

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2006



Dr. Karl Blum
Dr. Matthias Offermanns
Patricia Schilz

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

September 2006

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	4
1 Einleitung	8
2 Bewertung des DRG-Systems und Leistungs- entwicklung	9
2.1 Zufriedenheit mit dem derzeitigen Stand des DRG-Systems	9
2.2 Wichtigkeit von gesetzlichen Ausnahmetatbeständen bzw. Öffnungsklauseln	12
2.3 Leistungsdaten	18
2.4 Leistungsbreite und –tiefe	20
2.5 Abstimmung des stationären und ambulanten Leistungs- spektrums	24
3 Entgeltfindung und –überprüfung im DRG-System	26
3.1 Verschlüsselung und Gruppierung von Behandlungsdaten	26
3.2 Abrechnungs- und Fehlbelegungsprüfungen	28
4 Zahlungsverzögerungen und –verweigerungen	39
5 Belegärztliche Versorgung	40
5.1 Stand der belegärztlichen Versorgung im Jahr 2005	40
5.2 Auswirkungen des EBM 2000plus auf die Belegabteilungen	45
6 Medizinisches Versorgungszentrum	48
6.1 Stand der Umsetzung	48
6.2 Probleme bei der Gründung/Teilnahme an einem MVZ	48
6.3 Personal und Träger der Medizinischen Versorgungszentren	51
7 Integrierte Versorgung	52
7.1 Teilnahme an der Integrierten Versorgung	52
7.2 Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung	53
7.3 Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung	54
7.4 Beteiligte Leistungserbringer	54
7.5 Vergütung der Integrierten Versorgung	55
7.6 Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung	56

7.7	Verlängerung der Anschubfinanzierung	57
8	Personal und Arbeitszeit	59
8.1	Personalintensität	59
8.2	Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst	60
8.3	Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitorganisation	60
8.4	Hinderungsgründe einer neuen Arbeitszeitorganisation	61
8.5	Tarifliche Grundlagen für Betriebs-/Dienstvereinbarungen	63
8.6	Arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen	64
9	Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser	66
9.1	Stationäre und ambulante Umsatzerlöse	66
9.2	Jahresergebnis 2005/2006	67
9.3	Entwicklung des Jahresergebnisses 2004 bis 2005	69
9.4	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	69
	Anhang	73

Zusammenfassung

Wesentliches Ziel des Krankenhaus Barometers ist, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnah Informationen zum aktuellen Krankenhauseschehen zur Verfügung zu stellen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Umfrage 2006 zusammengefasst.

Bewertung des DRG-Systems und Leistungsentwicklung

Fast die Hälfte der Krankenhäuser ist insgesamt eher oder sehr zufrieden mit dem neuen Vergütungssystem. Lediglich rund 15% gaben an, eher oder sehr unzufrieden damit zu sein.

Bei den einzelnen Bestandteilen des DRG-Systems wird indes noch Verbesserungspotenzial gesehen. 28% der Häuser sind noch unzufrieden über die Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog, rund ein Viertel findet die Entgeltbeträge im Zusatzentgelt-Katalog noch unangemessen. Mit den Leistungsdefinitionen im Fallpauschalen- und Zusatzentgelt-Katalog sind jeweils rund ein Fünftel der Krankenhäuser noch unzufrieden.

Krankenhausindividuelle Entgelte und der Abschlag bzw. die Zuschläge für die gesetzlich festgelegten Ausnahmetatbestände werden von einem Großteil der Krankenhäuser als wichtig erachtet. So messen jeweils über drei Viertel der Krankenhäuser den krankenhausesindividuellen Entgelten für noch nicht im Fallpauschalen-Katalog aufgenommene Leistungen und noch nicht im Zusatzentgelt-Katalog aufgenommene Leistungen Wichtigkeit zu. Über 90% der Krankenhäuser mit 100 und mehr Betten erachtet die Zuschläge für Ausbildungsstätten und -vergütungen als wichtig.

Die stationären Fallzahlen des Jahres 2005 sind im Vergleich zum Vorjahr insgesamt konstant. Kleinere Krankenhäuser unter 300 Betten haben im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr Fallzahlsenkungen zu verzeichnen gehabt, während größere Krankenhäuser tendenziell eher zunehmende Fallzahlen aufweisen.

Die Anzahl der ambulanten Operationen gem. § 115 b SGB V ist gegenüber dem Jahr 2004 im Mittel über alle Krankenhäuser um 16% gestiegen.

Über ein Fünftel der Krankenhäuser stimmt sein stationäres Leistungsspektrum mit Auswirkung auf die Leistungsplanung mit anderen Kliniken ab. Beim ambulanten Leistungsspektrum sind es rund 5%, die eine gezielte Abstimmung vornehmen.

Entgeltfindung und -überprüfung im DRG-System

Die Verschlüsselung der von dem Arzt festgestellten Diagnosen und Prozeduren zur Entgeltabrechnung nach dem DRG-System findet in 65% der Krankenhäuser durch den Arzt selbst statt. Die Kontrolle der DRG-Gruppierung übernimmt hingegen bei den meisten Krankenhäusern das Medizincontrolling (42%) oder eine zentrale Stelle auf der Abteilung/Station (18%).

Die Anzahl der verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen des MDK nach § 275 SGB V hat seit dem Anfang des Jahres 2004 bei insgesamt 83% der Krankenhäuser zugenommen. Im Mittel über alle Krankenhäuser wurden rund 10% der stationären Fälle im Jahr 2005 einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen. Häufigster Prüfungsgrund war die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen.

Die mit Einführung des DRG-Systems gesetzlich geschaffene Möglichkeit der Stichprobenprüfung nach § 17 c KHG wird indes von den Krankenkassen noch sehr zurückhaltend genutzt. Lediglich 3% der Krankenhäuser wurden bis zum Mai 2006 in eine derartige Stichprobenprüfung einbezogen.

Zahlungsverzögerungen und –verweigerungen

In fast 60% der Krankenhäuser kam es 2005 im nennenswerten Umfang vor, dass Rechnungen über stationäre Leistungen nicht fristgerecht (gemäß vereinbarter Zahlungsfrist) bezahlt wurden. 44% der Krankenhäuser gaben an, dass im nennenswerten Umfang die Zahlung von Rechnungen für stationäre Leistungen ganz oder teilweise verweigert wird. Betroffen sind vor allen Dingen Krankenhäuser in den alten Bundesländern und größere Häuser.

Der Anteil an stationären Fällen im Jahr 2005, bei denen Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen im nennenswerten Umfang vorkamen, lag im Mittel bei 17%.

Belegärztliche Versorgung

Der seit dem 1. April 2005 geltende EBM 2000plus, der in Verbindung mit den Honorarverteilungsverträgen (HVV) die Vergütung von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich festsetzt, hat sich negativ auf die Krankenhäuser mit Belegabteilungen ausgewirkt. Fast die Hälfte der Krankenhäuser gab jeweils an, dass ein Erlösrückgang und/oder ein Fallzahlrückgang in den Belegabteilungen stattgefunden habe. Ebenfalls in knapp der Hälfte der Krankenhäuser stellten die Belegärzte finanzielle Forderungen an das Krankenhaus. Lediglich bei 19% der Krankenhäuser hat die EBM-Reform keine bemerkenswerten Konsequenzen nach sich gezogen.

Den Krankenhäusern bleiben auf Grund der im EBM und im HVV festgesetzten Regelungen nicht viele Möglichkeiten, sich aus dieser misslichen Situation zu befreien. Ein Viertel der Krankenhäuser sucht nach neuen Belegärzten und 9% planen die Belegabteilungen in Hauptabteilungen umzuwandeln. Von einer Schließung von Belegabteilungen oder dem Abbau von Belegbetten sehen die meisten Krankenhäuser bislang noch ab.

Medizinisches Versorgungszentrum

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gegründet haben, mehr als verdoppelt. Rund 7% der Krankenhäuser haben ein MVZ gegründet. Ein Drittel der Krankenhäuser beabsichtigt die Gründung oder die Teilnahme an einem MVZ. Dieser Anteil ist damit weiterhin hoch, aber niedriger als in den Vorjahren.

Das größte Problem bei der Gründung eines MVZ liegt in den Zulassungssperren für bestimmte Fachgebiete in der Versorgungsregion des Krankenhauses. Rund 46% der Krankenhäuser, die eine Gründung bereits durchgeführt oder geplant haben, gaben dies als Schwierigkeit an. Starke Widerstände der niedergelassenen Ärzte wurden als zweithäufigstes und juristische Gründe als dritthäufigstes Problem genannt.

Integrierte Versorgung

Etwa zur Jahresmitte 2006 nahmen in Deutschland ein Drittel der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil. Das entspricht bun-

desweit rund 600 Einrichtungen. Weitere 16% beabsichtigen eine konkrete Teilnahme. Die Hälfte der Krankenhäuser nimmt somit nicht an der Integrierten Versorgung teil bzw. plant auch keine konkrete Teilnahme.

Hinsichtlich der Anzahl der abgeschlossenen Integrationsverträge haben die meisten Häuser (54%) einen Vertrag abgeschlossen. 22% haben zwei Verträge und 25% drei oder mehr Verträge. Im Durchschnitt haben die teilnehmenden Krankenhäuser 2,5 Integrationsverträge.

Im Vergleich zum Vorjahr hat die Teilnehmerzahl sowie der Anteil der Häuser mit mehreren Verträgen damit deutlich zugenommen.

Personal und Arbeitszeit

Gut 28% der Krankenhäuser gaben an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Steigerung um ca. 6%-Punkte. Legt man den Vorjahreswert von 22% als Basis zugrunde, hat sich der Anteil der Häuser mit entsprechenden Problemen, relativ gesehen, um ein Viertel erhöht.

Von Anfang 2004 bis zur Jahresmitte 2006 haben 40% der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Gegenüber dem entsprechenden Vergleichswert des Vorjahres bedeutet dies nur eine leichte Steigerung von ca. 3%-Punkten. Bei einem Drittel der Häuser ist eine neue Arbeitszeitorganisation konkret in Planung. Hier ist gegenüber dem Vorjahr eine etwas größere Steigerung um gut 10%-Punkte zu verzeichnen. Knapp 20% der Krankenhäuser hatten zur Jahresmitte 2006 allerdings noch keine konkreten Pläne, wie sie das neue Arbeitszeitgesetz hausintern umsetzen würden.

Die Mehrheit der Krankenhäuser beklagt mehr oder weniger große Probleme bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle im Ärztlichen Dienst. Fast 40% der Befragten sehen ein Hauptproblem in der mangelnden Akzeptanz der betroffenen Ärzte und ein weiteres Drittel sieht in der zeitlichen Staffelung des zusätzlichen Betrages für arbeitszeitbedingte Mehrkosten bis 2009 einen wesentlichen Hinderungsgrund. Weitere Hinderungsgründe für die Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation sehen die Krankenhäuser u.a. in fehlenden tariflichen Grundlagen bzw. Betriebsvereinbarungen (20%) und in Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten am Markt zu decken (26%).

Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Fasst man die ambulanten und stationären Erlöse als die betrieblichen Umsätze im engeren Sinne zusammen, so haben die stationären Krankenhausleistungen den maßgeblichen Anteil von 96,9% daran und die ambulanten Leistungen dementsprechend einen Anteil von 3,1%. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der ambulanten Erlöse in allen Bettengrößenklassen zugenommen.

Im Jahr 2005 erzielte knapp die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland einen Jahresüberschuss. Ein Drittel der Häuser schrieb Verluste. Knapp 17% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringe Veränderungen der Anteilswerte: So ist der Anteil der Häuser mit Überschuss um etwa 5%-Punkte zurückgegangen, während der Anteil der Häuser mit ausgeglichenem Ergebnis um 5%-Punkte zugenommen hat.



Für das Jahr 2006 erwarten die Krankenhäuser eher eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse. Während der Anteil der Häuser mit erwartetem Fehlbetrag demnach fast konstant bliebe, würde sich der Anteil der Häuser, die mit einem Überschuss rechnen, deutlich reduzieren. Für 2006 gehen jeweils 30% der Häuser von einem Jahresüberschuss bzw. einem ausgeglichenen Ergebnis aus.

1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* 2006 vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die im April und Mai 2006 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 341 Krankenhäuser; eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält der Anhang.

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

Schwerpunkte des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* bilden vor allem die Bewertung des DRG-Systems, die Prüfungen/Fehlprüfungen der Krankenkassen und des MDK sowie die Arbeitszeitorganisation in den Krankenhäusern:

- Die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser ist insgesamt zufrieden mit dem DRG-System. Bei den einzelnen Bestandteilen des DRG-Systems wird indes noch Verbesserungspotenzial gesehen. Rund ein Viertel der Krankenhäuser ist unzufrieden mit den Falldefinitionen und Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog, den Leistungsdefinitionen und Entgeltbeträgen im Zusatzentgelt-Katalog sowie den Abrechnungsbestimmungen und Kodierrichtlinien. Dies wird teilweise über alle Krankenhäuser gleich gesehen, spiegelt teilweise aber auch die spezifischen Anforderungen von Häusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen an ein leistungsgerechtes Vergütungssystem wieder.
- Die Anzahl der verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) hat seit dem Anfang des Jahres 2004 bei der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser zugenommen. Über die Hälfte der Krankenhäuser gab sogar einen deutlichen Zuwachs an. Im Mittel über alle Krankenhäuser wurden rund 10% der stationären Fälle im Jahr 2005 einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen. Stichprobenprüfungen nach § 17 c KHG werden hingegen noch sehr selten als Prüfinstrumentarium von den Krankenkassen genutzt.
- Von Anfang 2004 bis zur Jahresmitte 2006 haben 40% der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Gegenüber dem entsprechenden Vergleichswert des Vorjahres bedeutet dies eine leichte Steigerung von ca. 3%-Punkten. Viele Krankenhäuser sehen bei der Einführung der neuen Arbeitszeitmodelle im Ärztlichen Dienst noch Probleme hinsichtlich der mangelnden Akzeptanz der betroffenen Ärzte und der zeitlichen Staffelung des zusätzlichen Betrages für arbeitszeitbedingte Mehrkosten bis 2009. Hinderungsgründe sind zudem fehlende tarifliche Grundlagen bzw. Betriebsvereinbarungen und Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten am Markt zu decken.

2 Bewertung des DRG-Systems und Leistungsentwicklung

2.1 Zufriedenheit mit dem derzeitigen Stand des DRG-Systems

Das DRG-System wurde vor nunmehr drei Jahren als so genanntes „lernendes System“ in Deutschland eingeführt.

Seit der optionalen Einführung im Jahr 2003 wurden

- das Klassifikationssystem,
- die Relativgewichte bzw. Entgeltbeträge des Fallpauschalen- und Zusatzentgelt-Katalogs,
- die Abrechnungsregeln und
- die Deutschen Kodierrichtlinien

jährlich weiterentwickelt.

Daneben wurden die gesetzlichen Vorgaben durch das 1. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 17.07.2003, dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004 sowie Ersatzvornahmen durch Rechtsverordnung geändert.

Nach zwei budgetneutralen Jahren hat im letzten Jahr die fünfjährige Konvergenzphase eingesetzt, die das bisherige kostenorientierte Budgetsystem in ein leistungsorientiertes Preissystem überleitet.

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurden die Krankenhäuser danach gefragt, wie zufrieden sie mit dem derzeitigen Stand des DRG-Systems sind. Dabei konnten sie ihre Zufriedenheit mit dem DRG-System insgesamt, sowie mit einzelnen Bereichen/Komplexen - wie dem Fallpauschalen-Katalog, dem Zusatzentgelt-Katalog, den Abrechnungsbestimmungen sowie Kodierrichtlinien - auf einer fünf-stufigen Skala („sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“) bestimmen. Die Zufriedenheit der Krankenhäuser mit dem derzeitigen Stand des DRG-Systems gilt als wichtiger Beurteilungsmaßstab, inwieweit das als leistungsgerecht deklarierte Vergütungssystem nach nunmehr drei Jahren der Anwendung bei den Kliniken anerkannt ist und inwieweit Veränderungen durch o.g. korrigierende Eingriffe bewertet bzw. akzeptiert werden.

Trotz der mit den Veränderungen verbundenen großen Herausforderungen zeigen die Ergebnisse der Umfrage eine überwiegende Zufriedenheit der Krankenhäuser mit dem DRG-System. Fast die Hälfte der Krankenhäuser ist insgesamt eher oder sehr zufrieden mit dem neuen Vergütungssystem. Lediglich rund 15% gaben an, eher oder sehr unzufrieden damit zu sein. Dieses negative Urteil scheint in vielen Fällen durch eine schwierige wirtschaftliche Situation beeinflusst zu sein; fast 60% der unzufriedenen Krankenhäuser schätzen ihre zukünftige wirtschaftliche Entwicklung als „eher schlechter“ ein.

Die Gesamtzufriedenheit mit dem DRG-System variiert zwischen den Krankenhäusern der neuen und alten Bundesländer kaum.

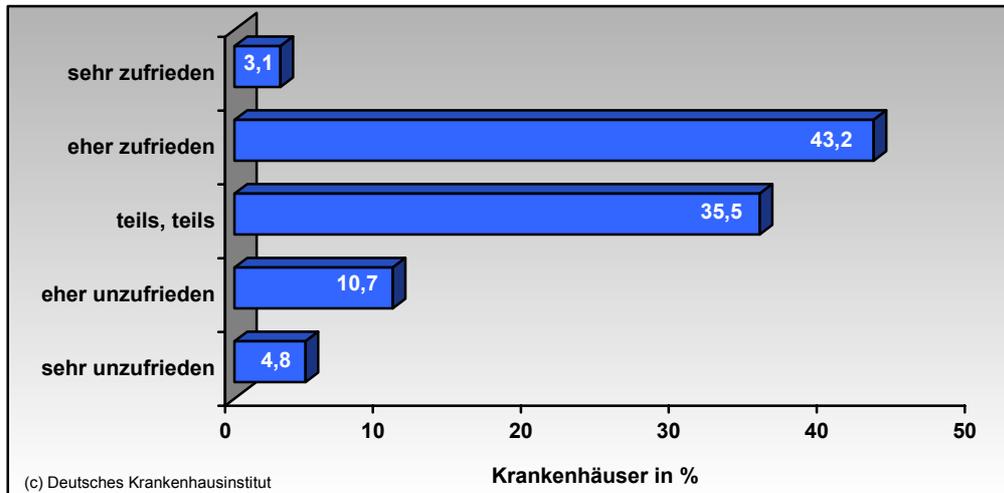


Abb. 1: Zufriedenheit mit dem derzeitigen Stand des DRG-Systems, Häufigkeiten¹

Bei der Analyse nach unterschiedlichen Bettengrößenklassen fällt hingegen auf, dass die Krankenhäuser unter 100 Betten insgesamt unzufriedener mit dem DRG-System sind als die anderen Krankenhäuser. Ein Viertel der Krankenhäuser unter 100 Betten gab an, unzufrieden über das DRG-System zu sein; davon waren rund 15% sogar sehr unzufrieden. Diese vergleichsweise hohe Unzufriedenheit ist bei den größeren Krankenhäusern nicht gegeben. Hier waren lediglich rund 13% der Krankenhäuser unzufrieden; davon eine Minderheit sehr unzufrieden. Hierbei ist zu beachten, dass rund 13% der Krankenhäuser unter 100 Betten keine Angaben zu ihrer Zufriedenheit tätigen konnten. Dies lässt auf eine Unsicherheit kleinerer Krankenhäuser im Umgang mit dem DRG-System sowie seiner Auswirkungen auf die eigene Situation schließen.

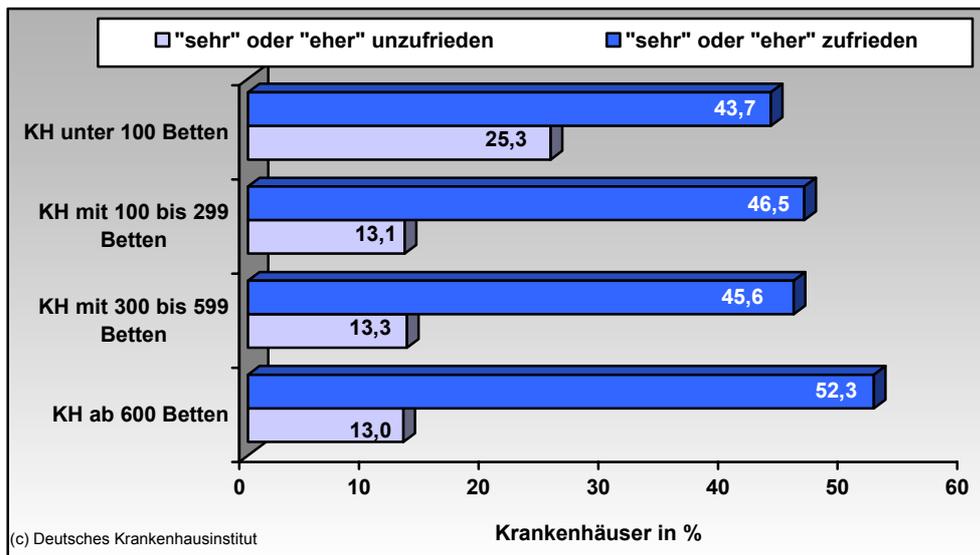


Abb. 2: Zufriedenheit mit dem derzeitigen Stand des DRG-Systems - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen²

¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

² Jeweils fehlende Angaben zu 100% = „teils, teils“ und keine Angabe.

Die hohe Zufriedenheit der Krankenhäuser mit dem DRG-System schließt eine kritische Bewertung der einzelnen Bestandteile nicht aus.

Bei der Beurteilung der konkreten Bestandteile des DRG-Systems fällt die Zufriedenheit der Krankenhäuser daher geringer aus. Rund ein Viertel der Krankenhäuser ist unzufrieden mit den Falldefinitionen und Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog, den Leistungsdefinitionen und Entgeltbeträgen im Zusatzentgelt-Katalog sowie den Abrechnungsbestimmungen und Kodierrichtlinien.

Die Unzufriedenheit überwiegt im Vergleich zur Zufriedenheit bei den Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog wie bei den Entgeltbeträgen im Zusatzentgelt-Katalog.

Über ein Fünftel der Krankenhäuser (fast ausnahmslos unter 300 Betten) hat zu der Zufriedenheit mit dem Zusatzentgelt-Katalog (Entgeltbeträgen wie Leistungsdefinitionen) keine Angaben gemacht. Dies lässt darauf schließen, dass der Zusatzentgelt-Katalog für eine Vielzahl dieser Krankenhäuser keine Relevanz für die eigene Abrechnung besitzt und somit nicht beurteilt werden kann.

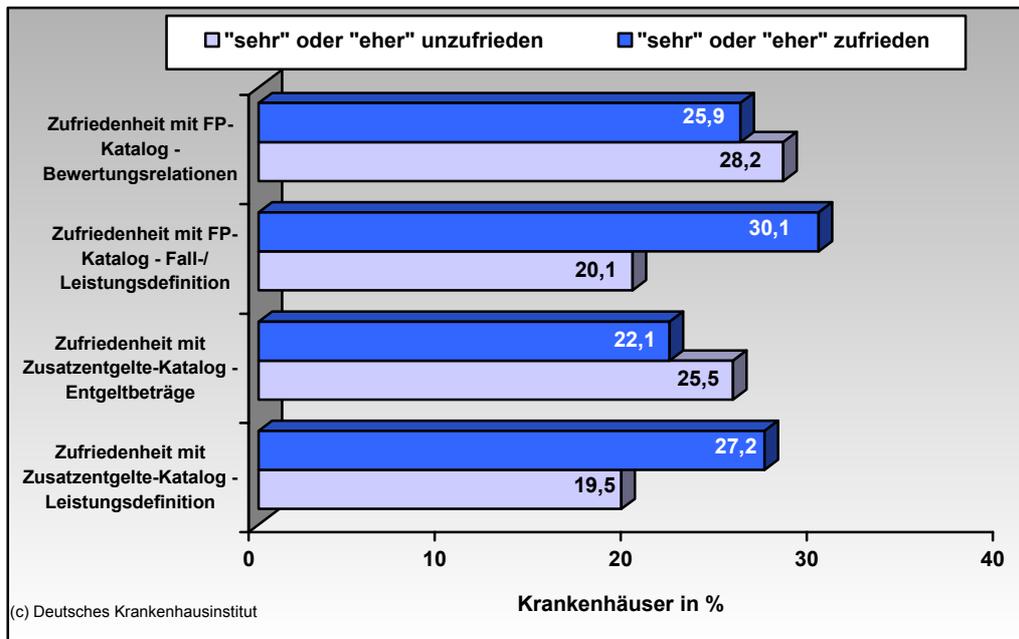


Abb. 3: Zufriedenheit mit den einzelnen Bestandteilen des DRG-Systems - Häufigkeiten³

Verbesserungspotenziale sehen die Krankenhäuser unter 300 Betten insbesondere noch hinsichtlich der Bewertungsrelationen im Fallpauschalen-Katalog und die Krankenhäuser mit 300 und mehr Betten bei den Abrechnungsbestimmungen.

³ Fehlende Angaben zu 100% = „teils, teils“ und keine Angabe.

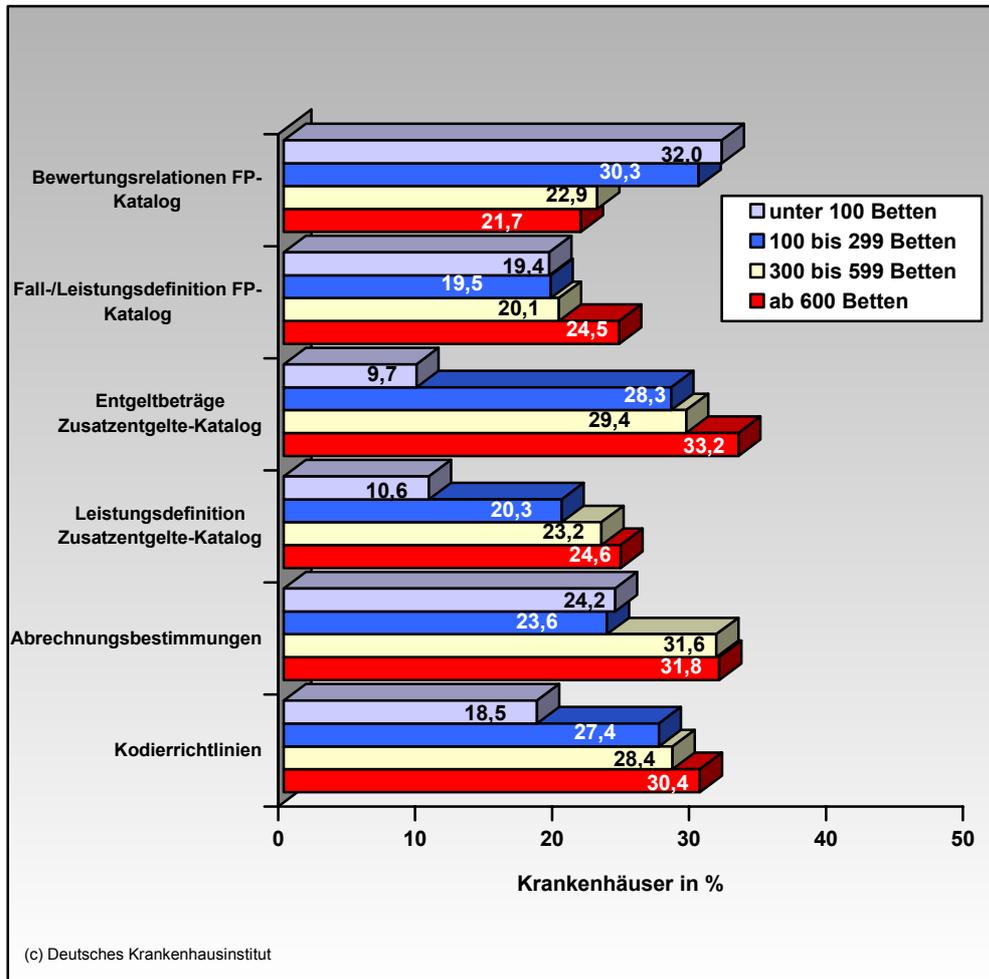


Abb. 4: Unzufriedenheit mit den einzelnen Bestandteilen des DRG-Systems - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen

2.2 Wichtigkeit von gesetzlichen Ausnahmetatbeständen bzw. Öffnungsklauseln

Mit dem DRG-System wurde vom Bundesministerium für Gesundheit zunächst ein 100%-Ansatz angestrebt. Lediglich die Leistungen der psychiatrischen Krankenhäuser sowie selbstständiger, gebietsärztlich geleiteter psychiatrischer Abteilungen wurden von Anfang an ausgenommen, da diese unter der Prämisse der Leistungsgerechtigkeit nicht in das System integrierbar erschienen.

Ausnahmetatbestände oder Öffnungsklauseln für andere Krankenhäuser oder Fachbereiche waren anfangs nicht vorgesehen. Es wurde davon ausgegangen, dass alle Krankenhausleistungen durch das DRG-System abgebildet werden können, da grundsätzlich jeder Fall durch den Gruppierungsalgorithmus einer DRG-Fallpauschale (einschließlich Fehlergruppen) zugeordnet wird und für eng begrenzte Leistungen Zusatzentgelte abgerechnet werden können.

Im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (FPG) vom Jahr 2002 und des Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) vom Jahr 2003 wurden Öffnungsklauseln

geschaffen bzw. erweitert.⁴ Nach § 6 Abs. 1 und 2 KHEntg sind folgende Leistungen über krankenhausesindividuelle Entgelte abzurechnen:

- noch nicht im Fallpauschalen-Katalog sachgerecht vergüteten Leistungen, zu denen teilstationäre Leistungen sowie Leistungen gehören, die in Anlage 3 der FPV aufgenommen sind,
- die in Anlage 4 bzw. 6 FPV aufgelisteten Zusatzentgelte,
- neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Leistungen von besonderen Einrichtungen.

Zum anderen sind für bestimmte Tatbestände, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen, besondere Finanzierungsformen in Gestalt von bundesweiten Zu- und Abschlägen vorgesehen. Nach § 17b Abs. 1 KHG sind dies:

- Abschläge bei der Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung,
- Zuschläge für die Sicherstellung der Versorgung,
- Zuschläge für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und –vergütungen (§ 17a KHG)
- Zuschläge für die medizinisch-notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson,
- Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.

Die Krankenhäuser konnten im *Krankenhaus Barometer* bewerten, ob sie die entsprechenden Ausnahmebestände als „sehr wichtig“, „wichtig“ oder „unwichtig“ empfinden. Sofern hierzu keine Angaben getätigt wurden, kann dies an der geringen Relevanz der Entgeltformen für diese Krankenhäuser liegen.

a) Krankenhausindividuelle Entgelte

Grundsätzlich wird es von den Krankenhäusern als wichtig erachtet, krankenhausesindividuelle Entgelte für nicht sachgerecht vergütete Leistungen sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Leistungen von besonderen Einrichtungen vereinbaren zu können. Tendenziell bewerten die Krankenhäuser die krankenhausesindividuellen Entgelte für nicht sachgerecht vergütete Leistungen sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als wichtiger als die krankenhausesindividuellen Entgelte für Leistungen besonderer Einrichtungen.

Rund ein Viertel (26%) der Krankenhäuser (insbesondere wiederum unter 300 Betten) konnte zur Wichtigkeit krankenhausesindividueller Entgelte bei besonderen Einrichtungen keine Angabe tätigen.

⁴ Roths, U. (2005), Kommentierung zu § 6 KHEntg, in: Steiner, P., Robbers, J. (Hrsg.), Berliner Kommentar zur Finanzierung zugelassener Krankenhäuser, 2. Aufl., Düsseldorf (DKVGmbH).

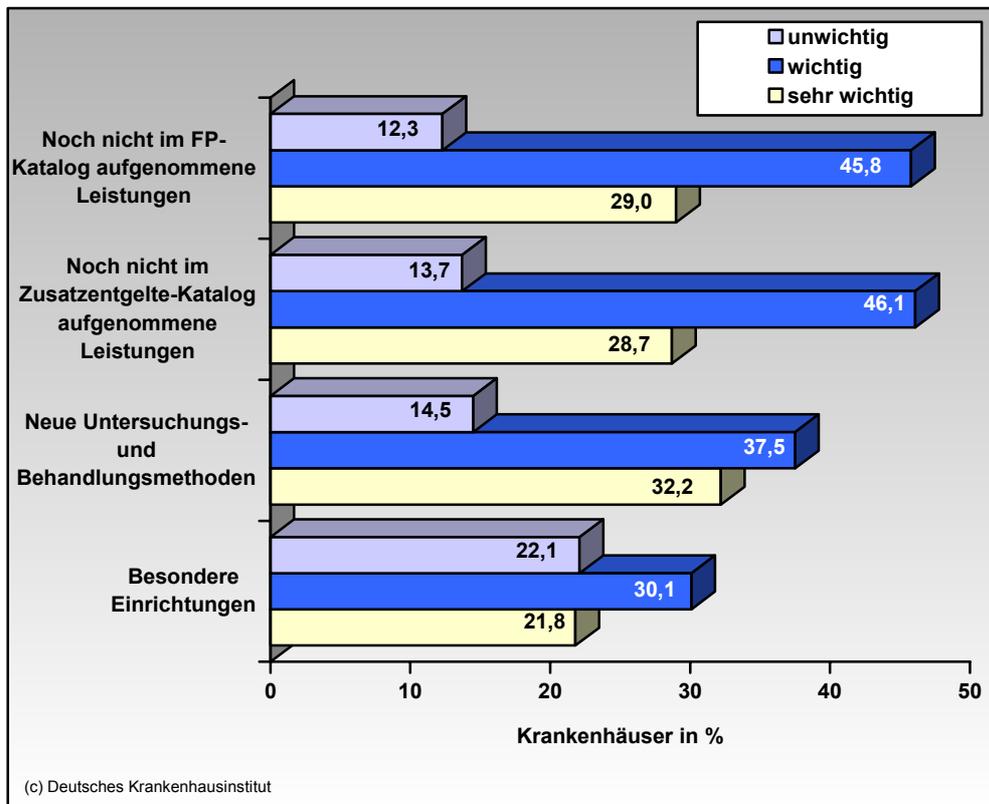


Abb. 5: Wichtigkeit von krankenhausespezifischen Entgelten, Häufigkeiten⁵

Die Krankenhäuser der alten Bundesländer schätzen krankenhausespezifische Entgelte als wichtiger ein als die Häuser der neuen Bundesländer. Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer haben oftmals keine Angaben zu der Wichtigkeit der krankenhausespezifischen Entgelte gemacht.

Größere Krankenhäuser mit 300 und mehr Betten sehen krankenhausespezifische Entgelte wichtiger an als Krankenhäuser unter 300 Betten. Hier ist wiederum zu beachten, dass über ein Viertel der Krankenhäuser unter 100 Betten zu den einzelnen Bereichen keine Angabe gemacht hat. Ein Drittel der Krankenhäuser mit 100 bis 300 Betten hat sich bei der Frage zur Wichtigkeit der krankenhausespezifischen Entgelte bei besonderen Einrichtungen einer Bewertung enthalten.

In der nachfolgenden Abbildung wird dargestellt, welche Wichtigkeit die jeweiligen krankenhausespezifischen Entgelte für die Krankenhäuser unterschiedlicher Bettengrößenklassen besitzen. Die Nennungen „wichtig“ und „sehr wichtig“ wurden dabei zusammengefasst.

⁵ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

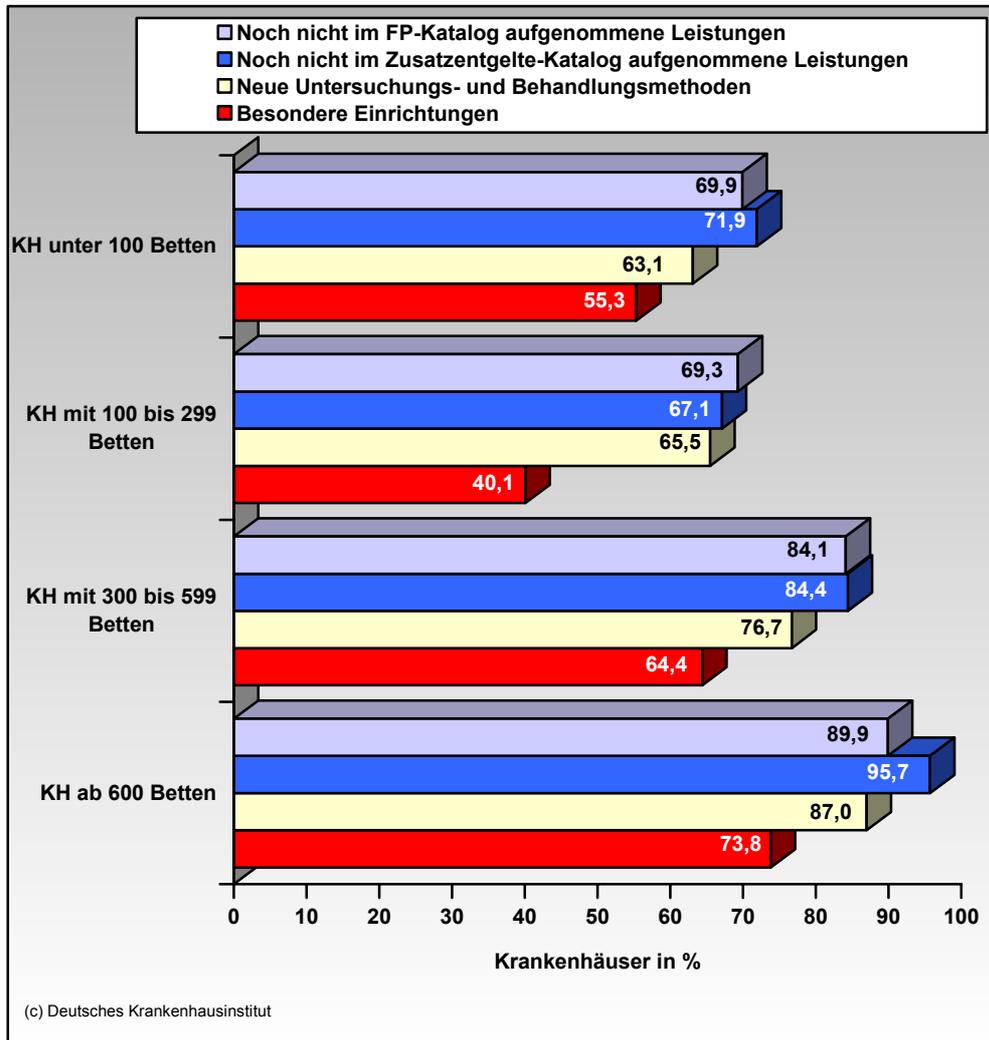


Abb. 6: „Sehr wichtig“ und „wichtig“ erachtete krankenhausesindividuelle Entgelte - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen⁶

b) Abschlag bzw. Zuschläge

Die meisten Krankenhäuser messen dem Abschlag bzw. den Zuschlägen bei den Ausnahmetatbeständen ebenfalls Wichtigkeit innerhalb des DRG-Systems bei. Insbesondere die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und -vergütungen beurteilen über die Hälfte der Krankenhäuser (56%) als sehr wichtig. Dem Abschlag bei der Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung wie dem Zuschlag für die medizinisch-notwendige Aufnahme einer Begleitperson wird im Vergleich dazu eine geringere Wichtigkeit beigemessen.

Beim Abschlag bei der Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung, den Zuschlägen für die Sicherstellung der Versorgung und insbesondere bei den Zuschlägen für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten konnten über 10% der Krankenhäuser keine Angaben tätigen.

⁶ Fehlende Angaben zu 100% beruhen auf Angaben von Krankenhäusern, die krankenhausesindividuelle Entgelt als unwichtig empfunden oder keine Angabe getätigt haben.

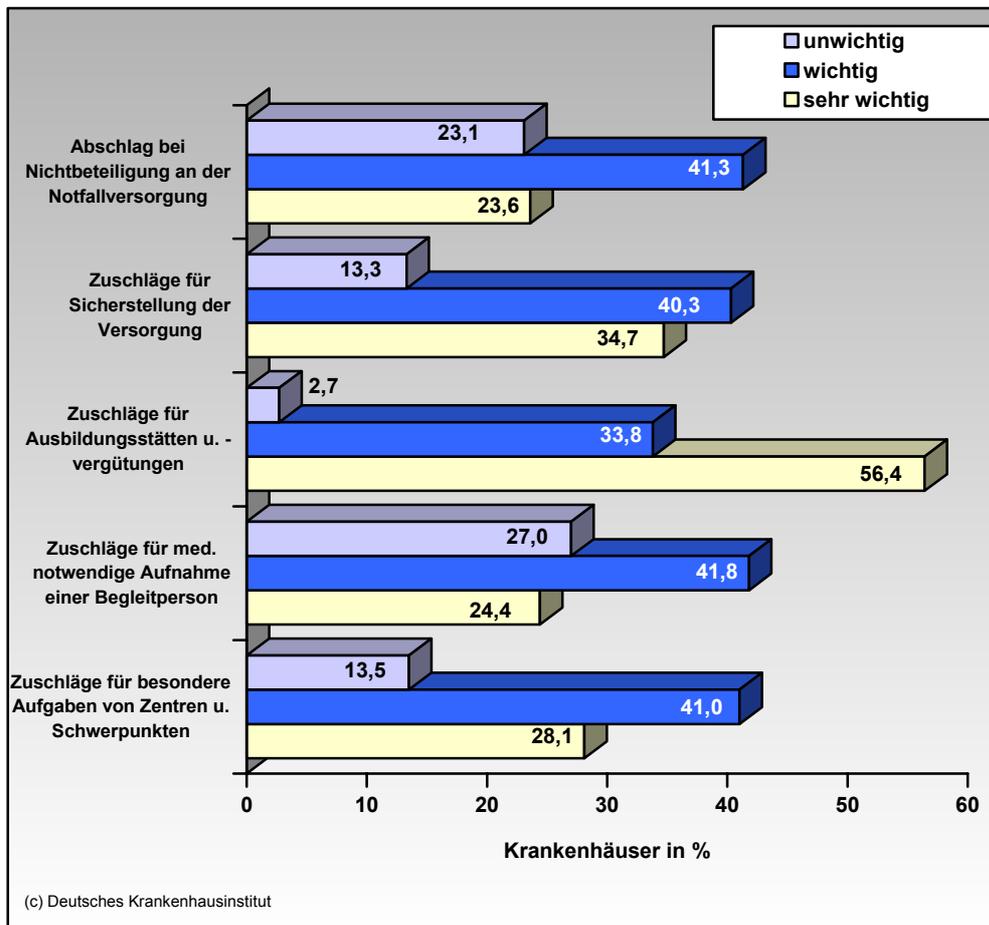


Abb. 7: Wichtigkeit von Zuschlägen und Abschlägen, Häufigkeiten⁷

Zwischen den Krankenhäusern in den neuen wie alten Bundesländern gibt es keine großen Unterschiede.

Hingegen zeichnet sich ein differenzierteres Bild bei der diesbezüglichen Analyse nach Bettengrößenklassen ab. Pauschal kann gesagt werden, dass mit zunehmender Größe des Krankenhauses wegen der in der Regel größeren Betroffenheit die Wichtigkeit von Zu- und Abschlägen höher bewertet wird (mit Ausnahme des Zuschlags für die Sicherstellung der Versorgung). Krankenhäuser über 600 Betten sehen die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten sowie die Zuschläge für die medizinisch-notwendige Aufnahme einer Begleitperson als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ an.

Über 90% der Krankenhäuser mit 100 und mehr Betten messen den Zuschlägen für Ausbildungsstätten und -vergütungen Wichtigkeit bei; die überwiegende Mehrzahl davon sogar eine hohe Wichtigkeit.

In der nachfolgenden Abbildung wird dargestellt, welche Wichtigkeit der Abschlag bzw. die Zuschläge für die Krankenhäuser unterschiedlicher Bettengrößenklassen besitzen. Die Nennungen „wichtig“ und „sehr wichtig“ wurden dabei zusammengefasst.

⁷ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Bei der Interpretation der Abbildung ist zu beachten, dass über ein Fünftel der Krankenhäuser unter 100 Betten keine Angaben zur Wichtigkeit von Zu- und Abschlägen getätigt hat. Ebenfalls über ein Fünftel (23%) der Häuser mit 100 bis 300 Betten hat zur Wichtigkeit der Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten keine Bewertung abgegeben.

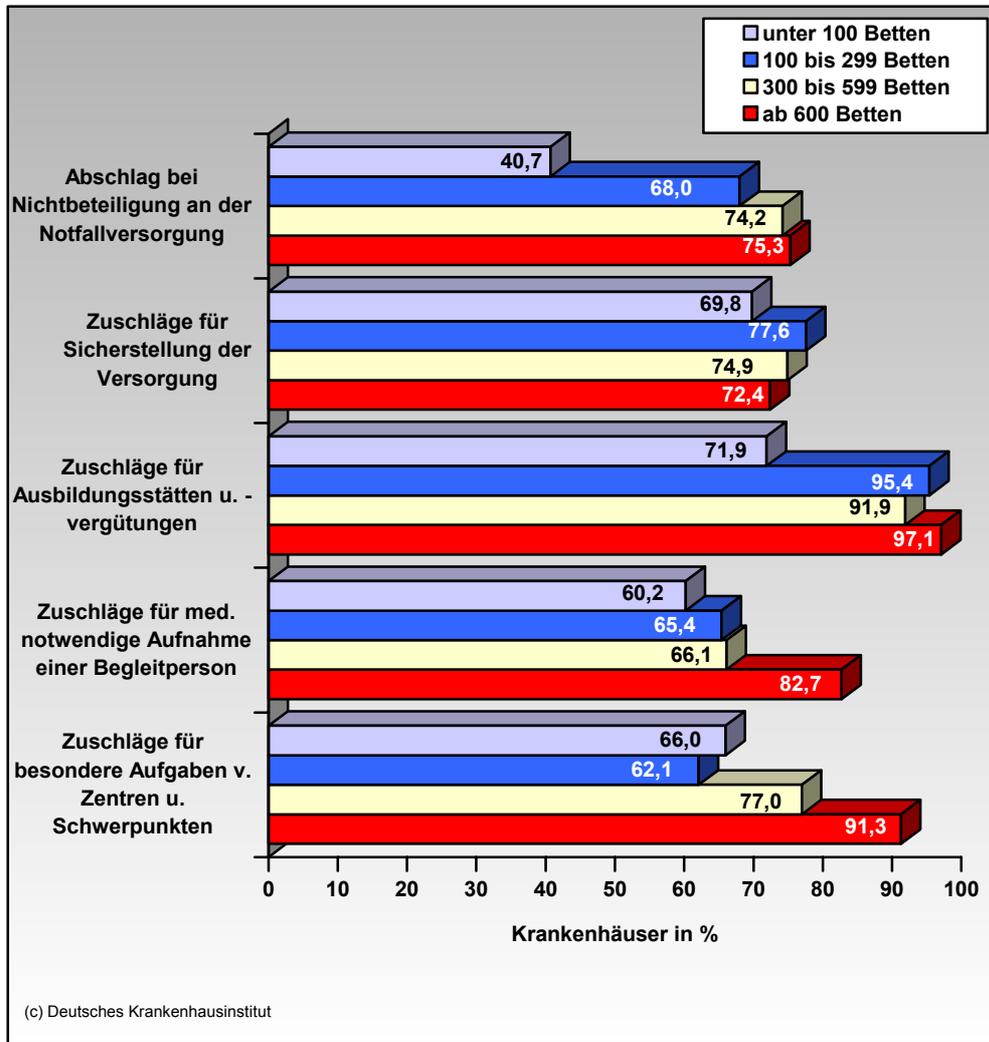


Abb. 8: „Sehr wichtig“ und „wichtig“ erachtete Zuschläge bzw. Abschläge - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen⁸

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das DRG-System insgesamt auf eine große Akzeptanz bei den Krankenhäusern stößt. Die Zufriedenheit ist bereits drei Jahre nach der Anwendung vergleichsweise hoch, obgleich das System einen tiefgreifenden Umbruch zur bisherigen Vergütungsform darstellt und als lernendes System immer wieder Veränderungen sowie eine ständige Auseinandersetzung mit den Neuerungen erfordert.

Bei der Bewertung der einzelnen Bestandteile wird indes noch Optimierungspotenzial gesehen. Dies wird teilweise über alle Krankenhäuser gleich gesehen,

⁸ Fehlende Angaben zu 100% beruhen auf Angaben von Krankenhäusern, die den Abschlag bzw. die Zuschläge als unwichtig empfunden oder keine Angabe getätigt haben.

spiegelt teilweise aber auch die spezifischen Anforderungen von Häusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen an ein leistungsgerechtes Vergütungssystem wieder.

2.3 Leistungsdaten

Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Zahl der Krankenhausfälle seit 1990 blieb im Jahr 2003 die Fallzahl in Allgemeinkrankenhäusern erstmals geringfügig hinter der des Vorjahres zurück. Einen deutlichen Fallzahlrückgang von 3% war dann für das Jahr 2004 zu verzeichnen, wobei der auslösende Faktor in der Ausweitung und Umstellung des Kataloges ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe lag. Der neue AOP-Katalog bewirkte im Jahr 2004 eine sehr hohe Zunahme der ambulanten Operationen um rund 60%; in Teilbereichen war damit eine Substitution bis dahin stationär erbrachter Eingriffe verbunden.

Das aktuelle *Krankenhaus Barometer* zeigt, dass die beschriebenen Auswirkungen im Jahr 2004 zumindest im Ausmaß als einmaliger Effekt zu interpretieren sind. Zwar stieg auch im Jahr 2005 die Zahl der ambulanten Operationen, mit 16% aber bei weitem nicht mehr mit der hohen Zuwachsrate des Vorjahres. Die vollstationären Fallzahlen blieben im Vergleich zum Vorjahr weitgehend konstant.

Diese Aussage gilt für die Krankenhäuser insgesamt; in den einzelnen Bettengrößenklassen gab es allerdings durchaus - wenn auch begrenzte - unterschiedliche Entwicklungen. So haben kleinere Krankenhäuser unter 100 Betten im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr Fallzahlsenkungen zu verzeichnen gehabt (-6%). Auch Häuser mit 100 bis unter 300 Betten hatten tendenziell leicht abnehmende Fallzahlen, während die größeren Krankenhäuser tendenziell eher zunehmende Fallzahlen aufwiesen. Insgesamt hat sich danach 2005 eine Verschiebung der Krankenhausinanspruchnahme in Richtung größere Krankenhäuser ergeben.

Der Großteil der stationären Fälle wurde im Jahr 2004 wie 2005 mit DRGs abgerechnet. Waren es im vorigen Jahr 93% aller Krankenhausfälle, sind es im Jahr 2005 94%. Eine geringe Ausweitung gab es bei den Entgelten nach § 6 KHEntgG von 1,9% im Jahr 2004 auf 2,3% im Jahr 2005. Die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung sanken hingegen im Jahresvergleich von 4,9% auf 3,6%.⁹

⁹ Dieser Effekt ergibt sich vermutlich auf Grund der unterjährigen Abrechnung von Entgelten nach der Bundespflegesatzverordnung bei nicht optierenden Krankenhäusern im Jahr 2004.

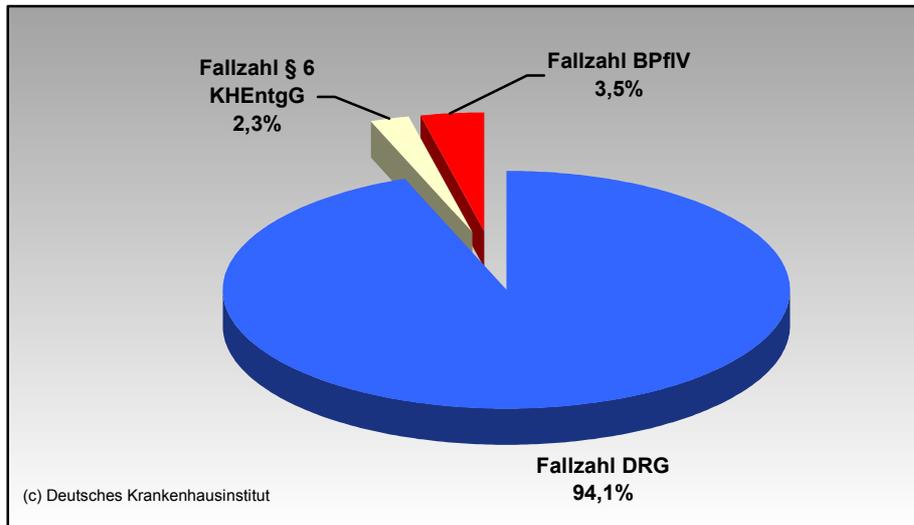


Abb. 9: Stationäre Fallzahl nach Entgeltarten im Jahr 2005, Häufigkeiten

Zwischen den Krankenhäusern der alten und neuen Bundesländer ergeben sich hier keine deutlichen Unterschiede.

Bei gesonderter Analyse der Bettengrößenklassen fällt folgendes auf:

Die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten rechneten im Jahr 2005 97% ihrer stationären Fälle mit DRGs ab. Im Jahresvergleich ist bei allen Krankenhäusern (auch unterschieden nach Bundesgebiet und Bettengrößenklasse) eine Ausweitung der Fallzahl, die über DRGs abgerechnet wird, feststellbar. Die geringfügige Ausweitung der krankenhaushausindividuell zu verhandelnden Entgelte nach § 6 KHEntgG zeigt sich insbesondere bei den ganz großen Krankenhäusern mit 600 und mehr Betten sowie den kleineren Häusern unter 100 Betten. Die Entgelte nach der der BPfIV nehmen hingegen bei Krankenhäusern aller Bettengrößenklassen ab.

Die Anzahl der ambulanten Operationen gem. § 115 b SGB V ist gegenüber dem Jahr 2004 im Mittel über alle Krankenhäuser um 16% gestiegen. Damit wuchs die Anzahl der ambulanten Operationen gem. § 115 b SGB V gegenüber dem Vorjahr moderat an. In den alten Bundesländern steigerten die Krankenhäuser die Anzahl der ambulanten Operationen durchschnittlich um 17%, die Häuser in den neuen Bundesländern um 11%.

Unterschieden nach Bettengrößenklassen verzeichneten alle Krankenhausgrößen Zuwächse bei den ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V.

Würde man die Anzahl der ambulanten Operationen gem. § 115 b SGB V und die Anzahl der stationären Fälle als Gesamtleistung eines Krankenhauses auffassen, betrüge der Anteil der ambulanten Operationen daran im Jahr 2005 im Mittel über alle Krankenhäuser 7,8% und wäre um einen Prozentpunkt gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Lagen die Krankenhäuser der alten und neuen Bundesländer mit diesem Anteil noch im Jahr 2004 gleichauf, haben die Häuser der alten Bundesländer im Jahr 2005 die Häuser der neuen Bundesländer leicht überholt (7,5% in den neuen und 7,9% in den alten Bundesländern).

Obgleich die großen Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten die höchste Anzahl ambulanter Operationen aufweisen, beträgt deren Anteil an der oben definierten Gesamtleistung bezogen auf das Jahr 2005 lediglich 6%. Nur die Krankenhäuser unter 100 Betten weisen einen niedrigen Anteil von gut 4% auf. Die Häuser mit 100 bis 300 Betten haben hingegen einen Anteil von 9% bzw. die Kliniken mit 300 bis 600 Betten von 8%.

Von den Krankenhäusern, die zusätzlich zu ihrer Anzahl der ambulanten Operationen auch die Erlöse des Jahres 2005 angaben, konnte der durchschnittliche Erlös je ambulanter Operation ermittelt werden. Er beträgt im Durchschnitt über alle Krankenhäuser 311 Euro für das Jahr 2005. In den Krankenhäusern der neuen Bundesländer liegt er mit 284 Euro niedriger als in den Häusern der alten Bundesländer mit 318 Euro.

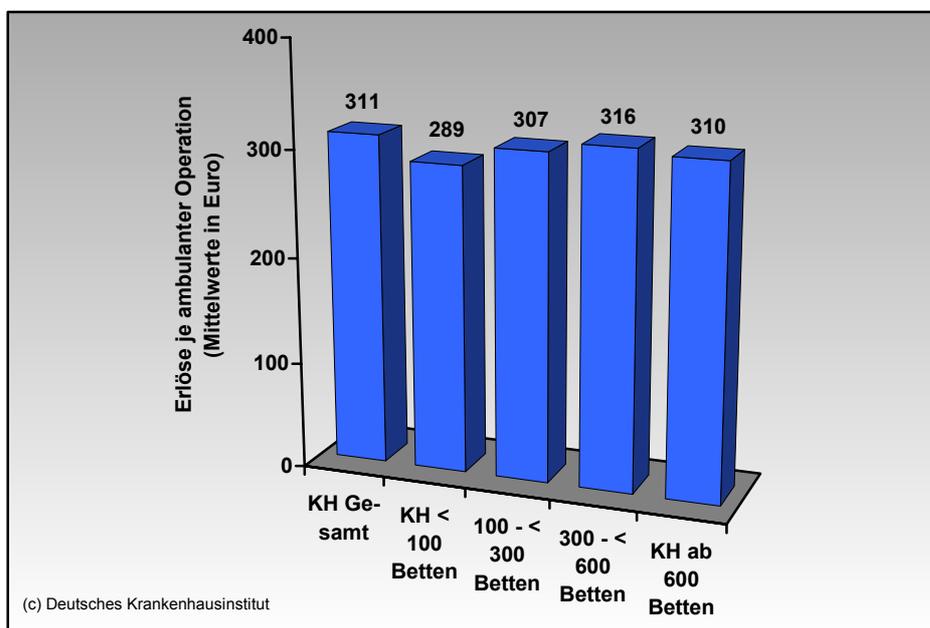


Abb. 10: Erlöse je ambulanter Operation in Euro, nach Bettengrößenklassen, Mittelwerte

2.4 Leistungsbreite und -tiefe

Durch die diagnose- und prozedurenbezogenen DRG-Engelste wird das Leistungsspektrum des Krankenhauses transparenter als bei der Abrechnung der tagsgleichen Pflegesätze.

Ermittelt man z.B. den Anteil der Top 30 DRGs an der Gesamtfallzahl der DRGs, erhält man Anhaltspunkte dafür, inwieweit sich das Krankenhaus auf bestimmte Leistungen fokussiert. Eine derartige Spezialisierung hat grundsätzlich Vorteile in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung auf Grund der hohen Anzahl gleicher Leistungen (Mengeneffekte), kann jedoch gleichfalls Risiken enthalten, wenn der Fallpauschalen-Katalog zuungunsten dieser Leistungen verändert wird.

Im *Krankenhaus Barometer* wurde erhoben, wie viele Fälle die Krankenhäuser im Jahr 2004 bzw. im Jahr 2005 in den so genannten Top 30 DRGs behandelten.¹⁰

Im Mittel über alle Krankenhäuser deckt die Fallzahlsumme der 30 meist erbrachten DRGs rund die Hälfte der insgesamt erbrachten DRG-Fälle ab. Wie zu erwarten, nimmt mit zunehmender Größe der Anteil der Top 30 DRGs an den DRG-Fällen insgesamt ab. Auch zwischen den Krankenhäusern der neuen und alten Bundesländer gibt es Unterschiede. Erbringen die Häuser in den alten Bundesländern über die Hälfte ihrer DRG-Fälle mit Top 30 DRGs (2004 = 52%, 2005 = 50%), sind es in den neuen Bundesländern lediglich 48% (2004) bzw. 46% (2005).

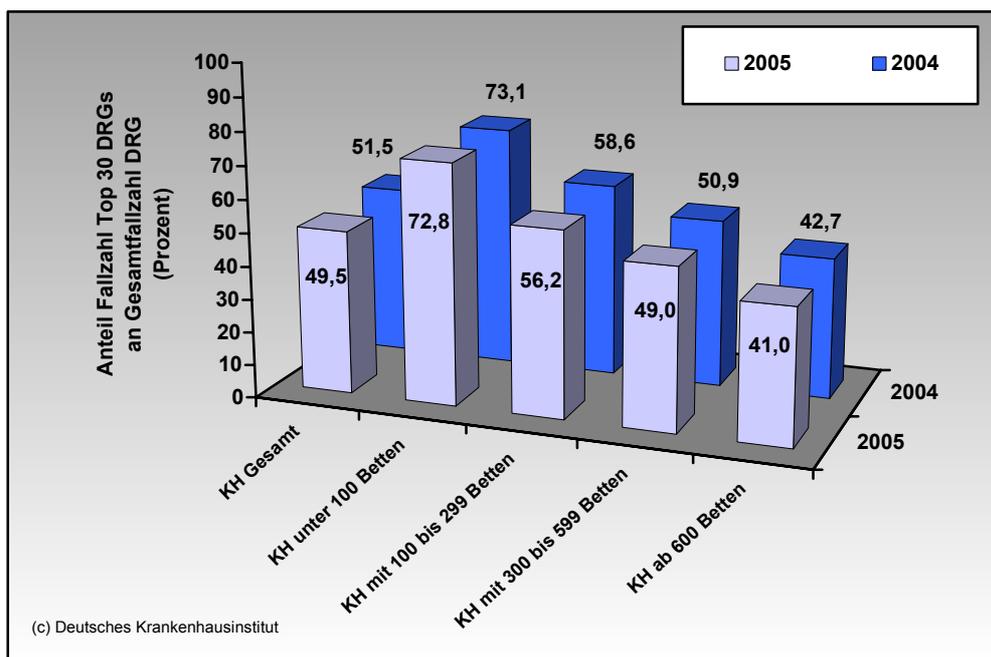


Abb. 11: Anteil Fallzahl Top 30 DRGs an Gesamtfallzahl DRG, nach Bettengrößenklassen

Über alle Bettengrößenklassen bzw. bei den Krankenhäusern der alten und neuen Bundesländer ist jedoch der abnehmende Anteil der Top 30 DRGs im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr zu erkennen. Dies mag an dem veränderten DRG-Katalog (Erweiterung des Leistungskatalogs) liegen.¹¹

Weitere Hinweise auf die Leistungsstruktur gibt die Anzahl der unterschiedlichen DRGs, die vom Krankenhaus vereinbart wurden. Durch die zusätzliche Ermittlung der Anzahl der vereinbarten unterschiedlichen DRGs in den betrachteten Jahren lässt sich feststellen, wie breit das Leistungsspektrum eines Krankenhauses ist bzw. ob sich dieses zwischen den Jahren 2004 und 2005 verändert hat. Konnten im Jahr 2004 nach dem damals geltenden Fallpauschalen-Katalog maximal 806 unterschiedliche DRGs vereinbart werden, waren es im Jahr 2005 maximal 845 DRGs.

¹⁰ Dabei wurden drei Stellen der DRG berücksichtigt (also ohne den Schwergang, wie es auch in der Abfrage zum Qualitätsbericht gehandhabt wird).

¹¹ Durch die geänderte Fallzählung (Veränderung der Abrechnungsbestimmungen) kann dieser Effekt nicht entstehen, da es sich hier um einen Anteil von der Gesamtfallzahl des jeweiligen Jahres handelt.

Nach Bettengrößenklassen unterschieden, bildet sich mit zunehmender Bettengrößenklasse ein höherer Anteil vereinbarter unterschiedlicher DRGs heraus. Die Spannweite zwischen den Häusern liegt für das Jahr 2005 im Minimum bei 18% (Häuser unter 100 Betten) und im Maximum bei 82% (Häuser mit 600 und mehr Betten). Bei den Krankenhäusern mit 600 und mehr Betten wie den Krankenhäusern unter 100 Betten ist zu vermuten, dass sich die Ausweitung des Fallpauschalen-Katalogs im Jahr 2005 in neu vereinbarte DRGs niedergeschlagen hat.

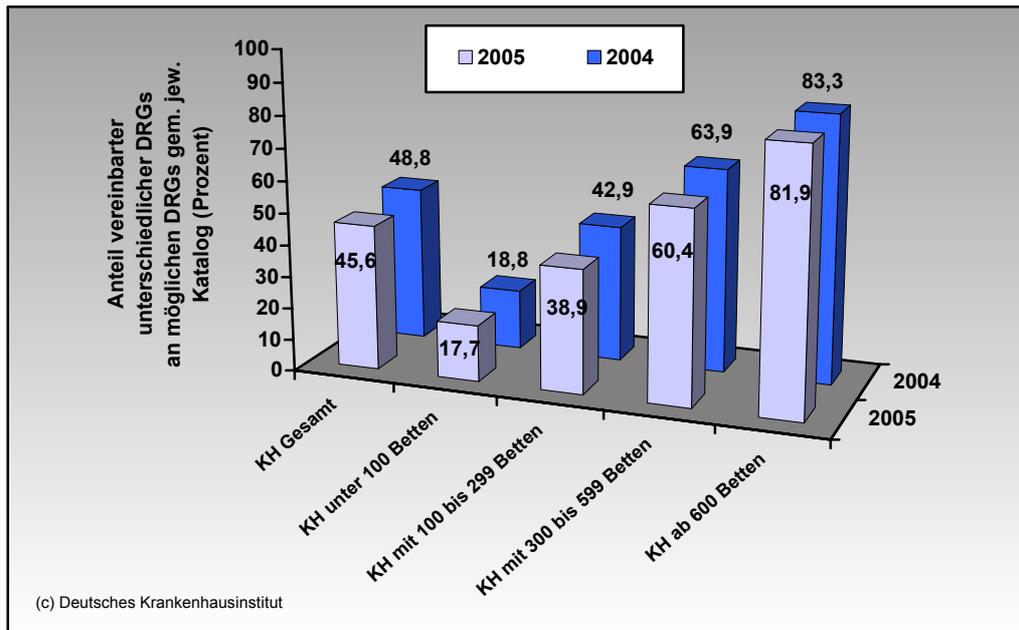


Abb. 12: Anteil vereinbarter unterschiedlicher DRGs an möglichen DRGs gem. jew. Katalog, nach Bettengrößenklassen

In der nachfolgenden Abbildung sind die Anteile der Top 30 DRGs an der DRG-Gesamtfallzahl und der vereinbarten DRGs an den insgesamt zu vereinbarenden DRGs für das Jahr 2005 in einem Punktediagramm dargestellt. Durch die Kombination lassen sich die Leistungstiefe/Spezialisierungsgrad (Anteil der Top 30 DRGs an der Gesamtanzahl der DRGs des Krankenhauses)¹² und die Leistungsbreite (Anteil der vereinbarten DRGs an der Anzahl im Fallpauschalen-Katalog) gleichzeitig darstellen.

¹² Der Spezialisierungsgrad bezieht sich dabei auf das Krankenhaus als Gesamtheit. Bei sehr großen Krankenhäusern mit einigen Spezialgebieten wird der Spezialisierungsgrad geringer ausfallen als bei einem sehr kleinen Krankenhaus, das nur wenige Leistungen erbringt. Somit stehen natürlich auch Leistungsbreite und -tiefe in einem engen Zusammenhang.

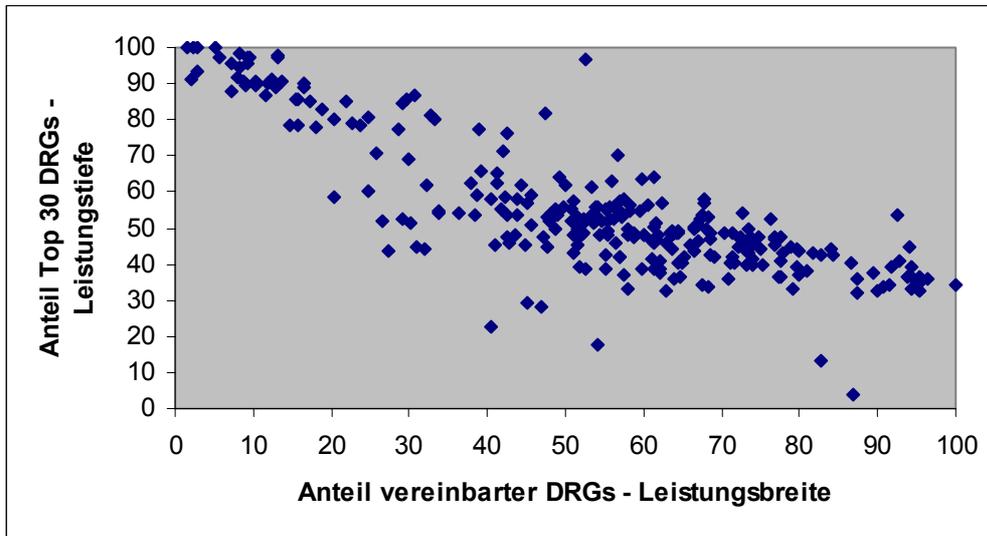


Abb. 13: Anteil vereinbarter und Top 30 DRGs im Jahr 2005 – Krankenhäuser der Stichprobe

Alle Kliniken bewegen sich in einem „Korridor“ zwischen einer sehr niedrigen Leistungsbreite/sehr hohe Leistungstiefe und einer sehr hohen Leistungsbreite/sehr niedrigen Leistungstiefe.

Krankenhäuser, die eine sehr niedrige Leistungsbreite und –tiefe bzw. eine sehr hohe Leistungsbreite und –tiefe aufweisen, treten nicht auf.

In dem nachfolgenden Tabellenblatt sind auf der x-Achse die Anzahl der vereinbarten DRGs abgetragen. Das Maximum liegt hier bei 845 DRGs, die laut dem Fallpauschalen-Katalog 2005 vereinbart werden konnten. Auf der y-Achse findet sich die Anzahl der DRG-Fälle je vereinbarter DRG. Die roten Striche markieren die jeweiligen Mittelwerte.

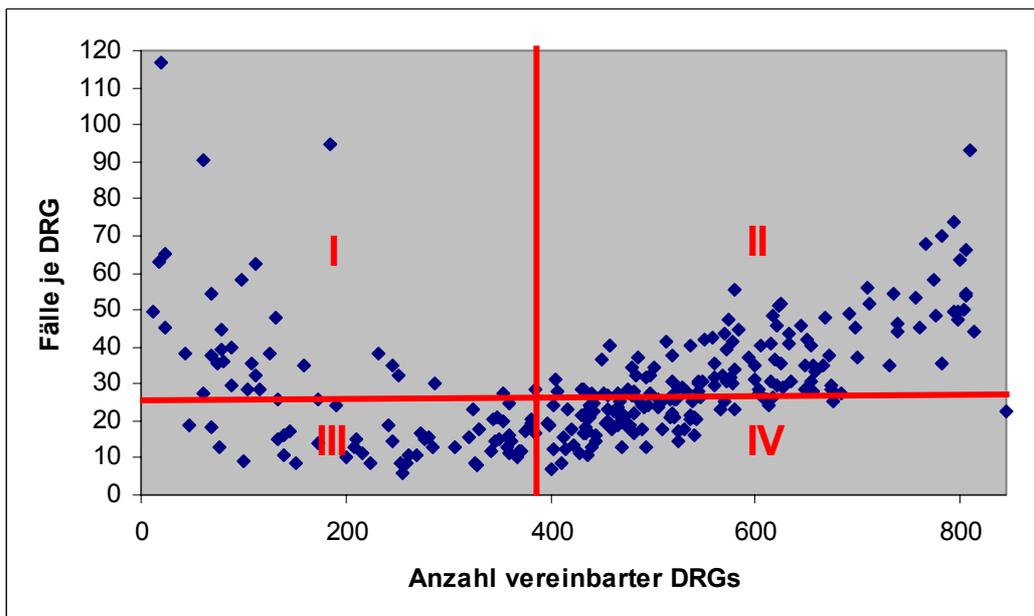


Abb. 14: Fälle je DRG und Anzahl vereinbarter DRGs – Krankenhäuser der Stichprobe

Die Felder sind stark von Krankenhäusern gleicher Bettengrößenklassen besetzt.

In Feld I und III befinden sich 96% der kleineren Krankenhäuser unter 100 Betten. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie eine vergleichsweise niedrige Anzahl vereinbarter DRGs aufweisen. Problematisch kann diese Situation in den Extrembereichen werden, also bei sehr niedriger Anzahl vereinbarter DRGs, sehr wenigen Fällen je DRG oder sogar wenn dies beides zusammentrifft. In den Feldern III und IV befinden sich 80% der Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten und in den Feldern II und IV 93% der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten. 95% der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten bewegen sich in dem Feld II.

2.5 Abstimmung des stationären und ambulanten Leistungsspektrums

Der zunehmende Wettbewerbsdruck wie die damit einhergehende Fokussierung auf das Kernleistungsspektrum bedingt, dass von vielen Krankenhäusern nicht mehr ein breites Leistungsspektrum angestrebt wird, sondern ein auf die Kernkompetenzen angepasstes.

Im *Krankenhaus Barometer* wurden die Krankenhäuser gefragt, inwieweit sie das stationäre und ambulante Leistungsspektrum gezielt (d.h. mit Auswirkung auf ihre Leistungsplanung) mit anderen Krankenhäusern abstimmen. Die Krankenhäuser konnten separat für das stationäre und ambulante Leistungsspektrum angeben, ob

- keine Abstimmung,
- eine gezielte Abstimmung für eine Fachabteilung,
- eine gezielte Abstimmung für mehrere Fachabteilungen oder
- eine gezielte Abstimmung des gesamten Leistungsspektrums

bei ihnen gegeben ist.

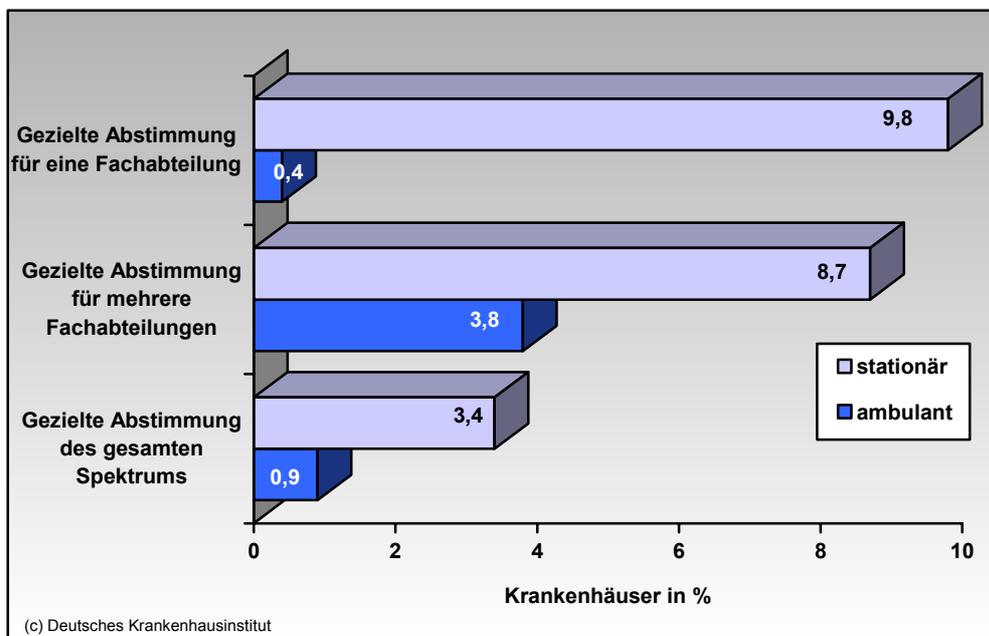


Abb. 15: Abstimmung stationäres und ambulantes Leistungsspektrum mit anderen Krankenhäusern - Häufigkeiten

Über ein Fünftel der Häuser stimmt sein stationäres Leistungsspektrum mit Auswirkung auf die Leistungsplanung mit anderen Kliniken ab. Beim ambulanten Leistungsspektrum sind es rund 5%, die eine gezielte Abstimmung vornehmen.

Bei drei Vierteln der Krankenhäuser findet keine Abstimmung des stationären Leistungsspektrums statt. Im ambulanten Bereich findet in 88% der Krankenhäuser keine Abstimmung mit anderen Häusern statt.

In den alten Bundesländern ist der Abstimmungsgrad bei den Krankenhäusern etwas höher als in den neuen Bundesländern. Im ambulanten Bereich liegt er auf dem gleichen Stand.

Vergleicht man die Antworten differenziert nach den Bettengrößenklassen wird deutlich, dass sich die Krankenhäuser mit 300 bis 600 Betten im stationären Bereich verstärkt mit anderen Häusern verständigen. Rund 14% stimmten sich gezielt für eine Fachabteilung ab, 13% gezielt für mehrere Fachabteilungen und 3% gezielt für das gesamte Leistungsspektrum. 66% setzen sich diesbezüglich nicht mit anderen Krankenhäusern auseinander.¹³

Die Krankenhäuser unter 100 Betten weisen den höchsten Abstimmungsgrad im ambulanten Bereich auf. 6% stimmen ihr Leistungsspektrum für mehrere Fachabteilungen ab, 3% gezielt für alle ambulanten Leistungen. Bei 81% findet keine diesbezügliche Auseinandersetzung mit anderen Häusern statt.¹⁴

¹³ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

¹⁴ Die fehlenden Angaben liegen im Vergleich zu den Krankenhäusern jedoch erhöht bei 10,7%.

3 Entgeltfindung und -überprüfung im DRG-System

3.1 Verschlüsselung und Gruppierung von Behandlungsdaten

Mit der Einführung des DRG-Systems kamen neue Aufgaben auf die im Krankenhaus Tätigen zu. Als eine der wichtigsten Aufgaben im Bereich des Ärztlichen Dienstes zählt die Dokumentation der Diagnosen und Prozeduren nach den allgemeinen Kodierrichtlinien, die zu der korrekten Abrechnung einer DRG führt.

Die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren liegt nach den allgemeinen Kodierrichtlinien grundsätzlich in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Die Verschlüsselung kann hingegen von anderem Personal erfolgen, um das ärztliche Personal von administrativen Dokumentationsaufgaben zu entlasten und die Qualität der Kodierung einheitlich für das gesamte Krankenhaus oder einzelne Fachabteilungen zu sichern.

Die Verschlüsselung der vom behandelnden Arzt dokumentierten Diagnosen und Prozeduren kann daher auf unterschiedlicher Weise vorgenommen werden. Denkbar sind

- dezentrale Lösungen, in denen jeder Arzt die Verschlüsselung übernimmt;
- zentrale Lösungen, bei denen die Verschlüsselung zentral für das gesamte Krankenhaus erfolgt;
- Mischsysteme, bei denen die Verschlüsselung zentral auf der Abteilungs- oder Stationsebene durchgeführt wird.

In der Mehrheit der Krankenhäuser wird eine dezentrale Lösung bevorzugt. In 65% der Häuser verschlüsseln die Ärzte die von ihnen festgestellten Diagnosen und Prozeduren selbst.

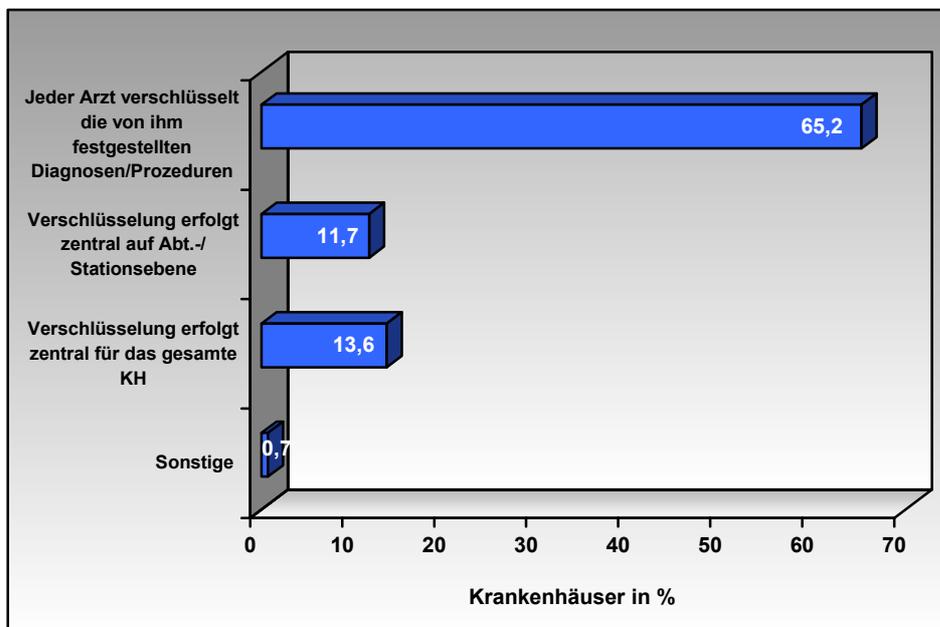


Abb. 16: Organisation der ärztlichen Verschlüsselung, Häufigkeiten ¹⁵

¹⁵ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe möglich.

Bei den Krankenhäusern der alten Bundesländer fiel der Zentralisierungsgrad der ärztlichen Verschlüsselung ein wenig höher aus als in den Häusern der neuen Bundesländern.

Unterschieden nach den jeweiligen Bettengrößenklassen herrscht der größte Zentralisierungsgrad bei der Verschlüsselung bei den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten vor, der geringste bei Krankenhäusern der nächst höheren Bettengröße mit 300 bis unter 600 Betten. Hier verschlüsseln über 70% der Ärzte die Diagnosen und Prozeduren selbst.

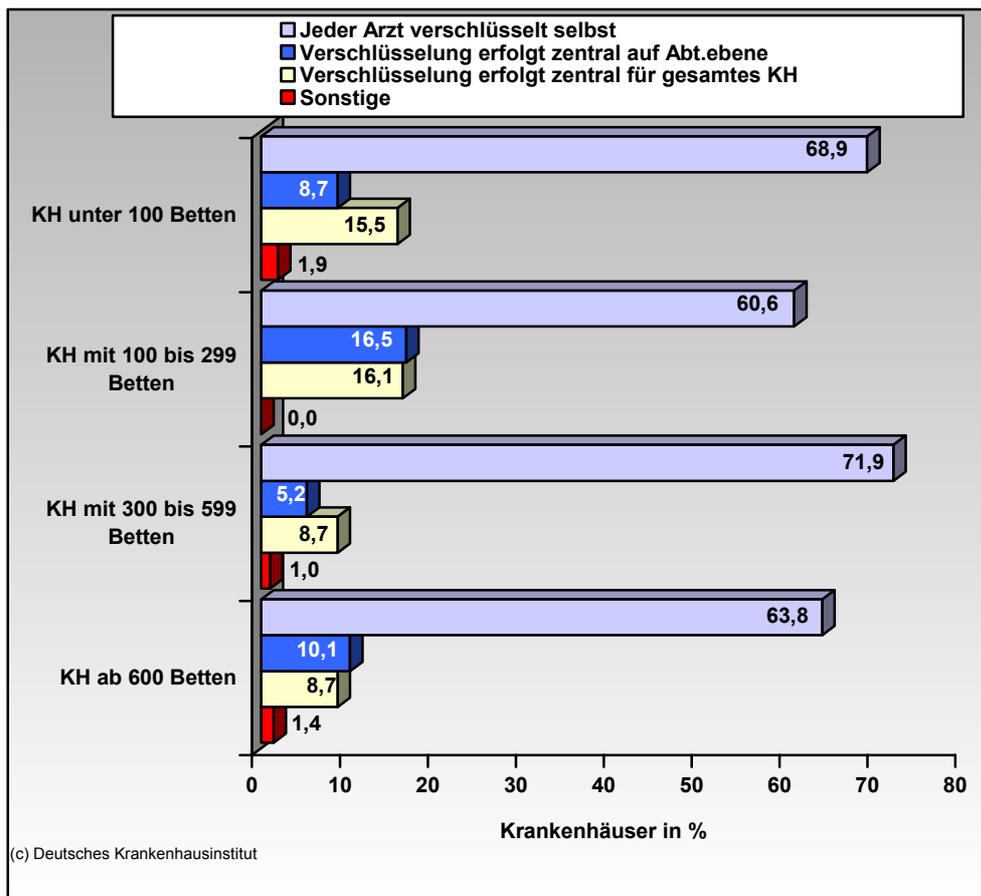


Abb. 17: Organisation der ärztlichen Verschlüsselung - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen¹⁶

Nach der erfolgten Verschlüsselung der Diagnosen, Prozeduren und ggf. anderer Daten wie z.B. der Beatmungstunden erfolgt die Gruppierung der Datensätze mittels eines Groupers. Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Grouper gruppieren nach einem bestimmten Gruppierungsalgorithmus die vorhandenen Daten und gewährleisten somit die einheitliche Zuordnung zu einer Fallpauschale. Nach erfolgter Gruppierung im Krankenhaus wird das Gruppierungsergebnis noch einmal vom Krankenhaus überprüft, um falsche oder unplausible Kodierungen und Gruppierungen auszuschließen.

¹⁶ Jeweils fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe möglich.

Die Zuständigkeit dieser Kontrolle ist nunmehr in fast allen Krankenhäusern geregelt.¹⁷ Bei 42% der Krankenhäuser erfolgt die Kontrolle der DRG-Gruppierung durch das Medizincontrolling.

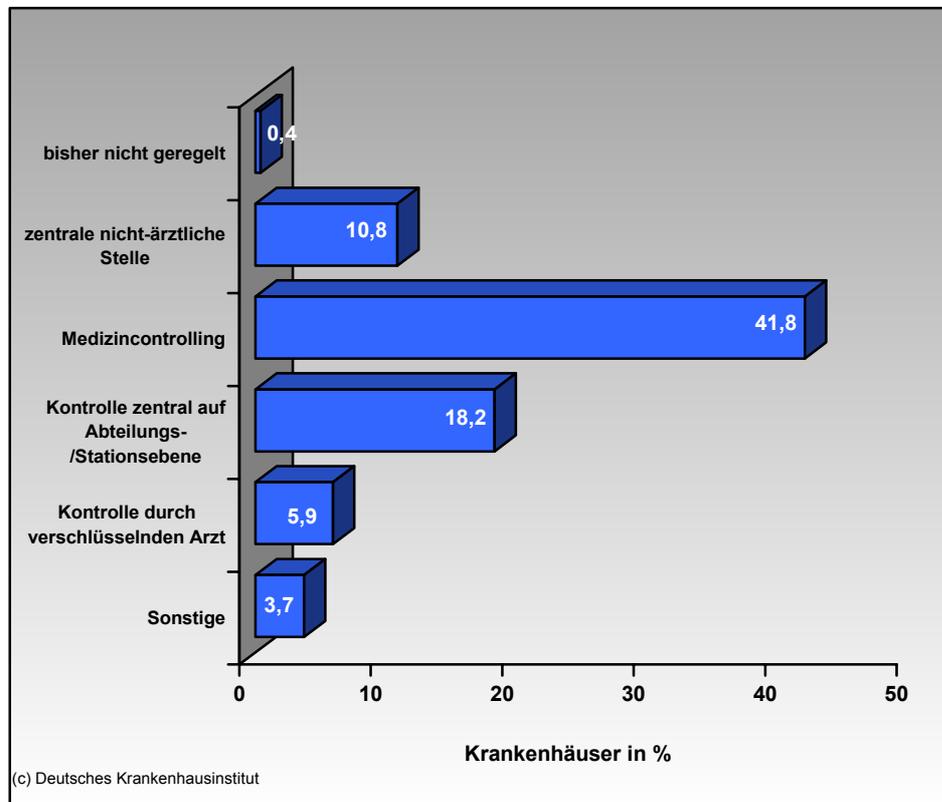


Abb. 18: Organisation der Kontrolle der DRG-Gruppierung, Häufigkeiten¹⁸

Zwischen den Krankenhäusern der neuen und alten Bundesländern liegen keine prägnanten Unterschiede vor. Mit zunehmender Bettengrößenklasse ist festzustellen, dass die primäre Kontrolle der DRG-Gruppierung vermehrt zentral auf Abteilung-/Stationsebene erfolgt. Bei rund einem Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten findet diese Organisation der Überprüfung statt.

3.2 Abrechnungs- und Fehlbelegungsprüfungen

Bei dem DRG-basierten Vergütungssystem werden durch die vom Krankenhaus bestimmten Diagnosen und Prozeduren die Entgelte festgelegt, die die Kostenträger für die Krankenhausleistungen bezahlen.

Die Abrechnungsprüfungen der Kostenträger beziehen sich nunmehr nicht nur auf die Prüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme an sich (primäre Fehlbelegung) und der Notwendigkeit eines jeden weiteren Behandlungstages (sekundäre Fehlbelegung), sondern richten ihr Augenmerk auch verstärkt auf die ordnungsgemäße Abrechnung (Auswahl Diagnosen und Prozeduren, Anwendung des Regelwerkes).

¹⁷ In der *Krankenhaus Barometer* Umfrage vom Herbst 2002 gaben noch 19% der Krankenhäuser an, dass die Kontrolle der DRG-Gruppierung noch nicht organisatorisch geklärt war.

¹⁸ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Neben eigenen Anfragen (die jedoch auf Grund des Datenschutzes nur eingeschränkt möglich sind) besteht für die Krankenkassen die Möglichkeit, Abrechnungsfälle durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüfen zu lassen. Der MDK kann auf Antrag der Krankenkasse verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V sowie (verdachtsunabhängige) Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG durchführen.

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurden die Krankenhäuser zu allen drei Prüfinstrumentarien befragt.

3.2.1 Anfragen der Krankenkassen

Bei der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhäuser stellen die Krankenkassen (nicht der MDK) Anfragen zu medizinischen Daten, auf Grund derer eine Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit und/oder der Richtigkeit abgerechneter Leistungen vorgenommen werden kann.

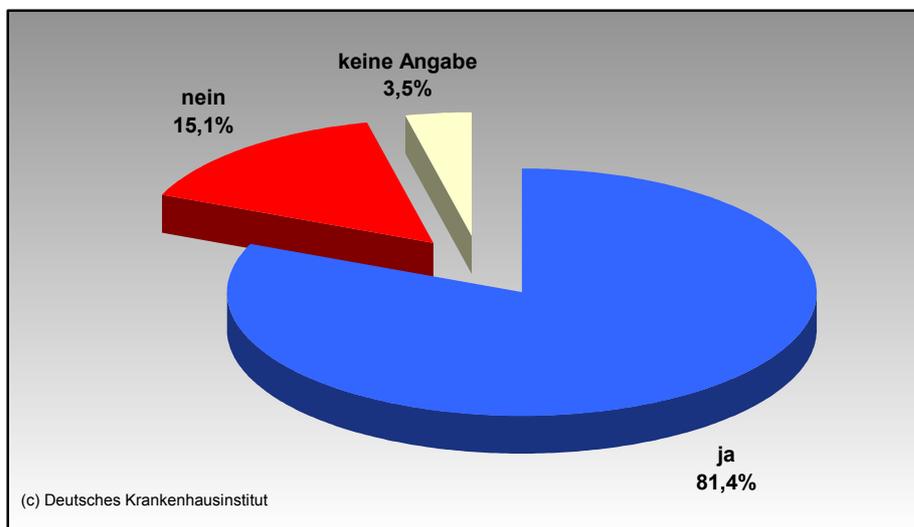


Abb. 19: Anfragen der Krankenkassen zu medizinischen Daten - Häufigkeiten

In den alten Bundesländern ist eine höhere Anzahl von Krankenhäusern von derartigen Anfragen betroffen (84%) als in den neuen Bundesländern (68%).

Vor allem sind Krankenhäuser ab 100 Betten von Anfragen zu medizinischen Daten betroffen, auf Grund derer eine Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit und/oder der Richtigkeit abgerechneter Leistungen vorgenommen werden kann.

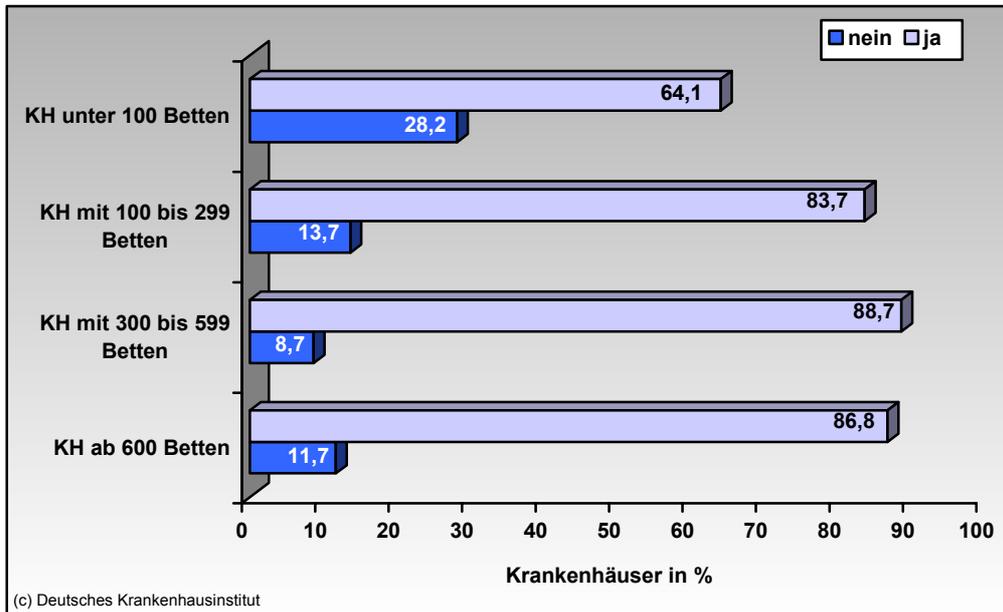


Abb. 20: Anfragen der Krankenkassen zu medizinischen Daten - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen¹⁹

Die betroffenen Krankenhäuser gaben an, dass dies im Jahr 2005 im Mittel in 8% der Fälle vorkam. In den alten Bundesländern fanden laut den Schätzungen der Krankenhäuser häufigere Anfragen statt (9%) als in den neuen Bundesländern (7%). Bezogen auf die Bettengrößenklassen ergibt sich mit steigender Größe auch ein höherer Anteil der Krankenkassen-Nachfragen an den gesamten Fällen.

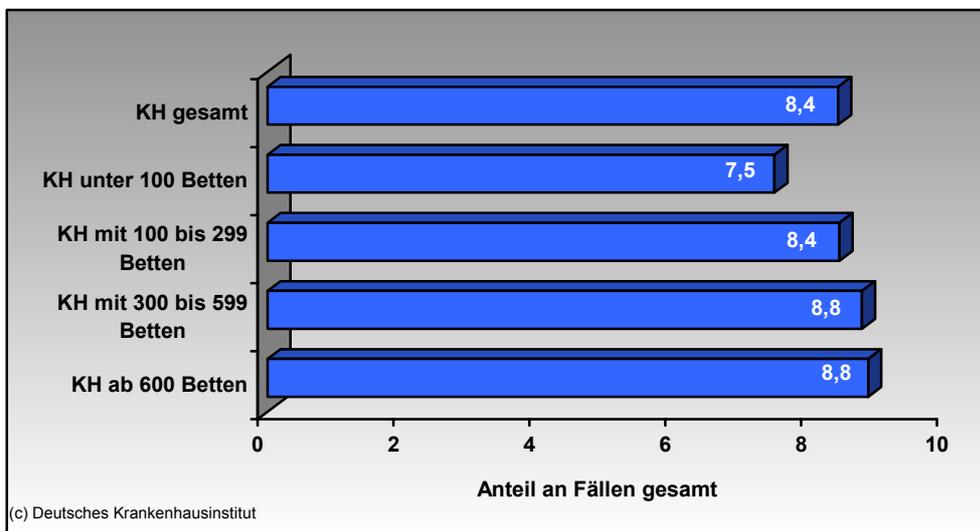


Abb. 21: Anfragen der Krankenkassen zu medizinischen Daten, Anteil der Fälle nach Bettengrößenklassen

Die häufigste Fragestellung bezog sich bei knapp der Hälfte der Krankenhäuser auf die generelle Notwendigkeit der stationären Behandlung, bei fast einem Drit-

¹⁹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

tel auf die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen und bei knapp einem Fünftel auf die Dauer der stationären Behandlung.

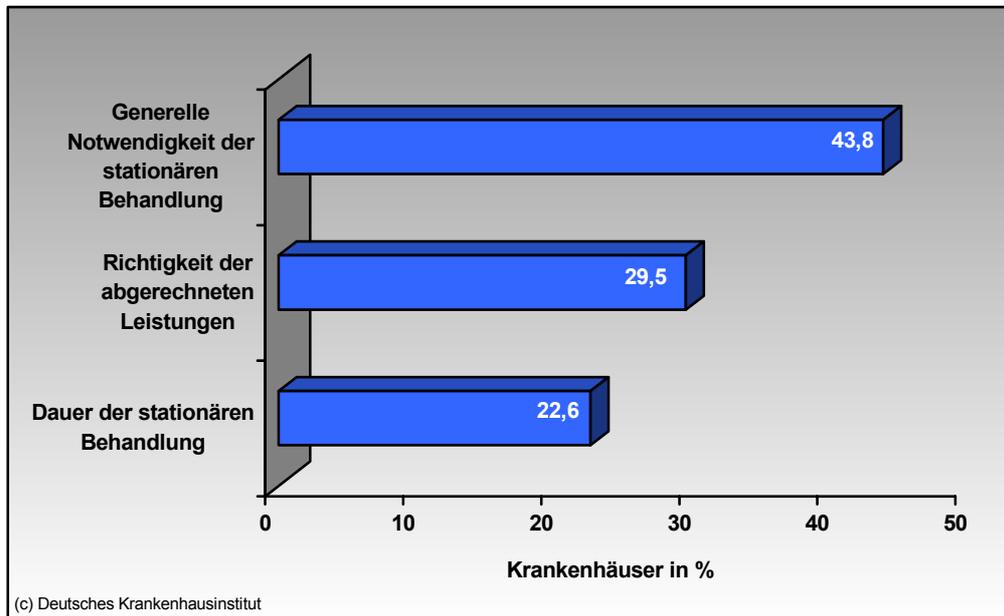


Abb. 22: Häufigste Fragestellung der Krankenkassen, Häufigkeiten

Derart verteilt sich auch die Häufigkeit in den Krankenhäusern der alten Bundesländer. Bei den Häusern der neuen Bundesländer liegt die Häufigkeit der Fragestellung zur generellen Notwendigkeit der stationären Behandlung und zur Richtigkeit abgerechneter Leistungen fast gleichauf an erster Stelle.

Unterschieden nach Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen stellt sich die Frage nach der generellen Notwendigkeit als häufigste Fragestellung heraus.

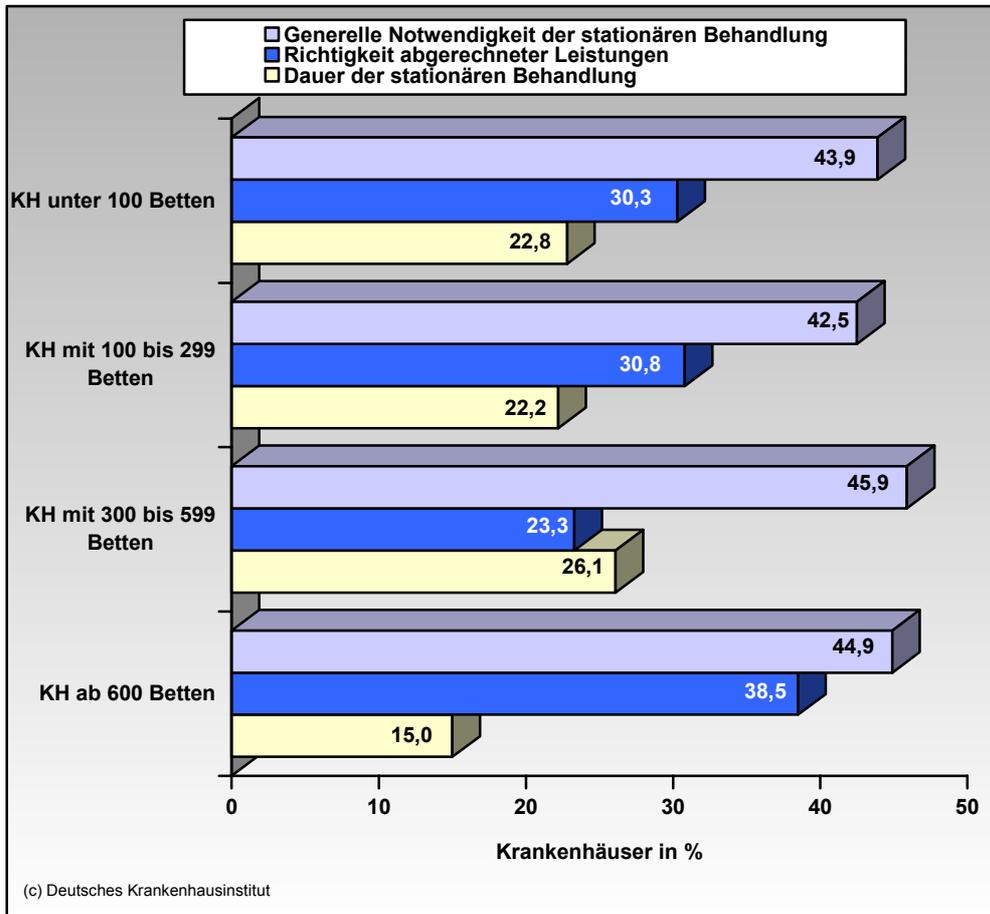


Abb. 23: Häufigste Fragestellung der Krankenkassen - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen

3.2.2 Einzelfallprüfungen durch den MDK

Die Anzahl der verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen des MDK nach § 275 SGB V hat seit dem Anfang des Jahres 2004 bei insgesamt 83% der Krankenhäuser zugenommen. Über die Hälfte der Krankenhäuser gab sogar einen deutlichen Zuwachs an.

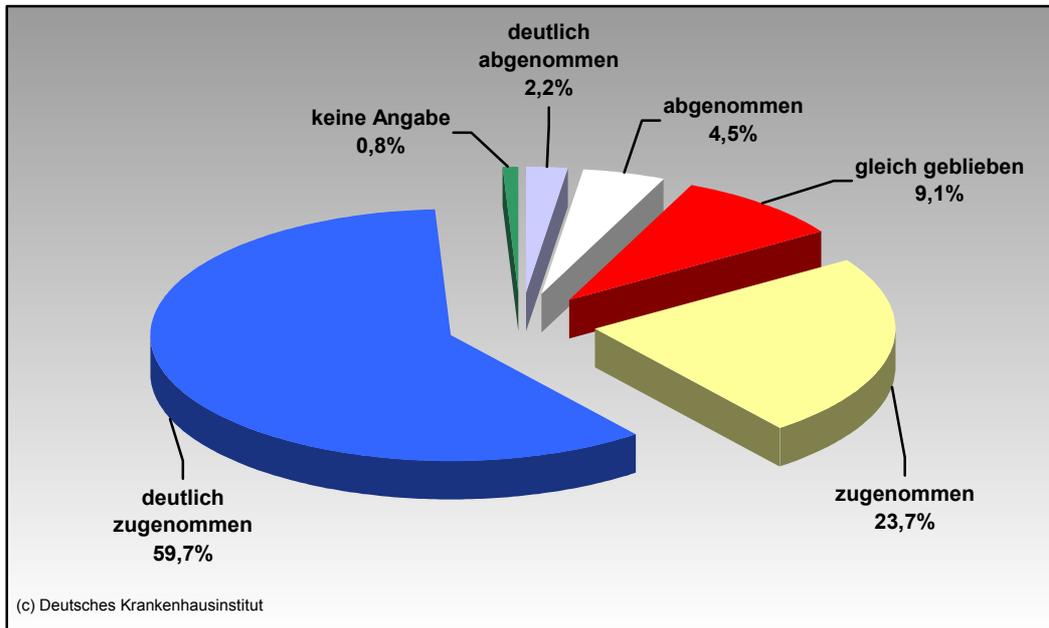


Abb. 24: Entwicklung verdachtsabhängiger Einzelfallprüfungen des MDK - Häufigkeiten

Die Krankenhäuser der alten wie neuen Bundesländern sind davon gleichermaßen betroffen. Bei der Betrachtung der Größenklassen ist wiederum - ähnlich wie bei der Entwicklung der Anzahl der Krankenkassen-Anfragen - ein geringer Zuwachs mit zunehmender Größe der Krankenhäuser feststellbar.

Im Gegensatz zu den Anfragen der Krankenkassen ist die Überprüfung der generellen Notwendigkeit der stationären Behandlung nicht der häufigste Prüfungsgrund, sondern die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen.

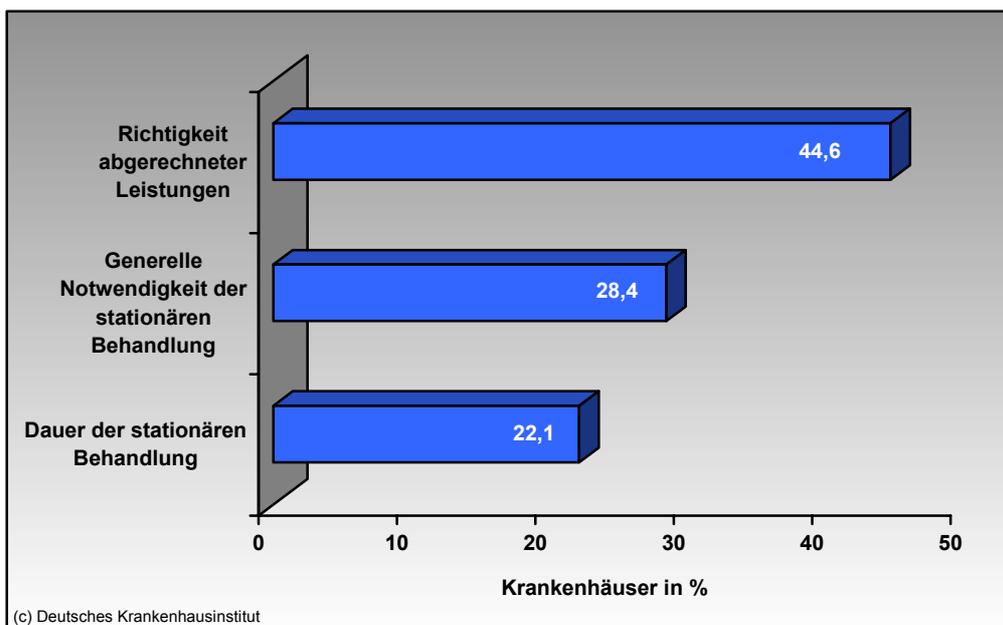


Abb. 25: Häufigster Prüfanlass für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen des MDK - Häufigkeiten

Zwischen den Krankenhäusern der alten und neuen Bundesländer sowie unterschiedlicher Bettengrößenklassen gibt es unterschiedliche Rangfolgen bei den häufigsten Prüfanlässen für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen.

Bei den Krankenhäusern in den neuen Bundesländern ist die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen mit Abstand der häufigste Prüfanlass für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V. Erst dann folgt die Dauer der stationären Behandlung und abschließend die generelle Notwendigkeit der stationären Behandlung.

Von den Krankenhäusern in den alten Bundesländern wurde die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen ebenfalls als häufigster Prüfanlass angegeben, dicht gefolgt von der generellen Notwendigkeit der Leistungen und der Dauer der stationären Behandlung.

Nimmt man eine Differenzierung hinsichtlich der Bettengrößenklassen vor, bildet bei den Krankenhäusern mit 100 und mehr Betten die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen den häufigsten Prüfanlass. Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten ist es hingegen die generelle Notwendigkeit der abgerechneten Leistungen.

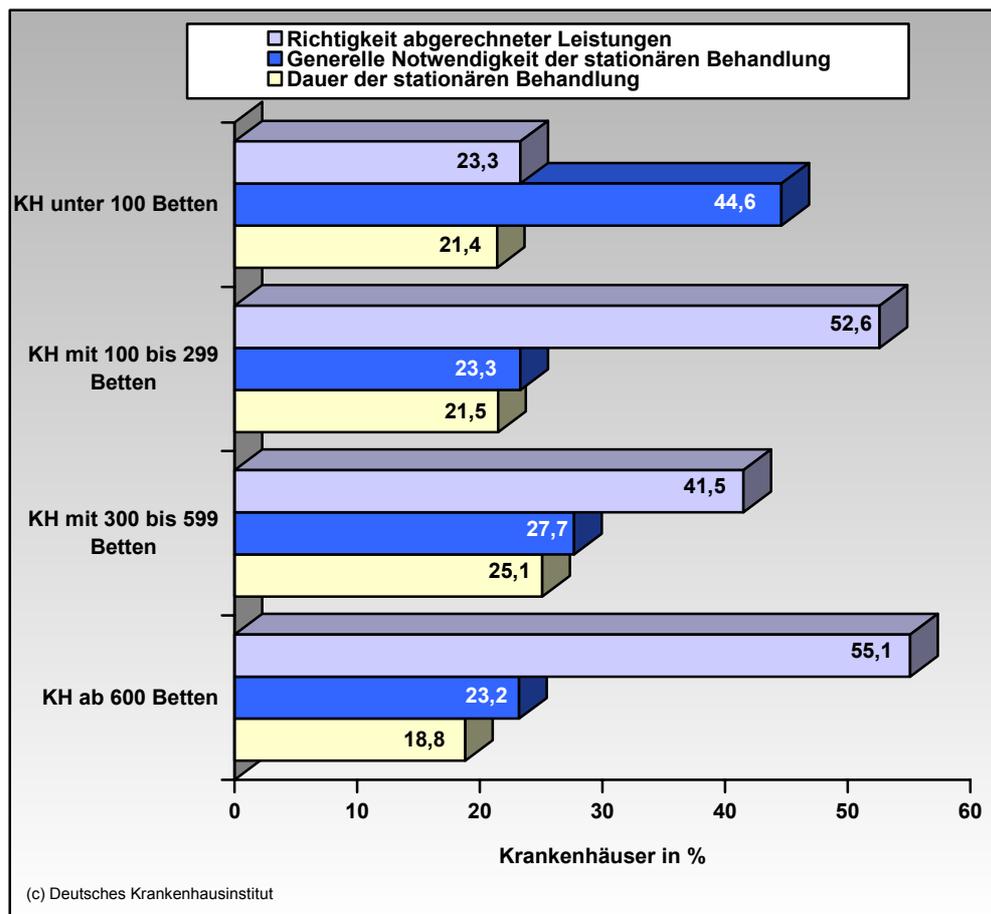


Abb. 26: Häufigste Prüfanlässe für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen des MDK - Häufigkeiten nach Bettengrößenklassen

Im Mittel über alle Krankenhäuser wurden rund 10% der stationären Fälle im Jahr 2005 einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen. Lediglich 2% der stationären Fälle wurden mittels Vor-Ort-Prüfungen durch den MDK überprüft.

Die Fälle der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wurden einer Einzelprüfung stärker (12% der Fälle) unterzogen als die Häuser in den alten Bundesländern (10% der Fälle). Die Vor-Ort-Prüfungen lagen bei den Krankenhäusern in den westlichen und östlichen Bundesländern mit rund 2% gleich.

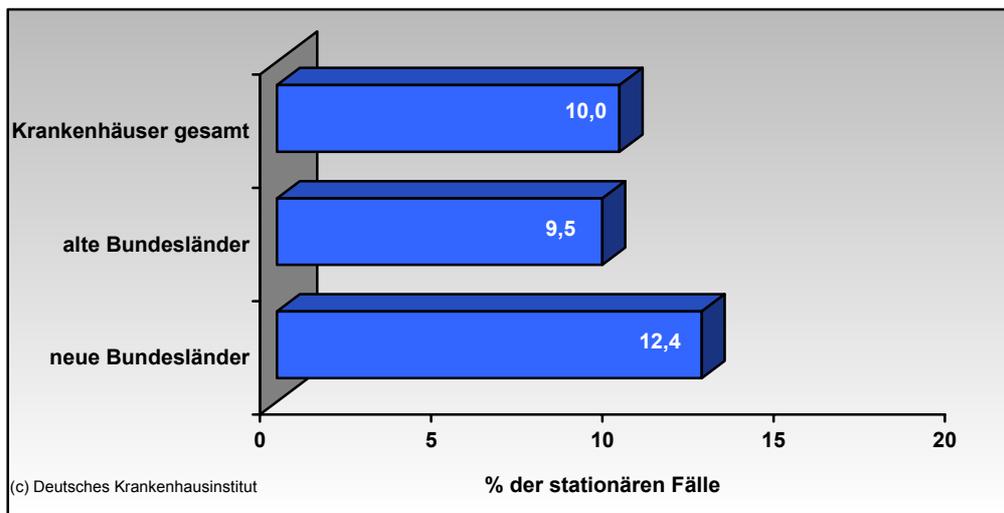


Abb. 27: Verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen im Krankenhaus - Mittelwerte

Keine allzu großen Differenzen ergeben sich bei Betrachtung der einzelnen Werte nach Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen. Bei den kleineren Krankenhäusern unter 100 Betten werden geringfügig weniger Einzelfallprüfungen vorgenommen als bei den größeren Krankenhäusern mit 100 und mehr Betten. Vor-Ort-Prüfungen werden öfters bei Krankenhäusern mit 100 bis 300 Betten oder Häusern mit 300 bis 600 Betten durchgeführt.

Wie die folgende Abbildung zeigt, werden die Stellungnahmen der Krankenhäuser zu einem großen Teil von den Prüfärzten des MDK angemessen berücksichtigt.

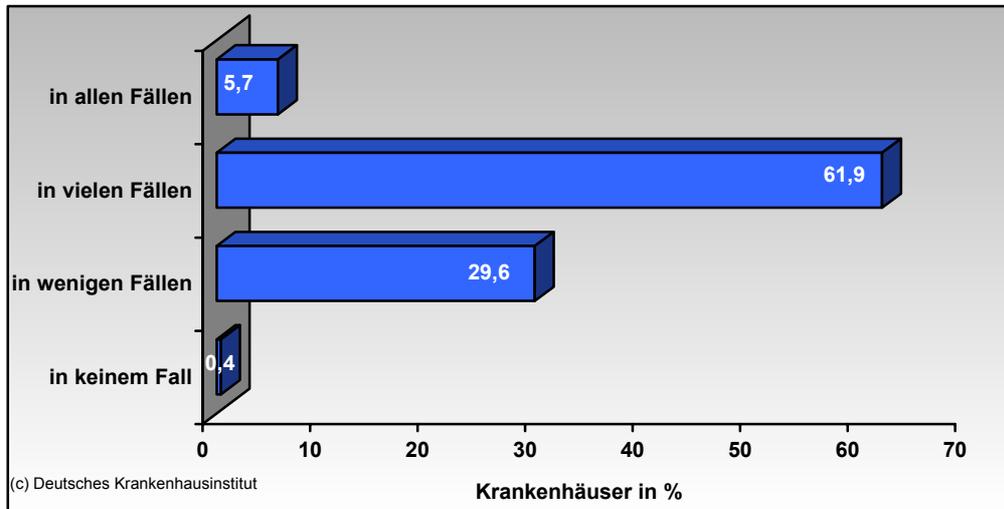


Abb. 28: Angemessene Berücksichtigung der Stellungnahmen des Krankenhauses von dem MDK - Häufigkeiten²⁰

Dies gilt für die Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern gleichermaßen. Nach Bettengrößenklassen unterschieden sehen die größeren Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten ihre Stellungnahmen angemessener berücksichtigt als die kleineren Krankenhäuser unter 100 Betten.

Die Rechnungen werden trotz noch nicht abgeschlossener Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V in der überwiegenden Mehrheit (69% der Krankenhäuser) fristgerecht von den Krankenkassen bezahlt. Bei 28% ist dies nicht der Fall.²¹

Insbesondere in den neuen Bundesländern bezahlen die Krankenkassen die Rechnungen von Fällen, in denen eine Einzelfallprüfung vorgenommen wird, fristgerecht. Rund 83% der Krankenhäuser gaben an, dass die Bezahlung in den überwiegenden Fällen ordnungsgemäß erfolgte und lediglich 12% verneinten dies.²² Bei den Krankenhäusern in den alten Bundesländern waren es hingegen lediglich 66,1% der Häuser, die in den überwiegenden Fällen mit Einzelfallprüfungen die Behandlungskosten fristgerecht erhielten und knapp ein Drittel (30%), in denen dies nicht der Fall war.²³

Unterschieden nach Bettengrößenklassen stellt sich diese Situation folgendermaßen dar.

²⁰ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

²¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

²² Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

²³ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

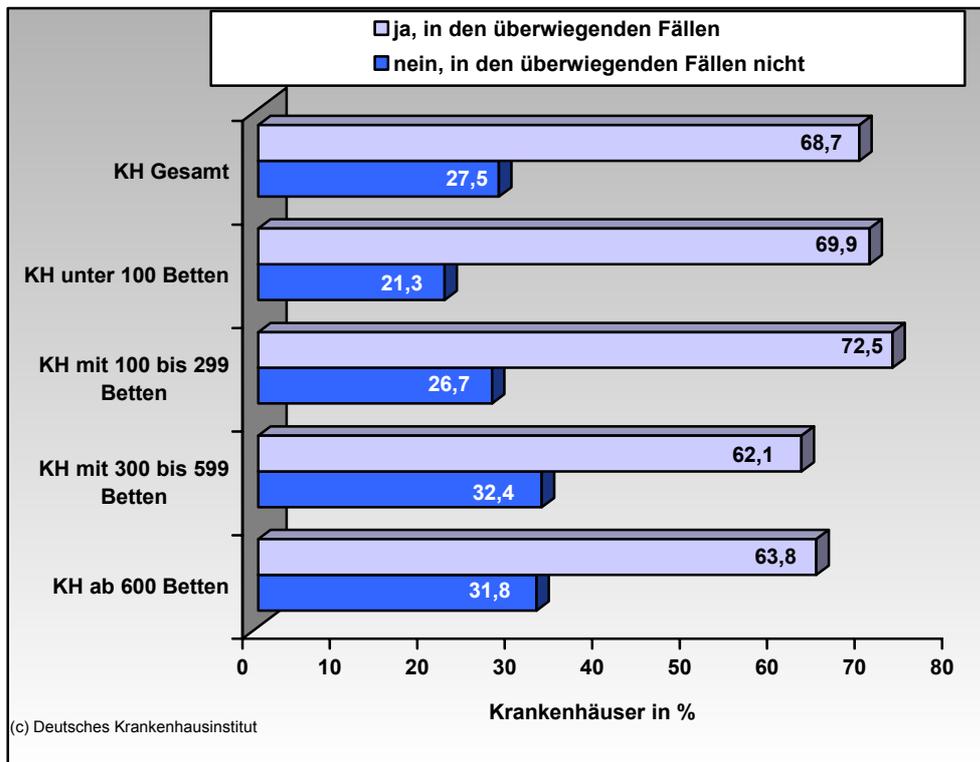


Abb. 29: Fristgerechte Bezahlung der Rechnungen trotz nicht abgeschlossener Einzelfallprüfung, Bettengrößenklassen, Häufigkeiten²⁴

3.2.3 Stichprobenprüfungen

Mit Einführung des DRG-Systems wurde gleichzeitig ein neues Prüfinstrument für die gesetzlichen Krankenkassen, die so genannte „Stichprobenprüfung“ im Krankenhaus (§ 17 c KHG), implementiert. Diese im Gegensatz zu den Einzelprüfungen wesentlich umfassendere Prüfung wurde durch eine auf der Bundesebene abgeschlossene Empfehlung konkretisiert, welche zum 15. April 2004 in Kraft getreten ist. Bis Ende April 2005 wurden Stichprobenprüfungen lediglich vereinzelt angewandt. Die Zurückhaltung der Krankenkassen wurde darauf zurückgeführt, dass bis dahin noch nicht die Anlage 1 vorlag, welche die im Vorfeld der Prüfung geforderte elektronische Datenübermittlung an den MDK regelt und die Stichprobenziehung konkretisiert. Mit Inkrafttreten der Anlage 1 zum 15. Mai 2005 und dem Ablauf der Schonfrist für die Umsetzung der Datenübermittlung im Sinne des Anhangs der Anlage 1 zum 1. Oktober 2005 ist dieses Instrument voll einsatzfähig.²⁵

Die Umfrage im *Krankenhaus Barometer* ergibt, dass dieses Prüfungsinstrument noch nicht häufig von den Krankenkassen genutzt wird. Lediglich 3% der Krankenhäuser wurden bis zum Zeitpunkt der Erhebung in eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG einbezogen. Dies waren Krankenhäuser aller Bettengrößenklassen (mit Ausnahme der kleineren Häuser unter 100 Betten) in den alten Bun-

²⁴ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

²⁵ Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2005): Stichprobenprüfung im Krankenhaus nach § 17c KHG – Materialien und Hinweise, 1. Aufl., Düsseldorf (DKVG), S. 5.

desländern (Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen).

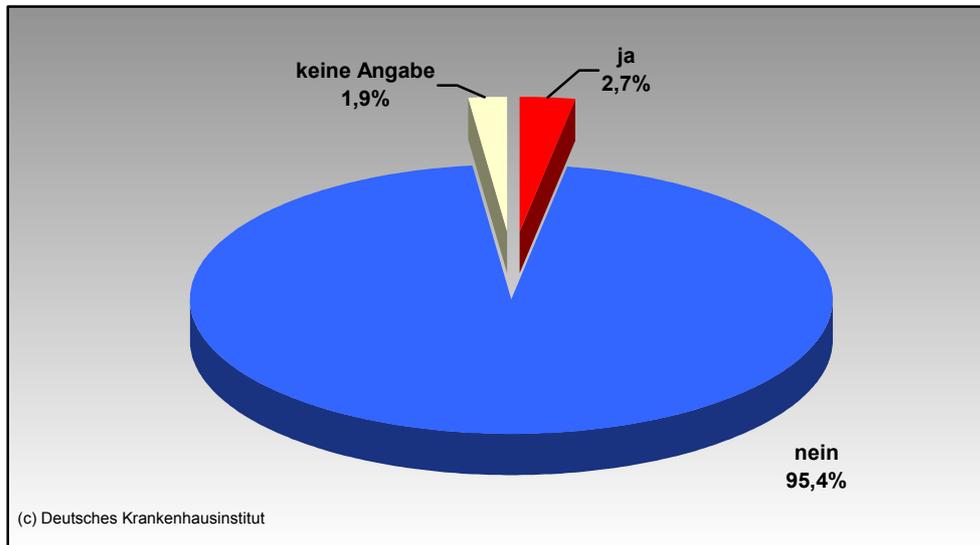


Abb. 30: Einbeziehung in eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG, Häufigkeiten

Die früheste Stichprobenprüfung gab ein Krankenhaus mit Juli 2004 an; die zuletzt statt gefundene Stichprobenprüfung fand im Mai 2006 statt. Trotz der geringen Anzahl der Krankenhäuser, die bereits in eine Stichprobenprüfung einbezogen wurden, lässt seit Ende des Jahres 2005 eine Tendenz für eine Zunahme von Stichproben feststellen.

Der Prüfauftrag bezog sich bei den Krankenhäusern vorrangig auf die Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme (primäre Fehlbelegung) und die ordnungsgemäße Abrechnung, aber auch auf die Notwendigkeit eines jeden weiteren Behandlungstages (sekundäre Fehlbelegung) sowie die vorzeitige Entlassung und Verlegung.

4 Zahlungsverzögerungen und -verweigerungen

Seit vielen Jahren weisen die Krankenhäuser darauf hin, dass die Kostenträger ihre Rechnungen für stationäre Krankenhausaufenthalte teilweise überhaupt nicht oder teilweise nicht fristgerecht begleichen würden. Wiederholt war dies Thema im *Krankenhaus Barometer* oder in den *Krankenhaus Trends*.

Eine Zahlungsverzögerung liegt vor, wenn stationäre Leistungen nicht fristgerecht, also nicht in der vereinbarten Zahlungsfrist bezahlt werden. Zahlungsverweigerungen liegen vor, falls Rechnungen ganz oder teilweise nicht beglichen werden.

Die zweiseitige Rahmenempfehlung zu § 112 SGB V zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverbänden enthält Vorgaben für die Zahlungsfristen. Danach hat die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach der Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Die meisten Verträge auf Landesebene enthalten entsprechende vertragliche Regelungen. Teilweise gibt es länderspezifische bzw. krankenhausespezifische Abweichungen.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) muss die Krankenkasse eine formal ordnungsgemäß erstellte Rechnung selbst dann fristgerecht begleichen, wenn sie Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art hat. Durch Rechnungsprüfungen werden bestehende Zahlungsfristen nicht außer Kraft gesetzt. Die Krankenkasse kann entsprechende Beanstandungen auch nach Bezahlung der Rechnung geltend machen und ggf. eine Erstattung zuviel gezahlter Beträge verlangen.

In fast 60% der Krankenhäuser kam es 2005 im nennenswerten Umfange vor, dass Rechnungen über stationäre Leistungen nicht fristgerecht (gemäß vereinbarter Zahlungsfrist) bezahlt wurden.

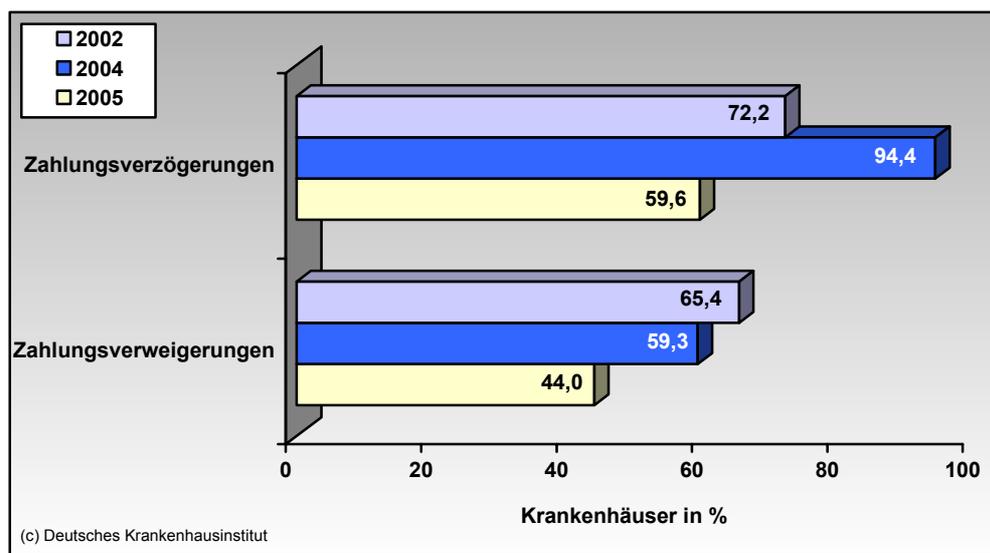


Abb. 31: Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

Die Unterschiede nach Bettengrößenklassen bzw. alten und neuen Bundesländern sind groß. Während im Osten 48% der Häuser mit nicht fristgerechten Zahlungen zu kämpfen hatten, lag der entsprechende Anteilswert im Westen bei annähernd 62%.

Je größer die Krankenhäuser sind, desto höher ist der Anteil der Häuser, die Zahlungsverzögerungen angaben. Liegt der Anteil der Zahlungsverzögerungen bei den Häusern mit unter 100 noch bei rund 48%, so steigt er auf 79% bei den Krankenhäusern ab 600 Betten.

Im Vergleich zu den Vorjahren ist ein erfreulicher Rückgang des Anteils der Zahlungsverzögerungen festzustellen. Von 94% im Jahr 2004 ist er nun auf 60% gesunken. Nichtsdestotrotz ist der Anteil der nicht fristgerechten gezahlten Rechnungen auf einem problematisch hohen Niveau. In den vergangenen Jahren wurden Zahlungsverzögerungen wiederholt von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, einzelnen Landeskrankenhausgesellschaften und auch vom Deutschen Krankenhausinstitut problematisiert. Die sich daran anschließenden Diskussionen sowie die sich einspielende Routine bei der Abrechnung der Fallpauschalen werden sicherlich das ihre dazu beigetragen haben, dass der erwähnte Rückgang des Anteils der Zahlungsverzögerungen stattgefunden hat.

Das gleiche trifft auch auf die Zahlungsverweigerungen zu. Genau 44% der Krankenhäuser gaben an, dass im nennenswerten Umfange die Zahlung von Rechnungen für stationäre Leistungen ganz oder teilweise verweigert wird.

Wie schon bei den Zahlungsverzögerungen, so ist auch hier der Anteil der Krankenhäuser, die eine Zahlungsverweigerung angaben, im Westen mit 46% deutlich höher als im Osten, wo 33% eine solche Handlungsweise der Krankenkassen beanstandeten.

Auch die Zahlungsverweigerungen scheinen größenklassenabhängig zu sein. Nur 28% der kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten hatten hiermit Probleme, aber 71% der Krankenhäuser ab 600 Betten.

Wiederum ist im Vergleich zu den Vorjahren der Anteil der Krankenhäuser, die Zahlungsverweigerungen angaben, gesunken. Aber auch hier liegt der Anteil der Krankenhäuser auf einem sehr hohen Niveau.

Der Anteil an stationären Fällen im Jahr 2005, bei denen Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen im nennenswerten Umfange vorkamen, lag im Mittel bei 16,7%. Betroffen hiervon sind vor allem die großen Krankenhäuser, bei denen jeder fünfte Fall nicht fristgerecht oder nur teilweise bezahlt wird

5 Belegärztliche Versorgung

5.1 Stand der belegärztlichen Versorgung im Jahr 2005

Die belegärztliche Versorgung stellt eine der tragenden Säulen in der Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen dar. Zugleich ist sie das erfolgreichste Modell der Integration von stationärem und ambulantem Sektor.

So weist das Statistische Bundesamt²⁶ einen Anteil der Belegbetten von 5,6% an allen Betten der Allgemeinkrankenhäuser aus. Dieser Anteil variiert aber sehr stark zwischen den einzelnen Größenklassen. Erwartungsgemäß liegt der Belegbettenanteil bei den Häusern unter 100 Betten bei rund 31%. Bei den Häusern ab 600 Betten reduziert sich der Anteil auf 1,1%.

In den Allgemeinen Krankenhäusern sind 6.577 Belegärzte tätig. Das entspricht einem Anteil von rund 5% aller im Krankenhaus tätigen Ärzte.

Betrachtet man den Anteil niedergelassenen Ärzte, die als Belegärzte tätig sind, so liegt dieser ebenfalls bei rund 5%.²⁷ In Abhängigkeit von der Arztgruppe ist dieser Anteil allerdings deutlich höher. So sind z.B. 38% aller niedergelassenen HNO-Ärzte oder 19% der Urologen als Belegärzte tätig.

Die stationäre vertragsärztliche Behandlung wird von Belegärzten in Krankenhäusern durchgeführt. „Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.“²⁸

5.1.1 Belegabteilungen im Krankenhaus Barometer

Über mindestens eine Belegabteilung verfügen 58% der Krankenhäuser in der Stichprobe.

In den alten Bundesländern liegt der Anteil der Krankenhäuser mit Belegabteilungen mit 62% deutlich höher als in den neuen Bundesländern, wo 36% der Krankenhäuser über eine solche nicht-hauptamtliche Abteilung verfügen.

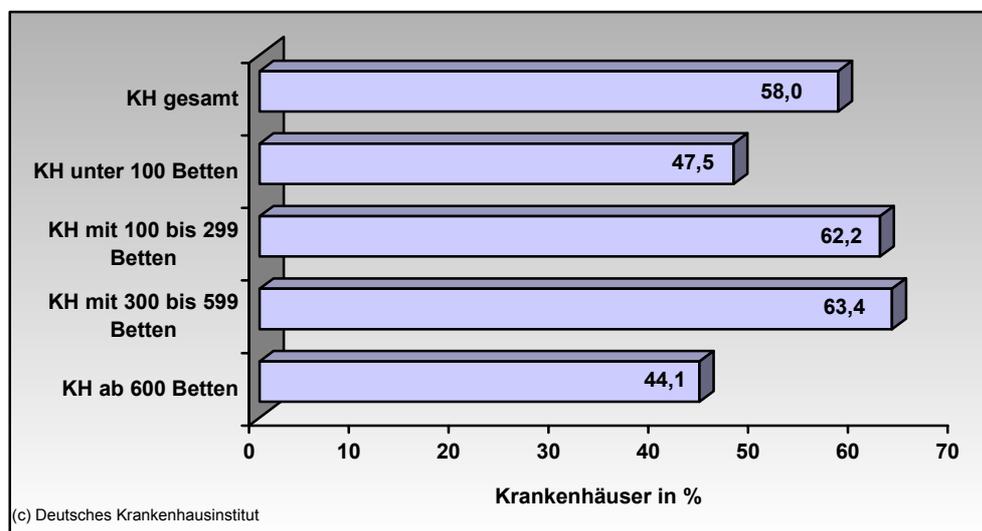


Abb. 32: Krankenhäuser mit Belegabteilungen im Jahr 2005

²⁶ Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser 2004, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2005, S.19 und 31 sowie eigene Berechnungen.

²⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesarztregister für das Jahr 2004. Die Zahl der ausgewiesenen Belegärzte weicht von der des Statistischen Bundesamtes ab.

²⁸ § 39 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte

In den beiden Größenklassen zwischen 100 und unter 600 Betten verfügen jeweils mehr als 60% der Häuser über eine entsprechende Abteilung.

In die Stichprobe gingen insgesamt 412 Belegabteilungen aus 196 Krankenhäusern ein. In rund 40% der Krankenhäuser mit einer nichthauptamtlichen Abteilung liegt genau eine Belegabteilung vor. Über zwei dieser Abteilungen verfügen etwa 30% der Krankenhäuser. In knapp 14% der Häuser gibt es sogar vier und mehr Belegabteilungen.

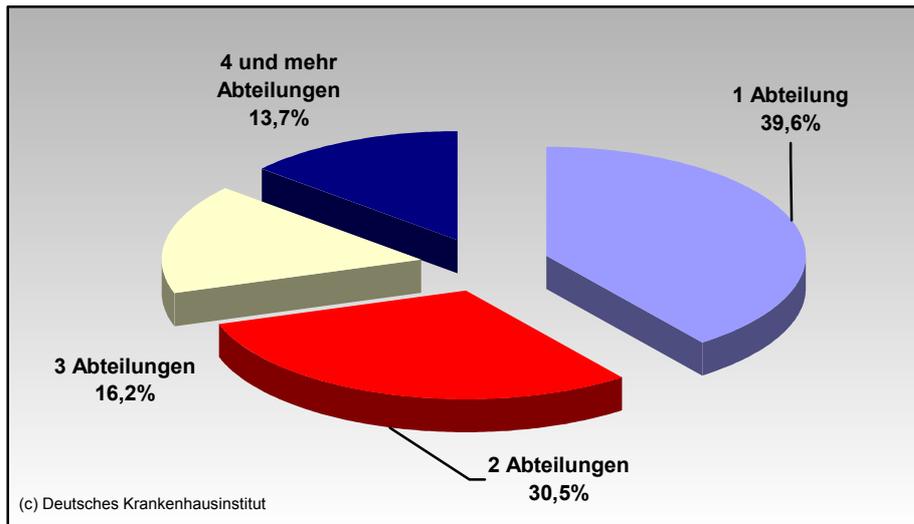


Abb. 33: Anzahl Belegabteilungen

Bei den Krankenhäusern, die mehr als drei Belegabteilungen haben, sind die kleinen und die großen Häuser führend. Sowohl bei den Krankenhäusern unter 100 Betten als auch bei den Häusern ab 600 Betten verfügen rund 20% der Häuser über vier und mehr Belegabteilungen. Bei den kleinen Häusern erklärt sich dies durch das Vorliegen von reinen Belegkrankenhäusern, bei den großen Häusern durch die dort vertretende medizinische Fächervielfalt.

Neben der Anzahl der Belegabteilungen wurden die Zahl der Belegbetten und die Zahl der Belegärzte ermittelt.

Um Vergleichbarkeit herzustellen, gehen in die folgenden Analysen nur solche Häuser ein, die Angaben zur Belegabteilungen, -betten und -ärzte gemacht haben.

Die durchschnittliche Anzahl der Betten je Belegabteilung liegt demnach bei 12,4. Allerdings variiert diese Zahl stark im Ost-West-Vergleich. So verfügen die Belegabteilungen in den neuen Bundesländern im Mittel nur über 6,2 Betten je Abteilung. In den alten Bundesländern liegt dieser Wert mit 12,8 mehr als doppelt so hoch.

Die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der vier Bettengrößenklassen gehen aus der nachfolgenden Abbildung hervor.

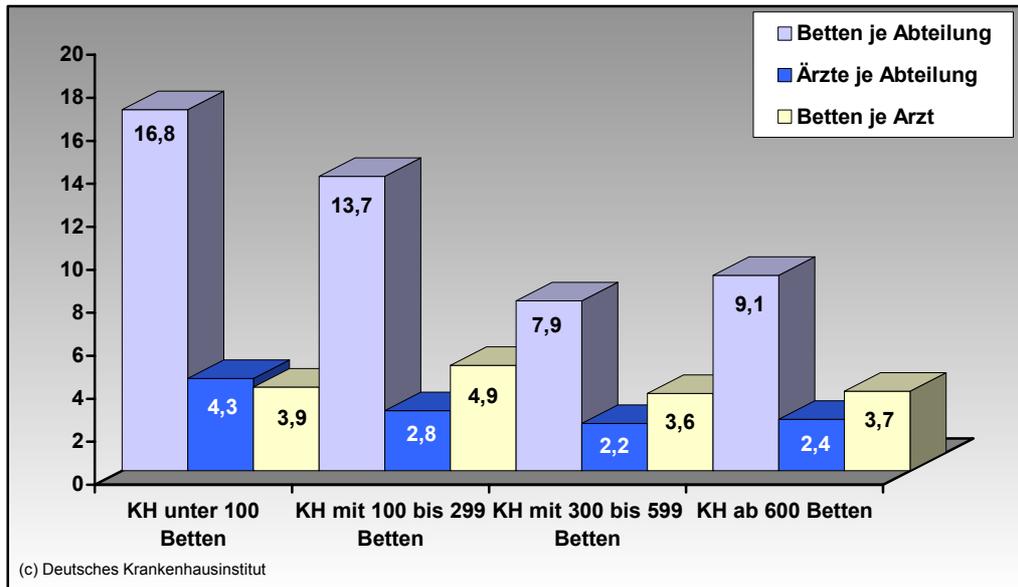


Abb. 34: Belegbetten und Belegärzte je Abteilung sowie Betten je Arzt

Bundesweit kommen durchschnittlich auf jede Belegabteilung 2,9 Belegärzte. In Ostdeutschland liegt dieser Wert bei 2,0.

Eine stärkere ärztliche Besetzung findet sich ausschließlich in den Krankenhäusern unter 100 Betten. Hier kommen auf jede Belegabteilung im Mittel 4,3 Ärzte. In den anderen Größenklassen liegt der entsprechende Wert deutlich niedriger.

Im Mittel versorgt ein Belegarzt bundesweit 4,3 Betten, wobei der Wert in Westdeutschland mit 4,4 leicht höher und in Ostdeutschland mit 3,2 niedriger ausfällt.

Die Betreuungsdichte, also die Anzahl der Belegärzte je Bett, liegt bei den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten mit fast fünf Ärzten sehr hoch. In den anderen Häusern liegt sie niedriger.

Im Folgenden erfolgt die Auswertung nach Fachabteilungen. Wiederum wurden nur solche Krankenhäuser berücksichtigt, die sowohl Angaben zur Anzahl der Belegbetten und der Belegärzte machten. Damit konnten von den 412 erfassten Abteilungen 402 ausgewertet werden.

Belegabteilungen	Betten je Abteilung	Ärzte je Abteilung	Betten je Arzt
Augenheilkunde	5,1	2,0	2,5
Chirurgie	17,1	4,8	3,5
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	17,0	3,4	5,0
HNO-Heilkunde	6,7	2,3	3,0
MKG-Chirurgie	2,2	1,6	1,4
Orthopädie	21,3	4,0	5,3
Urologie	10,1	2,8	3,6
Sonstige	17,1	2,7	6,4

Tab. 1: Kennzahlen der Belegabteilungen

Die nach der Zahl der Betten größte Belegabteilung ist die Orthopädie. Hier kommen im Mittel 21,3 Betten auf jede Abteilung. Die MKG-Chirurgie kommt im Vergleich dazu nur auf 2,2 Betten je Belegabteilung.

Die stärkste ärztliche Besetzung findet sich in den chirurgischen Belegabteilungen. Je Abteilung werden hier durchschnittlich 4,8 Ärzte eingesetzt. Aber auch die Orthopädie schneidet mit 4,0 Ärzten überdurchschnittlich ab.

Bei den Betten je Arzt liegen die Sonstigen Fachabteilungen mit 6,4 vorne. Hinter den Sonstigen verbergen sich vor allem Belegabteilungen in den Bereichen Innere Medizin, Strahlentherapie sowie Nuklearmedizin.

5.1.2 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser mit Belegbetten

Über alle Krankenhäuser hinweg betrachtet besteht kein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Belegabteilung und der derzeitigen wirtschaftlichen Situation. Das war auch nicht zu erwarten, da der (wirtschaftliche) Einfluss möglicher Belegabteilungen auf die Gesamtsituation der Krankenhäuser umso geringer ausfällt, je größer die Krankenhäuser und damit je stärker der Einfluss der Hauptabteilungen sind.

Entsprechende Einflüsse gehen auch nicht von den Belegabteilungen in den kleineren Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten aus.

Ganz anders dagegen bei den Krankenhäusern unter 100 Betten. Hier konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Beurteilung der eigenen wirtschaftlichen Situation und dem Vorhandensein einer Belegabteilung festgestellt werden.²⁹

Eine unbefriedigende wirtschaftliche Situation gaben anteilmäßig mehr als doppelt so viele Krankenhäuser mit einer Belegabteilung an wie Krankenhäuser ohne Belegabteilung.

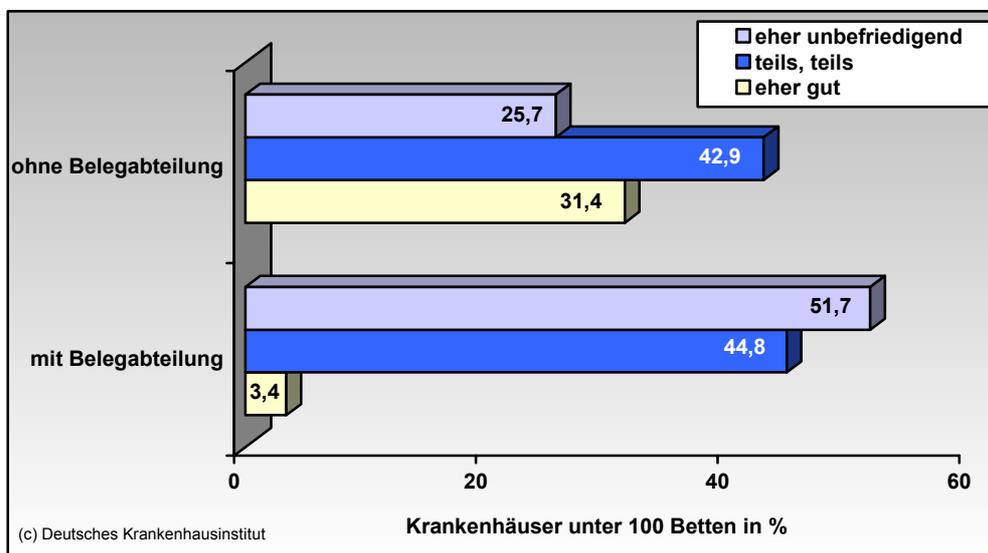


Abb. 35: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation von Krankenhäusern unter 100 Betten mit und ohne Belegabteilung

²⁹ Der Chi-Quadrat-Test ergibt eine zweiseitige Signifikanz von 0,009. Wenn man die Nullhypothese zurückweist und damit davon ausgeht, dass ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht, dann begeht man mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,009% einen Irrtum. Mit anderen Worten: es besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass es einen Zusammenhang zwischen der Beurteilung der eigenen wirtschaftlichen Situation und dem Vorliegen einer Belegabteilung gibt.

Als eher gut wird die wirtschaftliche Situation nur von einer kleinen Minderheit der kleinen Krankenhäuser mit Belegabteilung eingeschätzt. Ganz anders bei den Häusern ohne Belegabteilung. Fast ein Drittel dieser Häuser gehen von einer eher guten ökonomischen Situation aus.

Untermuert wird diese Analyse durch den Vergleich des Jahresergebnisses 2005 bei den kleinen Krankenhäusern mit und ohne Belegabteilung.³⁰ Über die Hälfte der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten, die über eine Belegabteilung verfügten, wiesen für das Jahr 2005 einen Jahresfehlbetrag aus. Nur 22% dieser Häuser hatten einen Jahresüberschuss.

Genau spiegelbildlich ist das Verhältnis bei den kleinen Krankenhäusern ohne Belegabteilung. Hier hatten 60% einen Jahresüberschuss, aber nur 30% einen Jahresfehlbetrag.

5.2 Auswirkungen des EBM 2000plus auf die Belegabteilungen

Seit dem 1. April 2005 gilt der EBM 2000plus für die Vergütung von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Betroffen davon sind auch die Belegärzte, da auch ihre ärztlichen Leistungen im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall anhand dieser Gebührenordnung vergütet werden.

Im Bereich der belegärztlichen Operationen (Kapitel 31 des EBM 2000plus) befinden sich eine Reihe von Regelungen, die auf die Belegärzte gesondert eingehen.

So werden für die belegärztlichen Operationen Abschläge von der Punktsomme in Abhängigkeit von der Schwere des Eingriffs in Höhe von 30 bis 50% vorgenommen. Sofern der Belegarzt eine postoperative Überwachung durchführt, muss er mit Abschlägen auf diese Leistung in Höhe von 90% der Punktsomme rechnen. Bei einer postoperativen Behandlung ist immerhin noch ein Abschlag in Höhe von 45% auf die Punktsomme vorzunehmen.

Diese Regelungen im EBM 2000plus haben zu einer erheblichen Unruhe bei den Belegärzten geführt, da massive Einbrüche in der Vergütung von Belegfällen die Folge waren.

Diese Folgen haben auch die Krankenhäuser mit Belegabteilungen zu spüren bekommen. Fast die Hälfte der Krankenhäuser gab jeweils an, dass ein Erlösrückgang und/ oder ein Fallzahlrückgang in den Belegabteilungen stattgefunden habe. Ebenfalls in knapp der Hälfte der Krankenhäuser stellten die Belegärzte finanzielle Forderungen an das Krankenhaus.

Das Antwortverhalten der Krankenhäuser hängt stark von der Größenklasse ab. So gaben mehr als die Hälfte der Krankenhäuser in den beiden Größenklassen unter 300 Betten an, dass die Fallzahlen in Belegabteilungen rückläufig seien. Eine vergleichbare Entwicklung lag aber nur bei 28% der Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten vor.

Dass die Belegärzte finanzielle Forderungen an das Krankenhaus gestellt haben, gaben 52% der Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten an. Demgegenüber

³⁰ Auch hier lag ein statistisch signifikantes Ergebnis vor. Für die Krankenhäuser unter 100 Betten lag die zweiseitige Signifikanz beim Chi-Quadrat-Test bei 0,014. Bei allen anderen Krankenhäusern ergab sich kein signifikantes Ergebnis.

war dies nur in jedem dritten Haus in den beiden Größenklassen ab 300 Betten der Fall.

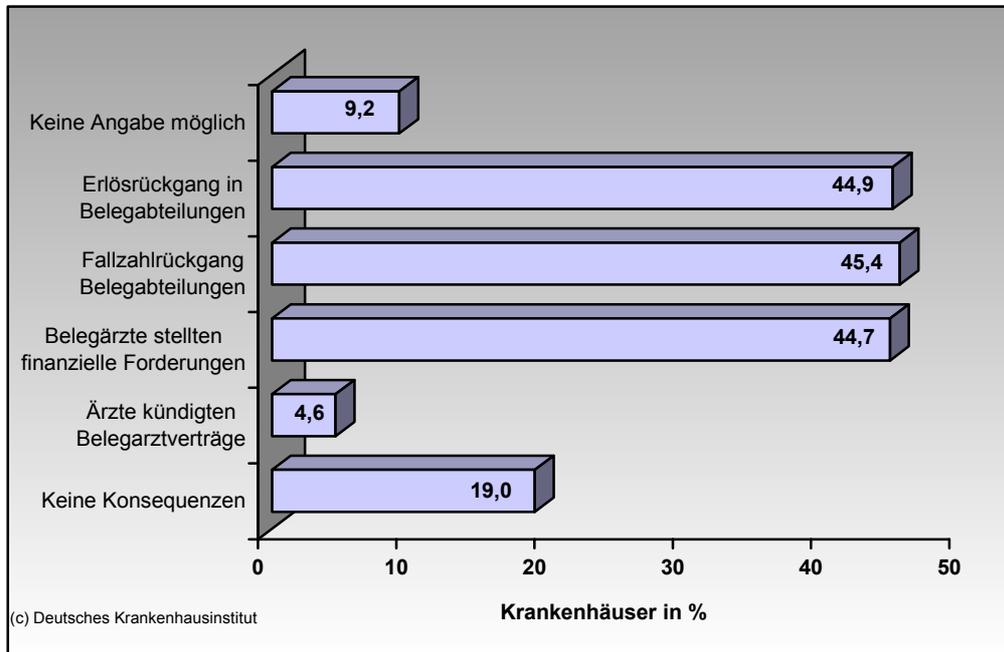


Abb. 36: Auswirkungen des EBM 2000plus auf Krankenhäuser mit Belegabteilungen

Nur bei 19% der Krankenhäuser hat die EBM-Reform keine Konsequenzen. Auch hier zeigen sich Unterschiede bei den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe. Lediglich in 12% der Häuser mit unter 100 Betten ergaben sich keine Konsequenzen. Bei den Krankenhäusern ab 300 Betten gab dies jedes vierte Haus an.

Nur bei einer kleinen Zahl von Krankenhäusern kündigten Belegärzte ihren Belegarztvertrag. Hiervon betroffen waren vor allem die kleinen Krankenhäuser mit unter 100 Betten.

Die EBM-Reform des letzten Jahres hatte offensichtlich direkte negative Konsequenzen für eine Vielzahl der Krankenhäuser. Die einzelnen Krankenhäuser können allenfalls graduelle Veränderungen vornehmen, die die unmittelbaren Probleme lindern, aber nicht heilen können.

Die Möglichkeiten zu einer Verbesserung der Situation liegen bei der Politik und den Verbänden. Hier ist man sich auch einig, dass die vorliegenden Probleme gelöst werden müssen. Allerdings sind die Lösungsmöglichkeiten unterschiedlich. So lange auf dieser Ebene keine Änderungen beschlossen worden sind, können die Krankenhäuser nur wenig tun, um ihre missliche Situation zu verbessern.

Das erklärt, warum rund 39% der Krankenhäuser mit einer Belegabteilung keine Maßnahmen für das aktuelle Jahr planen. Ein Viertel der Häuser wird neue Belegärzte suchen. In beiden Fällen ist das Ergebnis abhängig von der Größe des Krankenhauses.

So beabsichtigen etwa die Hälfte der Krankenhäuser ab 300 Betten keine Maßnahmen für das laufende Jahr. Bei den Häusern mit weniger als 100 Betten gaben dies nur 12% an.

Umgekehrt dagegen bei der Suche nach neuen Belegärzten. Fast die Hälfte der Häuser mit unter 100 Betten, aber nur etwa 10% der Krankenhäuser ab 300 Betten beabsichtigen mit anderen Vertragsärzten Belegarztverträge abzuschließen.

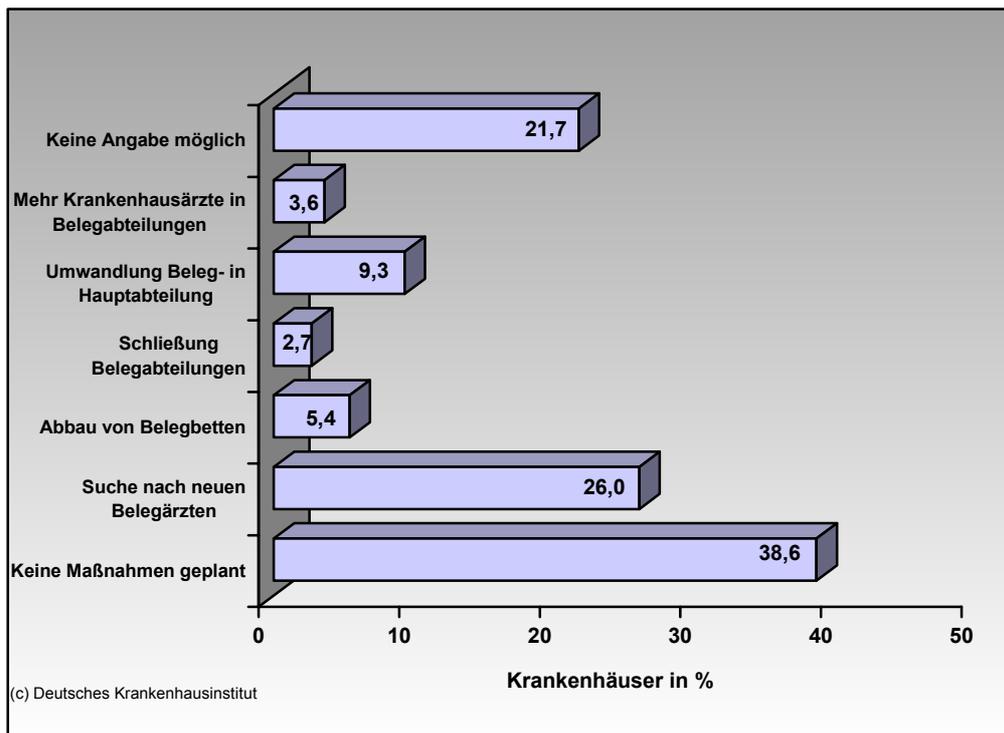


Abb. 37: Geplante Maßnahmen für 2006

Den Einsatz von mehr Krankenhausärzten anstelle von niedergelassenen Ärzten oder die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen wird nur von einer kleinen Minderheit erwogen. Gleiches trifft auch auf die Schließung von Belegabteilung oder zumindest den Abbau von Belegbetten zu.

Allerdings täuscht dieses Ergebnis etwas hinweg über die tatsächliche Situation in den betroffenen Krankenhäusern. Betrachtet man nur die Krankenhäuser, bei denen die Fallzahlen oder der Erlös rückläufig sind oder bei denen die Belegärzte finanzielle Forderungen stellten, dann zeigt sich ein anderes Bild. Nur jeweils 30% der Krankenhäuser, die eines dieser Probleme hatten, haben für das Jahr 2006 keine Maßnahmen geplant. Die Mehrzahl dieser Häuser reagiert somit in diesem Jahr 2006 auf die aus dem Jahr 2005 resultierenden EBM-Probleme.

Beispielsweise werden 36% der Krankenhäuser, bei denen die Belegärzte finanzielle Forderungen gestellt haben, neue Belegärzte suchen. Diese Maßnahme wird auch von rund 40% der Krankenhäuser geteilt, die rückläufige Fallzahlen oder Erlöse in den Belegabteilungen hinnehmen mussten.

Andere Maßnahmen wie etwa der Abbau von Belegbetten oder die Schließung von Belegabteilungen werden auch hier nur von einer Minderheit avisiert.

Mit den Maßnahmen, die von den Krankenhäusern mit Belegbetten durchgeführt werden, ist allerdings keine grundsätzliche Änderung der Situation zu erwarten. Eine grundlegende Verbesserung für diese Krankenhäuser kann nur von der Politik und/oder den Verbänden beschlossen werden.

6 Medizinisches Versorgungszentrum

6.1 Stand der Umsetzung

Seit 2004 nehmen die medizinischen Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hierbei handelt es sich nach § 95 SGB V um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Auch Krankenhäuser können medizinische Versorgungszentren gründen oder an ihnen teilnehmen.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Krankenhäuser, die ein Medizinisches Versorgungszentrum gegründet haben, mehr als verdoppelt. Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil in den ostdeutschen Bundesländern. Hier gab jedes fünfte Stichprobenkrankenhaus an, dass bei ihnen ein MVZ vorliege.

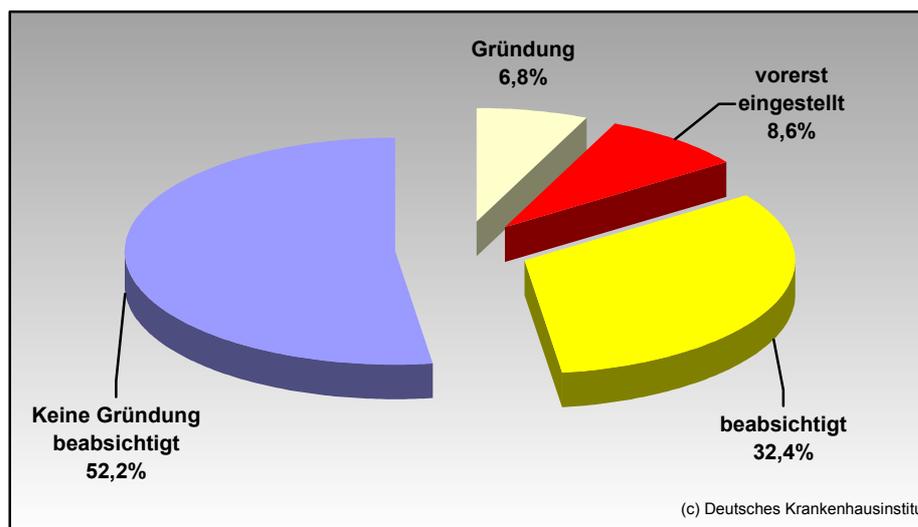


Abb. 38: Gründung von Medizinischen Versorgungszentren

Weiterhin hoch, aber niedriger als in den Vorjahren, ist der Anteil der Krankenhäuser, die die Gründung oder die Teilnahme an einem MVZ beabsichtigen. Auch hier sind die Häuser in den neuen Bundesländern überdurchschnittlich vertreten.

Bei rund 9% der Krankenhäuser sind die Pläne für ein MVZ vorerst eingestellt. Über die Hälfte der Krankenhäuser haben derzeit kein Interesse an der Gründung oder der Teilnahme an einem MVZ, wobei hier der Anteil der Krankenhäuser in den beiden Größenklassen unter 300 Betten überproportional hoch ist.

6.2 Probleme bei der Gründung/ Teilnahme an einem MVZ

Welche konkreten Probleme treten nun auf, um ein Medizinisches Versorgungszentrum zu gründen? Diese Frage sollten die Krankenhäuser beantworten, die

- schon ein MVZ gegründet haben
- die eine Gründung und Teilnahme beabsichtigen oder
- die ihre Bemühungen dazu vorerst eingestellt haben.

Das größte Problem sind die Zulassungssperren für bestimmte Fachgebiete in der Versorgungsregion des Krankenhauses. Nach §92 Abs. 1 SGB V darf der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien zur Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich beschließen. In den "Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte" werden neben den Planungsbereichen und den Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad auch die der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen festgelegt. Im 8. Abschnitt dieser Richtlinien werden die Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Bedarfsplanung auch auf Medizinische Versorgungszentren ausgeweitet.

Aus diesem Grunde ist die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch die Anzahl und die Art der freigegebenen Arztsitze limitiert.

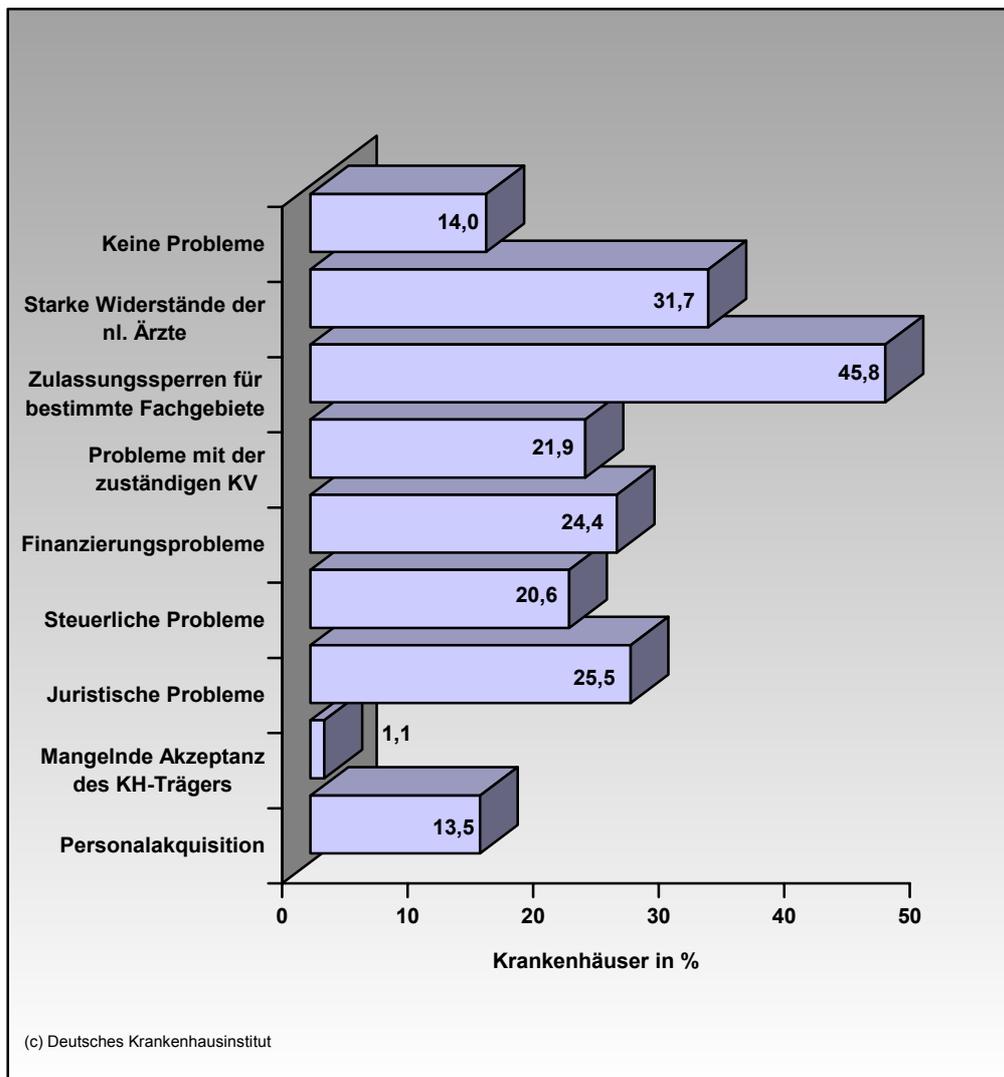


Abb. 39: Probleme bei der Gründung/ Teilnahme an einem MVZ

Rund 46% der hier berücksichtigten Krankenhäuser hatten genau mit diesem Problem zu kämpfen. Selbst in den neuen Bundesländern, wo ein hoher Anteil an Medizinischen Versorgungszentren schon besteht, nannte knapp die Hälfte der Krankenhäuser die Bedarfsplanung als eine Schwierigkeit.

Die starken Widerstände der niedergelassenen Ärzte wurden am zweithäufigsten von den Krankenhäusern als ein Problem im Zusammenhang mit der Gründung eines MVZ genannt. Fast ein Drittel der Häuser gaben dies an, wobei fast jedes zweite Krankenhaus ab 600 Betten hiervon betroffen war. Die niedergelassenen Ärzte fürchteten offenbar den Wettbewerb mit den von Krankenhäusern initiierten Medizinischen Versorgungszentren.

Differenziert man die Krankenhäuser danach, ob die Gründung erfolgt, eingestellt oder erst noch beabsichtigt ist, wird deutlich, dass bei rund 57% der Krankenhäuser, die ihre Bemühungen um ein MVZ (vorerst) eingestellt haben, dieser Widerstand ein wesentlicher Punkt war. Weit weniger Krankenhäuser, die schon ein MVZ gegründet haben oder dies erst noch beabsichtigen, hatten entsprechende Schwierigkeiten mit den niedergelassenen Kollegen.

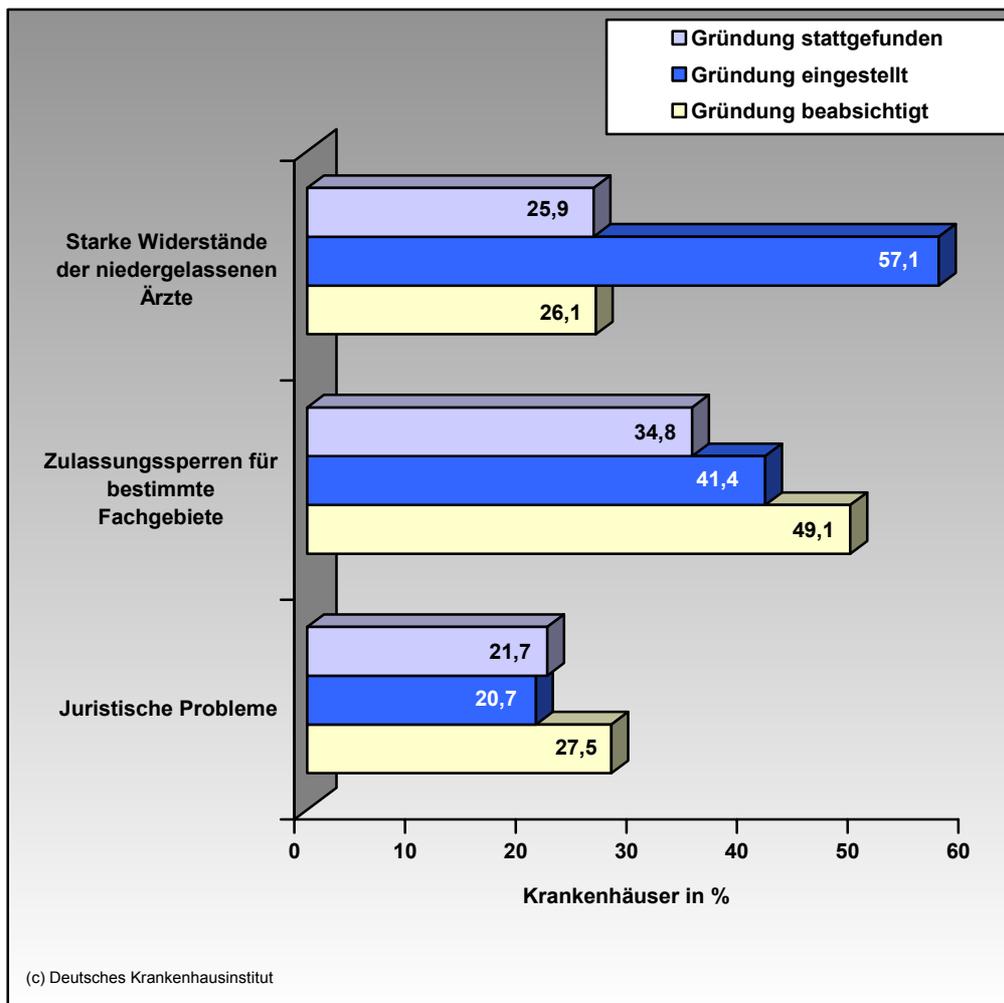


Abb. 40: Probleme bei der Gründung/ Teilnahme an einem MVZ in Abhängigkeit vom Stand der Umsetzung

Aufgrund der komplizierten Rechtsmaterie, die vom Arztrecht über das Gesellschafts- und Arbeitsrecht bis hin zum Steuerrecht reicht, die die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums begleitet, verwundert es nicht, dass ein Viertel der Krankenhäuser juristische Probleme als eine wesentliche Schwierigkeit nannten. In Abhängigkeit vom Umsetzungsstand des MVZ variiert die Anwohnhäufigkeit zwischen einem Fünftel und einem Viertel der betroffenen Krankenhäuser.

Bei den von den Krankenhäusern genannten Finanzierungsproblemen gab es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation. Insbesondere lässt sich das vorläufige Einstellen der Gründung oder der Teilnahme an einem MVZ nicht auf die aktuelle ökonomische Situation des Krankenhauses zurückführen.

Zwei Drittel aller Krankenhäuser gab eines oder mehrere der folgenden Probleme im Zusammenhang mit der Gründung eines MVZ an:

- starke Widerstände der niedergelassenen Ärzte
- Zulassungssperren für bestimmte Fachgebiete
- Probleme mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung

Steuerliche und/oder juristische Probleme dagegen lagen nur in rund 30% der Krankenhäuser vor.

6.3 Personal und Träger der Medizinischen Versorgungszentren

In den schon gegründeten Medizinischen Versorgungszentren werden durchschnittlich 5,8 nicht-ärztliche Mitarbeiter beschäftigt. Dazu kommen im Mittel 5,2 Ärzte. Damit sind die von Krankenhäusern betriebenen Medizinischen Versorgungszentren hinsichtlich der Anzahl der durchschnittlich tätigen Ärzte etwas größer als der Mittelwert über alle MVZ, wie aus der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu entnehmen ist.³¹

Von den in den Medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzten sind rund 57% angestellte Ärzte.

In den meisten MVZ ist die Bandbreite der beschäftigten Berufsgruppen klein. So werden nur in einem Drittel der MVZ weitere Gesundheitsberufe neben Arzthelferinnen beschäftigt. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Krankenschwestern oder medizinisch-technische Radiologieassistentinnen.

In drei Viertel der gegründeten Medizinischen Versorgungszentren liegen neben dem Krankenhaus keine weiteren Träger vor. Von ganz wenigen MVZ kann damit gesagt werden, dass weitere Träger wie z.B. niedergelassene Vertragsärzte oder ermächtigte Krankenhausärzte vorliegen. Damit lassen sich grob drei unterschiedliche Typen von MVZ herauskristallisieren:

- allein von Krankenhäusern betriebene MVZ
- allein von niedergelassenen Ärzten betriebene MVZ
- Mischformen der beiden Typen, die u.U. auch weitere Träger beinhalten können.

³¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Zahlen, Daten, Fakten. Medizinische Versorgungszentren, aktuelle Entwicklung im 1. Quartal 2006, www.kbv.de/themen/7178.html.

7 Integrierte Versorgung

7.1 Teilnahme an der Integrierten Versorgung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist die Integrierte Versorgung nach den §§ 140 a bis d SGB V grundlegend neu geregelt worden. Von den Möglichkeiten zur Integrierten Versorgung machen die Krankenhäuser zusehends Gebrauch.

Etwa zur Jahresmitte 2006 nahm in Deutschland ein Drittel der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil. Das entspricht bundesweit rund 600 Einrichtungen. Weitere 16% beabsichtigen eine konkrete Teilnahme. Die Hälfte der Krankenhäuser nimmt somit nicht an der Integrierten Versorgung teil bzw. plant auch keine konkrete Teilnahme.

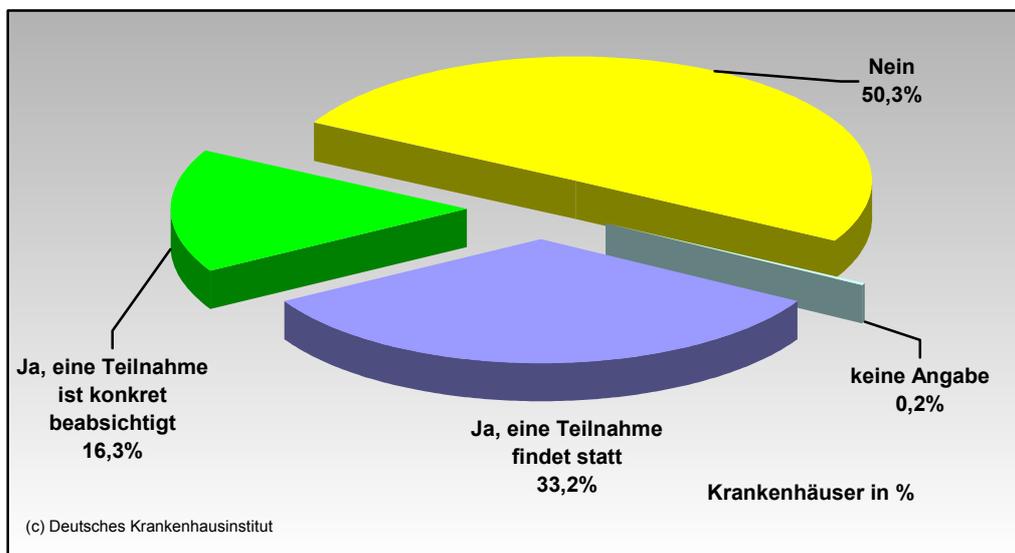


Abb. 41: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Integrierten Versorgung

Im Vergleich zum Vorjahr hat die Teilnehmerzahl deutlich zugenommen. Nahmen Mitte 2005 noch 22% der Krankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil, so sind es in diesem Jahr schon 33%. Dies belegt eine zunehmende Akzeptanz und Umsetzung der Integrierten Versorgung in den Krankenhäusern.

Die Beteiligung an der Integrierten Versorgung variiert jedoch stark in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während sich in Häusern unter 300 Betten nur 20-26% beteiligen, fällt die Beteiligung in den größeren Häusern überproportional aus. In Großkrankenhäusern ab 600 Betten nimmt schon die Mehrheit der Einrichtungen (71%) an der Integrierten Versorgung teil.

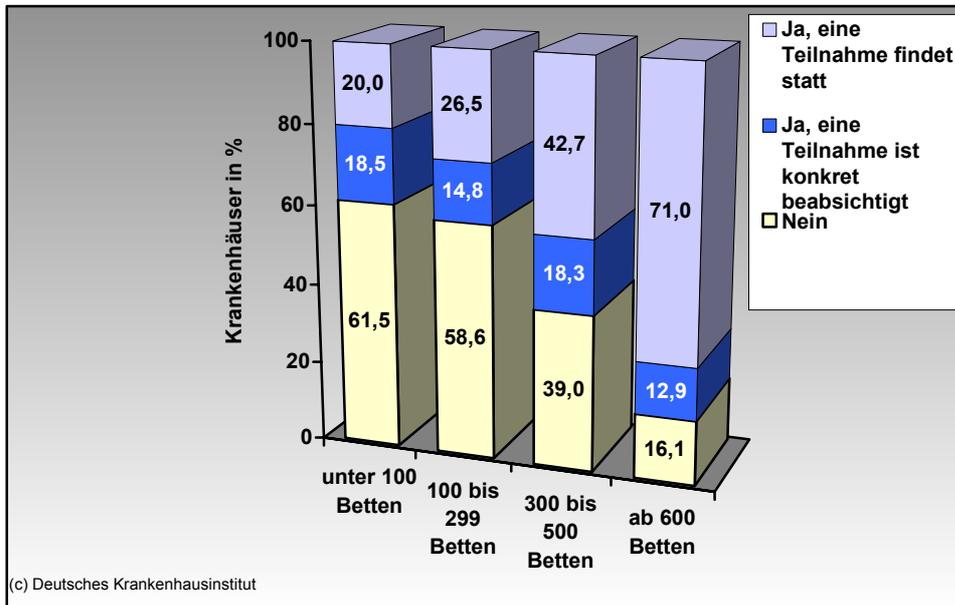


Abb. 42: Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach Bettengrößenklassen

7.2 Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung

Hinsichtlich der Anzahl der abgeschlossenen Integrationsverträge haben die meisten Häuser (53,5%) einen Vertrag abgeschlossen. 21,6% haben zwei Verträge und 24,9% drei oder mehr Verträge. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Häuser mit mehreren Verträgen somit merklich zugenommen (+14%-Punkte). Im Durchschnitt haben die teilnehmenden Krankenhäuser 2,5 Integrationsverträge.

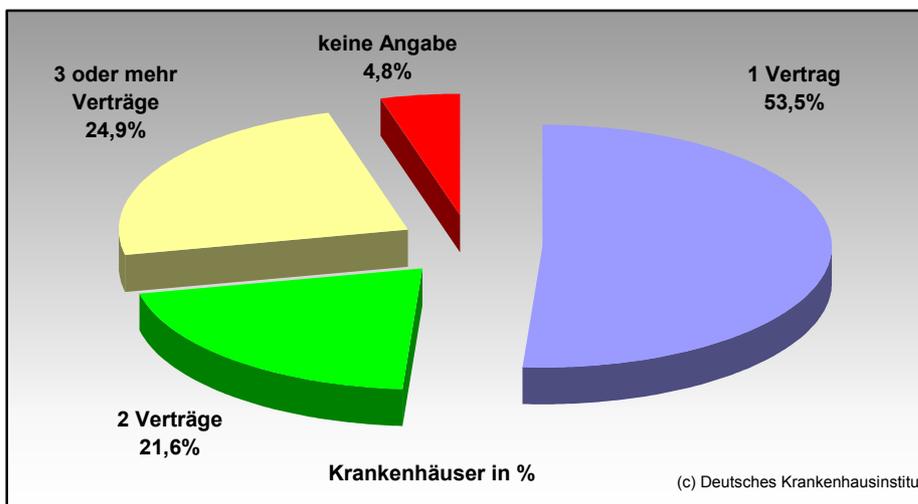


Abb. 43: Anzahl der Integrationsverträge pro Krankenhaus

Des Weiteren sollten die betroffenen Krankenhäuser für das Jahr 2005 die Anzahl der im Rahmen der Integrationsversorgung behandelten Fälle angeben. Im Durchschnitt der Stichprobenkrankenhäuser sind demnach 99 Fälle pro Haus behandelt worden. Allerdings ist der Mittelwert sehr stark von Einrichtungen mit überproportionaler Fallzahl beeinflusst. Der Median der Verteilung liegt bei ledig-

lich 24 Fällen. In jeweils einem Viertel der Häuser gab es 9 Fälle oder weniger bzw. 129 Fälle oder mehr.

Stellt man zusätzlich in Rechnung, dass fast die Hälfte der Häuser mehrere Integrationsverträge hat, so wird, zumindest gemessen an den Fallzahlen, die Integrierte Versorgung nach wie vor eher selektiv umgesetzt. Im Rahmen der bisherigen Ausgestaltung der Integrationsverträge – also enge Indikation und überwiegend einzelne Kostenträger als Vertragspartner – bleiben die Möglichkeiten der Krankenhäuser begrenzt, mit der Integrierten Versorgung höhere Fallzahlen zu erzielen.

7.3 Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung

Nach Leistungsbereichen macht die endoprothetische Versorgung nach wie vor eindeutig den Schwerpunkt der Integrierten Versorgung aus. In jedem zweiten teilnehmenden Haus ist dieser Leistungsbereich erfasst.

Andere Leistungsbereiche spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. In jeweils ca. 10% der Einrichtungen umfasst die Integrierte Versorgung die onkologische, kardiochirurgische oder invasiv-kardiologische Versorgung.

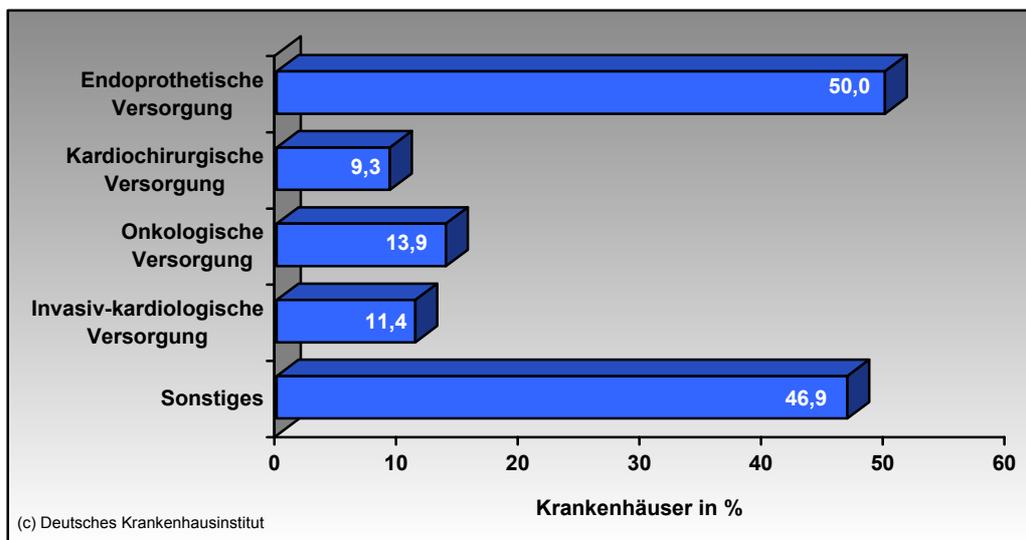


Abb. 44: Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung

Weitere Leistungsbereiche als die explizit erhobenen sind in immerhin schon 47% der Häuser einbezogen. Dies belegt, dass die Integrierte Versorgung in den Krankenhäusern zusehends heterogener und komplexer wird. Im Rahmen einer offenen Frage hierzu konnten allerdings keine eindeutigen Leistungsschwerpunkte identifiziert werden. Leistungsbereiche mit Mehrfachnennungen waren – ohne weitere Differenzierung – unter anderem die Rheumatologie, die Neurochirurgie und die Palliativmedizin oder Krankheitsbilder wie Diabetes, Schlaganfall oder Rückenleiden.

7.4 Beteiligte Leistungserbringer

Im Rahmen der Integrierten Versorgung kooperieren in der Regel andere Leistungserbringer mit dem Krankenhaus. Primäre Kooperationspartner der Häuser, die einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben, sind bislang

vor allem Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte. In 62,9% dieser Häuser sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen an der Integrierten Versorgung beteiligt, bei 70,8% niedergelassene Ärzte und in 11,8% weitere Leistungserbringer außerhalb des Krankenhaussektors.

Während diese Kooperationsformen der sektorenübergreifenden Integrierten Versorgung zuzurechnen sind, fällt die Kooperation mit weiteren Krankenhäusern bzw. keinen weiteren Leistungserbringern unter die interdisziplinäre-fachübergreifende Integrierte Versorgung. 25% der Häuser kooperieren mit weiteren Krankenhäusern. Dagegen spielt die Integrierte Versorgung ohne weitere Leistungserbringer, also z.B. durch die Integration ambulanter Behandlungsprozesse in das Krankenhaus, bislang faktisch keine Rolle.

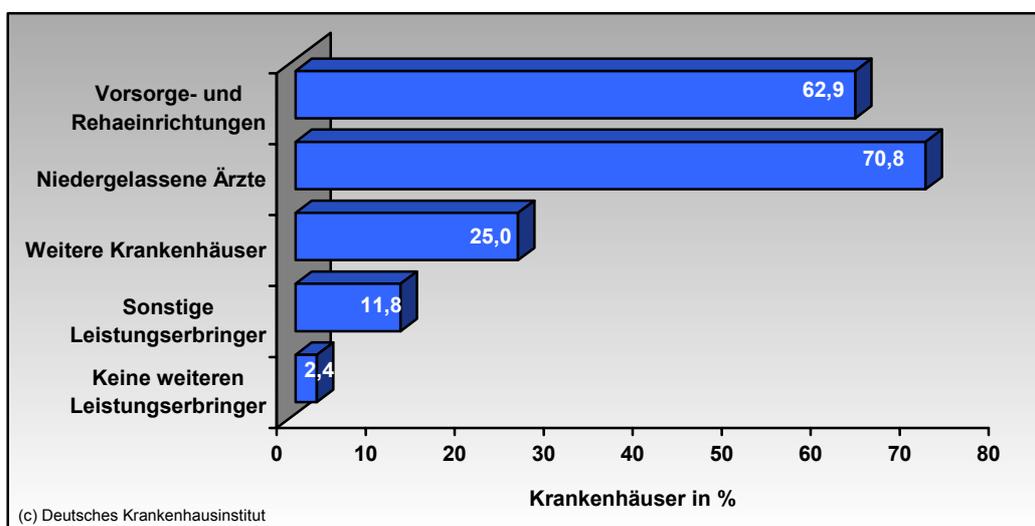


Abb. 45: Beteiligte Leistungserbringer bei Integrierter Versorgung

Aufschlussreich ist auch, wie viele Häuser im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Leistungserbringern aus mehreren Leistungssektoren kooperieren. Demnach sind in 44,3% der Häuser sowohl niedergelassene Ärzte als auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beteiligt, in 17,7% niedergelassene Ärzte und weitere Krankenhäuser sowie in 16,8% weitere Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Bei 12,4% der Krankenhäuser erstreckt sich die Integrierte Versorgung sogar auf niedergelassene Ärzte sowie weitere Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Die an der Integrierten Versorgung beteiligten Krankenhäuser kooperieren also fast durchweg mit Leistungserbringern aus mehreren Sektoren. Dabei ist allerdings auch zu bedenken, dass fast die Hälfte der Krankenhäuser zwei oder mehr Integrationsverträge abgeschlossen hat.

7.5 Vergütung der Integrierten Versorgung

Im Jahr 2005 erzielten die Krankenhäuser im arithmetischen Mittel ein Erlösvolumen von 388.000 Euro aus der Integrierten Versorgung. Allerdings wird der Mittelwert maßgeblich von Häusern mit überproportionalen Erlösen bestimmt. Der Median der Verteilung lag nur bei 65.000 Euro. D.h. ein vergleichsweise großes Erlösvolumen aus der Integrierten Versorgung wird nur von einer relativ kleinen

Anzahl von Häusern erzielt, vor allem im Bereich der endoprothetischen und kardiochirurgischen Versorgung.

Bezieht man die Erlöse auf die Fallzahlen der Integrierten Versorgung, dann lag der durchschnittliche Erlös je Fall (Median) im Jahr 2005 bei 3.200 Euro. Einsteilen fallen die Fallerlöse in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten unterproportional aus. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass hier auch weniger umsatzstarke Leistungsbereiche Gegenstand der Integrationsversorgung sind.³²

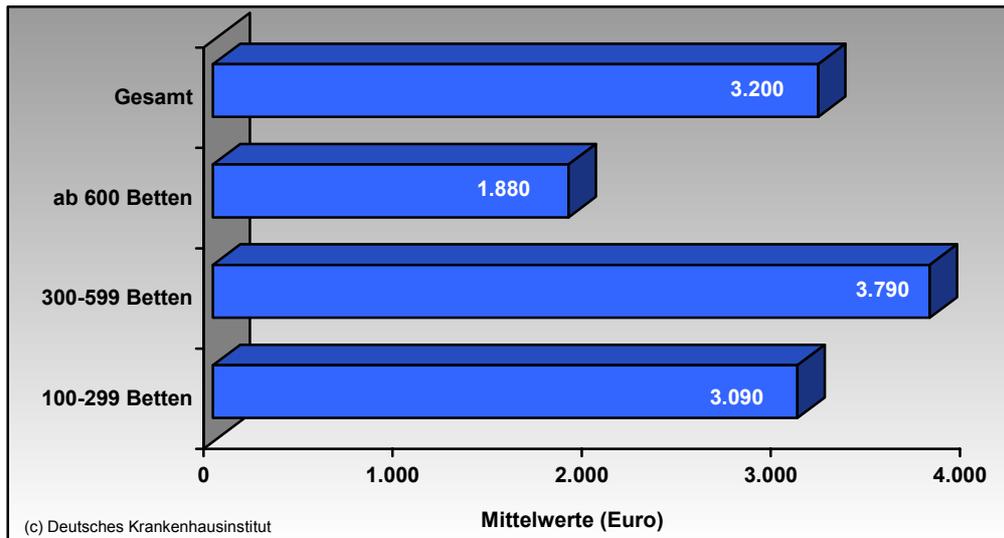


Abb. 46: Erlöse pro Fall aus der Integrierten Versorgung (Median)

Im Mittel mussten die Häuser, die Angaben zu ihren Erlösen machten, 2005 Rechnungskürzungen gemäß § 140d SGB V in Höhe von rd. 235.000 Euro hinnehmen. Zumindest im Durchschnitt konnten die an der Integrationsversorgung teilnehmenden Häuser also die Rechnungskürzungen überkompensieren. Bei Betrachtung der Einzelwerte waren allerdings bei mehr als der Hälfte der Häuser die Erlöse aus der Integrationsversorgung geringer als die dadurch induzierten Rechnungskürzungen. Die Krankenhäuser profitieren also nur begrenzt oder allenfalls indirekt (durch netto geringere Kürzungen) von der Integrierten Versorgung. Stellt man zusätzlich in Rechnung, dass 66% der Einrichtungen gar nicht teilnehmen, dann ziehen nur etwa 15% der Krankenhäuser einen direkten Nutzen aus der Integrationsversorgung.

7.6 Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung

Unabhängig davon, ob ein Krankenhaus an der Integrierten Versorgung teilnimmt, erfolgt gemäß § 140d SGB V eine Rechnungskürzung von bis zu 1% der Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen dann, wenn für die entsprechende Region ein Integrationsvertrag vorliegt. Der Kürzungssatz hängt vom Vergütungsvolumen der abgeschlossenen Integrationsverträge ab.

³² Nur Häuser ab 100 Betten. Für eine größenklassenspezifische Auswertung waren die Fallzahlen in der unteren Bettengrößenklasse zu klein.

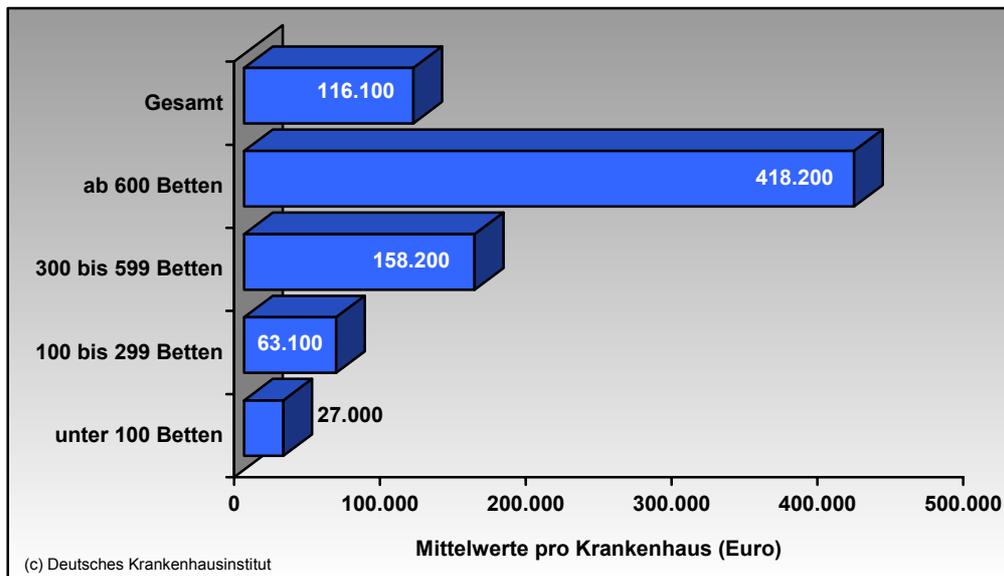


Abb. 47: Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung nach Bettengrößenklassen

Die Summe der entsprechenden Rechnungskürzungen belief sich im Jahre 2005 auf durchschnittlich 116.100 Euro pro Krankenhaus. Aus naheliegenden Gründen steigt dieser Betrag mit zunehmender Krankenhausgröße. Am höchsten ist er mit 418.200 Euro pro Haus in der Bettengrößenklasse ab 600 Betten, am kleinsten mit 27.000 Euro in der Bettengrößenklasse unter 100 Betten. In der zahlenmäßig am stärksten besetzten Bettengrößenklasse von 100 bis 299 Betten betragen die durchschnittlichen Rechnungskürzungen 63.100 Euro.

7.7 Verlängerung der Anschubfinanzierung

Laut § 140 d Abs. 1 SGB V ist für die Jahre 2004-2006 eine Anschubfinanzierung zur Förderung der Integrierten Versorgung vorgesehen. Die Befragungsteilnehmer sollten sich dazu äußern, ob ihrer Ansicht nach die Anschubfinanzierung verlängert werden soll oder nicht. Die Krankenhäuser lehnen mit deutlicher Mehrheit (60%) eine Verlängerung der Anschubfinanzierung ab. Nur rund 20% sind dafür. Ein relativer großer Anteil machte allerdings hier auch keine Angaben. In Häusern ab 600 Betten fällt die Ablehnung geringer aus. Allerdings spricht sich auch hier die Mehrzahl der Krankenhäuser gegen eine Verlängerung aus.

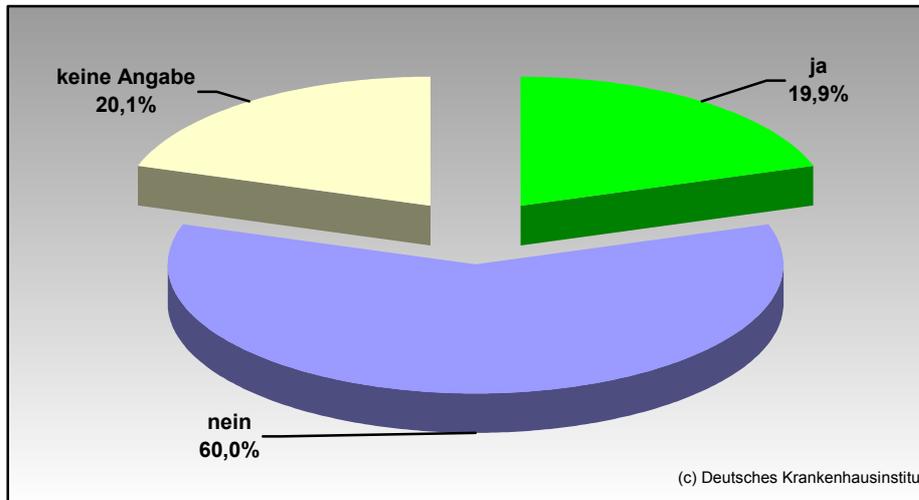


Abb. 48: Verlängerung der Anschubfinanzierung

Selbst unter den an der Integrationsversorgung teilnehmenden Krankenhäusern stößt die Anschubfinanzierung eher auf Kritik. Hier lehnen 54% der Integrationskrankenhäuser die Verlängerung ab. Unter den Häusern, die sich nicht an der Integrationsversorgung beteiligen, liegt die Ablehnungsquote sogar bei 63%.

8 Personal und Arbeitszeit

8.1 Personalintensität

Bei der Personalintensität wird der Personalaufwand je Vollkraft in Relation zu den Umsatzerlösen je Vollkraft gesetzt:

$$\text{Personalintensität} = \frac{\text{Personalaufwand : Vollkräfte}}{\text{Umsatzerlöse : Vollkräfte}} = \frac{\text{Lohnniveau}}{\text{Arbeitsproduktivität}}$$

Diese Aufspaltung der Personalintensität ermöglicht eine Abtragung der Krankenhauswerte in einem zweidimensionalen Diagramm. Auf der x-Achse wird das Lohnniveau abgetragen, auf der y-Achse die Arbeitsproduktivität. Zusätzlich wird der Median für die beiden Merkmale angezeigt. Durch die Einbindung der beiden Mediane erhält man ein Vierfelderdiagramm, welches aus je zwei Kombinationen von Lohnniveau und Arbeitsproduktivität besteht.

Krankenhäuser, die sich mit ihrer Personalintensität in Feld I bewegen, weisen eine effizientere Relation zwischen Personalaufwand und Erlösen auf. Bei hoher Arbeitsproduktivität und niedrigem Lohnniveau ist der Personalaufwand im Vergleich zu den Umsatzerlösen geringer als bei vergleichbaren Krankenhäusern. In dieser Gruppe sind Krankenhäuser aus den neuen Bundesländern sowie Krankenhäuser in privater Trägerschaft überrepräsentiert.

Krankenhäuser, die sich mit ihrer Kennzahl in den Feldern II und IV bewegen, haben im Branchenvergleich überdurchschnittliche Personalaufwendungen bei niedriger oder hoher Produktivität. Hierunter sind Krankenhäuser ab 300 Betten gleichermaßen überrepräsentiert. Häuser in Feld III haben gleichzeitig ein niedriges Lohnniveau und eine geringe Produktivität. Dies gilt überproportional für Häuser mit 100 bis 300 Betten.

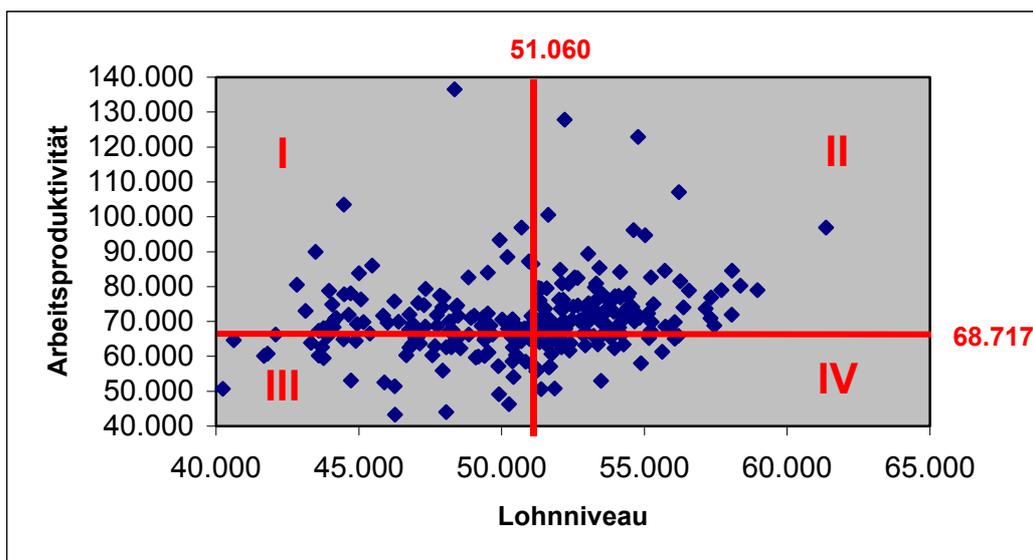


Abb. 49: Lohnniveau und Arbeitsproduktivität

8.2 Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst

Gut 28% der Krankenhäuser gaben an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Steigerung um ca. 6%-Punkte. Legt man den Vorjahreswert von 22% als Basis zugrunde, hat sich der Anteil der Häuser mit entsprechenden Problemen, relativ gesehen, sogar um ein Viertel erhöht.

Beim Problem der Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst gibt es ein deutliches Ost-West-Gefälle. Während in den neuen Bundesländern ca. 55% der Krankenhäuser Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, fiel der entsprechende Anteil im alten Bundesgebiet mit rund 24% merklich niedriger aus. Im Westen wie im Osten ist gegenüber dem Vorjahr hingegen ein gleichmäßiger Anstieg der entsprechenden Anteilswerte festzustellen.

Häuser mit entsprechenden Problemen konnten im arithmetischen Mittel 2,5 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Auch diesbezüglich resultiert abermals ein deutliches Ost-West-Gefälle. In den neuen Bundesländern waren durchschnittlich 3,5 ärztliche Stellen nicht besetzt, in den alten Bundesländern 2 Stellen.

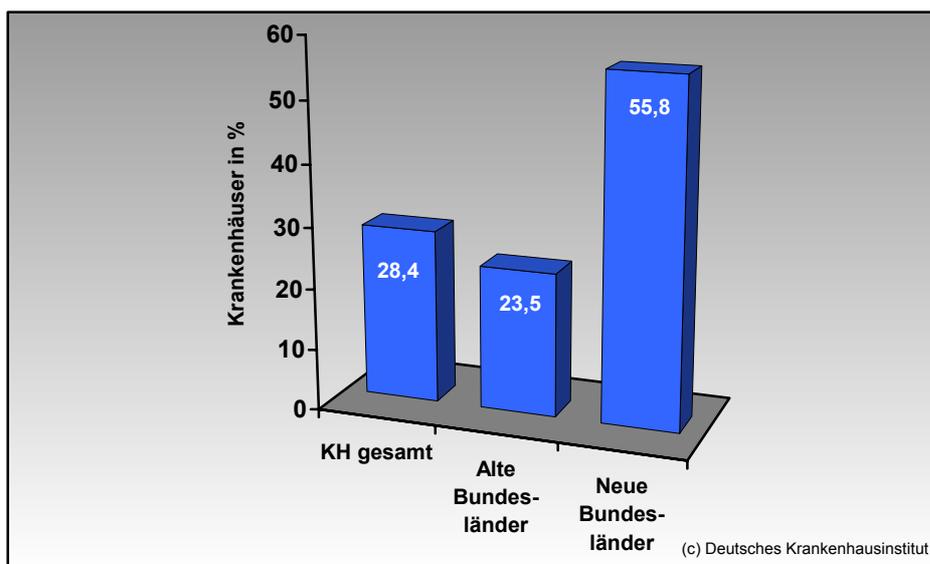


Abb. 50: Krankenhäuser mit nicht besetzten offenen Stellen im Ärztlichen Dienst

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser hoch, konnten bundesweit rund 1.300 offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Erwartungsgemäß entfallen dabei rund 60% auf die „großen“ Fachgebiete der Chirurgie, Inneren Medizin und Gynäkologie. Mit rund 20% der offenen Stellen ist dagegen das Fachgebiet der Anästhesie hier merklich überrepräsentiert. Die übrigen offenen Stellen verteilen sich auf kleinere Fachbereiche.

8.3 Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitorganisation

Von Anfang 2004 bis zur Jahresmitte 2006 haben 40% der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Gegenüber dem entsprechenden Vergleichswert des Vorjahres bedeutet dies nur eine leichte Steigerung von ca. 3%-Punkten. Die

erheblichen rechtlichen, tariflichen und finanziellen Unsicherheiten haben offensichtlich viele Krankenhäuser von der (weiteren) Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation abgehalten und zu einer eher abwartenden Haltung geführt.

Bei einem Drittel der Häuser ist eine neue Arbeitszeitorganisation konkret in Planung. Hier ist gegenüber dem Vorjahr eine etwas größere Steigerung um gut 10%-Punkte zu verzeichnen. Knapp 20% der Krankenhäuser hatten zur Jahresmitte 2006 allerdings noch keine konkreten Pläne, wie sie das neue Arbeitszeitgesetz hausintern umsetzen würden.

Bislang sind vor allem in kleineren Häusern unter 100 Betten neue Arbeitszeitmodelle vergleichsweise selten eingeführt bzw. konkret geplant worden. Relativ weit fortgeschritten ist die Arbeitszeitorganisation in größeren Häusern ab 600 Betten. In den übrigen Bettengrößenklassen entsprechen die Ergebnisse näherungsweise dem Bundesdurchschnitt. Im Ost-West-Vergleich gibt es nur geringfügige Unterschiede.

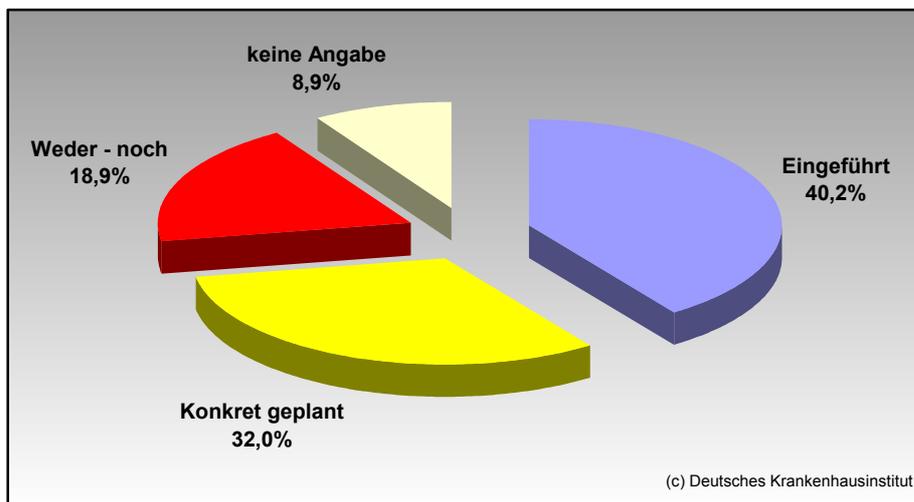


Abb. 51: Umsetzungsstand – Neue Arbeitszeitorganisation/Arbeitszeitmodelle in 2004/2006

In den Häusern mit neuer Arbeitszeitorganisation beschränkt sich die Umsetzung nach wie vor auf ausgewählte Bereiche (mutmaßlich mit Modell- oder Erprobungscharakter). Im Mittel haben diese Häuser in jeweils drei bettenführenden Fachabteilungen und zwei Funktionsbereichen neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Insofern kann von einer flächendeckenden neuen Arbeitszeitorganisation nicht die Rede sein. Im Gegenteil: Wird der Durchdringungsgrad nach Fachabteilungen berücksichtigt, so wird der Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitorganisation weiter relativiert. Demzufolge sind bislang lediglich in 23% der bettenführenden Fachabteilungen der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt worden.

8.4 Hinderungsgründe einer neuen Arbeitszeitorganisation

In einer weitergehenden Frage sollten sich die Krankenhäuser zu den Hinderungsgründen für eine weitreichende Umsetzung der neuen Arbeitszeitorganisation speziell im Ärztlichen Dienst äußern. Gut 10% machten hierzu keine

Angaben. Lediglich ca. 10% sahen keine relevanten Hinderungsgründe.³³ Umgekehrt heißt dies, dass mindestens 80% der Krankenhäuser mehr oder weniger große Probleme bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle im Ärztlichen Dienst einräumen.

Fast 40% der Befragten sehen ein Hauptproblem in der mangelnden Akzeptanz der betroffenen Ärzte. In der Regel können Änderungen in der Arbeitszeitorganisation nur gelingen, wenn die Mitarbeiter in den Prozess integriert sind und ihn aktiv mitgestalten können. Dies ist gerade im Ärztlichen Dienst schwierig, weil flexible Arbeitszeitmodelle - wie auch eine Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts unter Krankenhausärzten ergab - hier auf eine geteilte Akzeptanz treffen bzw. teilweise sogar mehrheitlich abgelehnt werden.³⁴ Erschwerend kommt hinzu, dass in einem Drittel der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle krankenhausintern noch nicht ausreichend entwickelt sind.

Ein weiteres Drittel sieht in der zeitlichen Staffelung des zusätzlichen Betrages nach § 4 Abs. 13 KHEntgG für arbeitszeitbedingte Mehrkosten bis 2009 einen wesentlichen Hinderungsgrund. Demnach können die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen für die Jahre 2003-2009 zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen jeweils einen zusätzlichen Betrag von bis zu 0,2% des Gesamtbetrages (Budget) vereinbaren. Nach jetzigem Stand dürfte der finanzielle Mehrbedarf infolge des neuen Arbeitszeitrechts maßgeblich 2006/2007 entstehen. Eine Zurückhaltung der in Aussicht gestellten Mittel für die Folgejahre macht daher aus Krankenhaussicht sachlogisch wenig Sinn.

Zudem wurden in einer offenen Frage zur Antwortkategorie „Sonstiges“ von einem Teil der Häuser darüber hinausgehende Finanzierungsprobleme aufgrund des neuen Arbeitszeitrechts geltend gemacht.

Weitere Hinderungsgründe für die Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation sehen die Krankenhäuser u.a. in fehlenden tariflichen Grundlagen bzw. Betriebsvereinbarungen (20%) und in Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten am Markt zu decken (26%).

³³ Darunter haben ca. 80% neue Arbeitszeitmodelle eingeführt.

³⁴ Vgl. Blum, K./Müller, U./Offermanns, M.: Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Düsseldorf/Bonn 2004 (Forschungsbericht 313 der Reihe Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Gesundheit)

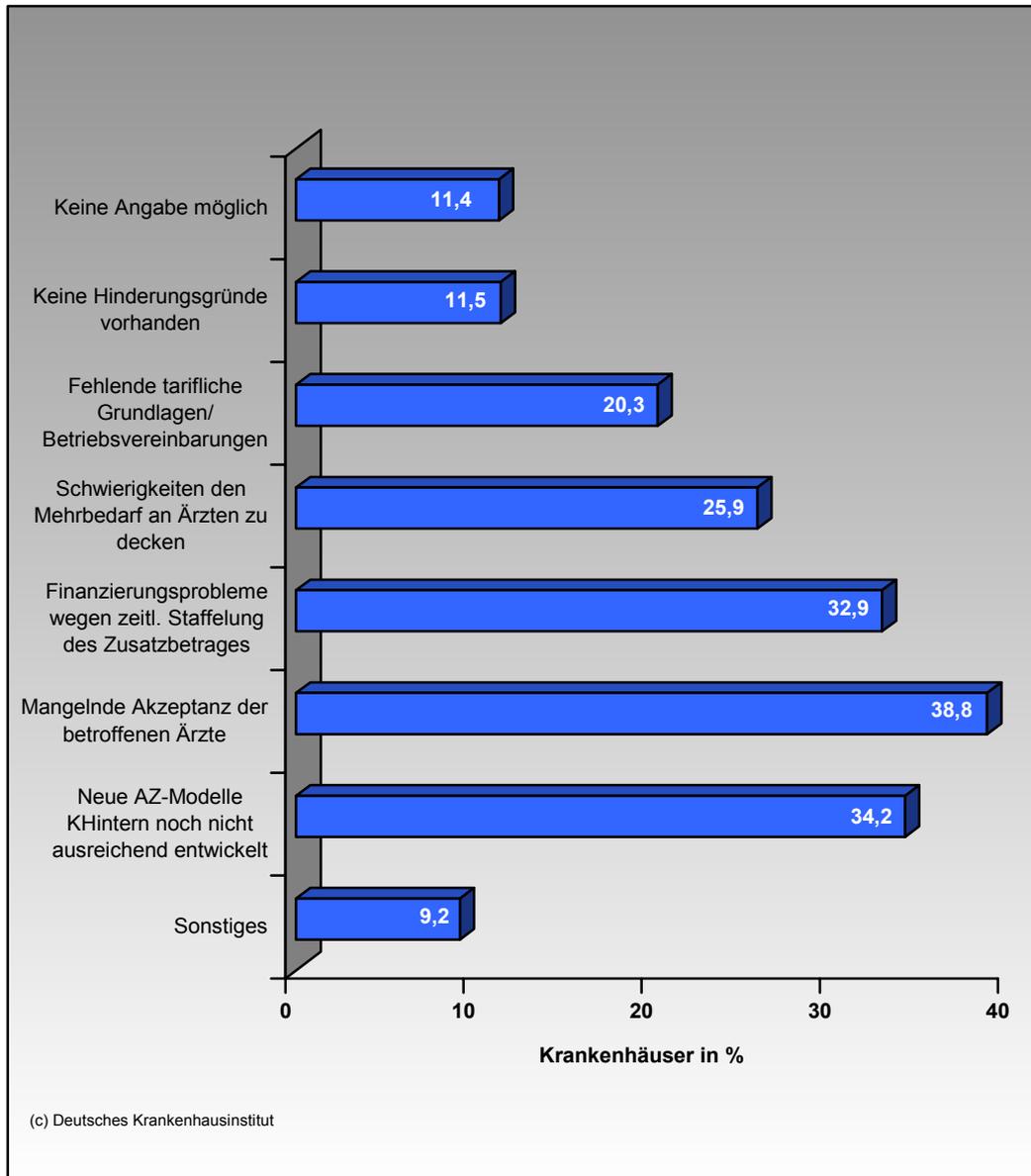


Abb. 52: Hinderungsgründe einer neuen Arbeitszeitorganisation im Ärztlichen Dienst

8.5 Tarifliche Grundlagen für Betriebs-/Dienstvereinbarungen

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der täglichen bzw. wöchentlichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, ob für ihr Haus die entsprechenden Grundlagen für den Ärztlichen Dienst bzw. sonstige Berufsgruppen vorliegen.

Ein grundsätzliches Problem bei dieser Frage besteht darin, dass unter den Tarifparteien bzw. den Vertragsparteien vor Ort teilweise strittig ist, inwieweit tarifliche Grundlagen vorliegen bzw. für welche Berufsgruppen sie gelten. Auch

deswegen dürfte ein vergleichsweise großer Anteil der Befragten (ca. 25%) hier keine Angaben gemacht haben. Bei den übrigen dürften sich teilweise unterschiedliche Rechtsauffassungen in den Daten widerspiegeln.

Auch deswegen bzw. weil mit dem TVöD zum Erhebungszeitpunkt bereits ein Tarifvertrag vorlag, beschränkt sich die folgende Auswertung auf die kommunalen Krankenhäuser. Zwar wenden nicht alle kommunalen Häuser den TVöD an. Näherungsweise können die Ergebnisse aber als Umsetzungsstand des TVöD im Ärztlichen Dienst etwa zur Jahresmitte 2006 betrachtet werden. Unter den kommunalen Krankenhäusern sahen 12% eine tarifliche Grundlage für eine Betriebsvereinbarung im Ärztlichen Dienst noch nicht gegeben. Bei der Hälfte der Einrichtungen lag sie zwar vor, jedoch war (noch) keine Betriebs-/Dienstvereinbarung abgeschlossen. Lediglich in rund 21% der kommunalen Krankenhäuser war zur Jahresmitte 2006 eine Betriebs-/Dienstvereinbarung für den Ärztlichen Dienst abgeschlossen worden. Die übrigen machten hier keine Angaben.

In einer weitergehenden Frage gaben fast 75% der Häuser mit Betriebs-/Dienstvereinbarung an, dass ihre Betriebs-/Dienstvereinbarung für den Ärztlichen Dienst Regelungen zur Verlängerung der täglichen Arbeitszeit respektive einer Opt-Out-Regelung für die Wochenarbeitszeit beinhalte. Demnach liegt die wöchentliche Höchstarbeitszeit im Bereitschaftsdienst der Stufe D laut Vereinbarung überwiegend bei 54 Stunden; sie entspricht damit der entsprechenden Höchstarbeitszeit gemäß TVöD. Mit Blick auf die tägliche Arbeitszeit sehen die Vereinbarungen Höchstarbeitszeiten von 10-12 Stunden Vollarbeit bzw. 24 Stunden vor (wenn überwiegend Bereitschaftsdienst anfällt).

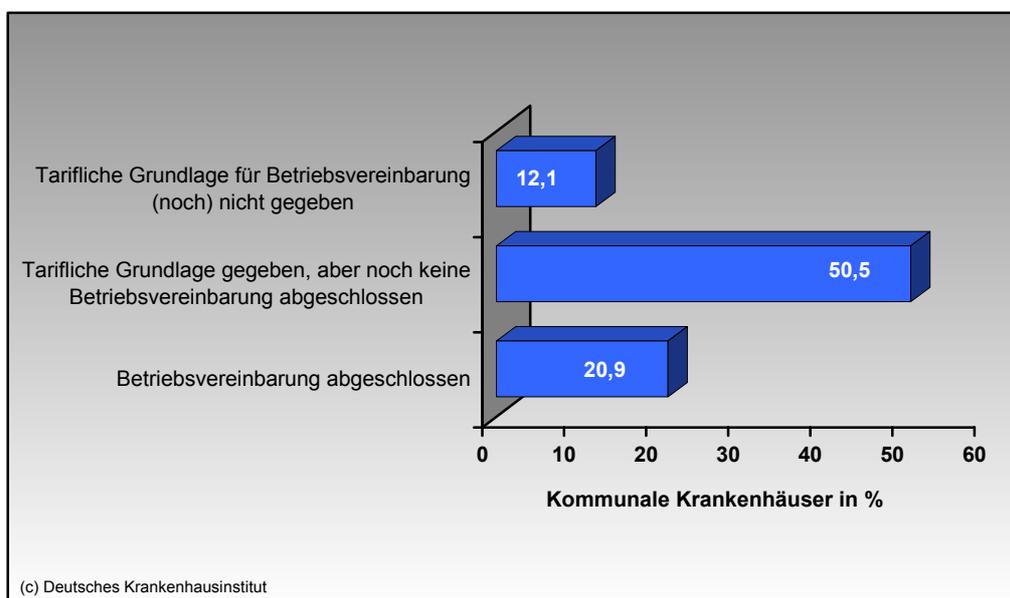


Abb. 53: Tarifliche Grundlagen für Betriebsvereinbarungen im Ärztlichen Dienst - Kommunale Krankenhäuser -

8.6 Arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen

Für die Jahre 2003-2009 können die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen jeweils einen zusätzlichen Be-

trag von bis zu 0,2% des Gesamtbetrages (Budget) vereinbaren. Für eine entsprechende Vereinbarung muss das Krankenhaus nachweisen, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechtes zu finanzieren sind (§ 4 Abs. 13 KHEntgG).

In den Entgeltverhandlungen für 2006 haben 79,2% der Krankenhäuser diesen zusätzlichen Betrag geltend gemacht bzw. planen eine entsprechende Forderung. Das entspricht in etwa dem Vorjahreswert (75,2%). Betrachtet man nur die Häuser mit Angaben, sind es sogar 86,1%. Die Krankenhäuser sehen demnach nach wie vor einen sehr hohen Bedarf für arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen.

Differenziert nach Bettengrößenklassen wird der zusätzliche Betrag nach § 6 Abs. 5 BPfIV lediglich in den kleinen Häusern unter 100 Betten noch vergleichsweise selten eingefordert (52,4%). In den übrigen Bettengrößenklassen liegen die entsprechenden Anteilswerte zwischen 84-93%.

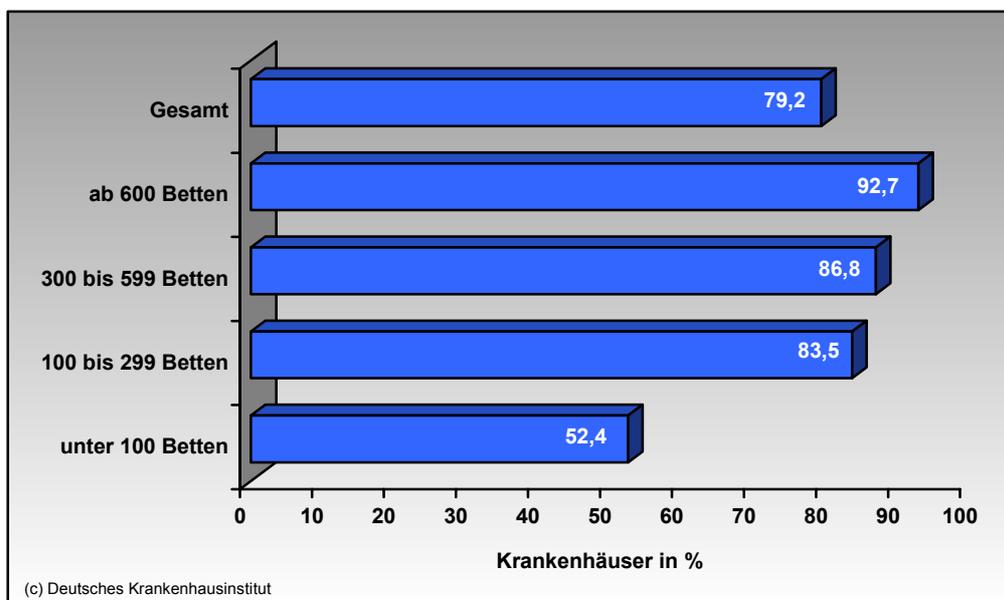


Abb. 54: Geltendmachung arbeitszeitbedingter Budgetsteigerungen in den Verhandlungen 2006

Von den Häusern, die eine Forderung nach § 4 Abs. 13 KHEntgG in die Entgeltverhandlungen eingebracht haben, hat aber bislang erst ein Viertel eine Vereinbarung abgeschlossen. Bei den Übrigen sind die Verhandlungen überwiegend noch nicht abgeschlossen. Im Mittel konnten die Häuser mit Vereinbarung lediglich rund 1,3 Vollkräfte zusätzlich einstellen. Selbst wenn man die schmalere statistische Basis in Rechnung stellt, bewegt sich die Anzahl der infolge des § 4 Abs. 13 KHEntgG zusätzlich eingestellten Vollkräfte seit Jahren auf konstant niedrigem Niveau. Offensichtlich hat dieser Paragraph also bislang nicht die erhofften Wirkungen mit Blick auf den arbeitszeitbedingten personellen Mehrbedarf gehabt.

9 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

9.1 Stationäre und ambulante Umsatzerlöse

Die Erlöse aus stationären und ambulanten Krankenhausleistungen beziehen sich auf den Ausweis in der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahres 2005, auch wenn es sich zum Zeitpunkt der Befragung noch um vorläufige Ergebnisse handelte. Fasst man die ambulanten und stationären Erlöse als die betrieblichen Umsätze im engeren Sinne zusammen, so haben die stationären Krankenhausleistungen den maßgeblichen Anteil von 96,9% daran und die ambulanten Leistungen dementsprechend einen Anteil von 3,1%. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der ambulanten Erlöse in allen Bettengrößenklassen zugenommen.

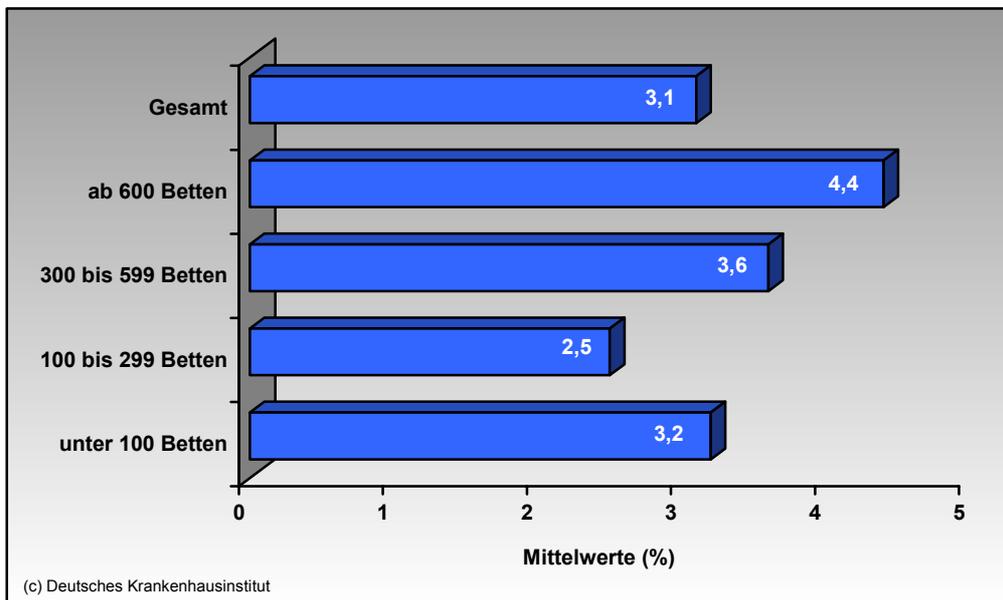


Abb. 55: Anteil der ambulanten Erlöse an den stationären und ambulanten Umsatzerlösen im Jahr 2005 nach Bettengrößenklassen

Dies ist insbesondere auf die Ausweitung des ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V zurückzuführen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil dieser Erlösart nahezu verdoppelt. Im Durchschnitt erzielen die Krankenhäuser nunmehr 38% ihrer ambulanten Umsatzerlöse aus dem ambulanten Operieren. Dementsprechend entfallen 62% der ambulanten Erlöse auf Instituts- oder Chefarztambulanzen.

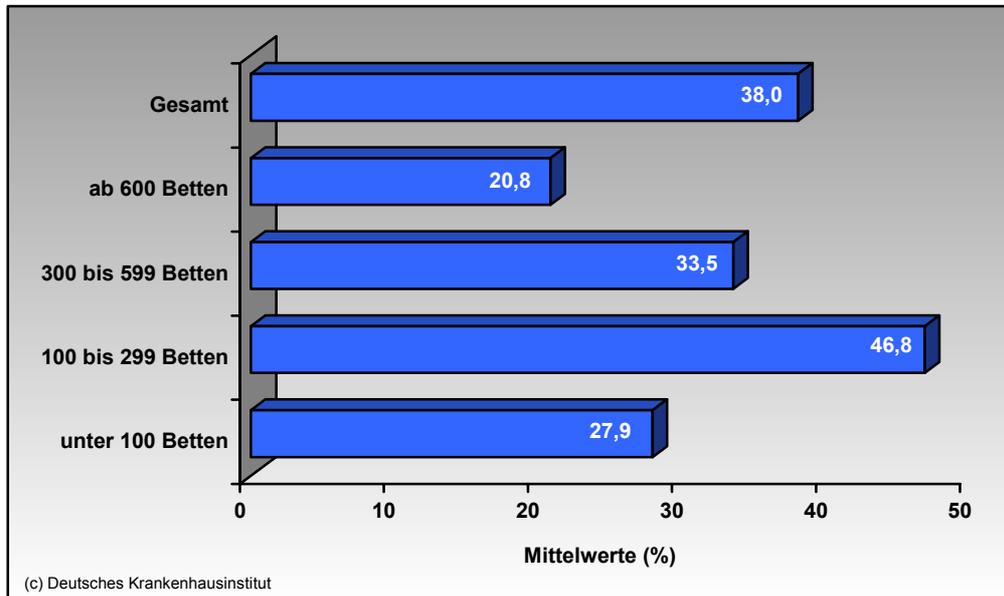


Abb. 56: Anteil der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V an den ambulanten Erlösen im Jahr 2005 nach Bettengrößenklassen

Erwartungsgemäß fällt der Anteil der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V in größeren Krankenhäusern unterproportional aus, weil sie neben den ambulanten Operationen noch verstärkt ambulante Leistungen in Institutsambulanzen und/oder Polikliniken erbringen. In Krankenhäusern mit 100-299 Betten machen die Erlöse aus ambulanten Operationen aber schon fast die Hälfte der ambulanten Erlöse aus. Auch dies dokumentiert nachdrücklich die Substitutionseffekte in dieser Bettengrößenklasse.

9.2 Jahresergebnis 2005/2006

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2005 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2006 taxieren.

Im Jahr 2005 erzielte knapp die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland einen Jahresüberschuss. Ein Drittel der Häuser schrieb Verluste. Knapp 17% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringe Veränderungen der Anteilswerte: So ist der Anteil der Häuser mit Überschuss um etwa 5%-Punkte zurückgegangen, während der Anteil der Häuser mit ausgeglichenem Ergebnis um 5%-Punkte zugenommen hat.

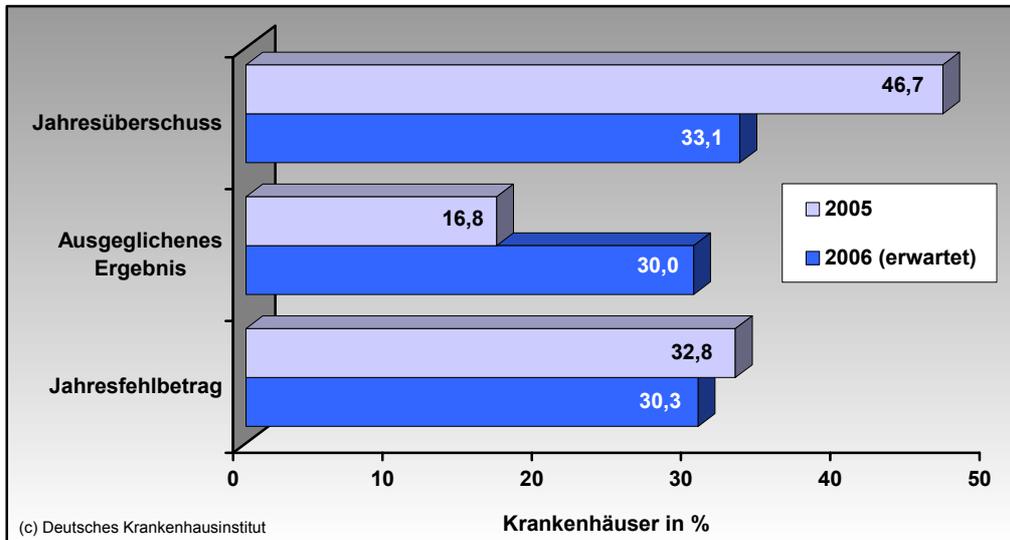


Abb. 57: Jahresergebnisse 2005/2006 (erwartet)

Bei insgesamt eher geringen Unterschieden nach Bettengrößenklassen wiesen die kleinen Häuser unter 100 Betten am seltensten einen Jahresüberschuss (37,9%) auf. Der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss fiel in den neuen Bundesländern (66,5%) merklich höher aus als im Westen (43,2%). Demgegenüber war hier der Anteil der Häuser mit Verlusten (36,3%) fast dreimal so hoch wie im Osten (13,2%).

Für das Jahr 2006 erwarten die Krankenhäuser eher eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse. Während der Anteil der Häuser mit erwartetem Fehlbetrag demnach fast konstant bliebe, würde sich der Anteil der Häuser, die mit einem Überschuss rechnen, deutlich reduzieren. Für 2006 gehen jeweils 30% der Häuser von einem Jahresüberschuss bzw. einem ausgeglichenen Ergebnis aus.

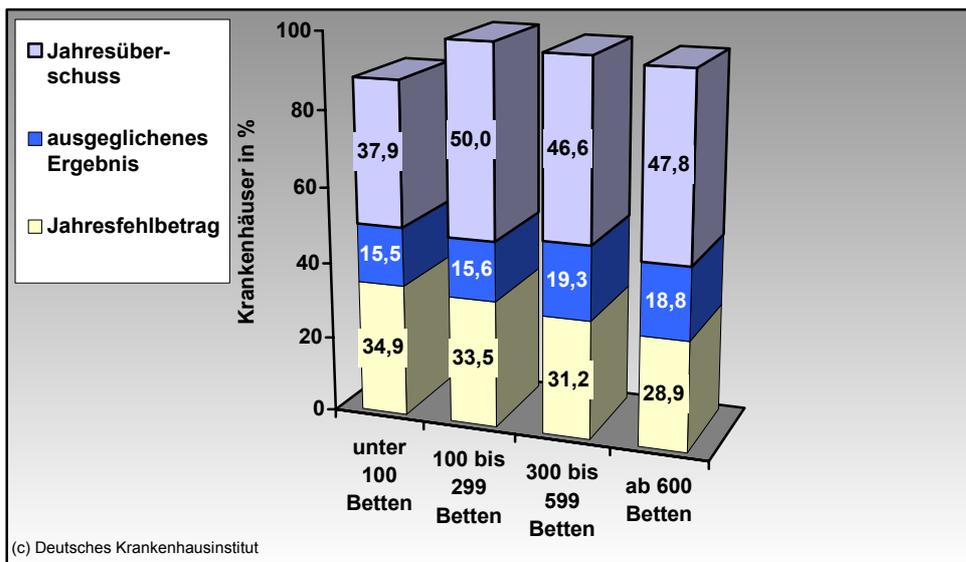


Abb. 58: Jahresergebnis 2005 nach Bettengrößenklassen

9.3 Entwicklung des Jahresergebnisses 2004 bis 2005

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung ihrer Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2004 und 2005 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2005 im Vergleich zu 2004 in jeweils rund einem Drittel der Krankenhäuser gestiegen, gesunken oder gleich geblieben.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Häuser mit rückläufigem bzw. gestiegenem Jahresergebnis um jeweils etwa 5%-Punkte zurückgegangen, während der Anteil der Häuser mit konstantem Jahresergebnis um etwa 10%-Punkte gestiegen ist. Auch bei diesem Parameter fielen die Änderungen alles in allem eher moderat aus.

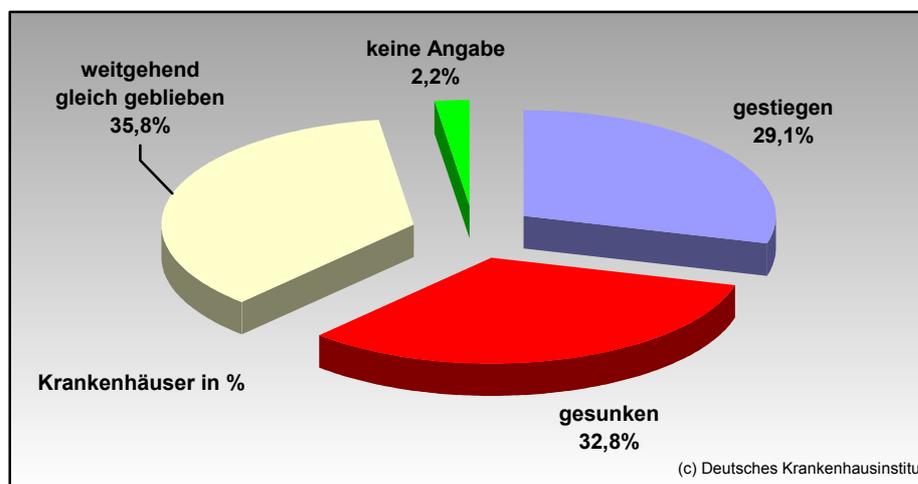


Abb. 59: Entwicklung des Jahresergebnisses 2005 im Vergleich zu 2004

In den alten Bundesländern bzw. in Krankenhäusern bis 300 Betten war der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis unterproportional.

9.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre derzeitige wirtschaftliche Situation beurteilen. Ausdrücklich sei betont, dass die Einschätzung der wirtschaftlichen Erwartungen aus dem Frühjahr 2006 stammen, also noch vor Bekanntwerden der Eckpunkte der Gesundheitsreform sowie der tarifbedingten Kostensteigerungen für Klinikärzte. Allein durch die bis dato geplanten Maßnahmen der anstehenden Gesundheitsreform kommen zusätzliche Lasten auf die Krankenhäuser in Höhe von ca. 1,25 Mrd. Euro zu: jeweils 500 Mio. Euro durch den sog. Sanierungsbeitrag und die Verlängerung der Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung sowie 250 Mio. Euro für die neue Anschubfinanzierung für hochspezialisierte Leistungen. Weitere Belastungen, die zum Erhebungszeitpunkt noch nicht exakt quantifiziert werden konnten, resultieren aus der Tarifierhöhung für Klinikärzte und den Mehrkosten durch die Änderung des Arbeitszeitgesetzes. Andere Kostensteigerungen, so z.B. die Mehrwertsteuererhöhung auf 19% ab 2007, waren hingegen schon seinerzeit bekannt.

Vor diesem Hintergrund schätzten gut 30% der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation im Frühjahr 2006 eher unbefriedigend ein. Fast ein Viertel bewertete sie als gut, während 44,5% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Häuser mit negativer Einschätzung der wirtschaftlichen Lage merklich abgenommen (-11%-Punkte).

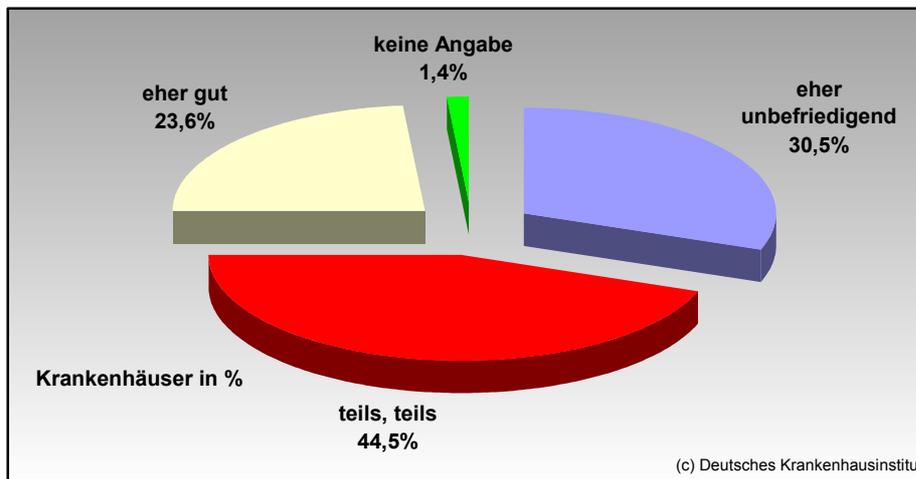


Abb. 60: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation – Frühjahr 2006 -

Vor allen Dingen kleinere Häuser unter 100 Betten schätzen ihre Situation etwas kritischer ein. Auch im Vergleich zum Vorjahr fällt die Lageeinschätzung in den größeren Häusern besser aus. Deutlich unterschiedlich ist nach wie vor die Beurteilung der Häuser in den alten und neuen Bundesländern. Nur 17% der Häuser in den neuen Bundesländern schätzt die Lage als eher unbefriedigend ein, während 33% der westdeutschen Häuser zu dieser Einschätzung gelangen. Der Anteil der ostdeutschen Krankenhäuser mit positiver Lageeinschätzung ist mit 31% höher als in den alten Bundesländern (22%).

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr äußern. Bei den Erwartungen für 2007 kommen rund 38% der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu diesem Jahr schlechter sein wird. Fast 40% erwarten in dieser Hinsicht keine und 21% sogar positive Veränderungen. Im Vergleich zum Vorjahr schauten die Krankenhäuser damit im Frühjahr 2006 etwas optimistischer in die Zukunft. Abermals sei daran erinnert, dass diese Einschätzungen von völlig anderen Ausgangs- und Rahmenbedingungen ausgingen, als nach Bekanntwerden der Eckpunkte der Gesundheitsreform.

Nach Bettengrößenklassen gibt es alles in allem nur geringfügige Unterschiede. In der Tendenz fallen die wirtschaftlichen Erwartungen in kleinen Krankenhäusern bis 100 Betten am schlechtesten aus. Darüber hinaus blicken Einrichtungen in den neuen Bundesländern etwas skeptischer in die Zukunft als die Krankenhäuser im Westen.

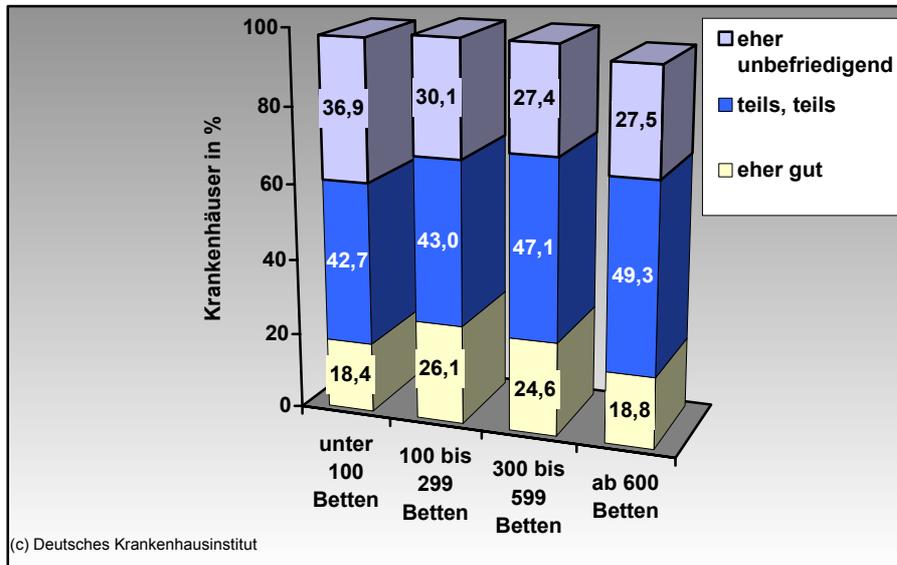


Abb. 61: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation nach Bettengrößenklassen – Frühjahr 2006 -

Die Erwartungen für das kommende Jahr müssen jedoch auch im Zusammenhang mit der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation für dieses Jahr gesehen werden. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Merkmale kreuztabelliert. Aus der Tabelle ist erkennbar, dass vor allem Krankenhäuser mit einer ohnehin schon unbefriedigenden Situation eine Verschlechterung erwarten, während dies in Häusern mit einer guten wirtschaftlichen Situation eher unterproportional der Fall ist. Demzufolge würden sich die vorhandenen Disparitäten in der wirtschaftlichen Lage aus Sicht der Krankenhäuser weiter verschärfen.

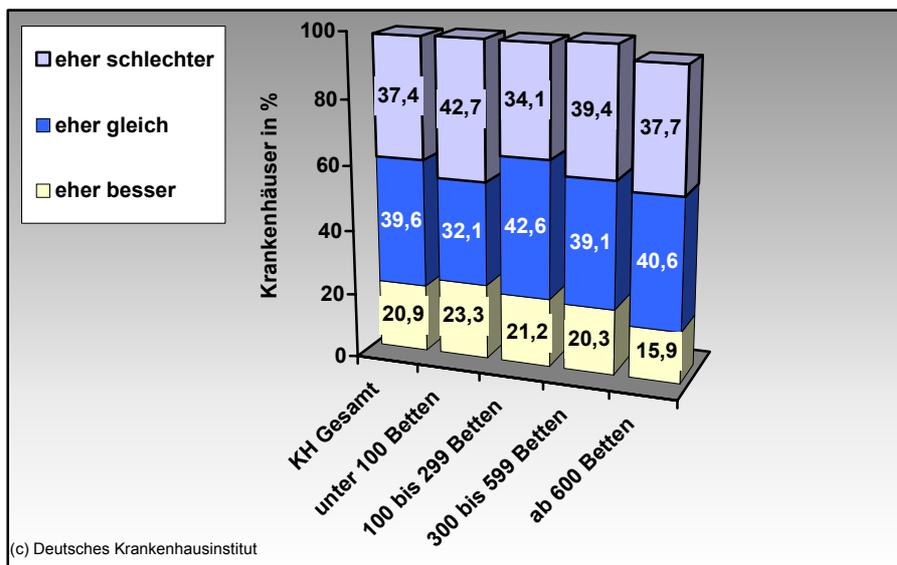


Abb. 62: Erwartungen für das nächste Jahr

		Frühjahr 2006		
			teils, teils	eher gut
2007		49,0%	33,3%	28,6%
	für das	31,3%	42,3%	47,6%
	nächste Jahr	19,8%	24,4%	23,8%
	Gesamt	100%	100%	100%

Tab. 2: Vergleich – Wirtschaftliche Situation im Frühjahr 2006 und Erwartungen für das nächste Jahr

Anhang: Methodik und Stichprobenbildung

Die Grundgesamtheit der Erhebung des *Krankenhaus Barometers* bilden 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 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.

Die Größe der jeweiligen Stichprobenziehungen in den jeweiligen Gruppen wurde unter Beachtung der Anzahl der Grundgesamtheit sowie der erfahrungsgemäßen Ausschöpfungsquoten durchgeführt.

Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde aufgrund der geringen Besetzung eine Vollerhebung durchgeführt. In den neuen Bundesländern sind ebenfalls alle Krankenhäuser in die Stichprobe einbezogen worden.

Für die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten und 300 bis unter 600 Betten in den alten Bundesländern wurde eine Bruttostichprobe von jeweils 200 Krankenhäusern gewählt. Da die Rücklaufquoten bei den kleineren Häusern unter 100 Betten erfahrungsgemäß geringer ausfallen, wurde eine 10%-ige Erhöhung der Bruttostichprobe vorgenommen. Sie beläuft sich somit auf 220 Krankenhäuser.

Die Bruttostichprobe lag damit insgesamt bei 1.024 Krankenhäusern (vgl. Tab. A1).

Krankenhausgrößenklassen	alte BL	neue BL
unter 100 Betten	220	24*
100 bis unter 300 Betten	200	138*
300 bis unter 600 Betten	200	76*
ab 600 Betten	129*	37*
insgesamt	749	275

* Vollerhebung

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A1: Bruttostichprobe Krankenhäuserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Rehabilitations-Einrichtungen) lag bei 1.012 Krankenhäusern. Die Umfrage wurde im April und Mai 2006 durchgeführt. Nach einer Nachfaßaktion wurde eine Teilnahme von 341 Krankenhäu-

sern oder 33,7% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. A2). Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag bei 34,3% und in den neuen Bundesländern bei 32,1%. Die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse unterscheiden sich merklich. Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an; während die Krankenhäuser mit 300 und mehr Betten eine überproportionale Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten unterproportional beteiligt.

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	749	275	1.024
bereinigte Bruttostichprobe	741	271	1.012
Teilnehmer	254	87	341
Rücklauf in %	34,3	32,1	33,7

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A2: Ausschöpfungsquoten

Wesentliche Strukturdaten der an der Erhebung beteiligten Krankenhäuser können Tabelle A3 entnommen werden.

Strukturdaten	2006
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	341
Bundesland	
- alte Bundesländer	74,5%
- neue Bundesländer	25,5%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	89,4%
- Hochschulklinik	4,1%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	4,7%
- Sonstiges Krankenhaus	1,8%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	43,1%
- frei-gemeinnützig	37,0%
- privat	19,9%
Belegkrankenhaus	5,9%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A3: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser

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*.