngröße, so zeigt sich, dass 50% der Krankenhäuser Software-Kosten in Höhe von bis zu 40.000 DM hatten. Rd. ein Viertel der Krankenhäuser wendete allerdings mehr als 77.000 DM für neue Software auf.

Eine Unterscheidung der Krankenhäuser nach Größenklassen zeigt wieder, wie stark die mittleren Kosten zwischen den Krankenhäusern differieren (vgl. Abb. 22).

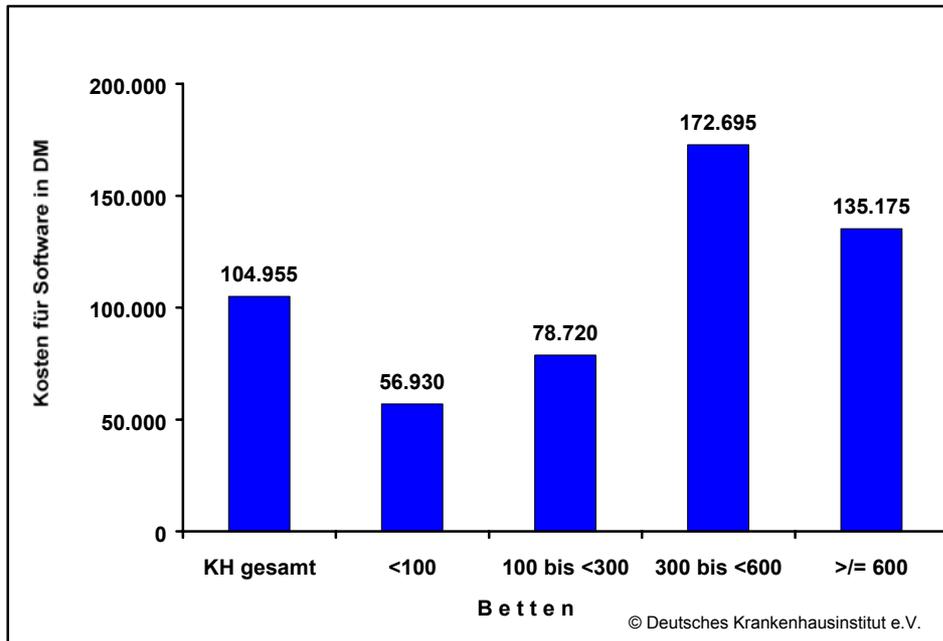


Abb. 22: Durchschnittliche Kosten für die Neuanschaffung von Software

Mit durchschnittlich rd. 173.000 DM zusätzlichen Kosten für die Neuanschaffung von Software liegen die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten deutlich über dem Durchschnittswert. Dies trifft auch auf die Krankenhäuser ab 600 Betten zu.

5.3 Externe Kosten für die Schulung der Mitarbeiter

So gut wie alle Krankenhäuser, nämlich 96%, haben zur Vorbereitung und Anwendung der DRGs seit dem 1.1.2000 Mitarbeiter durch externe Seminare bzw. externe Sachverständige schulen lassen.

Den 454 Krankenhäusern, die ihre Kosten quantifizieren konnten, entstanden Kosten für Teilnahmegebühren und Honorare in Höhe von rd. 11,8 Mio. DM. Durchschnittlich rd. 26.000 DM wendete damit jedes Krankenhaus für die externe Schulung seiner Mitarbeiter auf.

Auch hier zeigen sich große Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in den Bettengrößenklassen. Die Spannweite reicht hier von 8.884 DM je Haus mit unter 100 Betten bis hin zu 51.763 DM je Krankenhaus mit 300 bis unter 600 Betten.

Allerdings müssen diese Kosten im Hinblick auf die Zahl der beschäftigten Vollkräfte relativiert werden (vgl. Abb. 23).

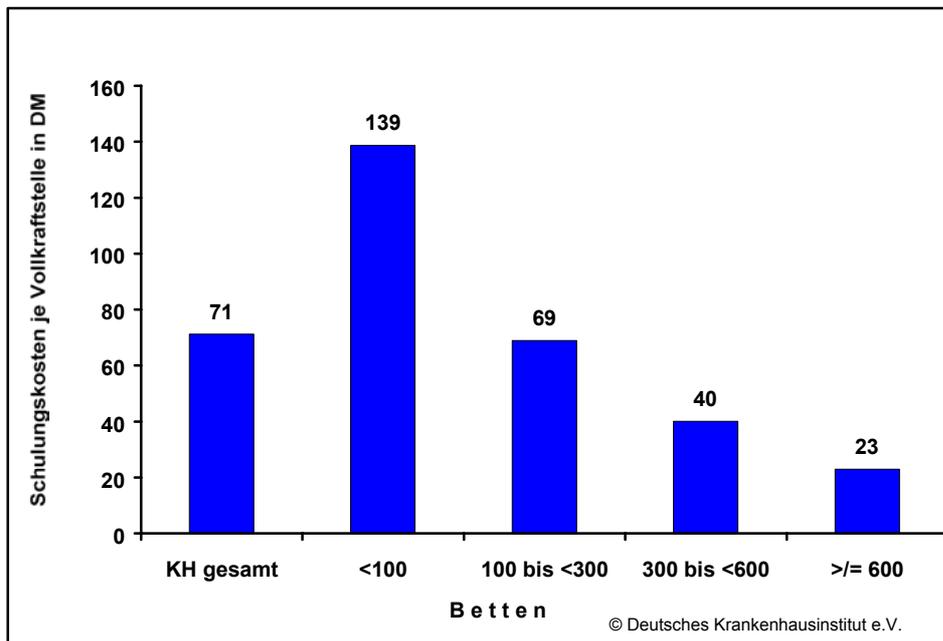


Abb. 23: Durchschnittliche Kosten für die externe Schulung je Vollkraftstelle

Offensichtlich liegt ein negativer Zusammenhang zwischen den Kosten für die Schulung je Vollkraft und der Größe der Krankenhäuser auf. Je größer die Häuser, desto geringer die Schulungskosten je Vollkraftstelle. Den Krankenhäusern mit unter 100 Betten entstanden mit im Mittel 139 DM die bei weitem höchsten Kosten für die externe Schulung je Vollkraftstelle. Aber auch die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten hatten dreimal so hohe Kosten je Vollkraft wie die Krankenhäuser ab 600 Betten.

5.4 Kosten für externe Beratungsunternehmen

Als Vorbereitung zur Einführung der DRGs hat bislang lediglich eine Minderheit der Krankenhäuser externe Beratungsunternehmen engagiert. Nur 31% der Krankenhäuser sahen die Notwendigkeit, sich mit Hilfe von externen Experten auf das DRG-System vorzubereiten. Der Anteil der Krankenhäuser mit unter 100 Betten, die die Hilfe von Beratungsunternehmen in Anspruch genommen haben, liegt mit 17% nur etwa halb so hoch wie der vergleichbare Anteil der Häuser in der Bettengrößenklasse mit 300 bis unter 600 Betten, der bei 36% lag.

Den Krankenhäusern der Stichprobe entstanden Kosten für die Inanspruchnahme von externen Beratungsunternehmen in Höhe von 3,8 Mio. DM bzw. durchschnittlich rd. 25.800 DM je Krankenhaus.

Die durchschnittlichen Kosten für die externe Beratung zur Vorbereitung auf die DRGs schwanken zwischen 9.367 DM je Krankenhaus mit bis zu 100 Betten bis hin zu 64.824 DM je Krankenhaus ab 600 Betten (vgl. Abb. 24).

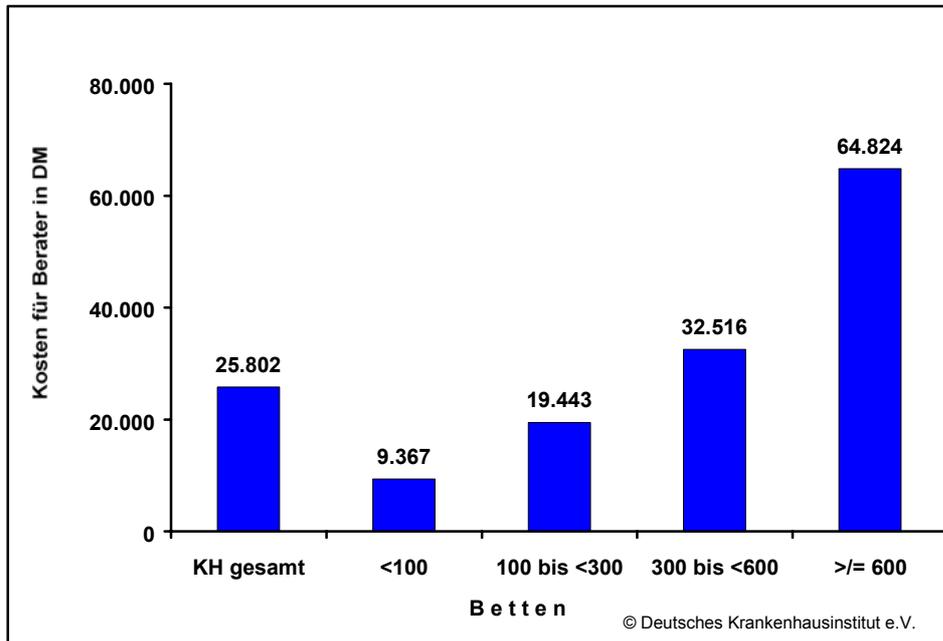


Abb. 24: Durchschnittliche Kosten für externe Berater

5.5 Gesamtkosten für die Vorbereitung auf das DRG-System seit Anfang 2000

Durch die Vorbereitung auf das DRG-System sind in den Krankenhäusern bereits erhebliche Kosten angefallen. Objektivierbar sind allerdings nur die externen Kosten, da hierfür Zahlungen an krankenhausexterne Institutionen geleistet werden mussten, sowie die Kosten für Neueinstellungen.

In der folgenden Hochrechnung der Kosten auf alle allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland⁸ sind daher die Kosten der Krankenhäuser für interne Schulungen, Anpassungen bestehender Software oder Besetzung neuer Stellen durch interne Umstrukturierungen nicht aufgeführt. Insofern stellen die aufgeführten externen Kosten nur eine Untergrenze der tatsächlichen Kosten für die Vorbereitung auf das DRG-System dar.

Auf der Basis einer Hochrechnung ergeben sich die externen Kosten sowie die Kosten für Neueinstellungen wie folgt:

- zusätzliche Personalkosten: 58,679 Mio. DM
- zusätzliche Kosten für Software: 134,979 Mio. DM
- Kosten für externe Schulungen: 45,631 Mio. DM
- Kosten externe Beratungsunternehmen: 14,512 Mio. DM
- **Gesamtkosten** **253,801 Mio. DM**

⁸ Die Grundgesamtheit der Erhebung bildeten alle allgemeinen Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern mit Ausnahme der Krankenhäuser, die nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören; d.h. mit Ausnahme der allgemeinen Krankenhäuser, die weder Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken sind noch über einen Versorgungsvertrag verfügen. Nicht enthalten sind ferner die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen/neurologischen Betten, reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser.

Seit Anfang 2000 entstanden damit den Krankenhäusern zur Vorbereitung auf die DRGs durchschnittlich zusätzliche Kosten in Höhe von 138.917 DM.

Die durchschnittlichen zusätzlichen Gesamtkosten zur Vorbereitung auf DRGs nach Bettengrößenklassen können der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

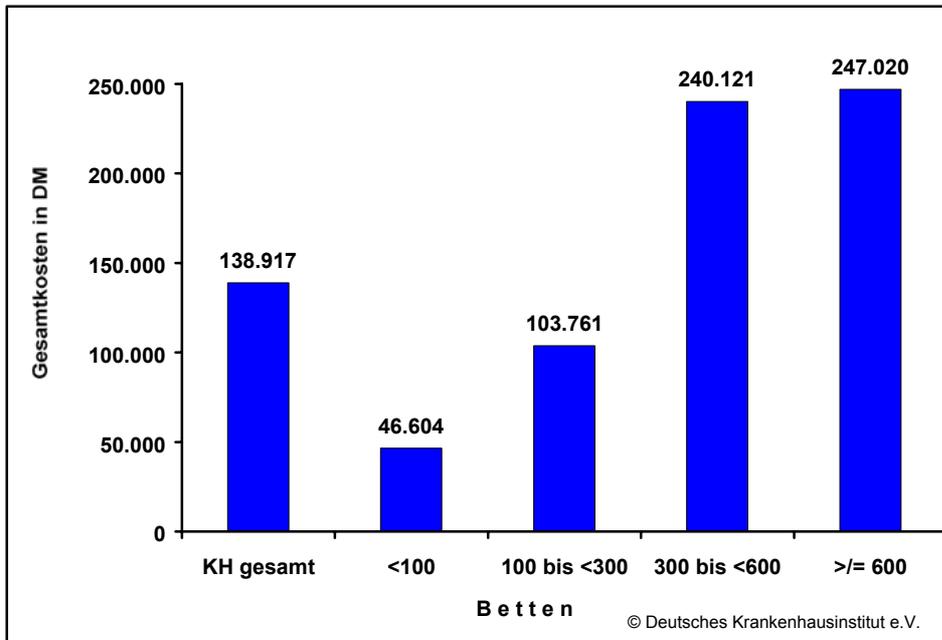


Abb. 25: Durchschnittliche Gesamtkosten für die Vorbereitung auf DRGs

Weit überdurchschnittliche Kosten zur Vorbereitung auf die DRGs haben die Krankenhäuser ab 300 Betten. Die niedrigsten Kosten weisen die Krankenhäuser bis 100 Betten aus.

6 Teilnahme an DRG-Probeläufen/ Benchmarkingprojekten

An DRG-Probeläufen oder DRG-Benchmarkingprojekten nehmen rd. 78% der Krankenhäuser teil (vgl. Abb. 26). In den alten Bundesländern liegt der Anteil bei rd. 77%, in den neuen Bundesländern bei rd. 88%.

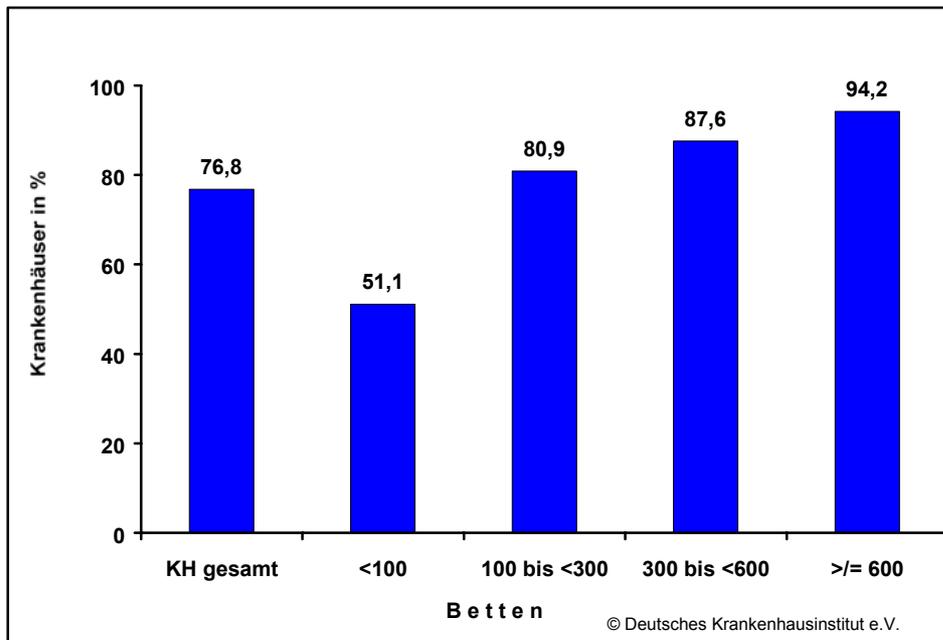


Abb. 26: Teilnahme an DRG-Probeläufen/ DRG-Benchmarkingprojekten

Mit zunehmender Krankenhausgröße steigt auch der Anteil der Krankenhäuser, die an entsprechenden DRG-Projekten teilnehmen.

Zwar stehen bislang weder die Kostengewichte der einzelnen DRGs fest, noch sind die Details der Zuordnung der Diagnosen und Prozeduren zu einzelnen DRGs bekannt. Dennoch wurden die Krankenhäuser unter Berücksichtigung ihrer Erfahrungen mit den DRG-Probeläufen um eine Einschätzung gebeten, wie hoch ihr Budget unter dem DRG-System im Vergleich zum Budget für den Pflegesatzzeitraum 2001 sei.

Dass ein DRG-Budget höher als das derzeitige Budget sei, gaben rd. 53% der Krankenhäuser an (vgl. Abb. 27). In den neuen Bundesländern lag dieser Anteil mit 48% etwas niedriger als in den alten Bundesländern, wo rd. 54% von einem etwas höheren Budget ausgehen.

Ein geringeres DRG-Budget erwarten 30% der Krankenhäuser. Von einem weitgehend unverändertem Budget gehen 17% der Häuser aus.

Betrachtet man die Krankenhäuser nach Größenklassen, so ergeben sich deutliche Unterschiede in der Einschätzung des DRG-Budgets (vgl. Abb. 27).

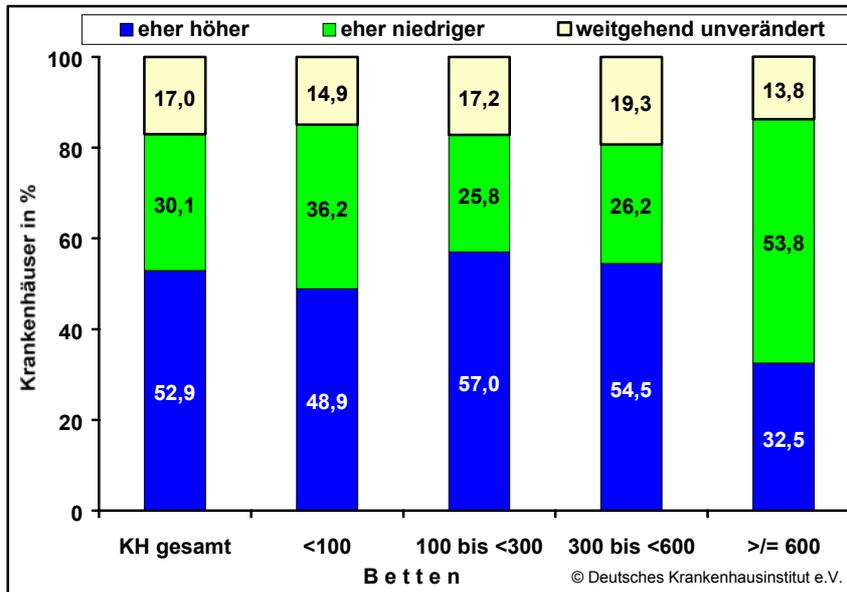


Abb. 27: Höhe des DRG-Budgets im Vergleich zum Budget für den Pflegesatzzeitraum 2001 nach Größenklassen

Über die Hälfte der Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 bis unter 600 geht davon aus, dass nach ihren gegenwärtigen Erfahrungen ein DRG-Budget höher als das Budget für den Pflegesatzzeitraum sein wird. Bei den Krankenhäusern bis unter 100 Betten nimmt dies immer noch knapp die Hälfte der Häuser an. Lediglich ein Drittel der Häuser ab 600 Betten teilt diese Auffassung.

Hier sind statt dessen über die Hälfte der Häuser der Auffassung, dass ihr Budget unter einem DRG-System eher niedriger als zur Zeit sei. Rd. 36% der Krankenhäuser bis unter 100 Betten teilen diese Einschätzung.

Von einem weitgehend unveränderten Budget gehen in allen 4 Größenklassen nur Minderheiten aus.

Insofern geht der weitaus überwiegende Teil der Krankenhäuser von einer veränderten Budgetsituation nach Einführung des DRG-Systems aus. In der Einschätzung, ob das DRG-Budget eher höher oder eher niedriger sei, weichen die Auffassungen der Krankenhäuser in Abhängigkeit von der Größenklasse voneinander ab.

7 Qualitätsmanagement

7.1 Qualitätsmanagementansätze

Rd. 15% der Krankenhäuser wurden nach DIN EN ISO 9000 ff. zertifiziert (vgl. Abb. 28). Dies teilt sich auf in Krankenhäuser mit zertifizierten Teilbereichen (9,6%) und Häusern, die ein Zertifikat für das gesamte Krankenhaus erworben haben (5,3%). In den alten Bundesländern liegt jeweils der Anteil der Häuser mit einem Zertifikat höher als in den neuen Bundesländern.

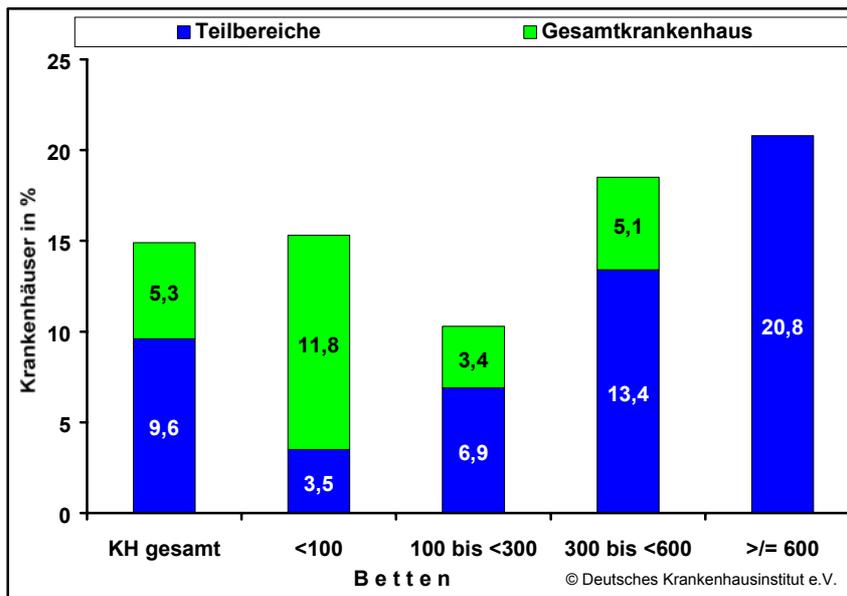


Abb. 28: Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff. nach Größenklassen

Die unterschiedlichen Gültigkeitsbereiche eines DIN EN ISO-Zertifikats hängen offensichtlich u.a. von der Größe des Krankenhauses ab. Während rd. 12% der Krankenhäuser unter 100% ihr gesamtes Haus zertifizieren ließen, gibt es kein Krankenhaus ab 600 Betten, wo das DIN EN ISO-Zertifikat für das gesamte Haus gilt. Dafür liegt der Anteil der Häuser mit einem zertifizierten Teilbereich hier mit rd. 21% überdurchschnittlich hoch. Bei den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten ist der Anteil der Häuser mit einem Zertifikat für einen Teilbereich mit rd. 3% vergleichsweise niedrig.

Rd. 18% der Krankenhäuser haben eine Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt (vgl. Abb. 29). Die Selbstbewertung betrifft entweder das gesamte Krankenhaus (9,9%) oder Teilbereiche des Hauses (8%). Auch hier liegt der Anteil der Häuser in den alten Bundesländern in beiden Bereichen etwas höher als der jeweilige Anteil in den neuen Bundesländern.

Bei der Differenzierung nach Größenklassen zeichnet sich ein Gefälle des Anteils der selbstbewerteten Häusern von den großen zu den kleinen Krankenhäusern ab. Rd. ein Viertel aller Häuser ab 600 Betten führten eine EFQM-Selbstbewertung durch, sei es für das Gesamtkrankenhaus (13,6%) oder sei es für Teilbereiche (11,1%). Bei den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten liegt der Anteil der selbstbewerteten Häuser bei rd. 15%. Davon haben je die Hälfte

eine Selbstbewertung für das Gesamtkrankenhaus bzw. für Teilbereiche durchgeführt.

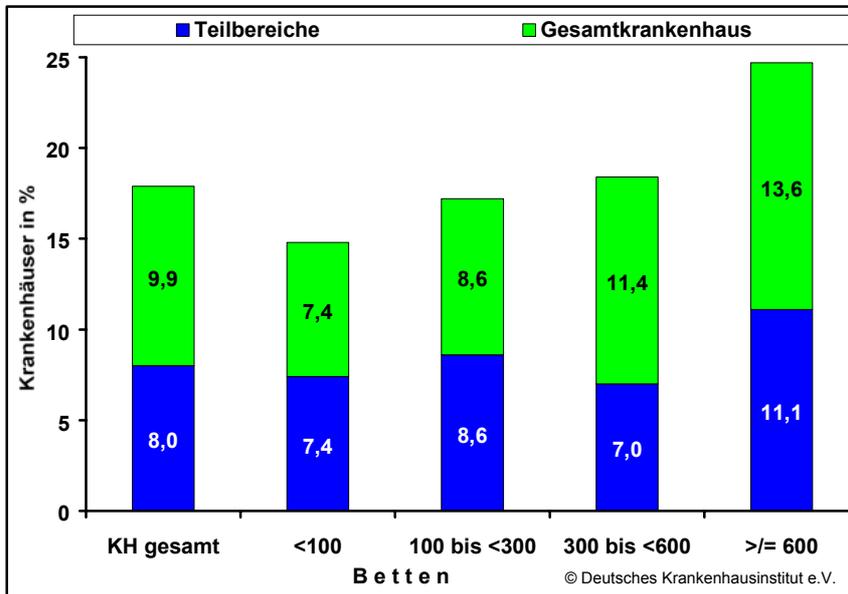


Abb. 29: Selbstbewertung nach EFQM nach Größenklassen

Rd. 3% der Krankenhäuser haben sowohl ein DIN EN ISO-Zertifikat erworben als auch eine Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt.

7.2 KTQ-Zertifizierung

Fast drei Viertel der Krankenhäuser beabsichtigen eine KTQ-Zertifizierung (vgl. Abb. 30).

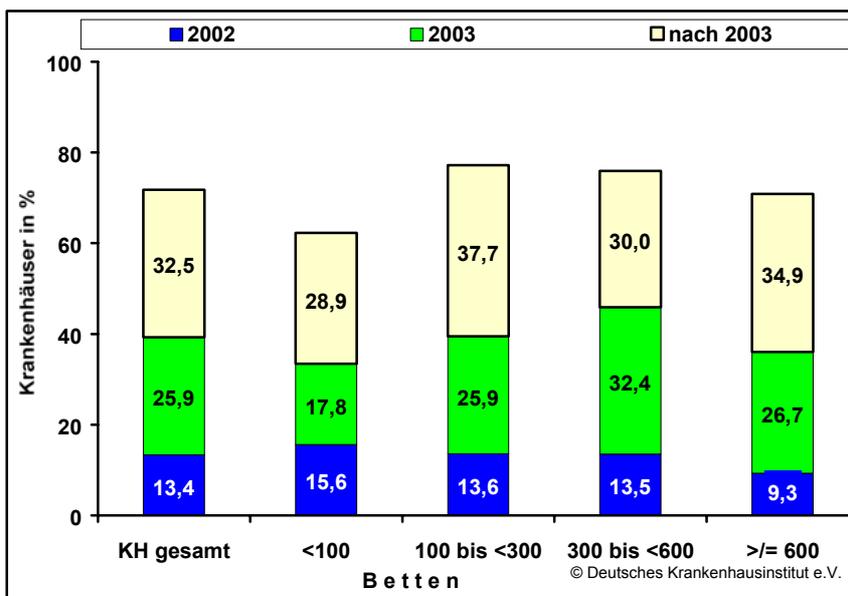


Abb. 30: Geplante KTQ-Zertifizierung nach Zeithorizont und nach Größenklassen

Zwar wollen nur 13% der Häuser in diesem Jahr eine KTQ-Zertifizierung durchführen. Dafür plant aber mehr als ein Viertel aller Häuser dies für das nächste Jahr.

In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der Häuser, die grundsätzlich ein KTQ-Zertifikat erwerben wollen, mit 78% höher als in den alten Bundesländern, wo 71% der Häuser dies beabsichtigen.

Die Bereitschaft schon in diesem Jahr ein KTQ-Zertifikat zu erwerben, ist am ausgeprägtesten bei den Krankenhäuser mit unter 100 Betten (vgl. Abb. 30). Dafür ist die grundsätzliche Bereitschaft für den Erwerb dieses Zertifikates bei diesen Häusern geringer ausgeprägt als bei den anderen Krankenhäusern.

Mehr als drei Viertel aller Krankenhäuser in den beiden Größenklassen 100 bis unter 300 Betten bzw. 300 bis unter 600 Betten planen eine KTQ-Zertifizierung. Allerdings sind die Zeithorizonte, in denen ein Zertifikat erworben werden soll, bei beiden Größenklassen verschieden.

Ziele einer KTQ-Zertifizierung

Mit einer KTQ-Zertifizierung werden unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt. Rd. 87% der Krankenhäuser, die ein KTQ-Zertifikat erwerben wollen, versprechen sich dadurch verbesserte Verfahrensabläufe (vgl. Abb. 31).

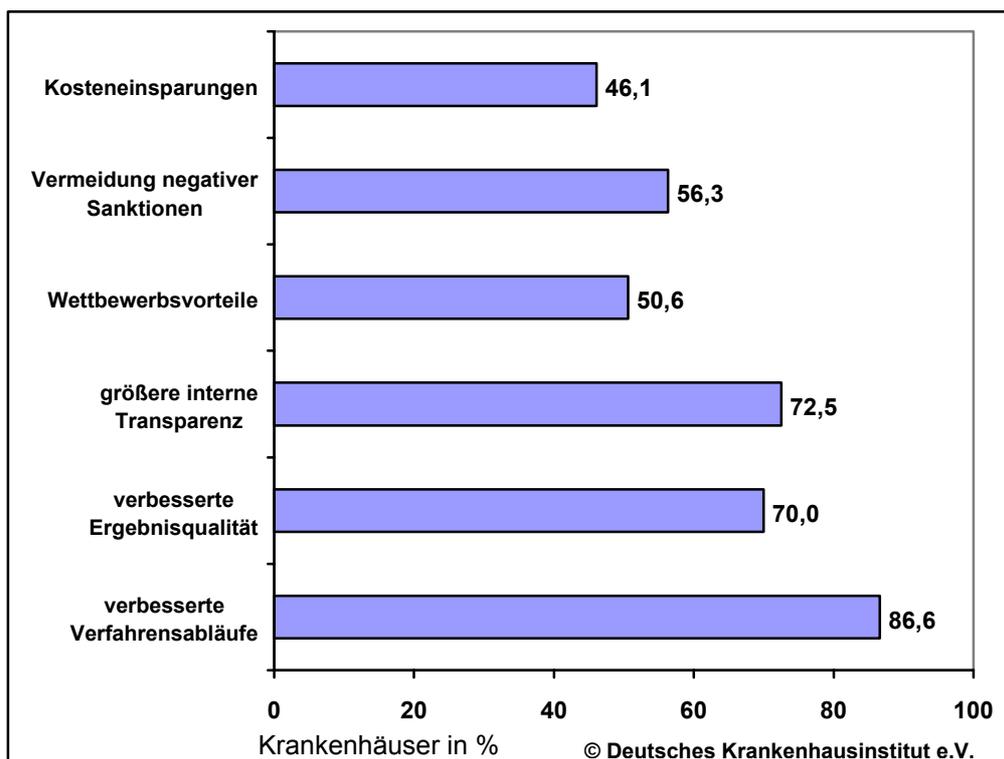


Abb. 31: Mit einer KTQ-Zertifizierung verfolgte Ziele

Eine größere interne Transparenz sowie eine verbesserte Ergebnisqualität versprechen sich jeweils deutlich mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser von einer Zertifizierung.

Allerdings betonen rd. 56% der Krankenhäuser, dass sie durch eine KTQ-Zertifizierung negative Sanktionen vermeiden wollen. Dies spricht nicht unbedingt dafür, dass dieses Verfahren ganz freiwillig von den Krankenhäusern durchgeführt werden wird.

Etwas mehr als die Hälfte der Krankenhäuser verspricht sich Wettbewerbsvorteile durch die Erteilung eines KTQ-Zertifikats. Auffallend ist, dass nur 37% der Krankenhäuser unter 100 Betten, aber 62% der Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten dieses Ziel mit einer Zertifizierung verfolgen.

Weniger als die Hälfte der Krankenhäuser geht davon aus, dass mit der KTQ-Zertifizierung Kosteneinsparungen verbunden sind.

Gründe für den Verzicht auf eine KTQ-Zertifizierung

Rd. 28% der Krankenhäuser beabsichtigen keine KTQ-Zertifizierung.

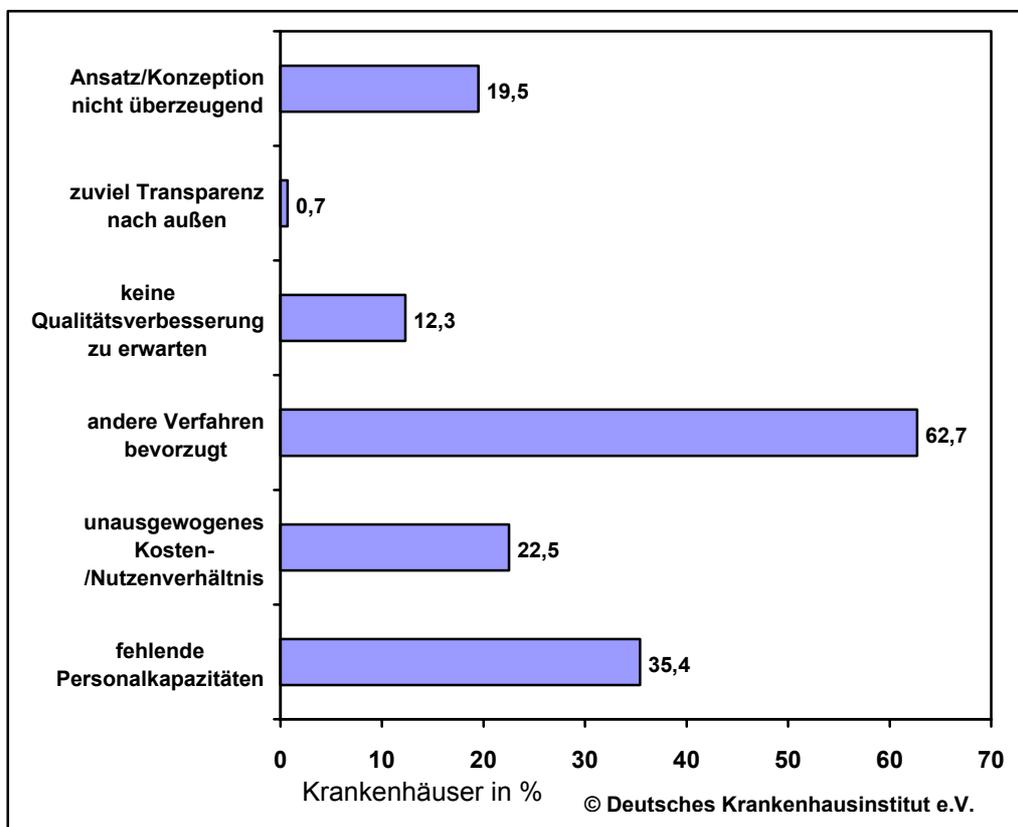


Abb. 32: Gründe für die Ablehnung einer KTQ-Zertifizierung

Der Hauptgrund dafür, kein KTQ-Zertifikat anzustreben, liegt darin, dass andere Verfahren der Qualitätssicherung bevorzugt werden.

Für die beiden Qualitätsmanagementansätze der Zertifizierung nach DIN EN ISO und der Selbstbewertung nach EFQM kann dies mit Zahlen unterlegt werden. Keine KTQ-Zertifizierung planen 56% der Krankenhäuser, die für ihr gesamtes Krankenhaus ein DIN EN ISO-Zertifikat erworben haben. Die Ablehnung sinkt auf rd. 27%, sofern nur für Teilbereiche eine Zertifizierung durchgeführt worden ist. Bei den Krankenhäuser, die eine Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt haben, ist die Ablehnung einer KTQ-Zertifizierung nicht so stark ausgeprägt. Keine

KTQ-Zertifizierung planen demnach 26% der Häuser, die eine Selbstbewertung für das gesamte Krankenhaus durchgeführt haben, sowie 16% mit einer Selbstbewertung für Teilbereiche.

Vor allem die Krankenhäuser in den Größenklassen mit 100 bis unter 300 Betten (70,6%) bzw. 300 bis unter 600 Betten (66,7%) gaben an, dass sie andere Verfahren bevorzugen würden.

Rd. 35% der Häuser wollen aufgrund fehlender Personalkapazitäten keine KTQ-Zertifizierung durchführen. Fehlende Personalkapazitäten gaben rd. ein Drittel der westdeutschen Krankenhäuser, aber jedes zweite ostdeutsche Haus als Grund dafür an, keine KTQ-Zertifizierung zu planen.

Ein unausgewogenes Kosten-/ Nutzenverhältnis attestierten rd. 22% der Krankenhäuser der KTQ-Zertifizierung. Allerdings differieren die Ansichten hier stark zwischen den Krankenhäusern in den 4 Größenklassen. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten gaben 54% dies als ein Grund für ihre Ablehnung der KTQ-Zertifikates an. Geteilt wurde diese Ansicht allerdings nur von je 18% der Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 bis unter 600 Betten.

7.3 Externe Qualitätssicherung

Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung

Neben internen Qualitätssicherungsmaßnahmen spielen externe Qualitätssicherungsmaßnahmen eine wesentliche Rolle im Bereich des Qualitätsmanagements.

Eine Vielzahl von externen Qualitätsmanagementmaßnahmen steht den Krankenhäusern zur Auswahl. Darunter solche wie die externe vergleichende Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), die verbindlich ist, oder freiwilligen externen Verfahren, die von Krankenhausgesellschaften, Ärztekammern oder wissenschaftlichen Fachgesellschaften organisiert werden.

Rd. zwei Drittel der Krankenhäuser nehmen an der verbindlichen Qualitätssicherung der BQS teil (vgl. Abb. 33).⁹ Der Anteil der teilnehmenden Krankenhäuser unter 100 Betten bewegt sich bei rd. 43%. Dies liegt u.a. daran, dass sich hierunter Fachkliniken befinden, die bislang durch die Qualitätssicherung der BQS nicht abgedeckt sind. Bei den Krankenhäusern ab 300 Betten nehmen jeweils etwa 80% der Häuser teil.

Über die Hälfte der Krankenhäuser beteiligt sich an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die von Krankenhausgesellschaften, Ärztekammern oder wissenschaftlichen Fachgesellschaften initiiert worden sind. Besonders häufig beteiligen sich hieran Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, nämlich 63% dieser Häuser. Während 80% der Krankenhäuser ab 600 Betten solchen freiwilligen externen QS-Maßnahmen nachgehen, beteiligen sich daran rd. 38% der Krankenhäuser bis 100 Betten.

⁹ Die verbindliche Qualitätssicherung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung betrifft nicht alle Fallpauschalen und Sonderentgelte. Krankenhäuser, die entweder keine oder nicht die eingezogenen pauschalierten Leistungen erbringen, nehmen daher auch nicht am entsprechenden Qualitätssicherungsverfahren teil.

An Benchmarking-/Qualitätssicherungsprojekten, die durch externe Beraterfirmen angeboten werden, nehmen rd. 19% der Krankenhäuser teil. Auch hier ist die Beteiligung der Krankenhäuser unterschiedlich hoch, wenn man die Häuser nach Bettengrößenklassen unterscheidet. Jeweils etwa ein Viertel der Häuser ab 300 Betten beteiligt sich an solchen externen Qualitätssicherungsverfahren. Der Anteil schrumpft auf rd. 8% bei den Krankenhäusern unter 100 Betten zusammen.

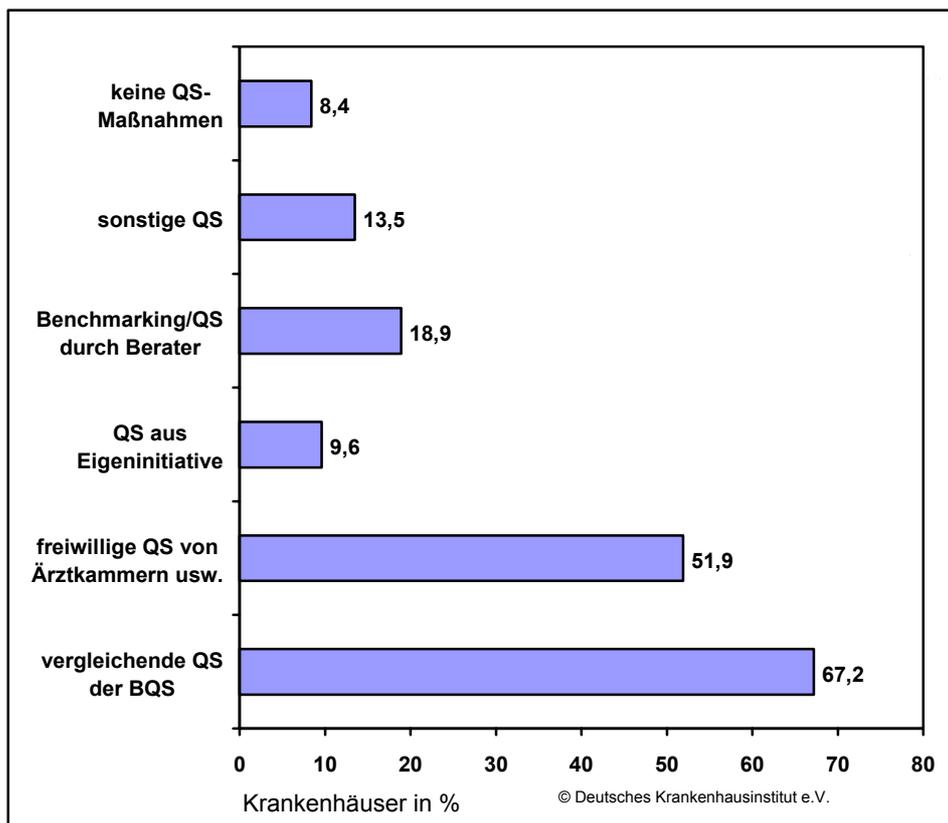


Abb. 33: Externe Qualitätssicherung für die medizinische und pflegerische Leistung

Keine externen Qualitätssicherungsmaßnahmen führen rd. 8% der Krankenhäuser durch. Dies betrifft vor allem die westdeutschen Häuser, da hier 9% keine externe Qualitätssicherung durchführen. In den neuen Bundesländern liegt dieser Anteil lediglich bei 4%.

Rd. 17% der Krankenhäuser bis unter 100 Betten nehmen an keinen externen QS-Maßnahmen teil. Bei den Krankenhäusern ab 300 Betten beteiligen sich dagegen fast alle Häuser an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der externen Qualitätssicherung

In den meisten Krankenhäusern sind für die Umsetzung der externen vergleichenden Qualitätssicherung die Chefärzte der einzelnen Abteilungen und/oder die Geschäftsführung/Verwaltungsleitung verantwortlich (vgl. Abb. 34).

In rd. 43% der Krankenhäuser erfolgt die Umsetzung durch die Chefärzte. In den alten Bundesländern liegt dieser Anteil bei 41%, in den neuen Bundesländern bei rd. 56%. In jeweils mehr als der Hälfte der Krankenhäuser ab 100 Betten trägt der Chefarzt die Verantwortung für die Umsetzung der externen vergleichenden

Qualitätssicherung. Bei den Krankenhäusern mit unter 100 Betten liegt dieser Anteil bei rd. 20%. Dafür ist hier vor allem die Geschäftsführung/ Verwaltungsleitung verantwortlich, denn in rd. 45% der Krankenhäuser tragen diese Verantwortung für die Umsetzung der Qualitätssicherung. Ein Grund hierfür dürfte in vielen Fällen eine Personalunion von Chefarzt und Geschäftsführung sein.

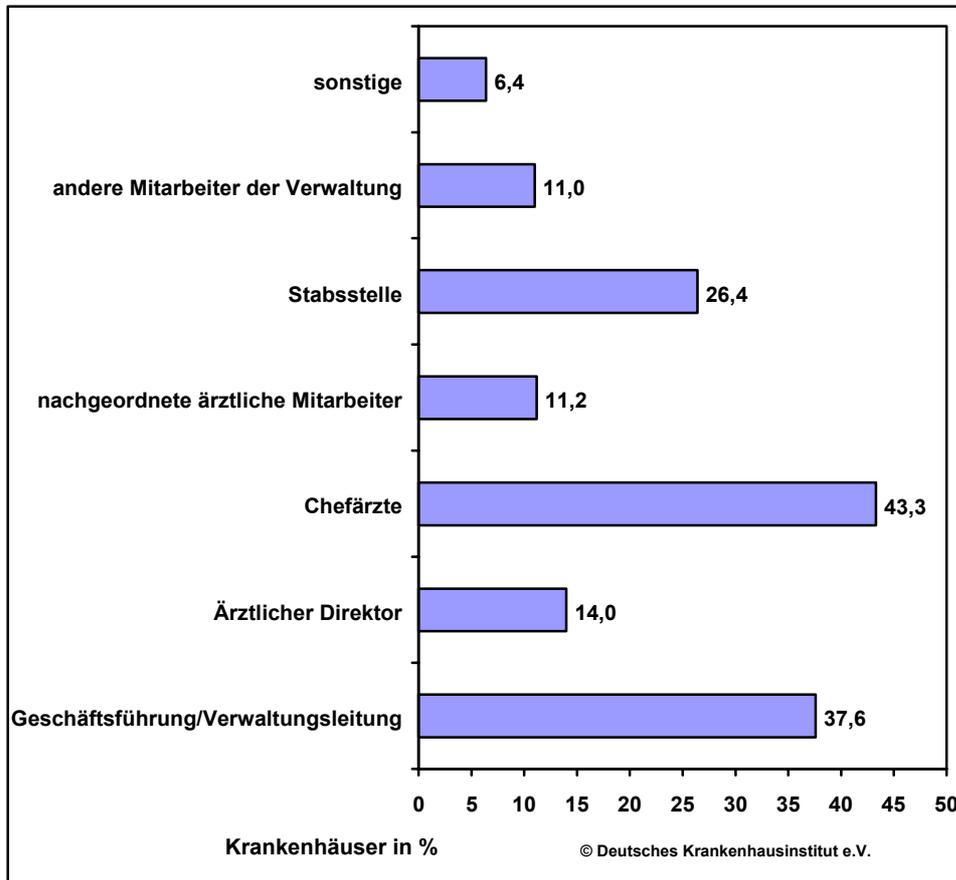


Abb. 34: Verantwortlichkeiten bei der Umsetzung der externen Qualitätssicherung

Insgesamt liegt die Verantwortung für die Umsetzung der externen Qualitätssicherung in rd. 38% der Häuser bei der Geschäftsführung/ Verwaltungsleitung.

In etwas mehr als einem Viertel der Krankenhäuser erfolgt die Umsetzung durch eine Stabsstelle. Hier besteht ein Zusammenhang mit der Größe des Krankenhauses. Je größer das Krankenhaus ist, desto häufiger erfüllt eine Stabsstelle diese Aufgabe. Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten wird in rd. 11% der Häuser eine Stabsstelle mit der externen Qualitätssicherung betreut. Dieser Anteil ist sicherlich auch deswegen so niedrig, weil viele kleine Krankenhäuser keine entsprechenden Stellen finanzieren können. In jedem zweiten Krankenhaus ab 600 Betten wird dagegen die externe Qualitätssicherung durch eine Stabsstelle erledigt.

7.4 Krankenhausvergleich anhand der BQS-Qualitätsdaten

Für die verbindliche externe vergleichende Qualitätssicherung dokumentieren die Krankenhäuser qualitätsrelevante Behandlungsdaten. Ab 2002 stellt die Bundes-

geschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) den Krankenhäusern die Ergebnisse zur Verfügung. Anhand der Ergebnisse kann ein Krankenhausvergleich erfolgen.

Rd. 61% der Krankenhäuser sind der Auffassung, dass ein Krankenhausvergleich auf der Grundlage der BQS-Daten nicht folgenlos bleiben wird.

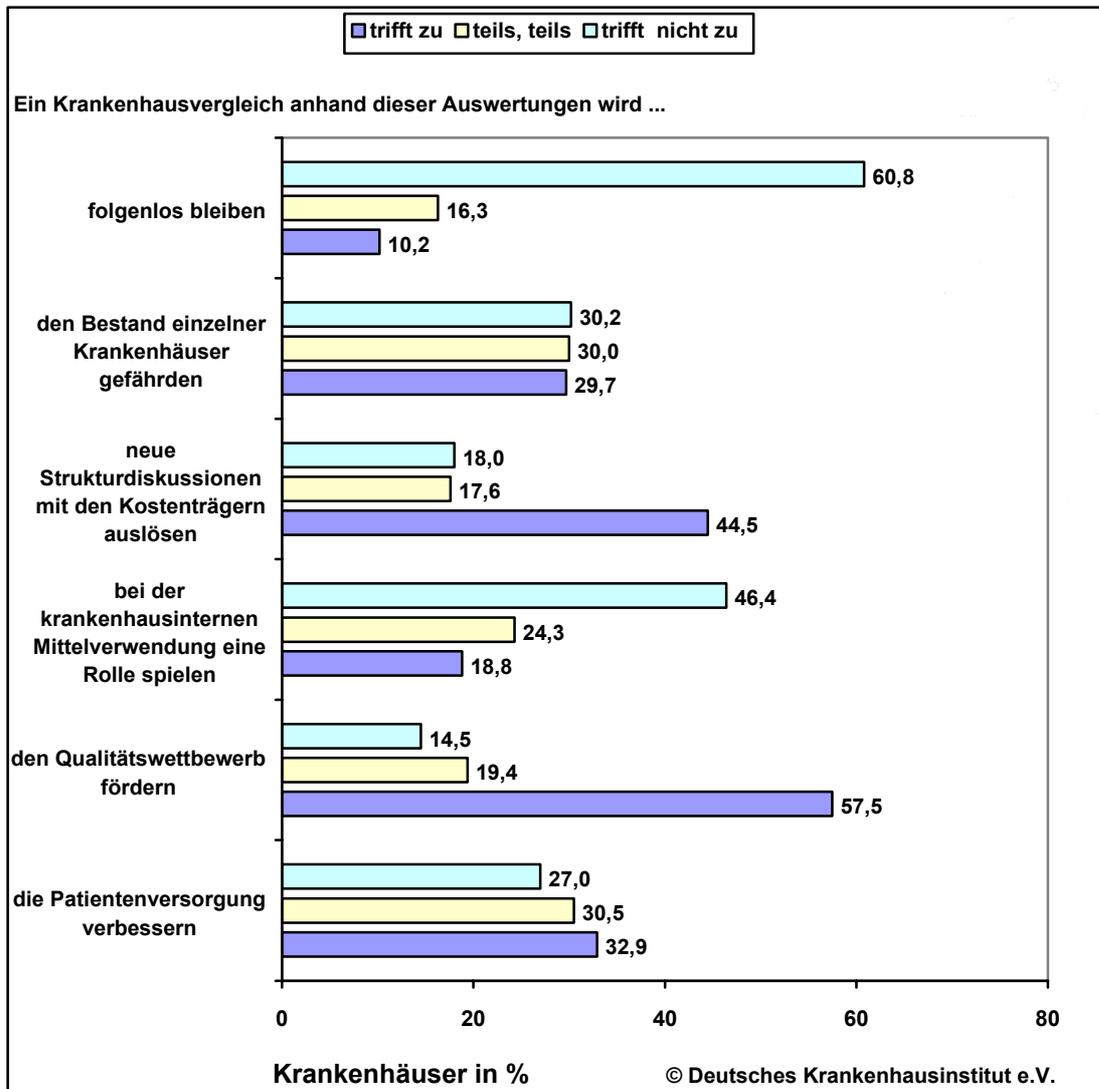


Abb. 35: Krankenhausvergleich mit den Auswertungen der BQS

Uneinheitlich ist die Auffassung der Krankenhäuser darüber, ob ein Krankenhausvergleich anhand der Auswertungen der BQS den Bestand einzelner Krankenhäuser gefährden wird. Etwa gleich große Anteile der Häuser halten dies jeweils für wahrscheinlich, für unwahrscheinlich oder sind sich nicht sicher.

Rd. 44% der Krankenhäuser sind darüber hinaus der Auffassung, dass dieser Krankenhausvergleich neue Strukturdiskussionen mit den Kostenträgern auslösen wird.

Die größte Anteil der Krankenhäuser, nämlich rd. 46%, geht nicht davon aus, dass der Krankenhausvergleich bei der krankenhaushausinternen Mittelverwendung

eine Rolle spielen wird. Allerdings hält dies ein Fünftel der westdeutschen, aber nur ein Zehntel der ostdeutschen Häuser für denkbar.

Dass der Qualitätswettbewerb gefördert werden wird, halten rd. 57% der Krankenhäuser für eine wesentliche Folge der Auswertungen.

Ob es durch den Krankenhausvergleich zu einer verbesserten Patientenversorgung kommen wird, wird von den Krankenhäusern uneinheitlich eingeschätzt. Ein Drittel der Häuser hält dies für wahrscheinlich. Allerdings gehen auch 27% der Häuser davon aus, dass der Qualitätsvergleich zu keiner Verbesserung der Patientenversorgung führen wird. Rd. 30% der Häuser gaben „teils, teils“ an.

8 Outsourcing/Insourcing

8.1 Outsourcing und Insourcing seit dem 1. Januar 2000

Unter Outsourcing soll die Übertragung von bisherigen Aufgaben des Krankenhauses an eine Fremdfirma und/oder ein anderes Krankenhaus verstanden werden. Insourcing steht dagegen für die Übertragung von Aufgaben an ein vom Krankenhaus oder dem Träger gegründetes Unternehmen.

Seit dem 1. Januar 2000 haben rd. 25% der Krankenhäuser Aufgaben an Fremdfirmen/andere Krankenhäuser übertragen (vgl. Abb. 36). Dabei zeichnet sich ein leichtes Übergewicht in den alten Bundesländern ab. Hier haben rd. 27% der Häuser ein Outsourcing betrieben, während in den neuen Bundesländern rd. 20% der Häuser Aufgaben auslagerten.

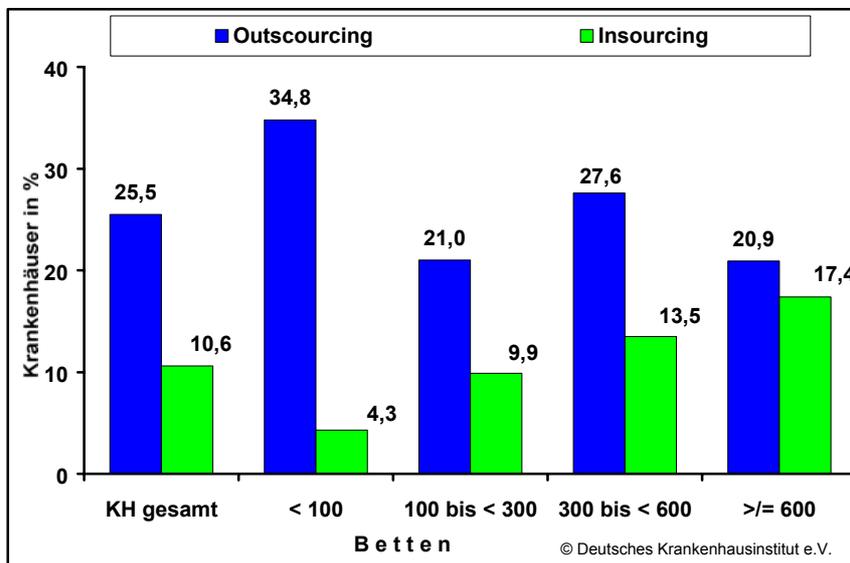


Abb. 36: Outsourcing und Insourcing seit dem 1. Januar 2000 nach Größenklassen

Jedes dritte Krankenhaus unter 100 Betten hat seit Anfang 2000 Bereiche seines Krankenhauses ausgelagert. Etwas mehr als ein Viertel der Häuser zwischen 300 und unter 600 Betten betrieben ebenfalls ein Outsourcing.

Dagegen haben rd. ein Fünftel der Häuser mit 100 bis unter 300 Betten bzw. ab 600 Betten Aufgaben an Fremdfirmen/andere Krankenhäuser übertragen.

Ein Insourcing fand in vergleichsweise wenigen Krankenhäusern statt. Nur rd. 11% der Krankenhäuser übertrugen Teile ihrer Aufgaben an ein von ihnen oder vom Träger gegründetes Unternehmen (vgl. Abb. 36).

Hier zeichnet sich ein Zusammenhang mit der Größe der Krankenhäuser ab. Während nur rd. 4% der Krankenhäuser unter 100 Betten ein Insourcing durchgeführt haben, betrieben dies rd. 17% der Krankenhäuser ab 600 Betten.

Erfasst man Outsourcing und Insourcing gemeinsam, so übertrugen 36% der Krankenhäuser seit Anfang 2000 Teile ihrer Aufgaben an andere, wobei rd. 4% der Krankenhäuser sowohl Outsourcing als auch Insourcing betrieben haben.

8.2 Ausgelagerte Bereiche

Bei den ausgelagerten Bereichen wurden 4 Teilbereiche des Krankenhauses unterschieden. Im Folgenden werden nur die Krankenhäuser betrachtet, die Bereiche ausgelagerten.

Sowohl beim Outsourcing als auch beim Insourcing wurden am häufigsten Aufgaben aus dem Bereich Wirtschaft und Versorgung ausgelagert. Hierzu zählen u.a. Wäsche, Einkauf oder Reinigung.

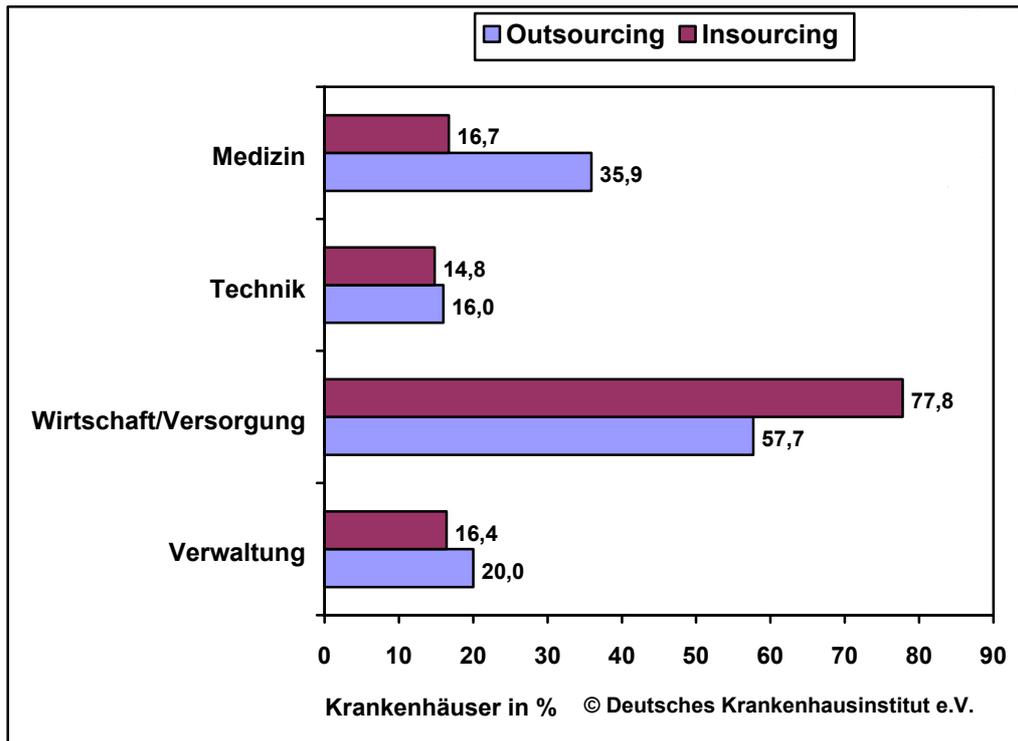


Abb. 37: Ausgelagerte Bereiche – Outsourcing und Insourcing

Der Bereich Medizin, zu dem z.B. die Aufgaben Medizintechnik, Labor oder Dialyse gehören, wurde bei beiden Auslagerungsformen am zweithäufigsten genannt. Rd. 17% der Krankenhäuser haben diese oder vergleichbare Teilaufgaben an ein von ihnen oder vom Träger gegründete Unternehmen übertragen. Doppelt so viele Häuser haben damit Fremdfirmen oder andere Krankenhäuser betraut.

Teilaufgaben der Verwaltung (z.B. Management, Schreibbüro oder EDV) wurden von einem Fünftel der Häuser an Fremdfirmen/andere Krankenhäuser vergeben. Rd. 16% der Häuser übertragen diese Aufgaben an von ihnen gegründete Unternehmen.

Ein etwas kleinerer Anteil der Krankenhäuser hat im Bereich der Technik (z.B. Instandhaltung Medizin-/Betriebstechnik) Outsourcing oder Insourcing vorgenommen.

In vielen Krankenhäusern wurden nicht nur Aufgaben aus einem Bereich, sondern aus mehreren Bereichen ausgelagert. Vom Insourcing waren in 12% der Krankenhäuser zwei Bereiche, in 10% der Krankenhäuser drei Bereiche und in 3% der Krankenhäuser alle vier Bereiche betroffen.

Rd. 17% der Krankenhäuser haben in zwei Bereichen und weitere 5% in drei Bereichen ein Outsourcing vorgenommen.

8.3 Gründe für die Auslagerung

Der Hauptgrund für die Auslagerung war sowohl beim Outsourcing als auch beim Insourcing eine Reduktion der Personalkosten (vgl. Abb. 38).

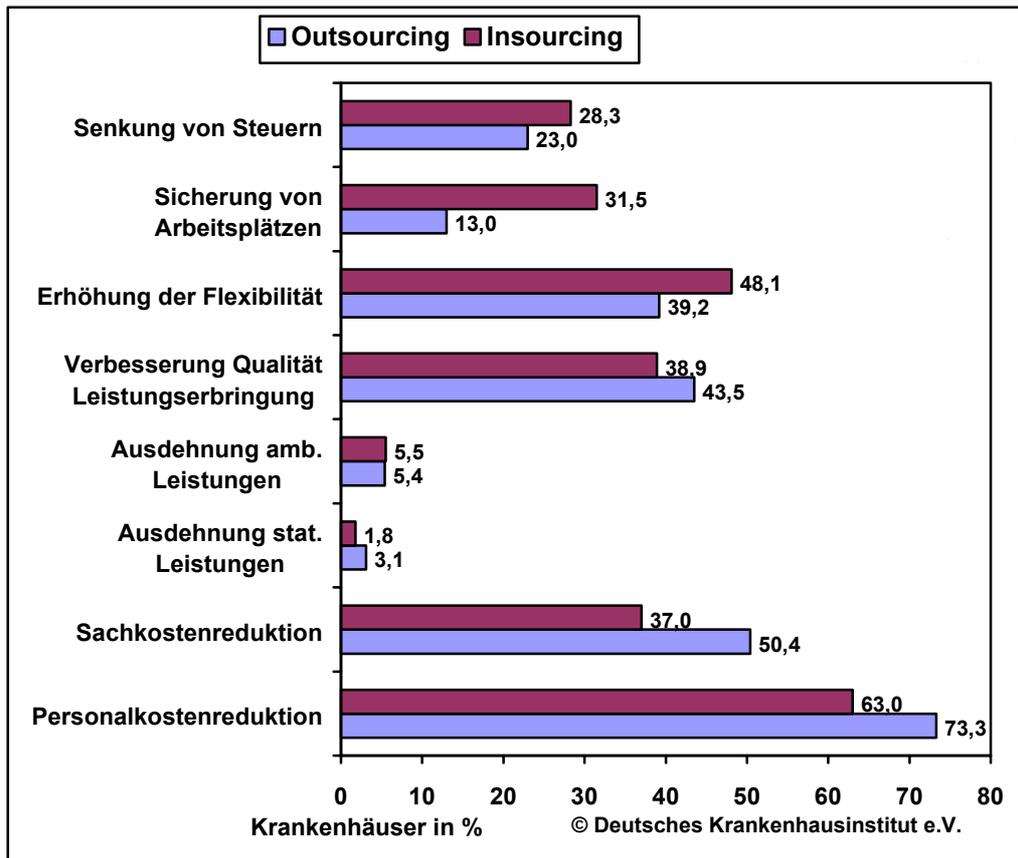


Abb. 38: Gründe für die Auslagerung

Fast drei Viertel aller Krankenhäuser, die Bereiche an Fremdfirmen/ andere Krankenhäuser übertragen haben, sowie fast zwei Drittel aller Häuser, die Insourcing vorgenommen haben, nannten die Personalkostenreduktion als einen Grund für die vorgenommenen Maßnahmen.

Beim Outsourcing spielte darüber hinaus in jedem zweiten Krankenhaus die Sachkostenreduktion eine wichtige Rolle. Für Krankenhäuser mit einem Insourcing war dies zwar nicht unwichtig, aber die Erhöhung der Flexibilität spielte in einem größeren Anteil der Krankenhäuser eine wichtigere Rolle.

Sowohl beim Outsourcing als auch beim Insourcing war die Verbesserung der Qualität ein wichtiger Grund für die Auslagerung.

Die Sicherung von Arbeitsplätzen war beim Outsourcing nur bei einer Minderheit der Krankenhäuser ein Argument für die Auslagerung. Beim Insourcing dagegen gab fast ein Drittel der Häuser dies als Grund für die durchgeführte Maßnahme an.

8.4 Betriebsübergang oder Personalgestellung

Bei einer Ausgliederung von Bereichen eines Krankenhauses stellt sich hinsichtlich des betroffenen Personals immer die Frage, ob ein Betriebsübergang nach § 613a BGB oder eine Personalgestellung seitens des Krankenhauses in Frage kommt.

In rd. 41% der Krankenhäuser, die ein Insourcing durchgeführt haben, fand ein Betriebsübergang nach § 613a BGB statt. Im Mittel wurden 29 Stellen des Krankenhauses ausgelagert. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser waren seit Anfang 2000 von einem Betriebsübergang im Rahmen eines Insourcings 5.600 Krankenhausbeschäftigte betroffen.

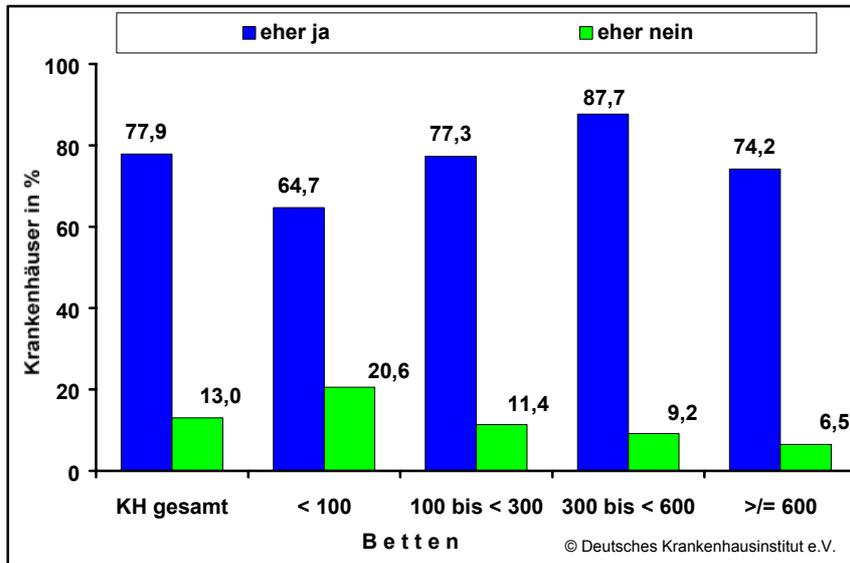
Beim Outsourcing lag der Anteil der über einen Betriebsübergang ausgelagerten Stellen bei rd. 28%. Die mittlere Anzahl der betroffenen Stellen lag hier bei 15. Insgesamt waren hochgerechnet seit dem 1.1.2000 6.700 Arbeitnehmer in Krankenhäusern von einem Betriebsübergang betroffen.

Eine Personalgestellung des Krankenhauses erfolgte in 31% der Krankenhäuser mit einem Insourcing. Im Durchschnitt werden 36 Personen seitens des Krankenhauses an den ausgelagerten Bereich gestellt. Ausgelagert wurden seit 2000 insgesamt 7.000 Personen, wenn man die aus der Stichprobe resultierenden Werte auf die Grundgesamtheit hochrechnet.

Rd. 23% der Krankenhäuser, die ein Outsourcing durchgeführt haben, nehmen eine Personalgestellung vor. Durchschnittlich werden 9 Personen den ausgelagerten Bereichen gestellt. Von einer Personalgestellung im Rahmen des Outsourcings waren seit Anfang 2000 hochgerechnet 4.300 Krankenhausbeschäftigte betroffen.

8.5 Erfüllte Erwartungen

Bei der weitaus überwiegende Zahl der Krankenhäuser haben sich die Erwartungen hinsichtlich der mit der Auslagerung verbundenen Zielsetzungen erfüllt (vgl. Abb. 39), denn dies betonten mehr als drei Viertel der Krankenhäuser. Dies galt sowohl für die Krankenhäuser in den alten Bundesländern als auch für die Häuser in den neuen Bundesländern.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 39: Haben sich die Erwartungen hinsichtlich der mit der Auslagerung verbundenen Zielsetzungen erfüllt?

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Größe der Krankenhäuser und erfüllten Erwartungen besteht nicht.

9 Fehlbelegungsprüfungen

Eine sogenannte Fehlbelegungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen fand in rd. 21% der Krankenhäuser statt. Auffällig ist die unterschiedliche Häufigkeit in den alten und den neuen Bundesländern. Während 19% der Krankenhäuser in Westdeutschland sich einer solchen Prüfung unterziehen mussten, fand in 35% der Häuser in Ostdeutschland eine sogenannte Fehlbelegungsprüfung statt.

Bei den Größenklassen schwankt der Anteil der Häuser mit einer Fehlbelegungsprüfung zwischen einem Fünftel der Krankenhäuser mit unter 100 Betten bis zu einem Viertel der Häuser ab 600 Betten.

Bis zum Jahr 1999 wurden insgesamt 16% der Krankenhäuser einer Prüfung unterzogen. Eine Fehlbelegungsprüfung wurde 2000 in 5% der Häuser durchgeführt. Weitere 4,7% der Häuser sahen sich 2001 mit einer Fehlbelegungsprüfung konfrontiert.

Es gab eine Reihe von Krankenhäusern, die mehr als eine sogenannte Fehlbelegungsprüfung hinnehmen mussten. Auch hier ist der Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern auffällig. Von den Krankenhäusern mit einer Fehlbelegungsprüfung mussten sich in Westdeutschland rd. 93% nur einer Fehlbelegungsprüfung unterziehen, in Ostdeutschland dagegen rd. 71%.

Fast doppelt so hoch ist der Anteil der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, die zwei Prüfungen unterzogen wurden, wie in Westdeutschland (9,7% zu 5,2%). Während lediglich in knapp einem Prozent der Krankenhäuser in den alten Bundesländern drei Prüfungen durchgeführt worden sind, liegt der entsprechende Anteil in Ostdeutschland bei rd. 11%.

Anhang: Methodik und Stichprobenbildung

Die Grundgesamtheit der Erhebung bildeten alle allgemeinen Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern mit Ausnahme der Krankenhäuser, die nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören; d.h. mit Ausnahme der allgemeinen Krankenhäuser, die weder Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken sind noch über einen Versorgungsvertrag verfügen. Nicht enthalten sind ferner die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen / neurologischen Betten, reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser, die sämtlich nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern zählen.

Bei der Stichprobenbildung ist berücksichtigt worden, dass sowohl für unterschiedliche Bettengrößenklassen als auch für die alten und neuen Bundesländer jeweils repräsentative Aussagen getroffen werden sollten. Bei den Bundesländern ist aus sachlichen Gründen (Anwendung BAT-West/BAT-Ost) eine Zuordnung der Krankenhäuser aus „West-Berlin“ zu den alten Bundesländern und der Krankenhäuser aus „Ost-Berlin“ zu den neuen Bundesländern erfolgt. Hinsichtlich der Bettengrößenklassen wurden vier Abstufungen vorgesehen; dementsprechend ergaben sich für die Stichprobenbildung acht Krankenhausgruppen.

Es wurde eine Ausschöpfungsquote von 50% angestrebt. Für die Krankenhausgruppen, für die keine Vollerhebung vorgesehen ist, war die Bruttostichprobe doppelt so hoch anzusetzen wie die erwartete Nettostichprobe, für die je Krankenhausgruppe 100 Krankenhäuser vorgesehen waren.

Erfahrungsgemäß ist die Ausschöpfungsquote bei den Krankenhäuser mit unter 100 Betten gering, so dass hier eine Vollerhebung durchgeführt wurde. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde aufgrund der geringen Besetzung ebenfalls eine Vollerhebung durchgeführt.

Wie schon in den Vorerhebungen wurden alle Krankenhäuser in den neuen Bundesländern in die Stichprobe einbezogen.

Die Bruttostichprobe lag damit insgesamt bei 1.161 Krankenhäusern (vgl. Tab. 1).

Krankenhausgrößenklassen	alte BL	neue BL
unter 100 Betten	338*	24*
100 bis unter 300 Betten	200	154*
300 bis unter 600 Betten	200	75*
ab 600 Betten	130*	40*
insgesamt	868	293
* Vollerhebung		

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 1: Bruttostichprobe Krankenhäuserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Reha-Einrichtungen) lag bei 1.117 Krankenhäusern. Nach einer Nachfaßaktion nach knapp vier Wochen wurde eine Teilnahme von 510 Krankenhäusern oder 45,7% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. 2). Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundes-

ländern lag bei 47%, die Quote für die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern lag bei 41,6%. Die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse unterscheiden sich merklich. Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an; während die Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten eine überproportionale Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten auch in der Herbstumfrage wieder unterproportional beteiligt.

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	868	293	1.161
bereinigte Bruttostichprobe	836	281	1.117
Teilnehmer	393	117	510
Rücklauf in %	47,0	41,6	45,7

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 2: Ausschöpfungsquoten

Da die Bruttostichprobe in den einzelnen Krankenhausgruppen unterschiedliche Auswahlätze berücksichtigt hat und die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse variieren, musste eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt werden, um ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit wiedergeben zu können. Diese Gewichtung erfolgte nach den Merkmalen *Bundesland* und *Bettengrößenklasse*.

In den Auswertungen werden immer dann gewichtete Daten verwendet, wenn Gesamtwerte für die Krankenhäuser der alten und/oder der neuen Bundesländer auszuweisen sind. Demgegenüber werden in den Auswertungen nach Krankenhausgrößenklassen die ungewichteten Daten angegeben.

Wesentliche Strukturdaten der an der Erhebung beteiligten Krankenhäuser können Tabelle 3 entnommen werden.

Strukturdaten	2001
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	510
Bundesland	
- alte Bundesländer	77,1%
- neue Bundesländer	22,9%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	92,0%
- Hochschulklinik	2,7%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	5,3%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	48,0%
- frei-gemeinnützig	38,6%
- privat	13,4%
Ausrichtung des Krankenhauses	
- Allgemeinkrankenhaus	80,4%
- Fachkrankenhaus	18,6%
- keine Angabe	1,0%
Belegkrankenhaus	7,8%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 3: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser