



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2009

**Krankenhaus
Barometer**

Dr. Karl Blum
Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

im Dezember 2009

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Leistungen	5
2.1	Entgeltstruktur	5
2.2	TOP-30-DRGs.....	5
2.3	Case Mix-Index	6
2.4	Vereinbarte unterschiedliche DRGs	7
2.5	Abrechnungsprobleme bei vor- und nachstationärer Behandlung.....	8
2.6	Patienten aus dem Ausland	10
3.	Forderungsmanagement	12
3.1	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	12
3.2	Zweifelhafte Forderungen	15
3.3	Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen.....	17
3.4	Zeitraum zwischen Entlassung des Patienten und Bezahlung von Rechnungen	18
3.5	Maßnahmen zur Beschleunigung der Rechnungsstellung	21
3.6	Maßnahmen zur Beschleunigung der Rechnungsbegleichung.....	24
3.7	Reaktion der Krankenhäuser auf Zahlungsverzögerungen und – verweigerungen	26
4.	Stellenbesetzungsprobleme.....	27
4.1	Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst.....	27
4.2	Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst.....	29
4.3	Stellenbesetzungsprobleme bei MTA.....	30
4.4	Stellenbesetzungsprobleme in der Funktions- und Intensiv-pflege	32
4.5	Altersstruktur in der Funktions- und Intensivpflege.....	34
5.	Technische Assistenzberufe.....	37
5.1	Personalzahlen bei OTA	37
5.2	Bedarf und Akzeptanz von OTA.....	40
5.3	Bedarf an ATA.....	41
5.4	Aktualisierungsbedarf der MTA-Ausbildung	43
5.5	Akademisierung der MTA-Berufe	44

6.	Ambulante Leistungserbringung nach § 116b SGB V.....	46
6.1	Geeignetes Leistungsspektrum.....	46
6.2	Antragstellung.....	47
6.3	Leistungsbereiche bei gestellten Anträgen.....	48
6.4	Leistungsbereiche bei genehmigten Anträge.....	50
6.5	Probleme bei der Behandlung von Patienten.....	52
7.	Integrierte Versorgung.....	53
7.1	Teilnahme an der Integrierten Versorgung.....	53
7.2	Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung.....	55
7.3	Beteiligte Leistungserbringer.....	57
7.4	Integrationsversorgung nach Ende der Anschubfinanzierung.....	59
8.	Kooperationen mit der medizintechnischen Industrie.....	62
8.1	Personalbereich.....	62
8.2	Logistik und Lagerhaltung.....	63
8.3	Finanzierung.....	64
8.4	Sonstige Kooperationen.....	65
9.	Wirtschaftliche Situation des Krankenhauses.....	67
9.1	Zukunftssicherheit der IT im Krankenhaus.....	67
9.2	Auswirkungen der Kapitalmarktkrise auf die Krankenhäuser.....	68
9.3	Jahresergebnis 2008/2009.....	69
9.4	Entwicklung der Jahresergebnisse 2007/2008.....	71
9.5	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation.....	73
Anhang:	Methodik und Stichprobenbildung.....	76

1. Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2009 vor.

Beim *Krankenhaus Barometer* handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Das Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausedirektoren (VKD), der Verband der leitenden Krankenhausärzte (VIK) und die Deutsche KrankenhausVerlagsgesellschaft (DKVG).

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

Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das *Krankenhaus Barometer* zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet. Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometer* sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2009 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von Ende April bis Anfang Juli 2009 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 286 Krankenhäuser; eine Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält der Anhang.

Die Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung mit einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Schwerpunkte des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* bilden vor allem die personelle und wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser auch vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise, neue Versorgungsformen sowie die Kooperation mit Zuweisern bzw. der medizintechnischen Industrie.

Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

2. Leistungen

2.1 Entgeltstruktur

Die Abdeckung der vollstationären Fälle über die DRGs bewegte sich auch in den Jahren 2007 und 2008 wiederum bei 97,4%. Die Fallzahlen, die mit Entgelten nach § 6 KHEntgG und nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet wurden, sind seit Jahren relativ konstant. Im Jahr 2008 lagen sie bei rund 0,8% bzw. 1,8% (Abb. 1).

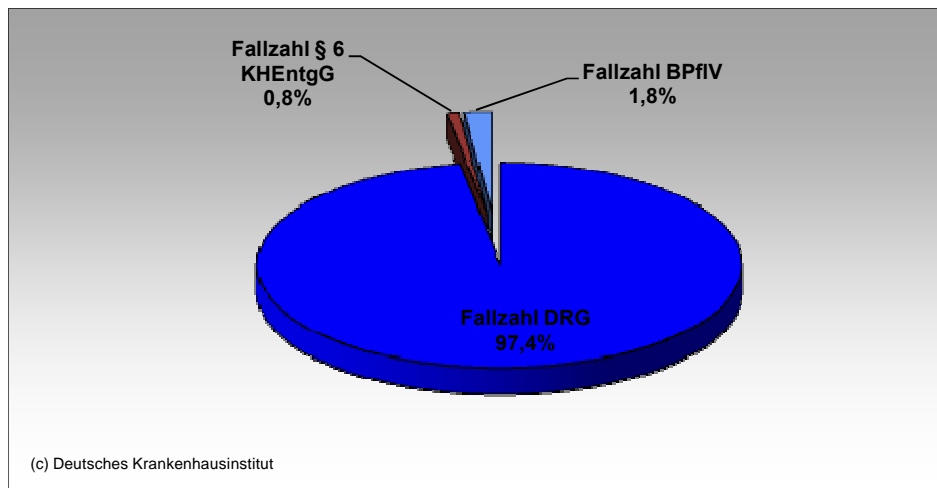


Abb. 1: Stationäre Fallzahl nach Entgeltarten im Jahr 2008

Besteht bei Krankenhäusern unter 600 Betten das vollstationäre Leistungsspektrum zu 98% aus Fällen, die mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, sind es bei den Häusern mit über 600 Betten 97%. Größenübergreifend gibt es also faktisch kaum Unterschiede in der Entgeltstruktur der Krankenhäuser.

2.2 TOP-30-DRGs

Einen Überblick über die Leistungsstruktur eines Krankenhauses bietet die Auflistung der TOP-30-DRGs eines Krankenhauses. Bei den TOP-30-DRGs handelt es sich um die dreißig häufigsten Leistungen. Der Anteil der TOP-30-DRGs an der Gesamtfallzahl der DRGs gibt Aufschluss darüber, inwieweit sich das Krankenhaus auf bestimmte Leistungen fokussiert. Eine derartige Spezialisierung hat grundsätzlich Vorteile in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit, kann jedoch gleichfalls Risiken enthalten, wenn der Fallpauschalen-Katalog zu Ungunsten dieser Leistungen verändert wird.

Rund die Hälfte der Fälle (48,6%) wurden im Jahr 2008 von den Krankenhäusern mit TOP-30-DRGs abgerechnet (Vorjahreswert 49,5%). Auf Grund des breiteren Leistungsangebots größerer Häuser nimmt dieser Anteil mit steigender Bettengrößenklasse ab. Im Jahr 2008 lag er bei den großen Häusern bei 39,1%, bei den mittelgroßen Kliniken bei 46,8% und den kleineren Krankenhäusern bei 57,8%.

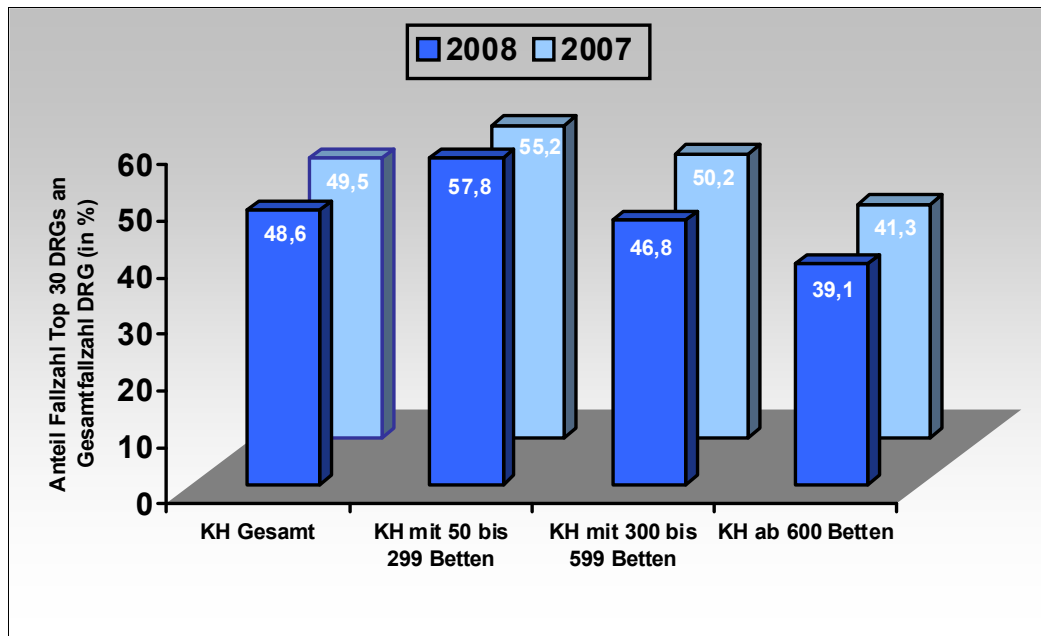


Abb. 2: Anteil TOP-30-DRGs an Gesamtfallzahl DRGs

Da es sich bei den TOP-30-DRGs meist um Standardfälle handelt, liegt der Case Mix-Index der TOP-30-DRGs im Jahr 2008 mit 0,84 deutlich unter dem Case Mix-Index für die gesamten vollstationären Fälle. Der Case Mix der TOP-30-DRGs hat im Durchschnitt einen Anteil von 47% an dem gesamten Case Mix eines Hauses. Deutliche Unterschiede ergeben sich wiederum zwischen größeren und kleineren Krankenhäusern. Der Case Mix-Anteil der TOP-30-DRGs lag im Jahr 2008 bei den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten bei rund 29%, bei den Häusern mit 300 bis 599 Betten bei 37% und bei den kleineren Kliniken mit 50 bis 299 Betten bei 54%.

2.3 Case Mix-Index

Der Case Mix-Index, der die durchschnittliche Fallschwere in den Krankenhäusern widerspiegelt, lag im Jahr 2008 bei den Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten im Schnitt bei 1,02. Er ist damit nur leicht gegenüber dem Vorjahreswert von 1,04 zurückgegangen.

Da in der Regel die durchschnittliche Fallschwere mit der Größe des Krankenhauses positiv korreliert, steigt der Case Mix-Index mit zunehmender Bettengrößenklasse an. Er lag im Jahr 2008 bei den Häusern mit 50 bis 299 Betten bei 0,99, bei den Kliniken mit 300 bis 599 Betten bei 1,03 und bei den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten bei 1,19 (Abb. 3). Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Fallschwere über alle Größenklassen hinweg nur geringfügig verändert.

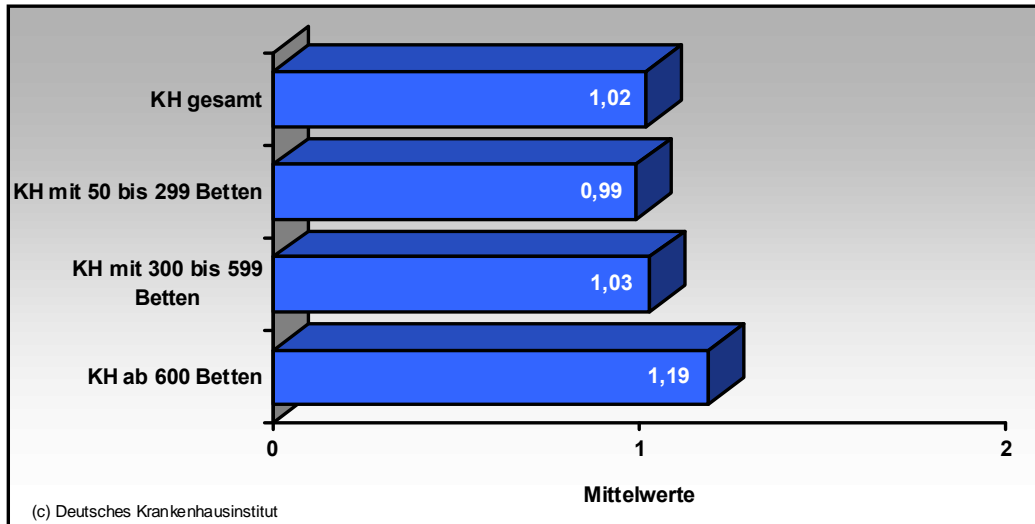


Abb. 3: Case Mix-Index in 2008

2.4 Vereinbarte unterschiedliche DRGs

Weitere Hinweise auf die Leistungsstruktur erhält man aus der Anzahl der unterschiedlichen DRGs, die vom Krankenhaus vereinbart wurden. Hierdurch lässt sich feststellen, wie breit das Leistungsspektrum eines Krankenhauses ist bzw. ob sich dieses zwischen den Jahren 2007 und 2008 verändert hat. Konnten im Jahr 2007 nach dem damals geltenden Fallpauschalen-Katalog maximal 1.035 bewertete DRGs für Hauptabteilungen vereinbart werden, waren es im Jahr 2008 maximal 1.089 DRGs.

Der Anteil der vereinbarten DRGs an den maximal zu vereinbarenden DRGs lag im Mittel bei 40,8% (Vorjahr: 43,6%). Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser im Durchschnitt weniger als die Hälfte des DRG-Leistungskatalogs erbringen.

Mit einem Anteil von 77,0% liegen die größeren Krankenhäuser mit ihrem breiteren Leistungsangebot vorn. Die Häuser mit 300 bis 599 Betten bieten 53,0% des DRG-Leistungsspektrums an und die kleineren Kliniken mit 50 bis 299 Betten beschränken sich im Mittel auf rund 30,8% des DRG-Katalogs für Hauptabteilungen.

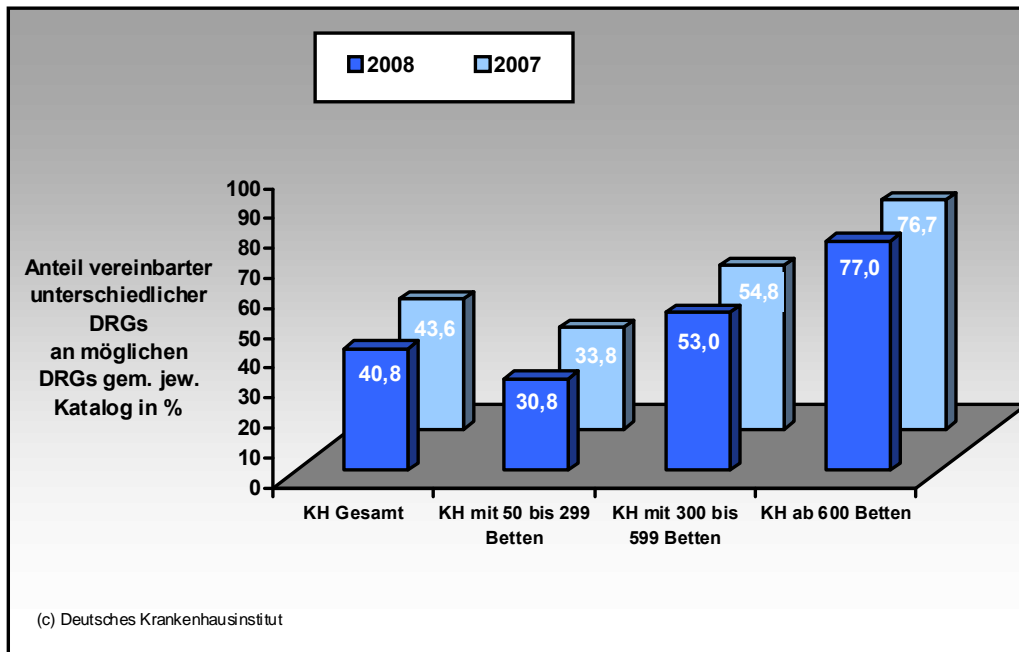


Abb. 4: Anteil vereinbarter unterschiedlicher DRGs an möglichen DRGs

2.5 Abrechnungsprobleme bei vor- und nachstationärer Behandlung

Gemäß § 115a SGB V sind Krankenhäuser zur vor- und nachstationären Behandlung von Versicherten berechtigt. Die vorstationäre Behandlung soll hierbei entweder die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorbereiten. Im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung kann eine nachstationäre Behandlung durchgeführt werden, um den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

In zweiseitigen Landesverträgen, sofern vorhanden, werden die Regelungen zur vor- und nachstationären Behandlung weiter präzisiert. Dennoch werden aus der Krankenhauspraxis häufiger Probleme im Zusammenhang mit der Abrechnung der vor- und nachstationären Leistungen berichtet. Aus diesem Grunde wurden die Krankenhäuser befragt, welche Abrechnungsprobleme bei ihnen aufgetreten sind.

Eine vorstationäre Behandlung kann auch der Abklärung einer geplanten stationären Behandlung dienen. Voraussetzung hierfür ist, dass eine Verordnung für eine Krankenhausbehandlung vorliegt. Im Rahmen der vorstationären Untersuchungen kann der Krankenhausarzt zu der Einschätzung gelangen, dass ein stationärer Aufenthalt für den Patienten nicht erforderlich ist. Im Anschluss an diese vorstationäre Untersuchung findet dann auch keine Krankenhausaufnahme statt. Das Krankenhaus kann eine vorstationäre Pauschale abrechnen. Hierbei tritt in rd. 14% der Krankenhäuser häufig ein Problem mit den Kostenträgern auf. Weitere 30% der Häuser berichten von gelegentlichen Abrechnungsstreitigkeiten. In allerdings rund 43% der Häuser tritt dieser Problemfall nie oder selten auf.

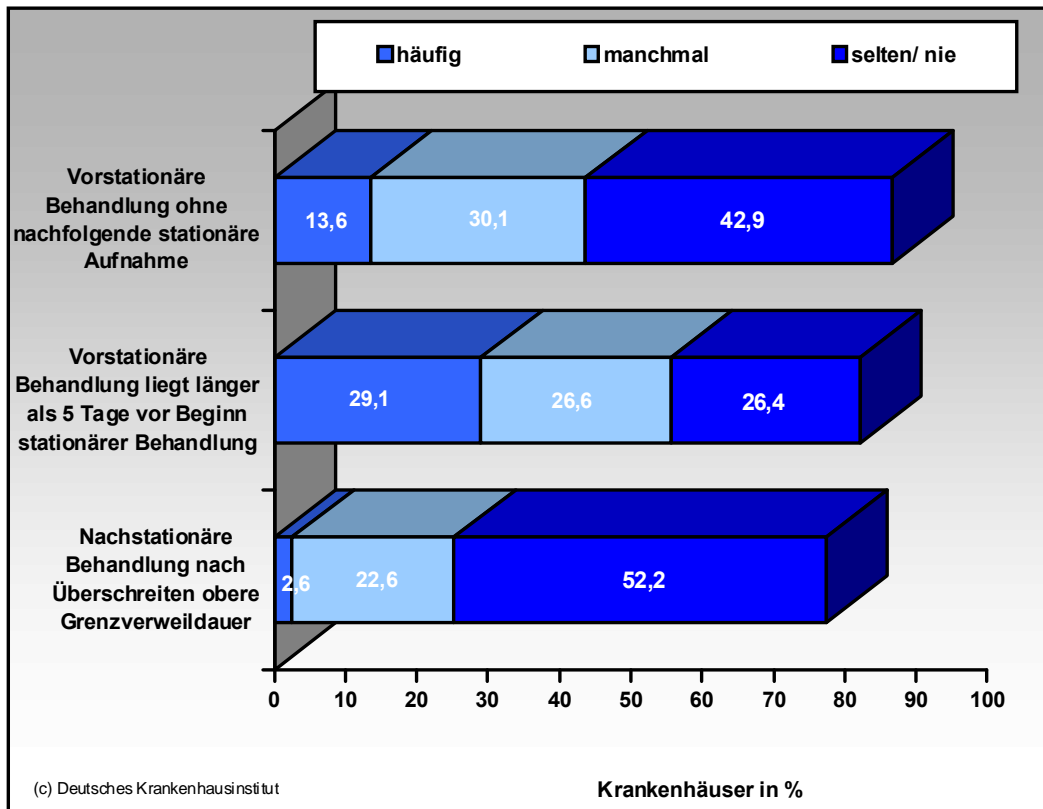


Abb. 5: Abrechnungsprobleme bei der vor- und nachstationären Behandlung

Gemäß § 115a SGB V ist die vorstationäre Behandlung auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. In § 8 Abs. 2 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz ist geregelt, dass eine vorstationäre Behandlung nicht neben einer DRG gesondert berechnet werden kann. In diesem Zusammenhang wird die Frage thematisiert, ob eine vorstationäre Behandlung, die länger als fünf Tage vor Beginn der stationären Behandlung liegt, neben einer Fallpauschale abgerechnet werden kann.

In 29% der Krankenhäuser führt diese Fragestellung häufiger zu Abrechnungsproblemen mit den Kostenträgern. In weiteren rund 27% der Häuser wird dies manchmal diskutiert. Etwas mehr als ein Viertel der Häuser gab an, dass diese Problematik selten oder nie bei ihnen vorkommen würde.

Eine nachstationäre Behandlung darf sieben Tage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung durchgeführt werden. Im Zusammenhang mit der Abrechnung einer Fallpauschale bestimmt § 8 Abs. 2 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz, dass eine nachstationäre Behandlung abgerechnet werden darf, wenn die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die obere Grenzverweildauer der Fallpauschalen übersteigt. Zu Abrechnungsproblemen mit den Kostenträgern führt diese Regelung nur in 2,6% der Krankenhäuser häufiger. Allerdings gab mehr als ein Fünftel der Häuser an, dass diese Problematik manchmal auftreten würde. In mehr als der Hälfte der Häuser kommen solche Streitigkeiten aber nie oder nur selten vor.

2.6 Patienten aus dem Ausland

Aufgrund des zunehmenden Kostendrucks und tendenzieller Belegungsrückgänge, in Folge sinkender Verweildauern, kann es für die Krankenhäuser attraktiv werden, Patienten aus dem Ausland zu behandeln, um somit zusätzliche Erlöse neben dem Krankenhausbudget zu erwirtschaften. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Patienten mit einer ausländischen Versicherung bzw. mit einem ausländischen Wohnsitz, wenn die Kosten selbst getragen werden, im Jahr 2008 vollstationär behandelt wurden.

Die zwei Drittel der Krankenhäuser, welche hierzu überhaupt Angaben machten, haben im Durchschnitt 49 ausländische Patienten im oben definierten Sinne behandelt. Allerdings sind die Werte sehr schief verteilt: So liegt der Median der Verteilung lediglich bei 13 Patienten aus dem Ausland. Der untere Quartilswert liegt bei 5 ausländischen Patienten und der obere Quartilswert bei 32 Patienten. Die Verteilung nach Krankenhausgröße kann Abb. 6 entnommen werden.

Relativ gesehen spielen Patienten mit ausländischem Wohnsitz bzw. ausländischer Versicherung noch keine sehr große Rolle. Im Durchschnitt (Median) entfallen auf diese Klientel 0,2% der vollstationären Fälle. Auch die Quartilswerte bewegen sich im unteren Bereich. 25% der Häuser weisen keine oder weniger als 0,1% Patienten aus dem Ausland auf und bei weiteren 25% lag der Anteil ausländischer Patienten an den vollstationären Patienten über 0,3%. In dieser Hinsicht gab es auch keine nennenswerten Unterschiede nach der Krankenhausgröße.

In regionaler Betrachtung waren unter den Krankenhäusern, bei denen sich die Quote ausländischer Patienten im oberen Quartil bewegt, Krankenhäuser im süddeutschen Raum deutlich überrepräsentiert (rund 50%). Damit liegt die Schlussfolgerung nahe, dass es sich hierbei vor allem um ausländische Patienten handelt, die während eines Urlaubs aus akuten Gründen stationär behandelt werden müssen.

Dies legt auch die Verteilung nach Elektivpatienten und Notfällen nahe: Auf die entsprechende Frage gaben die Krankenhäuser an, dass rund drei Viertel der vollstationären Patienten mit ausländischer Versicherung bzw. mit ausländischem Wohnsitz aufgrund eines Notfalls stationär behandelt wurden. Dementsprechend ist ein Viertel dieser Klientel eigens zum Zweck der stationären Behandlung eingereist.

Rund 60% der Patienten mit ausländischer Versicherung bzw. mit einem ausländischen Wohnsitz, wenn die Kosten selbst getragen werden, stammen, den Befragungsteilnehmern zufolge, aus dem EU-Ausland.

Bei den Patienten aus dem Ausland gestaltet sich die Entgeltabrechnung teilweise schwierig. Rund die Hälfte der Krankenhäuser mit Angaben berichtet von Abrechnungsproblemen bei vollstationären Patienten mit ausländischer Versicherung oder ausländischem Wohnsitz. Im Rahmen einer offenen Frage wurden als häufigste Probleme Zahlungsverweigerungen oder Zahlungsverzögerungen genannt sowie fehlende Unterlagen, sei es seitens des Patienten oder des Krankenhauses für den ausländischen Versicherungsträger.

Die stationäre Behandlung ausländischer Patienten kommt einstweilen vor allem für grenznah liegende Krankenhäuser bzw. für Kliniken in Urlaubsgebieten oder

mit einem internationalen Ruf in bestimmten Spezialgebieten in Betracht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die deutschen Krankenhäuser - nicht zuletzt angesichts ihres guten Rufes und der hohen Leistungsqualität - künftig ein grundsätzliches bzw. steigendes Interesse haben werden, ihre Leistungen international anzubieten.

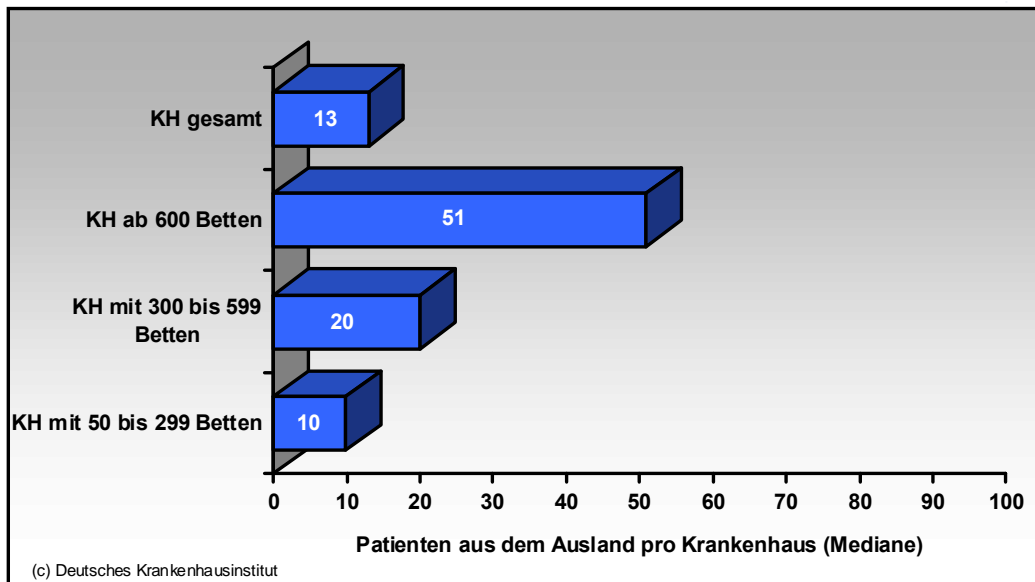


Abb. 6: Patienten mit ausländischem Wohnsitz/ausländischer Versicherung pro Krankenhaus in 2008

3. Forderungsmanagement

Wiederholt waren Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen der Kostenträger ein Thema im Krankenhaus Barometer.

Eine zeitnahe Vergütung der erbrachten Leistungen ist aber nicht nur von den Kostenträgern abhängig. Auch die Krankenhäuser können hier einen entsprechenden Teil dazu beitragen, in dem sie das Forderungsmanagement zu optimieren versuchen. Dazu zählt zunächst einmal die Kenntnis darüber, wie hoch die Forderungen überhaupt sind bzw. wie viel Zeit zwischen der Entlassung des Patienten und der Begleichung der Rechnung vergehen.

3.1 Forderungen aus Lieferungen und Leistungen

Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Buchführung an der „Krankenhaus-Buchführungsverordnung“ (KHBV) auszurichten. Die KHBV gibt in Anlage 1 ein Muster für die Erstellung einer Krankenhausbilanz vor. Darunter befindet sich auch der Posten „Forderungen aus Lieferungen und Leistungen“ (Kontengruppe 12).

Unter Forderungen werden üblicherweise Geldforderungen aufgrund von Dienstleistungen, Nutzungen oder Lieferung von Gütern verstanden. In Krankenhäusern ist der Punkt „Lieferung von Gütern“ zu vernachlässigen, während der Punkt „Nutzungen“ etwa in Form der Vermietung von OP-Kapazitäten an Externe durchaus vorkommt, aber im Vergleich zu den Dienstleistungen zu vernachlässigen ist. Zu den Dienstleistungen des Krankenhauses zählt die Behandlung von Patienten. Daher gehören zu den Forderungen aus Lieferungen und Leistungen die zum Bilanzstichtag noch nicht bezahlten Krankenhausbehandlungen.

Die Kontengruppe 12 wird noch weiter untergliedert. Ein wichtiges Konto (Kto. 120) stellt die Forderung aus Lieferung und Leistungen gegenüber den Kassen und den sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträger dar. Zu dieser Gruppe zählen neben den gesetzlichen Krankenkassen u.a. auch die Träger der Sozialhilfe, die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung oder die Bundesagentur für Arbeit.

Zum Bilanzstichtag hatten die Krankenhäuser im Durchschnitt Forderungen aus Lieferungen und Leistungen in Höhe von rund 3,5 Millionen Euro. Den größten Teil dieser offenen Posten machten die Forderungen an Kassen und sonstige öffentlich-rechtliche Leistungsträger aus, nämlich im Durchschnitt etwa 3,2 Millionen Euro. Die Krankenkassen schuldeten zum Bilanzstichtag den Krankenhäusern im Durchschnitt noch rund 2,5 Millionen Euro (Abb. 7).

Deutlich oberhalb des bundesdeutschen Mittels lagen die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten und vor allem die Häuser ab 600 Betten. Bei den großen Häusern lag der Median bei den Forderungen aus Lieferungen und Leistungen am Bilanzstichtag bei 18,7 Millionen Euro. Auch hier war der Hauptbestandteil wiederum die Forderungen an Kassen und sonstige öffentlich-rechtliche Leistungsträger.

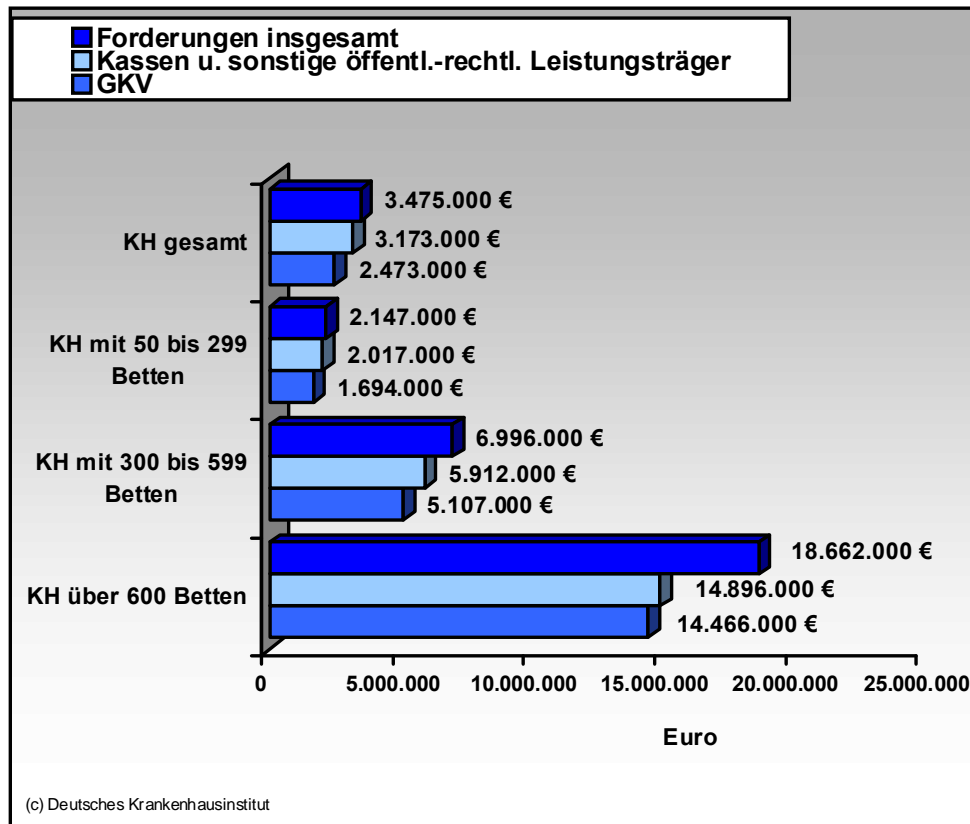


Abb. 7: Forderungen aus Lieferungen und Leistungen - Mediane

Zusätzlich zur absoluten Höhe der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen wird eine Kennzahl ausgewiesen, die die Forderungen auf die Fallzahlen normiert. Da in den Forderungen aus Lieferungen und Leistungen auch noch sonstige Forderungen, etwa gegen Ärzte und Belegärzte, enthalten sind, erfolgt eine weitere Einschränkung auf Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gegenüber Kassen und sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern.

Im Durchschnitt weisen die Krankenhäuser je Fall Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gegenüber den Kassen und sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern in Höhe von 443 Euro auf. Diese Forderungen variieren deutlich zwischen den unterschiedlichen Größenklassen. Während die Häuser mit 50 bis unter 300 Betten Forderungen je Fall in Höhe von 399 Euro aufwiesen, lag die entsprechende Kennzahl bei den Häusern ab 600 Betten bei 554 Euro (Abb. 8).

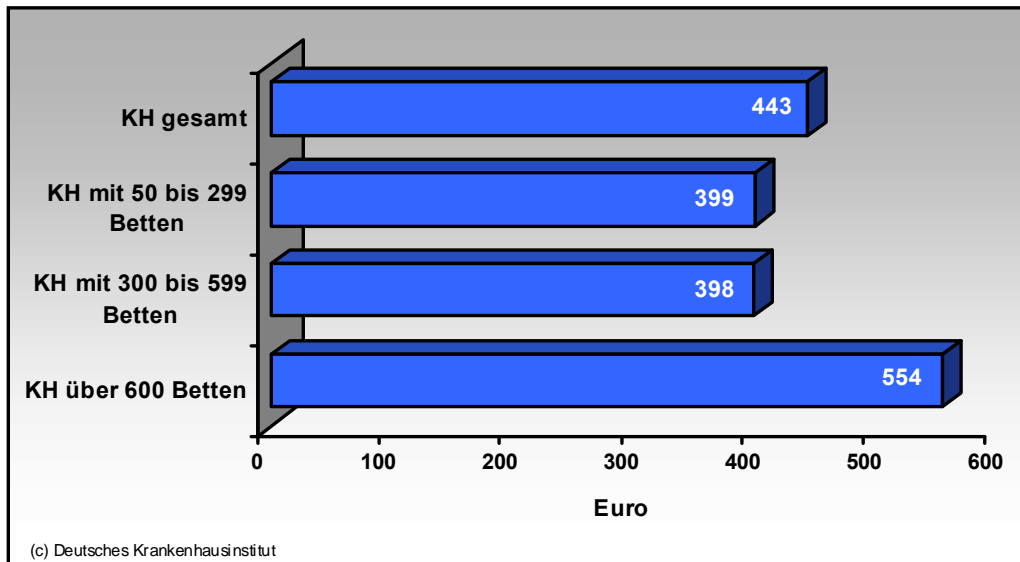


Abb. 8: Forderungen aus Lieferungen und Leistungen gegenüber Kassen und sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern je Fall

Es sei darauf hingewiesen, dass Forderungen aus Lieferungen und Leistungen zu einem Stichtag erhoben werden. Zu diesem Zeitpunkt sind Rechnungen noch nicht gestellt oder aber im Zahlungsziel, so dass die Aussagekraft der ausgewiesenen Kennzahl nicht überinterpretiert werden darf.

Die Struktur der Kontengruppe „Forderungen aus Lieferungen und Leistungen“ nach Kostenträgergruppen kann ermittelt werden, wenn man das Konto „Forderung aus Lieferung und Leistungen gegenüber den Kassen und den sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträger“ bzw. das Unterkonto „Gesetzliche Krankenversicherung“ dazu in Relation setzt. Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die zu allen drei Konten Angaben gemacht haben.

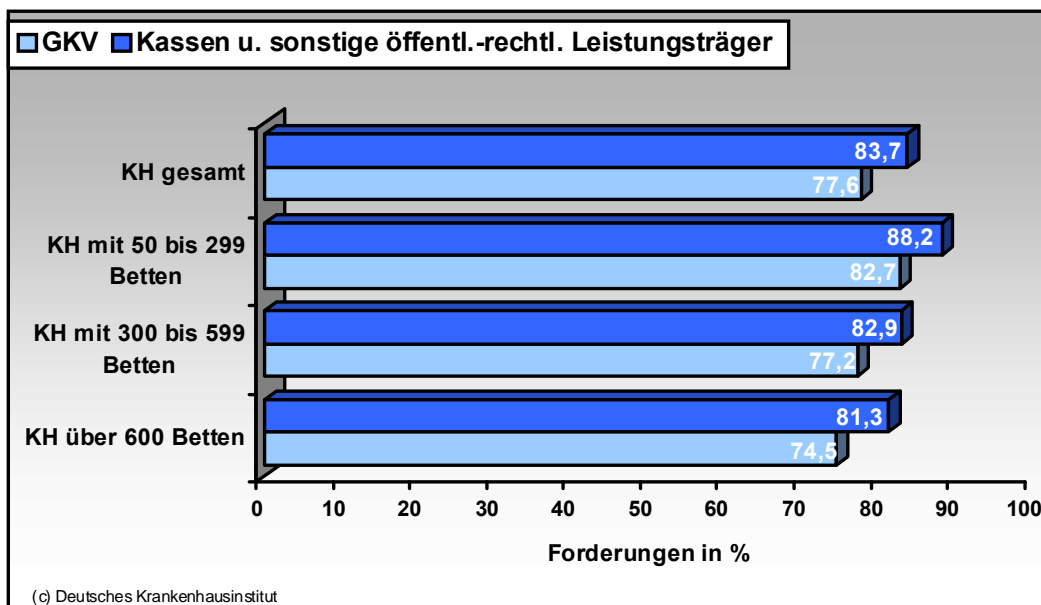


Abb. 9: Struktur der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen

Den Großteil der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen machen die Ansprüche gegenüber Kassen und sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern aus. Im Durchschnitt über alle Krankenhäuser liegt der Anteil bei 83,7%. Die restlichen Forderungen teilen sich somit auf die anderen Konten wie u.a. die zweifelhaften Forderungen (Kto. 129) auf.

Je nach Größenklasse unterscheiden sich die Anteile für die Forderungen an Kassen und sonstige öffentlich-rechtliche Leistungsträger. Mit 88,2% haben die Häuser mit 50 bis unter 299 Betten den höchsten Anteil an Forderungen an diese Gruppe, während die großen Häuser mit 81,3% im Mittel den geringsten Anteil aufweisen.

Differenziert man noch mehr und betrachtet ausschließlich die Ansprüche der Krankenhäuser an die gesetzlichen Krankenkassen, dann zeigt sich, dass mehr als drei Viertel der Forderungen aus Lieferungen und Leistungen die Gesetzliche Krankenversicherung betreffen. Hier liegt ebenfalls eine Varianz zwischen den drei Größenklassen vor. Die Anteile differieren um bis zu acht Prozentpunkten.

Die Unterschiede können daraus resultieren, dass in größeren Häusern ein etwas anderes Patientenlientel, gemessen am Versicherungsstatus, behandelt wird als in den kleineren Häusern. Es könnte sein, dass bei den Häusern ab 600 Betten mehr Patienten anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger behandelt werden.

3.2 Zweifelhafte Forderungen

Aufgrund von Bilanzierungsvorschriften sind Forderungen aus Lieferungen und Leistungen, deren Einbringung zweifelhaft ist, gesondert auszuweisen. Als zweifelhafte Forderungen gelten solche Forderungen, deren Eingang im Einzelfall ungewiss ist. Es steht also mitnichten fest, dass ein Zahlungseingang nicht erfolgt, sondern es liegen lediglich Gründe, zumindest aber begründete Vermutungen vor, dass der Eingang problematisch sein könnte.

Die zweifelhaften Forderungen stellen ein Konto der Kontengruppe „Forderungen aus Lieferungen und Leistungen“ dar. Insofern lässt sich ermitteln, wie hoch der Anteil der zweifelhaften Forderungen an den Gesamtforderungen ist. Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die sowohl zu den Forderungen insgesamt als auch zu den zweifelhaften Forderungen Angaben gemacht haben.

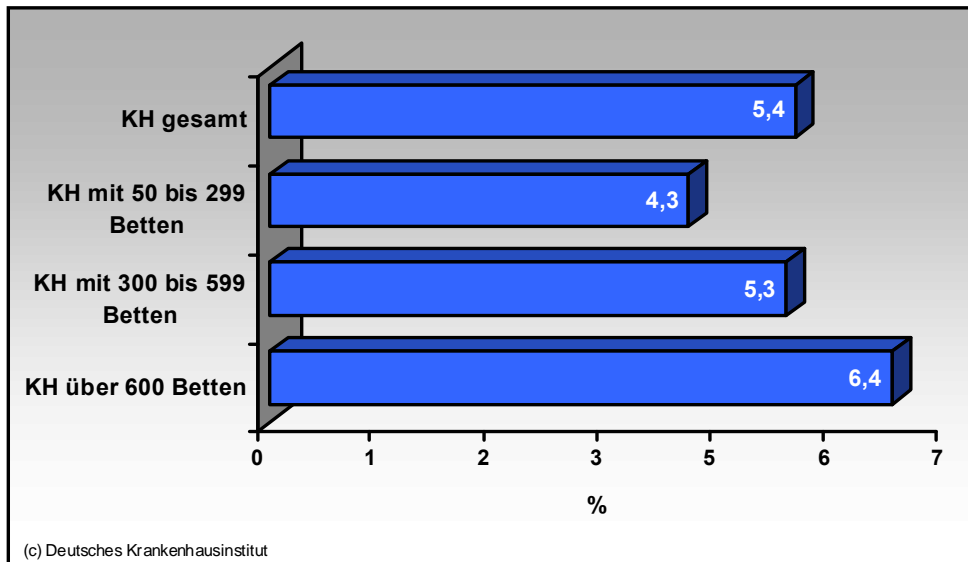


Abb. 10: Anteil zweifelhafter Forderungen an Forderungen aus Lieferungen und Leistungen

Im Durchschnitt aller Krankenhäuser liegt der Anteil der zweifelhaften Forderungen an allen Forderungen aus Lieferungen und Leistungen bei 5,4%. Unterdurchschnittlich mit 4,3% schneiden die Krankenhäuser mit 50 bis unter 300 Betten ab. Wiederum über dem Mittel liegen die Häuser ab 600 Betten mit einem Anteilswert von 6,4%.

Da sowohl Angaben zu den jeweiligen Forderungen für Kassen und den sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern bzw. der GKV vorliegen, kann man auch den Anteil der zweifelhaften Forderungen an den Forderungen aus Lieferungen und Leistungen nach Kostenträgergruppen ermitteln. Wiederum wurden nur Häuser berücksichtigt, die zu beiden Fragen Angaben gemacht haben.

Der Anteil der zweifelhaften Forderungen gegenüber Kassen und sonstigen öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern an den Forderungen gegenüber diesen Institutionen liegt bei 5%. Der entsprechende Anteilswert liegt bei den gesetzlichen Krankenkassen bei rd. 4%.

Abb. 11 zeigt die zweifelhaften Forderungen je vollstationärem Fall. Voraussetzung ist dabei, dass die Krankenhäuser zu beiden Fragen Angaben gemacht haben. Implizit wird angenommen, dass die zweifelhaften Forderungen insbesondere Forderungen aus stationären Leistungen betreffen.

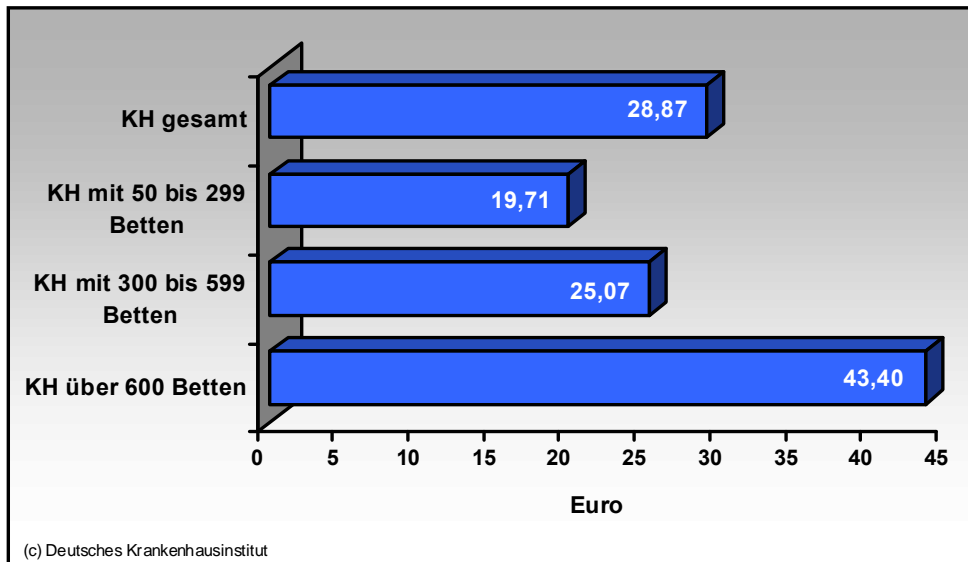


Abb. 11: Zweifelhafte Forderungen aus Lieferungen und Leistungen je Fall

Demnach liegen je Fall im Durchschnitt zweifelhafte Forderungen in Höhe von rund 29 Euro vor. Deutlich abweichend davon ist die Kennzahl mit rd. 20 Euro bei den Häusern mit 50 bis unter 300 Betten bzw. mit etwa 43 Euro bei den Krankenhäusern ab 600 Betten.

3.3 Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen

Wenn feststeht, dass bei einer Forderung nicht mehr mit einem Zahlungseingang zu rechnen ist, dann muss diese Forderung abgeschrieben werden. Die zweifelhaften Forderungen werden dann um die uneinbringlichen Forderungen bereinigt.

Bei den uneinbringlichen Forderungen handelt es sich häufig um Forderungen, bei denen z.B. ein Mahnverfahren mit anschließender Zwangsvollstreckung nicht möglich war oder aus anderen Gründen gescheitert ist. Uneinbringliche Forderungen haben i.d.R. eine lange Vorgeschichte, so dass die Periodenkongruenz zwischen Forderungen aus Lieferungen und Leistungen und abgeschriebenene uneinbringliche Forderungen nicht immer gegeben ist. Daher kann auch kein Anteilswert ermittelt, sondern nur eine Relation ausgewiesen werden.

Die Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen nehmen ein Volumen an, das 2,3% der Forderungen auf Lieferungen und Leistungen entspricht. Bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen unter 600 Betten liegt die entsprechende Relation bei 1,8 bzw. 1,9%. Lediglich bei den Häusern ab 600 Betten liegt mit 2,9% ein höherer Mittelwert auf der Basis eines schon höheren Niveaus vor.

Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen haben auf zweifelhafte Forderungen zu erfolgen. Auch hier kann wieder eine Ermittlung einer Relation ermittelt werden.

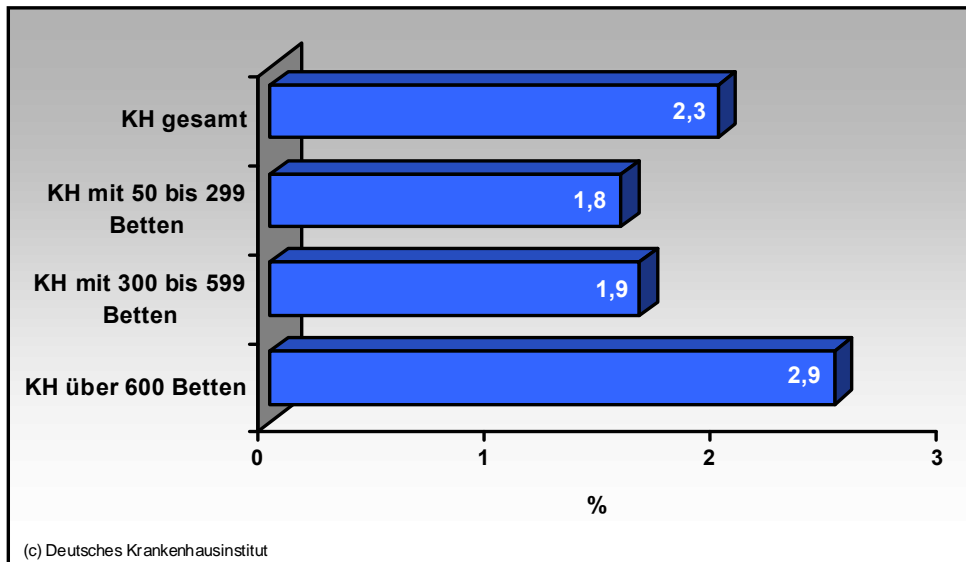


Abb. 12: Relation zwischen Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen und Forderungen aus Lieferungen und Leistungen

Die Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen liegen bei einem Niveau von 42,2% der zweifelhaften Forderungen. Mehr als 40% des wertmäßigen Volumens der zweifelhaften Forderungen können nicht eingeholt werden. Im Umkehrschluss heißt dies aber auch, dass das Volumen der als zweifelhaft angesehenen Forderungen in Höhe von 58% noch von den Krankenhäusern vereinbart werden kann.

Beschränkt man die die Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen an den zweifelhaften Forderungen auf die gesetzlichen Krankenkassen, dann wird deutlich, dass rd. 36% des wertmäßigen Volumens der zweifelhaften Forderungen an die Krankenkassen für die Krankenhäuser verloren ist. Auch hier gilt wieder, dass das Volumen von 64% der zweifelhaften Forderungen trotz begründeten Zweifeln von den Krankenhäusern als Zahlungseingang verbucht werden konnte.

Aufgrund der kleinen Fallzahlen sind in beiden Fällen keine größenklassenspezifischen Auswertungen möglich.

3.4 Zeitraum zwischen Entlassung des Patienten und Bezahlung von Rechnungen

Einen ersten Ansatzpunkt findet man bei der Ermittlung der durchschnittlichen Anzahl der Tage, die zwischen der Entlassung und der Rechnungsstellung vergehen. Für die Rechnungsstellung sind bestimmte Daten erforderlich. Hierzu zählen beispielsweise

- patientenbezogene Daten wie der Name des Versicherten
- medizinische Daten wie die Diagnosen und Prozeduren
- administrative Daten wie die Zeitpunkt und Art der Entlassung.

Alle für die Rechnungsstellung relevanten Daten müssen vorliegen, damit Rechnungen an die Kostenträger versandt werden können. Verzögerungen etwa bei der Kodierung haben damit direkten Einfluss auf den Zeitpunkt der Rechnungsstellung.

Im Durchschnitt der Stichprobenkrankenhäuser liegen zwischen der Entlassung eines vollstationär behandelten Patienten und der Rechnungsstellung 11,6 Tage. Die Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten weisen hierbei mit 11,2 Tage den niedrigsten Durchschnittswert aus. Die Häuser ab 600 Betten liegen mit 13,3 Tagen mehr als 1,5 Tage über dem bundesweiten Mittel.

Für die Rechnungsstellung nach Entlassung eines Patienten brauchen 25% der Krankenhäuser maximal 6 Tage oder weniger. Auf der anderen Seite benötigen 25% der Krankenhäuser 14 Tage und mehr für die Rechnungsstellung, nachdem der Patient aus der vollstationären Behandlung entlassen worden ist. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Größe des Krankenhauses und Zeitdauer liegt nicht vor.

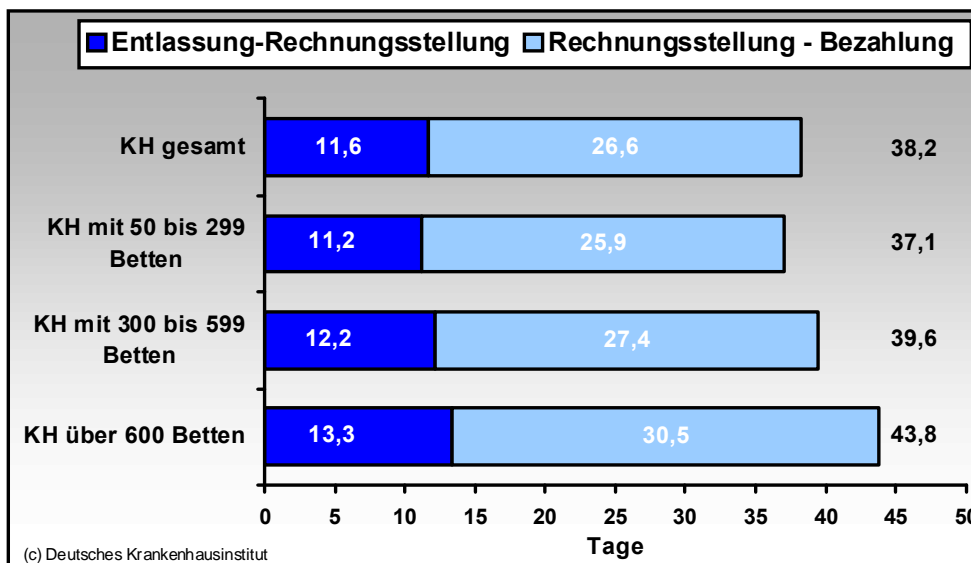


Abb. 13: Durchschnittliche Anzahl der Tage zwischen Entlassung und Rechnungsstellung sowie zwischen Rechnungsstellung und Bezahlung der Rechnung

Die Anzahl der Tage zwischen Entlassung und Rechnungsstellung ist direkt von den Krankenhäusern beeinflussbar. Durch organisatorische Änderungen kann die Zahl der Tage krankenhausintern reduziert werden.

Im Einfluss der Krankenhäuser steht die Zeit zwischen Rechnungsstellung und Bezahlung nur sehr bedingt. Zu beachten sind hier u.a. die in den Landesverträgen vorgegebenen Fristen für die Begleichung einer Rechnung durch die Krankenkassen. Schließlich liegt es an den Kostenträgern, ob sie die Fristen ausschöpfen oder gar überschreiten.

Die durchschnittliche Dauer zwischen Rechnungsstellung und Bezahlung beträgt 26,6 Tage. Auch hier liegen die Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten unter dem Durchschnitt. Fast vier Tage länger als im bundesdeutschen Durchschnitt müssen die Krankenhäuser ab 600 Betten auf ihre Entgelte warten.

In einem Viertel der Häuser lassen sich die Kostenträger 20 oder weniger Tage Zeit mit der Begleichung der Rechnung. In einem weiteren Viertel der Häuser dauert es dagegen 32 und mehr Tage. Auch hier gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Größe des Krankenhauses und der Anzahl Tage zwischen Rechnungsstellung und Eingang der Entgelte.

Fasst man die Tage zwischen Entlassung der Patienten bis hin zur Überweisung der offenen Beträge seitens der Kostenträger zusammen, so kommt man im Mittel auf 38,2 Tage. Mit anderen Worten: Die Krankenhäuser stellen den Kostenträgern einen zinslosen Kredit für mehr als einen Monat für die Begleichung ihrer Rechnungen zur Verfügung.

Allerdings muss man beachten, dass bei 25% der Häuser 28 Tage und weniger zwischen Entlassung und Zahlungseingang vergehen. Dafür gibt es aber auch 25% der Häuser mit 44 und mehr Tagen.

Fasst man nun die Tage zwischen Entlassung des Patienten bis zur Rechnungsstellung und zwischen Rechnungsstellung und Begleichung der Rechnung seitens der Kostenträger zusammen, so vergehen durchschnittlich 38,2 Tage zwischen dem Ende der stationären Leistungserbringung und der zugehörigen Finanzierung der Leistungen.

Aufgrund der vorherigen Ergebnisse war zu erwarten, dass die Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten hier wieder unterhalb des bundesdeutschen Mittelwerts liegen. Die 1,1 Tage, die diese Häuser weniger Zeit benötigten, um die Rechnung beglichen zu bekommen, setzen sich aus den 0,4 Tagen „Entlassung bis Rechnungsstellung“ und 0,7 Tagen „Rechnungsstellung bis Bezahlung“ zusammen.

Die großen Krankenhäuser ab 600 Betten liegen mit 43,8 Tagen 5,6 Tage über dem Durchschnittswert aller Häuser. Wiederum lässt sich diese Differenz aufspalten in die oben erfassten beiden Bestandteile. Die 5,6 Tage oberhalb des Mittels resultieren aus 1,7 Tagen „Entlassung bis Rechnungsstellung“ und 3,9 Tagen „Rechnungsstellung bis Bezahlung“.

Wenn man die Aufteilung der Gesamttage zwischen Entlassung des Patienten und Bezahlung der Rechnung durch die Kostenträger anteilmäßig betrachtet, so stellt man fest, dass im Mittel 69,6% der Frist für den Zeitraum „Rechnungsstellung bis Bezahlung“ aufgewendet wird.

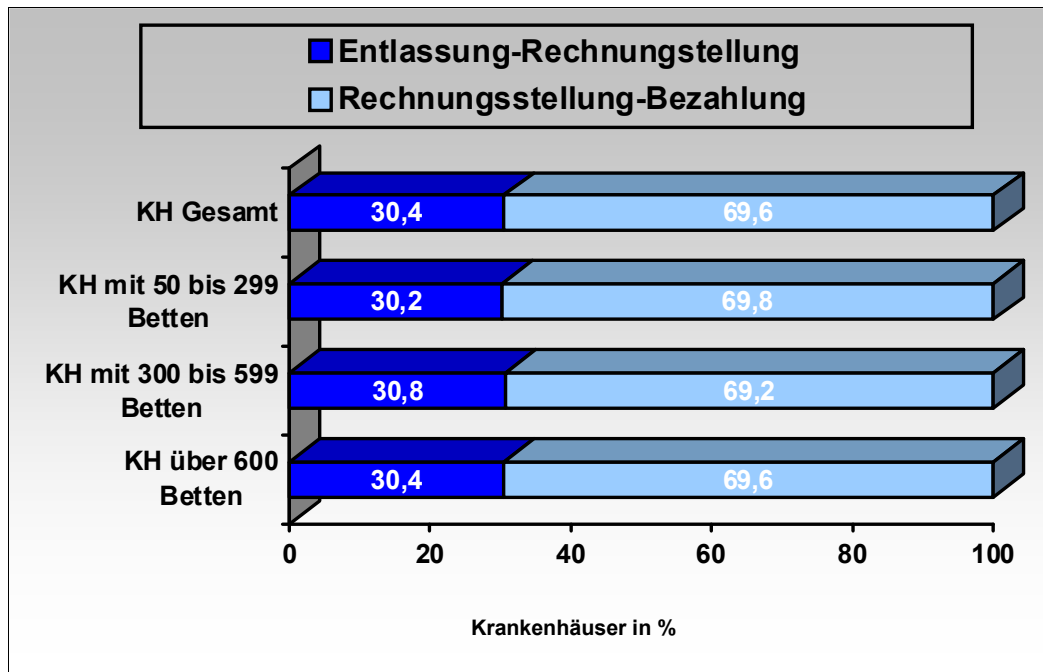


Abb. 14: Anteil Tage zwischen Entlassung und Rechnungsstellung und Anteil Rechnungsstellung und Bezahlung der Rechnung an Gesamtdauer

Dieser Anteilswert ist über alle vier Größenklassen konstant. Die Abweichungen in Tagen zwischen den Größenklassen werden so relativiert. Der Spielraum für die Krankenhäuser, die Frist direkt zu beeinflussen, nämlich über die Zeit zwischen Entlassung und Rechnungsstellung, ist vergleichsweise hoch.

3.5 Maßnahmen zur Beschleunigung der Rechnungsstellung

Die Krankenhäuser haben in den letzten drei Jahren durchaus eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um den Zeitraum zwischen Entlassung der Patienten aus der stationären Behandlung und der Begleichung der Rechnung durch die Kostenträger zu reduzieren.

In mehr als drei Vierteln der Krankenhäuser wurde eine Straffung der Fallfreigabe durch den Arzt durchgeführt bzw. eine mehrmalige Rechnungslegung pro Woche eingeführt. Beide Maßnahmen zielen direkt auf eine Verkürzung der Zeiten zwischen der Entlassung des Patienten und der Rechnungsstellung.

Für die Rechnungsstellung müssen die Mitarbeiter in der für die Abrechnung zuständigen Abteilung alle relevanten Daten zur Verfügung haben. Dazu zählen, wie oben schon erwähnt, auch medizinische Daten wie die Kodierung. Diese können nur nach Freigabe durch den Arzt an die Kostenträger übermittelt werden. Die Ärzte sind daher angehalten, die notwendigen und erforderlichen Unterlagen zügig zu bearbeiten und an die Abrechnungsabteilung weiterzuleiten.

Eine zügige Bearbeitung seitens der Ärzte macht aber nur Sinn, wenn Rechnungen in der Verwaltung gesammelt werden. Daher ist eine mehrmals pro Woche durchgeführte Rechnungslegung das Pendant für die schnellere Bearbeitung durch den Arzt.

Die Reorganisation der Rechnungsabläufe, die immerhin noch von knapp der Hälfte der Häuser durchgeführt worden ist, hat die gleiche Zielrichtung.

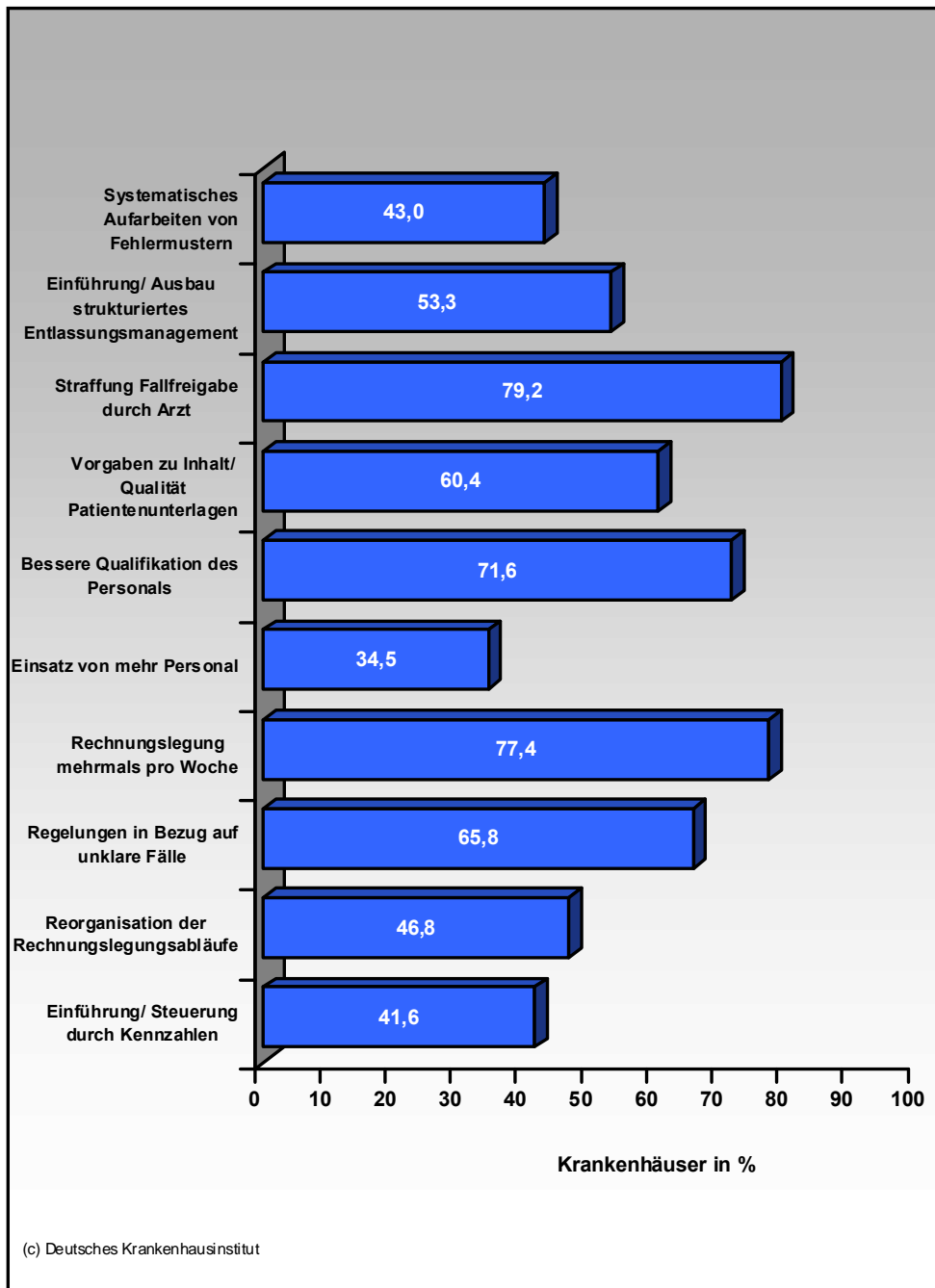


Abb. 15: Maßnahmen zur Beschleunigung der Rechnungsstellung

Eine weitere Maßnahme, die von annähernd 72% der Krankenhäuser ergriffen wurde, ist die Vermeidung von Bearbeitungsrückständen durch eine bessere Qualifikation des Personals. Besser geschulte Mitarbeiter können auch problematische Fälle in eine Bearbeitungsroutine überführen und so die Rechnungen schneller erstellen. Rückfragen bei Vorgesetzten oder Ärzten entfallen oder wer-

den zumindest seltener. Hingegen hat nur ein Drittel der Krankenhäuser mehr Personal zur Vermeidung von Bearbeitungsrückständen eingesetzt.

Zu der verbesserten Qualifikation passt auch, dass zwei Drittel der Krankenhäuser Regelungen in Bezug auf unklare Fälle eingeführt haben. Dadurch können Problemfälle standardisiert und so schneller bearbeitet werden.

In die gleiche Richtung zielen auch die Vorgaben über den Inhalt und die Qualität der Patientenunterlagen. Wiederum erfolgt eine Standardisierung, um eine zügigere Bearbeitung zu ermöglichen. Hand in Hand geht dies mit einer Straffung der Fallfreigabe durch den Arzt, die nur dann sinnvoll ist, wenn sie qualitativ hochwertig ist, und einer verbesserten Qualifikation der Mitarbeiter, die durch die Standardisierung die Routineaufgaben schneller erledigen können und mehr Zeit für die Problemfälle haben.

Immerhin noch mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hat die Einführung bzw. den Ausbau eines strukturierten Entlassungsmanagements betrieben. Diese Maßnahmen zielen zum einen auf eine Reduktion von Behandlungstagen, zum anderen führt die Restrukturierung dazu, dass Redundanzen vermieden, Leerlaufzeiten reduziert und ein zeit- und bedarfsgerechter Ablauf von Tätigkeiten gewährleistet ist. Prozessoptimierungen resultieren insbesondere aus einer systematischen Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs der Patienten, der klaren Bestimmung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten für eine zeit- und bedarfsgerechte Entlassungsplanung, einer zeitlich und inhaltlich optimierten Informationsübermittlung an die relevanten krankenhausinternen und –externen Berufsgruppen sowie der verbindlichen Festlegung von Abläufen. Dadurch kann es gelingen, die für die Abrechnung erforderlichen Unterlagen zeitnah zum Entlassungstermin zur Verfügung zu haben.

Signifikante Unterschiede zwischen den Größenklassen liegen nicht vor.

Die Krankenhäuser haben in den letzten Jahren Maßnahmen nicht isoliert umgesetzt. Vielmehr wurden in fast allen Krankenhäusern immer mehrere Maßnahmen parallel durchgeführt. So haben zwei Drittel der Stichprobenkrankenhäuser folgende drei Maßnahmen durchgeführt:

- die Straffung der Fallfreigabe durch den Arzt,
- die Vermeidung von Bearbeitungsrückständen durch eine bessere Qualifikation des Personals sowie
- mehrmalige Rechnungslegung pro Woche.

Insofern haben die Krankenhäuser große Anstrengungen unternommen, die Zeit zwischen der Entlassung des Patienten und der Rechnungsstellung zu verkürzen.

3.6 Maßnahmen zur Beschleunigung der Rechnungsbegleichung

Es liegt nur teilweise in der Hand der Krankenhäuser, die Frist zwischen Rechnungsstellung und Begleichung der Rechnung zu verkürzen. An vertraglichen Grundlagen wie die in zweiseitigen Vereinbarungen auf Landesebene festgelegten Zahlungsfristen können die Krankenhäuser nichts ändern.

Krankenhäuser sind aber durchaus in der Lage, die Bearbeitungsfrist seitens der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch geeignete interne Vorgaben zu beeinflussen. Schließlich können auch Vorgaben gemacht werden, ob und wann weitergehende Schritte zu ergreifen sind, sollte es zu Zahlungsverzögerungen kommen.

Aus diesem Grunde wurden die Krankenhäuser befragt, welche Maßnahmen sie in den letzten drei Jahren ergriffen haben, um den Zeitraum zwischen Rechnungsstellung und Bezahlung von Rechnungen möglichst gering zu halten.

Ein wichtiger Grund für die Länge der Zahlungsfrist sind Anfragen der Kostenträger zur Beseitigung von Unstimmigkeiten in der Abrechnung oder aber zeitaufwändige MDK-Prüfungen. Durch eine Verbesserung der Kodier- und Dokumentationsqualität kann hier, zumindest zum Teil, Abhilfe geschaffen werden. Dies erklärt, warum über 90% der Krankenhäuser in den letzten drei Jahren genau diese Maßnahme ergriffen haben.

In die gleiche Richtung zielt auch die verbindliche interne Organisation bei MDK-Prüfungen. In 83% der Häuser wurde diese Maßnahme umgesetzt. Dadurch kann verhindert werden, dass eine unstrukturierte krankenhauserinterne Vorgehensweise zu weiteren Verzögerungen beiträgt. Hinzu kommt, dass i.d.R. entsprechend geschulte Mitarbeiter die MDK-Prüfungen bearbeiten, so dass eine gezielte und qualifizierte Bearbeitung der MDK-Prüfungen möglich wird. Mehr als 69% der Häuser setzen daher auf eine Abstellung von Personal für die MDK-Prüfungen.

Grundvoraussetzung dafür, dass die Frist zwischen der Rechnungsstellung und der Bezahlung der Rechnung verkürzt werden kann, ist natürlich eine systematische Überwachung der Zahlungsfristen. Demzufolge haben rd. 80% der Krankenhäuser in den letzten drei Jahren eine solche Maßnahme eingeführt bzw. ausgebaut. Weitere Voraussetzung ist, dass auf eine Zahlungsverzögerung reagiert wird. Hierzu wurde in rd. 70% der Häuser ein standardisiertes Vorgehen bei der Überschreitung der Zahlungsfristen installiert.

Bei Zahlungsverzögerungen oder gar Zahlungsverweigerungen treten eine Reihe von komplexen und komplizierten juristischen Fragen auf, die durch professionelle Hilfe zu beantworten sind. In mehr als der Hälfte der Krankenhäuser wurde daher entweder interne oder externe juristische Expertise eingebunden.

Bei den meisten umgesetzten Maßnahmen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der drei Größenklassen. Lediglich bei drei Maßnahmen liegen Unterschiede vor, die der Größe der Krankenhäuser geschuldet sein dürften.

So wird nur in rd. 71% der kleinen Krankenhäuser, aber in 91% der Häuser ab 600 Betten Personal für MDK-Prüfungen abgestellt.

Über qualifiziertes Personal ausschließlich für das Mahnwesen verfügen 39% der Krankenhäuser mit 50 bis unter 300 Betten. In 73% der Krankenhäuser ab 600 Betten werden Mitarbeiter eigens für diesen Bereich eingesetzt.

Während fast drei Viertel der Häuser mit mehr als 600 Betten juristische Expertise eingebunden haben, geschah dies nur in knapp der Hälfte der Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten.

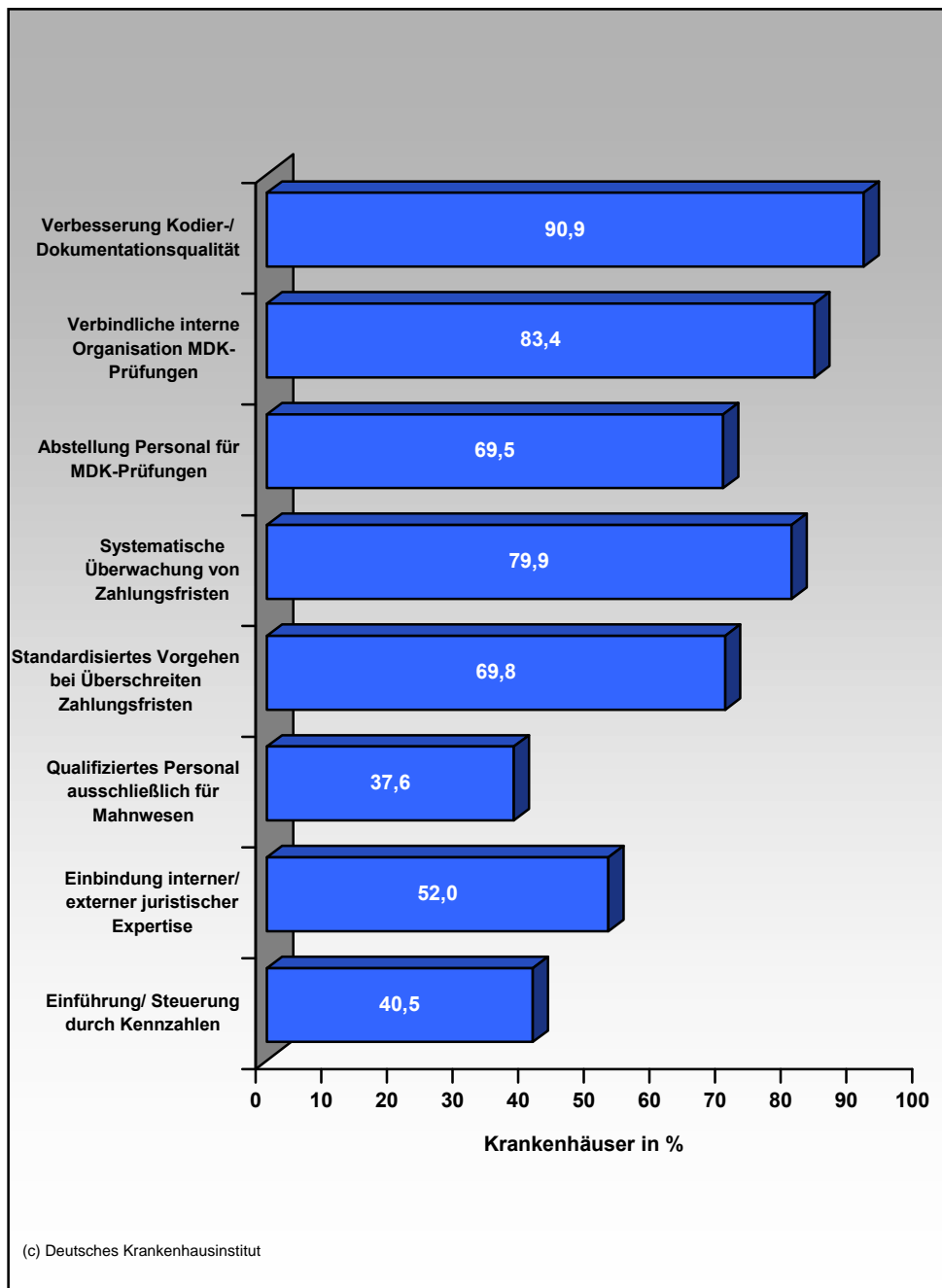


Abb. 16: Maßnahmen zur Beschleunigung der Rechnungsabgleichung

3.7 Reaktion der Krankenhäuser auf Zahlungsverzögerungen und –verweigerungen

In § 11 Abs. 1 KHEntG wird bestimmt, dass in Vereinbarungen zum Erlösbudget zwischen den Kostenträger und dem Krankenhaus Regelungen über Verzugszinsen bei verspäteten Zahlungen aufgenommen werden sollen. Verzugszinsen sind Zinsen für nicht fristgerecht beglichene Zahlungsschulden.

Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil von Juli 2002 festgestellt, dass: „auch wenn Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art bestehen, die Krankenkasse gehalten (ist), die Rechnung zur Vermeidung des Verzugs bis zum Ablauf der vereinbarten Zahlungsfrist zu begleichen“ (Az.: B 3 KR 64/01 R). Bei einer Zahlungsverzögerung könnten die Krankenhäuser Verzugszinsen ansetzen.

In 45% der Krankenhäuser werden standardmäßig Verzugszinsen wegen verspäteter Rechnungen gestellt. Hierbei ergreifen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten überdurchschnittlich häufig diese Maßnahme bei einer Zahlungsverzögerung.

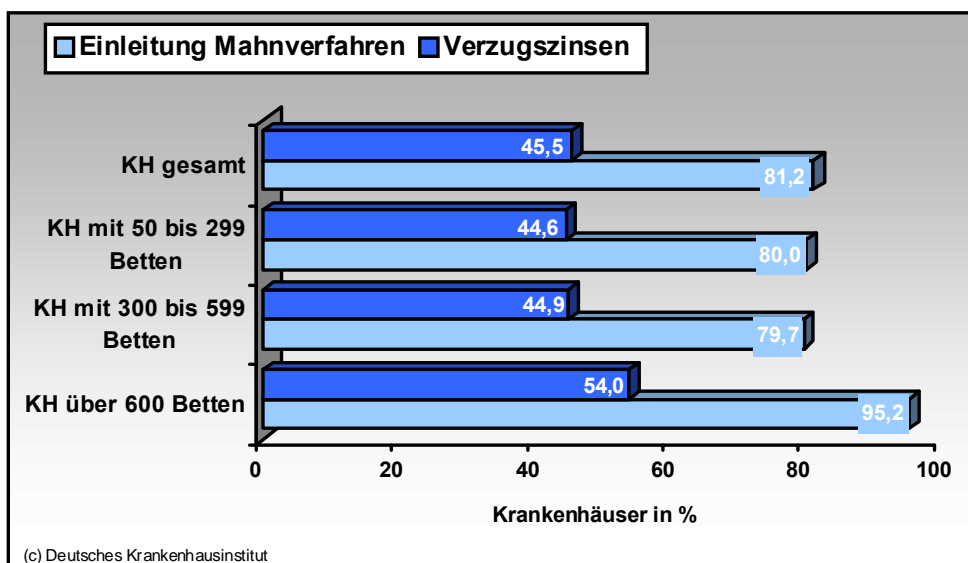


Abb. 17: Reaktion der Krankenhäuser auf Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

Zusätzlich zur Erhebung von Verzugszinsen besteht die Möglichkeit, ein Mahnverfahren einzuleiten, um die strittigen Rechnungsbeträge in letzter Konsequenz über einen gerichtlichen Mahnbescheid zu erhalten.

Über 81% der Krankenhäuser leiten nach Ablauf der Zahlungsfrist standardmäßig ein Mahnverfahren ein. Wiederum sind es vor allem die großen Krankenhäuser, die fast einhellig diese Maßnahme ergreifen, um die ihnen zustehenden Rechnungsbeträge zu erhalten.

Nach durchschnittlich 28 Tagen erfolgt die Mahnung bzw. wird das Mahnverfahren eingeleitet. Bei den Krankenhäusern mit 50 bis unter 300 Betten beträgt die Frist durchschnittlich 26 Tage, bei den Krankenhäusern ab 600 Betten 37 Tage.

4. Stellenbesetzungsprobleme

4.1 Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst

Angesichts von Problemen bei der Personalrekrutierung und der schwierigen wirtschaftlichen Situation sollten die Krankenhäuser im diesjährigen *Krankenhaus Barometer*, wie schon in den Jahren 2008 und 2006, angeben, wie viele offene Stellen im Ärztlichen Dienst sie derzeit nicht besetzen können. 80% der Krankenhäuser haben demnach Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Im Vergleich zum Vorjahr ist damit nochmals eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Seinerzeit lag der entsprechende Anteilswert noch bei 67%.

Mittlerweile gibt es beim Problem der Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst kein Ost-West-Gefälle mehr. Während in den letzten Jahren deutlich mehr ostdeutsche als westdeutsche Krankenhäuser vom Personalmangel betroffen waren, haben sich die Werte nunmehr angeglichen. Die Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst stellt also mittlerweile ein gesamtdeutsches Problem dar.

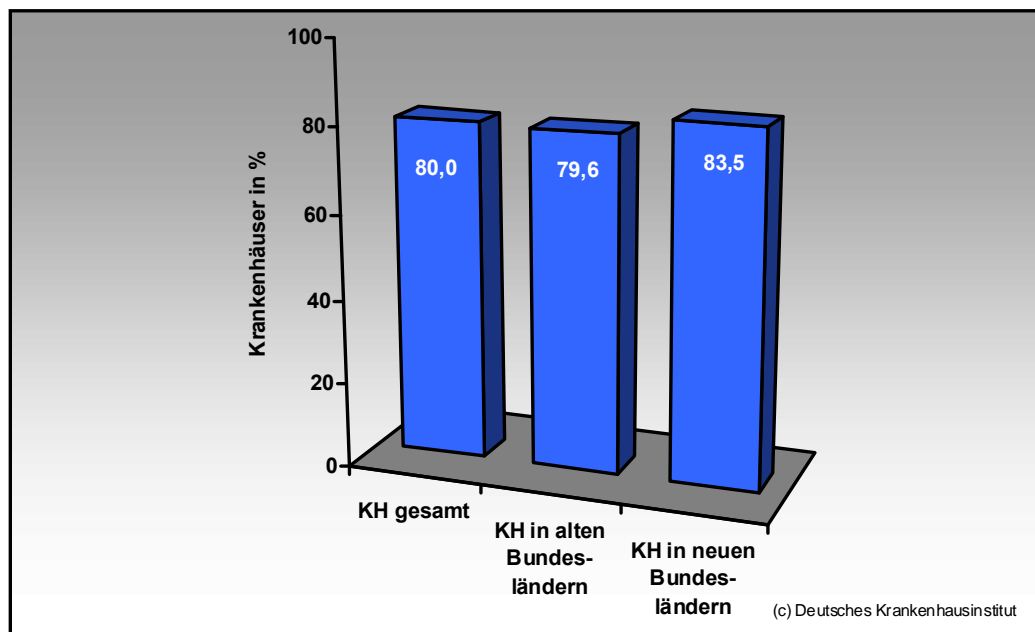


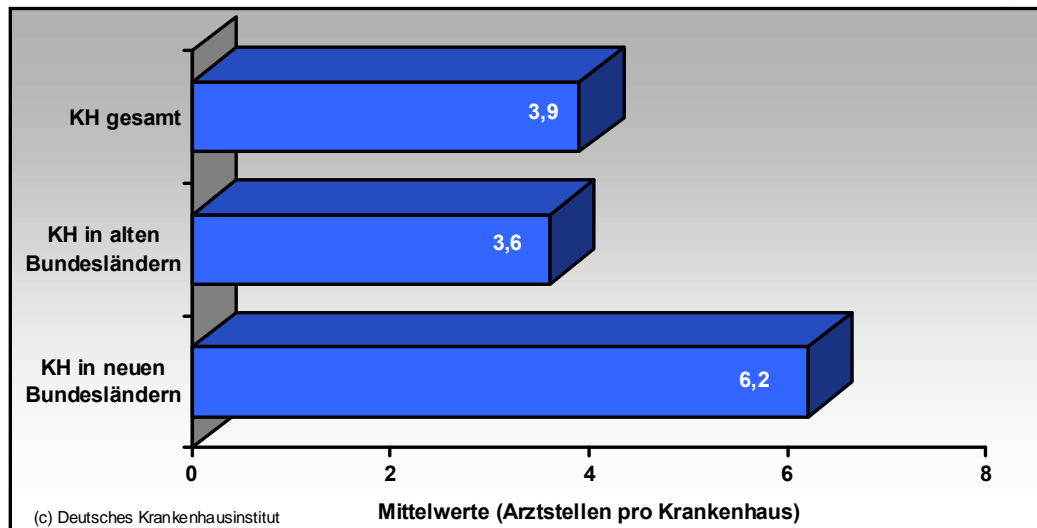
Abb. 18: Krankenhäuser mit nicht besetzten Stellen im Ärztlichen Dienst in 2009

Die Krankenhäuser mit entsprechenden Problemen konnten im Mittel fast vier Stellen nicht besetzen. Das ist fast derselbe Wert wie 2008. Die Verschärfung des Personalmangels im Ärztlichen Dienst resultiert also insbesondere daraus, dass mehr Krankenhäuser davon betroffen sind als im Vorjahr.

Mit Blick auf die Stellenzahl resultiert noch ein deutliches Ost-West-Gefälle. Während die ostdeutschen Krankenhäuser durchschnittlich 6,2 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, waren es in den westdeutschen Einrichtungen im Mittel 3,6 Stellen (Abb. 19). Dabei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass die ostdeutschen Krankenhäuser im Schnitt größer sind und deswegen c. p. der Personalbedarf bzw. der Personalmangel je Krankenhaus höher ausfällt.

Ausdrücklich sei in diesem Zusammenhang betont, dass es sich bei den unbesetzten Stellen nicht um Vakanzen im Rahmen der normalen Personalfuktuation

handelt, sondern um grundsätzliche bzw. längerfristige Stellenbesetzungsprobleme. Selbst die Nicht-Besetzung einzelner Stellen ist im Krankenhaus um so gravierender, als die Stellenpläne im Ärztlichen Dienst ohnehin eng gestrikt sind und angesichts der Arbeitsdichte bzw. den Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes Ausfälle kaum noch zu kompensieren sind.



**Abb. 19: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst pro Krankenhaus in 2009
Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen**

Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Vollkraftstellen in den jeweiligen Häusern konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt 4,8% ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Im Vergleich zu den alten Bundesländern (4,6%) fiel der entsprechende Anteilswert in den neuen Bundesländern (5,4%) etwas höher aus.

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, konnten bundesweit rund 5.000 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Im Vergleich zu 2008 hat sich die Anzahl somit nochmals um ca. 1.000 Stellen bzw. 25% erhöht, im Vergleich zu 2006 sogar nahezu vervierfacht. Wie schon im Vorjahr entfielen rund 23% der nicht besetzten Stellen im Ärztlichen Dienst auf die neuen Bundesländer, obwohl deren Anteil an der Krankenhausärzteschaft insgesamt nur bei rund 16% liegt.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich der Personalmangel im Ärztlichen Dienst zu einem flächendeckenden Problem der stationären Versorgung entwickelt hat. Sowohl der Anteil der Häuser mit offenen Stellen als auch die Anzahl nicht besetzter Stellen haben in den letzten Jahren dramatisch zugenommen. Nach betroffenen Krankenhäusern gibt es dabei kaum noch Unterschiede zwischen alten und neuen Ländern. Gemessen an der Zahl bzw. am Anteil offener Stellen sind die ostdeutschen Krankenhäuser nach wie vor überproportional betroffen.

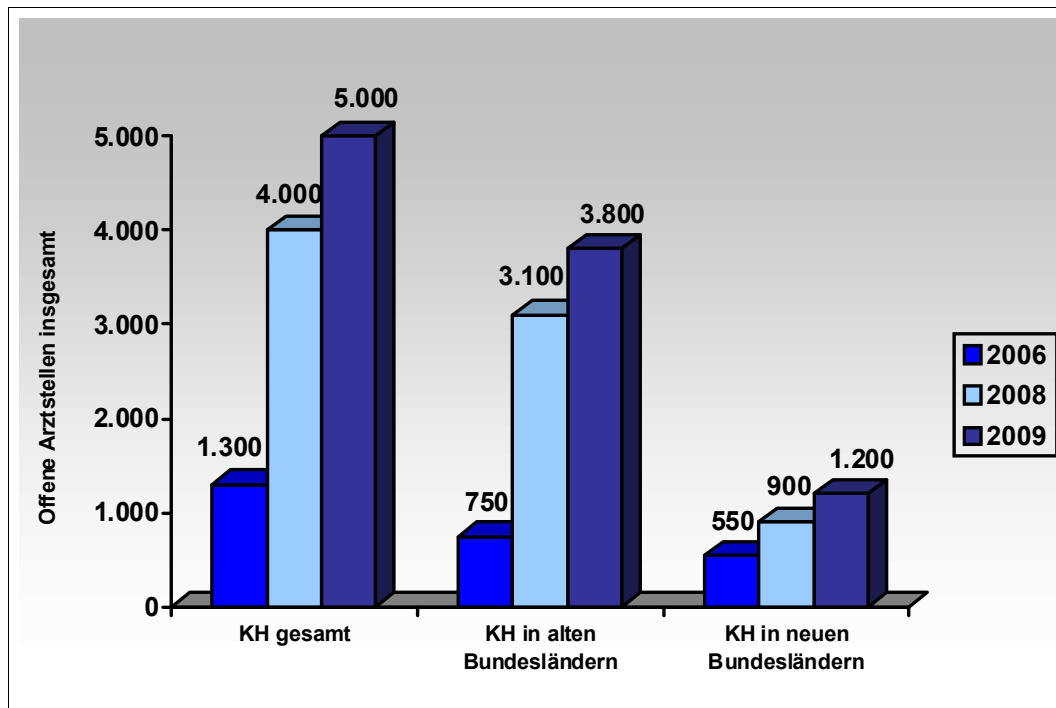


Abb. 20: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser insgesamt in 2009

4.2 Stellenbesetzungsprobleme im Pflegedienst

Analog zum Ärztlichen Dienst wurden die Krankenhäuser auch für den Pflegedienst der bettenführenden Bereiche danach gefragt, ob sie offene Stellen im Stationsdienst derzeit nicht besetzen können. Vergleichswerte aus früheren Barometern liegen für den Pflegedienst nicht vor.

Im Unterschied zum Ärztlichen Dienst haben die Krankenhäuser in der Pflege weitaus seltener Stellenbesetzungsprobleme. Gut 16% der Befragungsteilnehmer berichten von entsprechenden Schwierigkeiten. In dieser Hinsicht gab es keine Unterschiede nach Krankenhausgröße oder regionaler Lage.

Die betroffenen Krankenhäuser konnten im Mittel 4,8 Vollkraftstellen nicht besetzen. Bezogen auf die Gesamtzahlen der heutigen Vollkraftstellen in den jeweiligen Krankenhäusern, konnten Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt gut 3% ihrer Stellen im Pflegedienst nicht besetzen. Ähnlich wie für den Ärztlichen Dienst gilt auch hier, dass angesichts der Arbeitsdichte in Pflegedienst entsprechende Ausfälle in den betroffenen Krankenhäusern schwer zu kompensieren sind.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten, blieben bundesweit rund 1.250 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt. Bei etwa 275.000 Vollkräften insgesamt entspricht dies einem Anteilswert von weniger als 1%.

Der Personalmangel im Pflegedienst der bettenführenden Bereiche fällt somit einstweilen niedriger aus als im Ärztlichen Dienst. Dies schließt nennenswerte Stellenbesetzungsprobleme in einzelnen Krankenhäusern ausdrücklich nicht aus.

Darüberhinaus muss offen bleiben, inwieweit die im Krankenhausreformgesetz vorgesehenen zusätzlichen Pflegestellen überhaupt besetzt werden können.

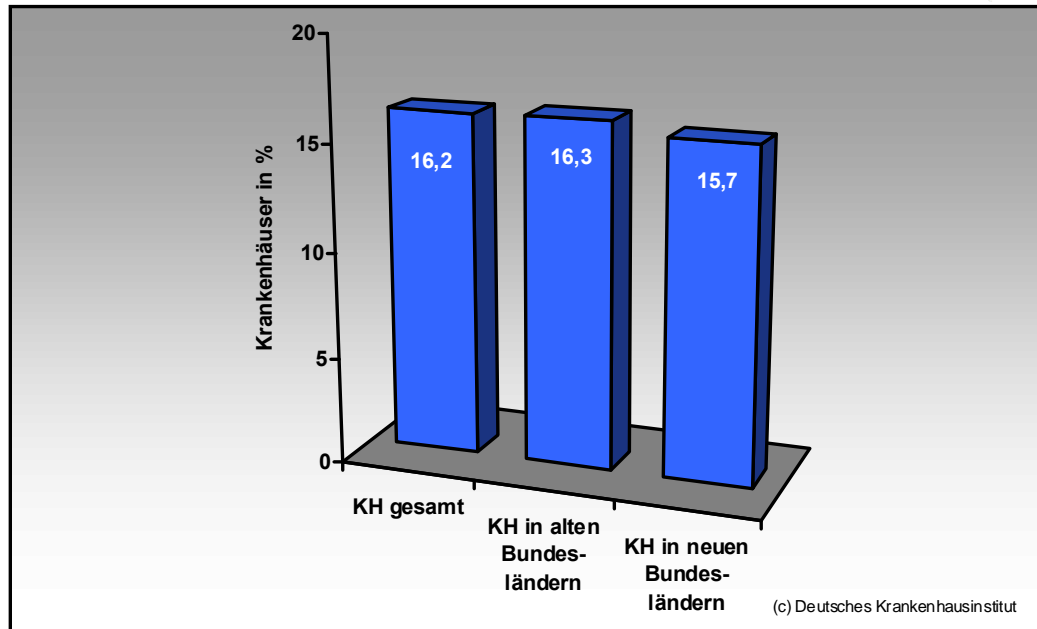


Abb 21: Krankenhäuser mit nicht besetzten Stellen im Pflegedienst in 2009

4.3 Stellenbesetzungsprobleme bei MTA

Die humanmedizinischen MTA-Berufe umfassen die Berufsbilder des Medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRA), des Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten (MTLA) und des Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik (MTAF). Stellenbesetzungsprobleme gibt es insbesondere bei MTRA:

Gut ein Fünftel der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten kann derzeit entsprechende Stellen nicht besetzen. Dagegen fällt der Anteil der Häuser mit offenen Stellen für MTLA (6%) sowie vor allem für MTAF (2,3%) vergleichsweise gering aus. Bei allen drei MTA-Berufen gab es dabei keine nennenswerten Unterschiede nach Krankenhausgröße und – mit Ausnahme von MTRA – in Ost-West-Vergleich. Stellenbesetzungsprobleme bei MTRA haben fast nur die Krankenhäuser in den alten Bundesländern.

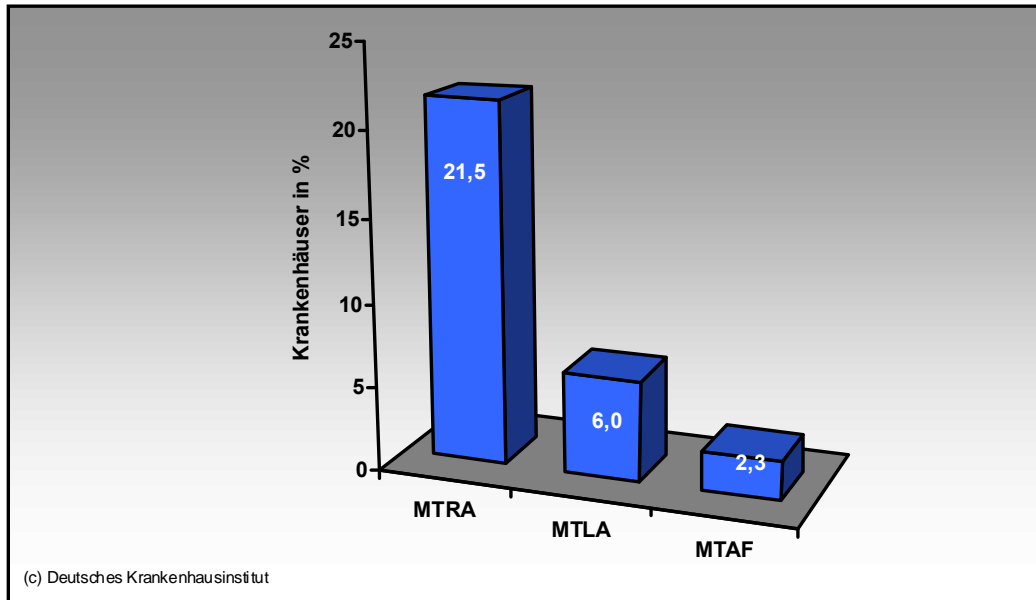
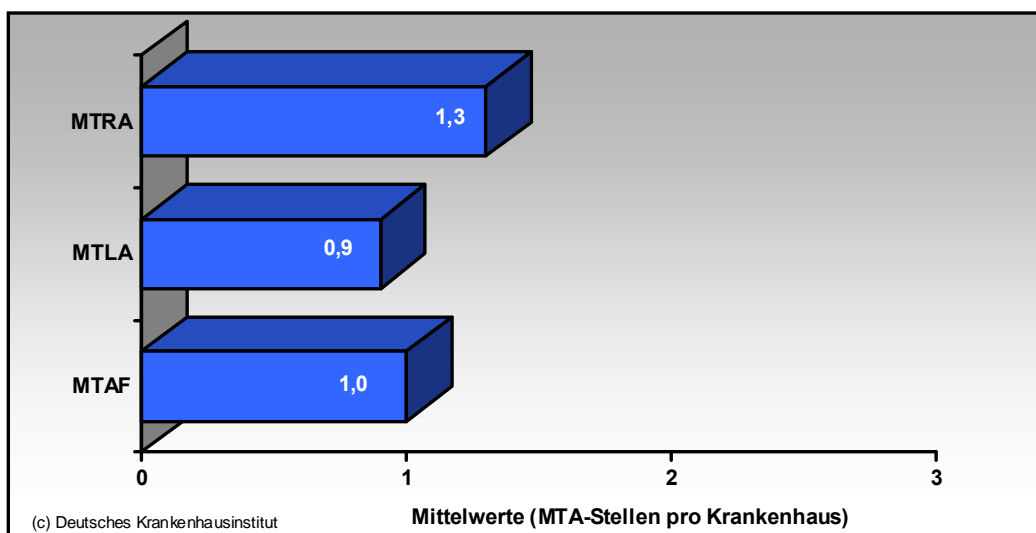


Abb. 22: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei MTA in 2009

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Radiologie konnten im Mittel 1,3 Vollkraftstellen für MTRA nicht besetzen. Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Vollkraftstellen in den betroffenen Krankenhäusern bleibt damit etwa jede 10. Stelle für MTRA unbesetzt. Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei MTLA und MTAF konnten im Durchschnitt jeweils rund eine Vollkraftstelle nicht besetzen.



**Abb. 23: Nicht besetzte Stellen bei MTA pro Krankenhaus in 2009
- Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen**

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser ab 50 Betten hoch, blieben bundesweit knapp 300 Vollkraftstellen für MTRA unbesetzt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Vollkräfte an MTRA insge-

samt (ca. 12.000) entspricht das einem Anteilswert von gut 2%.¹ Bei MTLA und MTAF lag die Anzahl offener Stellen hochgerechnet jeweils unter 100 Vollkraftstellen bzw. der entsprechende Anteilswert unter 1%.

Im Vergleich vor allem zum Ärztlichen Dienst gibt es im Bereich der MTA also keine vergleichbar dramatischen Entwicklungen. Bei MTLA und MTAF existiert faktisch kaum Personalmangel. Nennenswerte Stellenbesetzungsprobleme gibt es dagegen bei einer relevanten Minderheit von Krankenhäusern bei MTRA. Mit Blick auf künftige Stellenbesetzungen ist hier also am ehesten mit einem entsprechenden Zusatzbedarf an Personal zu rechnen.

4.4 Stellenbesetzungsprobleme in der Funktions- und Intensivpflege

Die Funktionspflege umfasst das nicht-ärztliche Personal im Operationsdienst und der Anästhesie, die Intensivpflege das Pflegepersonal in den Intensivbereichen des Krankenhauses.

In der Funktionspflege hat derzeit fast ein Viertel der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten Probleme, offene Stellen beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst zu besetzen; davon sind große Einrichtungen ab 600 Betten deutlich überproportional betroffen (46%). Im Bereich der Anästhesie sind Stellenbesetzungsprobleme dagegen deutlich seltener. Weniger als 10% der Häuser berichten von entsprechenden Problemen beim nicht-ärztlichen Anästhesiepersonal, bei abermals deutlicher Überrepräsentanz von Großkrankenhäusern (28%).

In der Intensivpflege haben 22% der Krankenhäuser mit Intensiveinheiten Stellenbesetzungsprobleme beim Intensivpflegepersonal, wovon größere Einrichtungen wiederum übermäßig betroffen sind (36%).

¹ Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte an MTRA handelt es sich um einen Schätzwert. Dabei wurde die Verhältniszahl von Vollkräften zu Beschäftigten bei MTRA nach dem DKI-Krankenhaus Barometer auf die im Krankenhaus beschäftigten MTRA laut Statistischem Bundesamt bezogen. Analog wurde bei den anderen MTA-Berufen verfahren.

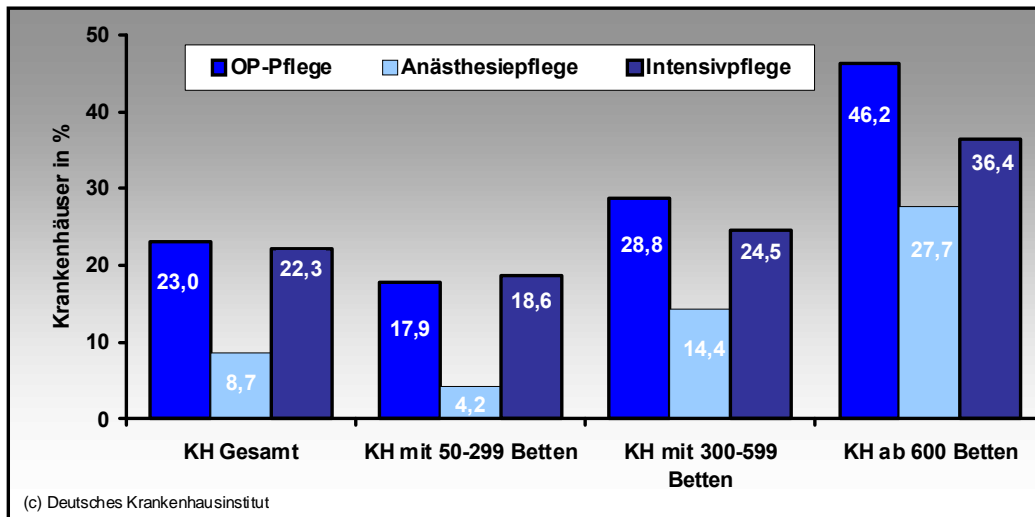


Abb. 24: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Funktions- und Intensivpflege in 2009

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 1,7 Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen. Für das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie lag der Durchschnittswert bei 1,3 Stellen. Bei Häusern mit Stellenbesetzungsproblemen in der Intensivpflege blieben durchschnittlich 3,8 Stellen unbesetzt.

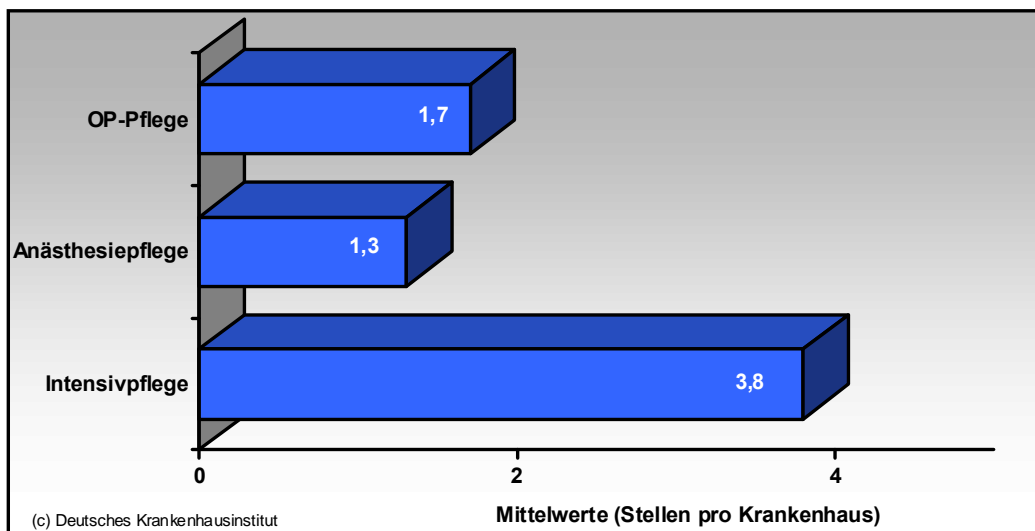


Abb. 25: Nicht besetzte Stellen in der Funktions- und Intensivpflege pro Krankenhaus in 2009 - Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Stellen in den jeweiligen Krankenhäusern konnten die Häuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt 8% ihrer Vollkraftstellen im Operationsdienst, 7% in der Anästhesiepflege und 6% in der Intensivpflege nicht besetzen. Ähnlich wie im Ärztlichen Dienst sind die entsprechenden Ausfälle angesichts der Arbeitsdichte und den Anforderungen des Arbeitsgesetzes in der Funktions- und Intensivpflege seitens der betroffenen Krankenhäuser kaum noch zu kompensieren.

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, blieben bundesweit rund 600 Vollkraftstellen im Operationsdienst unbesetzt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Vollkräfte im OP insgesamt entspricht das einem Anteilswert von ca. 2%. Beim nichtärztlichen Personal in der Anästhesie konnten hochgerechnet knapp 200 Vollkraftstellen nicht besetzt werden. Das macht einen Anteilswert von gut 1% der entsprechenden Vollkraftstellen bundesweit aus. In der Intensivpflege blieben 1.150 Stellen bzw. gut 2% der bundesweiten Vollkraftstellen insgesamt unbesetzt.¹

Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst fällt der Personalmangel in der Funktions- und Intensivpflege geringer, im Vergleich zur Stationspflege und zum MTA-Bereich jedoch höher aus. Vor allem in der OP- und Intensivpflege hat eine nennenswerte Zahl von Krankenhäusern nennenswerte Stellenbesetzungsprobleme. Das gilt insbesondere für größere Krankenhäuser. Darüberhinaus gibt es auch regionale Schwerpunkte für den Personalmangel in der OP- und Intensivpflege, etwa in den Metropolregionen oder in Regionen der neuen Bundesländer.

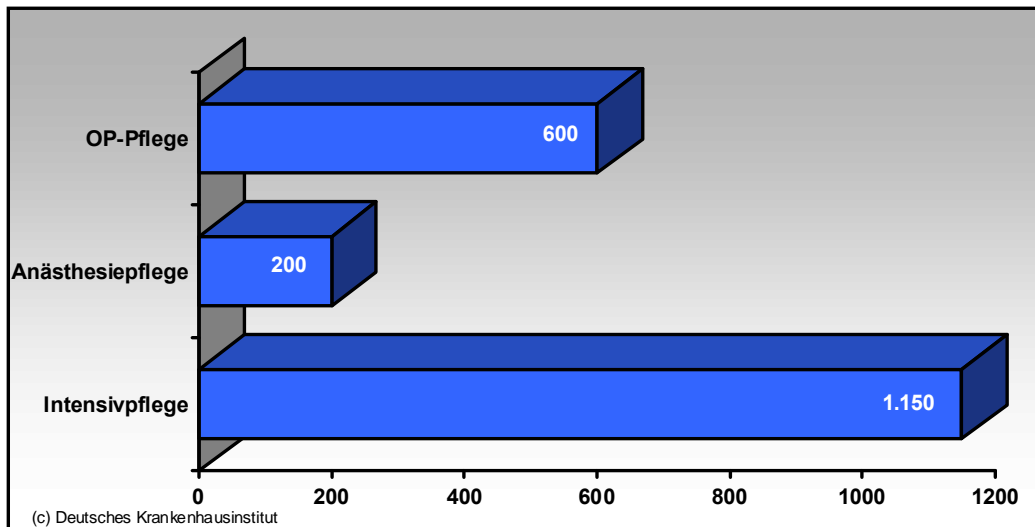


Abb. 26: Nicht besetzte Stellen in der Funktions- und Intensivpflege der Krankenhäuser insgesamt in 2009

4.5 Altersstruktur in der Funktions- und Intensivpflege

Mit Blick auf den künftigen Personalmangel bzw. Personalbedarf bildet neben der Nachfrageentwicklung auch die Altersstruktur beim vorhandenen Personal eine maßgebliche Einflussgröße. Vor allem für die Funktions- und Intensivpflege wird teilweise eine „Überalterung“ des Personalbestandes kolportiert. Zur Überprüfung dieser Behauptung wurde deswegen auch die Altersstruktur für das nicht-ärztliche Funktions- und Intensivpersonal erfragt, konkret der jeweilige Anteil der Altersgruppen von „45-54 Jahre“ und „55 Jahre oder älter“.

Die Ergebnisse wurden anschließend auf die Grundgesamtheit hochgerechnet. Einschränkend sei erwähnt, dass nur gut die Hälfte der Befragungsteilnehmer die gewünschten Angaben zur Altersstruktur machen konnte. Die statistischen Unsi-

¹ Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte an Funktions- und Intensivpflegern handelt es sich um Schätzwerte. Die Schätzung erfolgte analog zum Vorgehen bei MTA.

cherheiten fallen bei den nachfolgenden Auswertungen insofern größer aus, in der Tendenz sind die Ergebnisse aber belastbar.

Beim nicht-ärztlichen OP-Personal sind 29% der Beschäftigten („Köpfe“, nicht Vollkräfte) in der Altersgruppe zwischen 45-54 Jahre und 12% sind 55 Jahre oder älter. D.h. im kommenden Jahrzehnt werden (altersbedingt) mindestens 12% des OP-Personals aus dem Berufsleben ausscheiden. Legt man - mangels aktuellerer Daten - die Personalzahlen von 2007 zu Grunde, entspricht das einem altersstrukturell bedingten Ersatzbedarf von rund 4.000 OP-Kräften im Laufe des Jahrzehnts. Für die Gruppe der 45-54jährigen lassen sich diesbezüglich keine Prognosen machen, da die altersspezifischen Austrittswahrscheinlichkeiten nicht bekannt sind. Zumindest ein Teil davon dürfte allerdings vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden, sodass die o.g. Zahl als Mindestgröße zu verstehen ist.

Für das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie fällt die Altersverteilung tendenziell ähnlich aus. Der Anteil der über 55jährigen ist hier mit weniger als 10% etwas kleiner als für den OP-Dienst. Die Altersgruppe der 45-54jährigen ist dagegen mit 34% stärker besetzt. Der Ersatzbedarf in der Anästhesie liegt mindestens bei rund 1.500 Personen bis 2020.

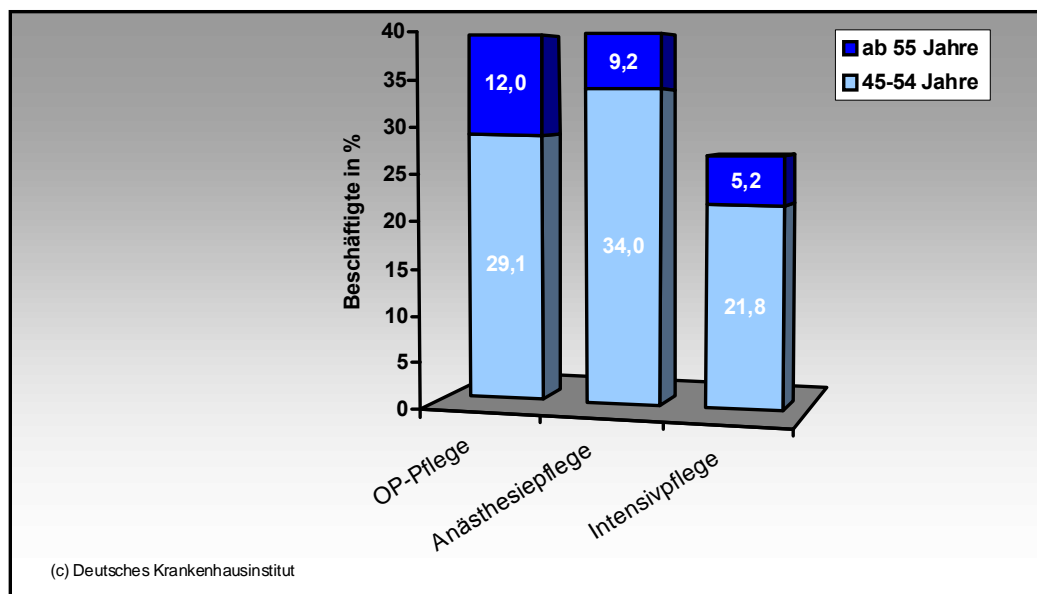


Abb. 27: Altersstruktur in der Funktions- und Intensivpflege

Vordergründig weist die Intensivpflege die jüngste Altersstruktur auf. Der Anteil der 45-54jährigen Intensivpfleger liegt bei 22%. Nur gut 5% sind 55 Jahre oder älter. Das entspricht einem Ersatzbedarf von mindestens rund 3.500 Intensivpflegekräften. Allerdings könnte die Altersstruktur in der Intensivpflege auch ein Indiz dafür sein, dass belastungsbedingt die alter spezifischen Austrittswahrscheinlichkeiten hier merklich höher ausfallen als in der Funktionspflege. In diesem Fall wäre auch der Ersatzbedarf im Intensivbereich entsprechend größer.

Vorbehaltlich der genannten statistischen Unsicherheiten geben die Ergebnisse wenig Hinweise zumindest auf eine dramatische Überalterung des Personals in der Funktions- und Intensivpflege. Die Ergebnisse liegen im Rahmen des statistisch zu Erwartenden, insofern die Mehrzahl der Beschäftigten in den drei Berufsgruppen jünger als 45 Jahre ist. Insgesamt ist allein auf Grund der Alters-



struktur in den OP- bzw. Intensivbereichen kein überproportionaler Mehrbedarf beim nicht-ärztlichen Personal bis 2020 zu erwarten. Dies schließt eine Überalterung des Personals in einzelnen Krankenhäusern oder ausgewählten Regionen mit überproportional älterer Bevölkerung (etwa in Regionen der neuen Bundesländer) ausdrücklich nicht aus.

5. Technische Assistenzberufe

5.1 Personalzahlen bei OTA

Die Funktionspflege im Operationsdienst (OP) war und ist in Deutschland überwiegend entsprechend weitergebildeten Pflegekräften vorbehalten, daneben noch angelernten OP-Kräften. Neuere Entwicklungen sehen hier jedoch in Form des Operationstechnischen Assistenten (OTA) auch eine spezifische grundständige Ausbildung (Primärqualifikation) vor, d. h. im Unterschied zur etablierten Weiterbildung in der OP-Pflege ist keine Krankenpflegeausbildung sowie eine darüber hinausgehende Berufserfahrung in der Pflege erforderlich. Da die OTA-Ausbildung keine beruflichen, sondern nur schulische Voraussetzungen vorsieht, erleichtert sie den Zugang zu einer OP-spezifischen Fachqualifikation, erhöht die Attraktivität des Berufsbildes und trägt somit zur Schließung der Bedarfslücke an qualifizierten Fachkräften im OP-Dienst bei.

Bislang existiert allerdings keine bundesrechtliche Regelung zur OTA-Ausbildung. Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bereits 1996 eine Empfehlung zur Ausbildung und Prüfung von Operationstechnischen Assistenten verabschiedet und zuletzt im Jahr 2007 überarbeitet. Diese regelt u.a. die Inhalte und Ziele der Ausbildung sowie die Anerkennung entsprechender OTA-Schulen durch die DKG, solange eine bundes- oder landesrechtliche Ausbildungsregelung nicht besteht.

Ausgebildete OTA gibt es in Deutschland zwar schon seit Mitte der 90er Jahre. Repräsentative Daten zu den Beschäftigtenzahlen und zur Akzeptanz von OTA lagen indes bislang nicht vor. Von daher erfolgte im *DKI-Krankenhaus Barometer* erstmalig eine repräsentative Bestandsaufnahme zum OTA im Krankenhaus.

Mittlerweile sind fast in jedem zweiten Allgemeinkrankenhaus ab 50 Betten OTA beschäftigt (entsprechend der einschlägigen DKG-Empfehlung). Dabei gibt es eine eindeutige Abstufung nach Bettengrößenklassen derart, dass mit steigender Krankenhausgröße der Beschäftigungsgrad signifikant zunimmt (Abb. 28). Während in den Krankenhausgrößenklassen ab 300 Betten schon mehrheitlich OTA arbeiten, liegt der entsprechende Anteilswert in kleineren Häusern mit weniger als 300 Betten bei einem Drittel.

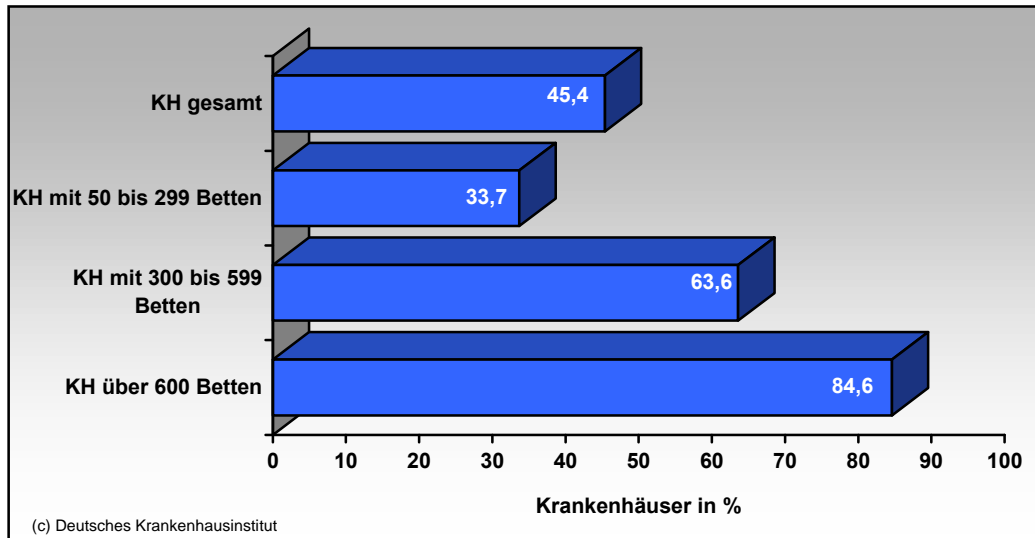


Abb. 28: Krankenhäuser mit OTA

Krankenhäuser mit OTA sollten überdies ihre konkreten Beschäftigungszahlen nennen. Im statistischen Mittel haben diese Einrichtungen demnach 2,7 OTA beschäftigt; der Median der Verteilung liegt bei zwei OTA. Die Zahl der beschäftigten OTA nimmt mit steigender Krankenhausgröße von durchschnittlich zwei OTA in kleineren Einrichtungen auf gut fünf OTA in Großkrankenhäusern zu (Abb. 29).

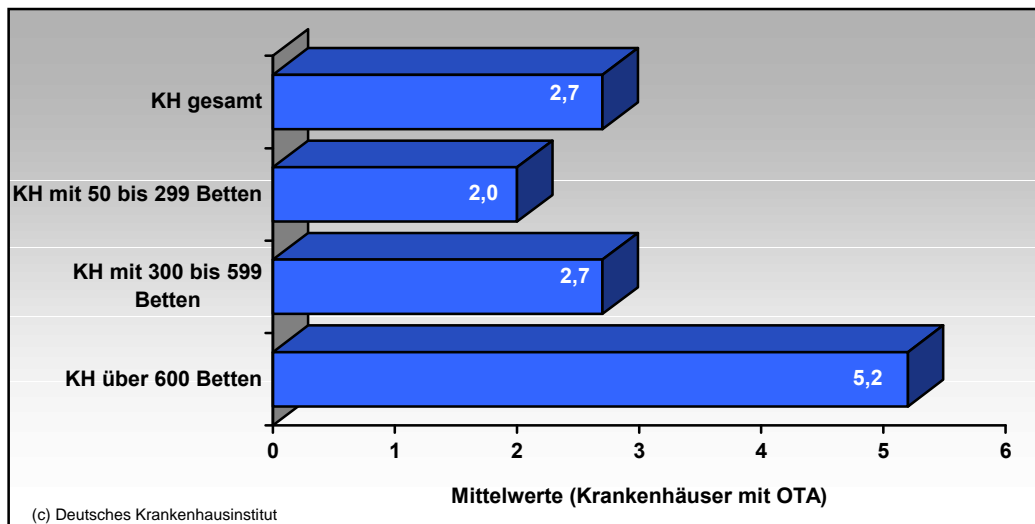


Abb. 29: Anzahl der OTA pro Krankenhaus

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit gibt es in deutschen Krankenhäusern mit Stand Frühjahr 2009 rund 2.000 OTA. In der Summe sind die OTA dabei näherungsweise gleichmäßig über die verschiedenen Bettengrößenklassen verteilt (Abb. 30).

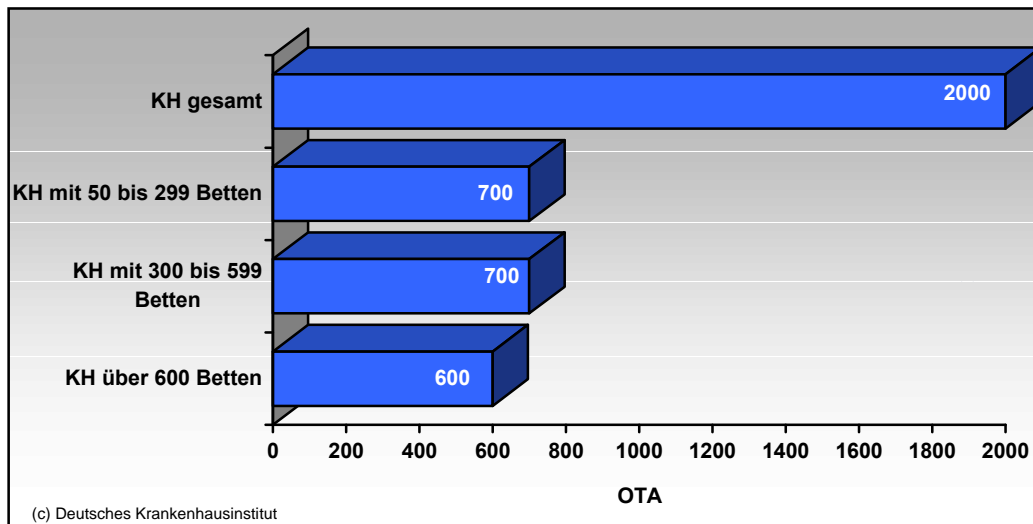


Abb. 30: Gesamtzahlen der OTA im Krankenhaus

Legt man – mangels aktuellerer Daten – die Beschäftigtenzahlen für das nicht-ärztliche OP-Personal von Ende 2007 zugrunde (31.500 Personen), dann liegt der Anteilswert für OTA bei gut 6%. Derzeit ist die Zahl der weitergebildeten OP-Pfleger (12.500) noch mehr als sechsmal größer als die Anzahl der OTA (2.000). Bezogen auf die 14.500 Fachkräfte im OP insgesamt (OTA plus weitergebildete OP-Pfleger), beträgt der OTA-Anteil rund 14%.

Vor allem dank der rapiden Zunahme der ausgebildeten OTA hat sich die Fachkraftquote im OP (Anteil von OTA und weitergebildeten OP-Pflegern am OP-Funktionspersonal insgesamt) seit dem Jahr 2000 deutlich verbessert. Seinerzeit lag sie noch bei 37,5%, mittlerweile beträgt sie ca. 46%. Die absolute Steigerung der Fachkraftquote um fast 9 Prozentpunkte ist zu fast zwei Dritteln auf die Zunahme an OTA zurückzuführen.

OTA sind aus vielen deutschen Operationssälen nicht mehr wegzudenken. Zwar sind weitergebildete OP-Pfleger momentan noch in der Überzahl, dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass das Berufsbild des OTA noch relativ neu und die Anzahl der Schulen und Ausbildungsgänge bis in dieses Jahrzehnt hinein überschaubar war. Seit 2000 ist jedoch eine sehr starke Dynamik in der Beschäftigung von OTA zu beobachten. Von 2000 bis 2009 hat sich die Anzahl der OTA in deutschen Krankenhäusern von etwa 200 auf rund 2.000 verzehnfacht; im selben Zeitraum ist der Anteil der OTA an der Fachkraftquote im OP um das siebenfache von 2% auf 14% gestiegen. Dieser Trend dürfte sich angesichts steigender Ausbildungskapazitäten und Nachfrage in Zukunft noch verstärken.

Gleichzeitig legen die Daten die Schlussfolgerung nahe, dass sich die „Kräfteverhältnisse“ im OP längerfristig zugunsten der OTA verschieben werden. Angesichts der Altersstruktur bei den weitergebildeten OP-Pflegern und rückläufiger Weiterbildungszahlen ist künftig mit einem überproportionalen Rückgang an weitergebildeten OP-Pflegern zu rechnen. Soll die heutige Fachkraftquote im OP gehalten oder noch ausgebaut werden, wird der Bedarf an OTA folglich überproportional zunehmen. Der OTA ist somit ein Beruf mit hohem Zukunftspotenzial.

5.2 Bedarf und Akzeptanz von OTA

Über die quantitativen Angaben zum OTA hinaus wurden die Krankenhäuser auch um eine qualitative Einschätzung zu diesem Berufsbild gebeten. Die Bewertungen fallen dabei überwiegend positiv aus (Abb. 31). Jeweils zwei Drittel der Befragten halten das Berufsbild des OTA für sinnvoll und praxisnah sowie überdies eine bundesrechtliche Regelung der OTA-Ausbildung für sinnvoll bzw. überfällig.

Nur jeweils 3% der Krankenhäuser äußerten sich kritisch. Je 30% machten keine Angaben; dabei handelt es sich überwiegend um Einrichtungen ohne OTA oder chirurgische Fachgebiete. Beschränkt man sich bei den beiden Fragen nur auf die Häuser mit Angaben, dann halten jeweils 95% der Befragten das Berufsbild bzw. eine bundesrechtliche Regelung der OTA-Ausbildung für sinnvoll.

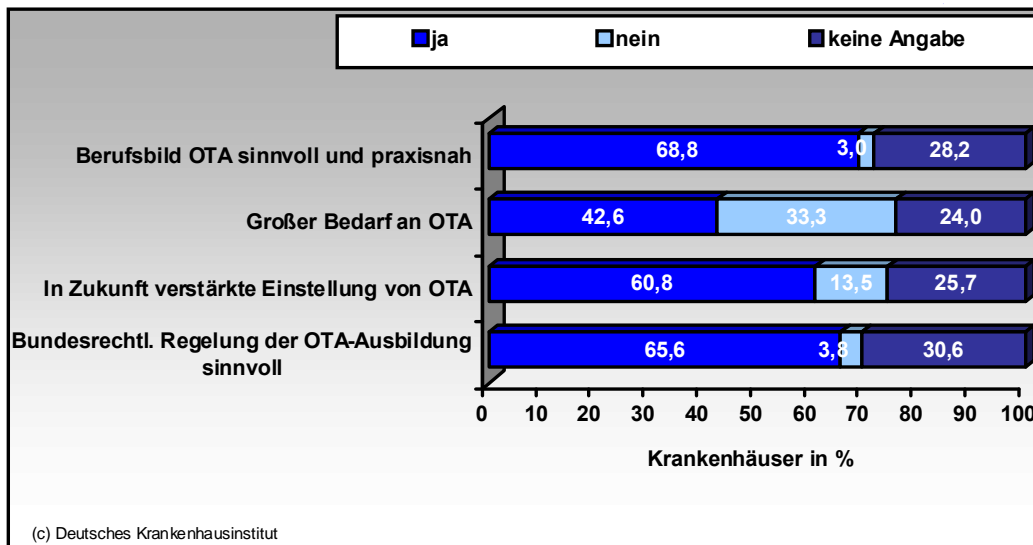


Abb. 31: Bedarf und Akzeptanz von OTA

Die Akzeptanz des Berufsbildes zeigt sich auch daran, dass 61% (bzw. 82% der Einrichtungen mit Angaben) beabsichtigen, in Zukunft verstärkt OTA einzustellen. Allerdings sehen die Befragten nicht durchgängig einen großen Bedarf an OTA für ihr eigenes Haus; dies ist bei knapp 43% der Krankenhäuser (bzw. bei 56% der Häuser mit Angaben) der Fall. Ein Drittel hat keinen großen Bedarf, die übrigen machten hierzu keine Angaben.

Der Bedarf an OTA hängt u.a. von der Krankenhausgröße ab. Während in den kleineren Häusern unter 300 Betten nur 36% (bzw. 50% der Häuser mit Angaben) einen hohen Bedarf haben, sind es in großen Häusern ab 600 Betten mit 72% doppelt so viel (78% der Häuser mit Angaben). Dazwischen in der mittleren Bettengrößenklasse hat jedes zweite Haus einen größeren Bedarf an OTA (oder 61% der Häuser mit Angaben). Auch bei den anderen Fragestellungen nimmt die Akzeptanz des Berufsbildes mit steigender Krankenhausgröße tendenziell zu.

Aus naheliegenden Gründen hängt die Einstellung zum OTA-Beruf möglicherweise von einschlägigen Erfahrungen ab. Deswegen wurden die Antworten auf die genannten Fragestellungen danach differenziert, ob die Krankenhäuser OTA beschäftigen oder nicht (Abb. 32). Auch mangels einschlägiger Erfahrungen fallen die Einschätzungen der Häuser ohne OTA demnach zurückhaltender, aber in der Tendenz immer noch positiv aus.

Hingegen stößt das Berufsbild in Häusern mit OTA nahezu auf uneingeschränkte Akzeptanz. Dies lässt - erstmalig auf repräsentativer Basis - auf entsprechend positive Erfahrungen und eine große Bewährung von OTA in der Praxis schließen.

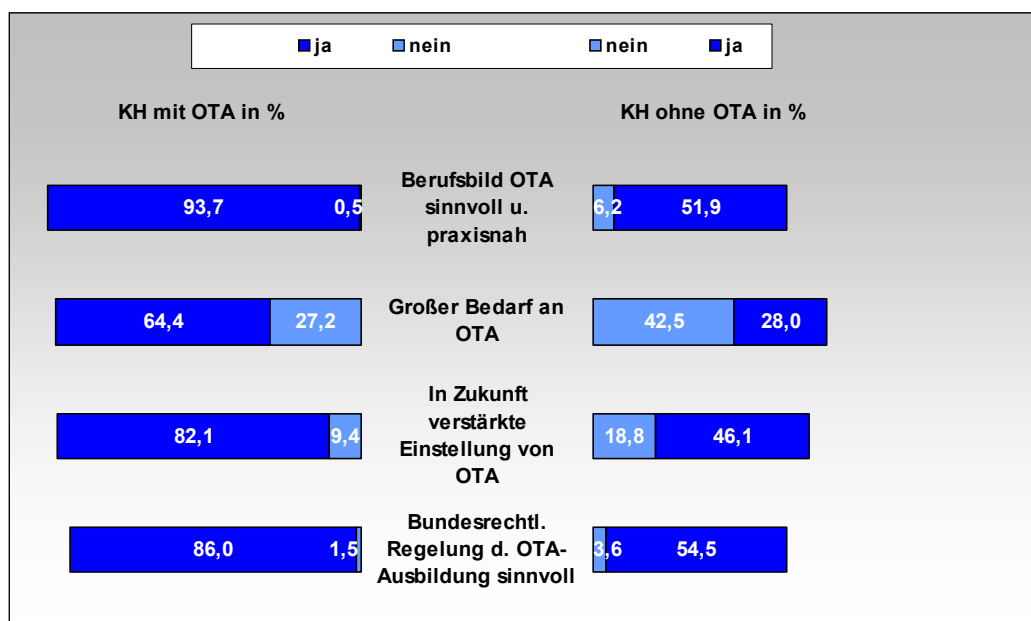


Abb. 32: Bedarf und Akzeptanz von OTA nach Beschäftigung von OTA¹

5.3 Bedarf an ATA

In der Anästhesiepflege ist die Situation im Grundsatz vergleichbar mit der OP-Pflege: Neben angelernten Kräften dominieren hier einschlägig weitergebildete Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin. Analog zur OP-Pflege ist zur Bedarfsdeckung bzw. zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes eine grundständige Ausbildung zum Anästhesietechnischen Assistenten (ATA) eingeführt worden.

Zur ATA-Ausbildung existiert bislang weder eine bundes- oder landesrechtliche Regelung noch eine einschlägige Empfehlung der DKG. Basis der Ausbildung bildet hier eine Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Schulen für Anästhesietechnische Assistenten zur Ausbildung und Prüfung von Anästhesietechnischen Assistenten aus dem Jahr 2008. Angesichts des noch geringen Verbreitungsgrades von ATA wurde hier von einer Erhebung der Personalzahlen abgesehen.

¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Analog zum OTA sollten die Krankenhäuser jedoch auch für den ATA eine Bedarfseinschätzung abgeben. Die Einschätzung fällt hier im Vergleich zum OTA etwas zurückhaltender aus. Jeweils rund ein Drittel der Befragten hat einen oder keinen großen Bedarf an ATA für das eigene Haus bzw. machte hierzu keine Angaben (Abb. 33). Im Unterschied zum OTA war der Bedarf relativ unabhängig von der Krankenhausgröße.

Nichtsdestotrotz fällt die Akzeptanz des ATA derzeit noch geringer aus als beim OTA. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass im Vergleich zum OTA die ATA-Ausbildung weniger etabliert ist. Auf Grund der geringen Anzahl an Schulen und Absolventen liegen daher einstweilen kaum einschlägige Erfahrungen mit ATA vor.

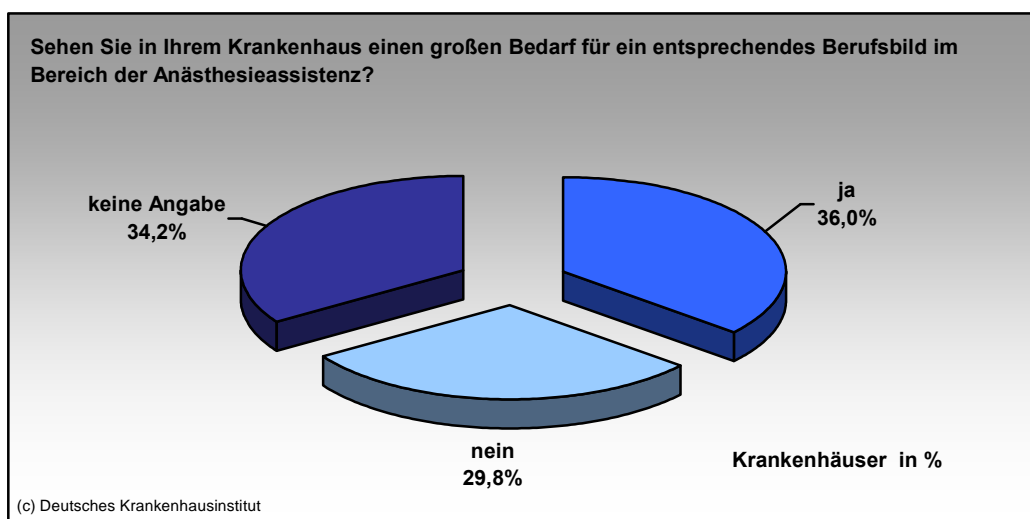


Abb. 33: Bedarf an ATA

Gleichwohl zeigt sich eine deutliche Abhängigkeit der Bedarfseinschätzung danach, ob die Häuser bereits Erfahrungen mit OTA haben, also OTA im Haus beschäftigt sind. Demnach sehen weniger als 30% der Häuser ohne OTA einen großen Bedarf im Bereich der Anästhesietechnischen Assistenz, während es in Häusern mit OTA fast 50% sind. Positive Erfahrungen mit OTA begünstigen insofern auch eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber der Etablierung eines analogen Berufsbildes für die Anästhesiepflege. Es bleibt daher abzuwarten, ob sich die ATA-Ausbildung sukzessive ähnlich etablieren wird wie die Ausbildung zum OTA.

5.4 Aktualisierungsbedarf der MTA-Ausbildung

Die größte Gruppe unter den technischen Assistenzberufen bilden die Medizinisch-technischen Assistenten (MTA) mit den Berufsbildern des Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten (MTLA), des Medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRA), und des Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik (MTAF). Die Ausbildungsorganisation und -inhalte sind im MTA-Gesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (APrV) für Technische Assistenten in der Medizin geregelt.

Das aktuelle MTA-Gesetz bzw. die aktuelle APrV bestehen im Kern seit 1993 und wurden seither nicht mehr grundlegend aktualisiert. Infolgedessen haben neues Wissen und neue Techniken nur unzureichend Eingang gefunden. Angesichts des Qualifizierungsbedarfs im MTA-Bereich stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, inwieweit die bisherige Ausbildung noch den Anforderungen genügt bzw. inwieweit hier Aktualisierungsbedarf besteht. Die Befragungsteilnehmer sollten daher angeben, inwieweit eine Weiterentwicklung der MTA-Ausbildung nach Maßgabe bestimmter Aspekte sinnvoll ist oder nicht.

Demnach halten 80% der Krankenhäuser eine Aktualisierung der Ausbildungsinhalte für erforderlich. Ein annähernd gleicher Prozentsatz der Krankenhäuser plädiert jeweils für eine stärkere Praxisorientierung der schulischen Ausbildung, eine bessere Verzahnung von schulischer und praktischer Ausbildung sowie eine verbesserte Praxisanleitung. Auch eine Neuausrichtung der Fort- und Weiterbildung bei MTA wird mehrheitlich begrüßt. Einen Bedarf für eine stärkere Spezialisierung innerhalb der bestehenden MTA-Berufsbilder sieht die Mehrheit der Befragten einstweilen noch nicht.

Insgesamt stimmen die Krankenhäuser in der Bewertung der MTA-Ausbildung also weitestgehend darin überein, dass insbesondere hinsichtlich der Aktualisierung der Ausbildungsinhalte, der Standardisierung der praktischen Ausbildung und der Praxisanleitung in den praktischen Ausbildungsstätten am ehesten Handlungsbedarf besteht. Die Präzisierung der praktischen Ausbildungsinhalte ermöglicht eine Standardisierung des praktischen Ausbildungsverlaufs im Sinne der Qualitätssicherung und der Vergleichbarkeit von Abschlüssen.

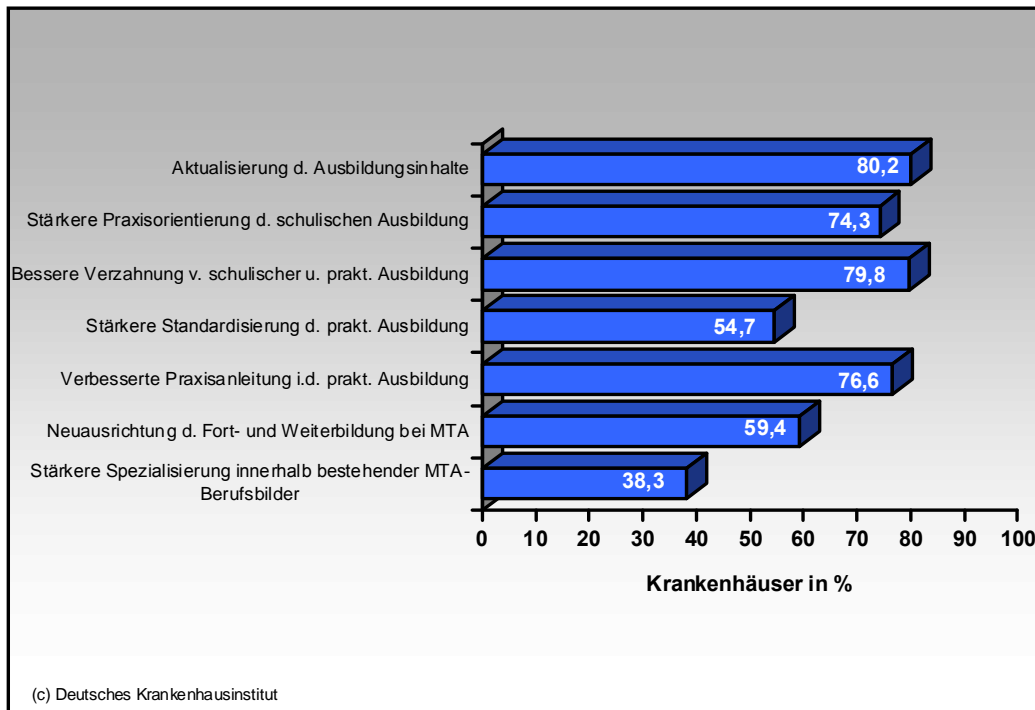


Abb. 34: Aktualisierungsbedarf der MTA-Ausbildung - Einschätzungen der Krankenhäuser

5.5 Akademisierung der MTA-Berufe

Einen zentralen Themenkomplex mit Blick auf die Weiterentwicklung der MTA-Berufe (bzw. der Gesundheitsfachberufe insgesamt) bildet eine mögliche Akademisierung. Diese Debatte ist, ähnlich wie in den 90er Jahren in der Pflege, zum Teil berufspolitisch motiviert. Daneben werden aber auch europarechtliche Gründe, wie die internationale Anerkennung deutscher Abschlüsse, eine bessere Wettbewerbsfähigkeit des Ausbildungssystems und eine größere berufliche Mobilität, sowie fachliche Gründe im Sinne einer Besser- oder Höherqualifizierung der Berufe für eine Akademisierung angeführt.

Einen möglichen wie wichtigen Einsatzort für akademisch qualifizierte MTA bildet insbesondere die stationäre Versorgung. Im *DKI-Krankenhaus Barometer* wurden die teilnehmenden Krankenhäuser deswegen konkret befragt, ob sie in ihrem Haus einen Bedarf für akademisch qualifiziertes Personal in den MTA-Berufen sehen (Abb. 35).

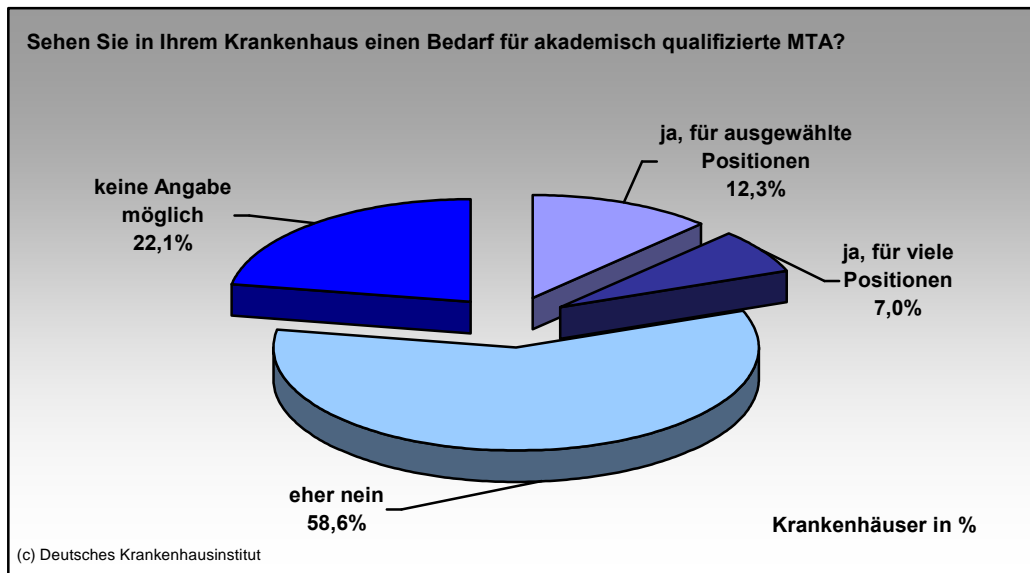


Abb. 35: Bedarf für akademisch qualifizierte MTA im Krankenhaus

Demnach hätte nur rund ein Fünftel der Krankenhäuser einen entsprechenden Bedarf, sei es für viele Positionen (7%) oder lediglich für ausgewählte Positionen (12,3%). Fast 60% sehen keinen Bedarf. Allerdings ist bei dieser Frage auch der Anteil der Befragten ohne Angabe mit 22% auffallend hoch.

Der Bedarf an akademisch qualifizierten MTA variiert in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während rund 15% der kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten einen Bedarf für akademische MTA für viele oder ausgewählte Positionen haben, sind es in Einrichtungen ab 300 Betten knapp 30% der Häuser.

Auf die offene Frage, welche Positionen für akademisch qualifizierte MTA in Betracht kommen, wurden von den Krankenhäusern nahezu ausnahmslos Führungspositionen genannt, etwa als Leitende MTA oder die Leitung von Funktionsbereichen, daneben ggf. noch Lehrtätigkeiten oder die Forschung.

Insgesamt ist somit festzuhalten, dass die Krankenhäuser zwar einen Bedarf für MTA mit einer spezifischen (Fach-)Hochschulausbildung sehen. Allerdings kommen aus ihrer Sicht akademisch qualifizierte MTA in erster Linie für bestimmte Positionen in ausgewählten Einrichtungen in Betracht. Einen generellen Bedarf für akademische MTA sehen nur relativ wenige Krankenhäuser.

6. Ambulante Leistungserbringung nach § 116b SGB V

6.1 Geeignetes Leistungsspektrum

Durch das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“ von 2003 wurden eine Reihe von neuen Versorgungsformen in das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Darunter befand sich auch die „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ nach § 116b SGB V.

Gemäß amtlicher Begründung sollte für hochspezialisierte Leistungen, schwerwiegende Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung erfolgen.

Der Gesetzgeber hat in § 116b Abs. 3 SGB V eine Liste von hochspezialisierten Leistungen, schwerwiegenden Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen aufgeführt, die im Rahmen der Teilöffnung der Krankenhäuser ambulant zu erbringen sein sollten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde in § 116b Abs. 4 SGB V außerdem verpflichtet, diesen Katalog um weitere hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu ergänzen.

Sowohl für die ordnungsgemäße Erbringung der ursprünglich aufgeführten Leistungen und Behandlung der Erkrankungen als auch für die neu durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufzunehmenden Leistungen und Erkrankungen gelten bestimmte sachliche und personelle Anforderungen. Die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen erfolgt unmittelbar mit den Krankenkassen.

Durch das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurde § 116b Abs. 2 SGB V unter Abkehr von der ursprünglichen „Vertragslösung“ wie folgt geändert:

„Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.“

Sofern die Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen vorliegen und ein Antrag eines Krankenhauses auf Zulassung zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V von der Zulassungsbehörde positiv beschieden worden ist, darf es demzufolge grundsätzlich die entsprechenden Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen.

Im Rahmen der diesjährigen Erhebung sollten die Krankenhäuser angeben, ob ihr Leistungsspektrum geeignet sei, hochspezialisierte Leistungen, seltene Er-

krankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b SGB V ambulant zu behandeln.

Etwas mehr als 44% der Krankenhäuser in der Stichprobe gehen davon aus, dass ihr Leistungsspektrum für die ambulante Erbringung der entsprechenden Leistungen geeignet sei. Im Vorjahr war der Anteil der Häuser mit 43,6% vergleichbar hoch, so dass hier eine konstante Einschätzung des eigenen Leistungsspektrums seitens der Krankenhäuser vorliegt.

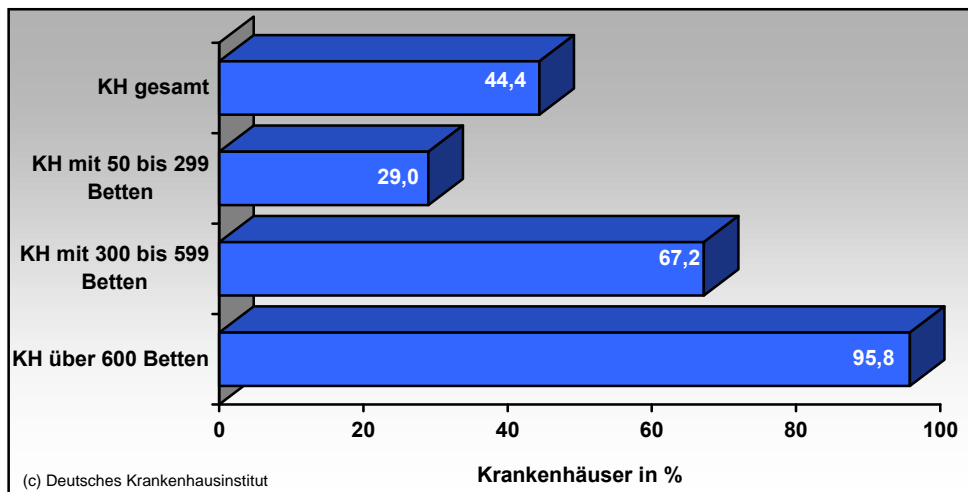


Abb. 36: Krankenhäuser mit geeignetem Leistungsspektrum für ambulanten Leistungen gemäß § 116b SGB V

Allerdings streut diese Einschätzung deutlich zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größenklassen. Während 29% der Häuser mit bis zu 299 Betten diese Einschätzung teilen, sind es bei den Häusern ab 600 Betten so gut wie alle Einrichtungen. Die Maximalversorger und insbesondere die Universitätsklinika sehen sich also für sehr gut geeignet, die hochspezialisierten Leistungen zu erbringen.

6.2 Antragstellung

Auch wenn insgesamt 44% der Krankenhäuser Leistungen gemäß § 116b SGB V erbringen könnten, haben nicht alle dieser Häuser auch einen oder mehrere Anträge nach § 116b SGB V Abs. 2 SGB V bei der zuständigen Landesbehörde gestellt.

Nur rund 56% der Häuser mit geeignetem Leistungsspektrum haben sich für die Erbringung der entsprechenden ambulanten Leistungen entschieden, indem sie einen Antrag bei ihren Landesbehörden gestellt haben oder dies zumindest planen. Im Vergleich zum Vorjahr, wo noch 77% der geeigneten Häuser an der ambulanten Erbringung von Leistungen nach § 116b SGB V teilnehmen wollten, hat sich eine gewisse Ernüchterung über diese Form der Leistungserbringung eingestellt.

Hochgerechnet auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland haben rund 360 Krankenhäuser ihr Interesse an der Erbringung von ambulanten Leistungen gemäß § 116b SGB V bekundet. Wiederum ergeben sich größenklassenspezifische Unterschiede. Die Antragsquote lag mit 82% bei den Kran-

kenhäusern ab 600 Betten am höchsten, während sie bei den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten mit 42% am niedrigsten lag.

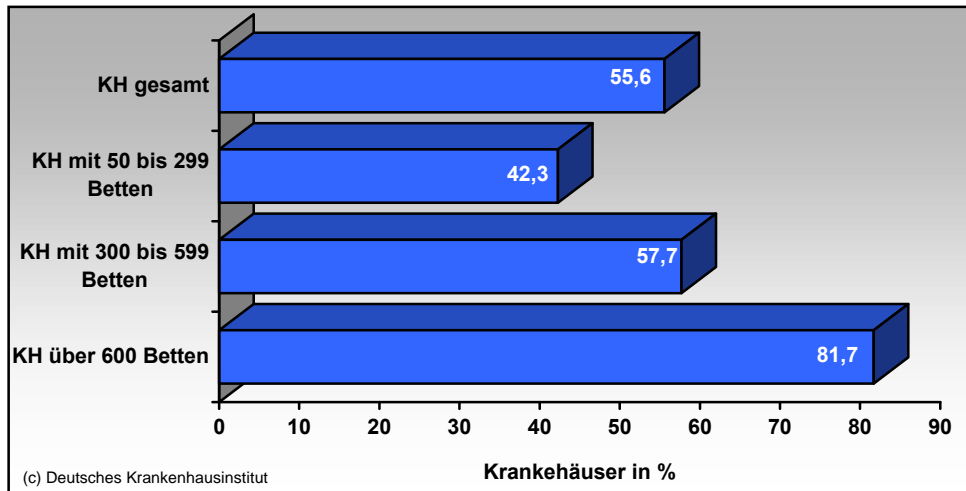


Abb. 37: Krankenhäuser mit Anträgen zur Leistungserbringung nach § 116b SGB V gestellt haben

6.3 Leistungsbereiche bei gestellten Anträgen

Die Krankenhäuser, die bei den zuständigen Landesbehörden einen Antrag zur Erbringung von ambulanten Leistungen gemäß § 116b SGB V gestellt haben – oder dies zumindest planen –, gaben an, für welche hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sie dies taten.

Abb. 38 zeigt, bei welchen Erkrankungen die Krankenhäuser tätig werden möchten.

Wenn die Krankenhäuser seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen behandeln wollen, dann vor allem onkologische Erkrankungen. Mehr als zwei Drittel der Häuser haben einen diesbezüglichen Antrag gestellt.

Mit weitem Abstand folgt die Behandlung der pulmonalen Hypertonie (26,2%), der multiplen Sklerose (24,2%) und der schweren Herzinsuffizienz (23,4%).

Bei diesen Angaben muss man berücksichtigen, dass hier nur Krankenhäuser vertreten sind, die einen Antrag zur Leistungserbringung bei den zuständigen Behörden gestellt haben. Betrachtet man dagegen alle Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten, so ergibt sich ein anderes Bild.

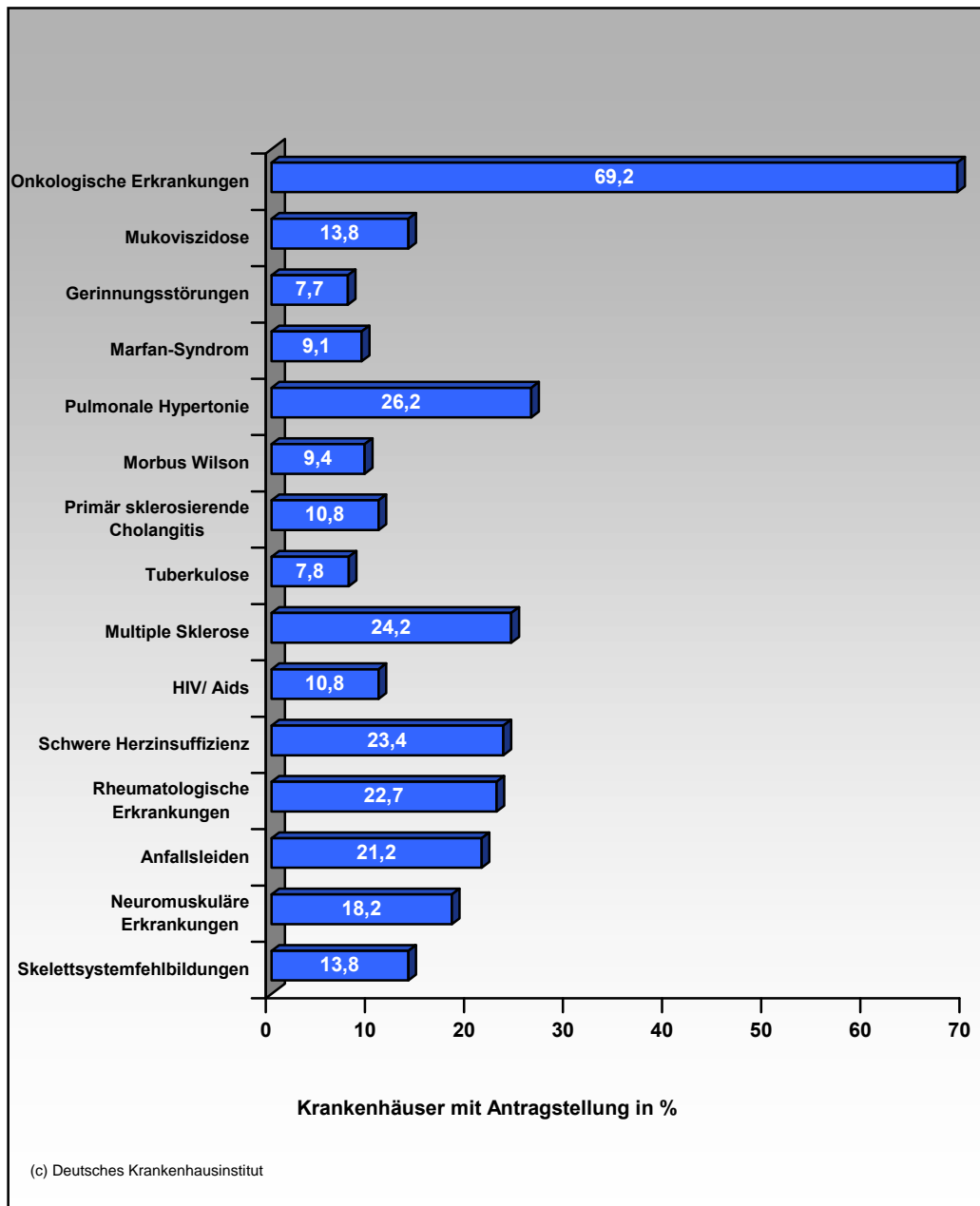


Abb. 38: Gestellter/ geplanter Antrag bei hochspezialisierten Leistungen gemäß § 116b SGB V

Im Rahmen einer Hochrechnung wurde ermittelt, wie viele Krankenhäuser je Leistungsbereich einen Antrag auf Erbringung von hochspezialisierten Leistungen gemäß § 116b SGB V gestellt haben. Der Anteil der Krankenhäuser, die eine derartige Leistung anbieten wollen, liegt für jede der oben erfassten hochspezialisierten Leistungen im einstelligen Prozentbereich. Nur bei den onkologischen Erkrankungen sieht es anders aus. Hier haben rd. 17% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Antrag bei den zuständigen Behörden gestellt.

Krankenhäuser können nicht nur **eine** ambulante Leistung nach § 116b SGB V erbringen bzw. nicht nur eine der möglichen Erkrankungen behandeln. Sie kön-

nen ihre Tätigkeit auch parallel in mehreren Bereichen der ambulanten Leistungserbringung nach § 116b SGB V ausüben.

So haben die Stichprobenkrankenhäuser, die sich für eine ambulante Leistungserbringung entschieden haben, durchschnittlich 4,4 Anträge gestellt. Allerdings liegt hier eine sehr große Streuung vor. Während das arithmetische Mittel 4,4 ausweist, liegt der Median nur bei zwei Anträgen. Ein Fünftel der Krankenhäuser hat mehr als 4 Anträge gestellt, wobei dies ausschließlich Häuser mit 600 und mehr Betten waren. Insbesondere die großen Krankenhäuser machen von ihrem Recht Gebrauch, mehrere Anträge zur Erbringung von hochspezialisierten Leistungen zu erbringen.

6.4 Leistungsbereiche bei genehmigten Anträge

Gestellte Anträge sind noch nicht genehmigte Anträge. Die Krankenhäuser sollten daher Auskunft darüber erteilen, ob ihre Anträge schon genehmigt, noch nicht beschieden oder aber abgelehnt worden sind.

Zum Zeitpunkt der Erhebung im Frühjahr 2009 waren 25% der Anträge seitens der zuständigen Landesbehörden genehmigt. Abgelehnt wurden rd. 3% aller Anträge. Mehrheitlich waren die Anträge aber noch nicht beschieden: 55% der befragten Krankenhäuser gaben an, dass ihre Anträge noch in Bearbeitung seien.

Die Genehmigungsquote bei angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und bei HIV/ AIDS, also bei Leistungsbereichen, die erst vergleichsweise spät vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit entsprechenden Richtlinien konkretisiert worden sind, ist überdurchschnittlich. Jeweils über 40% der Anträge wurden von den zuständigen Landesbehörden genehmigt. Bei den Skelettsystemfehlbildungen wurden darüber hinaus 11% der Anträge abgelehnt

Jeweils ein Drittel der Anträge der Krankenhäuser für die Behandlung von Mukoviszidose und Rheumatologischen Erkrankungen wurden ebenfalls genehmigt.

Bei den anderen ambulanten Leistungsbereichen nach § 116b SGB V war der Bearbeitungsstand im Frühjahr vergleichsweise schlecht, insbesondere bei den Erkrankungen, die wie etwa das Marfan-Syndrom, schon länger im Rahmen von § 116b-Leistungen hätten erbracht werden können.

Auffallend sind die neuromuskulären Erkrankungen. Hier wurden gleich viele Anträge genehmigt und abgelehnt

Einen Überblick über den Stand der Verfahren nach Leistungsbereichen zeigt die Abb. 39.

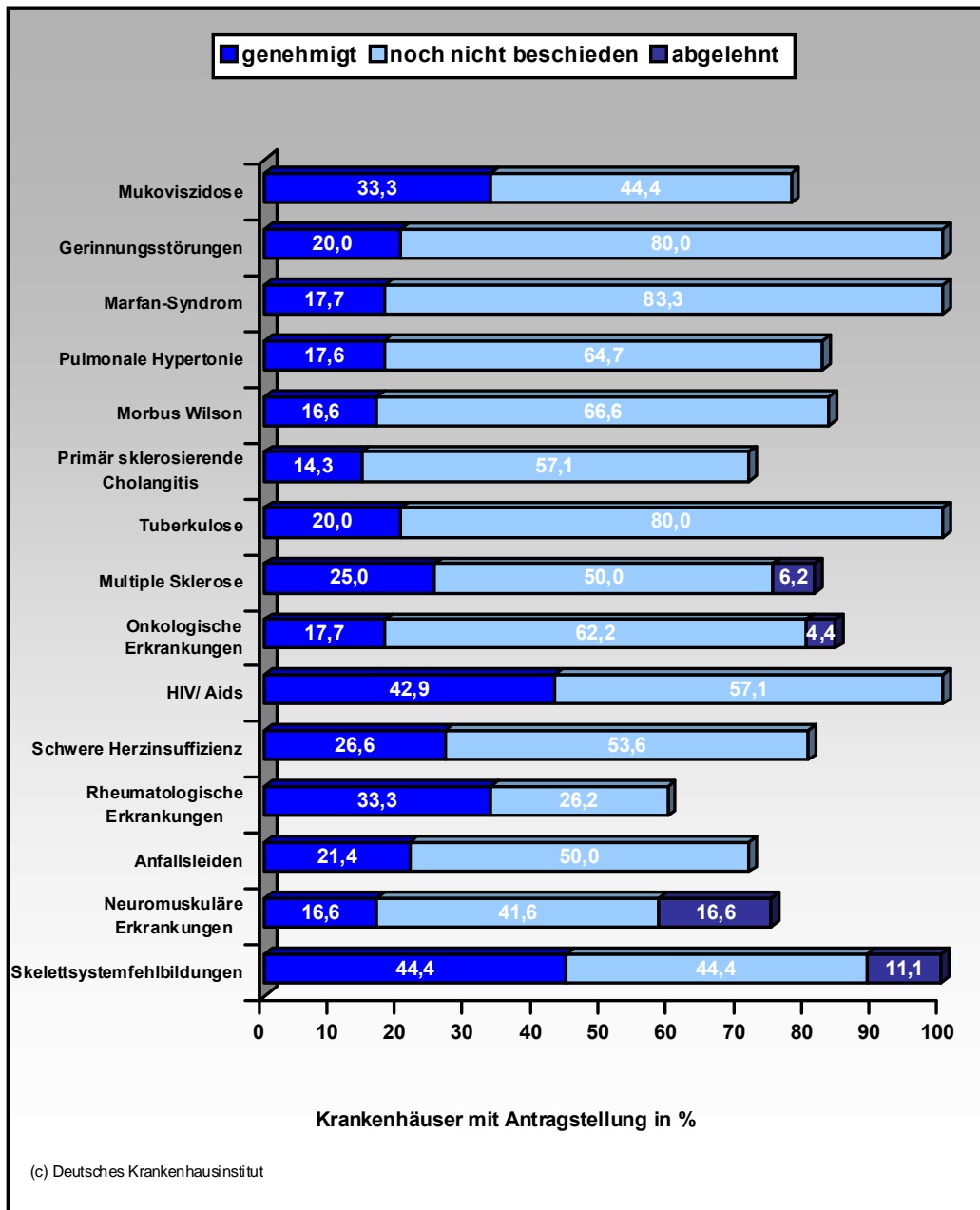


Abb. 39: Verfahrensstand der Anträge auf hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b SGB V¹

Aufgrund der derzeit geringen Zahl von Ablehnungen sind die von den Krankenhäusern genannten Begründungen der zuständigen Landesbehörden für die Ablehnung nicht repräsentativ. Als Ablehnungsgrund wurde mehrfach die Nichterreichung von Mindestmengen genannt. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sehen für bestimmte Leistungsbereiche eine Mindestzahl an behandelten Fällen vor. Ist diese nicht er-

¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

reicht, so darf die zuständige Landesbehörde keine Genehmigung für die Erbringung der Leistung aussprechen.

6.5 Probleme bei der Behandlung von Patienten

Aufgrund der zum Zeitpunkt der Erhebung zögerlichen Genehmigungspraxis der zuständigen Landesbehörden haben nur wenige Krankenhäuser praktische Erfahrungen bei der Umsetzung der Leistungserbringung nach § 116b SGB V.

Demzufolge wurden auch nur von wenigen Krankenhäusern Probleme im Zusammenhang mit der der Behandlung von Patienten genannt.

Wenn Probleme genannt wurden, dann betrafen sie vor allem die Abrechnung von Arzneimitteln/ Sachkosten und Probleme im Zusammenhang mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

7. Integrierte Versorgung

7.1 Teilnahme an der Integrierten Versorgung

Zur Jahresmitte 2009 nahm gut ein Drittel der zugelassenen allgemeinen Krankenhäuser ab 50 Betten an der Integrierten Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V teil. Das entspricht bundesweit rund 570 Einrichtungen. Im Vergleich zum Jahr 2006, als die Integrationsversorgung letztmalig im *Krankenhaus Barometer* thematisiert wurde, ist der Anteil der an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen somit nahezu konstant geblieben. Allerdings ist 2008/2009 eine Reihe von Krankenhäusern aus der Integrationsversorgung ausgeschieden (ca. 8%)¹, sodass zwischenzeitlich die Teilnahmequote an der Integrationsversorgung wieder rückläufig war.

Die Beteiligung an der Integrierten Versorgung variiert nach wie vor stark in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während sich in kleineren Häusern unter 300 Betten nur knapp 30% beteiligen, fällt die Beteiligung in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten mit einer Teilnahmequote von fast zwei Dritteln überproportional hoch aus. Dazwischen rangiert die mittlere Bettengrößeklasse mit rund 42%.

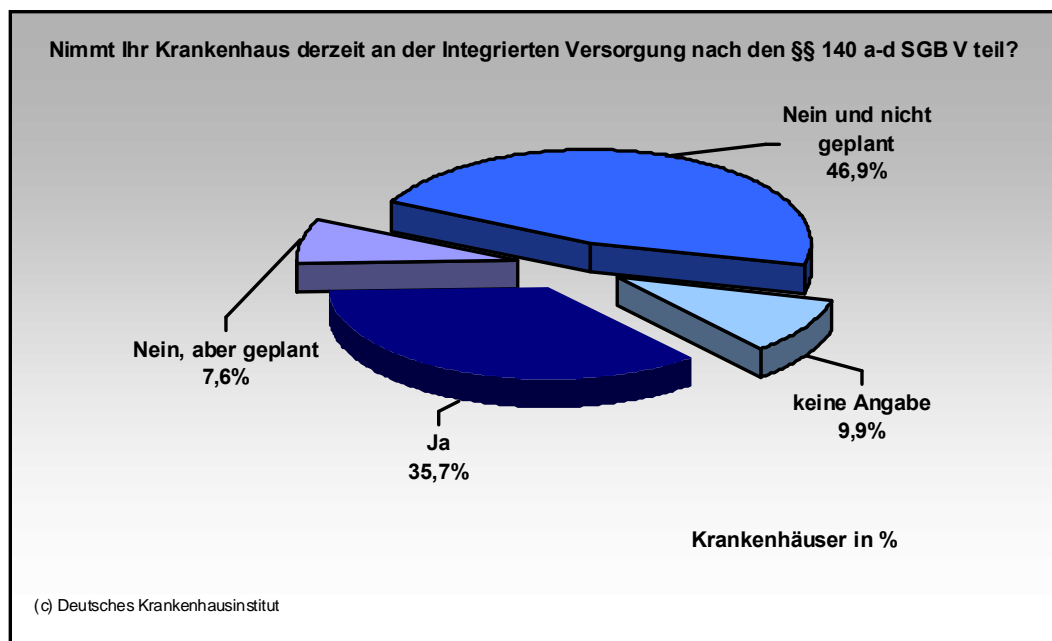


Abb. 40: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Integrierten Versorgung in 2009

Nur noch knapp 8% der bislang nicht an der Integrationsversorgung beteiligten Einrichtungen planen eine konkrete Teilnahme. Stellt man in Rechnung, dass ein annähernd großer Anteil der Krankenhäuser künftig aus der Integrationsversorgung aussteigen will,² dann ist davon auszugehen, dass sich die Teilnahmequo-

¹ Vgl. Kap. 7.4

² Vgl. Kap. 7.4

ten der Integrationsversorgung mittelfristig auf dem gegebenen Niveau von etwa einem Drittel der Krankenhäuser einpendeln werden.

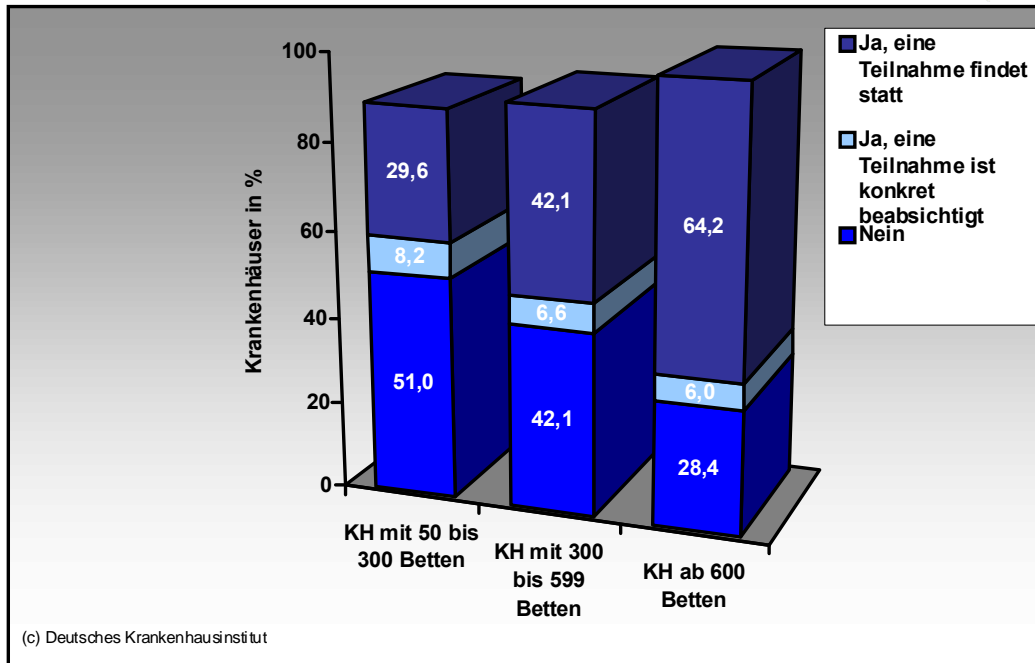


Abb. 41: Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach Bettengrößenklassen in 2009

Hinsichtlich der Anzahl der abgeschlossenen Integrationsverträge haben die meisten Häuser (51,9%), welche hierzu Angaben machten, einen Vertrag abgeschlossen. 28,3% haben zwei Verträge und 19,8 % drei oder mehr Verträge.¹ Verglichen mit 2006 hat sich die Verteilung kaum verändert. Im Durchschnitt haben die teilnehmenden Krankenhäuser 1,9 Integrationsverträge. 2006 waren es noch durchschnittlich 2,5 Verträge.

Die Befragungsergebnisse entsprechen vordergründig nicht den Ergebnissen der BQS-Registrierungsstelle zur Integrationsversorgung, welche höhere respektive steigende Vertragszahlen für den Krankenhausbereich ausweist.² Allerdings sind die Werte des *Krankenhaus Barometers* um Mehrfachangaben bzw. um (weitestgehend) inhaltsgleiche Verträge mit mehreren Kostenträgern bereinigt. Auch das Auslaufen von Integrationsverträgen im 1. Quartal 2009 ist in der BQS-Übersicht bis 2008³ noch nicht berücksichtigt. Wenn man die genannten Effekte kontrolliert, dann ist seit Jahresbeginn 2008 die Beteiligung an der Integrationsversorgung im Krankenhausbereich sogar eher rückläufig.

¹ Falls die befragten Krankenhäuser (weitestgehend) inhaltsgleiche Verträge mit mehreren Kostenträgern abgeschlossen hatten, so sollten sie diese als einen Vertrag zählen

² Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V: Entwicklung der Integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf>

³ Ebd.

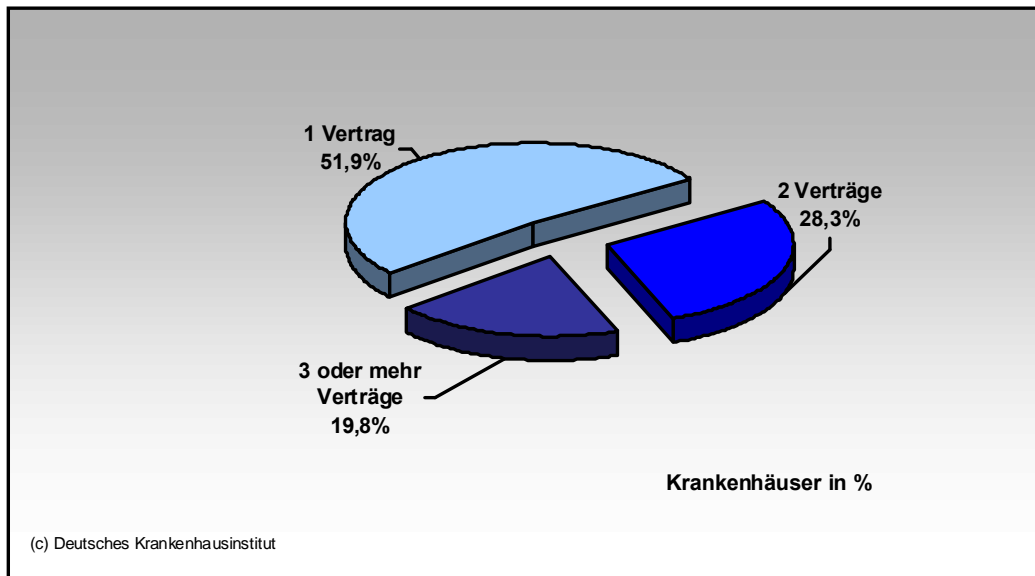


Abb. 42: Anzahl der Integrationsverträge pro Krankenhaus in 2009

7.2 Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung

Für das Jahr 2008 sollten die Befragungsteilnehmer die Anzahl der im Rahmen der Integrationsversorgung behandelten Fälle angeben. Im Durchschnitt der Stichprobenkrankenhäuser sind demnach 164 Fälle pro Haus behandelt worden. Im Vergleich zu 2005 hat sich damit die durchschnittliche Fallzahl pro Krankenhaus um rund zwei Drittel erhöht.

Allerdings ist der Mittelwert sehr stark von Einrichtungen mit überproportionaler Fallzahl beeinflusst. Der Median der Verteilung liegt bei lediglich 68 Fällen. In jeweils einem Viertel der Häuser gab es 13 Fälle oder weniger bzw. 151 Fälle oder mehr.

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

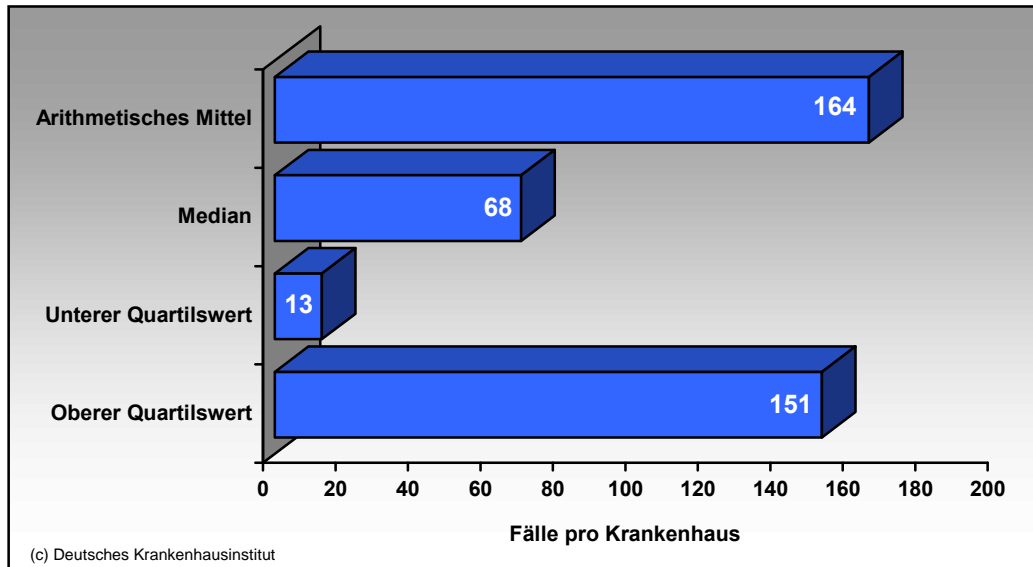


Abb. 43: Fälle mit Integrierter Versorgung

Im Jahr 2008 erzielten die Krankenhäuser im arithmetischen Mittel ein Erlösvolumen von rund 464.000 Euro aus der Integrierten Versorgung. Im Vergleich zu 2005 ist dies eine Steigerung von rund 20%. Allerdings wird der Mittelwert maßgeblich von Häusern mit überproportionalen Erlösen bestimmt. Der Median der Verteilung lag bei 108.000 Euro. Der untere Quartilswert liegt bei 19.000 Euro und der obere Quartilswert bei knapp 497.000 Euro. D.h. ein vergleichsweise großes Erlösvolumen aus der Integrierten Versorgung wird nur von einer relativ kleinen Anzahl von Häusern erzielt. Die Erlösverteilung nach Krankenhausgröße kann Abb. 44 entnommen werden.

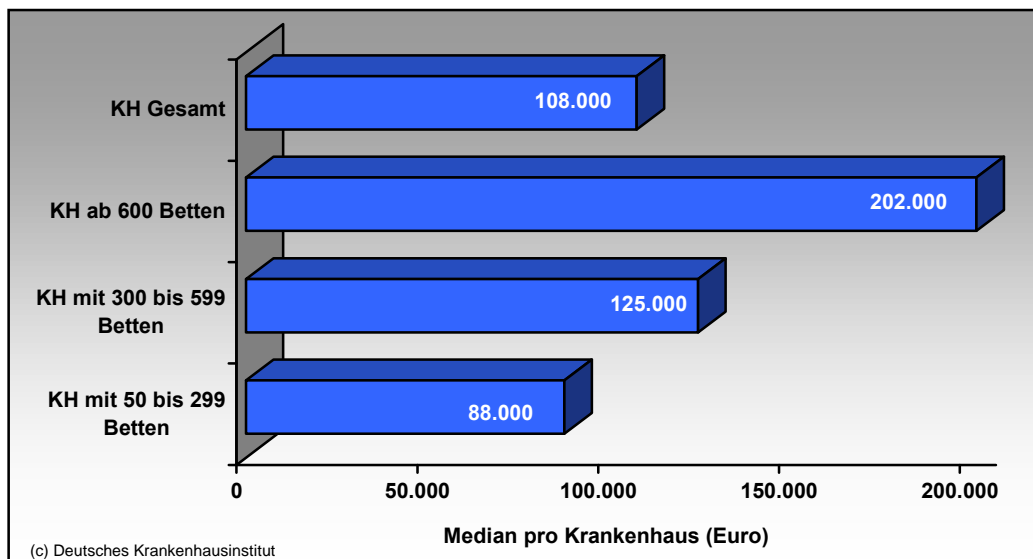


Abb 44: Gesamterlöse aus der Integrierten Versorgung pro Krankenhaus in 2008

Bezieht man die Erlöse auf die Fallzahlen der Integrierten Versorgung, dann lag der durchschnittliche Erlös je Fall (Median) im Jahre 2008 bei 3.420 Euro. Der

Durchschnittserlös je Fall ist damit rund 7% höher als 2005. Dieser Anstieg bewegt sich im Rahmen von Budgetsteigerungen der Krankenhäuser insgesamt.

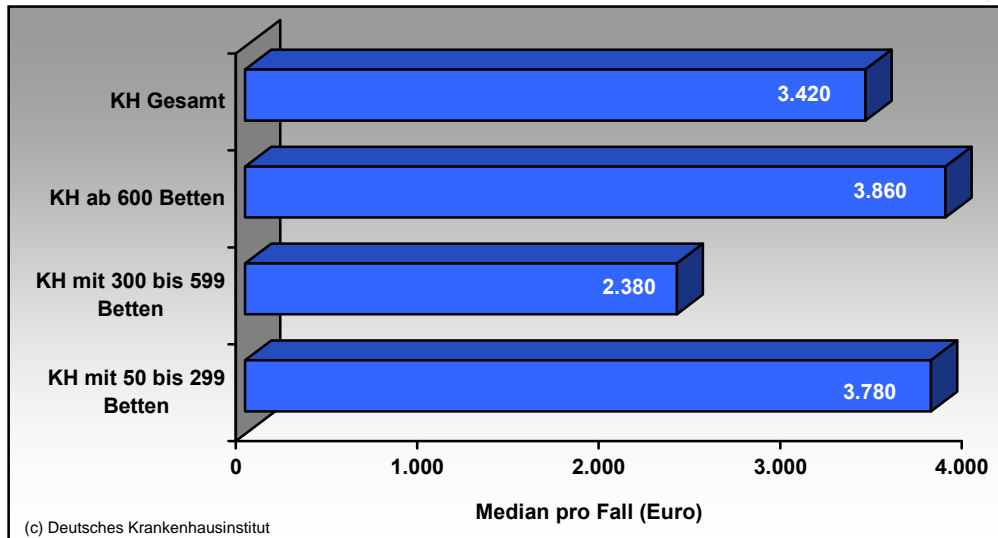


Abb. 45: Erlöse pro Fall aus der Integrierten Versorgung in 2008 (Median)

Schließlich sollten die Krankenhäuser im Rahmen einer offenen Frage noch angeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche (z. B. Indikationen, Krankheitsbilder, Prozeduren etc.) in ihrer Einrichtung Gegenstand der Integrationsversorgung sind. Da diese Frage nur selektiv beantwortet wurde, ist eine exakte Quantifizierung der Leistungsbereiche nicht möglich, sondern nur ein Ranking der aufgeführten Leistungsbereiche. In absteigender Rangfolge sind insbesondere die folgenden Leistungsbereiche Schwerpunkte der Integrierten Versorgung:

- Endoprothetische Versorgung
- Kardiologische Versorgung
- Sonstige internistische Krankheitsbilder (z. B. Schlaganfall, Diabetes, Rhema, COPD)
- Onkologische Versorgung
- Kardiochirurgische Versorgung
- Palliativversorgung
- Gynäkologische/geburtshilfliche Versorgung
- Psychiatrische/neurologische Versorgung
- Sonstige Leistungsbereiche

Wie schon 2006 bildet die endoprothetische Versorgung nach wie vor den größten Schwerpunkt der Integrationsversorgung im Krankenhaus. Darüber hinaus dominieren internistische Krankheitsbilder mit hoher Prävalenz im Krankenhaus. Unabhängig davon ist die Integrierte Versorgung in den Krankenhäusern in den letzten Jahren zusehends heterogener und komplexer geworden, insofern sich die Anzahl der erfassten Leistungsbereiche und Krankheitsbilder zusehends ausdifferenziert hat.

7.3 Beteiligte Leistungserbringer

Im Rahmen der Integrierten Versorgung kooperieren in der Regel andere Leistungserbringer mit dem Krankenhaus. Primäre Kooperationspartner der Häuser,

die einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben, sind bislang vor allem Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte. In fast 70% dieser Häuser sind Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an der Integrierten Versorgung beteiligt, bei 62% niedergelassene Ärzte und bei 27% weitere Leistungserbringer außerhalb des Krankenhauses.

Im Vergleich zu 2006 sind die entsprechenden Anteilswerte überwiegend unverändert. Die Kooperationsbeziehungen innerhalb der Integrationsversorgung haben sich insofern weitestgehend etabliert.

Während die genannten Kooperationsformen der sektorenübergreifenden Integrationsversorgung zuzurechnen sind, fällt die Kooperation mit anderen Krankenhäusern bzw. keinen weiteren Leistungserbringern unter die interdisziplinäre-fachübergreifende Integrierte Versorgung. Nur noch knapp 12% der Häuser kooperieren mit weiteren Krankenhäusern. Damit hat sich der entsprechende Anteilswert seit 2006 in etwa halbiert.

Kooperationen mit anderen Krankenhäusern konnten sich somit nicht in ähnlicher Weise etablieren wie die Zusammenarbeit mit außerstationären Leistungserbringern. Unverändert spielt die Integrierte Versorgung ohne weitere Leistungserbringer (z. B. durch die Integration ambulanter Behandlungsprozesse in das Krankenhaus) bislang keine Rolle.

Nach wie vor kooperieren viele Häuser im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Leistungserbringern aus mehreren Leistungssektoren. Demnach sind in 43,1% der Häuser sowohl niedergelassene Ärzte als auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beteiligt, in 8,8% weitere Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie in 5,9% niedergelassene Ärzte und weitere Krankenhäuser. Bei knapp 5% der Häuser erstreckt sich die Integrierte Versorgung gleichermaßen auf niedergelassene Ärzte, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und weitere Krankenhäuser.

Im Vergleich zu 2006 ist der Anteil der Krankenhäuser rückläufig, welche mit Leistungserbringern aus mehreren Sektoren kooperieren.¹ Dies ist insbesondere auf die rückläufige Zahl der Integrationsverträge durch das Auslaufen der Anschubfinanzierung zurückzuführen.

¹ Abermals sind die Ergebnisse zu den kooperierenden Leistungserbringern in der Integrierten Versorgung nicht mit den entsprechenden Ergebnissen der BQS-Registrierungsstelle vergleichbar, da um Mehrfachangaben bzw. inhaltsgleiche Verträge bereinigt.

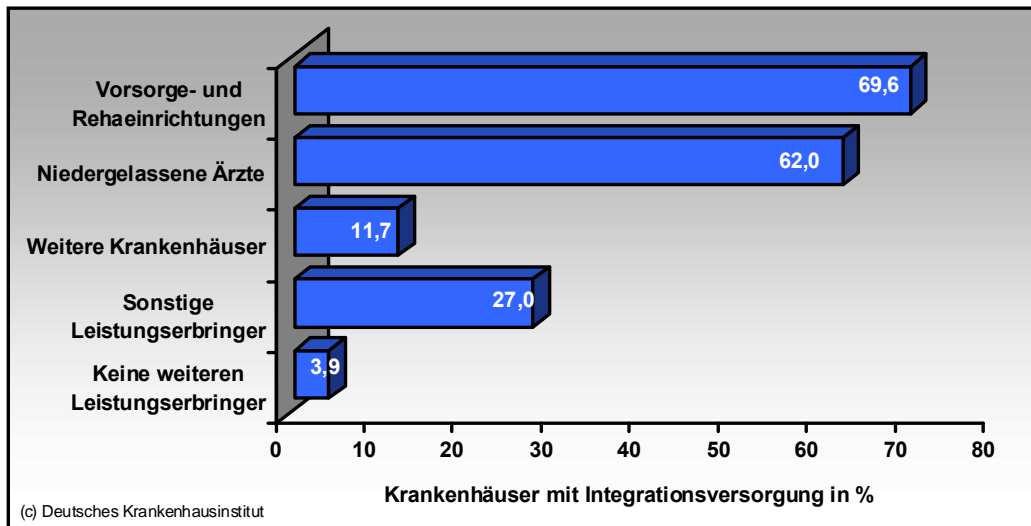


Abb. 46: Beteiligte Leistungserbringer bei integrierter Versorgung in 2009

7.4 Integrationsversorgung nach Ende der Anschubfinanzierung

Zur Förderung der Integrationsversorgung gab es von 2004 bis 2008 eine Anschubfinanzierung. Zu diesem Zweck hatte jede Krankenkasse in diesem Zeitraum bis zu 1% der Krankenhausrechnungen einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung der Integrationsverträge erforderlich waren. Diese Anschubfinanzierung ist mit Jahresende 2008 ausgelaufen.

Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer zunächst angeben, ob in ihrem Krankenhaus im Jahr 2008 bzw. im ersten Quartal 2009 Verträge zur Integrierten Versorgung ausgelaufen bzw. nicht verlängert oder gekündigt worden sind.

Dies war in 36% der bis dahin an der Integrationsversorgung beteiligten Häuser¹ bzw. in 16% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten insgesamt der Fall. Davon ist jedes zweite Haus, also 8% der Krankenhäuser insgesamt bzw. 18% der bis dahin an der Integrationsversorgung beteiligten Einrichtungen, vollständig aus der Integrierten Versorgung ausgeschieden. Es muss allerdings offen bleiben, inwieweit hierfür das Ende der Anschubfinanzierung maßgeblich verantwortlich war oder auch andere Gründe eine Rolle spielten.

Der Anteil der ausgelaufenen Integrationsverträge fällt im Vergleich zu den ausgeschiedenen Krankenhäusern unterproportional aus, da die ausgeschiedenen Krankenhäuser im Durchschnitt weniger Integrationsverträge hatten: Von Jahresbeginn 2008 bis zum Ende des ersten Quartals 2009 sind schätzungsweise 32% aller Integrationsverträge ausgelaufen.²

¹ Zur Berechnung dieses Anteilswerts wurde die Anzahl der Krankenhäuser mit ausgelaufenen Integrationsverträgen auf die Summe der zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2009 an der Integrationsversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und der seit Jahresbeginn 2008 ausgeschiedenen Krankenhäuser referenziert.

² In diesem Zusammenhang sei abermals darauf verwiesen, dass die Werte – im Unterschied zur BQS-Registrierungsstelle – um Mehrfachangaben bereinigt sind bzw. (weitestgehend) inhaltsgleiche Verträge mit mehreren Kostenträgern als ein Vertrag gezählt wurden.

Tab. 1: Entwicklung der Integrationsversorgung 2008-2009

Entwicklung der Integrationsversorgung 2008 – 1. Quartal 2009	Rückgang in %
Anteil der Krankenhäuser mit ausgelaufenen Integrationsverträgen an Krankenhäusern insgesamt	15,9%
Anteil der Krankenhäuser mit ausgelaufenen Integrationsverträgen an den bislang an der Integrationsversorgung beteiligten Krankenhäusern	36,3%
Anteil der aus der Integrationsversorgung ausgeschiedenen Krankenhäuser an den Krankenhäusern insgesamt	8,1%
Anteil der aus der Integrationsversorgung ausgeschiedenen Krankenhäuser an den bislang an der Integrationsversorgung beteiligten Krankenhäusern	18,4%
Anteil der ausgelaufenen Integrationsverträge an den Integrationsverträgen insgesamt	23,3%

Diejenigen Krankenhäuser, welche zum Erhebungszeitpunkt noch an der Integrationsversorgung teilnahmen, sollten angeben, welche konkreten Pläne sie angesichts des Endes der Anschubfinanzierung für die künftige Integrationsversorgung in ihrem Krankenhaus haben. Demzufolge will fast die Hälfte dieser Krankenhäuser (47,5%) alle Integrationsverträge fortführen bzw. verlängern. Fast ein Fünftel (19,2%) der Krankenhäuser plant sogar den Abschluss neuer Integrationsverträge.

Nur eine Minderheit der Krankenhäuser von 11,8% plant den vollständigen Ausstieg aus der Integrationsversorgung. Weitere 17% der Einrichtungen beabsichtigen zumindest teilweise aus der Integrationsversorgung auszusteigen, d. h. bei mehreren Integrationsverträgen nur ausgewählte Verträge zu verlängern.

Von den Planungen der Krankenhäuser ist die Bereitschaft der Kostenträger zu unterscheiden, die Integrationsversorgung weiterhin zu unterstützen. Deswegen sollten die Befragungsteilnehmer einschätzen, wie groß das Interesse ihrer Kostenträger an einer Fortsetzung der integrierten Versorgung in ihrem Haus nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung ist. Tendenziell fällt auch hier das Meinungsbild positiv aus:

Bei mehr als der Hälfte der Krankenhäuser haben die Kostenträger ein großes (42,7%) oder zumindest partielles Interesse (14,8%) an einer Fortsetzung der integrierten Versorgung. Bei gut einem Viertel der Häuser (27,8%), welche heute noch an der Integrationsversorgung teilnehmen, fällt das Interesse ihrer Kostenträger eher gering aus. Die Übrigen machten keine Angaben. Ähnlich wie die Krankenhausseite wollen also auch die Kostenträger an der Integrationsversorgung festhalten, wenngleich auf reduziertem Niveau.

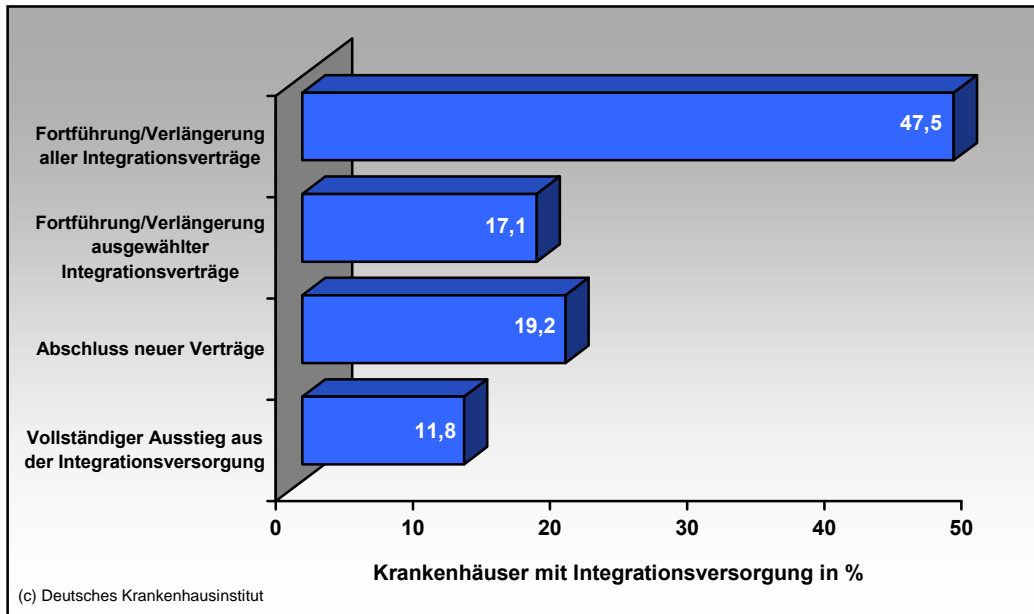


Abb 47: Pläne der Krankenhäuser nach Ende der Anschubfinanzierung

Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass die Integrationsversorgung auch nach dem Ende der Anschubfinanzierung fortgeführt wird. Zwar wird die Anzahl der beteiligten Krankenhäuser bzw. der Integrationsverträge zurückgehen. Die Mehrzahl der heute teilnehmenden Krankenhäuser wird sich aber weiterhin beteiligen und die große Zahl der Integrationsverträge auch mittelfristig in den nächsten Jahren gelten. Möglicherweise begünstigt das Ende der Anschubfinanzierung sogar eine Selektion von besonders innovativen oder effektiven Integrationsmodellen.

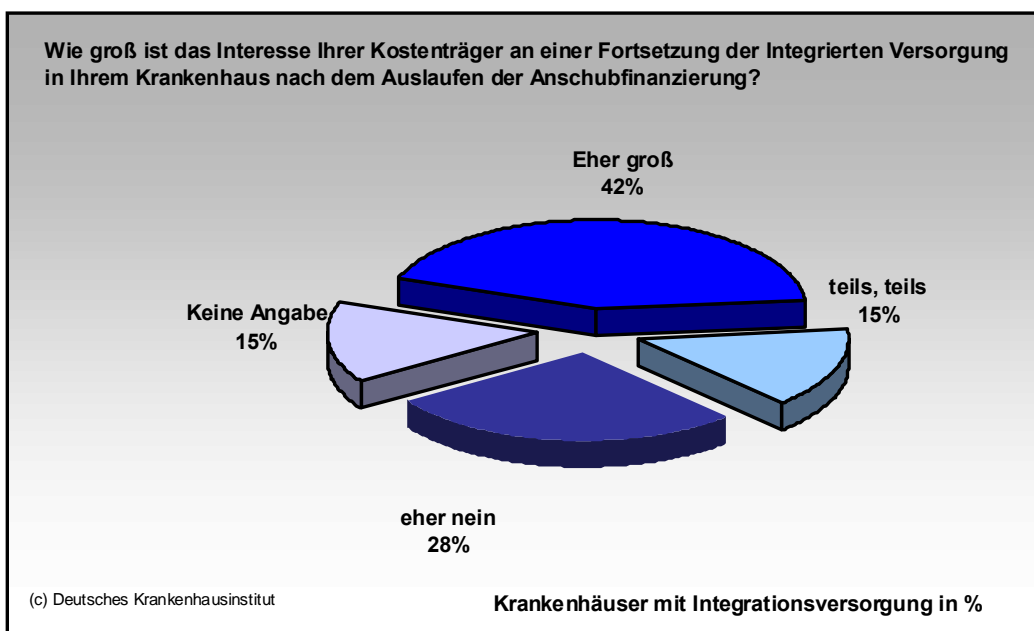


Abb. 48: Interesse der Kostenträger an Fortsetzung der Integrationsversorgung nach Ende der Anschubfinanzierung

8. Kooperationen mit der medizintechnischen Industrie

8.1 Personalbereich

Die Beziehungen zwischen Krankenhäusern und den Unternehmen der Medizintechnik sind vielfältig. Sie reichen weit über den reinen Verkauf und Einkauf hinaus. Zu ausgewählten Fragestellungen sollten die Krankenhäuser Stellung nehmen. Zunächst wurde nach der Zusammenarbeit im Personalbereich gefragt.

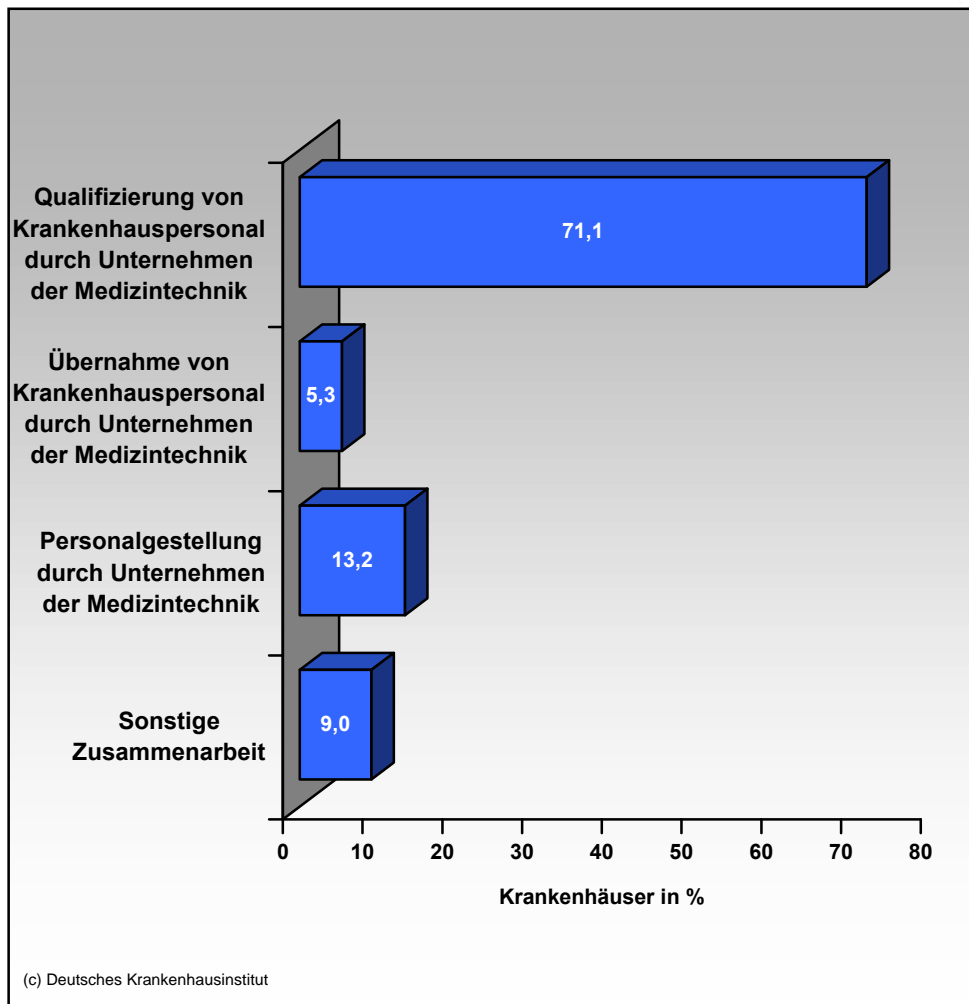


Abb. 49: Zusammenarbeit im Personalbereich mit Unternehmen der Medizintechnik

Eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Unternehmen der Medizintechnik findet in über 70% der Krankenhäuser in Form der Qualifizierung des Krankenhauspersonals durch Mitarbeiter der medizintechnischen Industrie statt. Die medizintechnischen Unternehmen planen, konstruieren, fertigen und verkaufen die von ihnen produzierten Produkte. Aufgrund der Komplexität der Geräte sind diese vielfach nicht selbsterklärend, sondern bedürfen zur exakten Anwendung im sensiblen Bereich der Medizin einer Anleitung und Schulung.

Je größer die Krankenhäuser sind, desto häufiger wird diese Kooperationsform genutzt. In 70% der Häuser mit weniger als 300 Betten, dafür aber in rd. 89% der

Krankenhäuser ab 600 Betten erfolgt eine Qualifizierung des eigenen Personals durch die Unternehmen der Medizintechnik.

In die gleiche Richtung zielt die Personalgestellung durch Unternehmen der Medizintechnik. Hier wird die Bedienung oder Wartung der von den Krankenhäusern genutzten Produkte nicht mehr von Krankenhausmitarbeitern übernommen, sondern von abgestellten Mitarbeitern der medizintechnischen Unternehmen. Allerdings spielt diese Konstellation nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich 13% der Krankenhäuser gaben an, dass sie in dieser Art und Weise mit den Unternehmen kooperieren. Noch seltener ist eine Übernahme von Krankenhauspersonal durch Unternehmen der Medizintechnik.

Weniger als ein Zehntel der Krankenhäuser nutzt andere Kooperationsformen wie Dienstleistungsverträge oder einen informellen Austausch von technischen Informationen.

8.2 Logistik und Lagerhaltung

Für die Krankenhäuser wird der Bereich der Logistik und Lagerhaltung immer wichtiger. Hier bestehen im Vergleich zur verarbeitenden Industrie noch Defizite, die in den letzten Jahren allerdings kontinuierlich geringer geworden sind.

Das Know-how sowie die spezifischen Möglichkeiten der medizintechnischen Unternehmen können im Rahmen von Kooperationsbeziehungen für die Krankenhäuser genutzt werden.

In drei Vierteln der Krankenhäuser erfolgt eine Zusammenarbeit mit den medizintechnischen Unternehmen in Form der Einrichtung von Konsignationslager. Bei den Konsignationslagern handelt es sich um Warenlager von Lieferanten oder Herstellern in den Räumen des Krankenhauses. Die dort gelagerten Produkte verbleiben so lange im Eigentum des Lieferanten oder des Herstellers, bis eine Entnahme durch das Krankenhaus erfolgt. Die Krankenhäuser werden auch erst zu diesem Zeitpunkt mit den Kosten für die entnommenen Produkte belastet.

Eine direkte Bestellung der erforderlichen medizintechnischen Produkte beim Hersteller wird von 71% der Krankenhäuser genutzt. Der Weg über Lieferanten oder Dienstleister wird so vermieden. Die Krankenhäuser sparen somit nicht nur die Kosten des Zwischenhandels, sondern haben auch eine unmittelbare Information über die Lieferfähigkeit des geordneten Produktes. In 44% der Krankenhäuser erfolgt eine Zusammenarbeit mit den Unternehmen in Form einer Just-in-Time-Lieferung.

Zwischen diesen drei Kooperationsformen bestehen inhaltlich vergleichbare Vorteile, vor allem schnelle Lieferung und niedrige Kosten. Es ist daher nicht verwunderlich, dass rd. 45% der Stichprobenkrankenhäuser alle drei Formen der Zusammenarbeit mit den Unternehmen der Medizintechnik praktizieren.

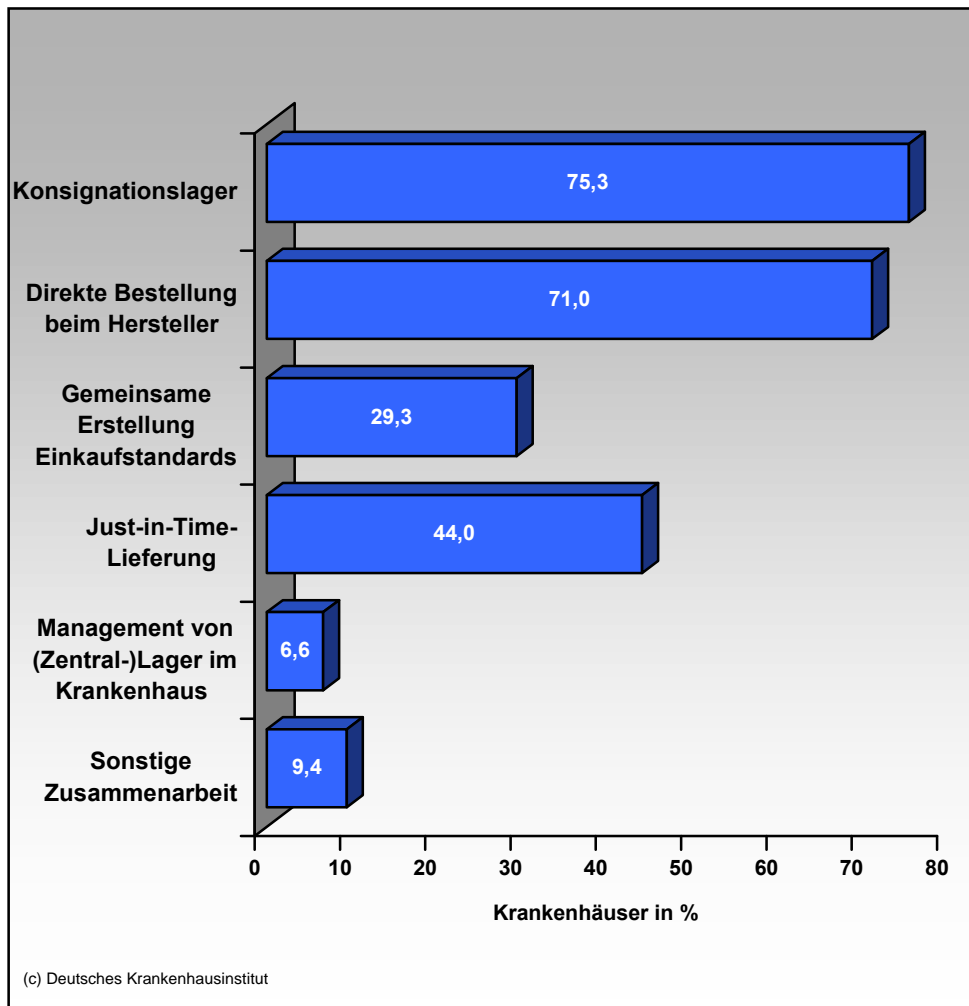


Abb. 50: Zusammenarbeit im Bereich Logistik und Lagerhaltung mit Unternehmen der Medizintechnik

Andere erhobene Maßnahmen im Bereich von Logistik und Lagerhaltung spielen nur eine untergeordnete Rolle.

8.3 Finanzierung

Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Unternehmen der Medizintechnik kann sich auch auf den Bereich von Finanzierungskonzepten erstrecken. Die häufigsten Finanzierungskonzepte sind das Leasing, die nutzungsabhängige Miete sowie der Mietkauf.

Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (52,3%) verwendet eine Form des Leasings. Zwischen den Bettengrößenklassen liegen keine signifikanten Unterschiede vor. Über alle Größenklassen hinweg stellt dieses Finanzierungskonzept die wichtigste Form der Zusammenarbeit mit den Unternehmen der Medizintechnik dar.

Fast gleich hoch ist der Einsatz der nutzungsabhängigen Miete. Rund 48% der Krankenhäuser verwenden dieses Finanzierungskonzept im Zusammenhang mit medizintechnischen Investitionen. Vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten

nutzen diese Finanzierungsform: 71,4% der großen Häuser gaben an, dass sie die nutzungsabhängige Miete einsetzen. Bei den kleinen Krankenhäusern lag der Anteil bei 47%.

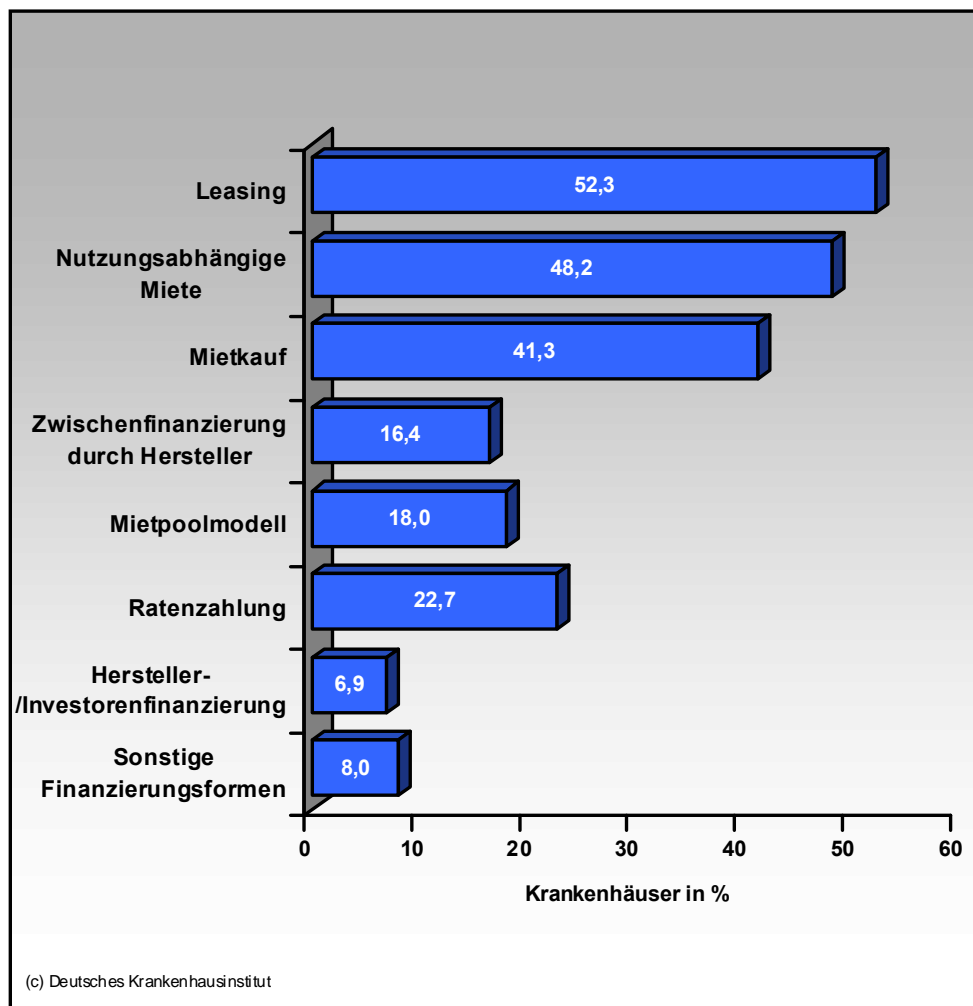


Abb. 51: Zusammenarbeit im Finanzierungsbereich mit Unternehmen der Medizintechnik

Mit einem Anteil von 41% steht der Mietkauf, der eine Finanzierungsform zwischen Leasing und Ratenzahlung darstellt, an dritter Stelle. Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der drei Größenklassen liegen nicht vor.

Die traditionelle Form der Finanzierung, die Ratenzahlung, wird von gut einem Fünftel der Häuser eingesetzt. Wiederum liegen keine Unterschiede zwischen den Größenklassen vor.

Die anderen Finanzierungskonzepte für Investitionen im medizintechnischen Bereich spielen nur eine untergeordnete Rolle.

8.4 Sonstige Kooperationen

Über die schon genannten Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und den Unternehmen der Medizintechnik hinaus sind weitere Kooperationsformen möglich und denkbar.

So findet in 59% der Krankenhäuser ein Sponsoring von Veranstaltungen durch medizintechnische Unternehmen statt. Hierbei sind die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten überdurchschnittlich vertreten, da 73% dieser Häuser eine entsprechende Zusammenarbeit angaben.

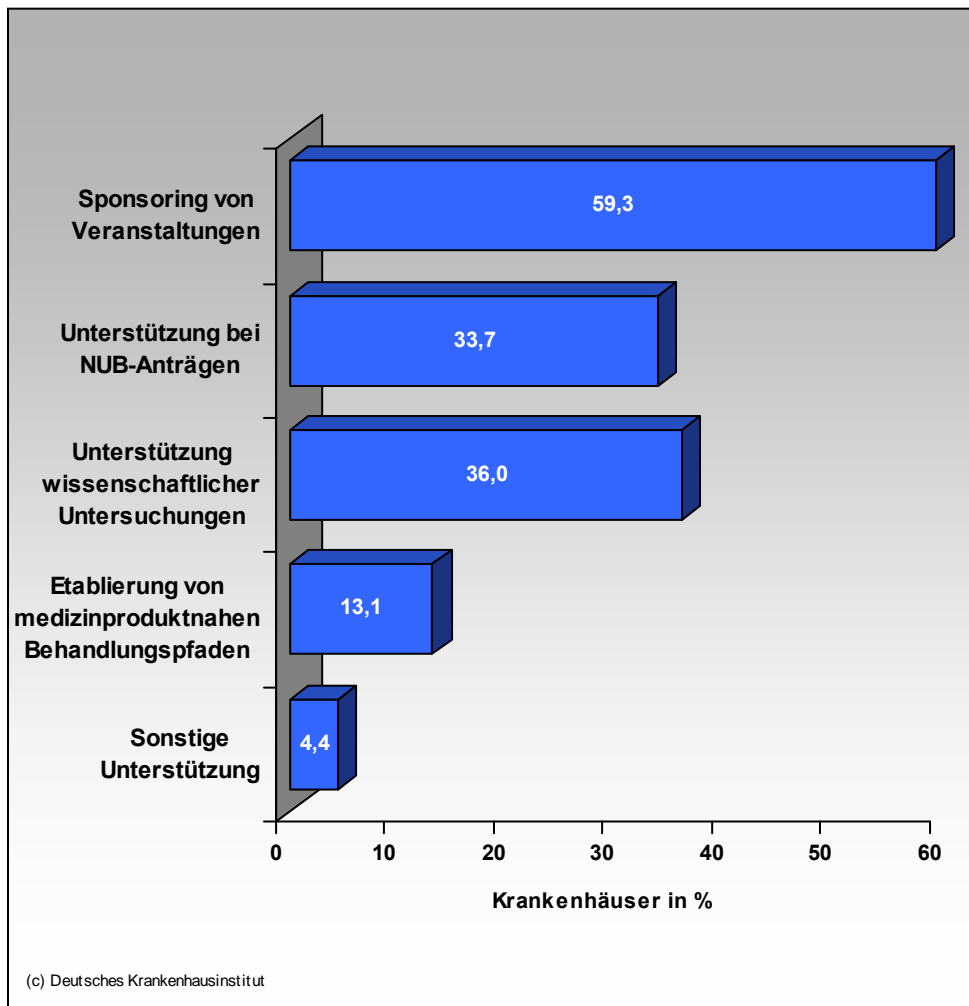


Abb. 52: Sonstige Kooperationen mit Unternehmen der Medizintechnik

Eine Unterstützung von wissenschaftlichen Untersuchungen kommt in 36% der Krankenhäuser vor. Hier liegt nun der Schwerpunkt eindeutig bei den großen Krankenhäusern. Bei den Maximalversorgern und insbesondere den Universitätsklinika ist ein Großteil der medizinischen und medizintechnischen Forschung angesiedelt. Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass drei Viertel dieser Krankenhäuser eine Unterstützung im Bereich der Wissenschaft durch die medizintechnischen Unternehmen erhalten.

Ein Drittel der Krankenhäuser erhält von den Unternehmen der Medizintechnik Unterstützung bei den so genannten NUB-Anträgen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Hierbei handelt es sich um Anträge, um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in das DRG-System einzubringen. Da es hier auch um Verfahren geht, die medizintechnische Produkte zur Anwendung bringen, ist die Unterstützungsleistung durch die Unternehmen erklärbar.

9. Wirtschaftliche Situation des Krankenhauses

9.1 Zukunftssicherheit der IT im Krankenhaus

Die Anforderungen an die Informationstechnologie im Krankenhaus werden immer größer. Neben technischen Gründen (z.B. PACS) sind auch die gesetzlichen Bestimmungen hier maßgeblich. Bei dem kurzen Produktlebenszyklus von Hard- und Software stellt sich - auch und gerade unter wirtschaftlichen Aspekten - die Frage, inwieweit die IT-Infrastruktur des Krankenhauses zukunftssicher ist.

Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, ob aus ihrer Sicht sichergestellt ist, dass ihre IT-Infrastruktur für die nächsten drei Jahre ausreichend ist.

Die Mehrzahl der Krankenhäuser ist sich sicher, dass die eingesetzte Servertechnik und -architektur (z.B. Terminalservertechnik oder virtuelle Server) den Anforderungen in naher Zukunft gewachsen ist. Fast zwei Drittel der Häuser betonten dies in ihrer Antwort.

Aber auch im Bereich der Netzwerkverkabelung herrscht großer Optimismus. Mehr als vier Fünftel der Krankenhäuser sind der Ansicht, für die nächsten drei Jahre gerüstet zu sein. Lediglich beim Einsatz von Speichernetzwerken (SAN) und vor allem bei der drahtlosen Netzwerkinfrastruktur sind die Unsicherheiten größer. Hier gaben nur 45% bzw. 37% an, dass die Infrastruktur in ihrem Hause ausreichend sei. Je kleiner die Krankenhäuser, desto größer ist auch die Unsicherheit.

Vergleichbare Unsicherheit herrscht hinsichtlich der Vernetzung mit externen Partnern. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren die Pläne für den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte weit gediehen, ohne dass im Einzelnen die Folgen für die Krankenhäuser abschätzbar waren.

Von der Mehrzahl der Krankenhäuser wurde die IT-Infrastruktur im Hinblick auf die Datensicherheit als ausreichend für die nächsten drei Jahre beurteilt. So gaben 80% der Krankenhäuser an, dass die vorliegenden Datensicherungskonzepte im Hinblick auf die Entwicklung von Hard- und Software ausreichend seien.

Immer noch 71% der Häuser betonten die Ausfallsicherheit von Systemen, die behandlungsrelevante Patientendaten aufrufen bzw. bearbeiten können. Annähernd 60% der Häuser gehen davon aus, dass ein datensicherer Zugriff auf digitale Patientenakten auch in naher Zukunft gewährleistet werden kann.

Vergleichsweise große Unsicherheit herrscht in Bezug auf die digitale Langzeitarchivierung von Patientenakten. Nur 31% der Häuser sind hier noch optimistisch. Je kleiner die Häuser, desto größer ist die Unsicherheit. Aber auch bei den großen Häusern liegt eine größere Skepsis vor.

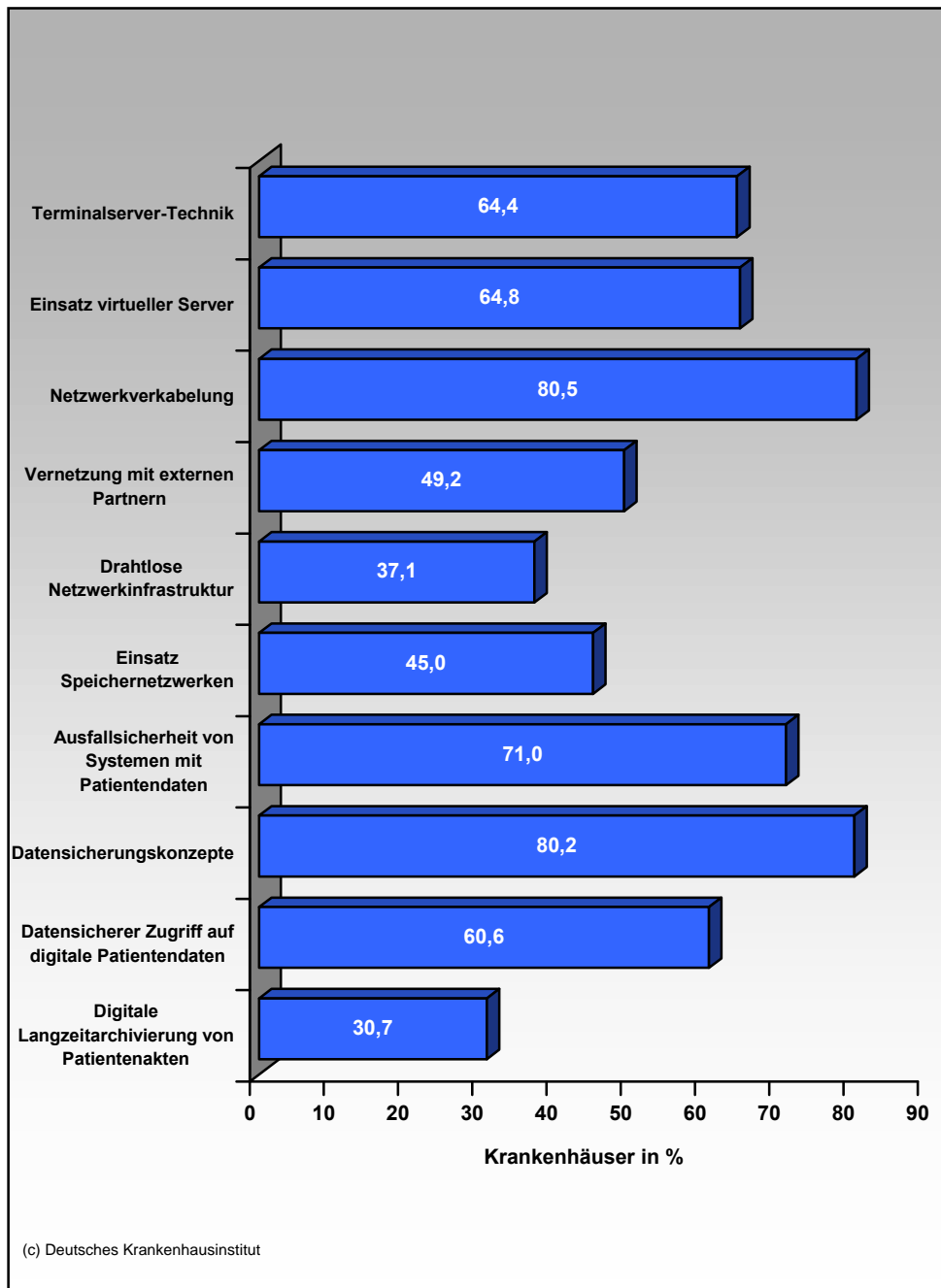


Abb. 53: Zukunftssicherheit der IT-Infrastruktur

9.2 Auswirkungen der Kapitalmarktkrise auf die Krankenhäuser

Die im letzten Jahr ausgelöste Wirtschaftskrise war zunächst auf den Kapitalmarkt beschränkt. Durch die Unsicherheit hinsichtlich der Zahlungsfähigkeit von Marktteilnehmern kam es auf dem Kapitalmarkt und insbesondere dem Kreditmarkt zu vergleichsweise deutlichen Reduktionen der gehandelten Kapitalmarktsumme bzw. der vergebenen Kredite.

Die Krankenhäuser waren hier zum Zeitpunkt der Erhebung nur wenig betroffen. Lediglich 12% der Häuser gaben an, dass sich die Kapitalmarktkrise auf ihr Haus ausgewirkt habe. Die Auswirkungen wurden vor allem in folgender Weise wahrgenommen:

- höhere Zinssätze bei Krediten,
- niedrigere Habenzinssätze,
- negativen Auswirkungen beim Rating durch die Banken sowie
- schlechtere Bewertung des Finanzanlagevermögens

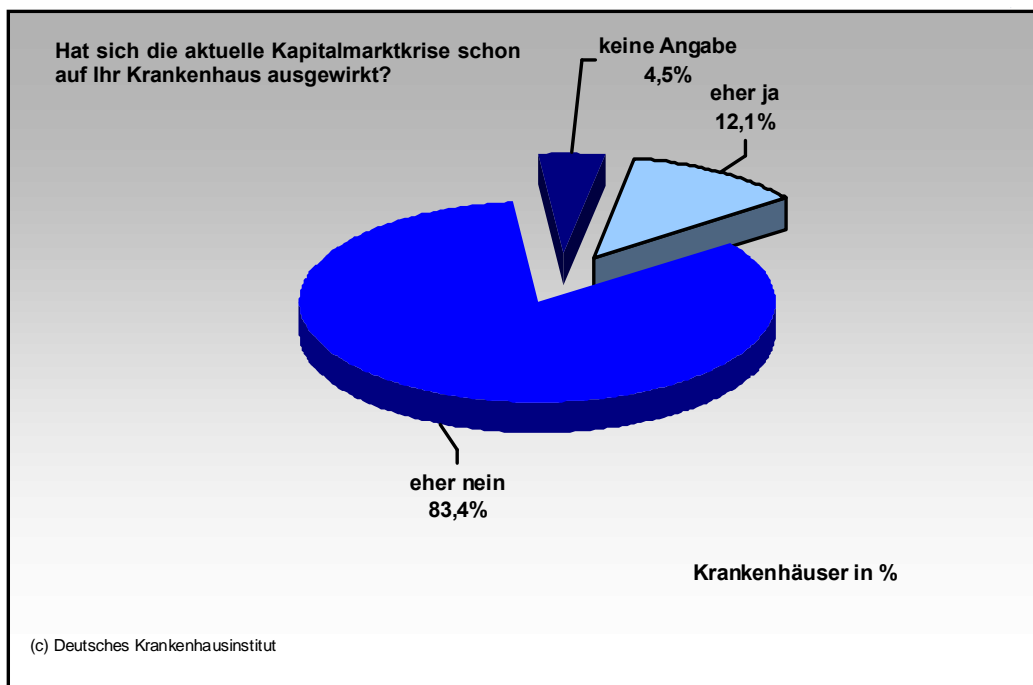


Abb. 54: Auswirkungen der Kapitalmarktkrise auf wirtschaftliche Situation

9.3 Jahresergebnis 2008/2009

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2008 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2009 taxieren (Abb. 55).

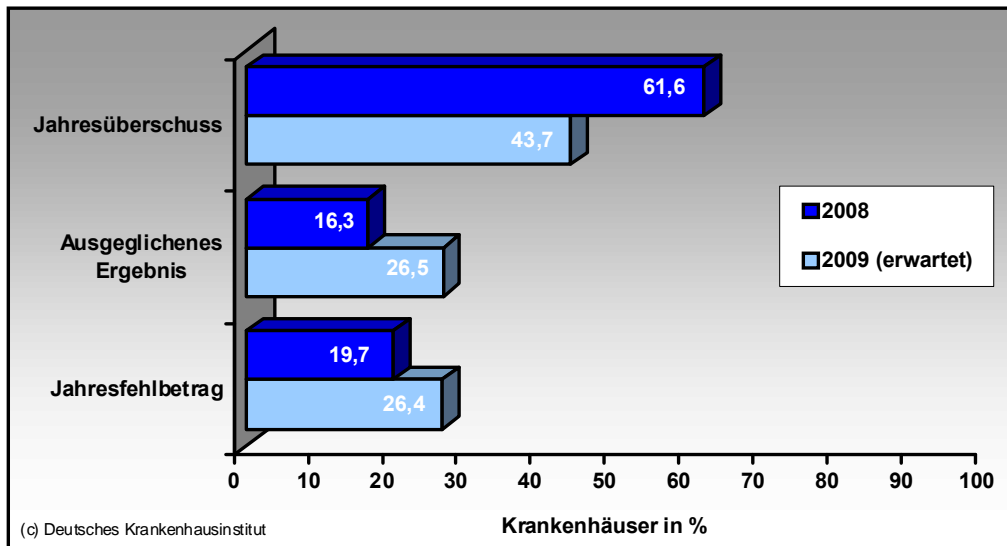


Abb. 55: Jahresergebnisse 2008/2009 (erwartet)

Trotz einer leichten Erhöhung des Anteils der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss im Jahr 2008 gegenüber dem Vorjahr ist die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser weiterhin unverändert kritisch. Für 2009 erwarten lediglich rund 44% der Krankenhäuser für diesen Zeitraum einen Jahresüberschuss. Wie auch weiter unten dargestellt, schätzt sogar nur gut ein Viertel der Einrichtungen die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser als gut ein.

Zwar erzielten im Jahr 2008 fast 62 % der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Jahresüberschuss. Jedoch erwartet weniger als die Hälfte der Krankenhäuser (43,7%), dies für das Jahr 2009 erneut zu erreichen. Der Anteil der Krankenhäuser, die Verluste schreiben, wird sich prognostisch von knapp 20% in 2008 auf über 26% in 2009 erhöhen.

Bei insgesamt eher geringen Unterschieden der Ergebnisse nach Bettengrößenklassen (Abb. 56) wiesen die Häuser mittlerer Größe am häufigsten einen Jahresüberschuss (67,8%) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (9,9%). Über alle Bettengrößenklassen hinweg wird für das Jahr 2009 eine spürbare Verschlechterung der Jahresergebnisse erwartet.

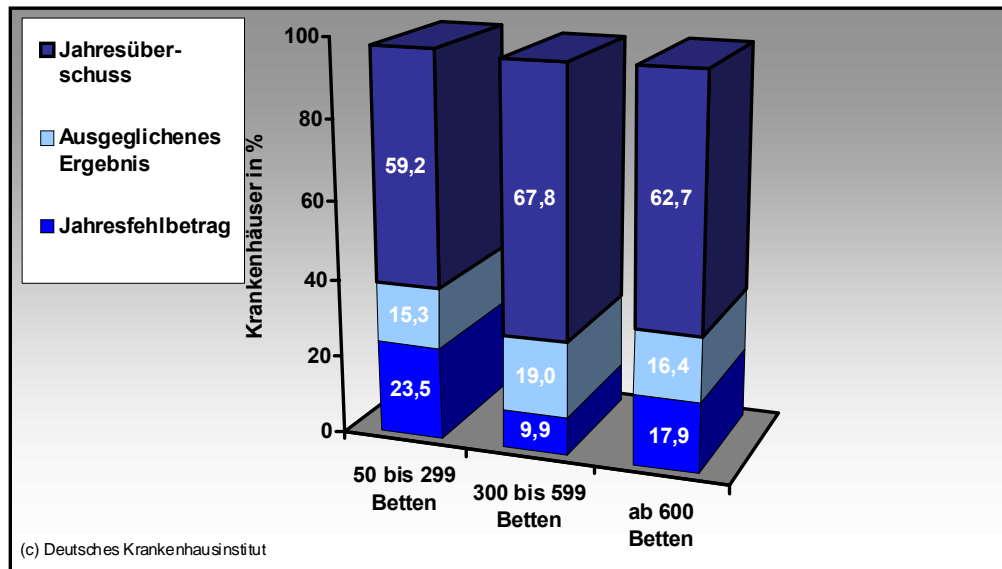


Abb. 56: Jahresergebnis 2008 nach Bettengrößenklassen¹

9.4 Entwicklung der Jahresergebnisse 2007/2008

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung ihrer Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2007 und 2008 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2008 im Vergleich zu 2007 in rund einem Drittel der Krankenhäuser gestiegen, und bei fast 40% rückläufig (Abb. 57). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis nahezu konstant geblieben, während der Anteil der Häuser mit rückläufigem Jahresergebnis leicht zugenommen hat. Zum zweiten Mal in Folge ist der Anteil der Krankenhäuser mit verschlechtertem Jahresergebnis größer als der Anteil der Häuser mit verbessertem Ergebnis.

¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

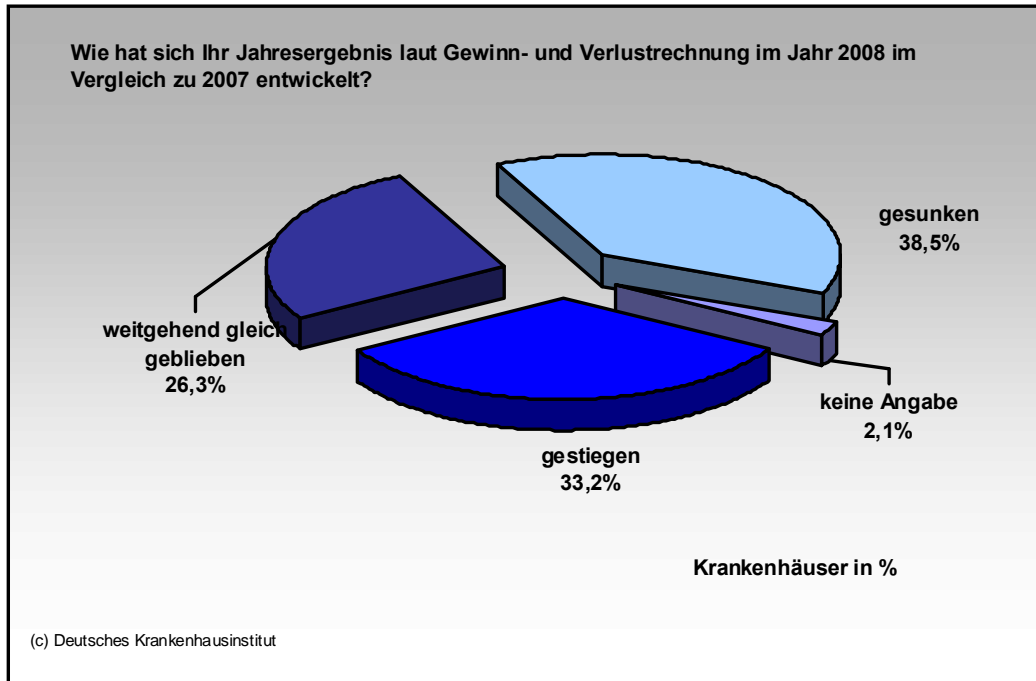


Abb. 57: Entwicklung des Jahresergebnisses in 2008 im Vergleich zu 2007

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert signifikant in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während in rund 44% der kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten das Jahresergebnis gesunken ist, waren es in den übrigen Bettengrößerklassen jeweils weniger als 30%.

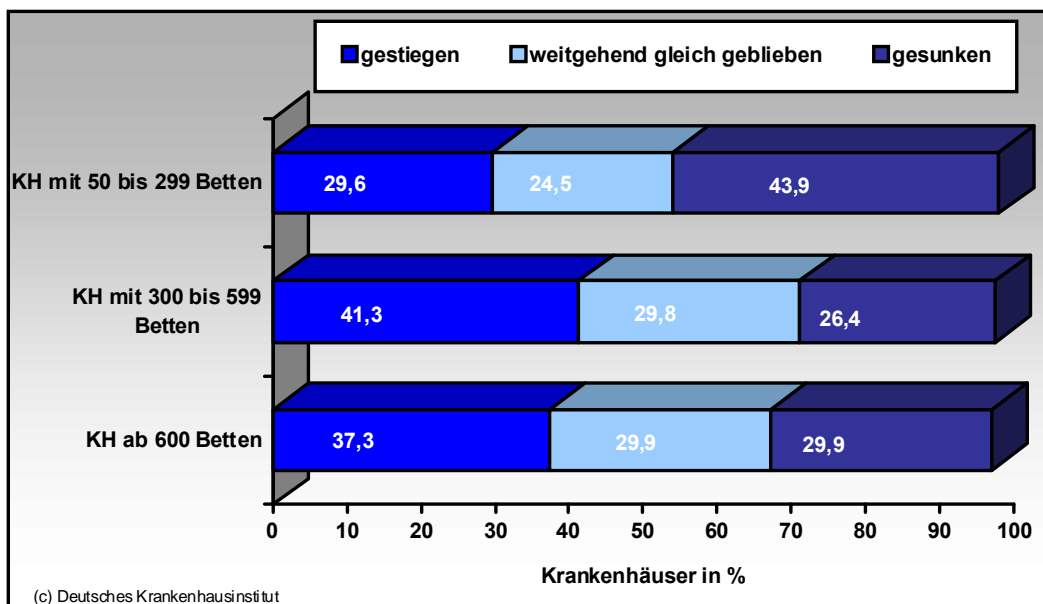


Abb. 58: Entwicklung der Jahresergebnisse in 2008 im Vergleich zu 2007 nach Bettengrößenklassen

9.5 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre derzeitige wirtschaftliche Situation beurteilen. 26% der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein, während gut 29% sie als eher unbefriedigend beurteilen und knapp 43% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit kaum verändert.

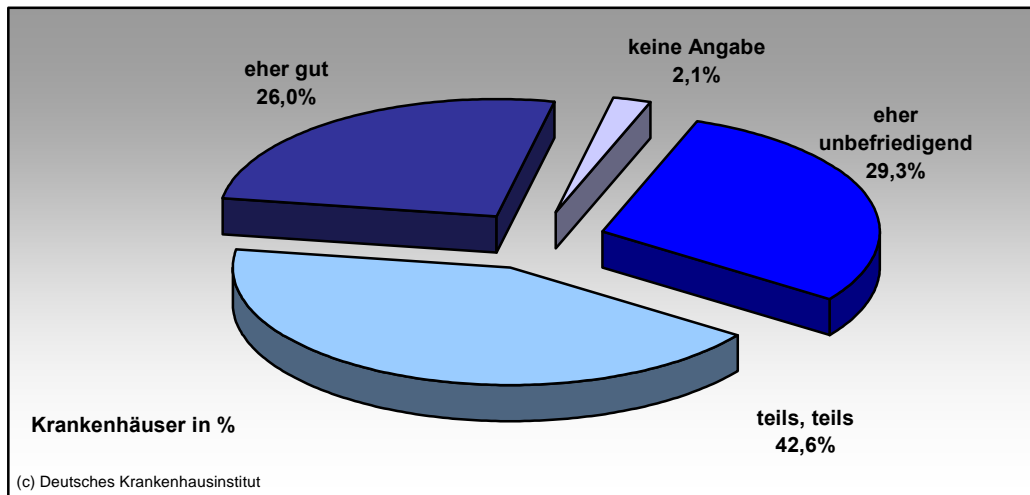


Abb. 59: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2009

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in der mittleren Bettengrößenklasse (300-599 Betten) am besten aus (Abb. 60). Kritischer sehen dagegen die kleinen und großen Häuser ihre derzeitige Lage.

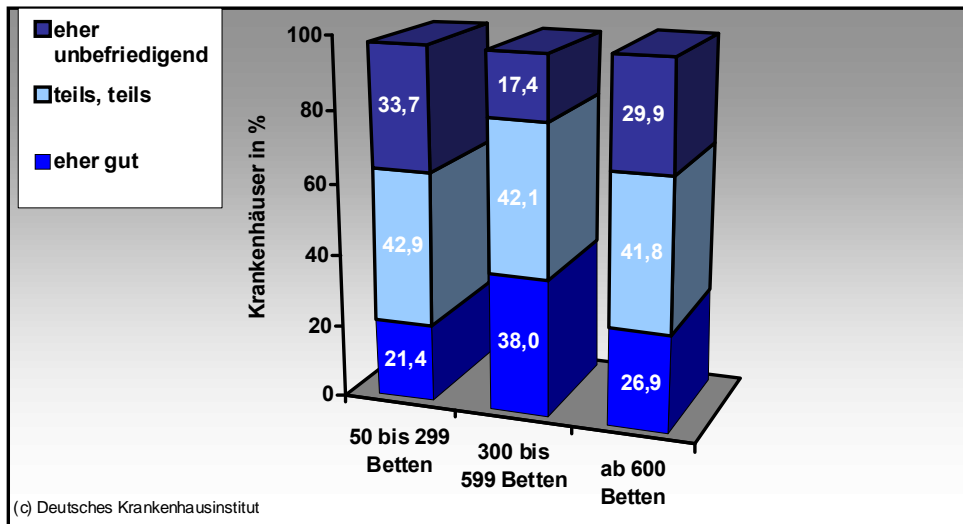


Abb. 60: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2009 nach Bettengrößenklassen¹

Unterschiedlich ist nach wie vor die Beurteilung der Häuser in den alten und neuen Bundesländern: Einerseits schätzen 15,5% der Häuser in den neuen Bundesländern die wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein, während 31,6% der westdeutschen Häuser zu dieser Einschätzung gelangen. Andererseits ist der Anteil der ostdeutschen Häuser mit positiver Lageeinschätzung (35,0%) merklich höher als im Westen (24,0%).

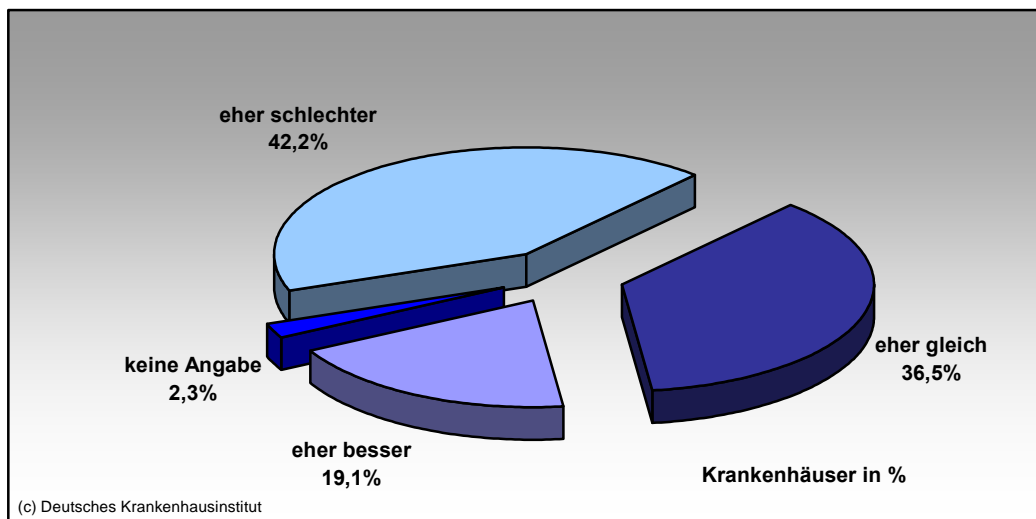


Abb. 61: Erwartungen für das Jahr 2010

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus sollten sich die Krankenhäuser auch zu den Erwartungen für das kommende Jahr äußern (Abb. 62): Demnach erwarten 42% für das Jahr 2010 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Nur noch 19% der Einrichtungen gehen von einer Verbesserung aus und 36,5% erwarten keine nennenswerten Veränderungen im Vergleich zu 2009.

¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Nach Bettengrößenklassen fallen die Erwartungen in den kleinen und großen Krankenhäusern kritischer aus als in Häusern der mittleren Bettengrößenklasse. Im Ost-West-Vergleich erwarten eher die ostdeutschen Krankenhäuser (48,5%) eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation als die westdeutschen Häuser (41,2%). Dementsprechend fällt der Anteil der Häuser mit positiven Erwartungen im Westen (20,4%) merklich höher aus als im Osten (10,7%).

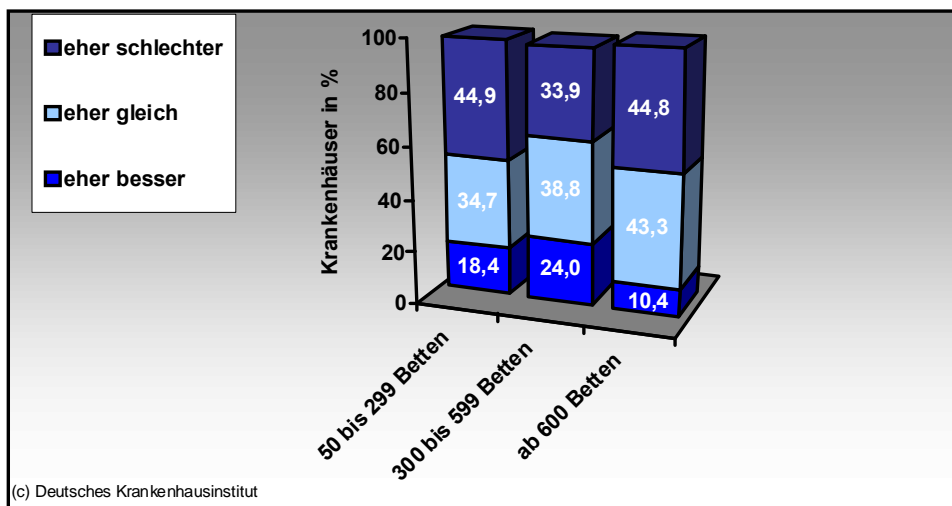


Abb. 62: Erwartungen für das Jahr 2010 nach Bettengrößenklassen¹

Die Erwartungen für das kommende Jahr müssen jedoch auch im Zusammenhang mit der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation für dieses Jahr gesehen werden. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Merkmale kreuztabelliert. Aus Tab. 2 ist erkennbar, dass knapp die Hälfte der Krankenhäuser mit einer ohnehin schon unbefriedigenden Situation eine Verschlechterung erwartet, während dies in Häusern mit einer guten wirtschaftlichen Situation eher unterproportional der Fall ist. Demzufolge würden sich im kommenden Jahr die Disparitäten in der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser weiter verschärfen.

Tab. 2: Vergleich – Wirtschaftliche Situation 2009 und Erwartungen für das Jahr 2010

		2009			
		Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation			
2010	Erwartungen für das nächste Jahr	eher schlechter	eher unbefriedigend	teils, teils	eher gut
		eher schlechter	47,6%	47,9%	30,7%
		eher gleich	28,6%	38,0%	45,3%
		eher besser	23,8%	14,0%	24,0%
Gesamt		100,0%	100,0%	100,0%	

¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

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.

Zudem wurden Krankenhäuser unter 50 Betten nicht in die Erhebung miteinbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Bei der Stichprobenbildung ist berücksichtigt worden, dass für unterschiedliche Bettengrößenklassen jeweils repräsentative Aussagen getroffen werden können. Hinsichtlich der Bettengrößenklassen wurden drei Abstufungen vorgenommen, so dass sich für die Stichprobenbildung drei Krankenhausgruppen ergaben.

Die Größe der jeweiligen Teilstichprobe in den Bettengrößenklassen von 50 bis 299 Betten und von 300 bis 599 Betten wurde unter Beachtung der Gesamtzahl in der Grundgesamtheit sowie der erfahrungsgemäßen Ausschöpfungsquoten ermittelt. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde auf Grund der geringen Besetzung eine Vollerhebung durchgeführt.

Die Bruttostichprobe lag insgesamt bei 840 Krankenhäusern (vgl. Tab. A1).

Bettengrößenklassen	KH gesamt
50 bis 299 Betten	400
300 bis 599 Betten	305
ab 600 Betten	135
insgesamt	840

Tab. A1: Bruttostichprobe der Krankenhauserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle etwa durch Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Rehabilitations-Einrichtungen) lag bei 835 Krankenhäusern. Die Umfrage wurde von April bis Juli 2009 durchgeführt. Nach einer Nachfassaktion wurde eine Teilnahme von 286 Krankenhäusern oder 34,3% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. A2).

Krankenhäuser	KH gesamt
Bruttostichprobe	840
bereinigte Bruttostichprobe	835
Teilnehmer	286
Rücklauf in %	34,3

Tab. A2: Ausschöpfungsquote

Da die Auswahlsätze und die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Bettengrößenklasse variierten, musste eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt werden, um ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit wiedergeben zu können.