

Krankenhaus Barometer kompakt

Umfrage 2007

**Krankenhaus
Barometer**

kompakt

Inhalt

DRG-Zeitalter – Dynamik in den Krankenhäusern	3
Unternehmensziele – Qualität hat höchste Priorität	5
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – nur wenige kommen durch ...	7
Entlassungsmanagement – Krankenhäuser sind gut gerüstet	9
Tarifsituation und Arbeitszeit – die neue Unübersichtlichkeit	11
Wirtschaftliche Lage – Skepsis am Ende der Konvergenz	13

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Patricia Perner

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

September 2007

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt im Folgenden ausgewählte Ergebnisse der Umfrage 2007 des *Krankenhaus Barometers* vor.

... zur Studie:

Das *Krankenhaus Barometer* liefert seit nunmehr sieben Jahren umfangreiche Informationen zum aktuellen Krankenhauseschehen. Die Umfrage 2007 beruht auf den Angaben von 304 Allgemeinkrankenhäusern, die im April bis Juni diesen Jahres durchgeführt wurden. Die Ergebnisse sind repräsentativ für alle allgemeinen Krankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland, die gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind.

Die gesamte Studie ist unter der Internetseite www.dki.de im Downloadbereich verfügbar.

Das Deutsche Krankenhausinstitut bedankt sich herzlich bei den Krankenhäusern, die mit ihrer Teilnahme an der Umfrage die Veröffentlichung des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* ermöglicht haben.

... zum Deutschen Krankenhausinstitut:

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) wird von führenden Verbänden und Institutionen der Krankenhauswirtschaft getragen: der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Verband der Krankenhausdirektoren (VKD), dem Verband der leitenden Krankenhausärzte (VLK) und der Deutschen KrankenhausVerlags-gesellschaft (DKVG). Seit über 50 Jahren ist das DKI führend in den Bereichen Forschung, Beratung und Fortbildung im Krankenhaus- und Gesundheitswesen tätig. Durch seine Vielzahl von Aktivitäten hat das DKI den Krankenhausbereich maßgeblich mitgestaltet.

Kontakt / Ansprechpartner:

Dr. Karl Blum
Leiter Forschung
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 02 11 . 4 70 51 – 17
E-Mail: karl.blum@dkl.de

Krankenhaus
Barometer

kompakt

DRG-Zeitalter

– Dynamik in den Krankenhäusern

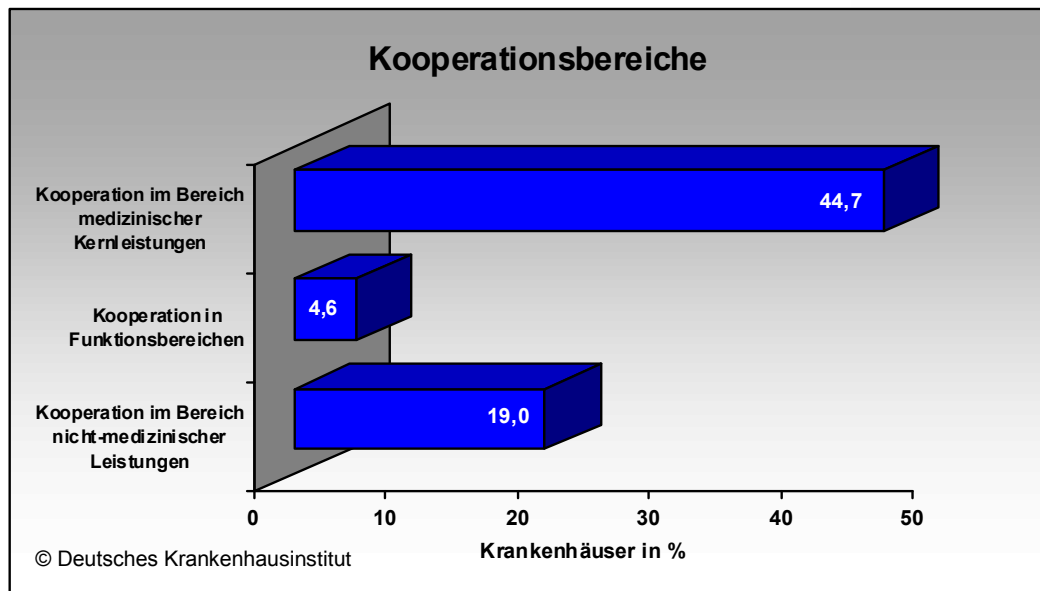
Vor vier Jahren hat ein einschneidender Wechsel in der Krankenhausfinanzierung statt gefunden: Das rund 30 Jahre geltende Abrechnungssystem der tagesbezogenen Pflegesätze nach der Bundespflegesatzverordnung wurde fast vollständig in ein fallpauschalisierendes DRG-System nach dem Krankenhausausentgeltgesetz überführt. Nicht nur die Umstellung auf das System war eine besondere Herausforderung. Immanente Auswirkungen ergeben sich durch eine erhöhte Leistungstransparenz gegenüber Dritten, den verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und den veränderten Umgang mit der neuen Erlössituation. Dies erfordert von den Krankenhäusern bis heute und auch zukünftig organisatorische und/oder strukturelle Maßnahmen.

Das *Krankenhaus Barometer* belegt eindrucksvoll die weitreichenden Veränderungen, die seit der verbindlichen Einführung der DRGs im Jahr 2004 in der Krankenhauslandschaft mit dem Ziel einer stärkeren Spezialisierung und Neustrukturierung erfolgt sind bzw. noch im Gange sind.

Seit 2004 hat rund ein Fünftel der Krankenhäuser durch interne Schwerpunktsetzung mindestens einen Fachbereich neu errichtet. Allein in den letzten drei Jahren hat rund ein Drittel der Krankenhäuser Aufgaben an Fremdfirmen/andere Krankenhäuser outgesourct. Bei einem Viertel der Krankenhäuser wurden Bereiche an ein vom Krankenhaus oder dem Träger gegründetes Unternehmen übertragen (z.B. die Reinigung oder die Küche).

Immer mehr Krankenhäuser stimmen ihr Leistungsspektrum mit Auswirkung auf die Leistungsplanung mit anderen Häusern ab. Beim stationären Leistungsspektrum sind es über ein Viertel der Häuser und im ambulanten Bereich knapp 10 Prozent der Krankenhäuser, die eine gezielte Abstimmung vornehmen. Gegenüber dem letzten Jahr hat dieser Anteil damit im stationären wie ambulanten Sektor deutlich zugenommen.

Knapp die Hälfte der Krankenhäuser ist seit dem Jahr 2004 eine institutionalisierte Form von Kooperation mit anderen Krankenhäusern eingegangen. Zumeist finden derartige vertragliche Vereinbarungen oder Holdingstrukturen im Bereich der medizinischen Kernleistungen und Funktionsbereiche (wie z.B. Labor, Radiologie) statt.



Seit dem Jahr 2004 haben 9% der Krankenhäuser Fusionen mit einem oder mehreren Krankenhäusern vollzogen. Bei knapp einem Fünftel der übrigen Krankenhäuser wurde zum Zeitpunkt der Befragung eine Fusion geprüft oder geplant.

Auch wurde in den Krankenhäusern die Rechtsform, die unmittelbar betriebswirtschaftliche Konsequenzen zur Folge hat, überprüft: Seit 2004 erfolgte bei rund 17% der Krankenhäuser mindestens ein Rechtsformwechsel oder wird für die nächsten zwei Jahren noch geplant. Krankenhäuser in der Rechtsform privater Betriebe nehmen deutlich zu (insbesondere bei der Rechtsform der gGmbH), wohingegen Häuser in der Rechtsform öffentlicher Betriebe abnehmen (hier insbesondere bei den Eigen- und Regiebetrieben).

Insgesamt ist zu konstatieren, dass in diesem relativ kurzen Zeitraum von vier Jahren fast der gesamte Krankenhaussektor Maßnahmen zur Neuorganisation und -strukturierung ergriffen hat und maßgebliche Veränderungen noch bei vielen Krankenhäusern andauern: Leistungen werden gebündelt, neue Kommunikationsstrukturen zwischen den Häusern entstehen, alte Strukturen werden aufgebrochen um heutigen und zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden.

Unternehmensziele

– Qualität hat höchste Priorität

In der Zielhierarchie deutscher Krankenhäuser dominieren eindeutig qualitätsorientierte Ziele. Am wichtigsten ist den Krankenhäusern eine hohe Patientenzufriedenheit, eine hohe Qualität der Leistungserbringung und ein gutes Image ihres Hauses in der Öffentlichkeit. Im Mittelfeld stehen eher mitarbeiterorientierte Ziele, wie eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit oder die Beschäftigungssicherung. Verglichen damit haben die ökonomischen Ziele der Erreichung einer möglichst hohen Kapitalrendite, der Gewinnerzielung und Umsatzerhöhung tendenziell eine unterdurchschnittliche Relevanz.

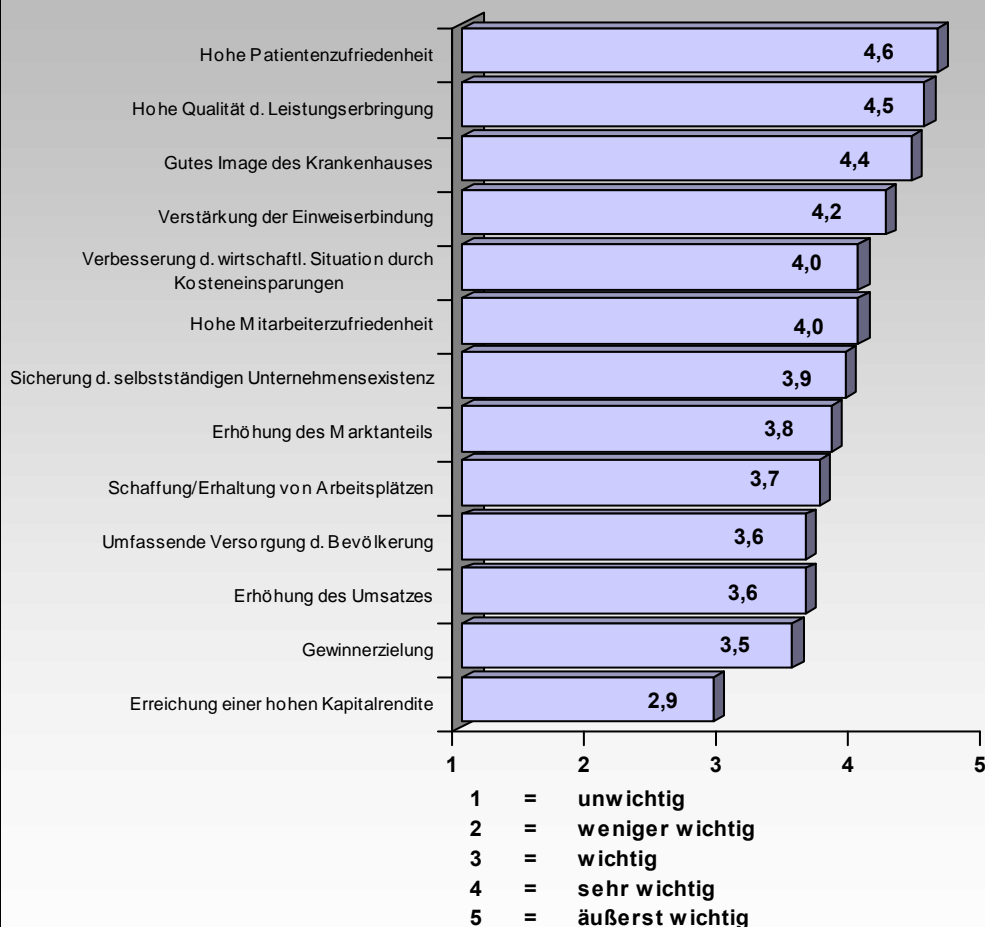
Hinsichtlich der Zielerreichung weisen wiederum die eher qualitätsorientierten Ziele die höchsten Werte auf. Mit Blick auf die Versorgungsqualität und ihre Wahrnehmung durch Patienten und Öffentlichkeit wird die Zielerreichung im Mittel als gut bis sehr gut klassifiziert. Dagegen werden die ökonomischen Ziele im Durchschnitt nur begrenzt erreicht. Im Vergleich zu einer früheren Untersuchung aus dem Jahr 2000 ist damit eindeutig eine Umkehrung beim Erreichungsgrad der Unternehmensziele zu beobachten:

Während die Krankenhäuser seinerzeit die ökonomischen Ziele noch in hohem Maße erreichten, wurde die Zielerreichung bei den qualitätsorientierten Zielen teilweise kritisch gesehen. Der Zeitvergleich belegt insofern eindeutig den steigenden ökonomischen Druck durch das DRG-System und damit die zunehmende Bedeutung ökonomischer Sichtweisen im Krankenhaus. Die Verbesserungen bei den qualitätsorientierten Zielen spiegeln hingegen auch das erfolgreiche Bemühen vieler Krankenhäuser etwa mit Blick auf die strategische Neuausrichtung ihres Unternehmens, das Prozess- und Qualitätsmanagement wider.

Nur bei wenigen Unternehmenszielen gibt es größere Abweichungen in der Rangfolge nach Wichtigkeit und Zielerreichungsgrad: Vor allem die eher regionalwirtschaftlichen Ziele der Beschäftigungssicherung und umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung weisen einen vergleichsweise hohen Zielerreichungsgrad bei eher unterdurchschnittlicher Relevanz auf. Dagegen zeichnet die Ziele der Kosteneinsparungen und Einweiserbindung bei relativ hoher Wichtigkeit ein unterdurchschnittlicher Zielerreichungsgrad aus.

Unterschieden nach der Krankenhausträgerschaft haben zwar die ökonomischen Ziele in den privaten Krankenhäusern eine größere Relevanz. Ebenso wie stärker erwerbswirtschaftliche Ziele in den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern Einzug halten, gibt es jedoch umgekehrt auch gemeinwirtschaftliche Tendenzen seitens der privaten Krankenhausträger. Vor diesem Hintergrund liegt die Schlussforderung nahe, dass es künftig teilweise zu einer weiteren Annäherung der Unternehmensziele von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern auf der einen Seite und privaten Krankenhäusern auf der anderen Seite kommen wird.

Wichtigkeit von Unternehmenszielen - Mittelwerte -



Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – nur wenige kommen durch

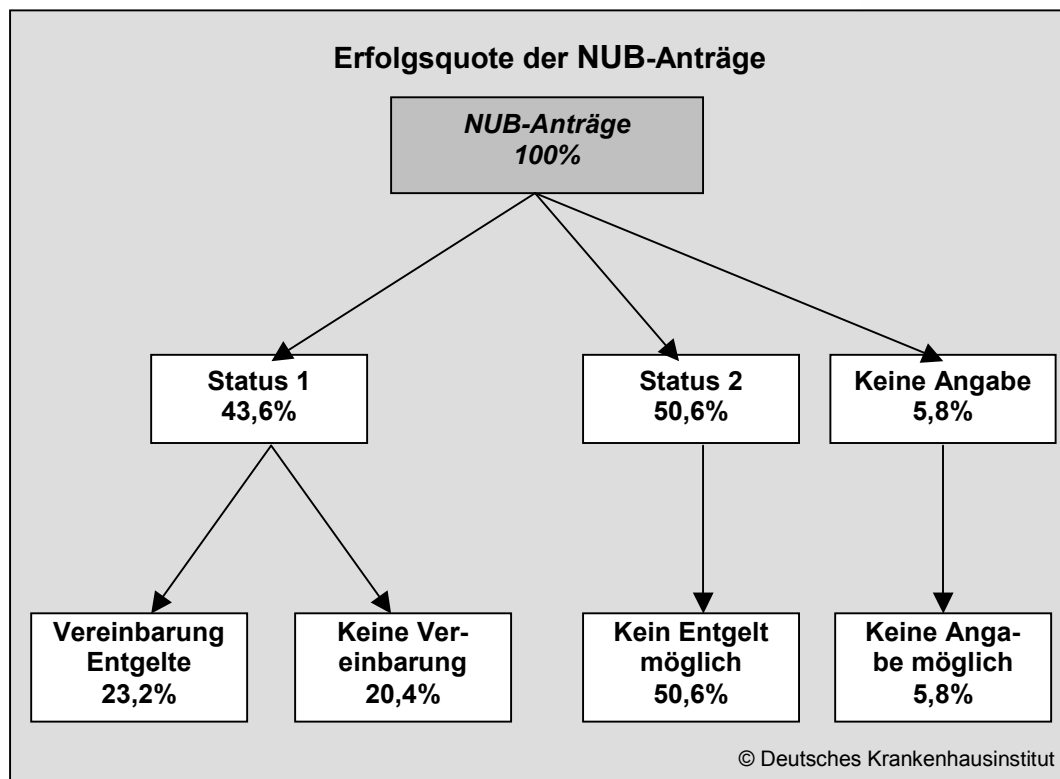
Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden über vorab definierte Fallpauschalen vergütet. Dem als lernendes System angelegten DRG-System müsste eine gewisse Dynamik inhärent sein, damit einerseits eine Anpassung der Fallpauschalen an die Gegebenheiten der Krankenhäuser erfolgen kann, andererseits der medizinische Fortschritt in das System inkorporiert werden kann. Das ist nur bedingt der Fall.

Die Abbildung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in einem DRG-System erfolgt in einem aufwändigen und komplizierten mehrstufigen Verfahren. Zunächst müssen die Krankenhäuser Anfragen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) richten. Das InEK prüft dann anhand von Kriterien, ob für diese Methoden und/oder Leistungen eine sachgerechte Vergütung möglich ist. Die Anfragen werden im Anschluss an diese Prüfung in verschiedene Kategorien unterteilt. Nur bei Methoden und/oder Leistungen, die den Status 1 erhalten haben, dürfen die Vertragsparteien vor Ort krankenhaushausindividuelle Vereinbarungen über die Vergütung der neuen Leistungen treffen. Alle anders bewerteten Methoden/ Leistungen dürfen von den Kostenträgern nicht eigens finanziert werden.

Im Jahr 2005 haben rd. 30% der Krankenhäuser für 2006 einen oder mehrere Anträge zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an das InEK gestellt. Das InEK hat Anfang 2006 über die im Jahre 2005 von den Krankenhäusern eingereichten Anträge entschieden.

An der ersten Hürde, der Prüfung durch das InEK und der Klassifikation anhand des Status, scheiterten schon etwas mehr als die Hälfte der Anträge. Lediglich 44% der von den Krankenhäusern gestellten Anträge erhielten den Status 1 und damit die grundsätzliche Voraussetzung für die Vereinbarung eines krankenhaushausindividuellen Entgeltes.

Wiederum die Hälfte dieser zunächst erfolgreichen Anträge scheiterte dann aber an der Hürde der Vereinbarung eines krankenhaushausindividuellen Entgeltes.



Damit liegt insgesamt eine Erfolgsquote für die Vereinbarung eines fallbezogenen Entgeltes oder Zusatzentgeltes für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von rd. einem Viertel vor.

Für ein weiteres Fünftel der NUB-Anträge wäre prinzipiell ein krankenhausesindividuelles Entgelt möglich gewesen, aber es kam zu einer Vereinbarung zwischen Krankenhaus und den Kostenträgern vor Ort.

In Krankenhäusern wird der medizinische Fortschritt rasch in eine bessere Patientenbehandlung umgesetzt. Die Finanzierung des medizinischen Fortschritts vor Ort erfolgt zunächst durch die Krankenhäuser selber. Die Krankenhäuser treten somit in Vorleistung. Durch das Verfahren der Anerkennung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und ggf. deren anschließenden Einbindung in das DRG-System wird dann der medizinische Fortschritt aber auch durch eine entsprechende Finanzierung den Krankenhäusern vergütet.

Entlassungsmanagement

- Krankenhäuser sind gut gerüstet

Nach einer Neuregelung im Sozialgesetzbuch V (§ 11 Abs. 4 SGB V) haben Versicherte nunmehr Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Patienten. Insbesondere bei Entlassung aus dem Krankenhaus ist ein Versorgungsmanagement einzurichten, das zur Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen beitragen soll.

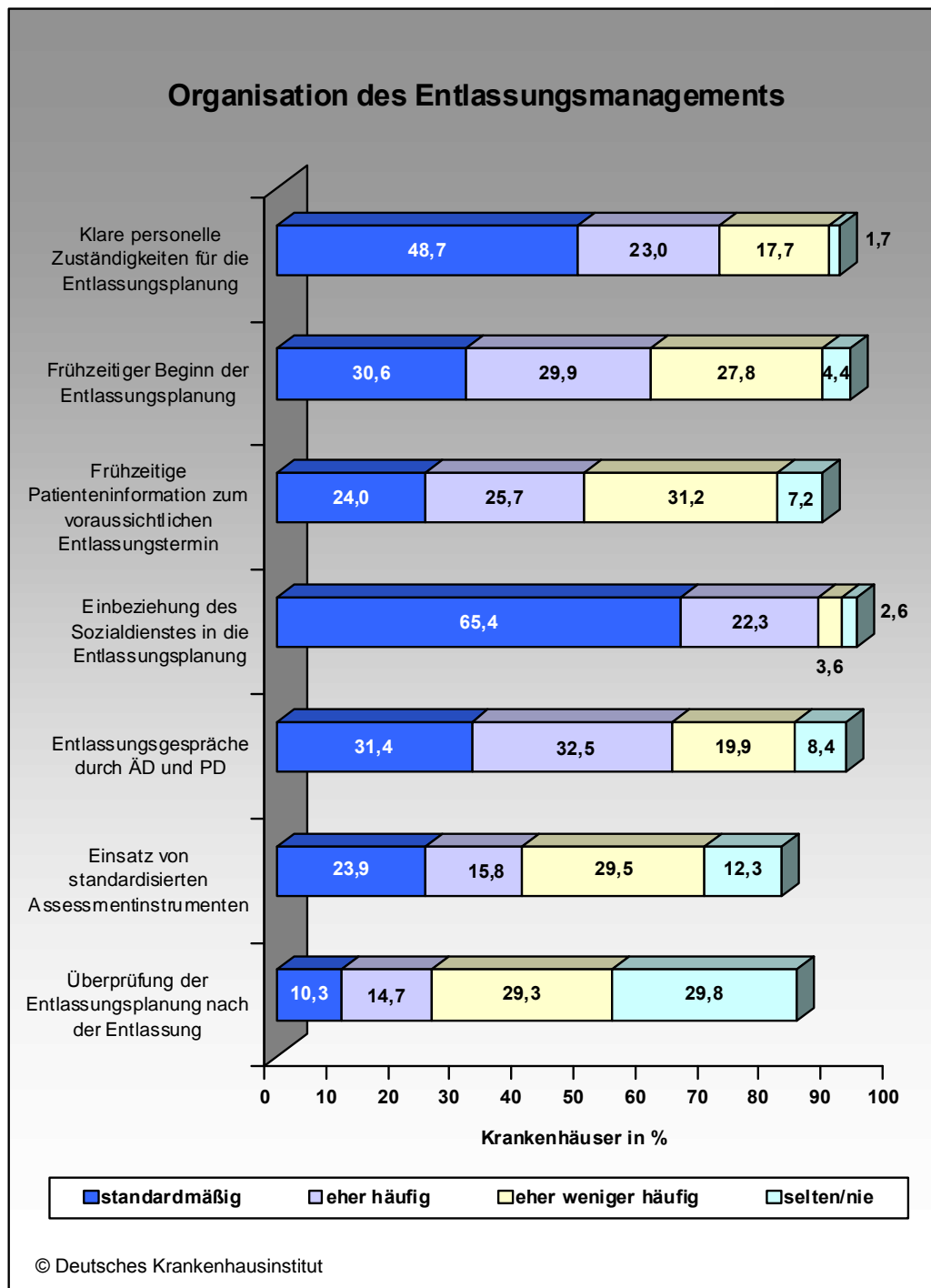
Insgesamt sind die Krankenhäuser für das Versorgungsmanagement gut gerüstet, insofern viele Maßnahmen schon jetzt breite Anwendung finden: Bereits heute verfügt jedes zweite Krankenhaus in Deutschland über schriftlich fixierte Arbeitsanweisungen oder Behandlungspfade speziell für das Entlassungsmanagement. Zentrale Aspekte des Entlassungsmanagements wie eine gezielte und frühzeitige Entlassungsplanung oder eine bedarfsorientierte Einbeziehung nachsorgender Leistungserbringer sind dabei vielfach erfasst.

Gut die Hälfte der Krankenhäuser hat speziell qualifizierte Fachkräfte, die ausschließlich oder schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement bzw. die Patientenüberleitung zuständig sind (z. B. Case-Manager, Fachkräfte für Pflegeüberleitung o. ä.). Diese Fachkräfte stammen überwiegend aus dem Sozialdienst oder dem Pflegedienst. Neben den traditionellen Aufgaben der Patientenüberleitung gibt es teilweise schon Ansätze eines umfassenden Case Managements.

Entlassungsplanung ist als ein systematischer und zielgerichteter Prozess zu verstehen, der schon zeitnah mit der Patientenaufnahme beginnen sollte. In der Mehrzahl der Krankenhäuser gibt es daher klare personelle Zuständigkeiten für die Entlassungsplanung. Ein frühzeitiger Beginn der Entlassungsplanung bzw. eine entsprechende Patienteninformation zum voraussichtlichen Entlassungstermin ist ebenfalls vielfach realisiert. Der Ärztliche Dienst, der Pflegedienst sowie der Sozialdienst sind mehrheitlich in die Entlassungsplanung einbezogen. Auch der Einsatz standardisierter Assessmentinstrumente zum poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf sowie die Überprüfung der Entlassungsplanung nach der Entlassung durch das Krankenhaus selbst finden zusehends Verbreitung.

Auch das Schnittstellenmanagement ist in den deutschen Krankenhäusern relativ weit fortgeschritten. Die Kostenträger und nachsorgenden Leistungserbringer (z. B. Reha-Kliniken, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) sind weitgehend in die Entlassungsplanung eingebunden. Eine sachgerechte Anschlussversorgung soll somit sichergestellt werden.

Angesichts der krankenhauspolitischen und demografischen Rahmenbedingungen wird die Weiterentwicklung und Evaluation von patientenorientierten Modellen des Entlassungs- und Case-Managements im Krankenhaus künftig noch an Bedeutung gewinnen.



Tarifsituation und Arbeitszeit – die neue Unübersichtlichkeit

Zum 1.1.2007 wurde das neue Arbeitszeitgesetz auch für die (tarifgebundenen) Krankenhäuser wirksam. Zahlreiche Details der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes sind dabei in Tarif-, Betriebs- und Dienstvereinbarungen zu regeln (z. B. Bereitschaftsdienst- und Höchstarbeitszeiten). Durch das Ausscheiden des Marburger Bundes aus der Verhandlungsgemeinschaft mit ver.di hat sich die Tariflandschaft im Krankenhaus indes weiter zersplittert. Für Ärzte bzw. nicht-ärztliches Personal gelten vielfach unterschiedliche Tarifverträge mit unterschiedlichen Arbeitszeitregelungen. Die unübersichtliche Tarifsituation erschwert die Anwendung des neuen Arbeitszeitgesetzes zusätzlich:

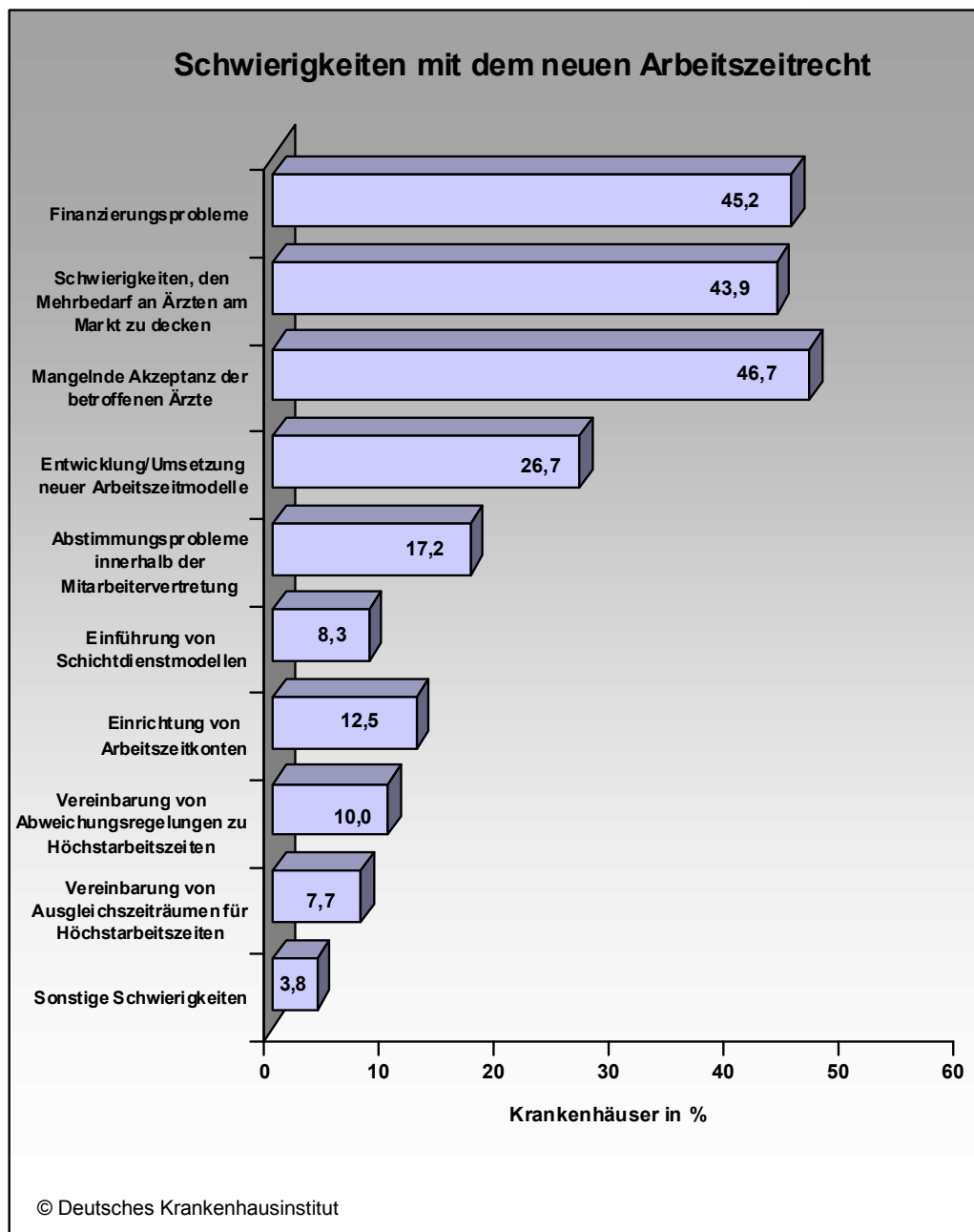
Die große Mehrheit der deutschen Krankenhäuser (73%) hat nach wie vor Probleme mit der Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechts. Die Hauptschwierigkeit bilden dabei eindeutig finanzielle und Personalprobleme.

Jeweils rund 45% der Krankenhäuser haben Finanzierungsprobleme mit einer neuen Arbeitszeitorganisation, Probleme mit der Mitarbeiterakzeptanz sowie Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten ggf. am Markt zu decken. Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen setzen die Kliniken neue Arbeitszeitmodelle gleichwohl zusehends um.

Das neue Arbeitszeitrecht ist vielfach nur umsetzbar und praktikabel, wenn Ausnahmeregelungen von der täglichen bzw. wöchentlichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz genutzt werden. Entsprechende Abweichungen sind möglich, falls sie in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden und der Arbeitnehmer schriftlich eingewilligt hat. Die erforderlichen Ausnahmeregelungen liegen aber bei weitem noch nicht flächendeckend vor:

In rund einem Fünftel der deutschen Krankenhäuser liegen die genannten rechtlichen Voraussetzungen für die Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit über 48 Stunden noch nicht vor. In weniger als der Hälfte der Krankenhäuser (45%) ist eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit an Werktagen auf bis zu 24 Std. möglich.

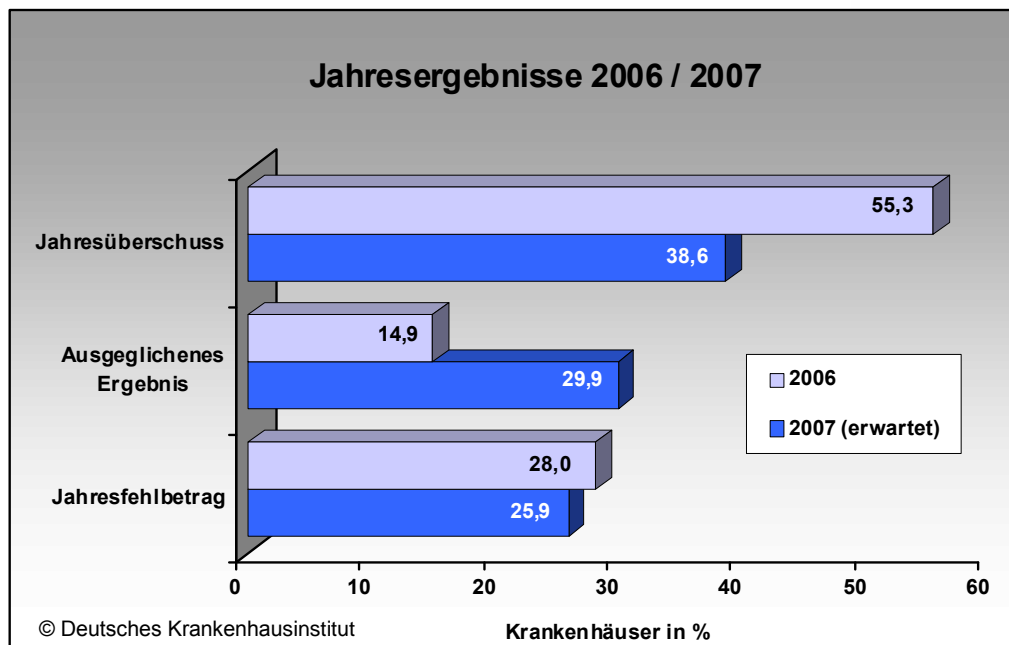
Zur Vermeidung bzw. Beseitigung wirtschaftlicher Probleme eines Krankenhauses oder zur Beschäftigungssicherung können ggf. Abweichungen von den Regelungen eines Tarifvertrages vereinbart werden. Derzeit gilt für rund 11% der Krankenhäuser ein entsprechender Notlagentarifvertrag bzw. ein Tarifvertrag zur Zukunftssicherung des Krankenhauses. In fast 8% der Einrichtungen sind solche Verträge darüber hinaus geplant. Insbesondere in den neuen Bundesländern sind gültige Notlagentarifverträge überrepräsentiert (18%). Die Verbreitung von Notlagentarifverträgen belegt die schwierige wirtschaftliche Situation in einem Teil der Krankenhäuser.



Wirtschaftliche Lage

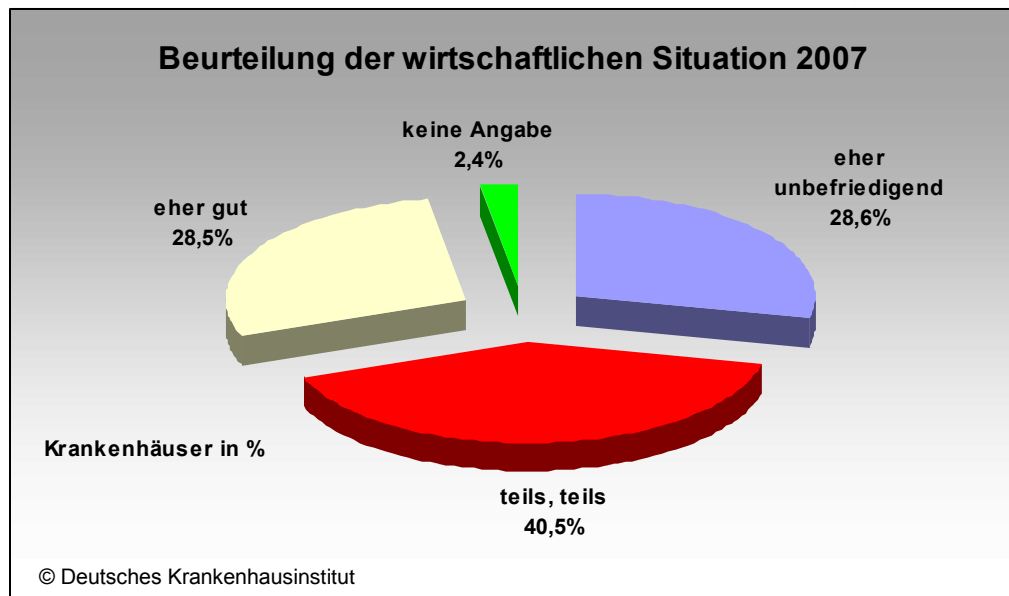
– Skepsis am Ende der Konvergenz

Im Jahr 2006 erzielte gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Jahresüberschuss. 28% der Häuser schrieben Verluste. 15% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringfügige Änderungen der Anteilswerte. Für das Jahr 2007 erwarten die Krankenhäuser tendenziell eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse, vor allem auf Grund von Zusatzkosten.



Grundsätzlich beurteilen die Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage unterschiedlich: Demnach schätzen jeweils knapp 30% der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation derzeit als eher unbefriedigend bzw. als eher gut ein, während 40% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr, als der Anteil der Häuser mit negativer Einschätzung der wirtschaftlichen Lage merklich abgenommen hatte, haben sich die Werte stabilisiert.

Bei den Erwartungen für 2008 kommen 42% der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu 2007 schlechter sein wird. 37% erwarten in dieser Hinsicht keine und 19% positive Veränderungen. Erstmals seit Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 schauen die Krankenhäuser damit wieder pessimistischer in die Zukunft.



Insgesamt ist die wirtschaftliche Lage in vielen Krankenhäusern nach wie vor schwierig, obwohl sich im Zuge der Einführung des DRG-Systems vieles gebessert hat: Die Krankenhäuser haben sich zunehmend auf das neue Entgeltsystem eingestellt und, wie eingangs erwähnt, zahlreiche organisatorische Veränderungen vorgenommen. Durch die Anpassung an das DRG-System wurden vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale ausgeschöpft.

Allmählich erscheinen die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit für viele Krankenhäuser jedoch erreicht, nicht zuletzt für die kleineren Kliniken. Das Jahr 2007 ist gekennzeichnet durch deutliche Kostensteigerungen, etwa aufgrund des Sanierungsbeitrags für Krankenhäuser, der Mehrwertsteuererhöhung, der Tarifierhöhungen für Klinikärzte oder der Mehrkosten durch das neue Arbeitszeitgesetz. Diese Belastungen haben die Ertragskraft vieler Kliniken, selbst bei noch positiven Jahresergebnissen, merklich verschlechtert. Die pessimistischen Zukunftseinschätzungen der Krankenhäuser sind somit nachvollziehbar.

Erschwerend kommt hinzu, dass mit Jahresbeginn 2008 das DRG-System in das letzte Jahr der Konvergenzphase eintritt. Ab 2009 gelten landesweit einheitliche Preise je DRG. Viele Krankenhäuser sehen dem Ende der Konvergenz skeptisch entgegen, weil ihre nachweisbaren Bemühungen zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch gesundheitspolitische Interventionen konterkariert werden. Am Ende der Konvergenz macht sich daher eine gewisse Ernüchterung in den Krankenhäusern breit.