



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2003

**Krankenhaus
Barometer**

Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

November 2003

Inhaltsverzeichnis

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2003

Zusammenfassung		4
1 Einleitung		7
2 Optierende Krankenhäuser		8
2.1 Teilnahme am Optionsmodell		8
2.2 Probleme bei den Verhandlungen zur Budget- und Entgeltvereinbarung		10
2.3 Liquiditäts- und Abrechnungsprobleme		11
2.4 Basisfallwerte und Casemix-Indizes		13
2.5 Sonstige Entgelte, Zusatzentgelte und teilstationäre Leistungen		15
3 Fachabteilungsbezogene DRG-Daten		17
3.1 Fachabteilungsbezogene Casemix-Indizes		17
3.2 Fachabteilungsbezogene Patientenschweregrade		18
3.3 Vergleich der fachabteilungsbezogenen Casemix-Indizes mit den Patientenschweregraden		19
4 Änderung der internen Organisation		22
5 Personalbereich		24
5.1 Verringerung des Personalbestandes		24
5.2 Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen		24
5.3 Bereitschaftsdienste in Krankenhäusern		26
5.3.1 Abteilungen und Berufsgruppen mit Bereitschaftsdiensten		26
5.3.2 Durchschnittliche Dauer und Anzahl der Bereitschaftsdienste		29
5.3.3 Bereitschaftsdienstmodelle		31

6	Wahlleistung Unterkunft	34
6.1	Selbsteinstufung der Krankenhäuser	34
6.2	Akzeptanz der Selbsteinstufung und Bewertung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung	35
6.3	Verteilungsverhältnis „Zweibettzimmer“ zu „Mehrbettzimmer“	39
6.4	Zusätzliche Nachweise und Belege	40
6.5	Zufriedenheit mit dem Ergebnis der „Gemeinsamen Empfehlung“	41
7	Neue Versorgungsformen	43
7.1	Eignung des Leistungsspektrums für Disease-Management-Programme	43
7.2	Teilnahme an Disease-Management-Programmen	43
7.3	Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf Belegung und Budget	44
8	Beschaffung und Logistik	46
8.1	Strategische Prinzipien bei der Beschaffung	46
8.2	Auswahl der Lieferanten	49
8.3	Organisation der Beschaffung	51
8.4	Materialanforderung auf Station/im Funktionsbereich	52
9	Belegungsdaten der Krankenhäuser im Jahr 2002	54
9.1	Betten	54
9.2	Fälle und Pflage tage	54
9.3	Verweildauer und Auslastungsgrad	57
9.4	Vor- und nachstationäre Behandlung	59
10	Erlöse im Jahr 2002	61
10.1	Erlösarten	61
10.2	Erlöse je Fall/ je Pflage tag	62
11	Krankenhäuser mit Pflegesatzverhandlungen/ Budget- und Entgeltvereinbarungen	64
	Anhang	65

Zusammenfassung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von Mai bis September 2003 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 409 Krankenhäuser. Die Rücklaufquote liegt bei 40,6%.

Optierende Krankenhäuser

Am Optionsmodell nehmen 70% der in der Stichprobe erfassten Krankenhäuser teil, wobei der Anteil der Häuser in den neuen Bundesländern, die optiert haben, nur geringfügig geringer ist als in den alten Bundesländern.

Die Terminierung der Optionsentscheidung hat offensichtlich einen entscheidenden Einfluss darauf, ob eine Budget- und Entgeltvereinbarung vorliegt.

Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser, die fristgerecht zum 31.10.2002 ihre Teilnahme am Optionsmodell erklärt hatten, verfügten zum Zeitpunkt der Erhebung über eine Budget- und Entgeltvereinbarung. Dagegen verfügten lediglich 10% der Krankenhäuser, die nach diesem Termin optiert haben, über eine entsprechende Vereinbarung.

Auf der Basis von 162 Krankenhäusern wurde ein durchschnittlicher Basisfallwert ermittelt, der für das Jahr 2003 bei 2.630 Euro liegt. Der mittlere Casemix-Index liegt bei 0,9587.

Neben den Fallpauschalen sieht das neue Abrechnungssystem auch noch weitere Leistungen vor. So haben 20% der Optionskrankenhäuser sonstige Entgelte wie z.B. Abrechnung von tagesklinischen Leistungen oder besonderen medizinischen Leistungen vereinbart.

In 8% der Krankenhäuser wurden Zusatzentgelte vereinbart. Die Vereinbarungen betreffen fast ausschließlich die Behandlung von Blutern und (interkurrente) Dialysepatienten.

Knapp 4% der Krankenhäuser rechneten teilstationäre Leistungen auf der Grundlage des Fallpauschalenkataloges ab.

Personalbereich

In einer Vielzahl von Krankenhäusern waren Maßnahmen im Personalbereich erforderlich, um eine Budgetunterdeckung zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

In der Hälfte der Krankenhäuser hat sich durch entsprechende Maßnahmen wie z.B. Personalabbau oder eine zeitweise Nichtbesetzung offener Stellen der Personalbestand seit Anfang 2003 reduziert.

Insgesamt 197 Krankenhäuser konnten quantifizieren, wie viele Vollkräfte sie bis Mitte 2003 abgebaut haben. Rechnet man dies auf die Grundgesamtheit der allgemeinen Krankenhäuser hoch, so wurden allein im ersten Halbjahr 2003 gut 8.700 Vollkraft-Stellen abgebaut.

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann nach § 6 Abs. 5 Bundespflegegesetzverordnung ein zusätzlicher Betrag in Höhe von bis zu 0,2% des Gesamtbeitrages mit den Kostenträgern vereinbart werden. In den Pflegesatzverhandlungen

gen für das Jahr 2003 haben 60% der Krankenhäuser diesen Betrag geltend gemacht.

Von diesen Häusern hatten zum Zeitpunkt der Erhebung 63% eine entsprechende Vereinbarung mit den Kostenträgern abgeschlossen. In 10% der Häuser wurde eine Vereinbarung von den Kostenträgern abgelehnt. In den restlichen Krankenhäusern waren die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen.

Vor allem Ärzte in bettenführenden Fachabteilungen leisten Bereitschaftsdienst. Daneben sind in nicht-bettenführenden Bereichen der Krankenhäuser insbesondere das Pflegepersonal für den OP-Dienst oder die Ärzte in der Anästhesie für Bereitschaftsdienste vorgesehen.

Sofern Bereitschaftsdienst geleistet wird, liegt die durchschnittliche tägliche Dauer in der Woche je nach Dienstart zwischen 13 und 15 Stunden. Am Wochenende erhöht sich die durchschnittliche tägliche Dauer je Bereitschaftsdienst leistenden Mitarbeiter auf 21 bis 23 Stunden.

Der „traditionelle“ Bereitschaftsdienst (Tagdienst bis nachmittags und Bereitschaftsdienst bis zum nächsten Morgen) stellt die häufigste Organisationsform des Bereitschaftsdienstes dar und wird flächendeckend angewendet.

In vielen Krankenhäusern wird in einzelnen Abteilungen ein „modifizierter“ Bereitschaftsdienst (2 zeitversetzte Tagdienste bis zum Abend und Bereitschaftsdienst bis zum nächsten Morgen) durchgeführt. Vor allem der Medizinisch-Technische Dienst sowie der Funktionsdienst leisten modifizierte Bereitschaftsdienste.

Wahlleistung Unterkunft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben in einer „Gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV/ § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft“ Inhalte und Verfahren entwickelt, um die Höhe der Wahlleistungsentgelte für gesondert berechenbare Unterkunft zu ermitteln.

Mehr als 90% der Krankenhäuser sind der gemeinsamen Empfehlung beigetreten.

Die „Gemeinsame Empfehlung“ sieht vor, dass die Krankenhäuser zunächst aufgrund einer Selbstprüfung abgrenzen müssen, welche Komfortelemente überhaupt abrechenbar sind. Anschließend erfolgt dann für jeden Komfortblock durch wirklichkeitsnahe Schätzung eine Bewertung. Diese Bewertung wird dann ihrerseits vom Verband der Privaten Krankenversicherung beurteilt und ggf. akzeptiert.

Von den beigetretenen Krankenhäusern hatten zum Zeitpunkt der Erhebung schon 80% die obligate Selbsteinstufung zur Abgrenzung der Komfortelemente durchgeführt. Hinsichtlich der Bewertung der Selbsteinstufung kann zusammenfassend gesagt werden, dass der Verband der Privaten Krankenversicherung i.d.R. eine niedrige Selbstbewertung für die Komfortblöcke akzeptiert hat. Allerdings gibt es auch Ausnahmen, die zeigen, dass auch höhere Zuschläge durchaus Akzeptanz fanden.

Um zu einer angemessenen Einstufung und Bewertung der Komfortelemente zu gelangen, kann der Verband der Privaten Krankenversicherung weitere Nachweise und Belege anfordern, sofern die von den Krankenhäusern vorgelegten

Unterlagen nach Auffassung des Verbandes nicht ausreichend sind, um eine Einstufung vorzunehmen. Von diesem Recht machte der Verband der Privaten Krankenversicherung in mehr als der Hälfte der Fälle Gebrauch.

Es herrscht unter den Krankenhäusern eher Unzufriedenheit mit den Ergebnissen der „Gemeinsamen Empfehlung“. Nicht zufrieden oder gar sehr unzufrieden sind 37% der Krankenhäuser. Zufriedenheit besteht dagegen nur bei 14% der Häuser.

Neue Versorgungsformen

Dass sich das Leistungsspektrum des Krankenhauses für eine Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) eigne, wird von 48% der Krankenhäuser betont. Etwa gleich viele Häuser (45%) gehen allerdings davon aus, dass sich das Spektrum für die bisher bekannten DMPs nicht eigne.

Vertraglich eingebunden in DMPs sind bislang nur wenige Krankenhäuser. Bei dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind es 1,4% der Krankenhäuser und beim DMP Brustkrebs 9,7%.

Das Interesse der Krankenhäuser an der Teilnahme an entsprechenden DMPs ist dagegen groß. Jeweils über 50% der Krankenhäuser (nur Häuser, deren Leistungsspektrum sich hierfür eignet) planen eine Teilnahme an den genannten beiden Disease-Management-Programmen.

1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* 2003 vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von Mai bis September 2003 durchgeführt worden ist.¹ Beteiligt haben sich insgesamt 409 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.

Kapitel 2 widmet sich den Krankenhäusern, die am Optionsmodell teilnehmen. Hier werden u.a. die spezifischen Abrechnungsprobleme sowie die Basisfallwerte der Krankenhäuser dargestellt.

Das dritte Kapitel befasst sich mit fachabteilungsbezogenen DRG-Daten. Behandelt werden die abteilungsbezogenen Casemix-Indizes und die durchschnittlichen PCCL-Werte. Änderungen der internen Organisation aus Anlass der Einführung des Fallpauschalensystems werden in Kapitel 4 behandelt

In Kapitel 5 geht es um den Personalbereich der Krankenhäuser. Zunächst wird dargestellt, ob und wenn ja, wie viele Stellen die Krankenhäuser im Jahr 2003 abgebaut haben. Anschließend folgt ein Überblick darüber, wie viele Krankenhäuser einen zusätzlichen Betrag zum Budget für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Pflegesatzverhandlungen geltend machen konnten. Abschließend werden in einem großen Block Bereitschaftsdienste in Krankenhäusern behandelt. Hier geht es beispielsweise um die durchschnittliche Dauer der Dienste oder unterschiedliche Bereitschaftsdienstmodelle.

Kapitel 6 behandelt die Auswirkungen der von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossenen „Gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV/ § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft“.

Inwieweit Krankenhäuser sich schon an Disease-Management-Programmen beteiligen oder dies zumindest planen, wird in Kapitel 7 behandelt.

Der Bereich der Beschaffung und Logistik wird in Kapitel 8 thematisiert. Hier geht es beispielsweise um die Frage, nach welchen Kriterien die Krankenhäuser Lieferanten auswählen oder wie das Beschaffungswesen organisiert ist.

Kapitel 9 fasst die Entwicklung der Krankenhäuser im Jahr 2002 zusammen. Berichtet wird über die Belegungsdaten der Krankenhäuser in diesem Jahr; soweit möglich und sinnvoll sind auch Vergleichsdaten zum Jahr 2001 angegeben. Im zehnten Kapitel werden die Ist-Erlöse des Jahres 2002 dargestellt.

Das abschließende Kapitel geht auf die Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2003 ein.

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

2 Optierende Krankenhäuser

2.1 Teilnahme am Optionsmodell

Am Optionsmodell nehmen 70% der in der Stichprobe erfassten Krankenhäuser teil, wobei der Anteil der Häuser in den neuen Bundesländern, die optiert haben, nur geringfügig geringer ist als in den alten Bundesländern.

Unterschiede zeigen sich, wenn man die Krankenhäuser nach Größenklassen differenziert.

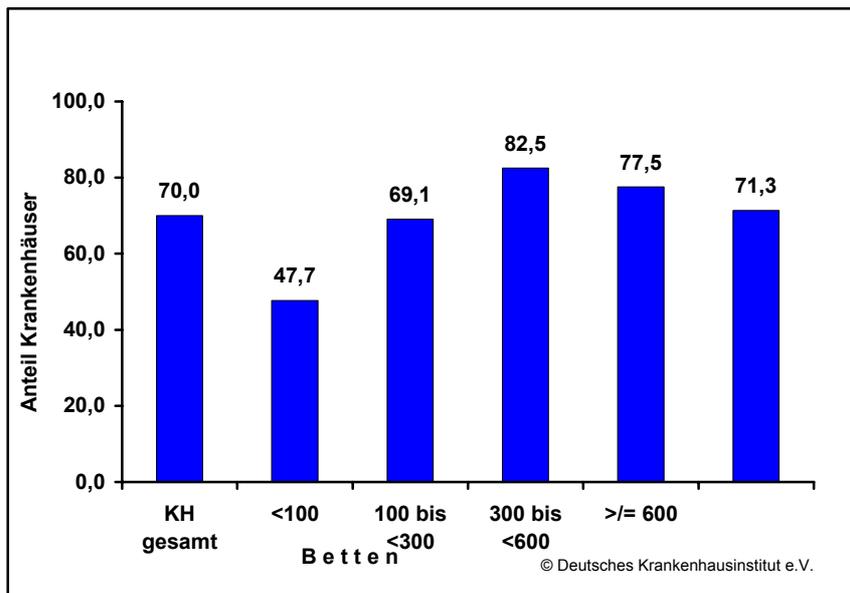


Abb. 1: Teilnahme am Optionsmodell nach Größenklassen

So haben nur rund 48% der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten sich für die Teilnahme am Optionsmodell entschieden. Bei den Häusern mit 300 bis unter 600 Betten nehmen dagegen mehr als vier Fünftel aller Häuser teil.

Mehr als die Hälfte aller Häuser hat sich erst nach dem 31.10.2002 für eine Teilnahme am Optionsmodell entschieden. In den alten Bundesländern optierten 48% der Häuser nach diesem Termin, in den neuen Bundesländern lag der entsprechende Anteil bei 72%.

Mehr als zwei Drittel der optierenden Krankenhäuser verfügten zum Zeitpunkt der Erhebung über eine Budget- und Entgeltvereinbarung für 2003. Damit unterscheiden sie sich nicht von den Krankenhäusern, die nicht optiert haben. Hier verfügten 63% der Häuser über eine Pflegesatzvereinbarung.

Die Terminierung der Optionsentscheidung hat offensichtlich einen entscheidenden Einfluss darauf, ob eine Budget- und Entgeltvereinbarung vorliegt.

Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser, die fristgerecht zum 31.10.2002 ihre Teilnahme am Optionsmodell erklärt hatten, verfügten zum Zeitpunkt der Erhebung über eine Budget- und Entgeltvereinbarung. Dagegen verfügten lediglich 10% der Krankenhäuser, die nach diesem Termin optiert haben, über eine entsprechende Vereinbarung.

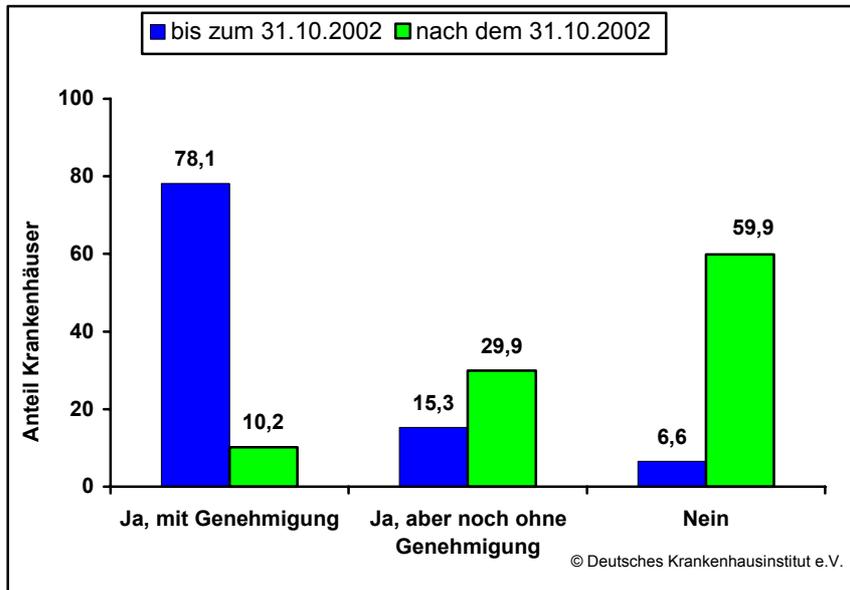


Abb. 2: Krankenhäuser mit Budget- und Entgeltvereinbarung in Abhängigkeit vom Optionstermin

Umgekehrt konnten nur 7% der Häuser, die bis zum 31.10.2002 optierten, keine Vereinbarung vorweisen. Der entsprechende Anteil der Nachoptierer lag dagegen bei 60%.

Die Termine für die Abrechnung der stationären Leistungen auf der Grundlage der Fallpauschalen können der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

Hierbei wurde wieder unterschieden zwischen Krankenhäuser, die vor und nach dem 31.10.2002 ihre Teilnahme am Optionsmodell erklärt haben.

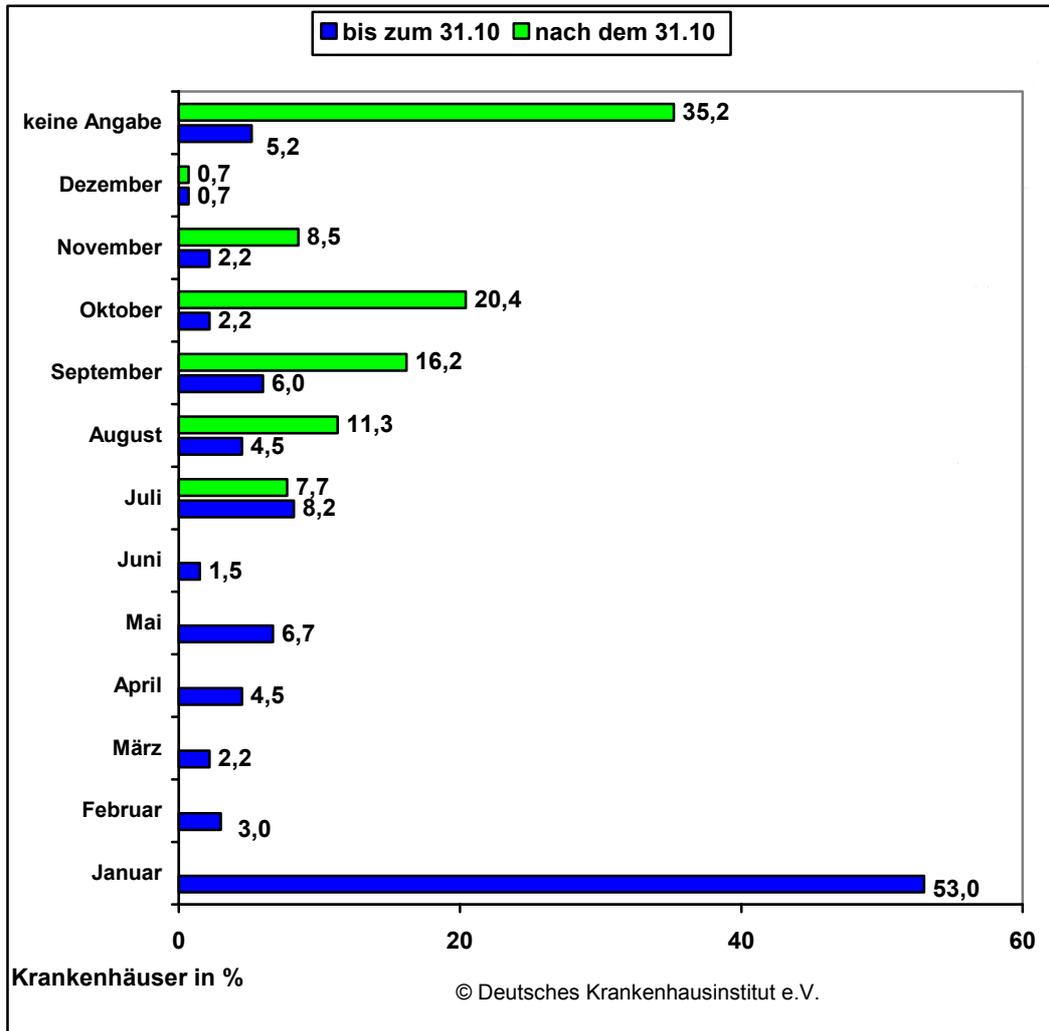


Abb. 3: Termine für die Abrechnung mit Fallpauschalen nach dem Zeitpunkt für die Option

Deutlich wird, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser, die bis zum 31.10. 2003 optiert haben, auch zum Januar 2003 mit der Abrechnung der Fallpauschalen beginnen konnten. Allerdings rechnete auch fast ein Viertel dieser Häuser Mitte 2003 immer noch nicht mit Fallpauschalen ab.

Kein Krankenhaus, welches nach dem 31.10.2002 seine Teilnahme am Optionsmodell erklärt hat, konnte bis Mitte des Jahres 2003 die stationären Leistungen mit Fallpauschalen abrechnen. Zum Zeitpunkt der Erhebung konnte mehr als ein Drittel dieser Häuser noch nicht sagen, wann eine Abrechnung mit Fallpauschalen möglich sein wird.

2.2 Probleme bei den Verhandlungen zur Budget- und Entgeltvereinbarung

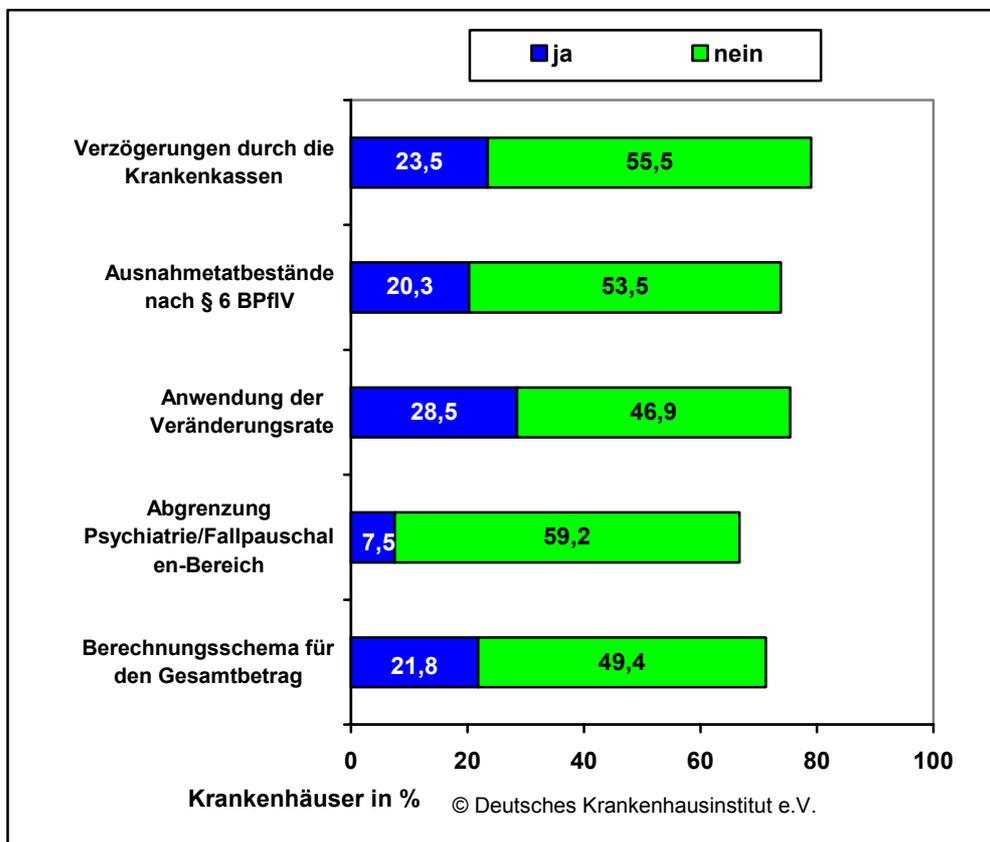
Die meisten Krankenhäuser hatten keine größeren Probleme bei den Verhandlungen zur Budget- und Entgeltvereinbarung mit den Kostenträgern.

Sofern es Probleme gab, bezogen sie sich im Wesentlichen auf die Anwendung der Veränderungsrate. Da gleich viele Fröhoptierer wie Nachoptierer von diesen Problemen betroffen waren, ging es hier offensichtlich nicht um die grundsätzliche Frage, ob die Nachoptierer überhaupt zur Abrechnung der Fallpauschalen im Jahr 2003 zugelassen werden durften.

Eine Verzögerung der Verhandlungen seitens der Krankenkassen beklagten 23% der Optionskrankenhäuser. Dass das Berechnungsschema für die Ermittlung des Gesamtbetrages ein Problem in den Verhandlungen darstellte, gaben 22% der Häuser an.

Ein Fünftel der Krankenhäuser gab an, dass die Ausnahmetatbestände zur Ermittlung des Budgets in den Verhandlungen strittig gewesen seien.

7% der Krankenhäuser nannten die Abgrenzung der Psychiatrie vom Fallpauschalenbereich als ein Problem in den Verhandlungen.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 4: Auftretene Probleme bei den Budget- und Entgeltvereinbarungen

2.3 Liquiditäts- und Abrechnungsprobleme

Da ein Großteil der optierenden Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht oder erst sehr kurz auf der Grundlage der DRGs ihre stationären Leistungen abrechneten, konnte nur ein kleiner Teil der Häuser Angaben zu Liquiditäts- und Abrechnungsproblemen im Zuge der DRG-Abrechnung machen. Daher

beziehen sich die nachfolgenden Aussagen ausschließlich auf optierende Krankenhäuser, die die entsprechenden Angaben machen konnten.

Eine Verschlechterung der Liquiditätssituation auf Grund der Teilnahme am Optionsmodell konnten 30% der optierenden Krankenhäuser nicht erkennen. Bei rund einem Fünftel der Optionskrankenhäuser trat dagegen eine solche Verschlechterung der Liquidität ein.

Gefragt nach den Gründen für diese Veränderung der Liquiditätssituation gaben 71% der Häuser an, dass es eine Zunahme der Abrechnungsstreitigkeiten mit den Krankenkassen gibt.

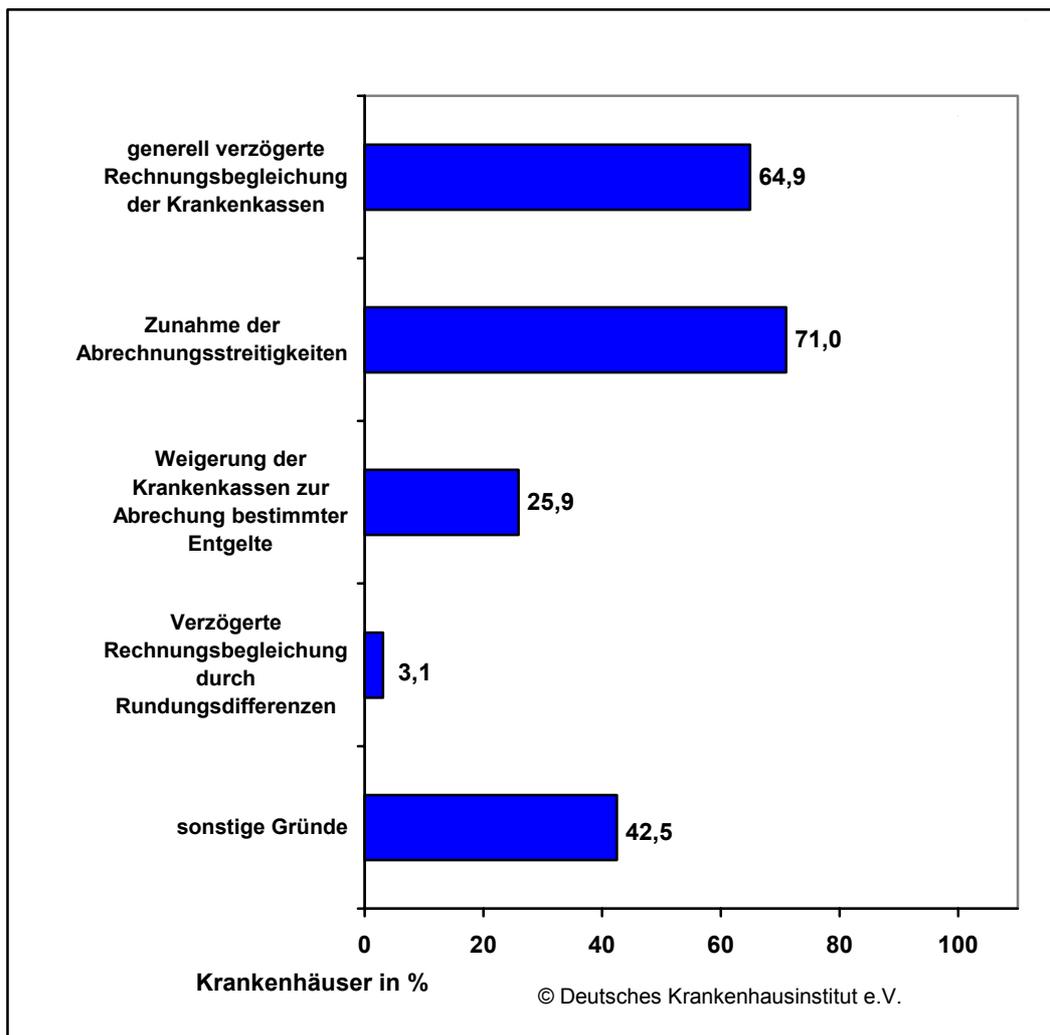


Abb. 5: Gründe für die Verschlechterung der Liquiditätssituation

Eine generell verzögerte Rechnungsabgleichung seitens der Krankenkassen gaben fast zwei Drittel der Häuser an.

Die Probleme bei der Abrechnung der DRGs konzentrieren sich im Wesentlichen auf die Themenkomplexe „Verlegung“, „Ab- und Abschläge“ sowie „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“.

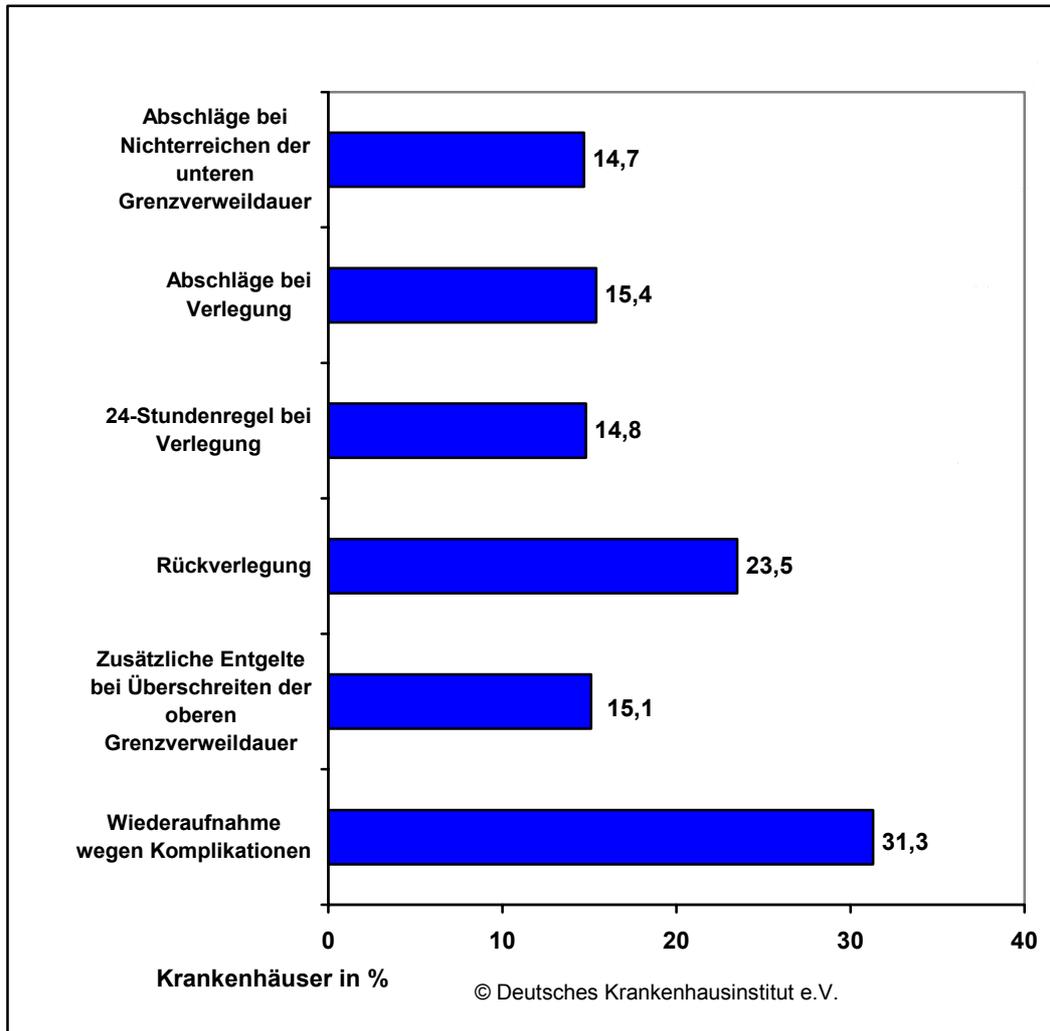


Abb. 6: Abrechnungsprobleme

Rund ein Drittel der Häuser, die zum Zeitpunkt der Erhebung ihre Leistungen schon mit DRGs abgerechnet haben, hatten Probleme mit der Abrechnung von Leistungen bei einer Wiederaufnahme aufgrund von Komplikationen.

Die Regelungen zur Abrechnung von Verlegungsfällen sind ebenfalls ein Problem. So gab fast ein Viertel der Häuser an, dass es bei Rückverlegungen Probleme gab. Gleiches traf auf die 24-Stundenregel sowie bei den Abschlägen bei Verlegung zu.

Die Zuschläge bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer bzw. die Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer bildeten darüber hinaus ein weiteres Problemfeld.

2.4 Basisfallwerte und Casemix-Indizes

Insgesamt 162 Krankenhäuser konnten Angaben zu der Summe der Bewertungsrelationen und dem krankenhausindividuellen Basisfallwert machen, wobei sich die Angaben auf den Fallpauschalen-Katalog für 2003 beziehen. Die Ermittlung eines gesamtdeutschen Basisfallwertes kann nun nicht so erfolgen, dass die

krankenhausindividuellen Basisfallwerte addiert und durch die Zahl der Krankenhäuser dividiert wird. Dies würde verkennen, dass die Basisfallwerte ermittelt werden aus der Division der Erlöse der Summe der Fallpauschalen durch die Summe der Bewertungsrelationen. Durch eine einfache Division Summe der Basisfallwerte durch Zahl der Krankenhäuser würde der Basisfallwert jedes Krankenhauses gleich viel zählen, unabhängig davon, wie viele und welche Fallpauschalen abgerechnet werden.

Folgende Vorgehensweise wurde stattdessen gewählt, um die nachfolgenden Basisfallwerte zu ermitteln:

- Auf der Krankenhausebene wurden die angegebenen krankenhausindividuellen Basisfallwerte (AEB B1 Zeile 21) mit der Summe der Bewertungsrelationen (AEB B1 Zeile 20) multipliziert und anschließend aufaddiert.
- Die so ermittelte Erlössumme über alle Krankenhäuser entspricht der Summe der Erlösbudgets ohne Erlöse aus Zusatzentgelten.
- Abschließend wurde die Erlössumme durch die aufsummierten Bewertungsrelationen dividiert.

Der durchschnittliche Basisfallwert für 2003 liegt bei 2.630 Euro. Die Basisfallwerte in den alten und den neuen Bundesländern unterscheiden sich kaum (alte Bundesländer: 2.631 Euro; neue Bundesländer: 2.628 Euro).

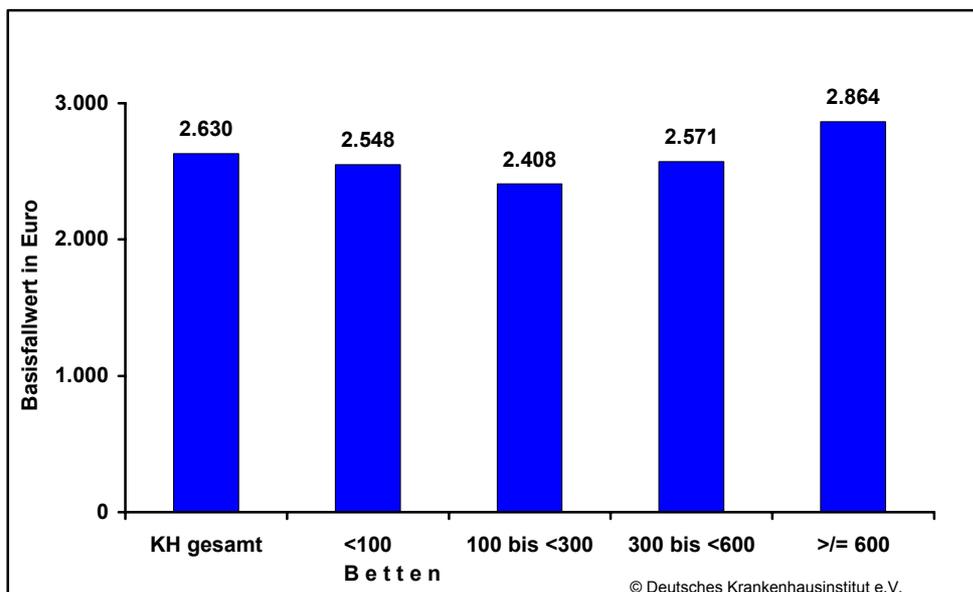


Abb. 7: Basisfallwerte nach Größenklassen

Betrachtet man anstelle des arithmetischen Mittelwertes Quartilswerte, so wird deutlich, dass

- 25% der Krankenhäuser einen Basisfallwert bis höchstens 2.323 Euro aufweisen;
- 50% der Häuser über einen Basisfallwert in Höhe bis zu 2.534 Euro verfügen;
- 25% der Krankenhäuser einen Basisfallwert haben, der höher als 2.782 Euro ist.

Unterschiedlich hohe Basisfallwerte zeigen sich für die Krankenhäuser nach Größenklassen. Den höchsten Basisfallwert weisen die Krankenhäuser ab 600 Betten mit 2.864 Euro auf. Die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten weisen mit 2.408 Euro den niedrigsten Basisfallwert auf.

Der Casemix-Index ergibt sich aus der Division der Summe der Bewertungsrelationen durch die Anzahl der Fallpauschalen. Insgesamt 158 Krankenhäuser konnten Angaben zu beiden Größen machen.

Der bundesdeutsche Casemix-Index für 2003 liegt bei 0,9587. In den alten Bundesländern nimmt er einen Wert von 0,9626, in den neuen Bundesländern von 0,9440 an.

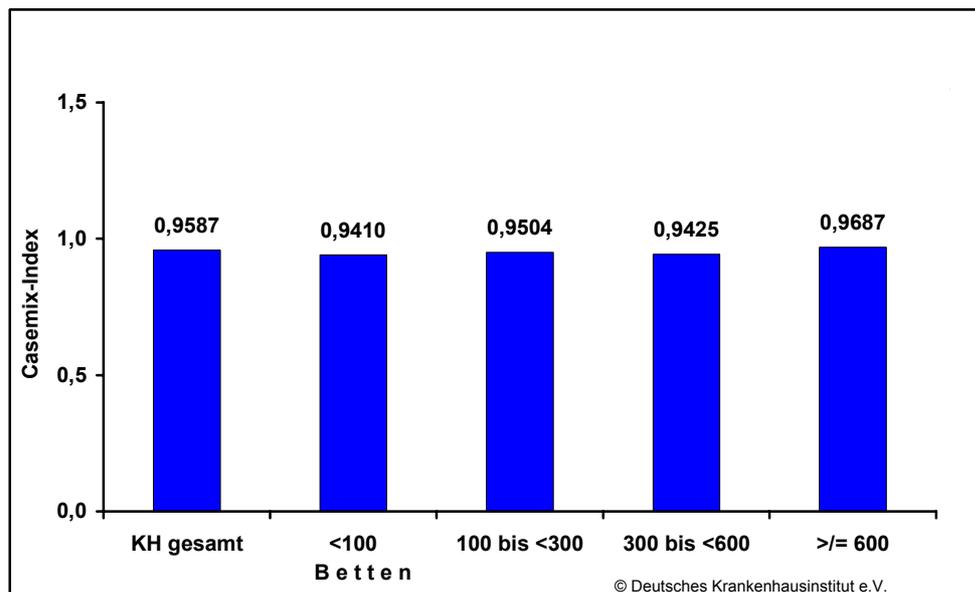


Abb. 8: Casemix-Index nach Größenklassen

Die Casemix-Indizes der Krankenhäuser in den 4 Größenklassen variieren nur wenig.

2.5 Sonstige Entgelte, Zusatzentgelte und teilstationäre Leistungen

Neben den Fallpauschalen sieht das neue Abrechnungssystem auch noch weitere Leistungen vor.

Hierzu zählen

- die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für Leistungen, die noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst sind bzw. besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG;
- Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist (§ 17b Abs. 1 Satz 12 KHG).

Teilstationäre Leistungen sollen auch für Fallpauschalen abgerechnet werden. Da die erste Kalkulationsrunde keine teilstationären Fallpauschalen generierte,

wurden teilstationäre Leistungen im Jahr 2003 mit Hilfe des Fallpauschalenkataloges abgerechnet.

In rund 20% der Optionskrankenhäuser wurden sonstige Entgelte vereinbart.

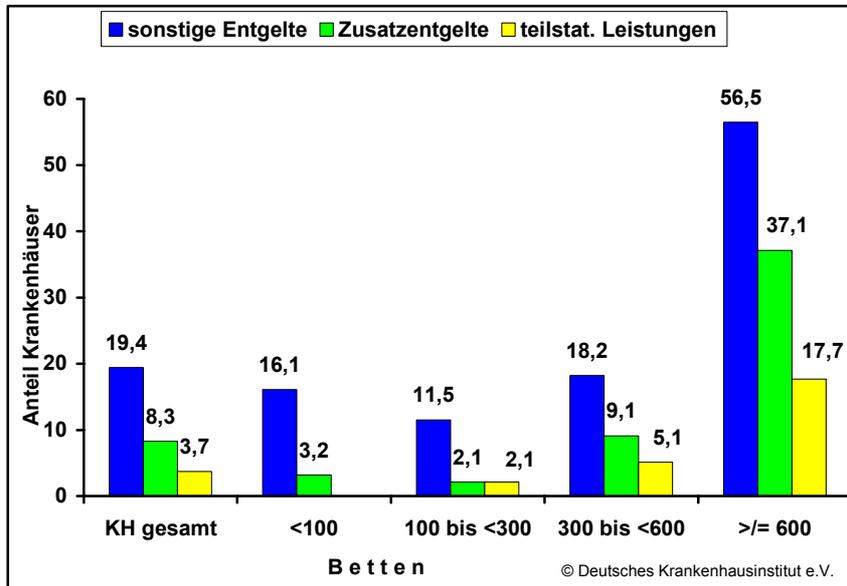


Abb. 9: Abrechnung von sonstigen Entgelten, Zusatzentgelten und teilstationären Leistungen nach Größenklassen

Die betrifft vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten, wo jedes zweite Haus entsprechende Leistungen abrechnet.

Zu den vereinbarten sonstigen Entgelten gehören beispielsweise

- Abrechnung von Leistungen in Tageskliniken, z.B. in der Geriatrie, Onkologie oder Pädiatrie;
- besondere medizinische Leistungen, wie beispielsweise Stammzellentransplantation, Neuroradiologie oder Protonentherapie;
- Leistungen, die in Anlage 2 des Fallpauschalenkataloges aufgeführt sind, wie die Lebertransplantation (A01Z), Knochenmarktransplantation (A04Z) oder die psychischen Krankheiten und Störungen der MDC 19.

Zusatzentgelte wurden in 8% der Krankenhäuser vereinbart, wobei auch hier wieder die großen Krankenhäuser am stärksten vertreten sind. Die Vereinbarungen betreffen fast ausschließlich die Behandlung von Blutern und (interkurrente) Dialysepatienten.

Knapp 4% der Krankenhäuser rechneten teilstationäre Leistungen auf der Grundlage des Fallpauschalenkataloges ab. Auch hier betrifft dies vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten.

Zu den teilstationären Leistungen, die mit Hilfe des Fallpauschalenkataloges abgerechnet werden, zählen fast ausschließlich tagesklinische Leistungen im Bereich der Onkologie oder der kurrenten Dialysen.

3 Fachabteilungsbezogene DRG-Daten

Unabhängig davon, ob die Krankenhäuser am Optionsmodell teilnehmen, wurden fachabteilungsbezogene Daten wie die Fallzahl, die Summe der Bewertungsrelationen und die Summe patientenbezogener Schweregrade für das Jahr 2002 erfasst.

3.1 Fachabteilungsbezogene Casemix-Indizes

Um die fachabteilungsbezogenen Casemix-Indizes zu ermitteln, wurden für jede bettenführende Fachabteilung die Fallzahlen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen summiert. Berücksichtigt wurden hierbei nur Häuser, die beide Angaben machen konnten. Anschließend wurde die Summe der Bewertungsrelationen durch die Summe der Fallzahlen dividiert.

In die folgende Tabelle wurden nur Fachabteilungen aufgenommen, bei denen von mindestens 30 Krankenhäusern Angaben vorliegen. Sofern nicht anders angegeben, handelt es sich immer um Hauptabteilungen

Fachabteilung	Anzahl Abteilungen	Casemix-Index
Innere Medizin	168	0,9641
Geriatrie	32	1,5851
Kardiologie	46	1,0706
Hämatologie	32	0,8888
Pädiatrie	79	0,8078
Allgemeine Chirurgie	184	1,2430
Unfallchirurgie	70	1,2873
Neurochirurgie	36	1,7984
Urologie	70	0,9498
Orthopädie	41	1,6488
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	130	0,7049
HNO – Hauptabteilung	42	0,7409
HNO – Belegabteilung	73	0,5231
Augenheilkunde – Hauptabteilung	33	0,6876
Augenheilkunde – Belegabteilung	35	0,5711
Strahlenheilkunde	49	0,9149
Intensivmedizin	89	2,0074

Tab. 1: Casemix-Indizes nach Fachabteilungen

Eine große Spannweite der CMI je Fachabteilung fällt auf. Den niedrigsten durchschnittlichen CMI weist die HNO-Belegabteilung auf. Die intensivmedizinischen Fachabteilungen in der Stichprobe weisen einen mittleren CMI von 2,0074 auf, wobei hier nicht unterschieden wurde zwischen einer konservativen und einer chirurgischen Intensivabteilung.

Der durchschnittliche CMI wird bei einigen Fachabteilungen durch die unterschiedliche Größe der Krankenhäuser beeinflusst. So variiert der CMI bei der Allgemeinen Chirurgie zwischen 0,9529 bei den Krankenhäusern bis unter 100 Betten und 1,3822 bei den Häusern ab 600 Betten. Weniger groß ist die Spannweite bei der Inneren Medizin. Hier verfügen die Häuser bis unter 100 Betten über einen durchschnittlichen CMI von 0,8970, während die großen Krankenhäuser ab 600 Betten einen CMI von 0,9919 aufweisen.

Dagegen zeigen sich im Bereich der Unfallchirurgie Unterschiede erst in der zweiten Nachkommastelle.

3.2 Fachabteilungsbezogene Patientenschweregrade

Jedem Patienten wird im Fallpauschalensystem ein patientenbezogener Schweregrad (PCCL) zugeordnet. Der PCCL kann 5 Ausprägungen annehmen, die von 0 (= kein Schweregrad) bis zu 4 (= äußerst schwerer Schweregrad) reichen.

Der PCCL-Wert stellt eine Maßzahl für den kumulativen Effekt von Komorbiditäten und Komplikationen je Patient und Behandlungsperiode dar. Je höher der PCCL-Wert, desto ernsthaftere Komorbiditäten und Komplikationen traten auf. Der durchschnittliche PCCL-Wert einer Abteilung kann somit als ein Indikator für die medizinische Schwere des Patientgutes der Abteilung gelten. Insofern können die hier dokumentierten Werte für ein Benchmark mit den jeweils eigenen Abteilungen verwendet werden. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass es sich nur um eine erste Einschätzung handeln kann, da jeweils nur strukturgleiche Abteilungen (z.B. Abteilungen von Grundversorger-Krankenhäusern) miteinander verglichen werden können.

Um die fachabteilungsbezogenen Patientenschweregrade zu ermitteln, wurden für jede bettenführende Fachabteilung die Fallzahlen und die Summe der patientenbezogenen Schweregrade summiert. Berücksichtigt wurden hierbei nur Häuser, die beide Angaben machen konnten.

Sofern nicht anders angegeben, handelt es sich immer um Hauptabteilungen.

Auch bei den durchschnittlichen Patientenschweregrad zeigt sich eine erhebliche Spannweite zwischen den Abteilungen. Die am „wenigsten kranken Patienten“ lagen in einer HNO-Belegabteilung. Die Patienten mit den meisten und schwersten Nebenerkrankungen und Komplikationen lagen in der Geriatrie.

Fachabteilung	Anzahl Abteilungen	Durchschnittlicher Patientenschweregrad
Innere Medizin	114	1,7534
Geriatric	22	2,4975
Kardiologie	41	1,6200
Hämatologie	28	1,8522
Pädiatrie	63	0,9616
Allgemeine Chirurgie	120	1,1068
Unfallchirurgie	57	0,8566
Neurochirurgie	33	0,9679
Urologie	55	1,1666
Orthopädie	29	0,7554
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	98	0,4999
HNO – Hauptabteilung	35	0,5115
HNO – Belegabteilung	40	0,1261
Augenheilkunde – Hauptabteilung	27	0,7315
Augenheilkunde – Belegabteilung	21	0,3290
Strahlenheilkunde	39	1,5193
Intensivmedizin	59	2,0743

Tab. 2: PCCL nach Fachabteilungen

Auch beim patientenbezogenen Schweregrad werden die Ergebnisse teilweise durch die Größenklassen der Krankenhäuser beeinflusst. So lag der durchschnittliche PCCL in der Inneren Medizin in den Krankenhäuser bis unter 100 Betten bei 1,2772, während die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten einen durchschnittlichen PCCL-Wert von 1,8289 aufwiesen.

Im Bereich der Unfallchirurgie zeigen sich auch hier die Unterschiede erst in der zweiten Nachkommastelle.

3.3 Vergleich der fachabteilungsbezogenen Casemix-Indizes mit den Patientenschweregraden

Während der CMI eine Maß für die durchschnittliche ökonomische Aufwändigkeit der behandelten Fälle ist, gibt der durchschnittliche PCCL-Wert Auskunft über die medizinische Schwere der in der Abteilung behandelten Patienten.

Ein Vergleich beider Werte zeigt zwar nicht, ob die Fallpauschalen im Einzelnen richtig und angemessen kalkuliert sind. Gezeigt werden kann aber, welche Unterschiede es zwischen den Abteilungen gibt.

Dazu wird zunächst ermittelt, ob der PCCL-Wert größer oder kleiner als der CMI ist. Anschließend werden je Fachabteilung die jeweiligen relativen Anteile für beide Gruppen ermittelt.

Fachabteilung	Anzahl Abteilungen	Anteil Abteilungen, in denen gilt	
		Ø PCCL < CMI	Ø PCCL > CMI
Innere Medizin	115	7,0%	93,0%
Geriatrie	22	9,1%	90,9%
Kardiologie	39	7,7%	92,3%
Hämatologie	26	7,7%	92,3%
Pädiatrie	63	31,7%	68,3%
Allgemeine Chirurgie	121	70,2%	29,8%
Unfallchirurgie	54	92,6%	7,4%
Neurochirurgie	32	93,8%	6,3%
Urologie	53	30,2%	69,8%
Orthopädie	31	93,5%	6,5%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	99	82,8%	17,2%
HNO – Hauptabteilung	35	77,1%	22,9%
HNO – Belegabteilung	40	87,5%	12,5%
Augenheilkunde – Hauptabteilung	27	40,7%	59,3%
Augenheilkunde – Be- legabteilung	26	76,9%	23,1%
Strahlenheilkunde	41	29,3%	70,7%
Intensivmedizin	63	49,2%	50,8%

Tab. 3: Vergleich durchschnittlicher Patientenschweregrad mit dem Casemix-Index

In der überwiegenden Anzahl der konservativen Fachabteilungen ist der durchschnittliche patientenbezogene Schweregrad größer als der Casemix-Index. Umgekehrt dagegen bei den chirurgischen Fachabteilungen. Hier ist in der Mehrzahl der betrachteten Abteilungen der Casemix-Index größer als der mittlere PCCL-Wert.

Während im Bereich der HNO-Abteilungen ein gleichförmiges Verhalten der Haupt- und der Belegabteilungen festzustellen ist, liegt der Sachverhalt bei der Augenheilkunde anders. Bei der Mehrzahl der Belegabteilungen liegt der PCCL-Wert niedriger als der CMI. Bei den Hauptabteilungen ist die Relation zwischen beiden Werten genau umgekehrt.

Ein relativ ausgewogenes Bild zeigen die intensivmedizinischen Abteilungen. Jeweils die Hälfte der Abteilungen hat einen niedrigeren oder einen höheren durchschnittlichen PCCL-Wert im Vergleich zum CMI. Ein möglicher Grund hier-

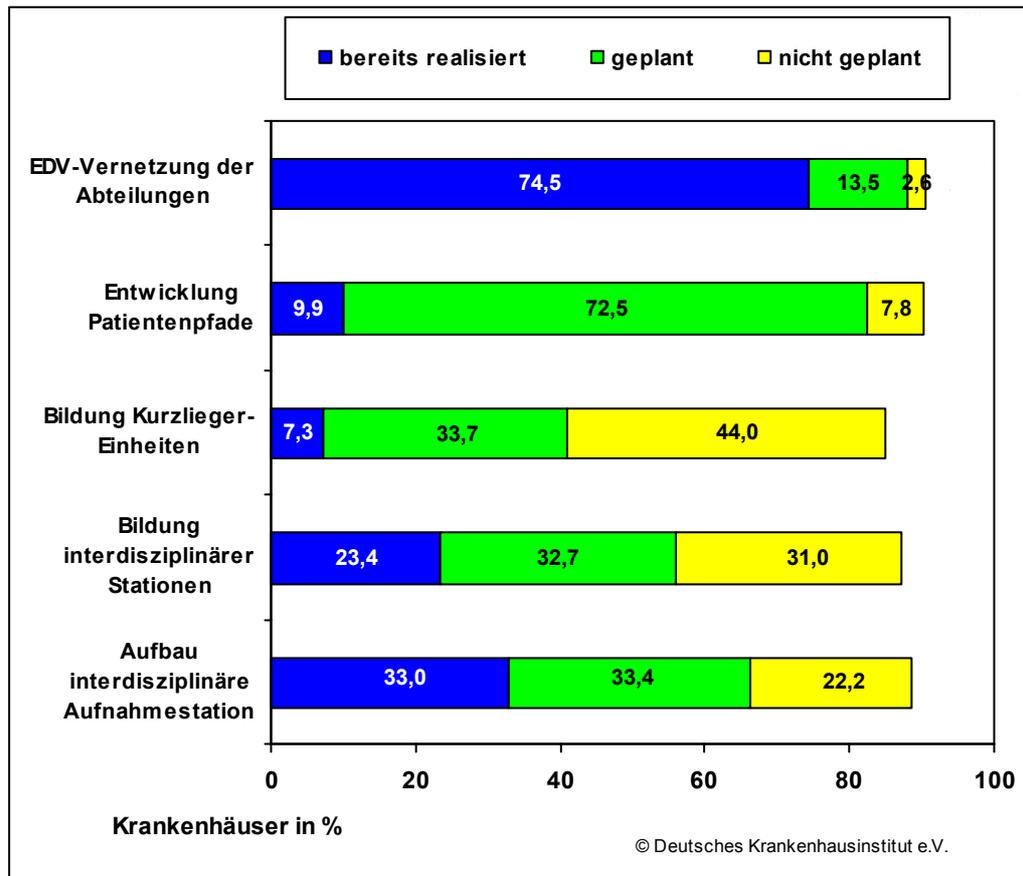
für könnte sein, dass nicht unterschieden wurde zwischen konservativen und chirurgischen Intensivabteilungen.

Insgesamt zeigt der Vergleich der Casemix-Indizes mit den durchschnittlichen PCCL-Werten auffällige Unterschiede zwischen konservativen und chirurgischen Abteilungen. In der Mehrzahl der konservativen Abteilungen ist der durchschnittliche PCCL-Wert höher als der Casemix-Index, während das Verhältnis in der Mehrzahl der chirurgischen Abteilungen gerade umgekehrt ist.

4 Änderung der internen Organisation

Das Fallpauschalensystem bedingt in vielen Fällen eine Änderung der internen Organisation der Krankenhäuser.

Eine EDV-Vernetzung der Fachabteilungen haben drei Viertel der Krankenhäuser schon realisiert. Weitere 14% planen diese Maßnahme. Hierbei handelt es sich vor allem um Krankenhäuser mit unter 100 Betten.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 10: Organisatorische Veränderungen im Hinblick auf das Fallpauschalensystem

Die Entwicklung von Patientenzpfaden zur verbesserten Patientensteuerung und Behandlung beabsichtigen 73% der Krankenhäuser. In 10% sind entsprechende Pfade schon entwickelt worden. Auch hier zeigt sich ein Zusammenhang mit der Größe des Krankenhauses. In 6% der Häuser mit weniger als 100 Betten wurden Patientenzpfade schon entwickelt. Gleiches trifft auf 22% der Häuser ab 600 Betten zu.

Die Einrichtung von Kurzlieger-Einheiten wurde in 7% der Krankenhäuser schon realisiert. Bei weiteren 34% der Krankenhäuser sind sie geplant.

Die Bildung von interdisziplinären Stationen/ Behandlungszentren ist in 23% der Häuser schon abgeschlossen. Eine Planung hierfür liegt in einem weiteren Drittel der Häuser vor.

In je einem Drittel der Krankenhäuser ist der Aufbau einer interdisziplinären Aufnahmestation/Zentralen Notaufnahme entweder schon abgeschlossen oder geplant.

**Krankenhaus
Barometer**

5 Personalbereich

5.1 Verringerung des Personalbestandes

In einer Vielzahl von Krankenhäusern waren Maßnahmen im Personalbereich erforderlich, um eine Budgetunterdeckung zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

In der Hälfte der Krankenhäuser hat sich durch entsprechende Maßnahmen wie z.B. Personalabbau oder eine zeitweise Nichtbesetzung offener Stellen der Personalbestand seit Anfang 2003 reduziert.

Dies betraf vor allem Krankenhäuser in den alten Bundesländern, wo 53% Angaben, dass sich ihr Personalbestand reduziert habe. In den neuen Bundesländern führten 36% der Häuser entsprechende Maßnahmen durch.

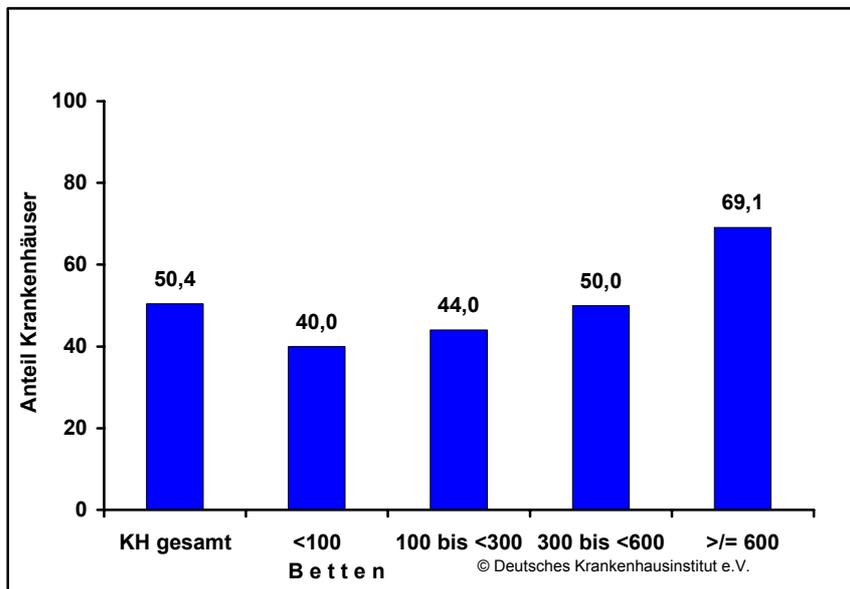


Abb. 11: Krankenhäuser mit reduziertem Personalbestand nach Größenklassen

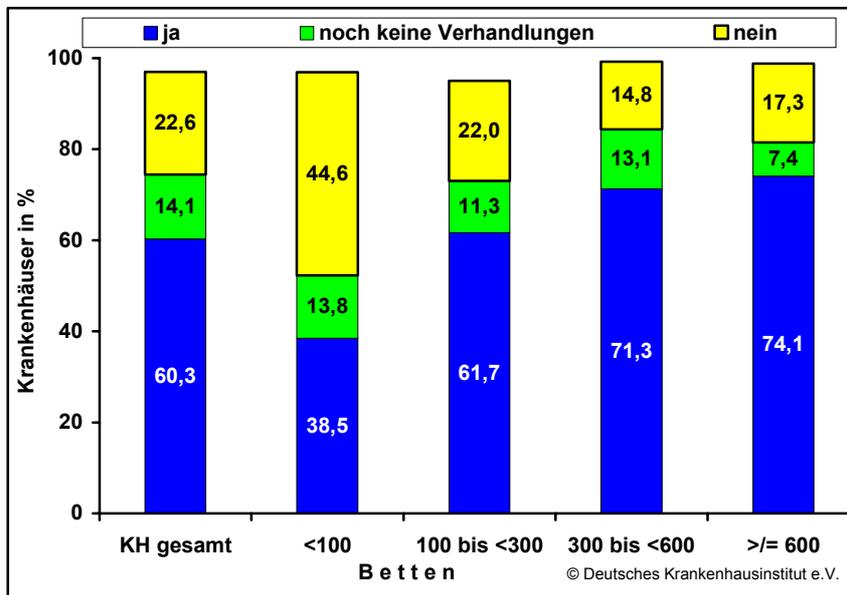
Ein Personalabbau fand vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten statt. Hier gaben mehr als zwei Drittel der Häuser an, dass sie im Jahr 2003 weniger Personal als 2002 beschäftigten. Unterdurchschnittlich dagegen der Anteil der Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten.

Insgesamt 197 Krankenhäuser konnten quantifizieren, wie viele Vollkräfte sie bis Mitte 2003 abgebaut haben. Rechnet man dies auf die Grundgesamtheit der allgemeinen Krankenhäuser hoch, so wurden allein im ersten Halbjahr 2003 gut 8.700 Vollkraft-Stellen abgebaut. Die Anzahl der betroffenen Mitarbeiter dürfte jedoch höher liegen, da die Vollkraftzahl niedriger ist als die Kopfzahl der Mitarbeiter.

5.2 Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann nach § 6 Abs. 5 Bundespflegegesetzverordnung ein zusätzlicher Betrag in Höhe von bis zu 0,2% des Gesamtbeitrages mit den Kostenträgern vereinbart werden.

In den Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 2003 haben 60% der Krankenhäuser diesen Betrag geltend gemacht. In 14% der Häuser gab es zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine Verhandlungen.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 12: Geltendmachung des zusätzlichen Betrages nach § 6 Abs. 5 BPfIV nach Größenklassen

Mit Ausnahme der Krankenhäuser bis unter 100 Betten hat jeweils der Großteil der Krankenhäuser den zusätzlichen Betrag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Verhandlungen geltend gemacht. Je größer das Haus, desto größer offensichtlich die Bereitschaft, den zusätzlichen Betrag in der Pflegesatzverhandlung zu fordern.

Rund 63% der Krankenhäuser, die den zusätzlichen Betrag in den Verhandlungen geltend machten, haben auch eine entsprechende Vereinbarung mit den Kostenträgern abgeschlossen. In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der Krankenhäuser, deren Budget um maximal 0,2% erhöht werden kann, bei 78%, in den alten Bundesländern bei 60%. Auf der anderen Seite wurde in 14% der ostdeutschen und in 9% der westdeutschen Krankenhäuser eine entsprechende Vereinbarung von den Kostenträgern abgelehnt.

In weiteren 27% der Krankenhäuser laufen die Verhandlungen noch (alte Bundesländer: 31%; neue Bundesländer; 8%).

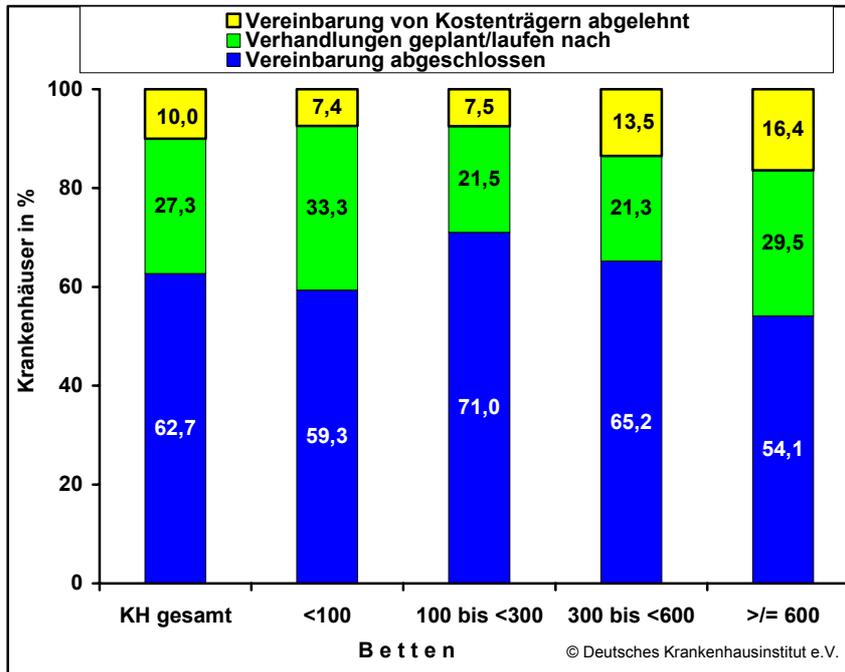


Abb. 13: Abschluss einer Vereinbarung nach § 6 Abs. 5 BPfIV nach Größenklassen

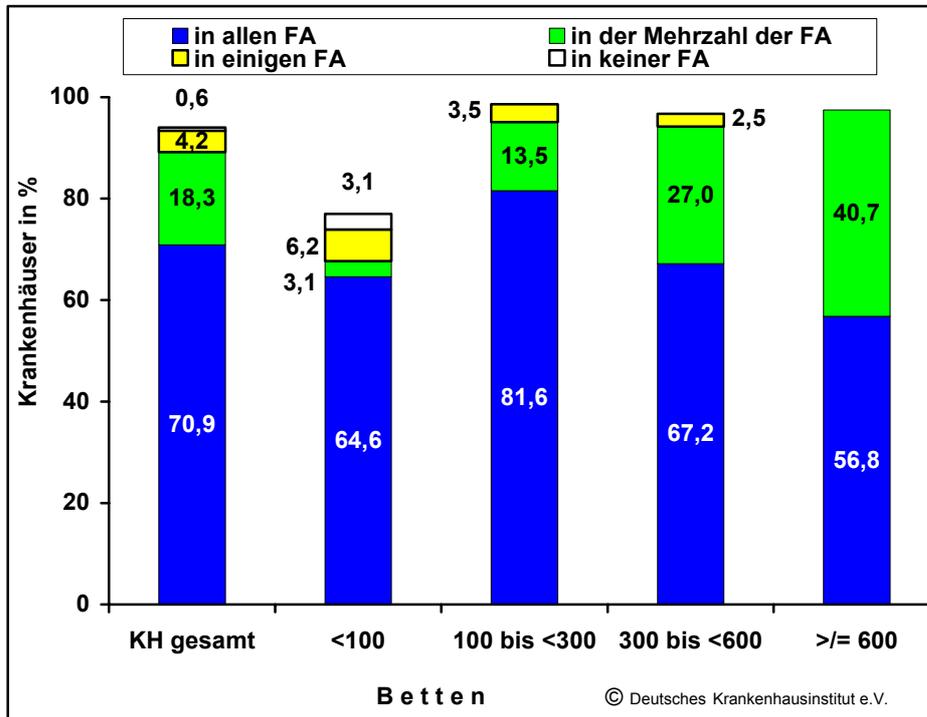
Unterschiedlich hoch ist der Anteil der Krankenhäuser mit einer Vereinbarung nach § 6 Abs. 5 BPfIV, wenn man die Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen unterscheidet.

Auch wenn man berücksichtigt, dass zum Zeitpunkt der Erhebung in einem nicht unerheblichen Anteil der Krankenhäuser die Verhandlungen entweder noch liefen oder sogar erst nur geplant waren, wird deutlich, dass die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten die höchst „Erfolgsquote“ hinsichtlich einer Vereinbarung aufweisen. Den höchsten Anteil an von den Kostenträgern abgelehnten Vereinbarungen haben die Krankenhäuser ab 600 Betten.

5.3 Bereitschaftsdienste in Krankenhäusern

5.3.1 Abteilungen und Berufsgruppen mit Bereitschaftsdiensten

In 71% der Krankenhäuser leisten die Ärzte aller bettenführenden Fachabteilungen Bereitschaftsdienst. In weiteren 18% der Krankenhäuser betrifft es die Ärzte in der Mehrzahl der bettenführenden Abteilungen.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 14: Ärztlicher Dienst mit Bereitschaftsdienst in bettenführenden Fachabteilungen nach Größenklassen

Deutlich zeigen sich die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der unterschiedlichen Größenklassen. So führen die Ärzte aller bettenführenden Fachabteilungen in 82% der Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten Bereitschaftsdienste durch. In den großen Krankenhäusern liegt dieser Anteil bei 57%.

Dafür geben 41% der Häuser ab 600 Betten an, dass in der Mehrzahl der bettenführenden Fachabteilungen Bereitschaftsdienst durchgeführt wird. In keiner anderen Bettengrößenklasse findet dies im ähnlichen Umfange statt.

Nur in 3% der kleinen Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten ist in keiner Abteilung Bereitschaftsdienst vorgesehen.

Bereitschaftsdienst in nicht-bettenführenden Bereichen des Krankenhauses leisten insbesondere

- das Pflegepersonal für den OP-Dienst,
- die Ärzte in der Anästhesie,
- das Pflegepersonal in der Anästhesie
- die MTAs in der Radiologie und im Labor.

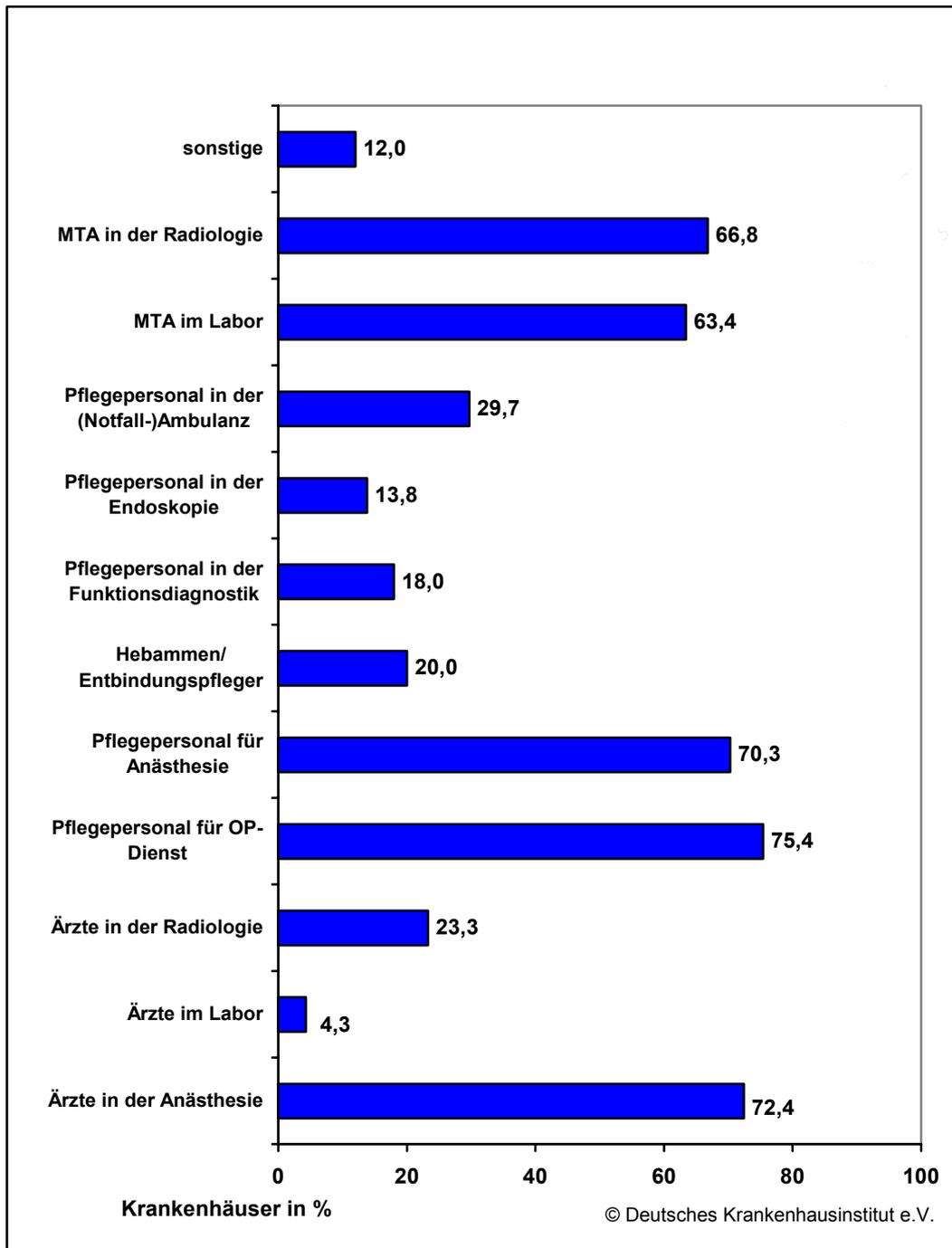


Abb. 15: Berufsgruppen in nicht-bettenführenden Bereichen mit Bereitschaftsdienst

Andere Berufsgruppen führen weitaus seltener Bereitschaftsdienste durch.

Zu den Sonstigen, die Bereitschaftsdienste absolvieren, gehören insbesondere Techniker.

5.3.2 Durchschnittliche Dauer und Anzahl der Bereitschaftsdienste

Bei der durchschnittlichen Dauer der Bereitschaftsdienste wurde unterschieden zwischen den Bereitschaftsdiensten in der Woche (Montag bis Freitag) und den Bereitschaftsdiensten am Wochenende.

Die durchschnittliche Dauer der Bereitschaftsdienste je Tag, die ein bereitchaftsdienstleistender Mitarbeiter absolviert, kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

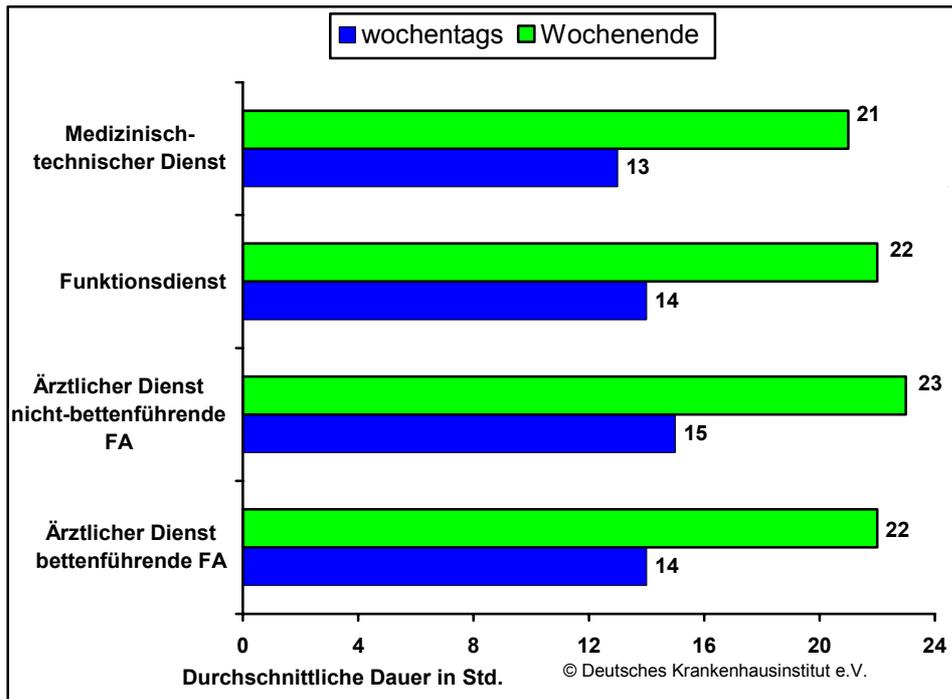


Abb. 16: Durchschnittliche Dauer des Bereitschaftsdienstes je Tag und bereitchaftsdienstleistender Mitarbeiter

Die Durchschnittswerte für die Bereitschaftsdienststunden am Wochenende werden durch diejenigen Krankenhäuser, die samstags und/oder sonntags einen Regeldienst eingerichtet haben, beeinflusst:

- So haben mehr als 75% der Krankenhäuser am Wochenende für den Ärztlichen Dienst in den bettenführenden Fachabteilungen einen Bereitschaftsdienst eingerichtet, der je bereitchaftsdienstleistenden Mitarbeiter und Tag 24 Stunden umfasst.
- Die durchschnittliche Dauer des Bereitschaftsdienstes am Wochenende für die Mitarbeiter des Medizinisch-Technischen Dienstes liegt bei 50% der Krankenhäuser bei 24 Stunden pro Tag. Auf der anderen Seite werden in 10% der Häuser nur bis zu 12 Stunden je Tag und Mitarbeiter im Bereitschaftsdienst gearbeitet.

Im Folgenden wird dargestellt, wie viele Bereitschaftsdienste je Bereitschaftsdienststufe in den Krankenhäusern pro Tag je unterschiedener Personalgruppe durchgeführt werden.

Ärztlicher Dienst in bettenführenden Fachabteilungen

62% der Krankenhäuser gaben an, dass bei ihnen der Ärztliche Dienst in den bettenführenden Fachabteilungen einen Bereitschaftsdienst der Stufe D leisten würde. Insgesamt werden je Krankenhaus pro Tag 5 Bereitschaftsdienste dieser Stufe durchgeführt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in den Krankenhäusern bis unter 100 Betten im Mittel nur ein entsprechender Dienst stattfindet, während in den Häusern ab 600 Betten 12 solcher Dienste geleistet werden.

Bereitschaftsdienst in Stufe C erfolgt in 43% der Krankenhäuser. Im Mittel sind 2 solcher Dienste je Tag und Krankenhaus vorgesehen. Wiederum gibt es Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der unterschiedlichen Größenklassen. Während bei den großen Häusern ab 600 Betten durchschnittlich 4 Ärzte täglich einen Bereitschaftsdienst der Stufe C leisten, ist es in den Krankenhäusern bis unter 100 Betten im Mittel 1 Arzt.

In 27% der Krankenhäuser werden Bereitschaftsdienste der Stufe B für den Ärztlichen Dienst in den bettenführenden Fachabteilungen durchgeführt. Pro Tag werden hierfür 2 Ärzte eingesetzt.

Lediglich 6% der Krankenhäuser gaben an, dass bei ihnen Dienste in der Stufe A vorkommen. Hierfür werden durchschnittlich 3 Ärzte eingeteilt.

Ärztlicher Dienst in nicht-bettenführenden Fachabteilungen

27% der Krankenhäuser gaben an, dass der Ärztliche Dienst in nicht-bettenführenden Fachabteilungen Bereitschaftsdienst der Stufe D leistet. Im Mittel sind hiervor 2 Ärzte je Tag und Krankenhaus betroffen. In den Krankenhäusern unter 100 Betten wird in keinem Haus ein solcher Dienst durchgeführt. In den Häusern ab 600 Betten führen im Mittel 3 Ärzte diese Bereitschaftsdienste aus.

Einen Bereitschaftsdienst der Stufe C ist in 16% der Krankenhäuser installiert. Durchschnittlich 2 Ärzte werden je Krankenhaus und Tag beschäftigt.

Bereitschaftsdienste der Stufen B und A werden in 8 bzw. 3% der Krankenhäuser geleistet. Im Mittel ist jeweils 1 Arzt im Dienst.

Funktionsdienst

Der Funktionsdienst leistet Bereitschaftsdienst in Stufe D in 15% der Krankenhäuser. Im Mittel werden hier pro Tag und Krankenhaus 2 Mitarbeiter eingesetzt.

23% der Krankenhäuser verfügen über einen Bereitschaftsdienst Stufe C im Funktionsdienst. Im Durchschnitt leisten 3 Mitarbeiter diesen Dienst.

Dass ein Bereitschaftsdienst der Stufe B im Funktionsdienst durchgeführt wird, gaben 44% der Häuser an. Wiederum führen im Mittel 3 Mitarbeiter je Tag und Haus den Bereitschaftsdienst aus.

Rund 11% der Krankenhäuser organisieren einen Dienst der Stufe A mit durchschnittlich 1 Mitarbeiter.

Medizinisch-Technischer Dienst

Bereitschaftsdienste der Stufe der D werden im Bereich des Medizinisch-Technischen Dienstes in 26% der Krankenhäuser durchgeführt. Im Mittel sind hiervor je Tag und Haus 2 Mitarbeiter betroffen.

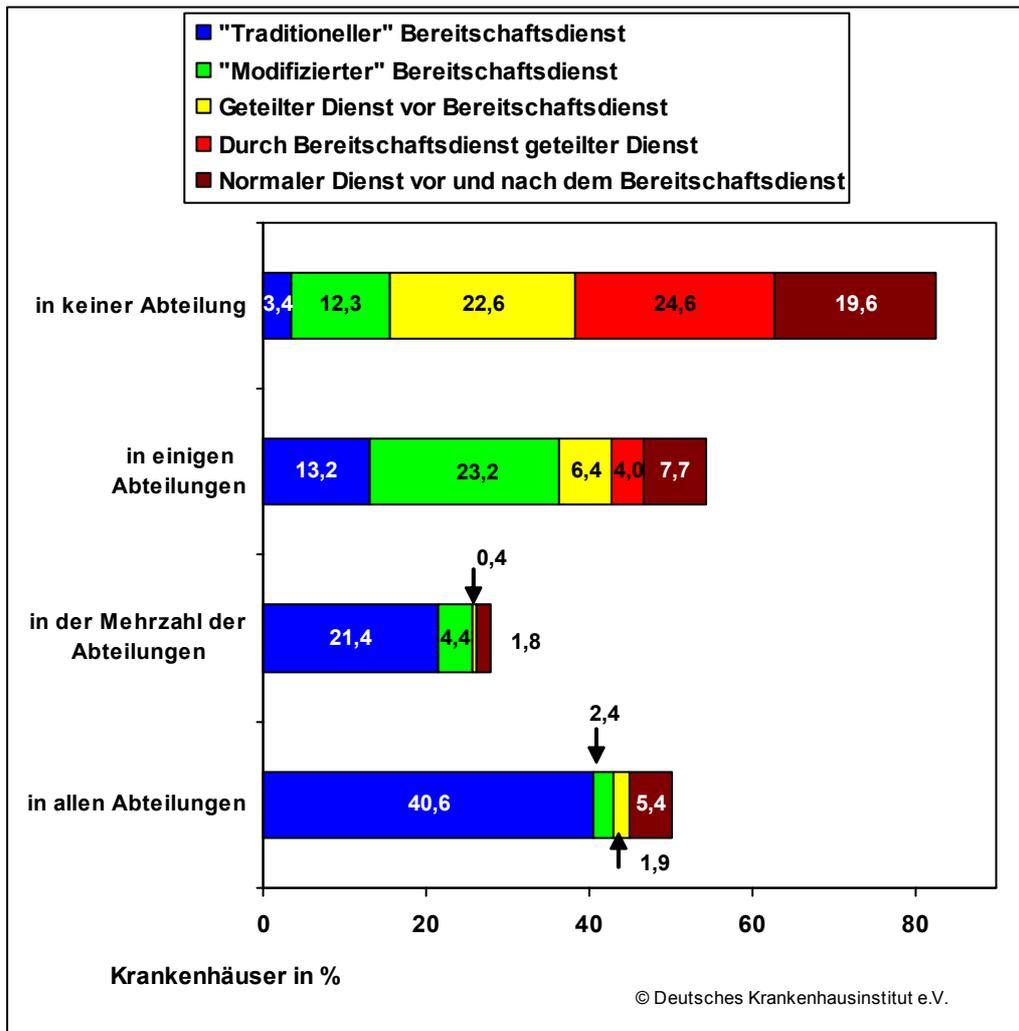
32% der Krankenhäuser führen einen Dienst der Stufe C durch. Auch hier leisten im Mittel 2 Mitarbeiter die Dienste.

Ein Fünftel der Krankenhäuser führen im Medizinisch-Technischen-Dienst Dienste der Stufe B durch. Im Durchschnitt werden die Dienste von einem Mitarbeiter durchgeführt.

Lediglich 2% der Häuser haben einen Dienst der Stufe A. Auch hier leistet 1 Mitarbeiter je Krankenhaus und Tag diesen Dienst.

5.3.3 Bereitschaftsdienstmodelle

Der „traditionelle“ Bereitschaftsdienst (Tagdienst bis nachmittags und Bereitschaftsdienst bis zum nächsten Morgen) stellt für den Ärztlichen Dienst in den bettenführenden Fachabteilungen die häufigste Organisationsform des Bereitschaftsdienstes dar. In 41% der Krankenhäuser wird diese Dienstform in allen Abteilungen angewendet. Weitere 21% der Häuser gaben an, dass in der Mehrzahl der Abteilungen der traditionelle Dienst zur Anwendung kommt. Lediglich 3% der Häuser betonten, dass er in keiner Abteilung angewendet wird.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 17: Bereitschaftsdienstmodelle für den Ärztlichen Dienst in bettenführenden Fachabteilungen

Der traditionelle Bereitschaftsdienst wird in 53% der Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten in allen Abteilungen angewendet. In den großen Krankenhäusern ab 600 Betten führt ein Viertel der Häuser diese Bereitschaftsdienstform im ganzen Haus durch. Auf der anderen Seite gaben 57% dieser Häuser an, dass der traditionelle Bereitschaftsdienst in der Mehrzahl der Abteilungen angewendet wird. Bei den Krankenhäusern bis unter 100 Betten gaben dies nur 6% der Häuser an, wobei hier zu bedenken ist, dass diese Häuser i.d.R. höchstens 2 bis 3 Fachabteilungen aufweisen.

Ein „modifizierter“ Bereitschaftsdienst (2 zeitversetzte Tagdienste bis zum Abend und Bereitschaftsdienst bis zum nächsten Morgen) wird zwar nur in 2,4% der Krankenhäuser in allen Abteilungen angewendet. In doppelt so vielen Häusern kommt diese Bereitschaftsdienstform aber in der Mehrzahl der Abteilungen zum Tragen. In gut einem Viertel der Krankenhäuser wird zumindest in einigen Abteilungen ein modifizierter Bereitschaftsdienst organisiert, und hier sind es vor allem die großen Krankenhäuser, die einen modifizierten Dienst durchführen: in jedem zweiten Haus mit mehr als 600 Betten gibt es einige Abteilungen, die einen solchen Dienst organisierten.

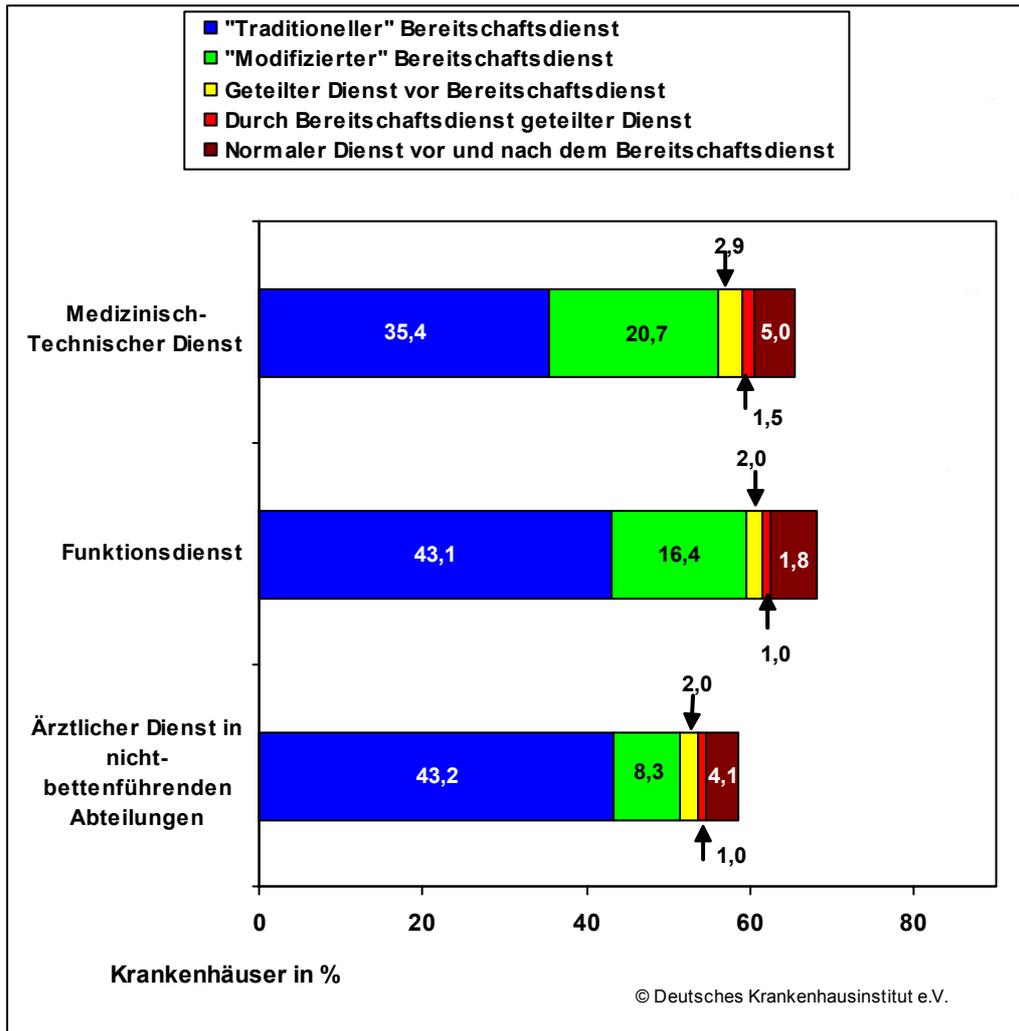
Ein geteilter Dienst vor Bereitschaftsdienst (geteilter Dienst von insgesamt ca. 8 Stunden, anschließend Bereitschaftsdienst bis zum nächsten Morgen) wird lediglich in 2% der Krankenhäuser in allen Abteilungen praktiziert. Der Anteil steigt auf 6%, wenn man auf einige Abteilungen des Krankenhauses rekurriert.

Ein durch Bereitschaftsdienst geteilter Dienst (Arbeitszeit von jeweils ca. 3-4 Stunden vor und nach dem Bereitschaftsdienst) kommt allenfalls in einigen Fachabteilungen vor (4% der Krankenhäuser).

In 5% der Krankenhäuser wird der Bereitschaftsdienst, der vorher und nachher vom normalen Dienst flankiert wird, in allen Abteilungen angewendet. In 8% der Krankenhäuser wird diese Bereitschaftsdienstorganisation zumindest in einigen Abteilungen praktiziert.

Sonstige Bereitschaftsdienstmodelle kommen nur in wenigen Krankenhäusern vor.

Der traditionelle Bereitschaftsdienst stellt auch für die Ärzte in den nicht-bettenführenden Fachabteilungen, den Funktionsdienst sowie den Medizinisch-Technischen Dienst die vorherrschende Organisationsform des Bereitschaftsdienstes dar, wenn auch in unterschiedlichem Umfange.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 18: Bereitschaftsdienstmodell in nicht-bettenführenden Fachabteilungen – Ärztlicher Dienst

Beim Ärztlichen Dienst in nicht-bettenführenden Fachabteilungen und dem Funktionsdienst ist der traditionelle Bereitschaftsdienst in jeweils 43% der Häuser das vorherrschende Modell. Beim Medizinisch-Technischen Dienst ist diese Dienstform zwar auch vorherrschend, aber nur in 35% der Häuser.

Im Medizinisch-Technischen Dienst nimmt der modifizierte Dienst in einem Fünftel der Krankenhäuser eine bestimmende Position ein. In 16% der Häuser trifft das auch für den Funktionsdienst zu, während es den Ärztlichen Dienst in nicht-bettenführenden Fachabteilungen in nur 8% der Krankenhäuser betrifft.

Ein normaler Dienst vor und nach dem Bereitschaftsdienst ist beim Ärztlichen Dienst in 4% und bei Medizinisch-Technischen Dienst in 5% der Häuser anzutreffen. Im Funktionsdienst sind davon nur 2% der Häuser betroffen.

6 Wahlleistung Unterkunft

6.1 Selbsteinstufung der Krankenhäuser

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben in einer „Gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV/ § 17 Abs. 1 KHEntg zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft“ Inhalte und Verfahren entwickelt, um die Höhe der Wahlleistungsentgelte für gesondert berechenbare Unterkunft zu ermitteln.

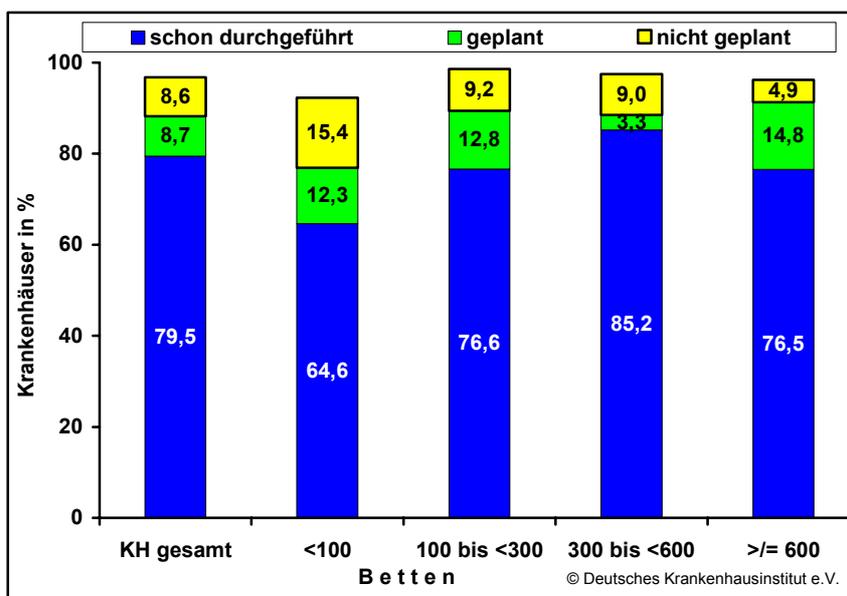
9% der Krankenhäuser sind der der „Gemeinsamen Empfehlung“ nicht beigetreten. Gründe hierfür können sein, dass sie beispielsweise keine Wahlleistungen im Bereich der gesondert berechenbaren Unterkunft anbieten oder dass sie mit dem Verfahren der Selbsteinstufung nicht einverstanden sind.

Sofern nämlich die Krankenhäuser der „Gemeinsamen Empfehlung“ beitreten, ist eine Selbsteinstufung zur Abgrenzung der Komfotelemente durchzuführen.

Eine solche Selbsteinstufung haben zum Zeitpunkt der Erhebung 80% der Krankenhäuser schon durchgeführt. Bei weiteren 9% ist sie in Planung.

Während in den alten Bundesländern 84% der Krankenhäuser die Selbsteinstufung schon durchgeführt haben, liegt der entsprechende Anteil in den neuen Bundesländern bei 57%. Auf der anderen Seite beabsichtigen 22% der ostdeutschen und 6% der westdeutschen Häuser eine Selbsteinstufung.

Der Anteil der Häuser, die keine Selbsteinstufung beabsichtigen, liegt in den alten Bundesländern bei 7% und in den neuen Bundesländern bei 17%. Gründe hierfür können sein, dass entweder keine Wahlleistung im Bereich der Unterkunft angeboten wird, oder aber dass das Verfahren der Selbsteinstufung nicht akzeptiert wird.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 19: Durchführung einer Selbsteinstufung nach der „Gemeinsamen Empfehlung“ nach Größenklassen

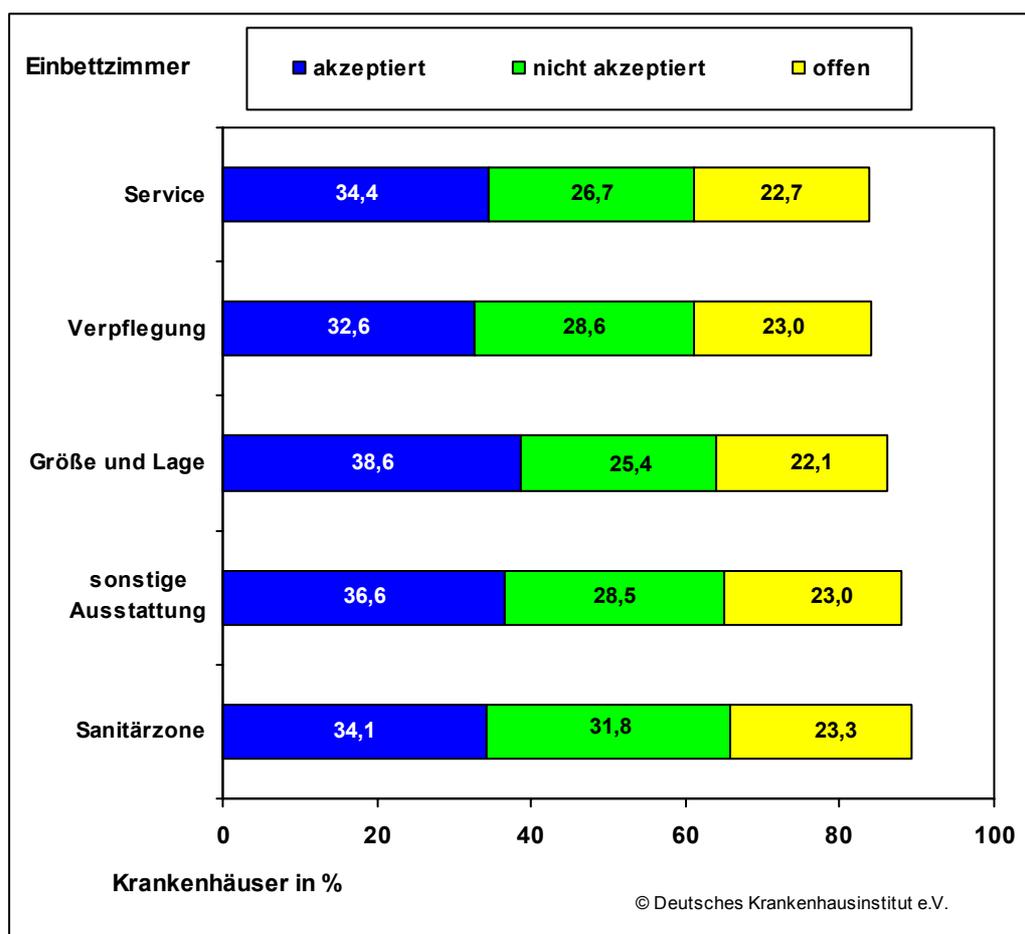
In jeder Bettengrößenklasse hat ein Großteil der Häuser eine Selbsteinstufung durchgeführt. Berücksichtigt man ferner den Anteil der Häuser, die eine entsprechende Einstufung beabsichtigen, so werden voraussichtlich mehr als drei Viertel der Häuser mit weniger als 100 Betten und rund 90% der Häuser in den anderen 3 Größenkategorien der „Gemeinsamen Empfehlung“ beitreten.

Keine Selbsteinstufung beabsichtigen zwischen 5 und 15% der Krankenhäuser.

6.2 Akzeptanz der Selbsteinstufung und Bewertung durch den Verband der Privaten Krankenversicherung

Die „Gemeinsame Empfehlung“ sieht vor, dass die Krankenhäuser zunächst aufgrund einer Selbstprüfung abgrenzen müssen, welche Komfortelemente überhaupt abrechenbar sind. Anschließend erfolgt dann für jeden Komfortblock durch wirklichkeitsnahe Schätzung eine Bewertung. Diese Bewertung wird dann ihrerseits vom Verband der Privaten Krankenversicherung beurteilt und ggf. akzeptiert.

Eine Übersicht über die Beurteilung der Komfortblöcke für die Einbettzimmer zeigt die nachfolgende Abbildung.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 20: Akzeptanz der Bewertung der Komfortelemente für Einbettzimmer durch den Verband der Privaten Krankenversicherung

Je nach Komfortblock wurden die Selbstbewertungen der Einbettzimmer von 33 bis 39% der Krankenhäuser akzeptiert.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung akzeptierte die Selbstbewertung der Krankenhäuser in 32% der Fälle bei der Bewertung der Sanitärzone und in 25% der Krankenhäuser für die Größe und Lage der Zimmer.

Die Akzeptanz der Selbstbewertung sagt noch nichts über die Höhe der Bewertung aus. Im Folgenden werden daher die durchschnittlichen akzeptierten und nicht akzeptierten Bewertungen je Komfortblock dargestellt. Hierbei konnten 254 Krankenhäuser Angaben zur entsprechenden Bewertung der Einbettzimmer machen.

Einbettzimmer

Die Selbstbewertung des Komfortblockes „**Sanitärzone**“ durch die Krankenhäuser führte zu einem täglichen Zuschlag für einen Einbettzimmer in Höhe 7,84 €. Allerdings wurde nur die Selbstbewertung von einem Drittel der Krankenhäuser akzeptiert (vgl. die obige Abbildung). Der Verband der Privaten Krankenversicherung lehnte die Selbstbewertung von einem weiteren Drittel der Häuser ab.

Komfortblöcke - Einbettzimmer	Ø Selbstbewertung	Ø akzeptierte Bewertung	Ø nicht akzeptierte Bewertung	Ø noch offene Bewertung
Sanitärzone	7,84 €	6,76 €	9,28 €	8,32 €
Sonstige Ausstattung	4,04 €	3,37 €	4,92 €	4,54 €
Größe und Lage	6,12 €	5,75 €	7,86 €	6,41 €
Verpflegung	7,70 €	5,51 €	10,37 €	9,62 €
Service	6,29 €	5,13 €	8,22 €	7,82 €

Tab. 4: Bewertung Einbettzimmer

Der durchschnittliche Zuschlag, der akzeptiert wurde, lag bei 6,76 €. Hier reichte die Spannweite von 0 € bis hin zu 12 €. Der Median, also der Wert, bei dem je 50% der Krankenhäuser unterhalb und oberhalb des betreffenden Wertes liegen, lag bei 7,18 €.

Der mittlere nicht akzeptierte Wert für den Zuschlag „Sanitärzone“ lag bei 9,28 €. Die Spannweite der nicht akzeptierten Zuschläge reichte von 3,30 € bis zu 12 €. Der Median nahm einen Wert von 10 € an.

Noch offen war die Beurteilung des Zuschlages für die Sanitärzone in 23% der Krankenhäuser. Der Durchschnittswert der Selbstbewertung lag bei 8,32 €.

Der vom Verband der Privaten Krankenversicherung akzeptierte Zuschlag für den Bereich „**Sonstige Ausstattung**“ lag im Mittel bei 3,37 € und damit um 17% niedriger als die durchschnittliche Selbstbewertung seitens der Krankenhäuser. Bei der Hälfte der Krankenhäuser wurde ein Zuschlag akzeptiert, der über 3,50 € liegt.

Im Mittel bewerteten die Krankenhäuser den Komfortblock „**Größe und Lage**“ mit 6,12 €. Da einige Krankenhäuser diesen Block nicht zum Ansatz brachten, lag der niedrigste Wert auch hier wieder bei 0, während der höchste Wert bei 17 € lag. Der Verband der Privaten Krankenversicherung übernahm von 39% der

Häuser deren Selbstbewertung. Der hieraus resultierende Mittelwert lag bei 5,75 € (Spannweite: 0 € – 13 €; Median: 6,00 €).

Die Selbstbewertung von einem Viertel der Krankenhäuser wurde nicht übernommen. Der mittlere Zuschlag für die „Größe und Lage“ der Einbettzimmer dieser Krankenhäuser lag bei 7,86 € (Spannweite: 0 € – 17 €; Median: 8,88 €).

Der Komfortblock „**Verpflegung**“ wurde im Durchschnitt mit 7,70 € bewertet. In einem Drittel der Fälle wurde diese Selbstbewertung akzeptiert. Der mittlere Zuschlag für dieses Segment liegt bei 5,51 € (Spannweite: 0 € – 13 €; Median: 6,00 €). Der akzeptierte Zuschlag ist damit im Mittel um 28% niedriger als die von den Krankenhäusern durchgeführte Selbstbewertung. Das ist der höchste Abschlag für alle Komfortblöcke.

Abgelehnt wurde die Selbstbewertung von 29% der Krankenhäuser. Deren mittlere Zuschlag nahm einen Wert von 10,37 € an (Spannweite: 0 € – 13 €; Median: 11,70 €).

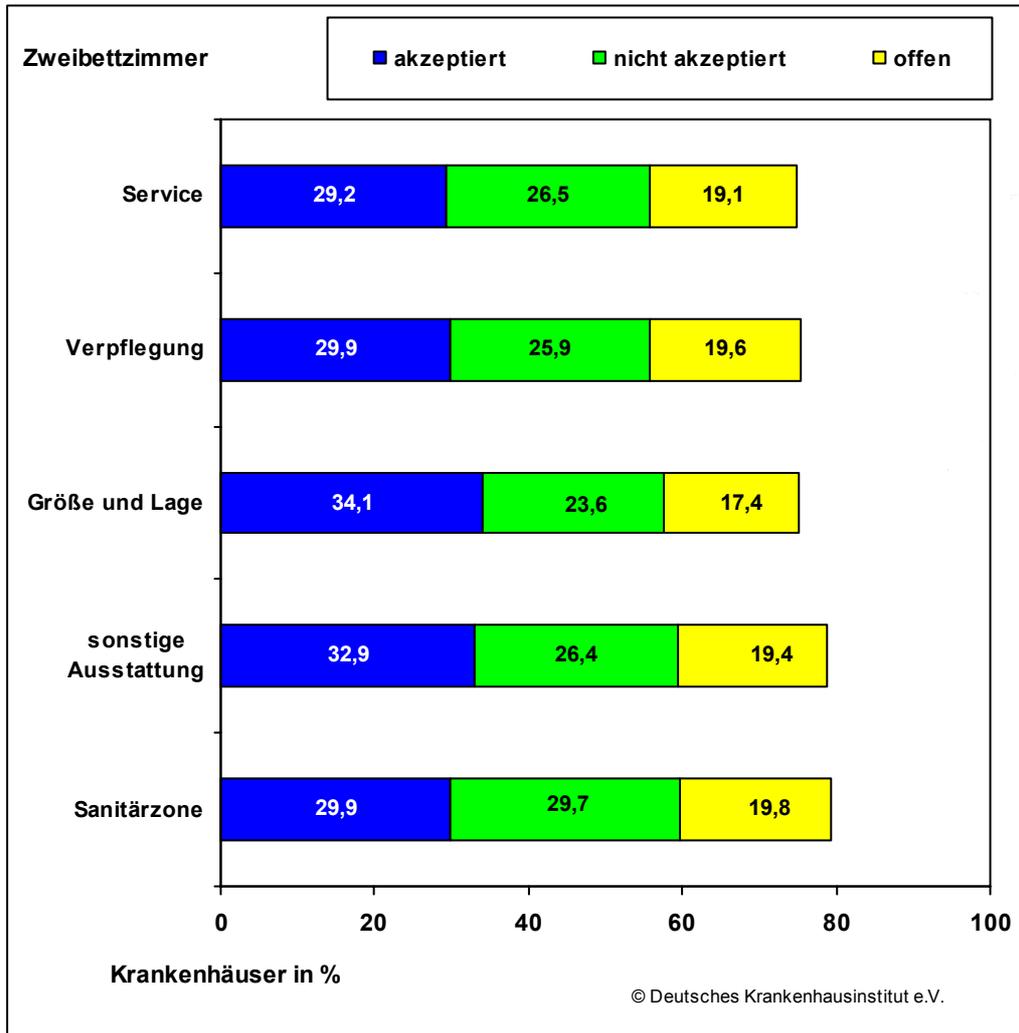
Vergleicht man bei den Komfortblöcken die nicht akzeptierten Werte mit den akzeptierten Zuschlägen, dann fällt auf, dass im Bereich der Verpflegung die Differenz zwischen beiden am größten ist. Dieser Aspekt und der Aspekt, dass im Bereich der Verpflegung der Abschlag zwischen Selbstbewertung und akzeptierter Bewertung am höchsten ist, legen die Vermutung nahe, dass der Komfortblock „Verpflegung“ in den Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und dem Verband der Privaten Krankenversicherung einer der größten Streitpunkte war.

Für den Bereich „**Service**“ setzten die Krankenhäuser im Durchschnitt einen Zuschlag in Höhe von 6,29 € an.

In mehr als einem Drittel der Krankenhäuser wurde der Zuschlag vom Verband der Privaten Krankenversicherung akzeptiert. Der akzeptierte Zuschlag lag im Mittel bei 5,13 € (Spannweite: 0 € – 11 €; Median: 5 €).

Zweibettzimmer

Im Vergleich zu den Einbettzimmern ist bei den Zweibettzimmern insgesamt ein etwas niedrigeres Antwortverhalten der Krankenhäuser festzustellen. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass eine Reihe von Krankenhäusern ausschließlich eine Selbstbewertung der Einbettzimmer vorgenommen hat. Dennoch kann tendenziell festgestellt werden, dass seitens des Verbandes der Privaten Krankenversicherung eine niedrigere Akzeptanz der Selbstbewertungen im Bereich der Zweibettzimmer festzustellen ist.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 21: Akzeptanz der Bewertung der Komfortelemente für Zweibettzimmer durch den Verband der Privaten Krankenversicherung

Die Spannweite der akzeptierten Selbstbewertungen reicht von 29% beim Komfortblock „Service“ bis hin zu 34% beim Block „Größe und Lage“. Auf der anderen Seite wurden zwischen 24 und 30% der Selbstbewertungen nicht akzeptiert.

Für die *Bewertung* aller Komfortblöcke der Zweibettzimmer liegen Angaben von 227 Krankenhäusern vor.

Im Bereich der Verpflegung ist auch bei den Zweibettzimmern der Abschlag zwischen der Selbstbewertung und der Vereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung am höchsten. Der Unterschied zwischen akzeptierter und nicht akzeptierter Bewertung ist hier auch höher als bei den anderen Komfortblöcken.

Geringe Abschläge gab es dagegen im Bereich „**Größe und Lage**“. Hier lagen die Krankenhäuser mit ihrer Selbstbewertung und der gegebenenfalls erreichten Vereinbarung nur rund 5% auseinander.

Komfortblöcke - Zweibettzimmer	Ø Selbstbewertung	Ø akzeptierte Bewertung	Ø nicht akzeptierte Bewertung	Ø noch offene Bewertung
Sanitärzone	6,00 €	5,25 €	7,20 €	6,04 €
Sonstige Ausstattung	3,44 €	2,81 €	4,27 €	3,87 €
Größe und Lage	3,65 €	3,48 €	4,81 €	4,06 €
Verpflegung	7,54 €	4,98 €	10,82 €	9,25 €
Service	6,34 €	5,09 €	8,30 €	7,75 €

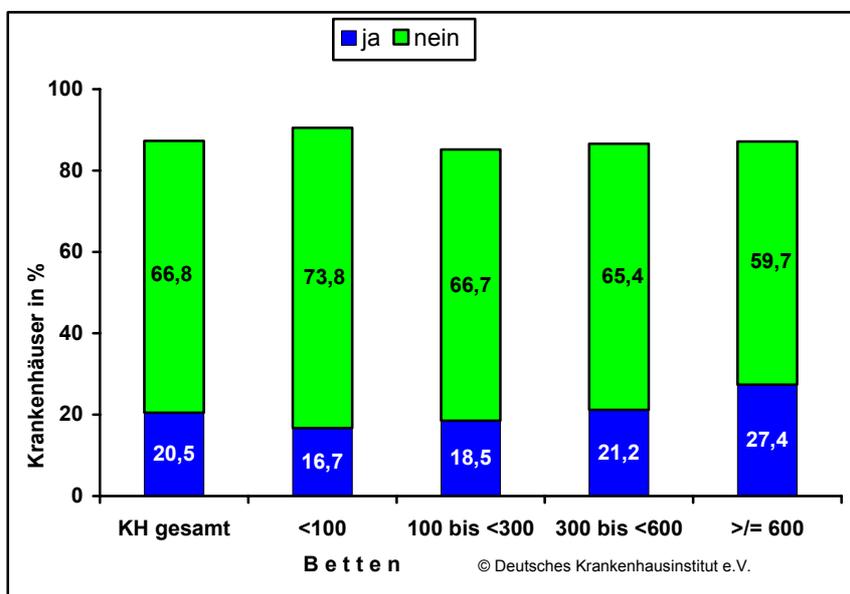
Tab. 5: Bewertung Zweibettzimmer

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Verband der Privaten Krankenversicherung i.d.R. eine niedrige Selbstbewertung für die Komfortblöcke akzeptiert hat. Allerdings gibt es auch Ausnahmen, die zeigen, dass auch höhere Zuschläge durchaus Akzeptanz fanden.

6.3 Verteilungsverhältnis „Zweibettzimmer“ zu „Mehrbettzimmer“

Nach § 22 BPfIV/ § 17 KHEntgG dürfen nur „andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen“ als Wahlleistungen gesondert berechnet werden.

Sofern in einem Krankenhaus Zweibettzimmer die Regelleistung darstellen, dürfen hierfür deshalb keine zusätzlichen Wahlleistungen berechnet werden. Strittig ist allerdings die Frage, ab wann eine Regelleistung vorliegt. Hier geht es um die Frage, wie das Verteilungsverhältnis zwischen Zweibett- und Mehrbettzimmern ist. Als Problem stellte sich dies in rund einem Fünftel der Krankenhäuser dar.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 22: Probleme im Hinblick auf das Verteilungsverhältnis „Zweibettzimmer“ zu „Mehrbettzimmer“

Mit steigender Größe des Krankenhauses wachsen offensichtlich auch die Probleme mit der Abgrenzung der Regelleistung von der Wahlleistung.

6.4 Zusätzliche Nachweise und Belege

Dem Einstufungsbogen können freiwillig zusätzliche Nachweise und Belege, etwa in Form einer Fotodokumentation, beigelegt werden.

Von dieser Möglichkeit machten 46% der Krankenhäuser Gebrauch, wobei die unterschiedliche Verfahrensweise der west- und der ostdeutschen Krankenhäuser auffällt. So legten 48% der Häuser in den alten, aber nur 26% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern zusätzliche Nachweise und Belege dem Einstufungsbogen bei.

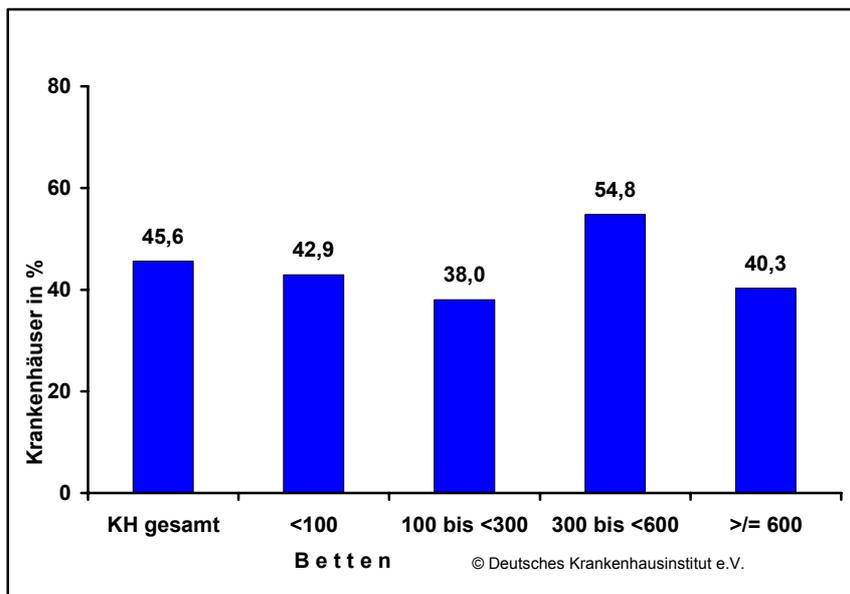


Abb. 23: Krankenhäuser mit freiwilligen zusätzlichen Nachweisen und Belegen nach Größenklassen

Jedes zweite Krankenhaus mit 300 bis unter 600 Betten legte dem Einstufungsbogen freiwillig zusätzliche Unterlagen bei. In den anderen 3 Bettengrößenklassen waren es deutlich weniger Häuser, die ihren Einstufungsbogen ergänzt haben.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung kann weitere Nachweise und Belege anfordern, sofern die vorgelegten Unterlagen nach Auffassung des Verbandes nicht ausreichend sind, um eine Einstufung vorzunehmen.

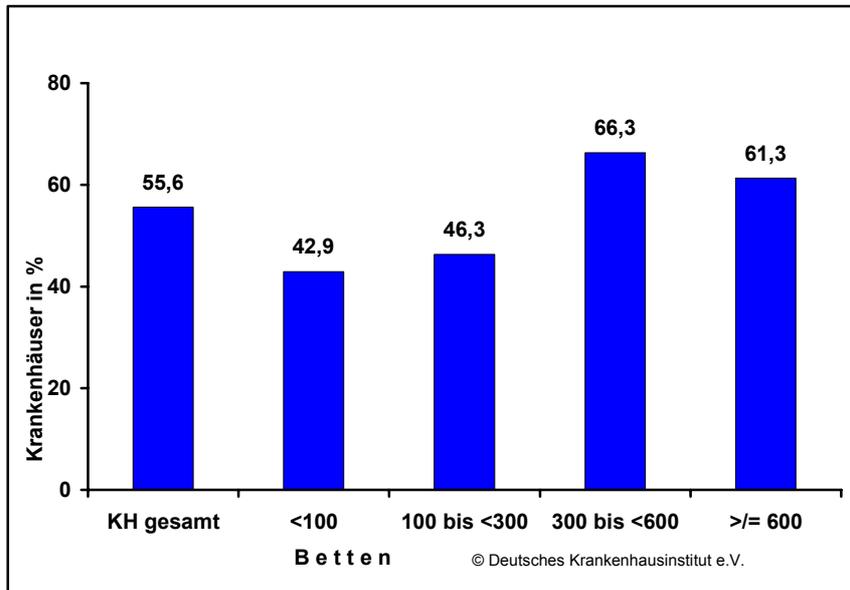


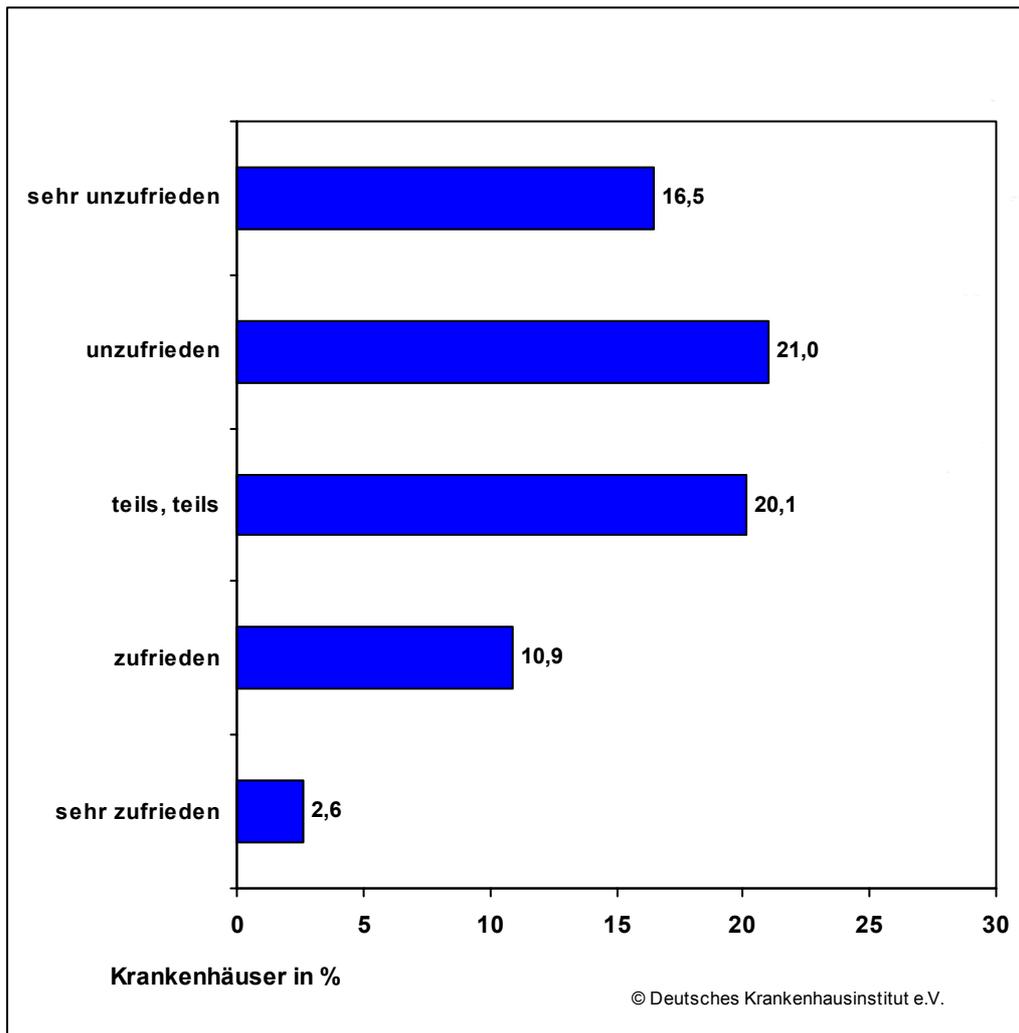
Abb. 24: Krankenhäuser mit Anforderungen von zusätzlichen Nachweisen und Belegen seitens des Verbandes der PKV nach Größenklassen

Rund 56% der Krankenhäuser, die eine Selbstbewertung vorgenommen haben, wurden vom Verband der Privaten Krankenversicherung aufgefordert, weitere Nachweise und Belege vorzulegen.

Vor allem die Krankenhäuser in den beiden Größenklassen ab 300 Betten waren hiervon betroffen. So sollten etwa zwei Drittel der Häuser mit 300 bis unter 600, die eine Selbstbewertung vorgenommen haben, weitere Unterlagen zur Verfügung stellen.

6.5 Zufriedenheit mit den Ergebnis der „Gemeinsamen Empfehlung“

Mit den Ergebnissen der „Gemeinsamen Empfehlung“ sind insgesamt nur 14% der Krankenhäuser zufrieden oder sehr zufrieden.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 25: Zufriedenheit mit den Ergebnissen der „Gemeinsamen Empfehlung“

Nicht zufrieden dagegen sind 37% der Krankenhäuser

Unterschiedlich ist der Zufriedenheitsgrad in den alten und den neuen Bundesländern. Während in Westdeutschland insgesamt nur 12% der Häuser zufrieden mit den Ergebnissen der „Gemeinsamen Empfehlung“ sind, liegt der Anteil in den neuen Bundesländern bei einem Fünftel.

Deutlicher noch zeigen sich die Unterschiede, wenn man die Unzufriedenheit ins Auge fasst. So sind 11% der ostdeutschen Häuser unzufrieden, aber schon 43% der westdeutschen Häuser.

Die Zufriedenheit mit der „Gemeinsamen Empfehlung“ ist bei den kleinen Krankenhäusern bis unter 100 Betten am größten. Hier gaben 22% der Häuser an, dass sie zufrieden oder sogar sehr zufrieden seien. Bei den Häusern mit 300 bis unter 600 Betten reduziert sich dieser Anteil auf 7%.

Dagegen ist die Unzufriedenheit bei diesen Häusern am höchsten, geben doch 39% der Krankenhäuser in dieser Größenklasse an, dass sie unzufrieden oder gar sehr unzufrieden sind.

7 Neue Versorgungsformen

7.1 Eignung des Leistungsspektrums für Disease-Management-Programme

Dass sich das Leistungsspektrum des Krankenhauses für eine Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) eigene, wird von 48% der Krankenhäuser betont. Etwa gleich viele Häuser (45%) gehen allerdings davon aus, dass sich das Spektrum für die bisher bekannten DMPs nicht eigne.

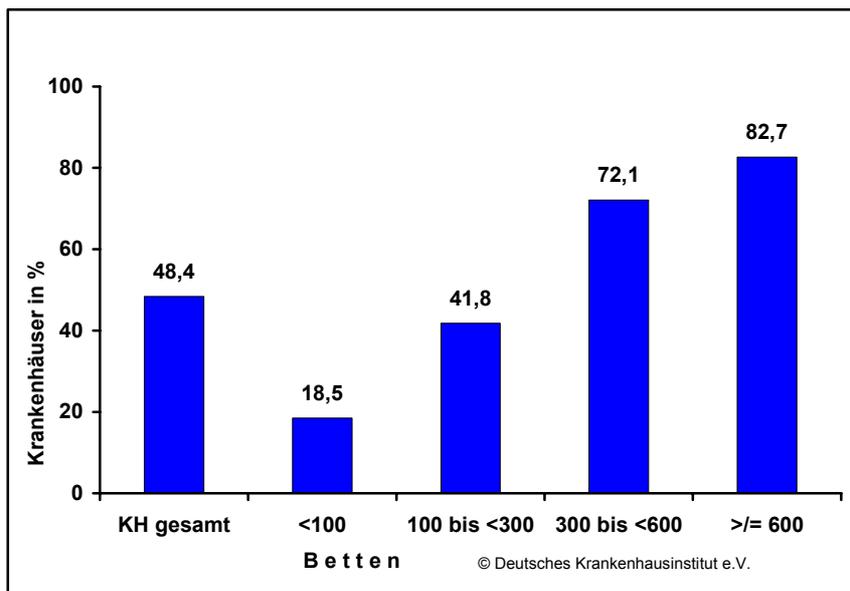


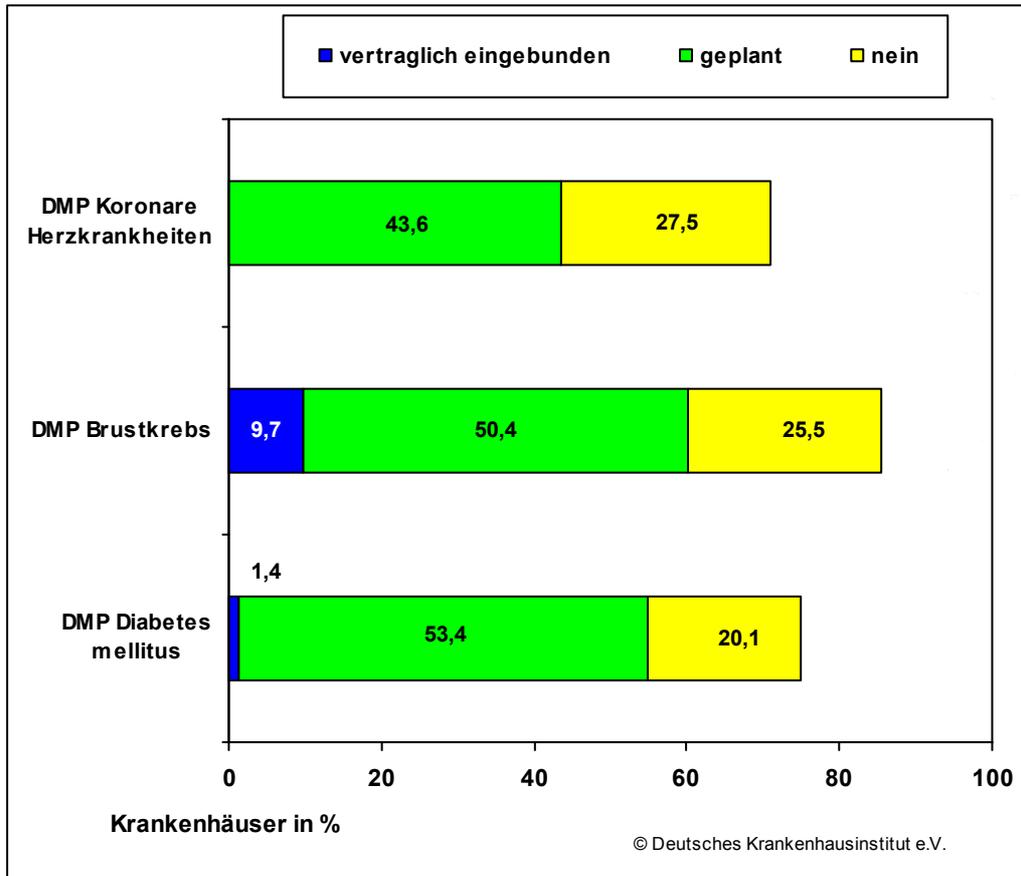
Abb. 26: Eignung des Leistungsspektrums des Krankenhauses für DMP nach Größenklassen

Sehr unterschiedlich sind die Einschätzungen der Krankenhäuser nach Größenklassen. Weniger als ein Fünftel der Krankenhäuser mit unter 100 Betten schätzt das Spektrum des Hauses als geeignet für DMPs ein. Umgekehrt die großen Krankenhäuser. Hier sind mehr als vier Fünftel der Häuser davon überzeugt, dass es Möglichkeiten gebe, an den DMPs teilzunehmen.

7.2 Teilnahme an Disease-Management-Programmen

Lediglich eine Minderheit der Krankenhäuser ist bislang vertraglich in Disease-Management-Programmen eingebunden. Bei dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind es 1,4% der Krankenhäuser und beim DMP Brustkrebs 9,7%.

Bei den vertraglich eingebundenen Krankenhäusern handelt es sich vor allem um Krankenhäuser ab 300 Betten. Die Häuser mit weniger als 300 Betten sind so gut wie gar nicht in die Verträge eingebunden.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 27: Teilnahme an DMP

Auf der anderen Seite beabsichtigt ein Großteil der Krankenhäuser an den DMPs teilzunehmen. Allerdings handelt es sich auch hier wieder meistens um die Krankenhäuser ab 300 Betten. So planen etwa zwei Drittel der Krankenhäuser 300 bis unter 600 Betten eine Teilnahme am DMP Brustkrebs. Vergleichbares beabsichtigt aber nur ein Drittel der Häuser mit weniger als 100 Betten.

7.3 Auswirkungen der Disease-Management-Programme auf Belegung und Budget

Bei einer Teilnahme an den DMPs erwarten 36% der Krankenhäuser positive Auswirkungen auf ihr Budget. Doppelt so viele Häuser glauben, dass eine Teilnahme eher positive Auswirkungen auf die Belegung habe.

Dass eine Teilnahme eher negative Auswirkungen auf das Budget habe, denken 10% der Häuser. Lediglich 2% der Krankenhäuser haben die gleiche Einschätzung in Hinblick auf die Belegung.

Die Hälfte der Krankenhäuser geht davon aus, dass eine Teilnahme an den DMPs eher keine Auswirkungen haben wird. Die gleiche Einschätzung in Bezug auf die Belegung teilen 22% der Krankenhäuser.

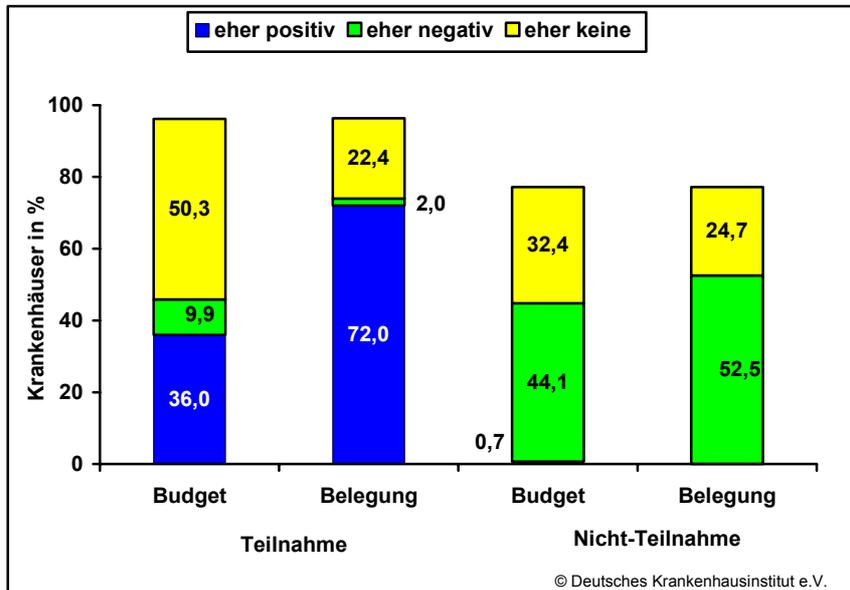


Abb. 28: Auswirkungen der Teilnahme/Nicht-Teilnahme an den DMPs auf Budget und Belegung

Dass eine Nicht-Teilnahme an den DMPs eher positive Auswirkungen für das Krankenhaus haben werde, hält nur eine sehr kleine Minderheit der Häuser für realistisch. 44% der Häuser gehen dagegen davon aus, dass es eher negative Auswirkungen auf das Budget haben wird, wenn man sich nicht an den DMPs beteiligt. Mehr als Hälfte schätzt die Wirkungen einer Nicht-Teilnahme auf die Belegung als eher negativ ein.

Ein Drittel der Krankenhäuser erwartet von einer Nicht-Teilnahme keine Auswirkungen auf das Budget. Ein Fünftel hält das gleiche in Bezug auf die Belegung für richtig.

8 Beschaffung und Logistik

Im Zuge der Einführung des Fallpauschalensystems bis 2008 werden die Krankenhäuser gezwungen sein, verstärkt Einsparpotentiale erkennen und nutzen zu können. Einsparpotentiale bieten sich nicht nur im Personalbereich an, sondern auch bei den Sachkosten.

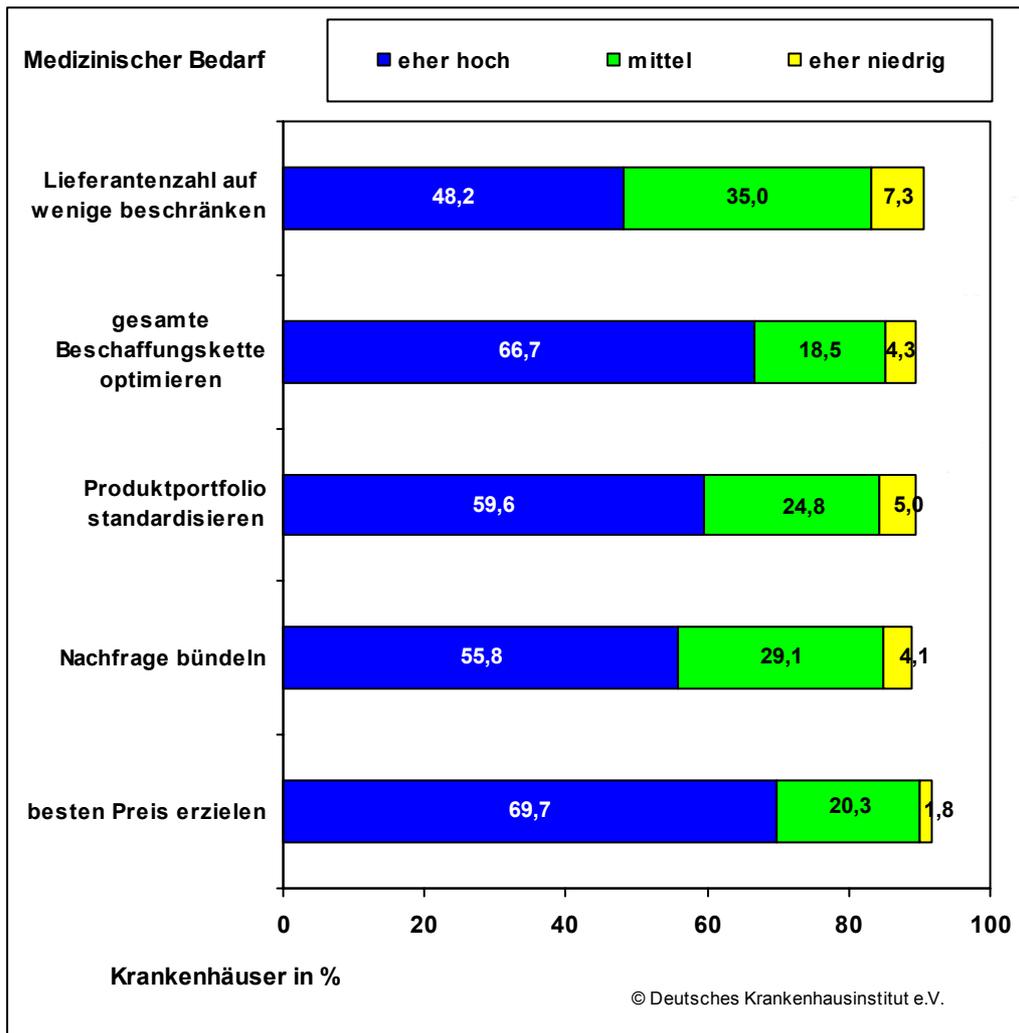
Der Sachkostenanteil an den Gesamtkosten der Krankenhäuser ist zwar mit 30-35% deutlich niedriger als der Personalkostenanteil. Dafür können hier die Einsparpotentiale schneller und ohne die im Personalbereich regelmäßig auftretenden Anpassungsschwierigkeiten und -probleme genutzt werden.

Ein Weg hierzu stellt ein strategisches Beschaffungsmanagement dar, welches weit über eine kurzfristig wirksame Kosteneinsparung hinausgeht. Ansatzpunkt hierfür stellen strategische Beschaffungsprinzipien dar, die übergeordnete Handlungsanweisungen darstellen, die im konkreten Bedarfsfall angewendet werden sollen. Mit den Beschaffungsprinzipien sollten die Strategien zur Auswahl der Lieferanten korrespondieren.

Weitere Ansatzpunkte stellen die Organisation der Beschaffung und die krankenhäusinterne Materialanforderung dar.

8.1 Strategische Prinzipien bei der Beschaffung

Für die Beschaffung des Medizinischen Bedarfs stellen sich insbesondere die Strategie „den besten Preis erzielen“ und „die gesamte Beschaffungskette optimieren“ als die herausragenden Prinzipien in den Krankenhäusern dar.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 29: Strategische Prinzipien bei der Beschaffung Medizinischer Bedarf

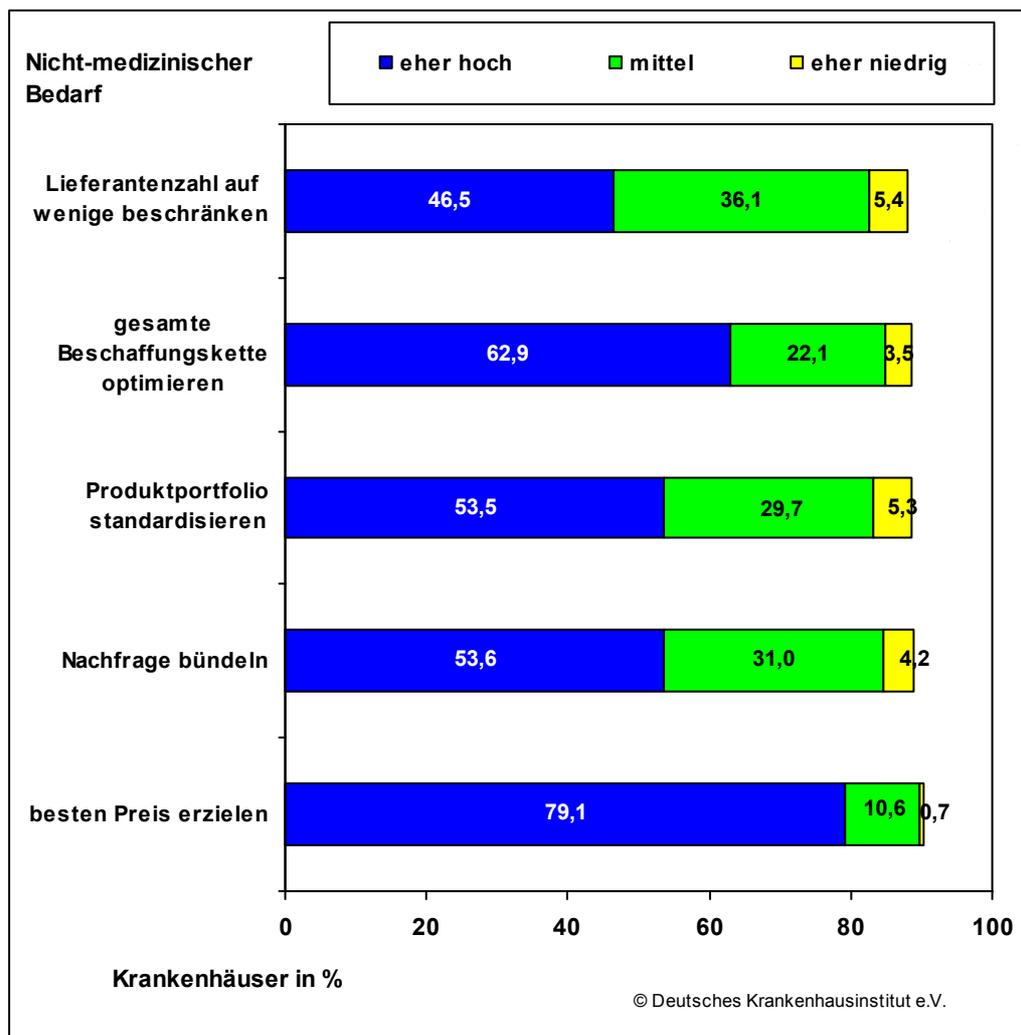
Die beiden genannten Prinzipien haben in mehr als zwei Dritteln der befragten Krankenhäuser einen hohen Stellenwert.

Bei beiden Prinzipien nimmt der Anteil der Krankenhäuser, bei denen sie einen hohen Stellenwert haben, mit der Größe des Krankenhauses zu. Dass der „beste Preis“ erzielt werden soll, betonen auch 55% der Krankenhäuser mit unter 100 Betten. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten geben dies aber schon drei Viertel der Häuser an. Vergleichbares ist festzustellen beim Prinzip „die gesamte Beschaffungskette optimieren“. Hier liegt der Anteil der kleinen Krankenhäuser, die diese Strategie verfolgen, aber schon bei 65%, während bei den großen Häusern wiederum 75% sich auf diese Strategie eingelassen haben.

Eine Standardisierung des Produktportfolios wird von 60% der Krankenhäuser mit einer hohen Priorität verfolgt. Vor allem die größeren Krankenhäuser ab 300 Betten verfolgen diese Strategie. Beispielsweise messen 48% der Krankenhäuser mit unter 100 Betten, aber 80% der Krankenhäuser ab 600 Betten dieser Strategie eine hohe Bedeutung zu. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass das Pro-

duktportfolio in großen Krankenhäusern einen erheblich größeren Umfang einnimmt als in den kleinen Häusern.

In weniger als die Hälfte der Krankenhäuser genießt die Strategie „Lieferantenzahl auf wenige beschränken“ eine hohe Bedeutung. Allerdings betont ein weiteres Drittel der Krankenhäuser, dass diese Strategie eher eine mittlere Bedeutung für sie habe.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 30 Strategische Prinzipien bei der Beschaffung nicht-medizinischer Bedarf

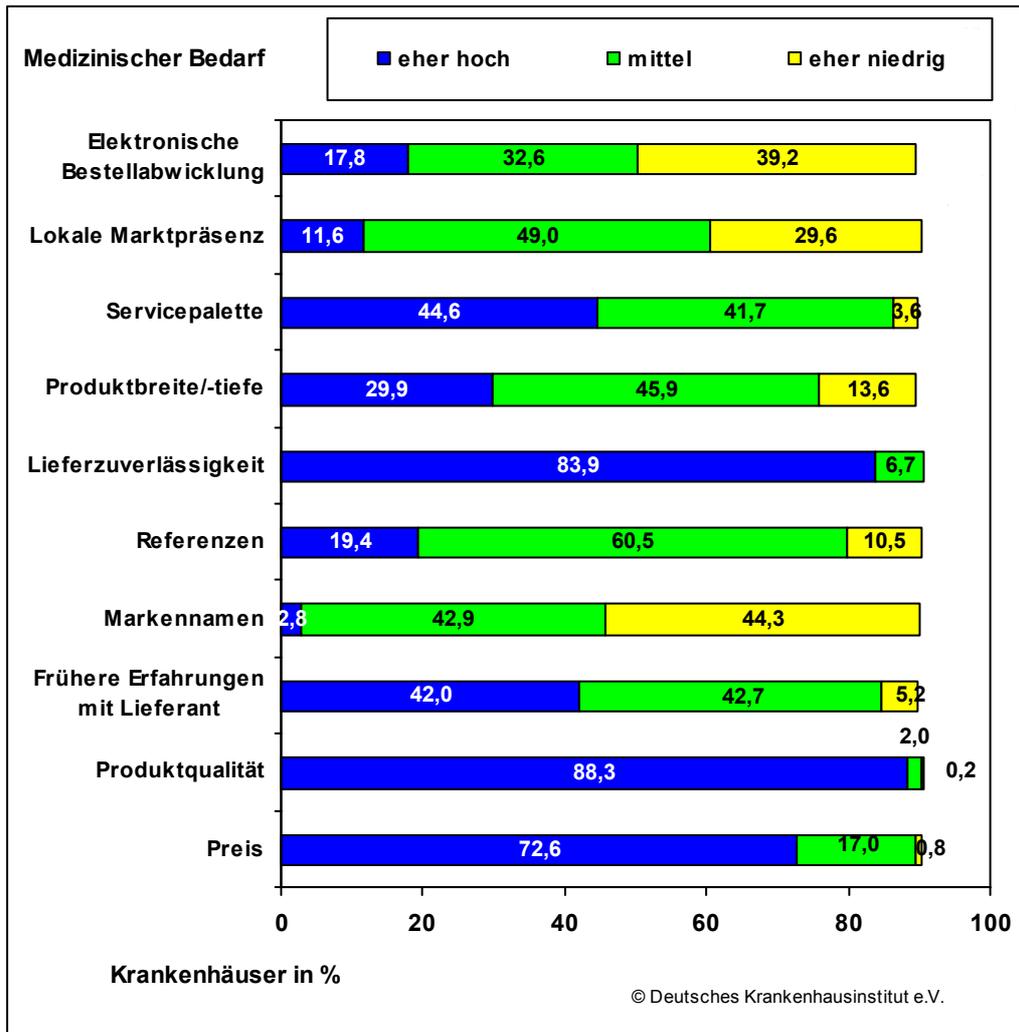
Für die Beschaffung des nicht-medizinischen Bedarfs hat die Strategie „den besten Preis erzielen“ die oberste Priorität. Hier betonen 70% der Krankenhäuser, dass dieses strategische Prinzip für sie eine hohe Bedeutung habe. In jeder Betengrößenklasse wurde dieses Prinzip am häufigsten genannt.

Auch hier stellt die Optimierung der gesamten Beschaffungskette das zweite wichtige Prinzip dar. Die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in den Größenklassen sind beim nicht-medizinischen Bedarf nicht so groß wie noch beim medizinischen Bedarf.

Insgesamt werden von den Krankenhäusern sowohl bei der Beschaffung des medizinischen als auch bei der Beschaffung des nicht-medizinischen Bedarfs die gleichen strategischen Prinzipien verfolgt. Die gleichen Strategien genießen die oberste Bedeutung, die gleichen Strategien werden nicht so hoch eingestuft.

8.2 Auswahl der Lieferanten

Bei der Auswahl der Lieferanten spielen 3 Faktoren eine überragende Rolle.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 31 Kriterien für die Auswahl der Lieferanten Medizinischer Bedarf

Die Faktoren sind

- der Preis,
- die Produktqualität und
- die Lieferzuverlässigkeit.

Die Produktqualität steht bei der Beschaffung des medizinischen Bedarfs an erster Stelle. 88% der Krankenhäuser messen diesem Faktor eine hohe Bedeutung

zu. Dass der Produktqualität eher eine niedrige Bedeutung bei der Beschaffung zukomme, ist eine absolute Minderheitenmeinung.

Eine hohe Bedeutung kommt ebenfalls der Lieferzuverlässigkeit zu. Von 84% der Krankenhäuser wird diesem Faktor bei der Auswahl der Lieferanten eine hohe Bedeutung zugebilligt.

Ein wichtiger Punkt ist der Preis der zu beschaffenden Güter. Fast 73% der Krankenhäuser betonen, dass dieser Faktor ein wichtiges Kriterium für die Lieferantenauswahl darstellt.

Frühere Erfahrungen mit dem Lieferanten spielen zwar auch eine gewichtige Rolle, haben aber bei weitem nicht die Bedeutung wie die oben genannten Prinzipien.

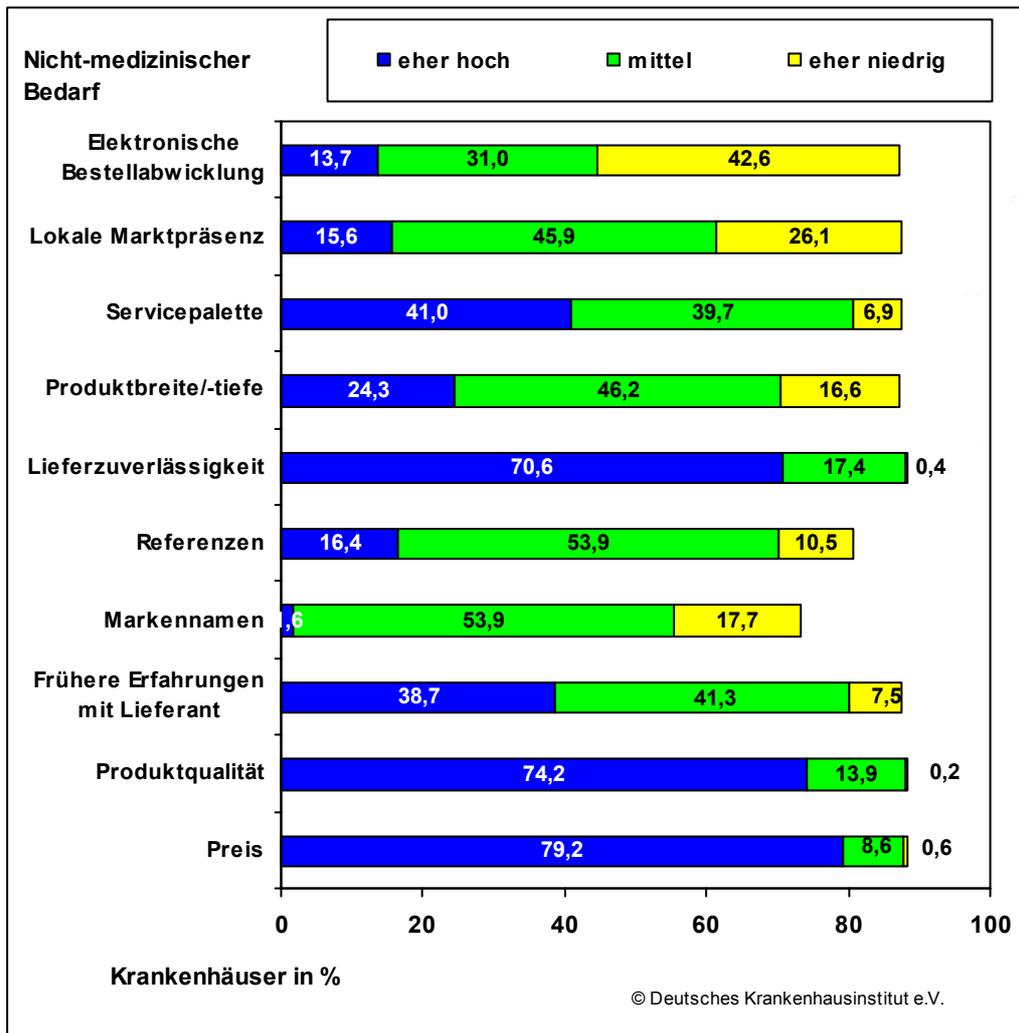
Im Hinblick auf die Strategie „die gesamte Beschaffungskette optimieren“ spielen die Faktoren „Produktbreite/-tiefe“ und „Servicepalette“ eine wesentliche Rolle. Rund 44% der Krankenhäuser betonten denn auch, dass die Servicepalette eine wesentliche Rolle bei der Auswahl der Lieferanten spielt. Die Produktbreite/-tiefe des Lieferanten billigen 30% eine hohe und 46% eine mittlere Bedeutung bei.

Nicht unterschätzt werden sollte die Rolle von Markennamen und Referenzen. Beiden Punkten kommt zwar nicht die höchste Bedeutung für die Auswahl der Lieferanten zu. Beiden wird eher eine mittlere Bedeutung zugebilligt, aber dies von einem nicht unwesentlichen Teil der Krankenhäuser.

Bei der Auswahl der Lieferanten spielt auch die lokale Marktpräsenz eine wichtige Rolle. Zwar hat sie nur bei 12% der Häuser eine eher wichtige Funktion, aber bei der Hälfte der Krankenhäuser nimmt sie eine mittlere Bedeutung ein.

Auch bei der Auswahl der Lieferanten für den nicht-medizinischen Bedarf spielen der Preis, die Produktqualität und die Lieferzuverlässigkeit die wichtigste Rolle. Im Unterschied zur Auswahl der Lieferanten für medizinischen Bedarf allerdings in einer abweichenden Reihenfolge und im unterschiedlichem Umfang.

Die Preisgestaltung ist für 79% der Krankenhäuser ein wichtiger Faktor für die Auswahl des Lieferanten. Für fast drei Viertel der Häuser spielt ebenfalls die Produktqualität eine sehr wichtige Rolle. Dass die Lieferzuverlässigkeit ein wesentlicher Faktor ist, betonten 71% der Krankenhäuser.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

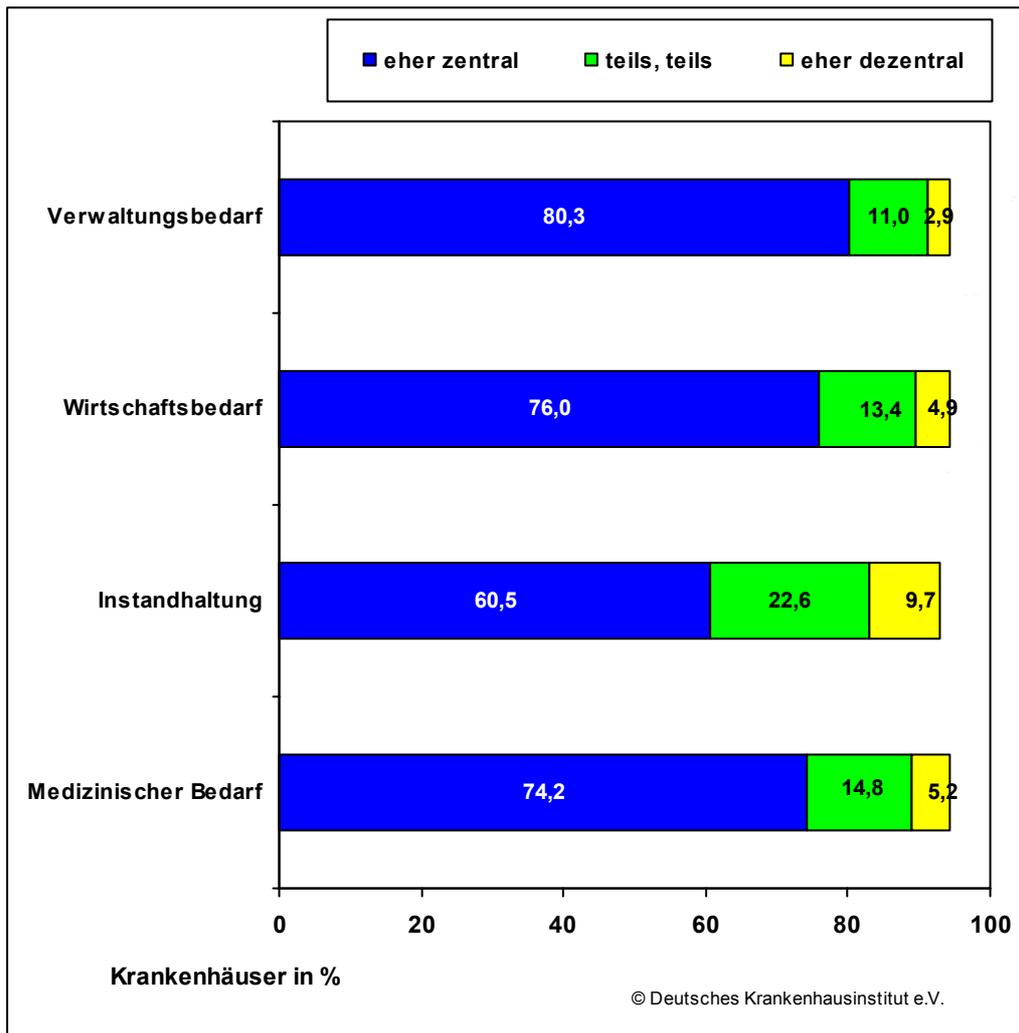
Abb. 32 Kriterien für die Auswahl der Lieferanten nicht-medizinischer Bedarf

Im Wesentlichen stimmen die Kriterien für die Auswahl der Lieferanten des nicht-medizinischen Bedarfs mit den Kriterien für den medizinischen Bedarfs überein. Abweichend sind allenfalls die Reihenfolge und die Ausprägung der Bedeutung der einzelnen Faktoren.

8.3 Organisation der Beschaffung

Die Beschaffung ist im Wesentlichen zentral organisiert. Dies betrifft alle Bereiche, in denen Material beschafft werden muss, allerdings im unterschiedlichen Umfang.

Der Verwaltungsbedarf wird in 80% der Krankenhäuser zentral beschafft. Der Bedarf für Instandhaltung dagegen nur in 61% der Häuser. Hier liegt der Anteil der Häuser, die ein gemischtes Beschaffungssystem aufweisen, mit 23% auch am höchsten.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 33: Organisation der Beschaffung

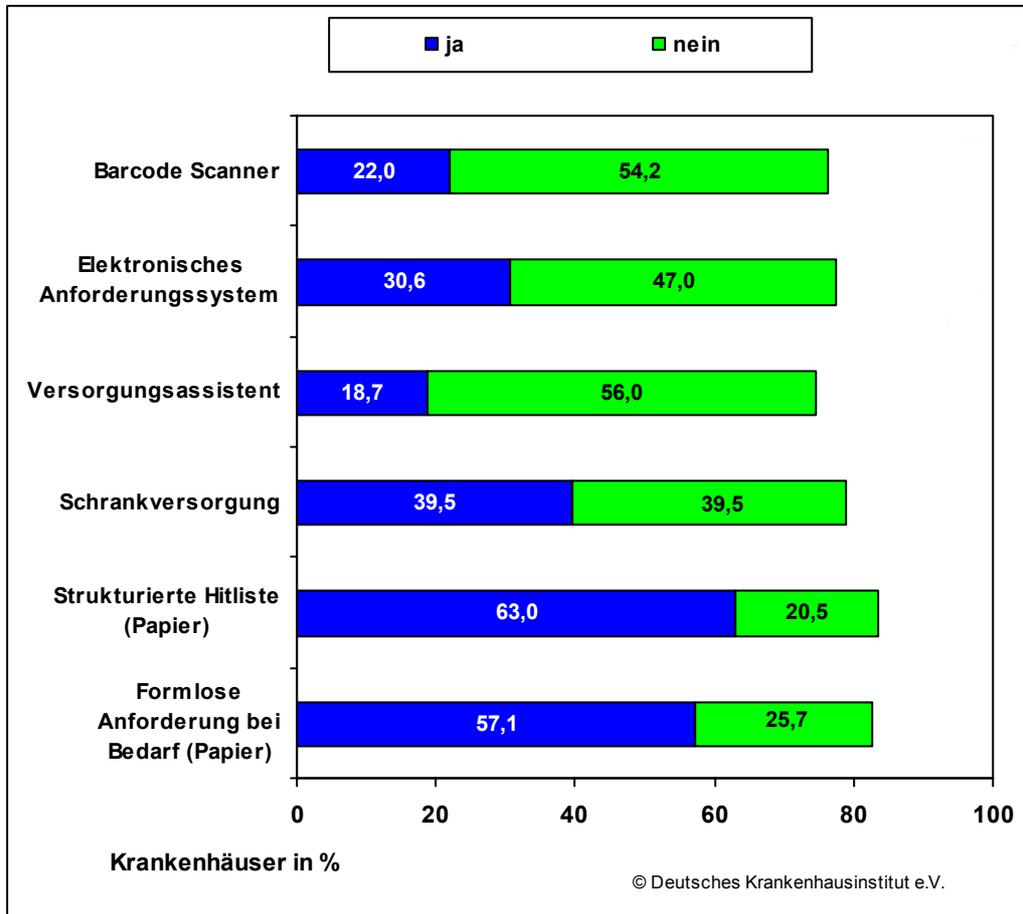
Wenn es eine eher dezentrale Organisation der Beschaffung gibt, dann ist die Wahrscheinlichkeit am größten, dass sie in Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten vorzufinden ist. In allen Bereichen, in denen Material zu beschaffen ist, ist der Anteil der Krankenhäuser mit einer dezentralen Beschaffung bei den kleinen Krankenhäusern am höchsten. Umgekehrt ist der Anteil mit einer zentralen Beschaffung bei den Häusern mit weniger als 100 Betten immer niedriger als in den anderen Größenklassen.

8.4 Materialanforderung auf Station/ im Funktionsbereich

Auf Station oder im Funktionsbereich erfolgt die Materialanforderung in den meisten Krankenhäusern über eine strukturierte Hitliste oder über eine formlose Anforderung bei Bedarf.

Eine strukturierte Hitliste ist dabei in den alten Bundesländern in zwei Dritteln der Krankenhäuser zu finden, während in den neuen Bundesländern 48% der Häuser die Materialanforderung auf diese Weise organisiert haben.

In 40% der Häuser erfolgt eine Schrankversorgung. Auch hier gibt es Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. In den alten Bundesländern liegt in 35% der Häuser eine Schrankversorgung vor. Jedes zweite Krankenhaus in den neuen Bundesländern verfügt über eine solche Form der Materialversorgung.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 34: Materialanforderung auf Station/ im Funktionsbereich

Versorgungsassistenten kümmern sich in 19% der Häuser um die Versorgung auf Station oder im Funktionsbereich. Unterschiede zeigen sich hier bei den Häusern nach Größenklassen. In 6% der Krankenhäuser mit unter 100 Betten gibt es Versorgungsassistenten. Dagegen wird diese Form der Materialversorgung in 37% der Häuser ab 600 Betten praktiziert.

31% der Krankenhäuser verfügen über ein elektronisches Anforderungssystem, wobei auch hier die Größe des Krankenhauses eine entscheidende Rolle spielt. So verfügt jedes zweite Krankenhaus ab 600 Betten über ein entsprechendes Anforderungssystem, aber nur jedes achte Haus mit weniger als 100 Betten.

Ein Barcode-Scanner kommt in mehr als einem Fünftel der Häuser zu Anwendung. In 12% der Häuser unter 100 Betten und in 36% der Krankenhäuser ab 600 Betten kann auf diese Art und Weise Material angefordert werden.

9 Belegungsdaten der Krankenhäuser im Jahr 2002

9.1 Betten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser verfügten im Jahr 2002 durchschnittlich über 294 Planbetten, wobei 50% der Krankenhäuser weniger als 217 Planbetten aufwiesen. Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wiesen im Mittel 372 Planbetten auf und damit eine um 33% höhere Planbettenzahl als die Krankenhäuser in den alten Bundesländern mit durchschnittlich 280 Planbetten.

9.2 Fälle und Pfl egetage

Die Zahl der Krankenhausfälle als Mittelwert aus Aufnahmen und Entlassungen² lag 2002 bei 10.036 Fällen je Krankenhaus. Dies entspricht 33,2 Fällen je Bett. Gegenüber dem Jahr 2001 stieg die Fallzahl je Bett um 7,6%.³ Verantwortlich hierfür waren ausschließlich die vollstationären Fälle im Budgetbereich. Diese stiegen im Vergleich zum Vorjahr bei den in die Ermittlung eingegangenen 200 Krankenhäusern um 9%, während die Fälle mit Fallpauschalen um 0,6% sanken.

In den alten Bundesländern lag die mittlere Fallzahl je Haus bei 9.577. In den neuen Bundesländern war die durchschnittliche Fallzahl je Krankenhaus deutlich höher als in den alten Bundesländern. Sie lag 12.324 bei Fällen je Krankenhaus.

Die Fallzahl je Bett in den alten Bundesländern mit 33,3 unterschied sich nur wenig von der Fallzahl je Bett in den neuen Bundesländern, die bei 32,9 lag.

Die Fallzahl je Bett erhöhte sich in Westdeutschland um 10,3%, in Ostdeutschland dagegen nur um 1,8%.⁴ Allerdings müssen hier zwei Effekte unterschieden werden. Die Fallzahl in den alten Bundesländern stieg im Vergleich zum Vorjahr um 10,7% an. In den neuen Bundesländern lag der Anstieg nur bei 1,3%. Dagegen sank in Ostdeutschland die Zahl der Planbetten um 0,6%, während sie in Westdeutschland nahezu unverändert blieb.

Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern erhöhten sich ausschließlich die vollstationären Fälle im Budgetbereich. Die Fälle mit Fallpauschalen nahmen im Vergleich zum Vorjahr ab.

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

³ Bei den Veränderungsdaten ist zu berücksichtigen, dass in die Berechnung jeweils die gleichen Krankenhäuser in zwei aufeinander folgenden Jahren eingehen. In die Ermittlung gingen die Angaben von 200 Krankenhäusern ein.

⁴ Diesen Werten liegen die Angaben von 131 westdeutschen und 69 ostdeutschen Krankenhäusern zugrunde, die schon in der Frühjahrsbefragung 2002 Angaben zu ihren Fallzahlen gemacht haben.

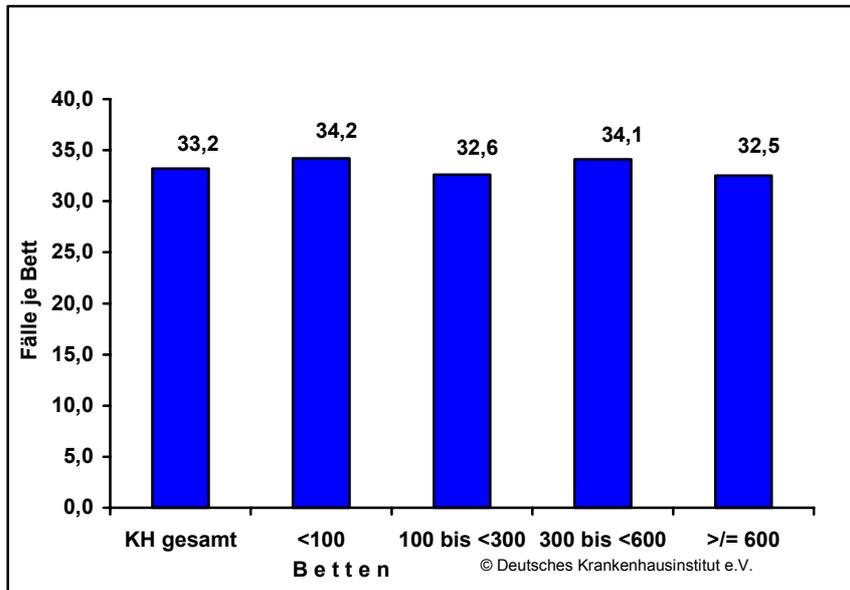


Abb. 35: Fälle je Bett nach Größenklassen

Die Fallzahlen je Bett bewegen sich bei allen Größenklassen zwischen 33 und 34 Fälle je Bett.

Der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen lag bei den in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäusern bei 16,2%.⁵ In den alten Bundesländern lag der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen mit 16,7% um 2,7 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil in den neuen Bundesländern, wo Krankenhäuser durchschnittlich 14,1% der Fälle mit Fallpauschalen abrechneten.

Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle an den Gesamtfällen variiert deutlich in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße: So weisen die kleinen Krankenhäuser einen überdurchschnittlichen Anteil, die Krankenhäuser ab 600 Betten einen unterdurchschnittlichen Anteil aus.

⁵ Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle bezieht sich auf alle Krankenhäuser, also unter Einschluss auch der Krankenhäuser, die keine Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

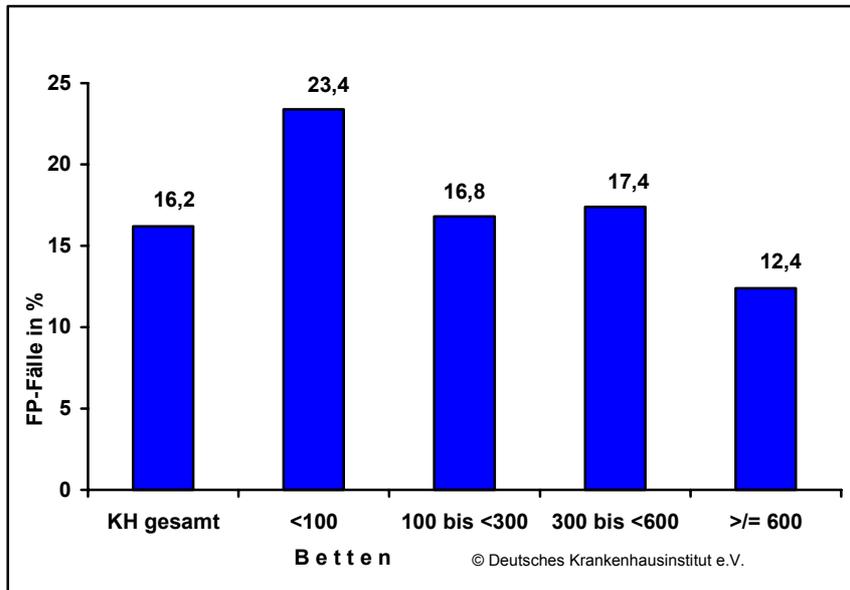


Abb. 36: Fälle mit Fallpauschalen in % aller Fälle nach Größenklassen

Der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich an der Gesamtzahl aller Krankenhaustage⁶ liegt seit Jahren unverändert bei rund 15%. Im Jahr 2002 lag er bei 15,1%. Mit 13% lag der Anteil dieser Tage in den neuen Bundesländern 2,6%-Punkte unter dem Wert für die Häuser in den alten Bundesländern.

Der entsprechende Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten nahm einen Wert von 6,9%. Auch hier lag der Wert für die Krankenhäuser in den alten Bundesländern mit 7,2% über dem Wert für die Häuser in den neuen Bundesländern, wo der Anteil bei 5,8% lag.

Der Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten nimmt mit der Krankenhausgröße zu, der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich tendenziell ab.

⁶ Summe aus Berechnungstagen im Budgetbereich und Belegungstagen im Fallpauschalen-Bereich.

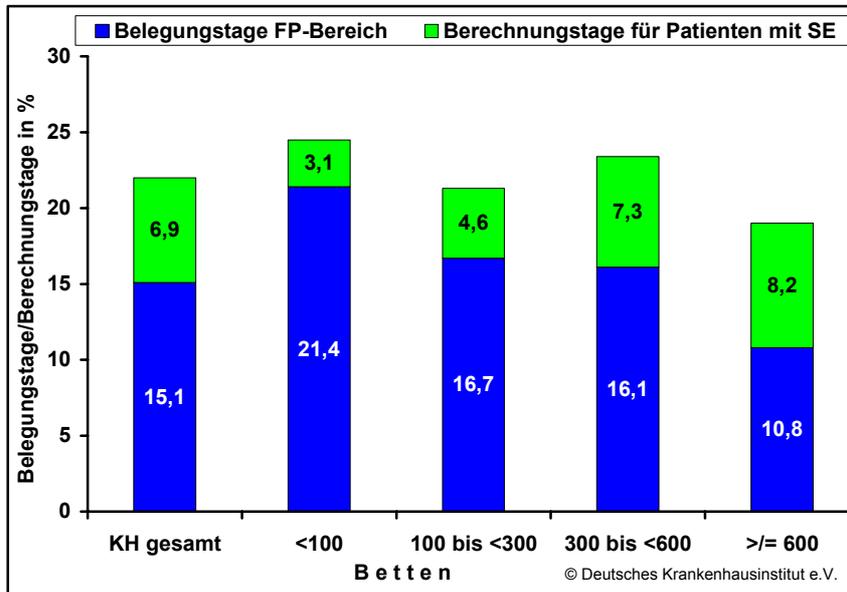


Abb. 37: Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich und Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten 2002 nach Größenklassen

Der Anteil der Krankenhaustage, die auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallen, lag auch 2002 wie in den Vorjahren im Durchschnitt aller Krankenhäuser bei 22% der Krankenhaustage. Bezogen auf die unterschiedlichen Größenklassen bewegte sich der Anteil der pauschalierten Entgeltformen zwischen 19% bei den Krankenhäusern ab 600 Betten und 24,5% bei den Krankenhäusern bis unter 100 Betten.

9.3 Verweildauer und Auslastungsgrad

Mit den Ist-Daten für Jahr 2002 können folgende Verweildauern ermittelt werden:

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

Für 2002 ergab sich eine durchschnittliche **Gesamtverweildauer** von 8,8 Tagen. Die Gesamtverweildauer ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Tage gesunken.⁷

Die Verweildauer differiert um 0,8 Tagen zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe. Am längsten war die Gesamtverweildauer bei den großen Krankenhäusern mit 9,1 Tagen.

⁷ Auch hier gehen in den Vergleich nur Krankenhäuser ein, die sich 2002 und 2003 an der Erhebung beteiligt haben.

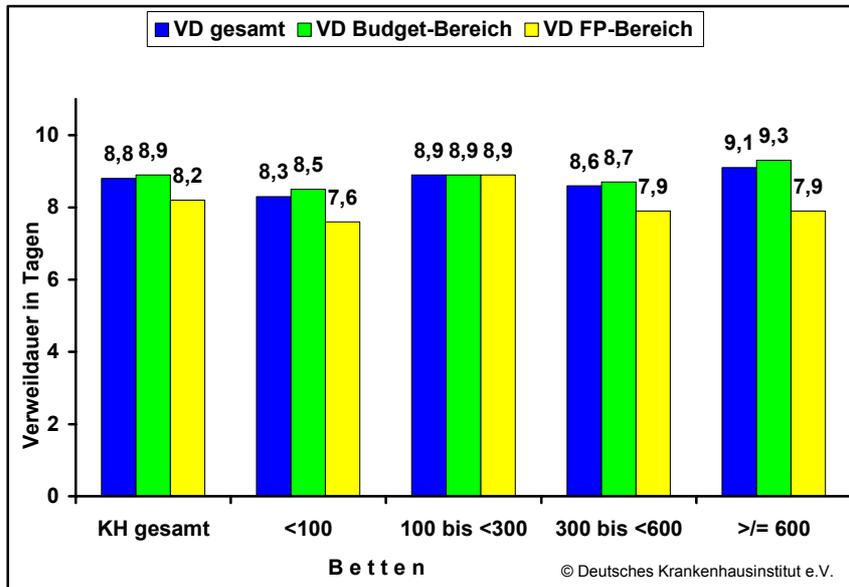


Abb. 38: Verweildauern 2002 in Tagen nach Größenklassen

Die **Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich** war im Jahr 2002 im Durchschnitt aller Krankenhäuser um 0,7 Tage kürzer als die **Verweildauer im Budgetbereich**. Besonders groß ist der Unterschied zwischen den Verweildauern im Fallpauschalen- und Budgetbereich bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten mit 1,4 Tagen. Im Vergleich zum Vorjahr ist lediglich die Verweildauer im Fallpauschalenbereich um 0,1 Tage gesunken. Die Verweildauer im Budgetbereich sank um 0,8 Tage.

Der durchschnittliche **Auslastungsgrad** der Krankenhäuser lag im Jahr 2002 bei 78,8%. Im Vergleich zum Vorjahr sank der Auslastungsgrad um 0,9 Prozentpunkte. Die Auslastung der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag mit 79,3% niedriger als die der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 82,0%.

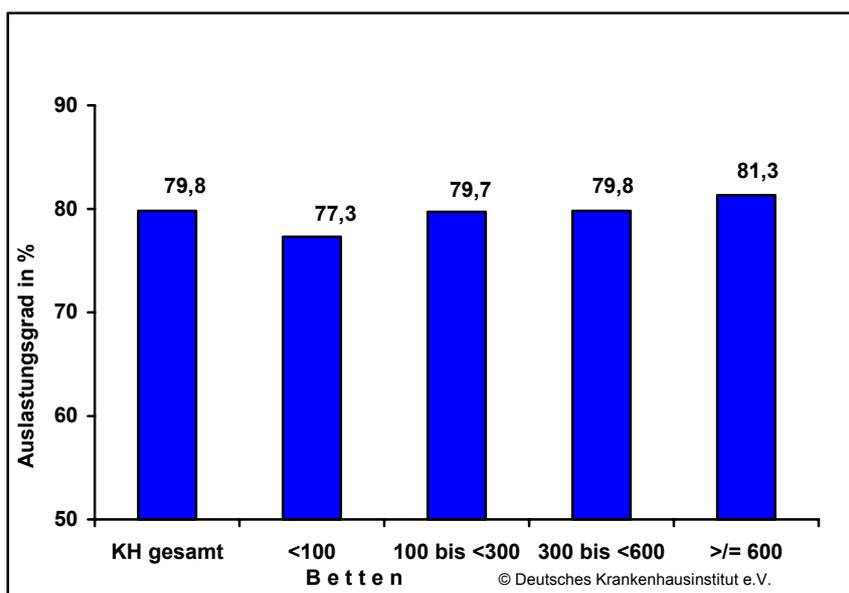


Abb. 39: Auslastungsgrad der Krankenhäuser 2002 nach Größenklassen

Der Nutzungsgrad der Krankenhäuser variierte zwischen 77% bei den kleinen und 81% bei den großen Krankenhäusern.

9.4 Vor- und nachstationäre Behandlung

Im Jahr 2002 wurden von 71% der Krankenhäuser vor- und nachstationäre Behandlungen angeboten. Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer waren bei beiden Leistungsformen überproportional beteiligt.

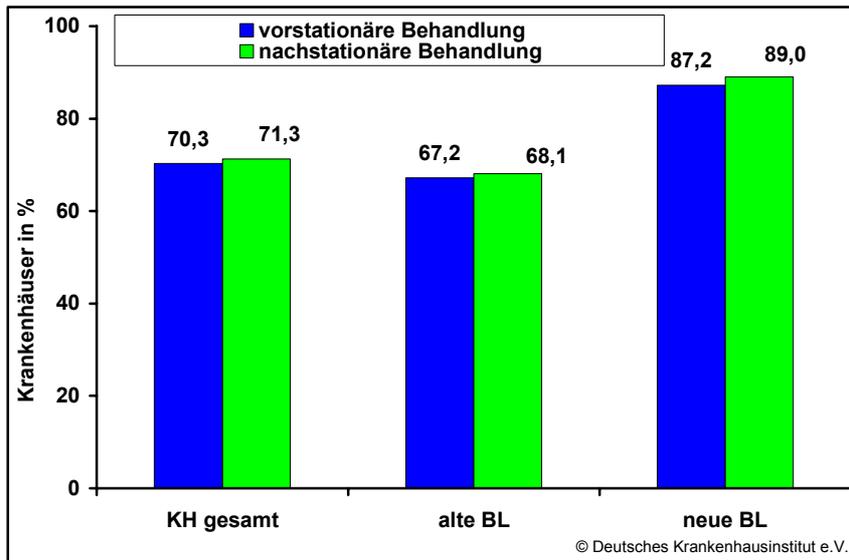


Abb. 40: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 2002 nach alten und neuen Bundesländern

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

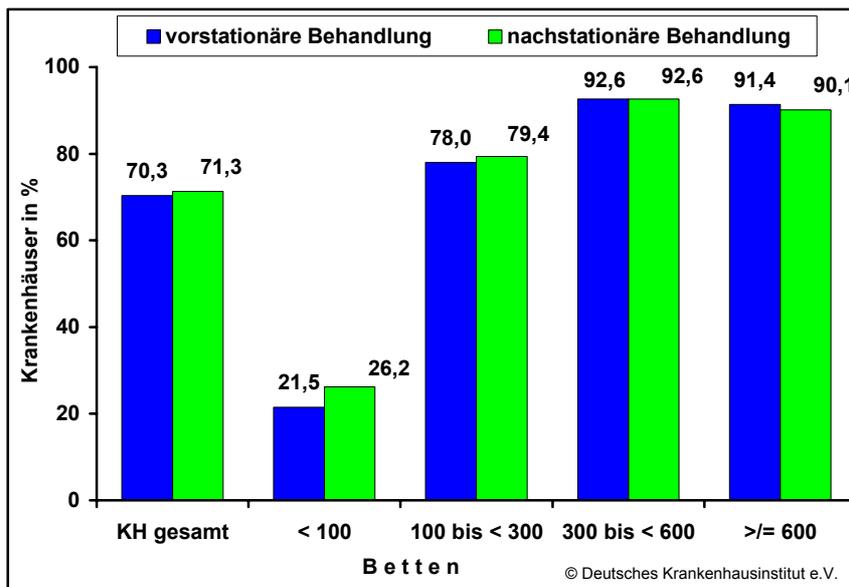


Abb. 41: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 2001 nach Größenklassen

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

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

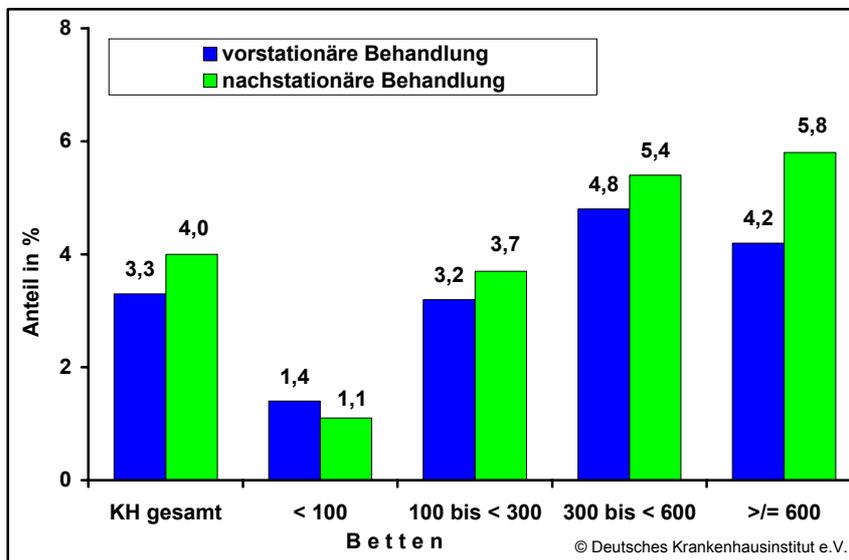


Abb. 42: Anteil vor- und nachstationärer Fälle an den vollstationären Fällen im Budgetbereich nach Größenklassen

Der Anteil der Fälle, die auf vorstationäre bzw. nachstationäre Behandlung entfallen, ist im Vergleich zum Vorjahr jeweils um 0,5-Prozentpunkte gestiegen.

10 Erlöse im Jahr 2002

10.1 Erlösarten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser gaben für 2002 Gesamterlöse in Höhe von 11.402 Mio. Euro an. Diese Erlöse beziehen sich auf die Erlöse aus stationärer Behandlung. Sie enthalten damit keine Erlöse aus ambulanten Operationen. Ebenfalls nicht enthalten sind Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge.

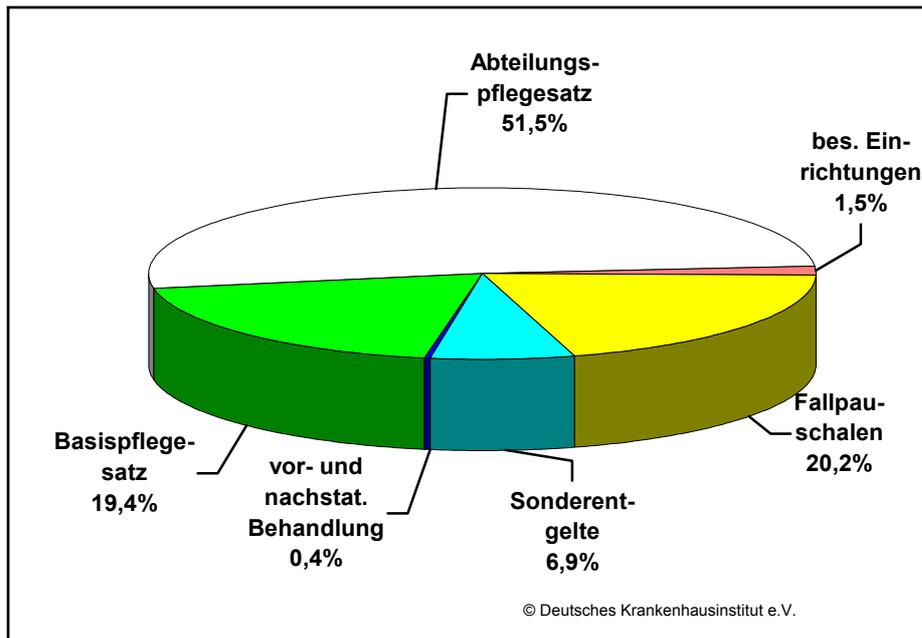


Abb. 43: Erlösarten der Krankenhäuser 2002 in %

71% der Erlöse stammen aus Basis- und Abteilungspflegesätzen. Der Erlösanteil der Fallpauschalen und Sonderentgelte lag bei 27%, wobei die Erlöse aus Fallpauschalen fast dreimal so hoch sind wie die Erlöse aus Sonderentgelten. Die Erlöse aus Pflegesätzen für besondere Einrichtungen und die Erlöse aus vor- und nachstationärer Behandlung hatten insgesamt einen Anteil von 1,9% an den gesamten Erlösen der Krankenhäuser.

Die Erlösanteile sind im Vergleich zum Vorjahr relativ konstant.

Die gesondert erfassten Erlöse aus ambulanten Operationen waren im Vergleich zu den Erlösen aus stationärer Behandlung gering. Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser nahmen 2001 insgesamt Erlöse aus ambulanten Operationen in Höhe von knapp 41 Mio. Euro ein. Dies entspricht 0,4% der Erlöse aus stationärer Behandlung.

10.2 Erlöse je Fall / je Pfl egetag

Bezieht man die Erlöse aus stationärer Behandlung auf die Zahl aller vollstationären Fälle⁸, so ergibt sich für 2002 ein Betrag von 2.958 Euro je Fall. Im Vergleich zu 2001 sind damit die Erlöse je Fall um 3,1% gesunken.⁹ Verantwortlich hierfür ist der Fallzahlenanstieg. Die Veränderungsrate der Fallzahlveränderung war fast doppelt so hoch wie die Veränderungsrate der Erlöse.

Die Erlöse je vollstationären Fall lagen in den alten Bundesländern bei 2.988 Euro und in den neuen Bundesländern bei 2.835 Euro. Während in den alten Bundesländern die Erlöse je Fall im Vergleich zu 2001 um 6% zurückgingen, stiegen die entsprechenden Erlöse in den neuen Bundesländern um 4%.

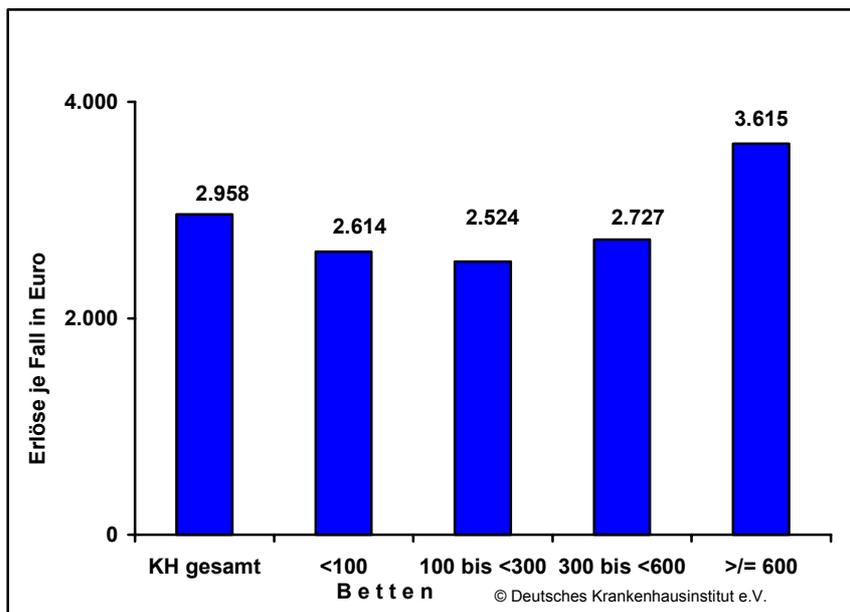


Abb. 44: Erlöse der Krankenhäuser je Fall 2002 nach Größenklassen

Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten lagen die durchschnittlichen Fallertlöse der Krankenhäuser der anderen Größenklassen unterhalb des durchschnittlichen Erlöses je Fall über alle Krankenhäuser. Ursache hierfür sind einerseits der hohe Anteil der Fälle der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten an allen Fällen in der Bundesrepublik, andererseits die Tatsache, dass in den großen Krankenhäusern fast die gesamte Maximalversorgung stattfindet, die i.d.R. zu relativ höherer Vergütung führt.

Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der kleinen Besetzungszahlen in dieser Größenklasse die Angaben weniger Krankenhäuser die Werte stärker als in den anderen Größenklassen beeinflussen. Die Entwicklung der Erlöse je Fall bei den Krankenhäusern unter 100 Betten wird daher stärker von einer unterschiedlichen Stichprobenszusammensetzung beeinflusst als von der Entwicklung der Erlöse und der Fallzahl in dieser Größenklasse.

⁸ Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die Angaben zu Fällen/ Pfl egetagen und Erlösen gemacht haben.

⁹ Die Veränderungsdaten wurden ausschließlich auf der Basis der Krankenhäuser ermittelt, die sich 2002 und 2003 an der Erhebung beteiligt haben.

Die durchschnittlichen Erlöse je Pfl egetag lagen im Jahr 2002 bei 335 Euro. Die Erlöse je Pfl egetage stiegen im Vergleich zum Vorjahr um 5,6%. Ursache hierfür ist einerseits ein Sinken des Pfl egetagevolumens, andererseits eine Erhöhung der Erlöse.

In den alten Bundesländern lagen die Erlöse je Pfl egetag mit 341 Euro je Pfl egetag etwas über, in den neuen Bundesländern mit 313 Euro je Pfl egetag unter dem gesamtdeutschen Mittelwert.

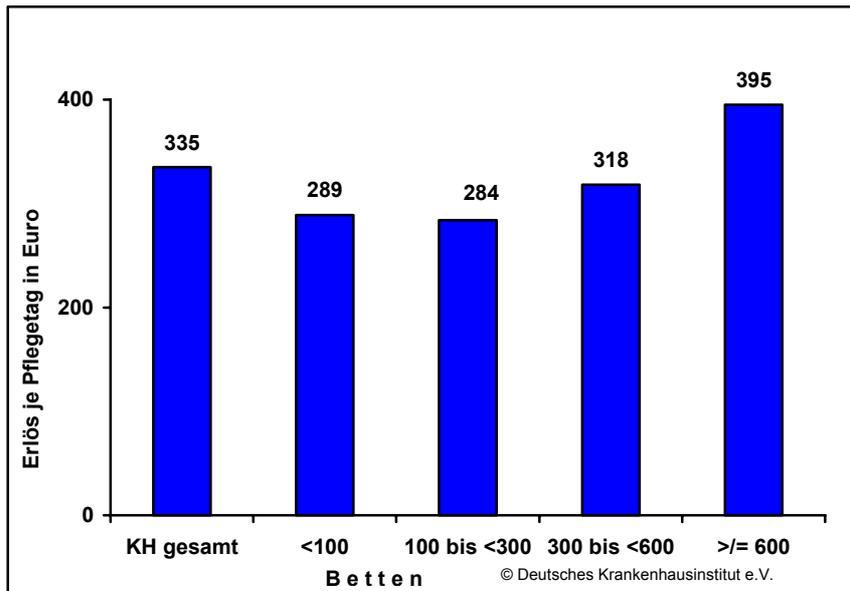


Abb. 45: Erlöse der Krankenhäuser je Pfl egetag 2002 nach Größenklassen

Die Erlöse je Pfl egetag variieren stark zwischen den Krankenhäusern der einzelnen Größenklassen. So liegen die durchschnittlichen Erlöse je Pfl egetag bei den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten mit 284 Euro fast 40% unter den Erlösen je Pfl egetag bei den Häusern ab 600 Betten.

11 Krankenhäuser mit Pflegesatzvereinbarungen/ Budget- und Entgeltvereinbarungen

Der Grundsatz der prospektiven Pflegesatzvereinbarung nach § 17 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz besagt, dass die Pflegesätze im Voraus zu bemessen sind.

Dieser Grundsatz wurde auch für die Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2002 überwiegend nicht eingehalten. Lediglich ein Drittel der Krankenhäuser konnten im Jahr 2002 eine Pflegesatzvereinbarung/ Budget- und Entgeltvereinbarung für 2003 abschließen. Zum Zeitpunkt der Befragung verfügten insgesamt 264, also 65%, Häuser über eine entsprechende Vereinbarung (45% mit Genehmigung, 19% noch ohne Genehmigung). Hierbei ergab sich ein deutlicher Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Während 62% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hatten, lag der Anteil in den neuen Bundesländern mit 80% wesentlich höher.

Aus der nachstehenden Abbildung geht hervor, in welchem Monat Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen werden konnten.¹⁰

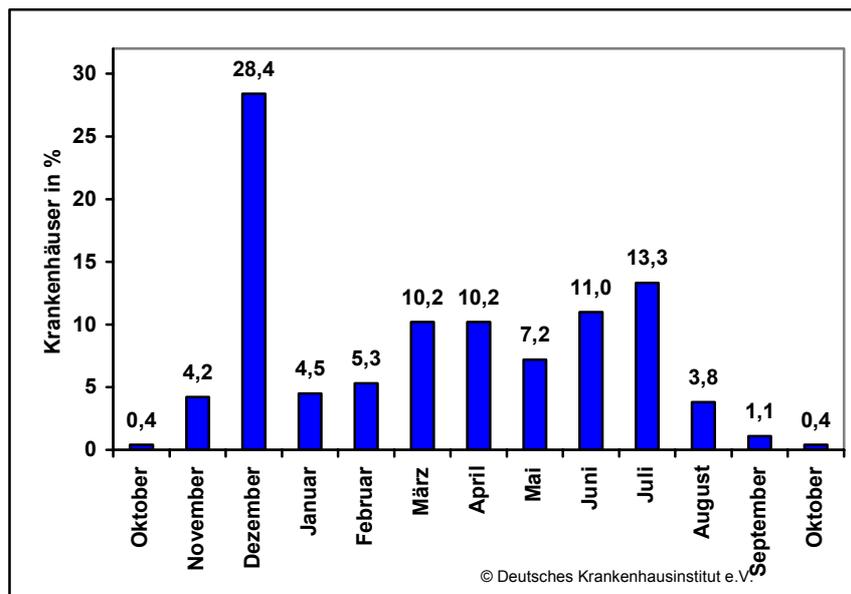


Abb. 46: Abschluß Pflegesatzvereinbarungen/ Budget- und Entgeltvereinbarung in % nach Monaten 2002/2003

Keine Pflegesatzvereinbarung hatten 37% der Krankenhäuser abgeschlossen. Von diesen Krankenhäusern gaben mehr als drei Viertel an, dass ein Termin für eine Pflegesatzverhandlung schon fest stehen würde. Bei den restlichen 24% der Krankenhäuser ohne Pflegesatzvereinbarung stand zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht einmal ein Termin für eine Pflegesatzverhandlung fest.

¹⁰ Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die den Monat, in dem sie die Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen haben, angegeben haben. Nicht alle Krankenhäuser konnten hierzu Angaben machen.

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 (Anwendung BAT-West/BAT-Ost) eine Zuordnung der Krankenhäuser aus „West-Berlin“ zu den alten Bundesländern und der Krankenhäuser aus „Ost-Berlin“ zu den neuen Bundesländern erfolgt. Hinsichtlich der Bettengrößenklassen wurden vier Abstufungen vorgesehen; dementsprechend ergaben sich für die Stichprobenbildung acht Krankenhausgruppen.

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

Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde aufgrund der geringen Besetzung eine Vollerhebung durchgeführt.

Es wurden alle Krankenhäuser in den neuen Bundesländern in die Stichprobe einbezogen.

Die Bruttostichprobe lag damit insgesamt bei 1.022 Krankenhäusern (vgl. Tab. 1).

Krankenhausgrößenklassen	alte BL	neue BL
unter 100 Betten	220	19*
100 bis unter 300 Betten	200	142*
300 bis unter 600 Betten	200	75*
ab 600 Betten	127*	39*
insgesamt	747	275
* Vollerhebung		

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 6: Bruttostichprobe Krankenhäuserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Reha-Einrichtungen) lag bei 1.000 Krankenhäusern. Nach einer Nachfaßaktion nach knapp vier Wochen wurde eine Teilnahme von 409 Krankenhäusern oder 40,9% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. 2). Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag bei 40,6% und in den neuen Bundesländern bei 41,8%. Die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse unter-

scheiden sich merklich. Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an; während die Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten eine überproportionale Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten unterproportional beteiligt.

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	747	275	1.022
bereinigte Bruttostichprobe	727	273	1.000
Teilnehmer	295	114	409
Rücklauf in %	40,6	41,8	40,9

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 7: Ausschöpfungsquoten

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

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

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

Strukturdaten	2003
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	409
Bundesland	
- alte Bundesländer	72,1%
- neue Bundesländer	27,9%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	89,7%
- Hochschulklinik	4,7%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	5,6%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	48,7%
- frei-gemeinnützig	39,4%
- privat	12%
Ausrichtung des Krankenhauses	
- Allgemeinkrankenhaus	79,7%
- Fachkrankenhaus	17,1%
- keine Angabe	3,2%
Belegkrankenhaus	5,1%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 8: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser