

Krankenhaus Barometer

Erhebung 2004

**Krankenhaus
Barometer**

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Patricia Schilz

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

November 2004

Inhaltsverzeichnis

<i>Krankenhaus Barometer</i>	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	4
1 Einleitung	8
2 Erlös- und Leistungsdaten des Jahres 2003	8
2.1 Erlösarten	8
2.2 Fachabteilungsbezogene Casemix-Indizes	9
3 Budget-/Entgeltverhandlungen und Leistungsabrechnung im Jahr 2004	11
3.1 Abschluss der Verhandlungen	11
3.2 Probleme bei den Verhandlungen	13
3.3 Verhandlungen zu sonstigen Entgelten gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG	15
3.4 Verhandlungen zu besonderen Einrichtungen	16
3.5 Abrechnungsprobleme nicht-optierender Krankenhäuser	17
4 Einschätzungen zum Fallpauschalen-System	20
4.1 Leistungsbezogenheit der Vergütung	20
4.2 Regelungen der KFPV 2004	23
4.3 Entwicklung belegungsrelevanter Daten	26
5 Personalbereich	28
5.1 Arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen	28
5.2 Verringerung des Personalbestands	30
5.3 Hauptamtlicher Ärztlicher Direktor	31
6 Integrierte Versorgung	32
6.1 Teilnahme an der Integrierten Versorgung	32
6.2 Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung	33
6.3 Gegenstand der Integrierten Versorgung	33
6.4 Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung	34

6.5	Beteiligte Leistungserbringer	36
6.6	Vergütung der Integrierten Versorgung	37
6.7	Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung	38
7	Neue Versorgungsformen	39
7.1	Disease-Management-Programme (DMP)	39
7.2	Ambulante Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen	41
7.3	Ambulante Behandlung bei Unterversorgung	42
7.4	Medizinische Versorgungszentren	43
8	Ambulantes Operieren	43
8.1	Krankenhäuser mit ambulanten Operationen	43
8.2	Fallzahlen bei ambulanten Operationen	44
8.3	Ambulante Operationen nach Fachabteilungen	45
8.4	Entwicklung des ambulanten Operierens in 2004	46
8.5	Auswirkungen des ambulanten Operierens in 2004	48
8.6	Beanstandungen durch die Kostenträger	48
8.7	Gründe für die Nicht-Teilnahme am ambulanten Operieren	49
9	Änderung des Leistungsspektrums	50
9.1	Häufigkeit von Leistungsveränderungen	50
9.2	Art der Leistungsveränderungen	51
9.3	Gründe für ein (nicht) verändertes Leistungsspektrum	53
10	Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser	54
10.1	Jahresergebnis 2002 bis 2004	54
10.2	Entwicklung des Jahresergebnisses 2002 bis 2003	57
10.3	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	58
	Anhang	63

Zusammenfassung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des Krankenhaus Barometer vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland, die in der Zeit von Mai bis Juli 2004 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 391 Krankenhäuser. Die Rücklaufquote liegt bei 39,5%.

Budget-/Entgeltverhandlungen und Leistungsabrechnung im Jahr 2004

Der Grundsatz der Prospektivität der Budget- und Entgeltvereinbarung konnte auch für das Jahr 2004 überwiegend nicht eingehalten werden. Lediglich 39,4% der Krankenhäuser verfügten zur Jahresmitte 2004 über eine abgeschlossene Budget- und Entgeltvereinbarung. Bei rund 21% der Krankenhäuser liefen zur Zeit der Befragung noch die Gespräche mit den Kostenträgern. 39,2% hatten weder eine Budget- und Entgeltvereinbarung abgeschlossen, noch hatten die Verhandlungen hierzu begonnen. Dabei machte es kaum Unterschiede, ob das Krankenhaus im Jahr 2003 am Optionsmodell teilgenommen hatte oder nicht.

Insgesamt gab jeweils knapp ein Drittel der Krankenhäuser mit Verhandlungen zur Budget- und Entgeltvereinbarung an, dass bei den Verhandlungen Probleme zum Substitutionspotenzial ambulanter Leistungen und zu den Ausnahmetatbeständen nach § 6 Bundespflegesatzverordnung aufgetreten seien. Bei rund 16% der Krankenhäuser sind bei der Vereinbarung der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz Schwierigkeiten aufgetreten.

Lediglich 4% der Krankenhäuser machte die Ausnahmeregelung zu den besonderen Einrichtungen gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG in den Verhandlungen geltend. Bei rund 29% dieser Häuser kam eine Vereinbarung über besondere Einrichtungen auf Grund der ablehnenden Haltung der Kostenträger nicht zustande.

Einschätzungen zum Fallpauschalen-System

57,4% der Krankenhäuser erachten ihren krankenhausesindividuellen Basisfallwert als nicht angemessen. Rund drei Viertel dieser Krankenhäuser hielten den Basisfallwert auf Grund eines zu geringen Ausgangsbudgets für zu niedrig. Über ein Drittel war der Ansicht, dass der Casemix-Index die Leistungsstruktur nicht korrekt abbilden würde.

Bezogen auf die Abrechnungsbestimmungen des DRG-Systems (KFPV 2004) halten 63% der Krankenhäuser die Zusammenführung von Krankenhausaufenthalten für problematisch. Bei über der Hälfte der Krankenhäuser führten insbesondere die Regelungen zur Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus zu Schwierigkeiten bei der Abrechnung.

Über die Hälfte der Krankenhäuser (52,8%) prognostiziert für das Jahr 2004 einen Rückgang der Fallzahlen und über drei Viertel (77,4%) rechnen mit einer sinkenden Anzahl erbrachter Pflegetage. Die Mehrzahl der Krankenhäuser (70,9%) erwartet eine Reduzierung der Auslastung.

Personalbereich

Für die Jahre 2003 bis 2009 können die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen jeweils einen zusätzlichen Betrag von bis zu 0,2% des gesamten Betra-

ges (Budget) zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren. In den Entgeltverhandlungen für 2004 haben bislang gut 75% der Krankenhäuser diesen zusätzlichen Betrag geltend gemacht bzw. planen eine entsprechende Forderung. Von den Häusern mit Entgeltverhandlungen hat gut die Hälfte eine diesbezügliche Vereinbarung bereits abgeschlossen.

Gleichwohl waren bei einer Vielzahl von Krankenhäusern Maßnahmen im Personalbereich erforderlich, um eine Budgetunterdeckung zu vermeiden bzw. zu reduzieren. In gut der Hälfte der Einrichtungen hat sich durch entsprechende Maßnahmen, wie z.B. Personalabbau oder eine zeitweise Nichtbesetzung offener Stellen, der Personalbestand seit Anfang 2004 reduziert. Hochgerechnet wurden in den Häusern mit verringertem Personalbestand im ersten Halbjahr 2004 etwa 8.100 Vollkraftstellen abgebaut.

Integrierte Versorgung

Etwa zur Jahresmitte 2004 nahmen in Deutschland 7,3% der Krankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil. Zum Erhebungszeitpunkt entsprach dies bundesweit rund 130 Einrichtungen. Weitere 47% beabsichtigen eine Teilnahme.

Die geplante Laufzeit der abgeschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung liegt im Durchschnitt bei 2,5 Jahren. Nach dem Gegenstand der Integrierten Versorgung dominiert bislang die sog. sektorenübergreifende Versorgung (z.B. zwischen Krankenhaus und Vertragsärzten oder Rehakliniken).

Nach Leistungsbereichen macht die endoprothetische Versorgung bislang eindeutig den Schwerpunkt der Integrierten Versorgung aus. In gut 70% der Häuser mit abgeschlossenen Verträgen ist dieser Leistungsbereich erfasst.

Primäre Kooperationspartner der Häuser, die einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben, sind bislang vor allem Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (78,8%) und niedergelassene Ärzte (43%).

Unter den Vergütungsformen für die Integrierte Versorgung dominiert eindeutig die Pauschalvergütung je Fall. In gut drei Vierteln der Häuser wird diese Variante praktiziert.

Im Mittel (Median) hatten die Verträge zur Integrierten Versorgung ein Vergütungsvolumen von 300.000 Euro. Bei jeweils rund einem Viertel der Verträge liegt das jährliche Vergütungsvolumen bei 75.000 Euro oder weniger bzw. bei einer Million Euro oder mehr.

Bislang hat nur knapp ein Viertel der Krankenhäuser Rechnungskürzungen hinnehmen müssen. In 43,2% dieser Häuser wurde der maximale Kürzungssatz von 1% durch zumindest eine Krankenkasse erreicht.

Neue Versorgungsformen

58% der beteiligten Krankenhäuser erklärten, dass sich ihr Leistungsspektrum für eine Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) eigne. Bislang ist allerdings nur eine Minderheit der Krankenhäuser vertraglich in DMP eingebunden. Beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind es 9,9% der Krankenhäuser, beim DMP Brustkrebs 13,1% und beim DMP Koronare Herzkrankheiten weniger als 1%.

Momentan glauben 21,4% der Krankenhäuser, dass sich ihr Leistungsspektrum für die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß § 116 b

SGB V anbietet. Derzeit nimmt aber noch kein Stichprobenkrankenhaus an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen teil.

Gemäß § 116 a SGB V kann der Zulassungsausschuss Krankenhäuser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bei vorliegender Unterversorgung ermächtigen. Bundesweit gaben 12,8% der Krankenhäuser an, an der entsprechenden Behandlung bei Unterversorgung teilzunehmen.¹

Im ersten Halbjahr 2004 hat bundesweit weniger als 1% der Krankenhäuser ein Medizinisches Versorgungszentrum gemäß § 95 SGB V gegründet oder sich daran beteiligt. Rund 40% planen jedoch künftig eine Gründung oder Beteiligung.

Ambulantes Operieren

Im Jahr 2003 wurden in 69,1% der Krankenhäuser ambulante Operationen als Institutsleistung durchgeführt. Die Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V haben im Durchschnitt 516 Patienten ambulant operiert. Drei Viertel aller ambulanten Operationen entfallen auf die Fachabteilungen Chirurgie, Gynäkologie und Augenheilkunde.

Vor dem Hintergrund der Neufassung des Vertrages nach § 115 b SGB V ist für 2004 mit einer merklichen Zunahme des ambulanten Operierens im Krankenhaus zu rechnen. 81,4% der Krankenhäuser haben in diesem Jahr ambulante Operationen als Institutsleistung erbracht bzw. beabsichtigen eine entsprechende Leistungserbringung mit zudem deutlichen Fallzahlsteigerungen im Vergleich zum Vorjahr.

Die Mehrheit der Krankenhäuser erwartet für 2004 eher negative Auswirkungen des ambulanten Operierens auf die stationären Fallzahlen und die Erlöse.

Im Jahr 2004 sind in fast 70% der Krankenhäuser verstärkt Probleme mit den Kostenträgern aufgetreten, falls ambulant durchführbare Operationen stationär erbracht wurden.

Die am häufigsten angeführten Gründe für die Nicht-Teilnahme am ambulanten Operieren bildeten die fehlende Eignung des stationären Leistungsspektrums für ambulante Operationen und die Erbringung ambulanter Operationen durch Belegärzte.

Änderungen des Leistungsspektrums

Seit Anfang 2003 hat in gut der Hälfte der Krankenhäuser das stationäre oder ambulante Leistungsspektrum Veränderungen erfahren, sei es inhaltlich oder quantitativ.

Die häufigsten Änderungen im stationären Bereich waren eine neue Schwerpunktbildung innerhalb von Fachabteilungen sowie die Ausweitung des stationären Leistungsangebots.

Darüber hinaus planen zahlreiche Krankenhäuser, in Zukunft verstärkt ambulant tätig zu werden. Gut ein Drittel der Häuser will das ambulante Leistungsangebot ausweiten. Knapp ein Viertel will darüber hinaus neue ambulante Leistungsarten einführen.

¹ Es ist allerdings vorderhand nicht auszuschließen, dass ein Teil der Befragten ihre Antworten irrtümlicherweise auf bereits vorhandene persönliche Ermächtigungen von Krankenhausärzten bezogen hat.

Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

In den Jahren 2002 und 2003 war der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss bzw. einem Jahresfehlbetrag mit jeweils rund 40% noch etwa gleich. Für 2004 rechnet indes über die Hälfte der Krankenhäuser (53,6%) mit einem Fehlbetrag in der Gewinn- und Verlustrechnung. Nur noch 15,2% erwarten einen Jahresüberschuss und weitere 25,1% ein ausgeglichenes Ergebnis.

Über den gesamten Zeitraum von 2002 bis 2004 machen 27,5% der Häuser in jedem Jahr Verluste. 28,0% machen in keinem Jahr Verluste, haben also jeweils ein positives oder zumindest ausgeglichenes Ergebnis. Nur 11,6% der Häuser erzielen demgegenüber in jedem Jahr einen Überschuss.

Im Vergleich zu 2002 ist im Jahr 2003 das Jahresergebnis in fast der Hälfte der Krankenhäuser (49,1%) gesunken. Bei 27,1% ist es gestiegen, bei 21,2% weitgehend gleich geblieben.

Knapp die Hälfte der Krankenhäuser (49,0%) schätzt ihre derzeitige wirtschaftliche Situation eher unbefriedigend ein. Nur 11,3% bewerten sie als gut, während 37,9% in dieser Hinsicht unentschieden sind.

Bei den Erwartungen für 2005 gelangt gut die Hälfte der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu diesem Jahr schlechter sein wird. 30,1% erwarten in dieser Hinsicht keine und lediglich 16,0% sogar positive Veränderungen.

1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut präsentiert mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse seines *Krankenhaus Barometers*, einer jährlich durchgeführten repräsentativen Krankenhauserhebung. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von Mai bis Juli 2004 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 391 Krankenhäuser (Rücklaufquote: 39,5%); eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält der Anhang.

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

Schwerpunkte des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* bilden zum einen die Umsetzung des DRG-Systems vor Beginn der sog. Konvergenzphase. Zum anderen werden verschiedene - teilweise neue - Versorgungsformen an der Schnittstelle von Krankenhaus und vor- bzw. nachgelagerten Leistungssektoren abgehandelt.

Trotz teilweise weitreichender Anstrengungen bei der Einführung des DRG-Systems, der (Weiter)Entwicklung ambulanter oder integrierter Versorgungsformen sowie geplanter Änderungen des stationären und ambulanten Leistungsspektrums schätzen - so ein wesentliches Ergebnis der Erhebung - viele Krankenhäuser ihre aktuelle wie künftige wirtschaftliche Situation eher kritisch ein.

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 Erlös- und Leistungsdaten des Jahres 2003

2.1 Erlösarten

Die Krankenhäuser gaben auf der Basis der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahres 2003 die Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen, Wahlleistungen und ambulanten Leistungen sowie die Nutzungsentgelte der Ärzte an.

In der nachfolgenden Analyse wurden nur die 327 Krankenhäuser berücksichtigt, die zu allen Erlösarten Angaben gemacht haben. Die Daten wurden auf die Grundgesamtheit von 1.774 Krankenhäusern hochgerechnet.

Die Krankenhäuser in Deutschland haben im Jahr 2003 Gesamterlöse in Höhe von insgesamt rund 48,6 Mrd. Euro erzielt. Davon entfielen auf die Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen ca. 44,9 Mrd. Euro (92,4%), auf die Erlöse aus Wahlleistungen 0,8 Mrd. Euro (1,5%), auf die Erlöse aus ambulanten Leistungen 1,4 Mrd. Euro (2,8%) und auf die Nutzungsentgelte von Ärzten rund 1,6 Mrd. Euro (3,3%).

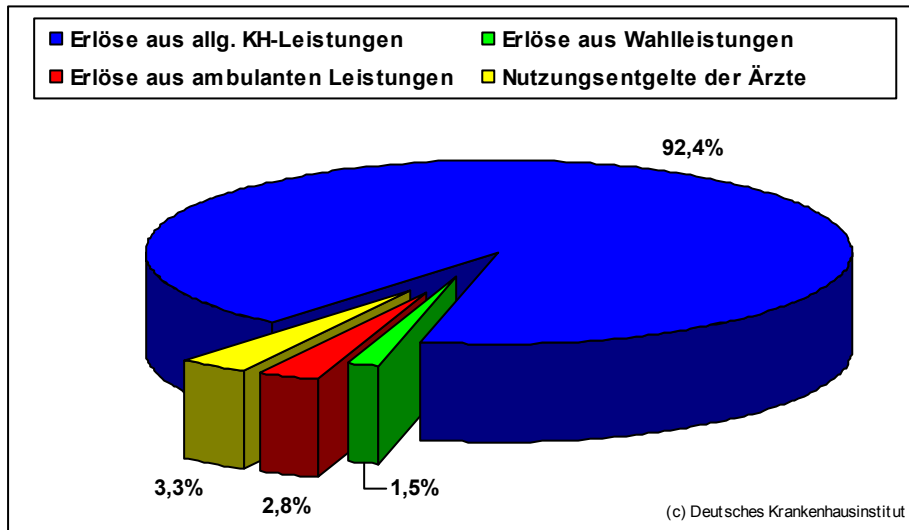


Abb. 1: Erlösarten des Krankenhauses 2003 in %

Die relative Höhe der Erlöse aus ambulanten Leistungen sowie den Nutzungsentgelten der Ärzte nimmt dabei mit steigender Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zu, wobei die Daten für die Krankenhäuser unter 100 Betten wegen zahlreicher fehlender Angaben mit Vorbehalt zu interpretieren sind.

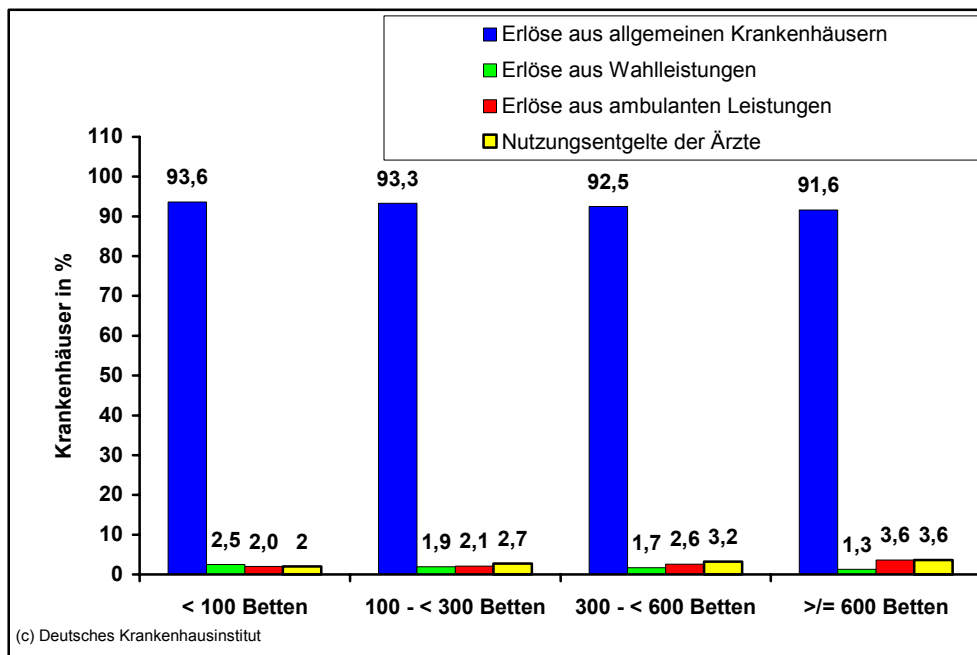


Abb. 2: Erlösarten des Krankenhauses 2003 nach Bettengrößenklassen

2.2 Fachabteilungsbezogene Casemix-Indizes

Unabhängig davon, ob die Krankenhäuser im Jahr 2003 am Optionsmodell teilgenommen haben, wurden fachabteilungsbezogene Daten wie die Fallzahl und die Summe der Bewertungsrelationen für das Jahr 2003 erfasst. Das Grouping der Leistungsdaten erfolgte nach den Regelungen des Jahres 2003. Bei internen

Verlegungen wurden nur die Daten der entlassenden Fachabteilung berücksichtigt.

Um einen durchschnittlichen Casemix-Index zu ermitteln, wurde die Summe der Fallzahlen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen erhoben. Berücksichtigt wurden hierbei nur Häuser, die beide Angaben machen konnten. Anschließend wurde die Summe der Bewertungsrelationen durch die Summe der Fallzahlen dividiert.

Bei dieser Rechnung ergibt sich für die 307 Krankenhäuser in der Stichprobe ein durchschnittlicher Casemix-Index von 1,0289 für das Jahr 2003, wobei beachtet werden muss, dass hier Fälle und Bewertungsrelationen aus Haupt- wie Belegabteilungen eingeflossen sind.

Nach Bettengrößenklassen differenziert weisen die Krankenhäuser über 600 Betten den höchsten Casemix-Index von 1,0646 auf, gefolgt von den Krankenhäusern mit 300 bis 600 Betten von 1,0019. Die Krankenhäuser mit 100 bis 300 Betten haben einen Casemix-Index von 0,9799.²

Um den fachabteilungsspezifischen Casemix-Index zu errechnen, wurde den o.g. Rechnungsschritten auf Fachabteilungsebene gefolgt. Dabei wurde zwischen Haupt- und Belegabteilungen differenziert.

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

Bei den Hauptabteilungen weist die Gynäkologie und Geburtshilfe den durchschnittlich niedrigsten Casemix-Index in Höhe von 0,6884 auf. Die intensivmedizinischen Hauptabteilungen haben hingegen den höchsten mittleren Casemix-Index von 2,2260, wobei hier keine Unterscheidung zwischen einer konservativen und einer chirurgischen Intensivabteilung vorgenommen wurde.

Der durchschnittliche Casemix-Index wird bei einigen Fachabteilungen durch die unterschiedliche Größe der Krankenhäuser beeinflusst. So variiert der Casemix-Index in der Allgemeinchirurgie zwischen 0,9687 bei den Krankenhäusern unter 100 Betten und 1,4510 bei den Krankenhäusern ab 600 Betten. Weniger groß ist die Spannweite in der Inneren Medizin. Hier verfügen die Krankenhäuser bis unter 100 Betten über einen durchschnittlichen Casemix-Index von 0,9027, während die großen Krankenhäuser ab 600 Betten einen Casemix-Index von 0,9738 aufweisen.

² Der Casemix-Index für Krankenhäuser unter 100 Betten ist auf Grund der spezifischen Struktur der Krankenhäuser mit Angaben nicht aussagefähig und wird deshalb nicht ausgewiesen.

Fachabteilung	Anzahl Abteilungen	Casemix-Index
Innere Medizin	239	0,9581
Geriatric	32	1,6122
Kardiologie	74	1,1153
Hämatologie	44	1,0739
Gastroenterologie	74	0,8887
Pädiatrie	117	0,8302
Allgemeine Chirurgie	250	1,2650
Unfallchirurgie	107	1,2858
Neurochirurgie	47	1,8014
Gefäßchirurgie	42	1,6383
Urologie	94	0,9505
Orthopädie	82	1,5994
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	188	0,6919
HNO - Hauptabteilung	65	0,7563
HNO - Belegabteilung	109	0,5260
Augenheilkunde – Hauptabteilung	42	0,6925
Augenheilkunde – Belegabteilung	49	0,5017
Strahlenheilkunde	61	0,9909
Intensivmedizin	110	2,2260

Tab. 1: Casemix-Indizes nach Fachabteilungen

3 Budget-/Entgeltverhandlungen und Leistungsabrechnung im Jahr 2004

3.1 Abschluss der Verhandlungen

Der Grundsatz der Prospektivität der Budget- und Entgeltvereinbarungen konnte auch für das Jahr 2004 überwiegend nicht eingehalten werden. Lediglich 39,4% der Krankenhäuser verfügten zum Zeitpunkt der Befragung über eine abgeschlossene Budget- und Entgeltvereinbarung (26% mit Genehmigung, 13% ohne Genehmigung). Bei rund 21% der Krankenhäuser liefen zur Zeit der Befragung noch die Gespräche mit den Kostenträgern; 39,2% hatten zum Zeitpunkt der Befragung weder eine Budget- und Entgeltvereinbarung abgeschlossen, noch hatten die Verhandlungen hierzu begonnen. 60,5% dieser Krankenhäuser gaben jedoch an, dass ein Termin für den Beginn bereits feststeht. Über die Hälfte dieser Krankenhäuser rechneten im Monat Juli mit einem Beginn der Verhandlungen.

Bei der Betrachtung des Standes der Budget- und Entgeltvereinbarungen differenziert nach optierenden und nicht-optierenden Krankenhäusern bestehen keine wesentlichen Unterschiede. Knapp 40% der optierenden wie nicht-optierenden Krankenhäuser konnten bis zum Zeitpunkt der Befragung die Verhandlungen abschließen. Rund 38% der optierenden Krankenhäuser und 43% der nicht-

optierenden Krankenhäuser hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Verhandlungen geführt.

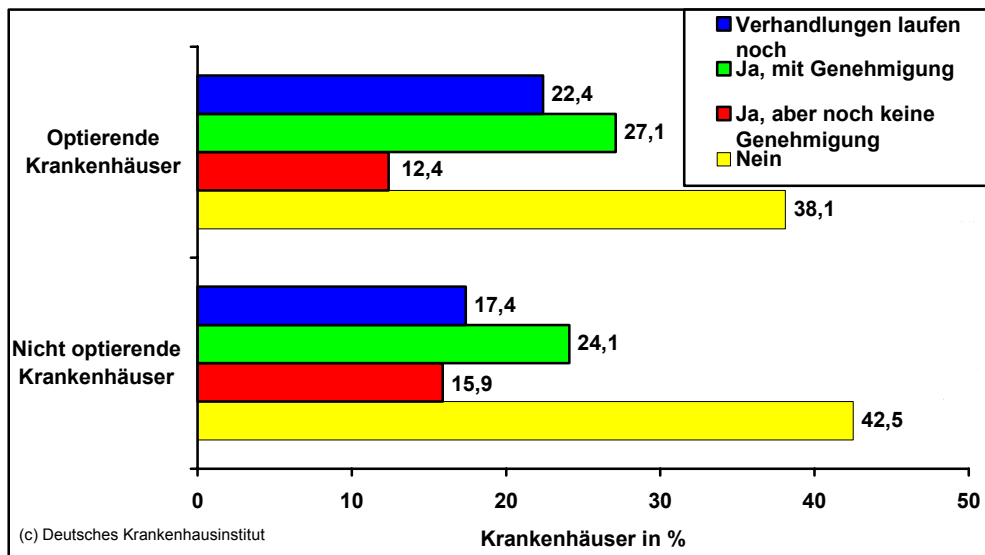


Abb. 3: Abschluss der Budget- und Entgeltvereinbarungen nach optierenden und nicht-optierenden Krankenhäusern

Wesentliche Differenzen ergeben sich hingegen bei separierter Betrachtung des Verhandlungsstandes der ostdeutschen und westdeutschen Krankenhäuser. Konnten zur Zeit der Befragung rund 33% der Krankenhäuser in Westdeutschland die Budget- und Entgeltverhandlungen abschließen (22,3% mit Genehmigung, 11,1% ohne Genehmigung), sind es in Ostdeutschland 72,4% (46,4% mit Genehmigung, 26% ohne Genehmigung).

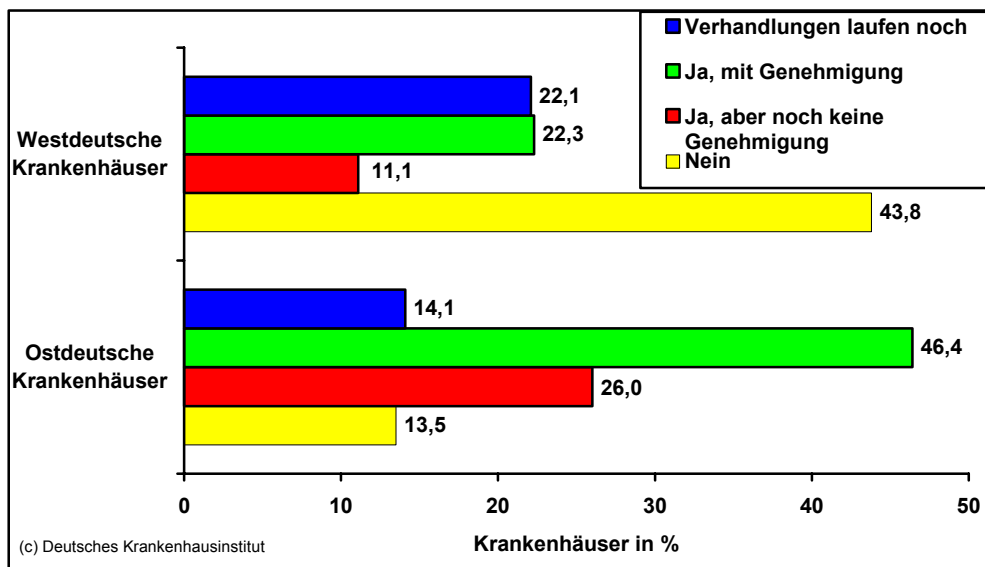


Abb. 4: Abschluss der Budget- und Entgeltvereinbarungen nach ost- und westdeutschen Krankenhäusern³

³ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Bei der Betrachtung des Standes der Budget- und Entgeltverhandlungen, differenziert nach Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen, zeigt sich, dass die Hälfte der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten zur Zeit der Befragung noch keine Verhandlungen geführt hatte. Bei den Krankenhäusern zwischen 100 und 300 Betten sowie Krankenhäusern über 600 Betten waren es hingegen jeweils rund 35% bzw. bei Krankenhäusern mit 300 bis 600 Betten 41,6%.

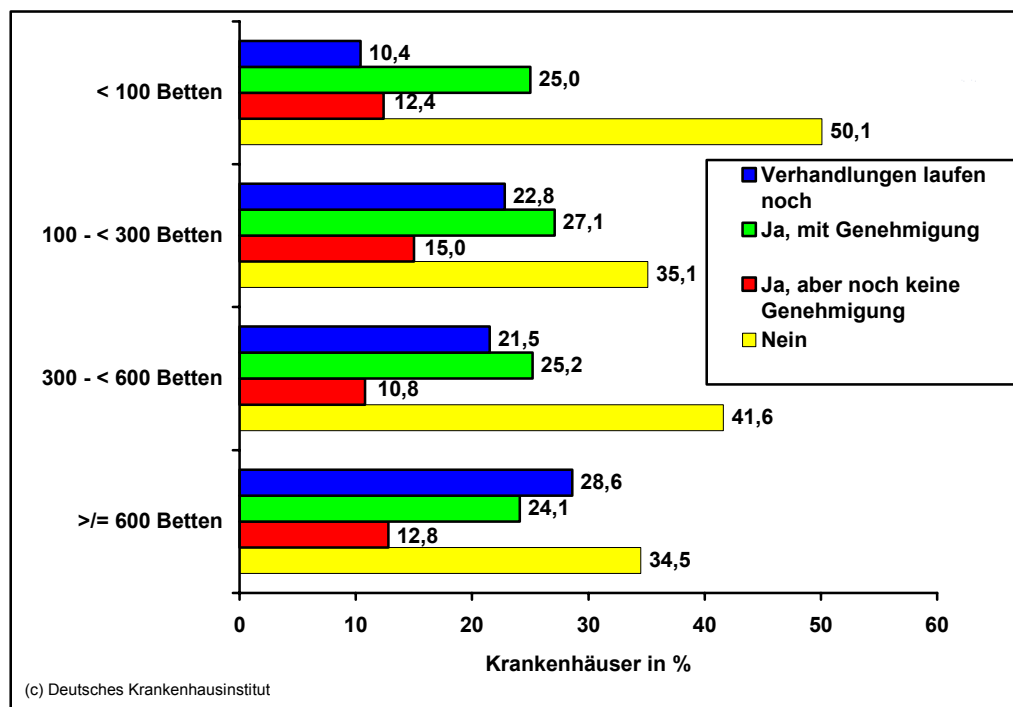


Abb. 5: Abschluss der Budget- und Entgeltvereinbarungen nach Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen⁴

3.2 Probleme bei den Verhandlungen

Die Krankenhäuser, die zum Zeitpunkt der Befragung die Verhandlungen zur Budget- und Entgeltvereinbarung abgeschlossen hatten bzw. die Verhandlungen noch führten, sollten sich zu den aufgetretenen Problemen äußern.

Insgesamt gab jeweils knapp ein Drittel der Krankenhäuser an, dass bei den Verhandlungen Probleme zum Substitutionspotenzial ambulanter Leistungen und zu den Ausnahmetatbeständen nach § 6 BPfIV aufgetreten seien. Ein Viertel der Krankenhäuser beklagte Verzögerungen durch die Krankenkassen und knapp ein Fünftel gab Schwierigkeiten bei der Verhandlung von Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG an. Lediglich rund 3,1% der Krankenhäuser nannten die Abgrenzung der Psychiatrie vom Fallpauschalenbereich als ein Problem in den Verhandlungen.

Krankenhäuser, die im Jahr 2004 erstmals nach den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes verhandelten, beklagten zudem verstärkt eine Verzögerung der Verhandlungen seitens der Krankenkassen. Ebenfalls traten auf Grund der erstmaligen Vereinbarung vermehrt Probleme bei der Abgrenzung der Psychiat-

⁴ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

rie vom Fallpauschalenbereich nach dem Krankenhausentgeltgesetz auf. Bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG gaben nicht optierenden Krankenhäusern ebenfalls öfter Schwierigkeiten an.

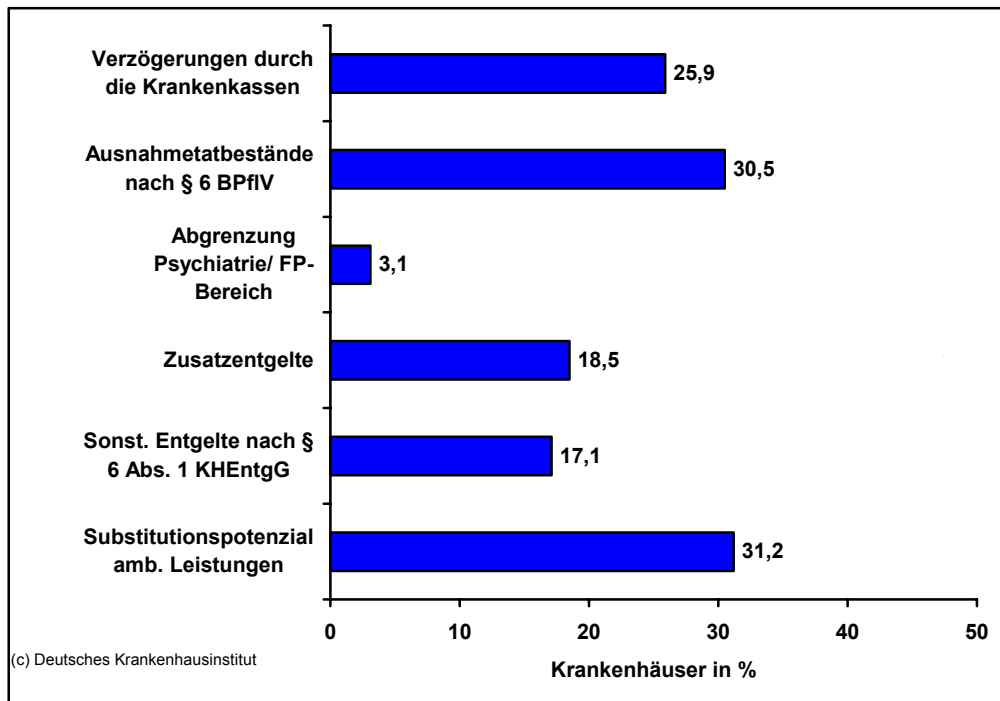


Abb. 6: Probleme bei den Budget- und Entgeltverhandlungen⁵

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

Kleinere Krankenhäuser gaben verstärkt an, dass Probleme bei den Verhandlungen auf Grund der Verzögerungen durch die Krankenkassen entstanden wären. Ebenfalls traten bei den kleineren Krankenhäusern öfter Probleme auf Grund des Substitutionspotenzials ambulanter Leistungen auf. Größere Krankenhäuser sahen sich hingegen vermehrt Schwierigkeiten bei der Verhandlung von Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ausgesetzt.

Rund 40% der Krankenhäuser, die für das Jahr 2004 bereits Verhandlungen geführt bzw. abgeschlossen hatten, führten sonstige Probleme bei den Verhandlungen für das Budget 2004 an:

Die Mehrzahl der von den Krankenhäusern genannten sonstigen Gründe bezogen sich auf die in § 6 BpflV genannten Kriterien zur Einhaltung der Beitragsatzstabilität. Bei der Vereinbarung des Budgets für das Jahr 2004 wurde von den Krankenhäusern hier insbesondere als Problem angesehen, dass die Kostenträger Kürzungen auf Grund von Fallzahlrückgängen und Verweildauerverkürzungen durchsetzen wollten. Zum anderen beklagten die Krankenhäuser, dass die Tatbestände zur Erhöhung des Gesamtbetrages gegenüber den Kostenträgern nicht durchsetzbar waren. Insbesondere wurde angegeben, dass die BAT-Berichtigungsrate, der Ausnahmetatbestand auf Grund der Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur und Fallzahlen sowie die zusätzlichen Beträge

⁵ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen, des Wegfalls der AiP-Phase zum 01.10.2004 und der Veränderungen auf Grund der Umsetzungen des neuen Krankenpflegegesetzes nicht bzw. schwer mit den Krankenkassen verhandelbar waren.

Eine Vielzahl der genannten Probleme bezog sich zudem auf die konkreten Verhandlungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Die Krankenhäuser führten hier schwerpunktmäßig an, dass Kostenträger durch die Veränderungen der Fallzahlen und des Casemix den Basisfallwert in eine von ihnen angestrebte Richtung zu beeinflussen versuchten. Es bestanden zudem vielfach Probleme bei der Berechnung der Mehr- und Mindererlösausgleiche nach § 3 Abs. 6 KHEntgG. Zudem gaben einige Krankenhäuser Probleme bei der Vereinbarung von krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Leistungen und der Herausgabe von den Krankenkassen zusätzlich geforderter Verhandlungsunterlagen an.

3.3 Verhandlungen zu sonstigen Entgelten gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG

Für Leistungen, die im Jahr 2004 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, konnten in den Budget- und Entgeltverhandlungen krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart werden. Diese „sonstigen Entgelte“ nach § 6 KHEntgG können fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte sein. Für das Jahr 2004 wurden diese nicht erfassten Leistungen mit der KFPV 2004 durch das BMGS vorgegeben. Darunter fallen die teilstationären Leistungen, die in Anlage 3 aufgelisteten DRG-Fallpauschalen sowie die in der Anlage 4 aufgeführten Zusatzentgelte.

Zu der Verhandlung dieser krankenhaushausindividuellen Entgelte nach § 6 KHEntgG wurden diejenigen Krankenhäuser, die zur Zeit der Befragung bereits die Vereinbarung abgeschlossen hatten bzw. noch die Verhandlungen dazu führten, noch einmal gesondert befragt. Fast die Hälfte dieser Krankenhäuser (46,4%) hatte keine Probleme bei der Vereinbarung von sonstigen Entgelten nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Knapp ein Drittel (27,3%) der Krankenhäuser gab an, dass keine Vereinbarung für § 6 Abs. 1-Entgelte vorgesehen war. 10% der Krankenhäuser machten keine Angaben. Bei rund 16% der Krankenhäuser sind bei der Vereinbarung der sonstigen Entgelte Schwierigkeiten aufgetreten.

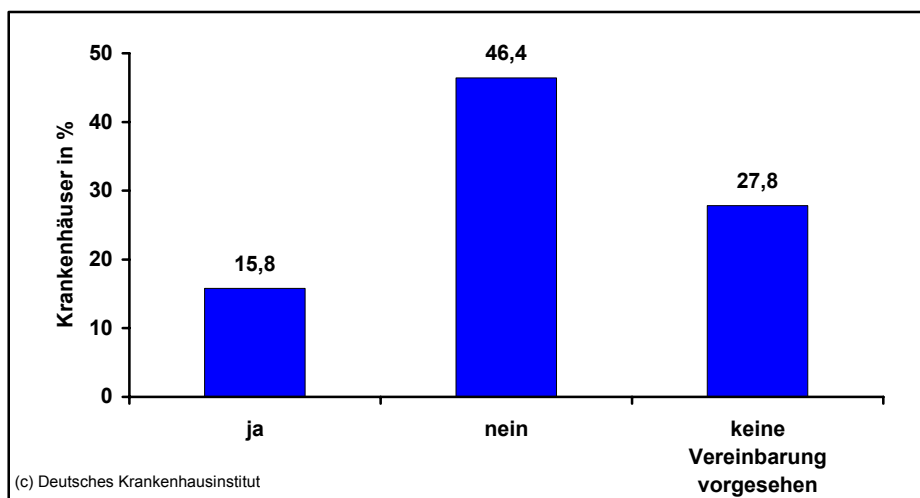


Abb. 7: Probleme bei der Vereinbarung der Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Dabei ist anzumerken, dass mit der Größe des Krankenhauses auch die Probleme bei der Vereinbarung der krankenhausesindividuellen Entgelte zugenommen haben. Gaben nur rund 3% der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten Probleme an, waren dies in den Krankenhäusern größerer Bettenklassen 10,4% (100 bis 300 Betten) bzw. 31,2% (300 bis 600 Betten). Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten traten bei 43,2% der Krankenhäuser Probleme bei den Verhandlungen zu den § 6 Abs.1-Entgelten auf.⁶

Bei rund 41% der Krankenhäuser befanden sich unter diesen sonstigen Entgelten auch teilstationäre Leistungen. Über die Hälfte der Krankenhäuser (55%) vereinbarte keine teilstationären Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG. Die übrigen 4% der Krankenhäuser machten hierzu keine Angaben.

Diejenigen 57 Krankenhäuser in der Stichprobe, die Probleme bei der Vereinbarung der Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG angaben, wurden weiter nach den konkreten Schwierigkeiten befragt.

Bei der Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Zusatzentgelten lehnten die Kostenträger bei 38 Krankenhäusern die Höhe der Erlöse ab. Zudem traten bei 21 Krankenhäusern Probleme bei der Vereinbarung bestimmter Entgelte auf. Die Kostenträger verweigerten bei 20 Krankenhäusern die geforderte Anzahl der Entgelte. 5 Krankenhäuser gaben an, dass die Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Zusatzentgelten gänzlich abgelehnt wurde.

Bei der Vereinbarung von fall- und tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zeigt sich ein ähnliches Bild. Hier wurde bei 33 Krankenhäusern die geforderte Höhe des krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgeltes abgelehnt. Bei jeweils 14 Krankenhäusern wurde die Anzahl der Entgelte beanstandet oder bestimmte Entgelte abgelehnt. Lediglich 2 Krankenhäuser, die ein fall- oder tagesbezogenes Entgelt vereinbaren wollten, standen einer grundsätzlich ablehnenden Haltung der Kostenträger gegenüber.

3.4 Verhandlungen zu besonderen Einrichtungen

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG können besondere Einrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen zeitlich befristet aus dem DRG basierten Vergütungssystem ausgenommen werden.

Die Voraussetzungen wurden am 19. Dezember 2003 im Wege der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als Verordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und traten am 01. Januar 2004 in Kraft.⁷ Als besondere Einrichtungen gelten demnach Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstrukturen mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass

⁶ Nicht berücksichtigt wurden hier die Krankenhäuser, die keine Vereinbarung zu den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abschließen wollten oder die keine Angaben gemacht hatten.

⁷ Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2004-FPVBE 2004) vom 19. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2811).

- mehr als 75% der Fälle mit einer Verweildauer von der unteren bis zur oberen Grenzverweildauer zwischen der mittleren und oberen Grenzverweildauer liegen,
- mehr als 50% aller Fälle oberhalb der oberen Grenzverweildauer liegen,
- die Finanzierung hoher Vorhaltekosten auf Grund niedriger bzw. nicht verlässlich kalkulierbarer Fallzahlen nicht gewährleistet ist oder
- sonstige Besonderheiten im Leistungsspektrum bestehen.

Lediglich 4% der Krankenhäuser gaben an, die Ausnahmeregelung bei den Verhandlungen geltend gemacht zu haben.

Bei der großen Mehrheit der Krankenhäuser (89,8%) fanden diesbezügliche Ausnahmeregelungen hingegen keine Anwendung.

Bei rund 1% der Krankenhäuser hatten die Verhandlungen noch nicht begonnen. 5,3% der Krankenhäuser machten keine Angaben.

Die Forderung zur Anerkennung als besondere Einrichtung wurde von den Krankenhäusern in den Verhandlungen insbesondere mit „sonstigen Besonderheiten im Leistungsspektrum“ (§ 1 Abs. 4 FPVBE 2004) begründet. Zudem führten die Krankenhäuser an, dass die Finanzierung hoher Vorhaltekosten auf Grund niedriger bzw. nicht verlässlich kalkulierbarer Fallzahlen nicht gewährleistet sei oder mehr als 50% aller Fälle oberhalb der oberen Grenzverweildauer liegen (§ 1 Abs. 2 und 3 FPVBE 2004). Der weitere in der Verordnung vorgesehene Ausnahmegrund, dass sich mehr als 75% der Fälle zwischen der mittleren Verweildauer und oberen Grenzverweildauer befinden, wurde relativ selten von den Krankenhäusern angeführt.

Den Forderungen zur Anerkennung als Besondere Einrichtung auf Grund sonstiger Besonderheiten oder der Finanzierung hoher Vorhaltekosten kamen die Kostenträger kaum nach. Hier konnten relativ weniger Vereinbarungen abgeschlossen werden als bei den Ausnahmetatbeständen auf Grund einer vom Standard abweichenden Verweildauer in einer Vielzahl von Fällen.

3.5 Abrechnungsprobleme nicht-optierender Krankenhäuser

Die so genannten „Options-Krankenhäuser“, die im Jahr 2003 auf freiwilliger Basis nach dem DRG-basierten Entgeltsystem abrechneten, hatten gem. der KFPV 2004 ab dem 01.01.2004 die Regelungen und Entgelt-Kataloge des Jahres 2004 zu beachten. Bei Krankenhäusern, die das DRG-Vergütungssystem erstmals im Jahr 2004 einführten, war der Zeitpunkt der Genehmigung maßgeblich für die Abrechnung der neuen Entgelte.

Die nachfolgende Abbildung gibt eine Übersicht, zu welchem Zeitpunkt die nicht-optierenden Krankenhäuser nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechneten.

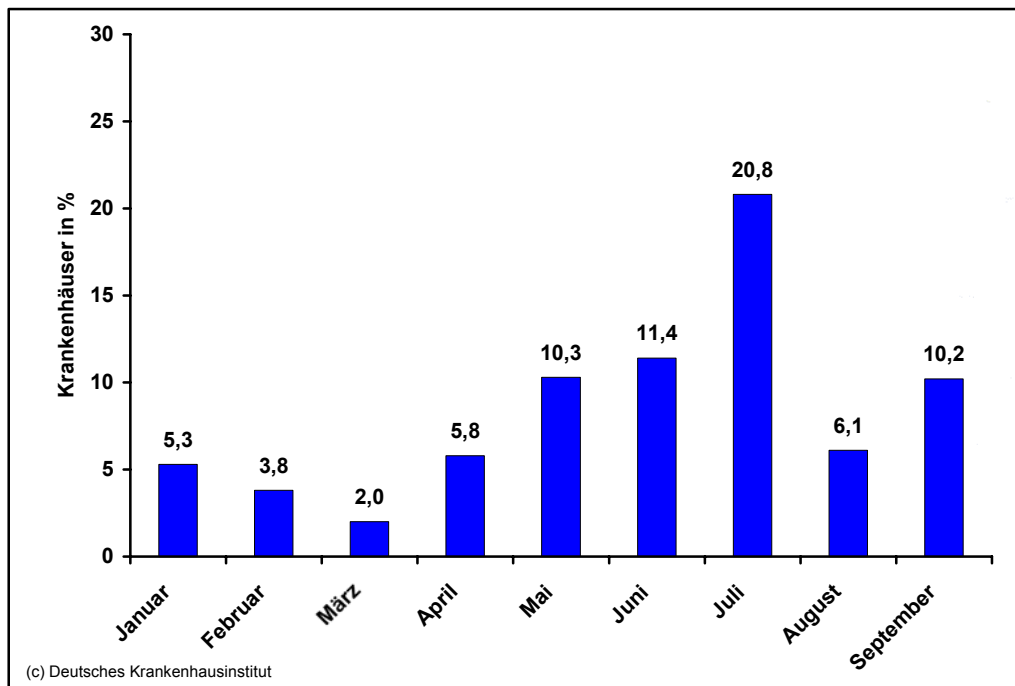


Abb. 8: Abrechnung nach der KFPV 2004 bei nicht-optierenden Krankenhäusern⁸

Knapp 44% der nicht-optierenden Krankenhäuser gaben an, bei der Rechnungsstellung der neuen Entgelte Schwierigkeiten mit der EDV-technischen Umsetzung gehabt zu haben. Bei über einem Drittel der Krankenhäuser kam es auf Grund organisatorischer Probleme zu einer verspäteten Rechnungsstellung. Bei der Rechnungslegung traten zudem Schwierigkeiten bei der Kodierung (25,6%) bzw. Dokumentation (18,4%) auf. Als sonstige Probleme gaben die nicht-optierenden Krankenhäuser, die zur Zeit der Befragung bereits die Entgelte nach der KFPV 2004 abrechneten, insbesondere Schwierigkeiten bei dem Datenträgeraustausch nach § 301 SGB V an. Lediglich 19,7% der Krankenhäuser hatte keine Probleme bei der Abrechnung der Entgelte.

⁸ Berücksichtigt wurden lediglich Angaben bis zum September des Jahres 2004. Bei einem Großteil der Krankenhäuser, die keine Angabe zu dem Monat der Abrechnung nach der KFPV 2004 machen konnten, waren die Verhandlungen zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen.

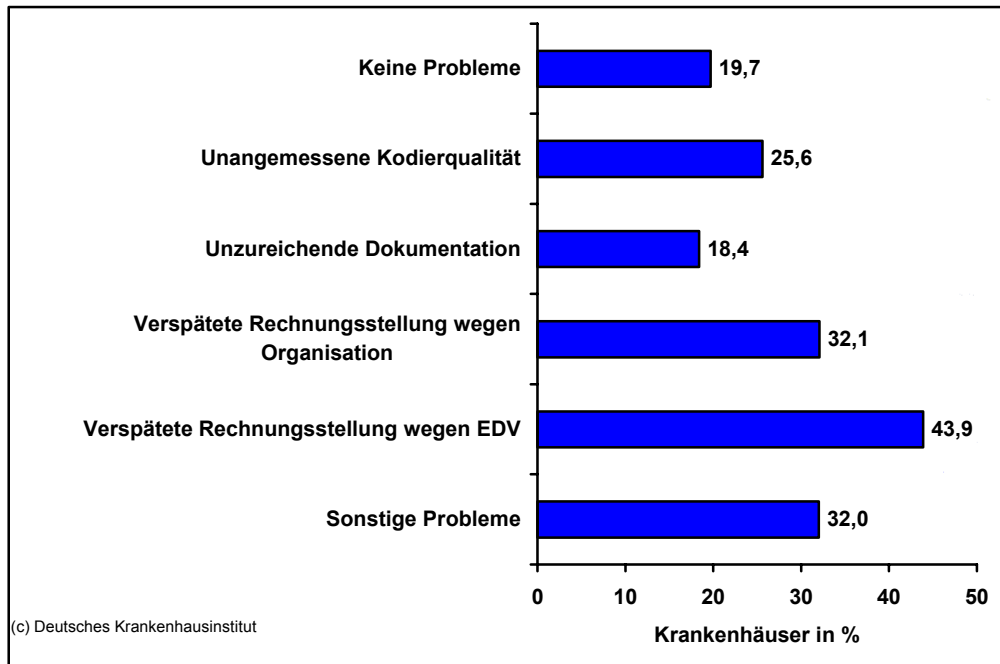


Abb. 9: Nicht-optierende Krankenhäuser: Probleme bei der Rechnungslegung⁹

Bei der Rechnungsabgleichung beklagten die neu in das DRG-basierte Entgeltssystem eingestiegenen Krankenhäuser insbesondere die verstärkte Einbindung des MDK (47,3%). Ebenfalls bemängelt wurde die Zunahme der Abrechnungstreitigkeiten (42,2%) und die generelle Verzögerung der Rechnungsabgleichung durch die Krankenkassen (40,9%). Rund 10% der Krankenhäuser beklagten die Weigerung der Krankenkassen, bestimmte Entgelte abzurechnen. Lediglich 16,3% der nicht-optierenden Krankenhäuser gab an, keine Probleme bei der Rechnungsabgleichung zu haben.

⁹ Berücksichtigt wurden hier lediglich die nicht-optierenden Krankenhäuser, bei denen bereits eine Genehmigung für das Jahr 2004 vorlag.

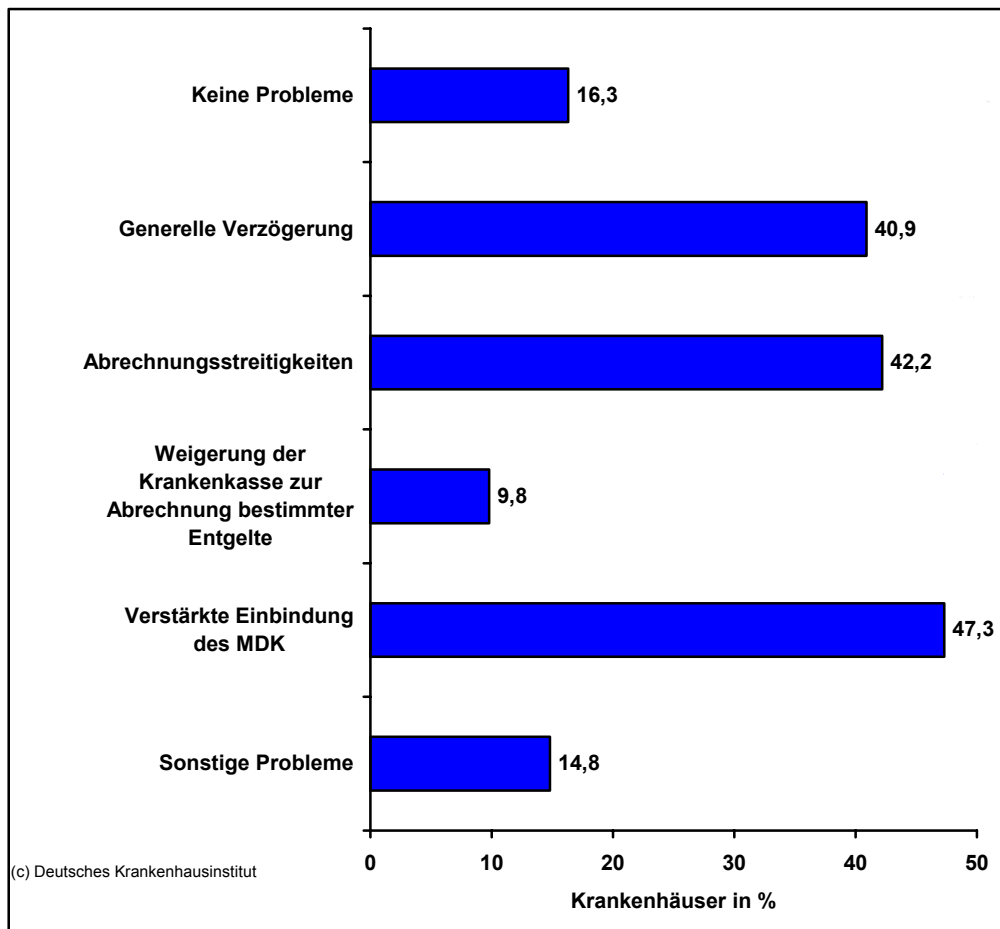


Abb. 10: Nicht-optierende Krankenhäuser: Probleme bei der Rechnungs-
begleichung¹⁰

4 Einschätzungen zum Fallpauschalen-System

4.1 Leistungsbezogenheit der Vergütung

Die leistungsgerechte Abbildung und Vergütung im DRG-System hängt maßgeblich von der Ausgestaltung der Entgeltkataloge sowie den Abrechnungsregelungen ab. So wird für die meisten Fallpauschalen im Fallpauschalen-Katalog eine untere und obere Grenzverweildauer sowie eine mittlere Verweildauer vorgegeben, die bestimmt, ab welchem Zeitpunkt Zu- bzw. Abschläge vom pauschalierten Entgelt vorzunehmen sind. Einer leistungsgerechten Vergütung auf Grund extremer Verweildauerverlängerung bzw. -verkürzung soll somit entgegengewirkt werden.

¹⁰ Berücksichtigt wurden hier wiederum nur die nicht-optierenden Krankenhäuser, bei denen bereits eine Genehmigung für das Jahr 2004 vorlag.

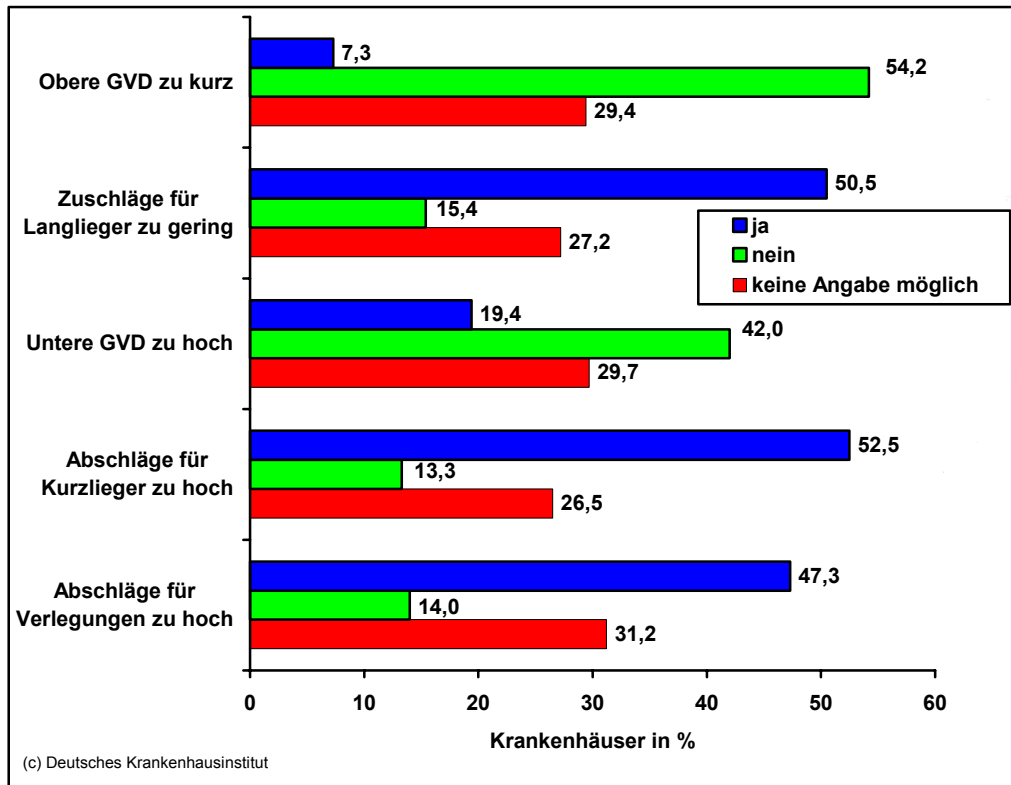


Abb. 11: Bewertung der Zu- und Abschläge im Fallpauschalen-Katalog¹¹

Die Mehrzahl der Krankenhäuser erachtet die obere Grenzverweildauer im Fallpauschalen-Katalog i.d.R. als nicht zu kurz (54,2%). Die untere Grenzverweildauer schätzen rund 42% der Krankenhäuser als nicht zu lang ein. Über die Hälfte der Krankenhäuser bewerteten die Zuschläge für Langlieger als zu gering (50,5%), wobei insbesondere größere Krankenhäuser diese Ansicht vertraten. Die Abschläge für Kurzlieger wurden mehrheitlich als zu hoch eingeschätzt (52,5%). Kleinere Krankenhäuser unter 100 Betten schienen hiermit jedoch weniger Schwierigkeiten zu haben. Rund 47% der Krankenhäuser gaben an, dass die Abschläge für Verlegungen zu hoch wären, wobei auch hier wieder eine Tendenz feststellbar war, dass insbesondere größere Krankenhäuser diese Auffassung vertraten.

Bei der Frage nach der Angemessenheit des krankenhausesindividuellen Basisfallwertes in Bezug auf das Leistungsspektrum erachtete über die Hälfte der Krankenhäuser ihren Basisfallwert als nicht angemessen (57,4%). Als nicht angemessen werden die Krankenhäuser dabei den Basisfallwert bezeichnet haben, der ihrer Ansicht nach zu niedrig ist. 36% der Krankenhäuser war gegenteiliger Auffassung. Die restlichen 6,7% machten hierzu keine Angaben.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Antworten der nach Bettengrößenklassen differenzierten Krankenhäuser.

¹¹ Fehlende Prozentwerte = Krankenhäuser, die die Frage nicht beantwortet haben.

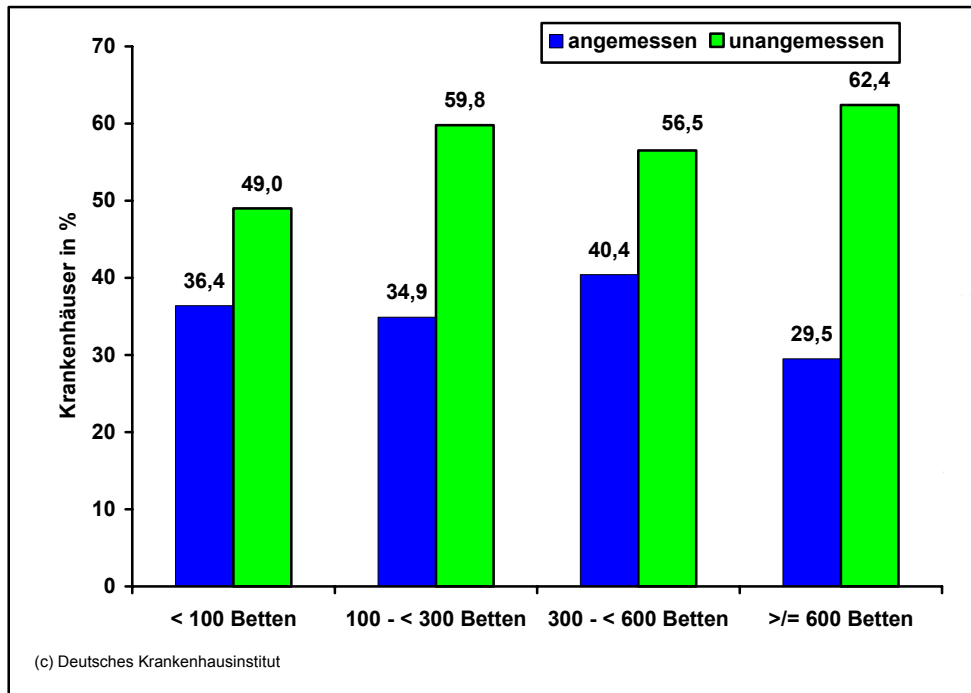


Abb. 12: Bewertung des krankenhausespezifischen Basisfallwertes¹²

Diejenigen Krankenhäuser, die den krankenhausespezifischen Basisfallwert in Bezug auf Ihre Leistungsspektrum als unangemessen empfanden, wurden weiter nach den diesbezüglichen Ursachen gefragt. Rund 77% dieser Krankenhäuser gaben an, dass sie den krankenhausespezifischen Basisfallwert auf Grund eines zu geringen Ausgangsbudgets für nicht angemessen hielten. Über ein Drittel (34,7%) begründete ihre Einschätzung mit der Höhe des Casemix, der die Leistungsstruktur nicht korrekt abbilden würde. Beispielhaft nannten hier einige Krankenhäuser, dass die neurologische Rehabilitation nicht ausreichend in den Relativgewichten berücksichtigt sei.

¹² Fehlende Prozentwerte = Krankenhäuser, die die Frage nicht beantwortet haben.

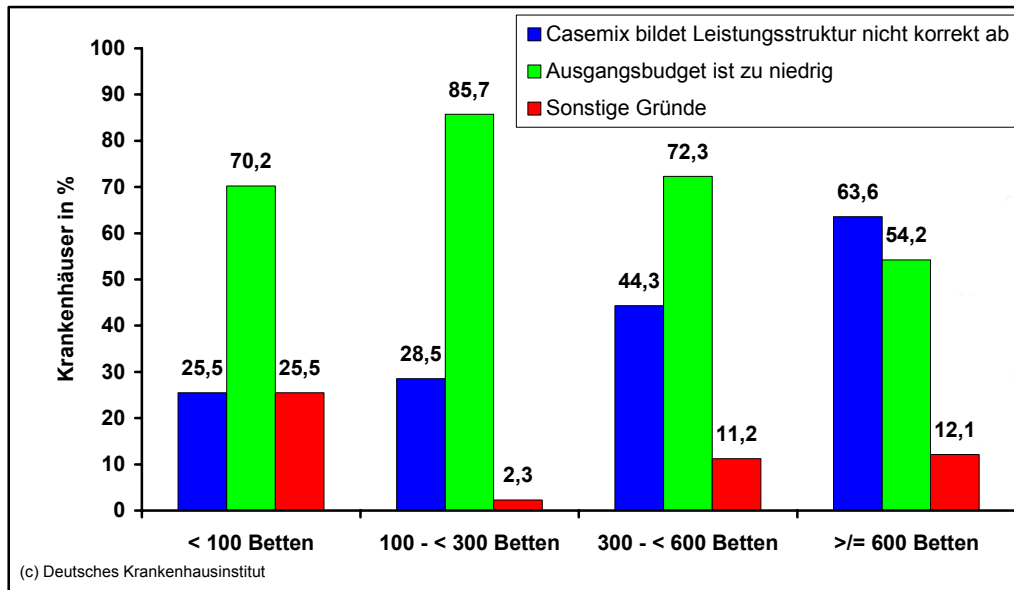


Abb. 13: Gründe für einen unangemessenen Basisfallwert

Insbesondere größere Krankenhäuser fanden, dass der Basisfallwert auf Grund unangemessener Relativgewichte nicht leistungsgerecht sei. War lediglich ein Viertel der Krankenhäuser unter 100 Betten dieser Ansicht, sind es bei den Krankenhäusern über 600 Betten bereits rund 64%. Ein unangemessener Basisfallwert auf Grund eines zu niedrigen Budgets wurde hingegen vorrangig von kleineren und mittleren Krankenhäusern bemängelt. 85,7% der Krankenhäuser zwischen 100 und 300 Betten sahen als Grund dafür ein zu niedriges Ausgangsbudget. Bei den Krankenhäusern über 600 Betten waren es im Vergleich dazu lediglich rund 54%.

4.2 Regelungen der KFPV 2004

Die Abrechnungsbestimmungen haben im Jahr 2004 durch die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erlassene neue Verordnung (KFPV 2004) wesentliche Änderungen erfahren.

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurden die Krankenhäuser befragt, inwieweit sie insbesondere die geänderten bzw. neuen Regelungen für problematisch bei der Abrechnung erachten. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die von den Krankenhäusern gegebenen Antworten.

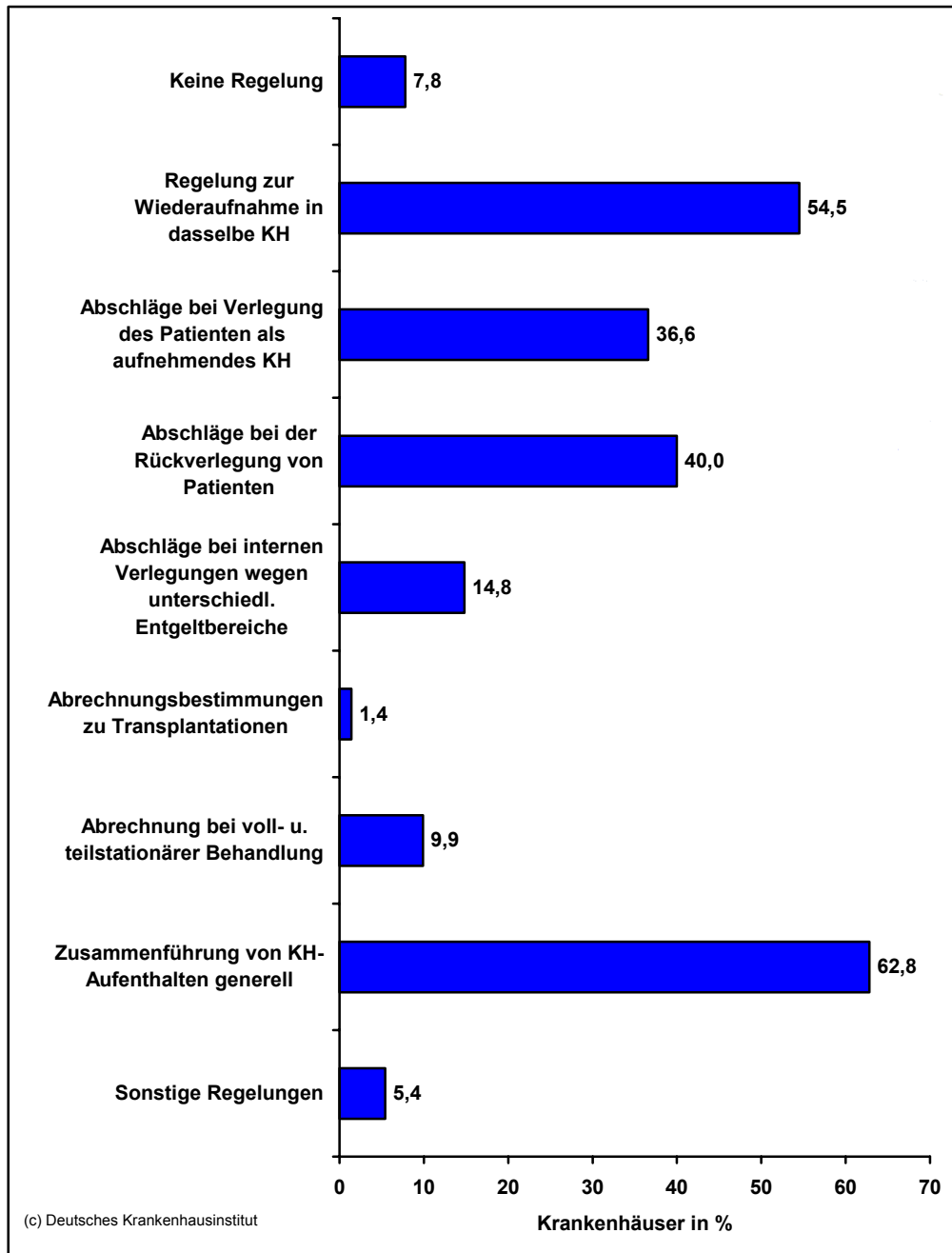


Abb. 14: Probleme mit den Abrechnungsregeln der KFPV 2004

Rund 63% der Krankenhäuser halten generell die Zusammenführung von Krankenhausaufenthalten für problematisch. Über die Hälfte der Krankenhäuser schätzten insbesondere bei den Regelungen zur Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus mit Abrechnungsschwierigkeiten. 40% der Krankenhäuser problematisierten die Abschläge bei der Rückverlegung von Patienten und rund 37% bemängelten die Vorschriften über die Verlegungsabschläge, die das aufnehmende Krankenhaus gem. § 3 Abs. 2 KFPV 2004 hinzunehmen hat. Weniger Probleme schienen die Krankenhäuser mit den Abrechnungsregelungen bei interner Verlegung zwischen Abteilungen mit unterschiedlichen Entgeltbereichen

(14,8%) und den Vorschriften zur kombinierten Abrechnung bei zusammenhängender voll- und teilstationärer Behandlung (9,9%) zu haben. Die neu eingeführten Abrechnungsbestimmungen zu den Transplantationsleistungen erachteten nur rund 1% der Krankenhäuser als problematisch. Ein Grund dafür ist sicherlich, dass wenige Krankenhäuser diese Leistungen überhaupt erbringen.

Als sonstige Probleme wurden insbesondere die Vorschriften zur externen Verlegung („24-Stunden-Regelung“, Verbringungsleistungen) sowie zur Rückverlegung von Neugeborenen gem. § 3 Abs. 2 genannt. Zudem traten bei den Krankenhäusern vielfach Probleme bei der Abrechnung von Rehabilitationsleistungen auf. Keine Schwierigkeiten sehen lediglich rund 8% der Krankenhäuser.

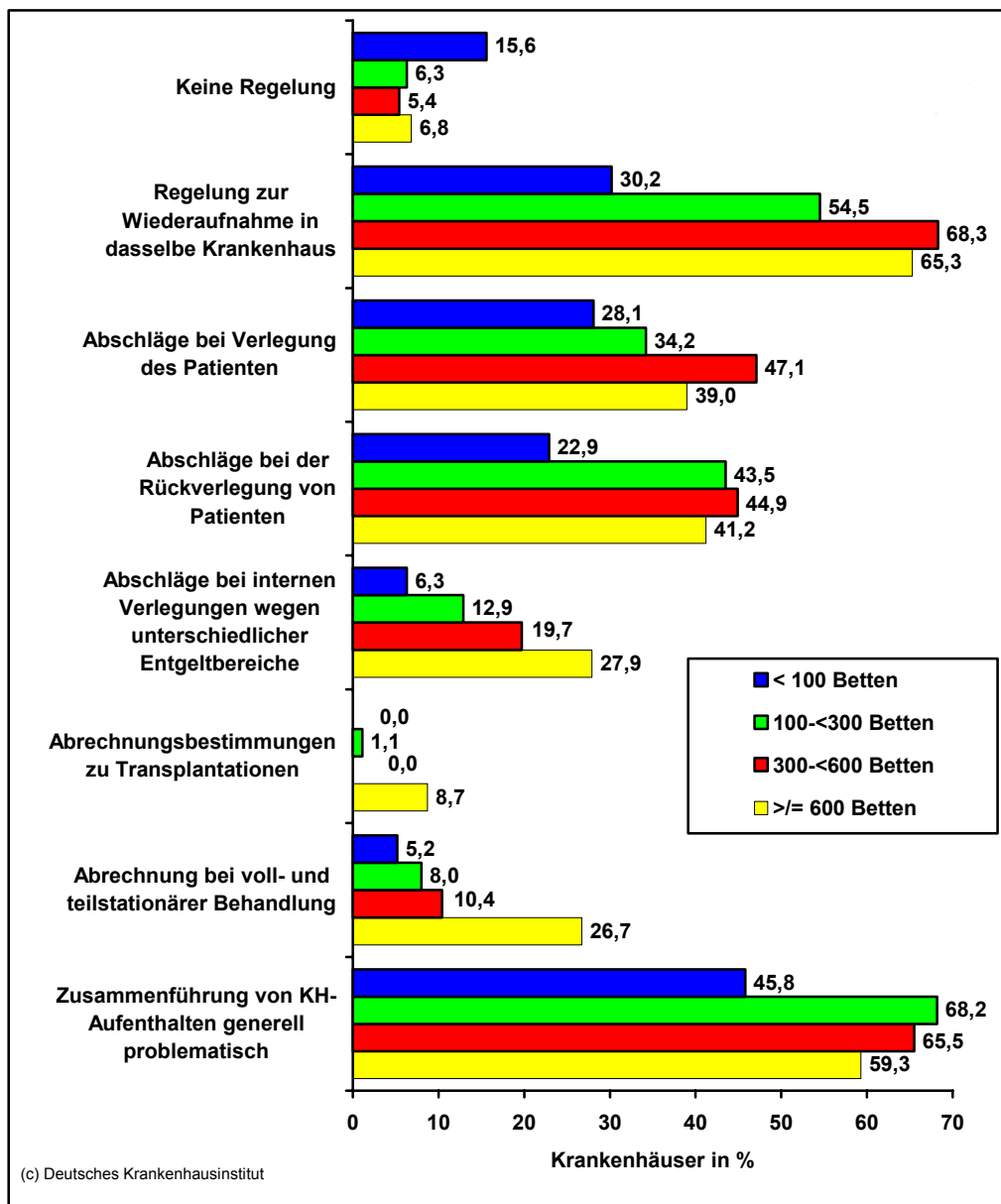


Abb. 15: Probleme mit der KFPV 2004 differenziert nach Bettengrößenklassen

Dabei gaben optierende Krankenhäuser relativ häufiger Probleme mit den in der KFPV 2004 neu formulierten Regelungen zur Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus und bei der Rückverlegung von Patienten an.

Betrachtet man die gegebenen Antworten vor dem Hintergrund der Bettengrößenklassen, so haben insbesondere Krankenhäuser unter 100 Betten wenig Probleme bei der Abrechnung ihrer Leistungen. Mit Zunahme der Größe und damit der Anzahl und Komplexität der Behandlungsfälle steigen naturgemäß auch die Probleme mit den Regelungen zur Wiederaufnahme, zur internen Verlegung und zur kombinierten Abrechnung voll- und teilstationärer Leistungen an.

4.3 Entwicklung belegungsrelevanter Daten

Die Krankenhäuser sollten unter Kenntnis der Entwicklung des 1. Halbjahres 2004 eine Einschätzung abgeben, inwieweit sich die Ist-Zahlen belegungsrelevanter Daten wie Fallzahlen, Pfl egetage, Auslastung und aufgestellte Betten des gesamten Jahres 2004 von den entsprechenden Zahlen des Jahres 2003 voraussichtlich unterscheiden werden.

Über die Hälfte der Krankenhäuser (52,8%) prognostizierte für das Jahr 2004 einen Rückgang der Fallzahlen und über drei Viertel (77,4%) rechnete mit einer sinkenden Anzahl erbrachter Pfl egetage. Mit steigenden Fallzahlen bzw. Pfl egetagen rechneten hingegen lediglich 17,8% bzw. 4,8% der Krankenhäuser. Damit einhergehend sagte die Mehrzahl der Krankenhäuser (70,9%) eine Reduzierung der Auslastung voraus; lediglich 6,8% rechneten mit einer Steigerung. 51,1% der Krankenhäuser gaben an, dass die Anzahl der aufgestellten Betten keine wesentliche Veränderung zum Jahr 2003 erfahren würde. Rund 42% rechnete andererseits mit einer Senkung ihrer Bettenzahlen.

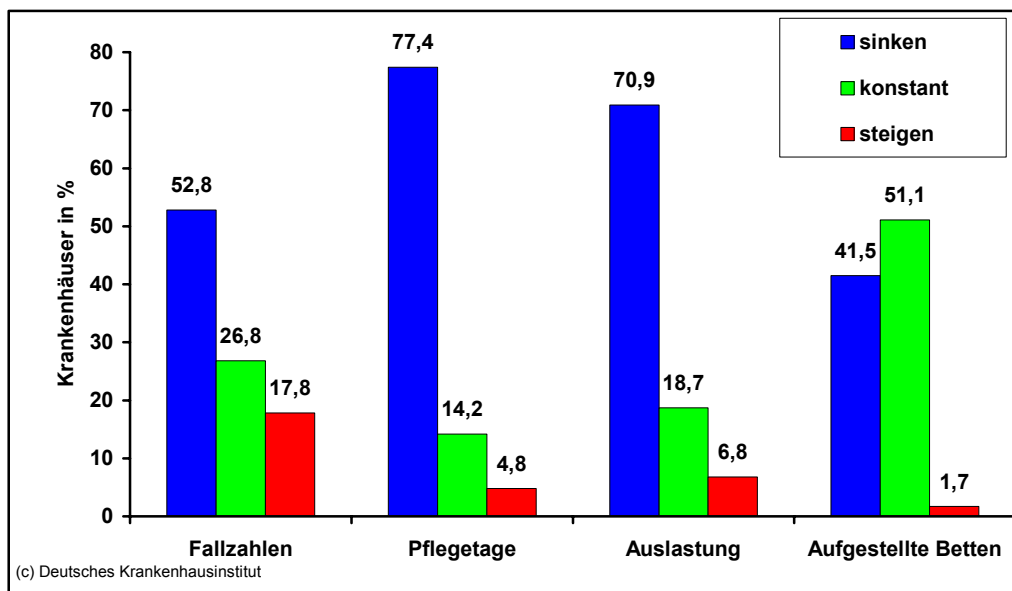


Abb. 16: Prognose der Belegung im Jahr 2004¹³

¹³ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Optierende Krankenhäuser rechneten dabei häufiger mit einem Rückgang der belegungsrelevanten Daten als nicht-optierende Krankenhäuser (siehe Abbildung 19). Dies resultiert sicherlich zu einem großen Teil daraus, dass sich bei Options-Krankenhäusern die Veränderungen durch die DRG-basierte Vergütung im Vergleich zum Vorjahr bereits auswirken. Nicht-optierende Krankenhäuser, die auf Grund verzögerter Budget- und Entgeltverhandlungen erst im Laufe des Jahres 2004 nach dem neuen Entgeltsystem abrechneten, konnten hingegen im 1. Halbjahr keine so eindeutigen Veränderungen zum Vorjahr feststellen.

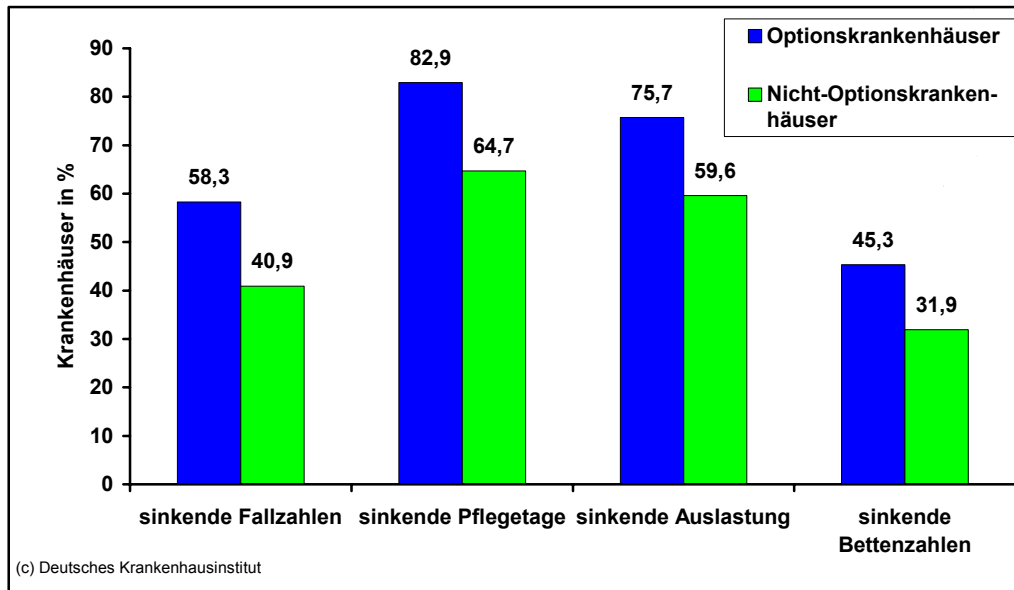


Abb. 17: Sinkende Belegungsdaten bei optierenden und nicht-optierenden Krankenhäusern

Bei der Betrachtung der für das Jahr 2004 prognostizierten Entwicklung der Belegungsdaten nach unterschiedlichen Bettengrößenklassen ist feststellbar, dass Krankenhäuser mit 100 bis 300 Betten durchgängig häufiger angaben, von belegungsspezifischen Senkungen betroffen zu sein. Krankenhäuser unter 100 Betten befürchteten hingegen durchgängig weniger eine Reduktion ihrer Fallzahlen, Pflegedage, Auslastung und aufgestellten Betten.

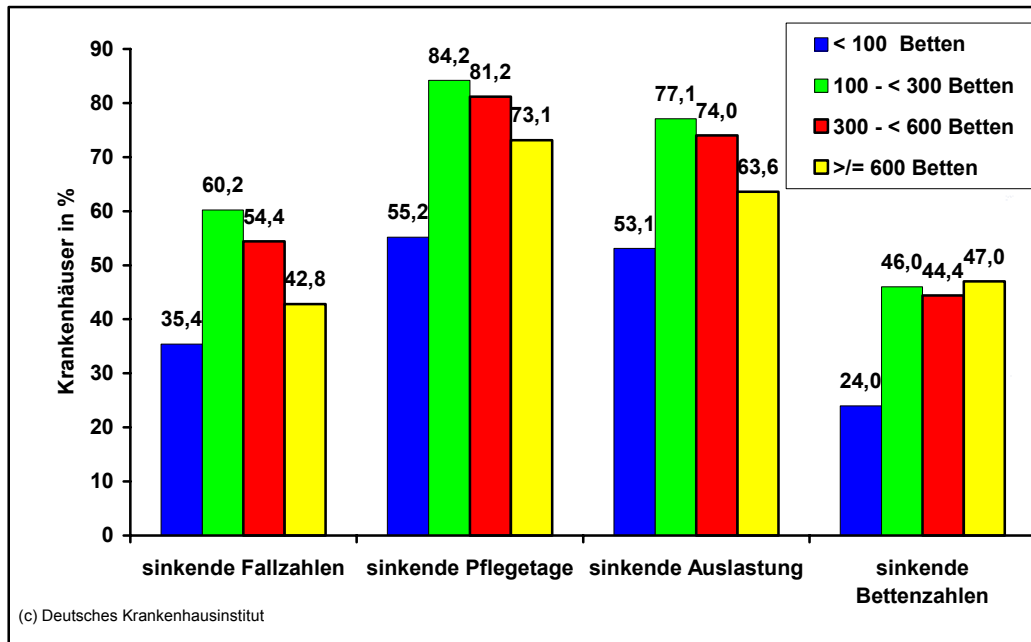


Abb. 18: Sinkende Belegungsdaten bei Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößerklassen

5 Personalbereich

5.1 Arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen

Gemäß § 3 Abs. 1 KHEntgG in Verbindung § 6 Abs. 5 BPfIV können die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen für die Jahre 2003 bis 2009 zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen jeweils einen zusätzlichen Betrag von bis zu 0,2% des Gesamtbetrages (Budget) vereinbaren. Die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen darf zu diesem Zweck sogar überschritten werden. Für eine entsprechende Vereinbarung muss das Krankenhaus nachweisen, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechtes zu finanzieren sind.

In den Entgeltverhandlungen für 2004 haben 75,2% der Krankenhäuser diesen zusätzlichen Betrag geltend gemacht bzw. planen eine entsprechende Forderung. Berücksichtigt man, dass zum Erhebungszeitpunkt noch nicht alle Häuser Entgeltverhandlungen geführt haben, dann sind es – bezogen auf die Häuser mit Verhandlungen – sogar 86,5%. Die Krankenhäuser sehen demnach einen sehr hohen Bedarf für arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen.

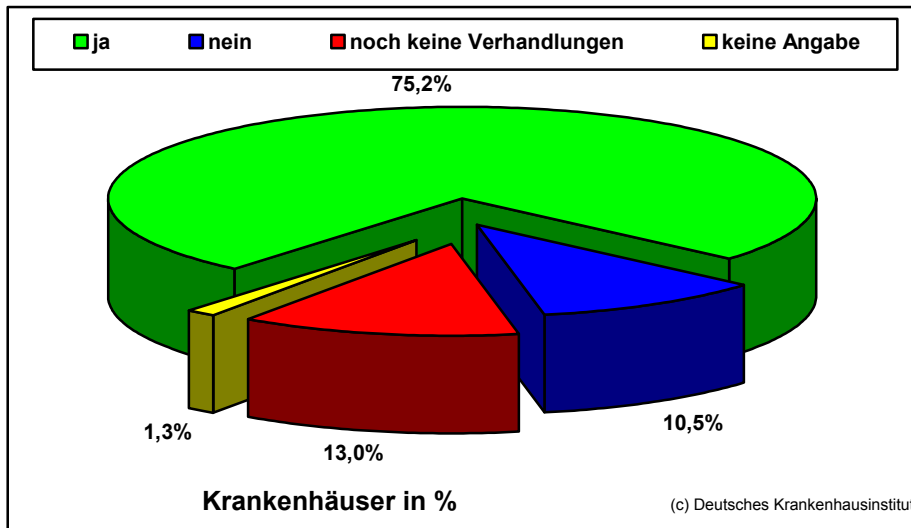


Abb. 19: Geltendmachung arbeitszeitbedingter Budgetsteigerungen in den Entgeltverhandlungen für 2004

Differenziert nach Bettengrößenklassen wird der zusätzliche Betrag nach § 6 Abs. 5 BPfIV lediglich in den kleinen Häusern unter 100 Betten noch vergleichsweise selten eingefordert (53,1%). Ansonsten variieren die entsprechenden Anteilswerte zwischen 75 bis 90%. In den neuen Bundesländern machen mehr Krankenhäuser (85,8%) arbeitszeitbedingte Personalkostensteigerungen geltend als in den alten Bundesländern (73,3%).

Von den Häusern, die eine Forderung nach § 6 Abs. 5 BPfIV in die Entgeltverhandlungen eingebracht haben, hat gut die Hälfte eine diesbezügliche Vereinbarung bereits abgeschlossen. Vergleichsweise selten wurde eine Vereinbarung von den Kostenträgern bislang abgelehnt (5,4%). Allerdings liefen bei Abschluss der Erhebungsphase in vielen Häusern noch diesbezügliche Verhandlungen, so dass eine abschließende Bewertung zur Umsetzung des § 6 Abs. 5 BPfIV noch nicht möglich erscheint.

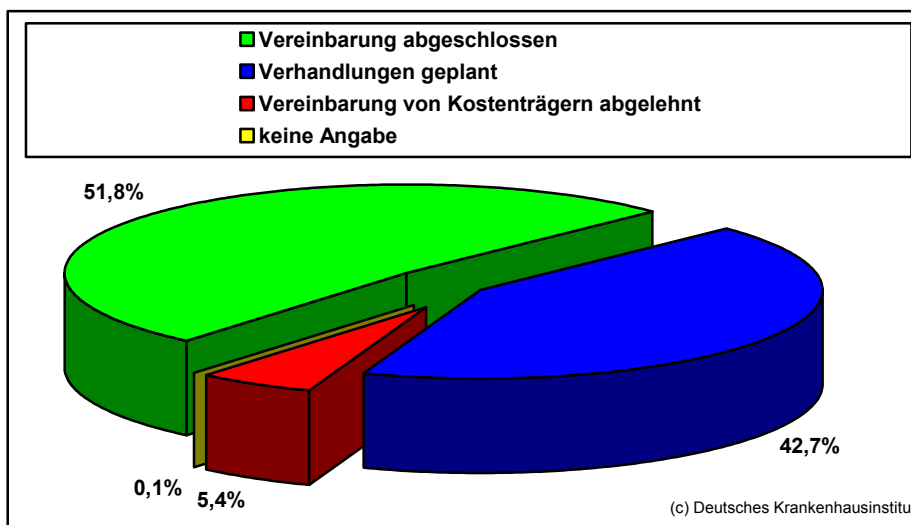


Abb. 20: Abschluss einer Vereinbarung zu arbeitszeitbedingten Budgetsteigerungen

In den neuen Bundesländern ist die Umsetzung jedenfalls weiter fortgeschritten als in den alten Bundesländern. Während im Osten bereits 73,3% der Häuser mit entsprechender Forderung eine Vereinbarung abgeschlossen haben, sind es im Westen bislang lediglich 47,2%.

Analoge Unterschiede resultieren nach Bettengrößenklassen. Unter den Häusern bis 300 Betten hat mehr als die Hälfte der Einrichtungen mit entsprechender Forderung eine Vereinbarung abgeschlossen. Demgegenüber sind es in den größeren Häusern weniger als die Hälfte.

5.2 Verringerung des Personalbestands

Bei einer Vielzahl von Krankenhäusern waren Maßnahmen im Personalbereich erforderlich, um eine Budgetunterdeckung zu vermeiden bzw. zu reduzieren. In gut der Hälfte der Einrichtungen hat sich durch entsprechende Maßnahmen, wie z.B. Personalabbau oder eine zeitweise Nicht-Besetzung offener Stellen, der Personalbestand seit Anfang 2004 reduziert.

Die kleinen Häuser bis 100 Betten sind deutlich unterproportional betroffen. Während hier nur gut ein Viertel der Einrichtungen Personal abgebaut hat, sind es in den übrigen Bettengrößenklassen ca. 50 bis 60%.

In den alten Bundesländern haben mehr Häuser (54,8%) ihren Personalbestand reduziert als in den neuen Bundesländern (37,4%).

Sofern Personal überhaupt abgebaut wird, fällt die Anzahl der weggefallenen bzw. nicht-besetzten Stellen jedoch im Osten größer aus. Hier hat sich in den Häusern mit Personalabbau die Anzahl der Vollkräfte um durchschnittlich 11,3 Vollkräfte verringert. Im Westen waren es im Durchschnitt 8,5 Vollkräfte. Der bundesweite Durchschnitt liegt bei knapp 9 Vollkräften je Krankenhaus.

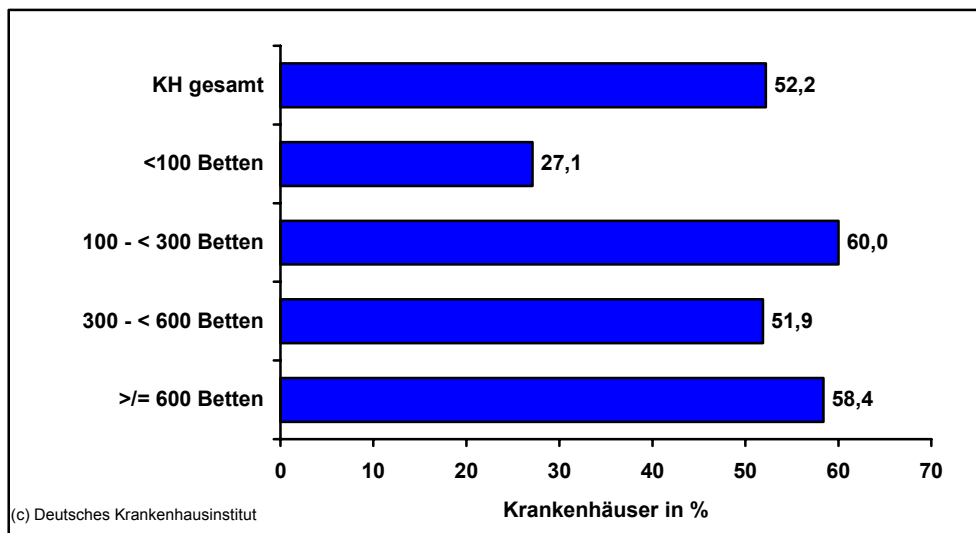


Abb. 21: Krankenhäuser mit Personalabbau in 2004

Hochgerechnet auf die zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland wurden in den Häusern mit verringertem Personalbestand im ersten Halbjahr 2004 etwa 8.100 Vollkraftstellen abgebaut, davon etwa 7.000 Stellen in den alten

Bundesländern. Die Anzahl der betroffenen Mitarbeiter dürfte sogar höher liegen, da die Vollkräftezahl niedriger ist als die Kopfzahl der Mitarbeiter.¹⁴

5.3 Hauptamtlicher Ärztlicher Direktor

Traditionell übt der Leiter des Ärztlichen Dienstes bzw. der Ärztliche Direktor sein Amt nebenamtlich aus, d.h. zusätzlich zu seiner hauptamtlichen Tätigkeit als leitender Arzt einer Fachabteilung (Chefarzt). Erst in den letzten Jahren sind Krankenhäuser vermehrt dazu übergegangen, Ärztliche Direktoren oder Medizinische Geschäftsführer hauptamtlich einzustellen bzw. zu beschäftigen. Im Unterschied zur nebenamtlichen ärztlichen Leitung handelt es sich bei der hauptamtlichen ärztlichen Leitung um einen vollständig für Führungsaufgaben freigestellten Arzt ohne eigene Fachabteilung bzw. ohne ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus.

Die Befragungsteilnehmer sollten angeben, ob sie für ihr Haus einen hauptamtlichen Ärztlichen Direktor bzw. Medizinischen Geschäftsführer für grundsätzlich sinnvoll halten. Diese Frage wird von der Mehrheit der Befragten verneint (56,9%). Rund 22% halten dagegen eine hauptamtliche ärztliche Leitung für sinnvoll, während die Übrigen diesbezüglich keine Aussagen machen. Vor allem unter den größeren Krankenhäusern ab 300 Betten ist eine größere Aufgeschlossenheit gegenüber einer hauptamtlichen ärztlichen Leitung zu beobachten.

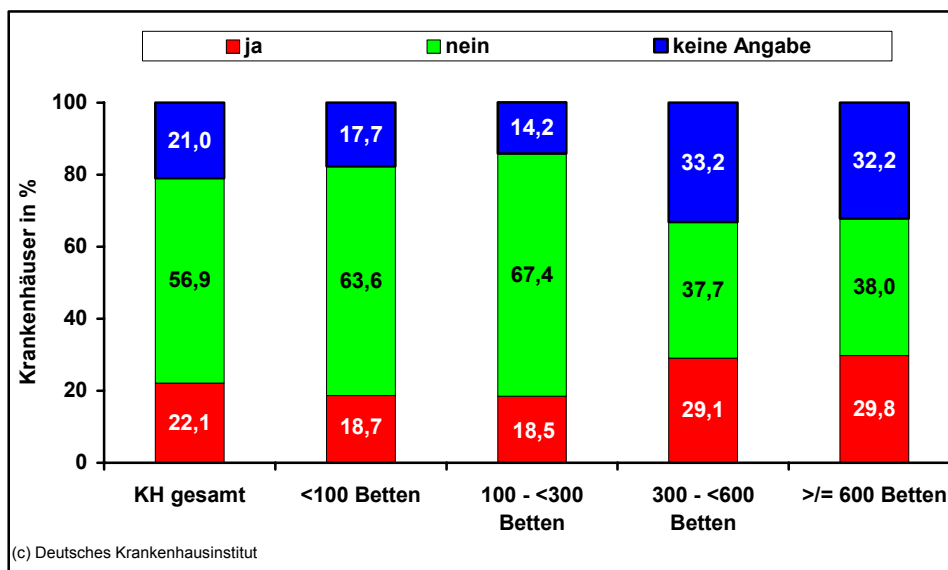


Abb. 22: Einführung eines hauptamtlichen Ärztlichen Direktors grundsätzlich sinnvoll

¹⁴ Mit Blick auf die Entwicklung der Personalzahlen in der Grundgesamtheit wären allerdings jene Häuser gegen zu rechnen, die ihren Personalbestand ausgebaut haben (etwa auf Grund von Vereinbarungen gemäß § 6 Abs. 5 BPfIV).

6 Integrierte Versorgung

6.1 Teilnahme an der Integrierten Versorgung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist die Integrierte Versorgung nach den §§ 140 a bis d SGB V grundlegend neu geregelt worden. Dabei wurden insbesondere die Begriffsbestimmung erweitert, der Kreis der möglichen Vertragspartner der Kassen ausgeweitet und die Vergütung neu geregelt.

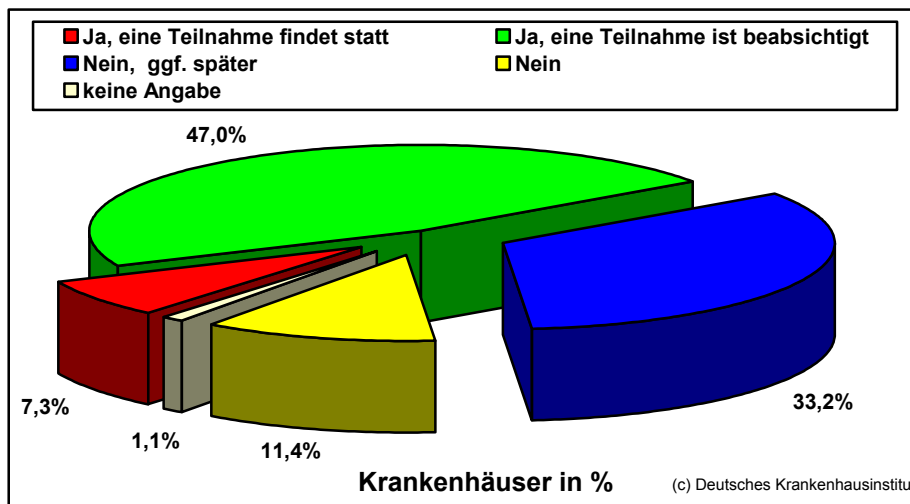


Abb. 23: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Integrierten Versorgung

Etwa zur Jahresmitte 2004 nahmen in Deutschland 7,3% der Krankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil. Das entspricht bundesweit rund 130 Einrichtungen.¹⁵ Immerhin 47% beabsichtigen eine Teilnahme und weitere 33,2% wollen sie für einen späteren Zeitpunkt nicht kategorisch ausschließen. Nur 11,4% der Häuser planen derzeit definitiv keine Teilnahme an der Integrierten Versorgung.

Bis dato beteiligen sich eher die großen Häuser ab 300 Betten an der Integrierten Versorgung (ca. 13%). Dagegen fällt die Teilnahme in den kleineren Häusern deutlich unterproportional aus (gut 4%). Auch mit Blick auf eine beabsichtigte Teilnahme fällt die Teilnahmebereitschaft in den größeren Krankenhäusern höher aus. Nach alten und neuen Bundesländern lassen sich indes kaum Unterschiede beobachten.

¹⁵ In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass sowohl während der Erhebungsphase als auch danach die Anzahl der teilnehmenden Häuser sukzessive größer wurde. Die hochgerechnete Zahl von 130 Einrichtungen dürfte deswegen mittlerweile überschritten sein.

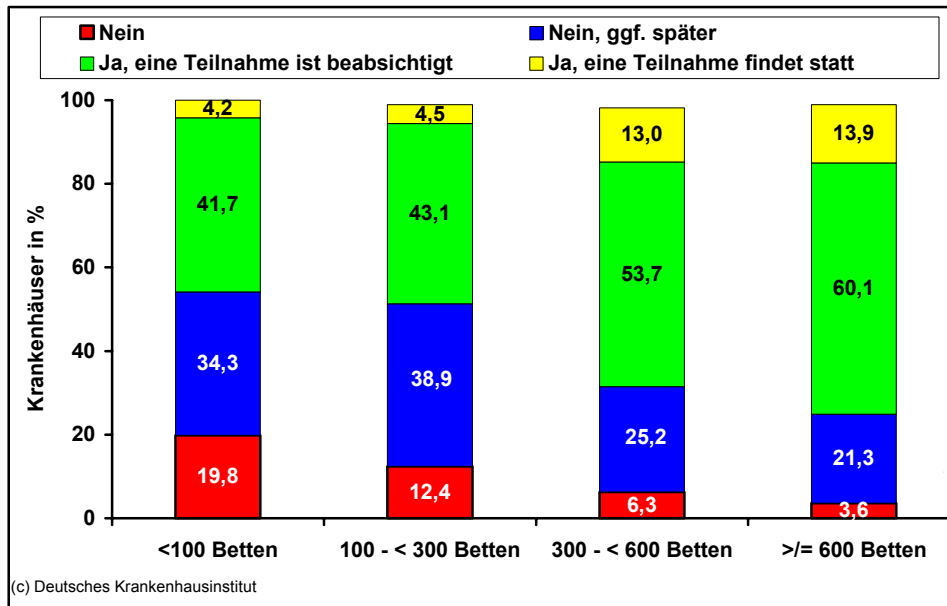


Abb. 24: Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach Bettengrößenklassen¹⁶

6.2 Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung

Wie erwähnt, hatten etwa zur Jahresmitte 2004 bundesweit etwa 130 Einrichtungen bereits einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen. Davon bezogen gut 10% der Krankenhäuser ihre Angaben auf „Altverträge“, die vor 2004 abgeschlossen wurden. Ein Drittel der Verträge trat zu Jahresbeginn 2004 in Kraft, die übrigen im Laufe des ersten Halbjahres.

Die geplante Laufzeit der Verträge liegt im Durchschnitt bei 2,5 Jahren. Die minimale Laufzeit in den Stichprobenkrankenhäusern beträgt 1 Jahr, die maximale Laufzeit 5 Jahre. Die Hälfte der Verträge hat eine Laufzeit zwischen 1,5 bis 3 Jahren. Jeweils ein Viertel der Verträge liegt unterhalb bzw. oberhalb dieser Laufzeiten.

Von den Häusern ohne Vertrag zur Integrierten Versorgung haben 12,7% entsprechende Anträge gestellt. Bei immerhin 36,7% der Häuser sind Anträge in Vorbereitung. Bei allen drei betrachteten Varianten gibt es kaum Unterschiede nach Bettengrößenklassen oder im Ost-West-Vergleich.

6.3 Gegenstand der Integrierten Versorgung

Nach der bis 2003 geltenden Rechtslage war ausschließlich eine sektorenübergreifende Integrierte Versorgung möglich (z.B. zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern). Die Neufassung des § 140 a SGB V sieht nunmehr als weitere Möglichkeit eine interdisziplinäre-fachübergreifende Integrierte Versorgung vor (z.B. zwischen zwei Krankenhäusern oder eine prozessorientierte Leistungserbringung innerhalb eines stationären Behandlungsfalls von der prä- bis zur poststationären Behandlung).

¹⁶ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angaben

In 30,1% der Häuser, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen oder eine Teilnahme planen, betrifft die Integrierte Versorgung bereits die letztgenannte Option einer interdisziplinären-fachübergreifenden Versorgung. Gleichwohl ist die sektorenübergreifende Integrierte Versorgung noch die vorherrschende Variante. Sie ist in 88,5% der Häuser Gegenstand der Integrierten Versorgung.

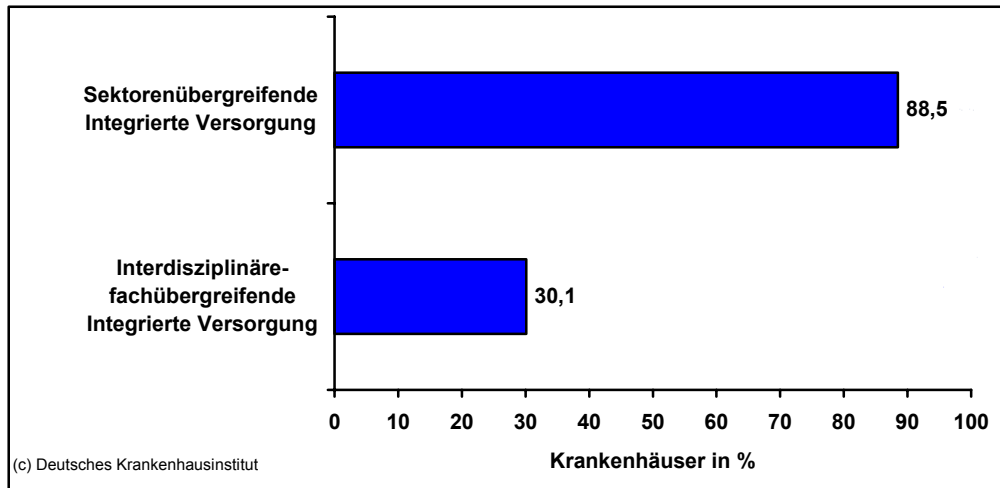


Abb. 25: Gegenstand der Integrierten Versorgung

Unterschiede nach Bettengrößenklassen oder alten und neuen Bundesländern gibt es dabei kaum. Bei einer ausschließlichen Betrachtung von Häusern mit bereits abgeschlossenen Verträgen fällt vor allem der Anteilswert für die interdisziplinäre-fachübergreifende Versorgung niedriger aus (ca. 20%).¹⁷

6.4 Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung

Nach Leistungsbereichen macht die endoprothetische Versorgung bislang eindeutig den Schwerpunkt der Integrierten Versorgung aus. In 70,8% der Häuser mit abgeschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung ist dieser Leistungsbereich erfasst.

Andere Leistungsbereiche spielen demgegenüber eine untergeordnete Rolle. In jeweils ca. 5 bis 10% der Einrichtungen umfasst die Integrierte Versorgung die onkologische, kardiochirurgische, invasiv-kardiologische oder geriatrische Versorgung.

Auch bei den Häusern, die eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung planen, dominiert die endoprothetische Versorgung (57,4%). Einen zweiten Schwerpunkt bildet hier die onkologische Versorgung (19,9%).

¹⁷ Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass ein Teil der Befragten die interdisziplinäre-fachübergreifende Versorgung nicht im Sinne des § 140a Abs. 1 SGB V verstanden hat sondern generell im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit (also auch bei sektorenübergreifender Versorgung).

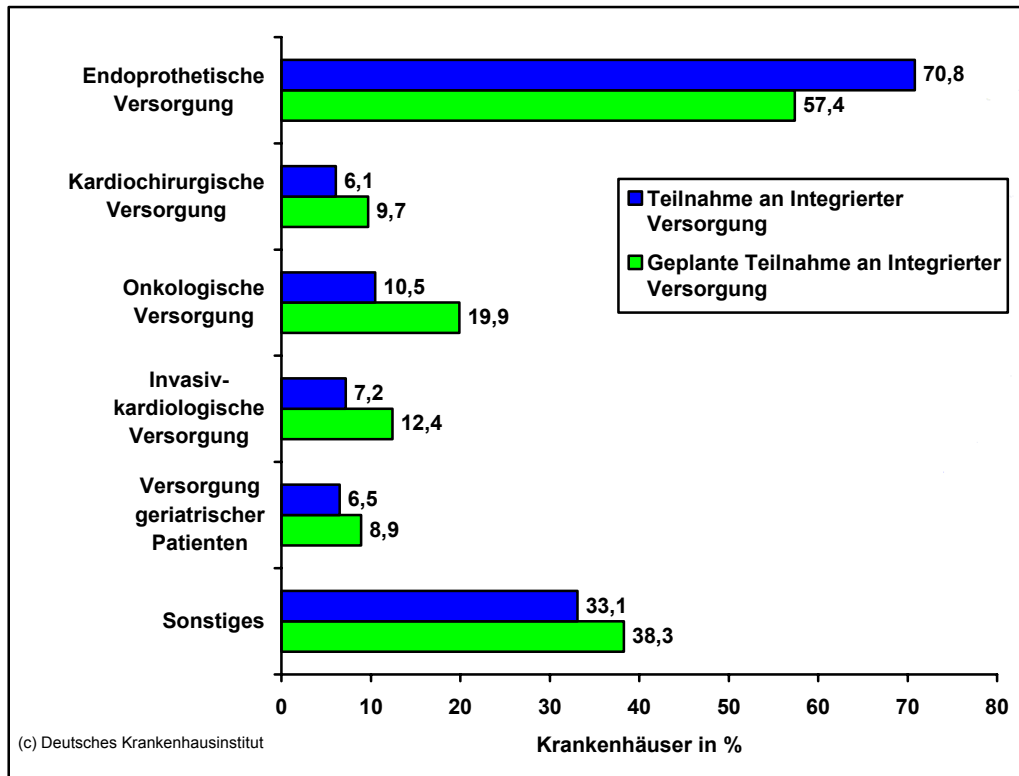


Abb. 26: Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung

Andere Leistungsbereiche als die explizit erhobenen sind in rund einem Drittel der Häuser einbezogen oder angedacht. Im Rahmen einer offenen Frage hierzu konnten allerdings keine eindeutigen Leistungsschwerpunkte identifiziert werden. Leistungsbereiche mit Mehrfachnennungen waren vor allem die Wundbehandlung, die Schmerz- bzw. Palliativbehandlung sowie Rücken- oder Wirbelsäulenprobleme. In den Häusern mit abgeschlossenen Verträgen werden darüber hinaus noch Gefäßerkrankungen sowie Leistungen aus der HNO- und Augenheilkunde mehrfach angeführt.

Bei einer Betrachtung der Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung nach Bettengrößenklassen fällt auf, dass in den großen Krankenhäusern über 600 Betten die kardiochirurgische (19,2%), invasiv-kardiologische (26,8%) und onkologische Versorgung (33,9%) aus naheliegenden Gründen deutlich überproportional erfasst sind.

In der Bettengrößenklasse von *100 bis unter 300 Betten* sind endoprothetische Leistungen (71,8%) und in der Bettengrößenklasse von *300 bis unter 600 Betten* onkologische Leistungen (25,5%) im Rahmen der Integrierten Versorgung überdurchschnittlich vertreten. Demgegenüber sind in den kleinen Häusern unter 100 Betten die erhobenen Leistungsbereiche durchweg unterdurchschnittlich in die Integrierte Versorgung einbezogen.¹⁸

¹⁸ Bei der Betrachtung nach Bettengrößenklassen wurden die Ergebnisse für Häuser mit tatsächlicher bzw. geplanter Teilnahme an der Integrierten Versorgung zusammengefasst.

6.5 Beteiligte Leistungserbringer

Im Rahmen der Integrierten Versorgung kooperieren in der Regel andere Leistungserbringer mit dem Krankenhaus. Primärer Kooperationspartner der Häuser, die einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben, sind bislang vor allem Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte. In 78,8% dieser Häuser sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen an der Integrierten Versorgung beteiligt, bei 43% niedergelassene Ärzte und in 29,1% weitere Leistungserbringer außerhalb des Krankenhausesektors.

Während diese Kooperationsformen der sektorenübergreifenden Integrierten Versorgung zuzurechnen sind, fällt die Kooperation mit weiteren Krankenhäusern bzw. keinen weiteren Leistungserbringern unter die interdisziplinäre-fachübergreifende Integrierte Versorgung. 16,8% der Häuser kooperieren mit weiteren Krankenhäusern. Dagegen spielt die Integrierte Versorgung ohne weitere Leistungserbringer, also z.B. durch die Integration ambulanter Behandlungsprozesse in das Krankenhaus, bislang faktisch keine Rolle.

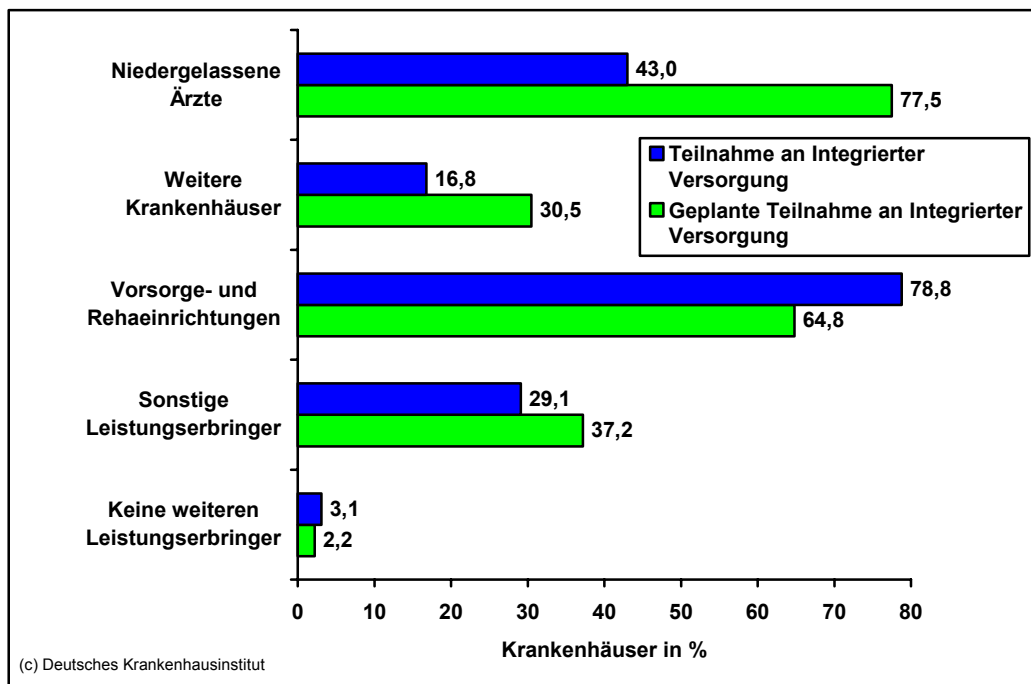


Abb. 27: Beteiligte Leistungserbringer bei Integrierter Versorgung

Betrachtet man nur die Häuser, die an der Integrierten Versorgung teilnehmen möchten, fällt auf, dass diese weitaus stärker mit niedergelassenen Ärzten (77,5%) und anderen Krankenhäusern (30,6%) kooperieren wollen.

Nach Bettengrößenklassen und im Ost-West-Vergleich gibt es insgesamt wenig Auffälligkeiten: Kleinere Häuser unter 100 Betten kooperieren im Rahmen der Integrierten Versorgung vergleichsweise selten mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (43,2%). In den neuen Bundesländern ist die Beteiligung nie-

dergelassener Ärzte besonders stark ausgeprägt (89,1%), während mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen seltener kooperiert wird (50,7%).¹⁹

Aufschlussreich ist auch, wie viele Häuser im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Leistungserbringern aus mehreren Leistungssektoren kooperieren.²⁰ Demnach sind in 28,7% der Häuser mit faktischer Teilnahme sowohl niedergelassene Ärzte als auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beteiligt, in 16,4% niedergelassene Ärzte und weitere Krankenhäuser sowie in 6,2% weitere Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Bei gleichfalls 6,2% der Krankenhäuser erstreckt sich die Integrierte Versorgung sogar auf niedergelassene Ärzte sowie weitere Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Die Krankenhäuser, die eine Beteiligung an der Integrierten Versorgung planen, beabsichtigen in noch weit stärkerem Maße eine Kooperation mit mehreren Leistungssektoren.

6.6 Vergütung der Integrierten Versorgung

Die Häuser, die sich bereits heute an der Integrierten Versorgung beteiligen, sollten sich zu den entsprechenden Vergütungsbedingungen äußern. Unter den Vergütungsformen dominiert eindeutig die Pauschalvergütung je Fall. In 77,3% der genannten Häuser wird diese Variante praktiziert. Eine Einzelleistungsvergütung findet hingegen vergleichsweise selten statt (6,7%).

Sonstige Vergütungsformen kommen in 13,0% der Häuser zur Anwendung. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier u.a. genannt: eine Pauschalvergütung pro Quartal, eine Vergütung pro Einsatztag, Komplexpauschalen für Akutkrankenhaus und Rehabilitationsklinik sowie diverse Zuschläge zu den DRGs.

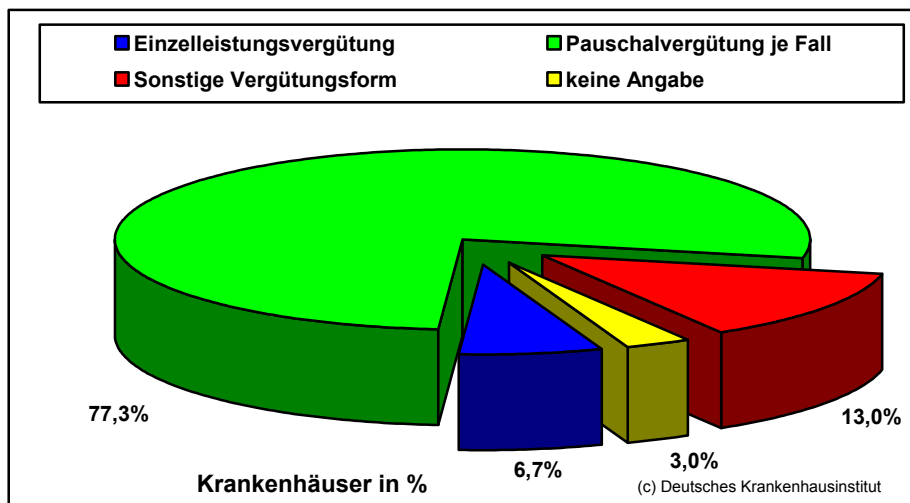


Abb. 28: Vergütungsformen bei Integrierter Versorgung

¹⁹ Bei der Betrachtung nach Bettengrößenklassen und im Ost-West-Vergleich wurden die Ergebnisse für Häuser mit tatsächlicher bzw. geplanter Teilnahme an der Integrierten Versorgung zusammengefasst.

²⁰ Inwieweit sich diese Kooperationen auf einen Vertrag oder mehrere Verträge eines Krankenhauses zur Integrierten Versorgung beziehen, wurde zwar nicht explizit erhoben. Gerade in der Einstiegsphase der Integrierten Versorgung dürfte es sich aber primär um singuläre Verträge handeln.

Angaben zur Höhe des Vergütungsvolumens machten nur etwa zwei Drittel der an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Häuser, so dass die folgenden Angaben mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Jeweils etwa die Hälfte der Verträge zur Integrierten Versorgung hat ein Vergütungsvolumen von bis zu 300.000 Euro oder über 300.000 Euro pro Jahr. Bei jeweils rund einem Viertel der Verträge liegt das jährliche Vergütungsvolumen bei 75.000 Euro oder weniger bzw. bei einer Mio Euro oder mehr.

Das – allerdings von wenigen Krankenhäusern mit sehr hoher Vergütung sehr stark beeinflusste – durchschnittliche Vergütungsvolumen der bis Mitte 2004 abgeschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung liegt bei 767.000 Euro pro Jahr.

Im Mittel (Median) entspricht das Vergütungsvolumen aus der Integrierten Versorgung in den beteiligten Krankenhäusern ca. 0,9% ihrer Erlöse aus allgemeinen Krankenhausleistungen.

Zumindest unter den Stichprobenkrankenhäusern nimmt das Vergütungsvolumen der Verträge zur Integrierten Versorgung mit steigender Krankenhausgröße ab bzw. fällt in den neuen Bundesländern größer aus als in den alten Bundesländern. Allerdings sind die Fallzahlen in den jeweiligen Teilgruppen zu klein, um verlässliche Hochrechnungen durchführen zu können.

6.7 Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung

Nimmt in einem KV-Bezirk mindestens ein Krankenhaus an der Integrierten Versorgung teil, erfolgt für alle Krankenhäuser der Region eine Rechnungskürzung von bis zu 1% der Rechnungen für voll- und teilstationäre Leistungen. Der Kürzungssatz hängt vom Vergütungsvolumen der abgeschlossenen Integrationsverträge ab.

Obwohl in den meisten KV-Bezirken Integrationsverträge vorliegen, hat bislang nur knapp ein Viertel (24%) der Krankenhäuser Rechnungskürzungen hinnehmen müssen, in den neuen Bundesländern jedoch gut 40%. In rund der Hälfte der betroffenen Häuser erfolgt die Rechnungskürzung erst seit Juli 2004. Die relativ kurze Laufzeit vieler Verträge dürfte auch ein Grund sein, warum bei einem Großteil der Krankenhäuser die Rechnungen noch nicht gekürzt wurden.

Die Häuser mit Rechnungskürzungen sollten angeben, um wie viel Prozent ihre Rechnungen gekürzt wurden; bei mehreren Rechnungskürzungen war der höchste Prozentsatz aufzuführen. Demnach wurde in 43,2% der betroffenen Häuser der maximale Kürzungssatz von einem Prozent durch zumindest eine Krankenkasse erreicht. In knapp einem Viertel der Häuser lag er unterhalb von 0,5%.

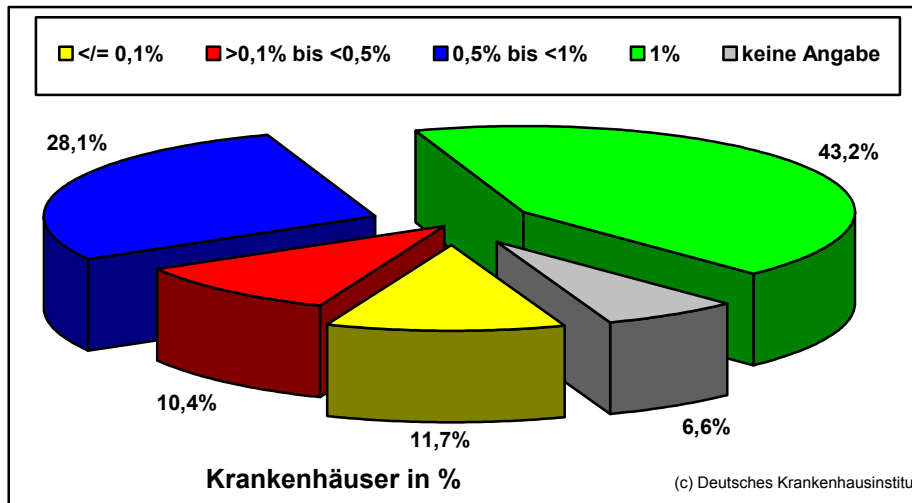


Abb. 29: Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung

Unterschiede resultierten auch zwischen alten und neuen Bundesländern. Während bei zwei Dritteln (67,8%) der betroffenen Krankenhäuser im Osten Rechnungen um bis zu 1% gekürzt wurden, wies nur gut ein Drittel der westdeutschen Krankenhäuser (34,9%) den maximalen Kürzungswert auf.

7 Neue Versorgungsformen

7.1 Disease-Management-Programme (DMP)

Durch strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137 f SGB V (Disease-Management-Programme) soll die Behandlung chronisch Kranker verbessert werden. Bislang hat der Gemeinsame Bundesausschuss (bzw. vormals der Koordinierungsausschuss) nur wenige Krankheitsbilder benannt, für die DMP entwickelt werden sollen (Diabetes, Brustkrebs, koronare Herzkrankheiten; in Vorbereitung: Asthma).

Vor diesem Hintergrund erklärten 58% der beteiligten Krankenhäuser, dass sich ihr Leistungsspektrum für eine Teilnahme an einem DMP eigne. Die übrigen Häuser sind in dieser Hinsicht eher skeptisch.

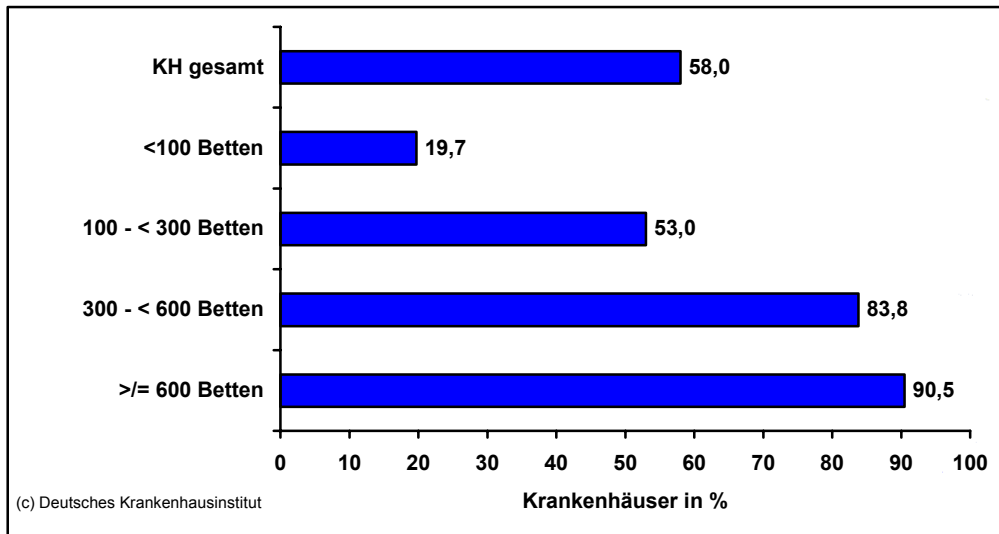


Abb. 30: Krankenhäuser mit geeignetem Leistungsspektrum für DMP

Sehr unterschiedlich sind die Einschätzungen der Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen. Etwa ein Fünftel der Krankenhäuser bis 100 Betten schätzt das Spektrum des Hauses als geeignet für DMP ein. In der Bettengrößenklasse von 100 bis unter 300 Betten ist es gut die Hälfte. In den Häusern ab 300 Betten sind mehr als vier Fünftel der Häuser davon überzeugt, dass sich ihr Leistungsspektrum zur Teilnahme an DMP eigne.

Bislang ist allerdings nur eine Minderheit der Krankenhäuser vertraglich in DMP eingebunden. Beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind es 9,9% der Krankenhäuser, beim DMP Brustkrebs 13,1% und beim DMP Koronare Herzkrankheiten weniger als 1%.

Mit steigender Krankenhausgröße nimmt auch die Zahl der vertraglich gebundenen Häuser tendenziell zu. Beispielsweise hat etwa ein Viertel der Häuser ab 300 Betten Verträge zum DMP Brustkrebs abgeschlossen.

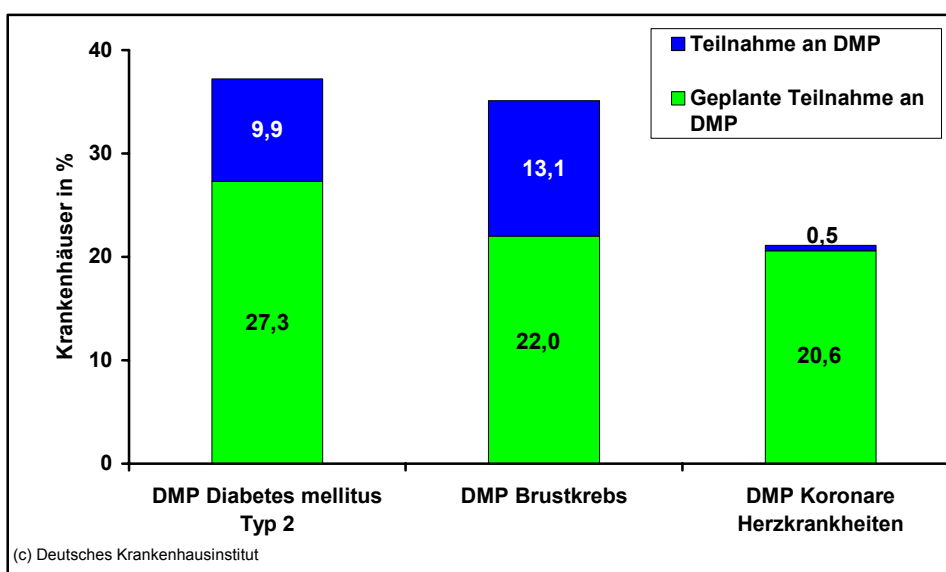


Abb. 31: Krankenhäuser mit (geplanter) Teilnahme an DMP

Darüber hinaus planen zwischen ca. 20 bis 30% der Häuser, künftig an den DMP teilzunehmen. Darunter sind abermals die Krankenhäuser ab 300 Betten überrepräsentiert.

7.2 Ambulante Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen

In Ergänzung zu den bisherigen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten sind die Krankenhäuser gemäß § 116 Abs. 2 bis 5 SGB V bei sog. hochspezialisierten Leistungen bzw. der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen unter bestimmten Bedingungen zur ambulanten Behandlung zugelassen. Die jeweiligen Leistungen sind entweder durch Gesetz vorgegeben (z.B. Versorgung von Patienten mit MS oder HIV) oder werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt. Die Leistungserbringung setzt einen Vertrag zwischen Krankenhaus und Krankenkassen oder ihren Verbänden auf Landesebene voraus.

Allerdings glauben momentan nur 21,4% der Krankenhäuser, dass sich ihr Leistungsspektrum für die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß § 116 b SGB V anbietet. Nach derzeitigem Stand kommen dafür in erster Linie die sehr großen Häuser ab 600 Betten in Betracht, die sich zu drei Vierteln für die entsprechende Leistungserbringung geeignet halten.

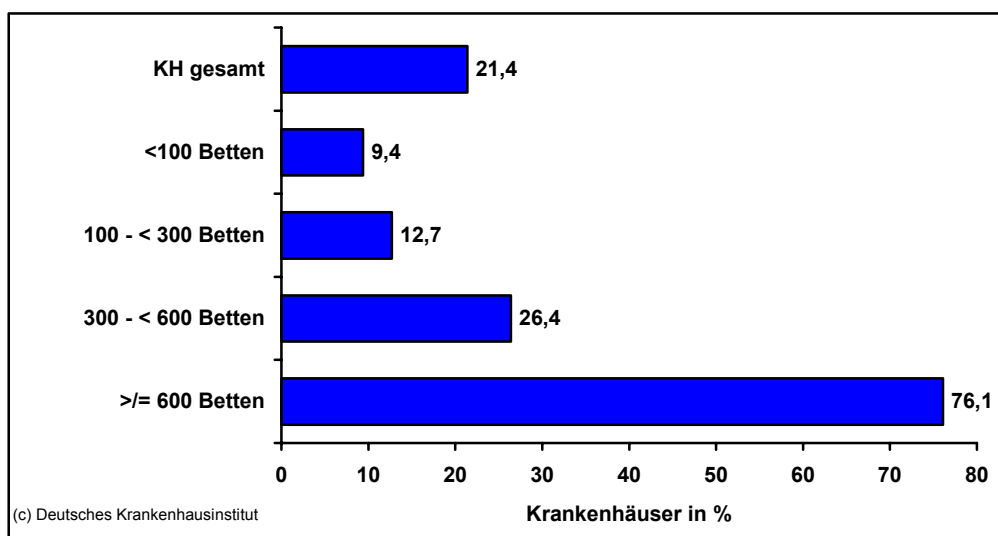


Abb. 32: Krankenhäuser mit geeignetem Leistungsspektrum zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen

Keines der in der Stichprobe vertretenen Krankenhäuser gab an, bereits einen Vertrag zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß § 116 b SGB V abgeschlossen zu haben. 14% der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser planen eine entsprechende Teilnahme. Das sind immerhin rund zwei Drittel der Häuser mit geeignetem Leistungsspektrum.

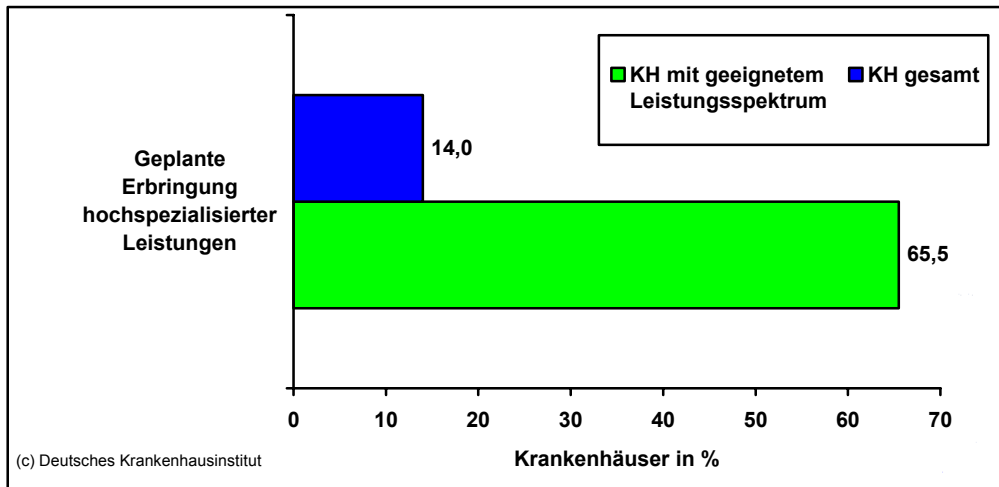


Abb. 33: Krankenhäuser mit geplanter Erbringung hochspezialisierter Leistungen

7.3 Ambulante Behandlung bei Unterversorgung

Gemäß § 116 a SGB V kann der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag hin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für das Fachgebiet bzw. dem Planungsbereich ermächtigen, in dem der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung festgestellt hat.

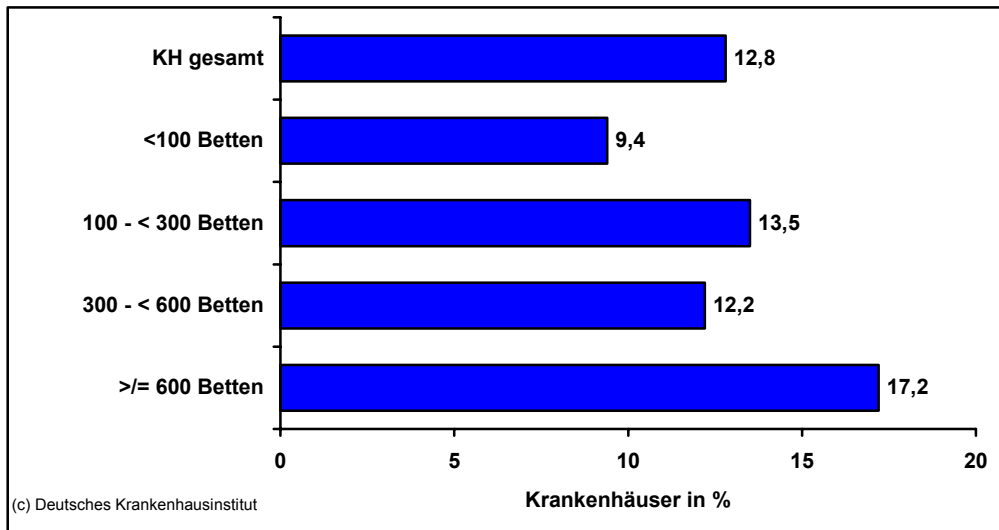


Abb. 34: Krankenhäuser mit ambulanter Behandlung bei Unterversorgung

Bundesweit gaben 12,8% der Krankenhäuser an, an der entsprechenden Behandlung bei Unterversorgung teilzunehmen. In den neuen Bundesländern ist die Teilnahme mit 15,2% höher als in den alten Bundesländern mit 12,4%.²¹

²¹ Es ist allerdings vorderhand nicht auszuschließen, dass ein Teil der Befragten ihre Antworten irrtümlicherweise auf bereits vorhandene persönliche Ermächtigungen von Krankenhausärzten bezogen hat.

Differenziert nach Bettengrößenklassen fällt die Teilnahme der großen Häuser über 600 Betten überdurchschnittlich aus (17,2%), in den kleinen bis 100 Betten dagegen unterdurchschnittlich (9,4%).

7.4 Medizinische Versorgungszentren

Neben den Vertragsärzten sowie den ermächtigten Ärzten und Einrichtungen nehmen seit 2004 auch medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Dabei handelt es sich nach § 95 SGB V um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Auch Krankenhäuser können medizinische Versorgungszentren gründen oder an ihnen teilnehmen.

Allerdings haben bislang nur äußerst wenige Häuser von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Im ersten Halbjahr 2004 hat bundesweit weniger als 1% der Krankenhäuser ein medizinisches Versorgungszentrum gegründet oder sich daran beteiligt. Rund 40% planen jedoch künftig eine Gründung oder Beteiligung.

Darunter sind kleine Häuser bis 100 Betten unterrepräsentiert. Etwa ein Viertel dieser Häuser beabsichtigt die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums, während es in den übrigen Bettengrößenklassen zwischen 40 und 50% sind.

Auch im Ost-West-Vergleich resultieren gewisse Unterschiede. In den neuen Bundesländern plant jedes zweite Haus die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums, im Westen sind es hingegen weniger als 40%.

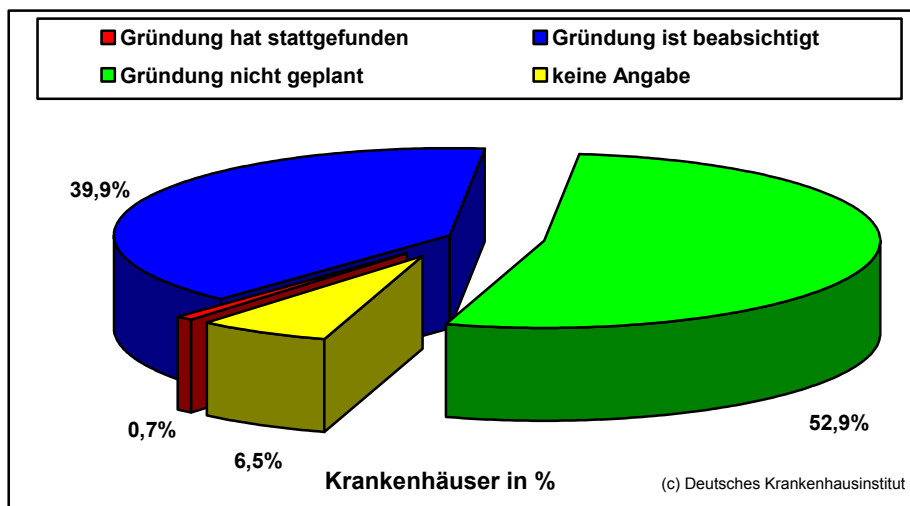


Abb. 35: Krankenhäuser mit (geplanter) Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums

8 Ambulantes Operieren

8.1 Krankenhäuser mit ambulanten Operationen

Im Jahr 2003 wurden in 69,1% der Krankenhäuser ambulante Operationen als Institutsleistung durchgeführt (also ohne ambulante Operationen durch ermächtigte Ärzte oder Belegärzte). Gegenüber dem Jahr 2001 – für das letztmalig im

Krankenhaus Barometer das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V thematisiert wurde – entspricht dies einer Zunahme von ca. 7 Prozentpunkten.

Wie schon in der Vergangenheit lag der Anteil der Krankenhäuser mit ambulanten Operationen in den neuen Bundesländern (80,0%) höher als in den alten Bundesländern (67,3%).

Der Unterschied ist nicht zuletzt auf die im Durchschnitt größere Bettenzahl ostdeutscher Krankenhäuser zurückzuführen. Denn mit zunehmender Krankenhausgröße steigt der Anteil der Häuser mit ambulanten Operationen merklich an. Lediglich in den kleinen Häusern unter 100 Betten führt eine Minderheit der Krankenhäuser ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V durch; ambulante Eingriffe werden hier überproportional von Belegärzten erbracht. Ansonsten variiert der Anteil der Häuser mit ambulanten Operationen zwischen ca. 75 bis 90%.

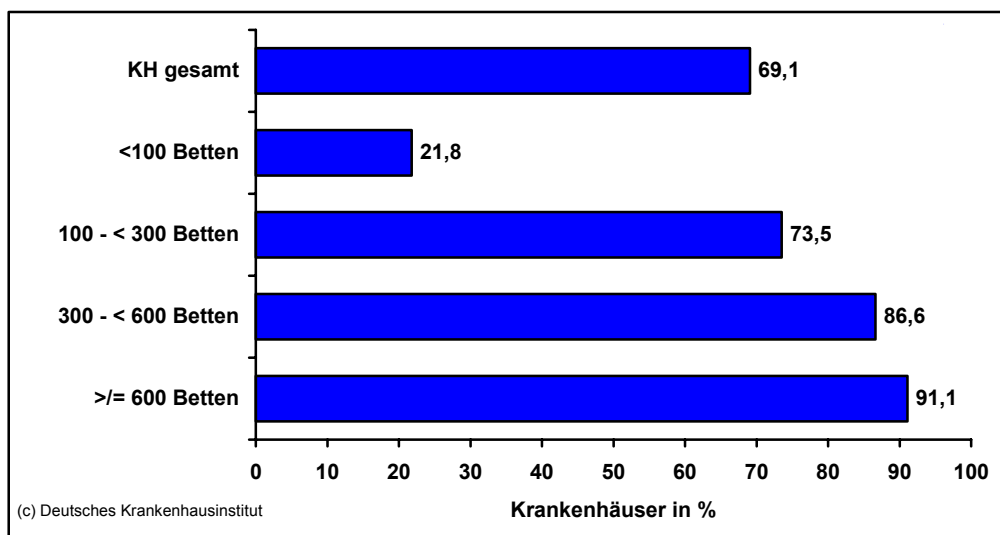


Abb. 36: Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V

8.2 Fallzahlen bei ambulanten Operationen

Die Krankenhäuser, die ambulante Operationen nach § 115 b SGB V durchführten, haben 2003 im Durchschnitt 516 Patienten ambulant operiert. Im Jahr 2001 waren es noch 438 Patienten. Das entspricht einer Steigerung von 17,8% innerhalb von zwei Jahren.

Die Fallzahlen für ambulante Operationen nehmen mit steigender Krankenhausgröße merklich zu. So haben die Häuser mit 100 bis unter 300 Betten im Durchschnitt 299 Patienten ambulant operiert. In der Bettengrößenklasse von 300 bis unter 600 Betten waren es mit 651 Patienten mehr als doppelt so viel. In Häusern über 600 Betten wurden durchschnittlich 1.250 ambulante Eingriffe durchgeführt.²²

²² Die Durchschnittswerte beziehen sich nur auf Häuser mit ambulanten Operationen.

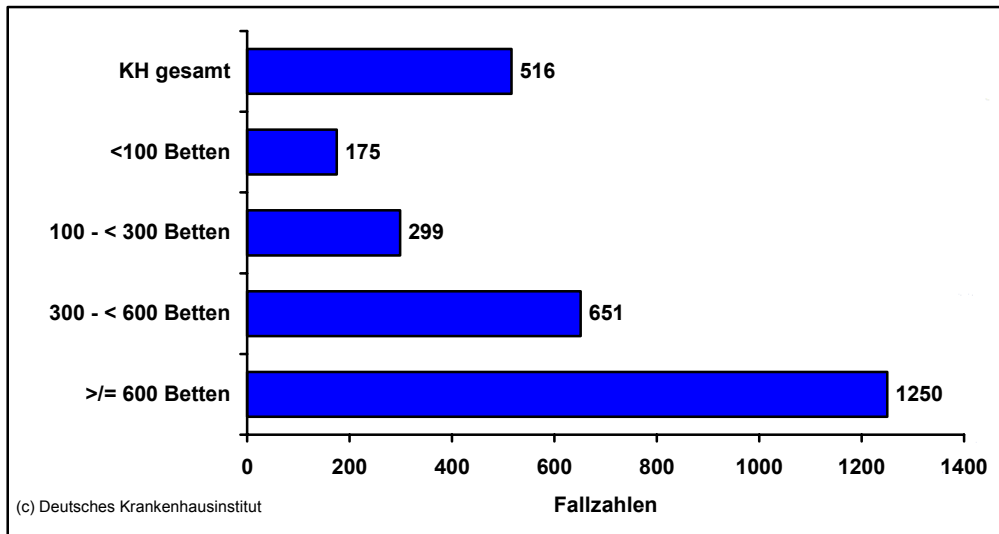


Abb. 37: Durchschnittliche Fallzahlen für ambulante Operationen je Krankenhaus

Trotz einer höheren Beteiligung am ambulanten Operieren in den ostdeutschen Krankenhäusern ist die durchschnittliche Fallzahl ambulanter Operationen in den neuen Bundesländern (537) nur wenig höher als in den alten Bundesländern (512).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland gab es 2003 insgesamt 632.500 Fälle mit ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V. 2001 waren es noch 448.000 Fälle. Dies bedeutet eine drastische Zunahme um 184.500 Fälle oder 41,2%.

8.3 Ambulante Operationen nach Fachabteilungen

Von den bundesweit 632.500 Fällen mit ambulanten Operationen entfallen drei Viertel auf die Fachabteilungen der Chirurgie, Gynäkologie und Augenheilkunde.

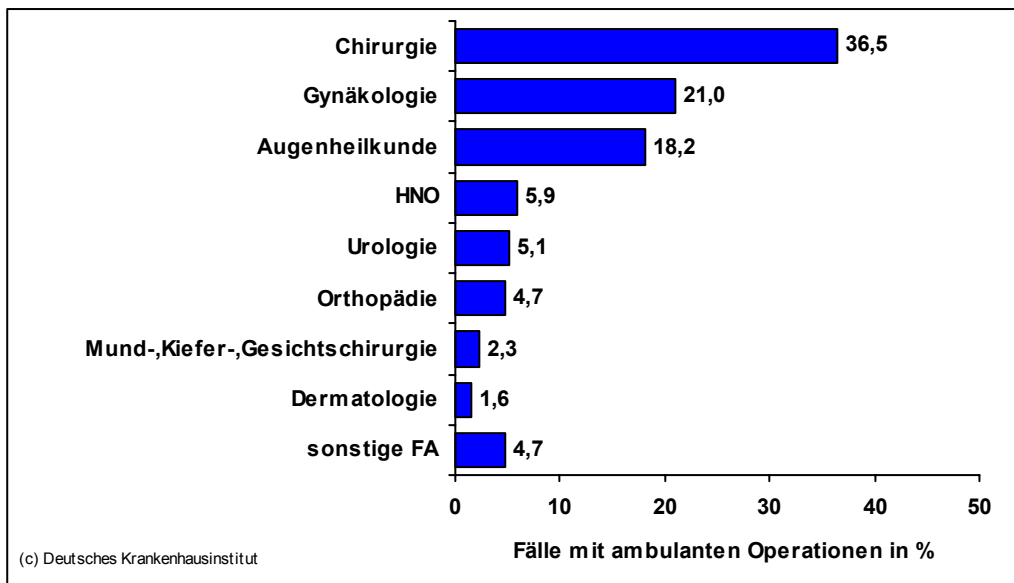


Abb. 38: Ambulante Operationen nach Fachabteilungen

Betrachtet man die durchschnittliche Anzahl der Fälle mit ambulanten Operationen je Fachabteilung, ergibt sich ein etwas anderes Bild. Hier erreichen Fachabteilungen, die vergleichsweise selten vorgehalten werden, die höchsten Fallzahlen. So wurden 2003 beispielsweise in der Augenheilkunde durchschnittlich 972 Patienten ambulant operiert, in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 569 und in der Dermatologie 253 Patienten.

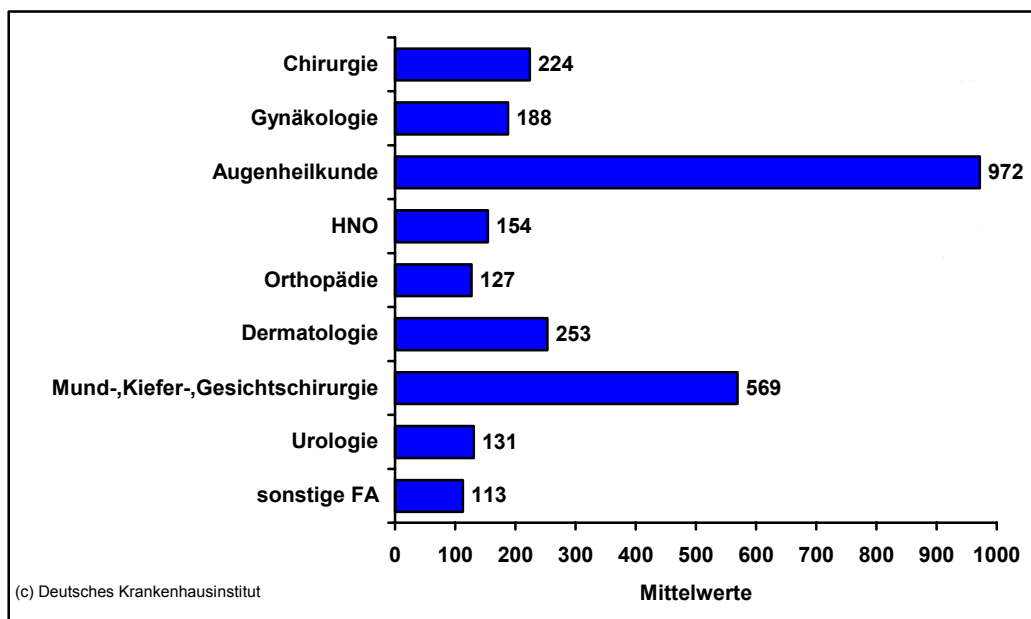


Abb. 39: Durchschnittliche Fallzahl für ambulante Operationen je Fachabteilung

Im Vergleich dazu sind es in den häufig vorkommenden Fachabteilungen für Chirurgie im Schnitt 224 ambulante Operationen und in der Gynäkologie 188 ambulante Eingriffe.²³

8.4 Entwicklung des ambulanten Operierens in 2004

Die Entwicklung des ambulanten Operierens im Jahr 2004 wird maßgeblich durch die Neufassung des Vertrages nach § 115b SGB V beeinflusst. Dort sind die Leistungen, die „in der Regel“ ambulant erbracht werden sollen, gesondert gekennzeichnet. D.h., das Krankenhaus kann diese Leistungen nur dann stationär erbringen, wenn bestimmte in der Vertragsanlage aufgeführte Tatbestände vorliegen.

Vor diesem Hintergrund ist für 2004 mit einer merklichen Zunahme des ambulanten Operierens im Krankenhaus zu rechnen. 81,4% der Krankenhäuser haben in diesem Jahr ambulante Operationen als Institutsleistung erbracht bzw. beabsichtigen eine entsprechende Leistungserbringung.

²³ Die Durchschnittswerte beziehen sich nur auf Fachabteilungen mit ambulanten Operationen.

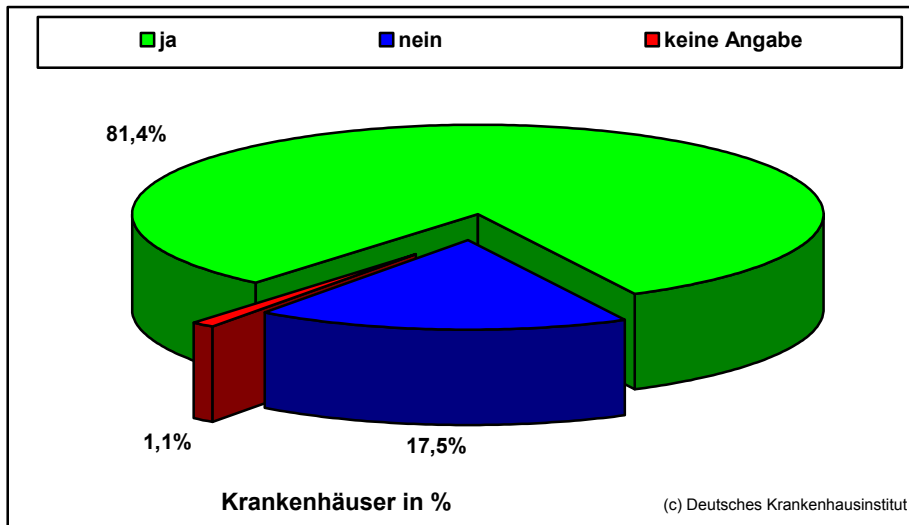


Abb. 40: Durchführung ambulanter Operationen durch das „Institut“ Krankenhaus in 2004

Gegenüber dem Vorjahr wäre dies nochmals eine Steigerung um ca. 13 Prozentpunkte. Dabei fallen die Steigerungsraten in den kleineren Häusern bis 300 Betten überproportional aus.

In Kenntnis der Entwicklung für das erste Halbjahr 2004 erwartet die große Mehrzahl der Häuser für dieses Jahr im Vergleich zum Vorjahr eine Fallzahlsteigerung. 36,5% sind der Ansicht, dass die Fallzahl ambulanter Operationen etwas höher sein werde; weitere 45,3% rechnen sogar mit deutlich höheren Fallzahlen.

Die Letztgenannten erwarten im Durchschnitt Fallzahlsteigerungen von ca. 70%, wollen also das ambulante Operieren spürbar ausbauen.

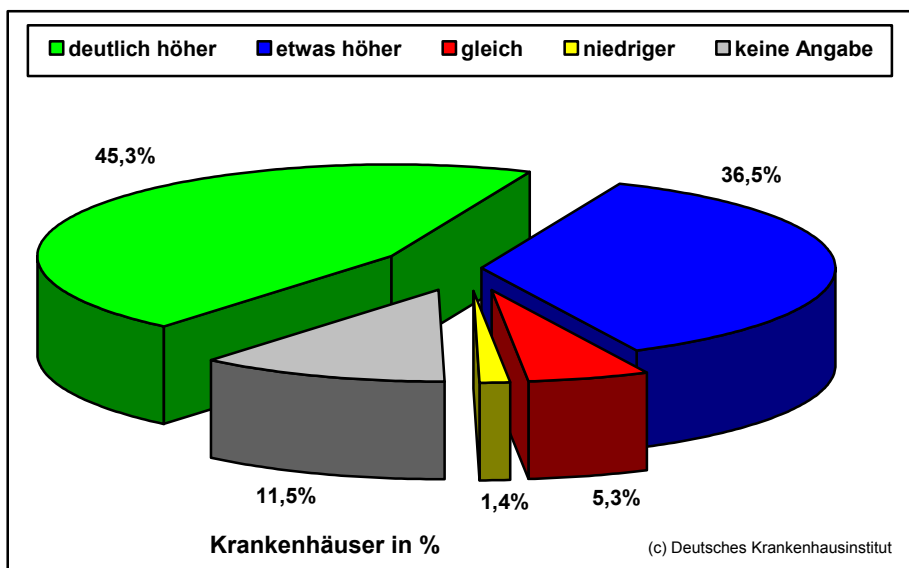


Abb. 41: Entwicklung ambulanter Operationen in 2004 im Vergleich zum Vorjahr

8.5 Auswirkungen des ambulanten Operierens im Jahr 2004

Die Mehrheit der Krankenhäuser erwartet für 2004 negative Auswirkungen des ambulanten Operierens auf die stationären Fallzahlen und Erlöse. Jeweils rund zwei Drittel der Häuser glauben, dass infolge des ambulanten Operierens sowohl die stationären Fallzahlen als auch die stationären Erlöse sinken werden. Darüber hinaus ist die Hälfte der Häuser der Überzeugung, dass durch das ambulante Operieren auch die Erlöse aus Krankenhausleistungen insgesamt gemindert werden.

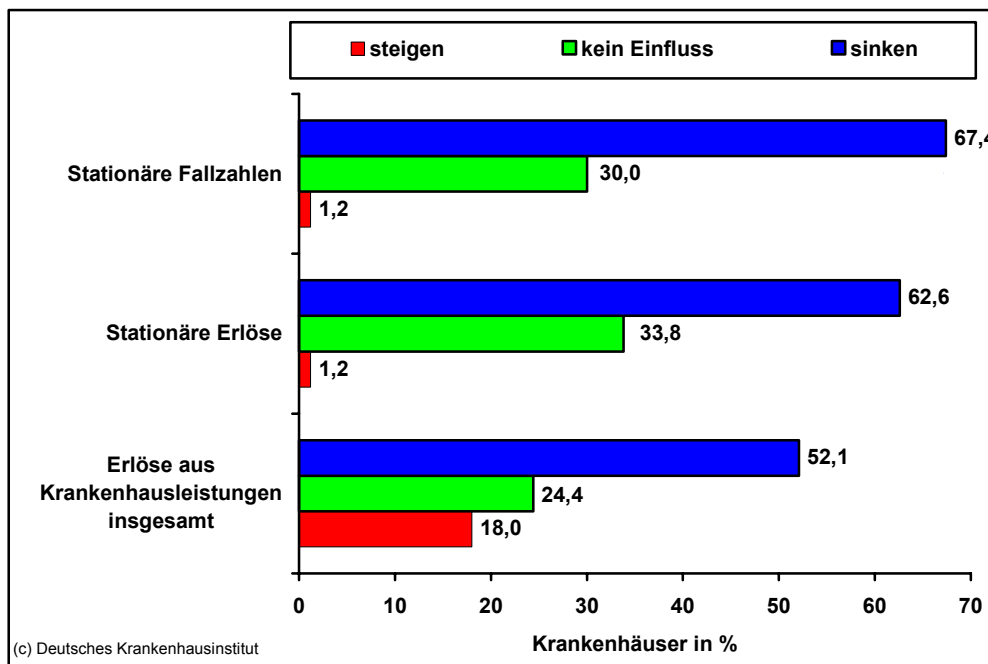


Abb. 42: Auswirkungen des ambulanten Operierens auf das Krankenhaus

Da die kleinen Häuser unter 100 Betten seltener am ambulanten Operieren beteiligt sind, erwarten sie auch am wenigsten Fallzahl- bzw. Erlösrückgänge. Möglicherweise bedingt durch die insgesamt sehr hohen Fallzahlen rechnen auch die großen Häuser ab 600 Betten eher unterproportional mit negativen Auswirkungen des ambulanten Operierens.

8.6 Beanstandungen durch die Kostenträger

Der Vertrag nach § 115 b SGB V sieht vor, dass anstelle von ambulanten Operationen auch stationäre Eingriffe durchgeführt werden können, wenn bestimmte in der Vertragsanlage aufgeführte Tatbestände vorliegen.

Im Jahr 2004 sind daraufhin in 69,5% der Krankenhäuser verstärkt Probleme mit den Kostenträgern hinsichtlich der Abrechnung entsprechender stationär durchgeführter Operationen aufgetreten. Die entsprechenden Probleme traten vor allem bei kleineren Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten überproportional auf (75,7%).

In 39,1% der Häuser wurden die sog. allgemeinen individuellen Tatbestände seitens der Kostenträger beanstandet. Dabei handelt es sich um soziale Faktoren, die eine postoperative ambulante Versorgung gefährden könnten (z.B. fehlende

Kommunikationsfähigkeit des Patienten, fehlende sachgerechte Versorgung in seinem Haushalt).

Ähnlich häufig, nämlich in 35,6% der Häuser, kritisierten die Kostenträger die Geltendmachung der morbiditäts- bzw. diagnosebedingten allgemeinen Tatbestände (wie die Schwere der Erkrankung, klinisch-relevante Begleiterkrankungen oder besondere postoperative Risiken).

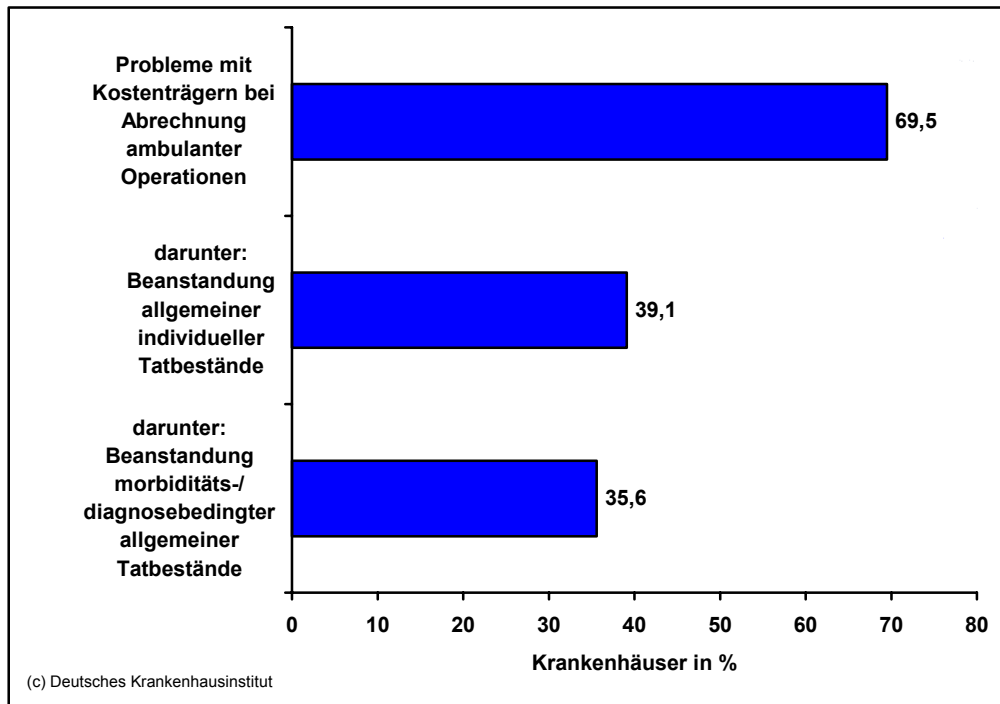


Abb. 43: Beanstandungen durch die Kostenträger

8.7 Gründe für die Nicht-Teilnahme am ambulanten Operieren

Die Häuser, die keine ambulanten Operationen durch das Institut Krankenhaus erbringen, wurden nach den Gründen hierfür gefragt. Die am häufigsten angeführten Gründe bilden die fehlende Eignung des stationären Leistungsspektrums für ambulante Operationen (44,6%) und die Erbringung ambulanter Operationen durch Belegärzte (29,7%).

Im Vergleich dazu spielten vorliegende Ermächtigungen von Krankenhausärzten für ambulante Operationen eine untergeordnete Rolle (4,5%). Dagegen bildeten 2001 die Ermächtigungen von Krankenhausärzten noch bei einem Drittel der jeweiligen Krankenhäuser einen wichtigen Hinderungsgrund für das ambulante Operieren.

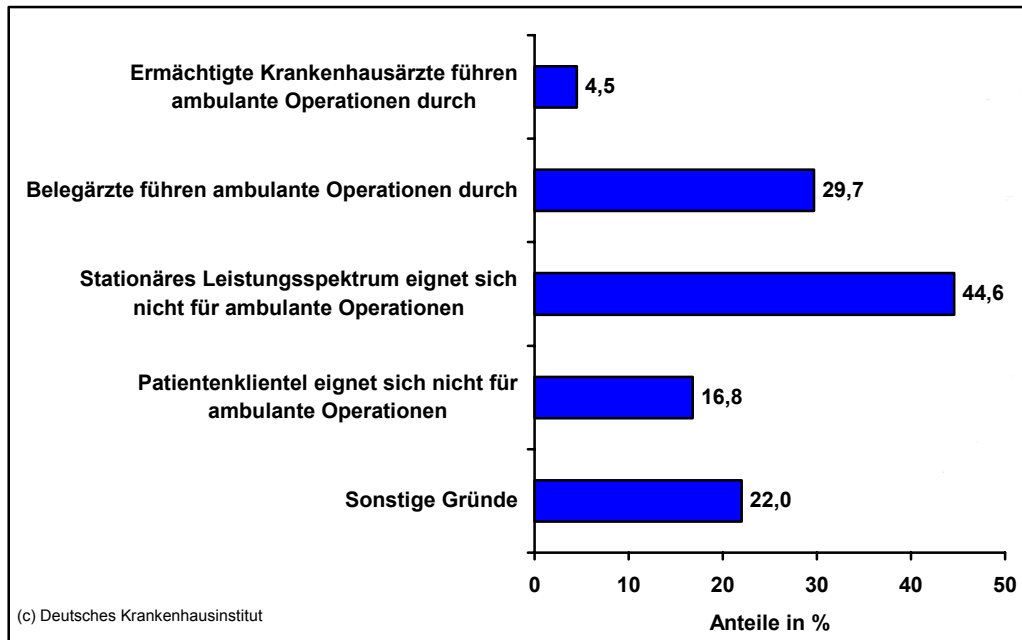


Abb. 44: Gründe für die Nicht-Teilnahme am ambulanten Operieren

Die Ergebnisse belegen aber auch, dass der Anteil der Krankenhäuser mit ambulanten Operationen unterschätzt wird, wenn man nur die Institutsleistungen berücksichtigt. Insgesamt wird in rund 31% der Krankenhäuser, die ambulante Operationen nicht durch das Institut Krankenhaus erbringen, dennoch ambulant operiert – und zwar von ermächtigten Ärzten oder Belegärzten.

9 Änderung des Leistungsspektrums

9.1 Häufigkeit von Leistungsveränderungen

Vor dem Hintergrund des DRG-Systems, neuer Versorgungsformen sowie den neuen Bestimmungen zur Integrierten Versorgung und zum ambulanten Operieren sind Änderungen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser möglicherweise naheliegend. Deswegen wurden die teilnehmenden Krankenhäuser befragt, ob ihr stationäres oder ambulantes Leistungsspektrum seit Anfang 2003 Veränderungen erfahren habe, sei es inhaltlich oder quantitativ.

Die entsprechende Frage wurde von gut der Hälfte der Krankenhäuser (53,2%) bejaht. Dabei lassen sich merkbare Unterschiede nach Bettengrößenklassen und alten bzw. neuen Bundesländern ausmachen:

Vor allem in den größeren Krankenhäusern hat sich das Leistungsspektrum verändert. Dies ist in 64,6% der Häuser mit 300 bis unter 600 Betten der Fall und in 80,1% der Häuser ab 600 Betten. Dagegen haben sich in den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten nur bei einer Minderheit (31,2%) Leistungsveränderungen ergeben.

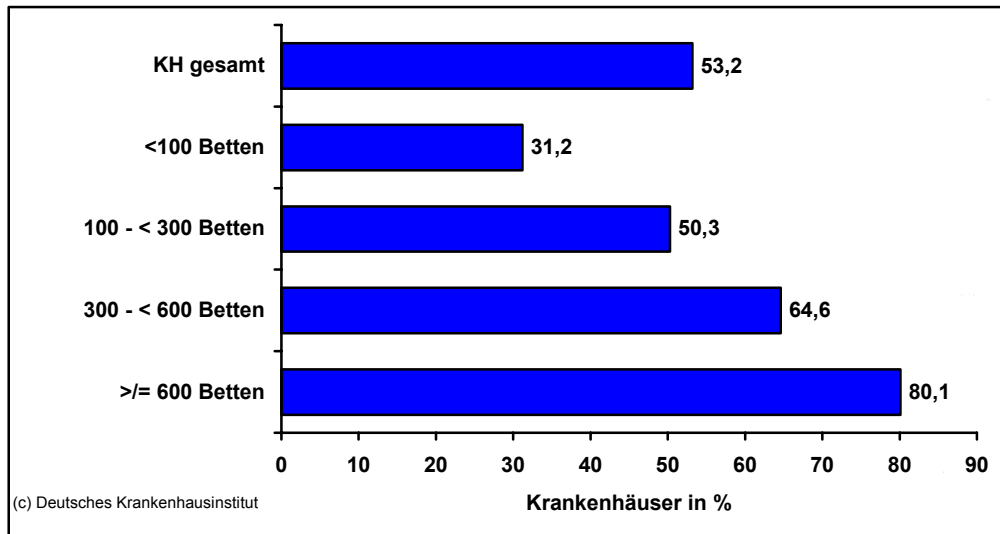


Abb. 45: Krankenhäuser mit Änderungen im Leistungsspektrum

Änderungen im Leistungsspektrum erfolgten im Osten häufiger als im Westen. Während in 51% der westdeutschen Häuser das Leistungsspektrum inhaltliche oder quantitative Änderungen erfahren hat, waren es in den neuen Bundesländern 62,9%.

9.2 Art der Leistungsveränderungen

Die häufigsten Änderungen waren eine neue Schwerpunktbildung innerhalb von Fachabteilungen (26,3% der Krankenhäuser) sowie die Ausweitung des stationären Leistungsangebots (21,9%). Entsprechende Änderungen kommen in größeren Häusern ab 300 Betten tendenziell häufiger vor als in kleineren Einrichtungen.

Neue Fachabteilungen sind in 6,7% der Häuser angedacht, abermals in größeren Häusern ab 300 Betten öfter als in kleineren Einrichtungen.

8,3% der Häuser wollen ihr stationäres Leistungsangebot reduzieren und 4,1% sogar Fachabteilungen schließen. Die entsprechenden Maßnahmen sind vor allem in sehr kleinen Häusern unter 100 Betten geplant.

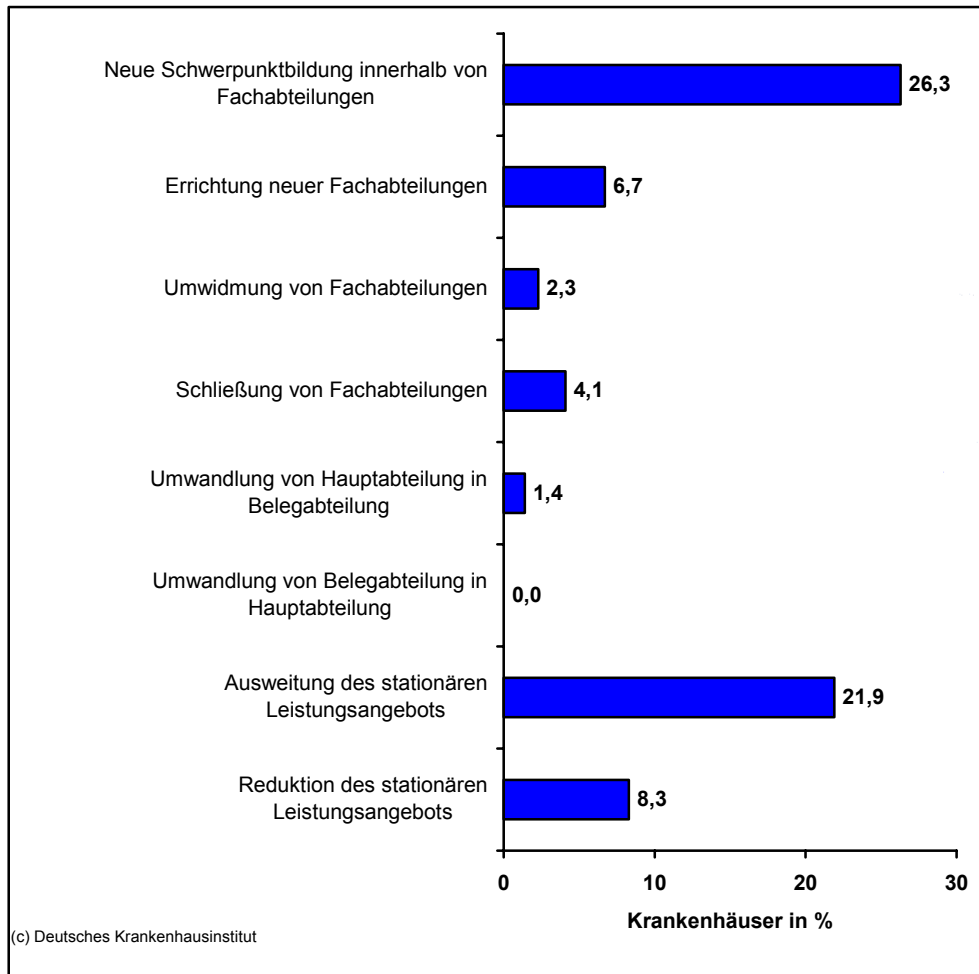


Abb. 46: Krankenhäuser mit Veränderungen bei stationären Leistungen

In jedem Fall planen zahlreiche Krankenhäuser, in Zukunft verstärkt ambulant tätig zu werden. Gut ein Drittel der Häuser will das ambulante Leistungsangebot ausweiten. Knapp 23% wollen darüber hinaus neue ambulante Leistungsarten einführen. Nur eine kleine Minderheit von Häusern (1,2%) will dagegen ihr ambulantes Leistungsangebot reduzieren.

Die Ausweitung des ambulanten Leistungsangebots erfolgt in den größeren Kliniken ab 300 Betten bzw. in den ostdeutschen Krankenhäusern in stärkerem Maße als in den übrigen Häusern.

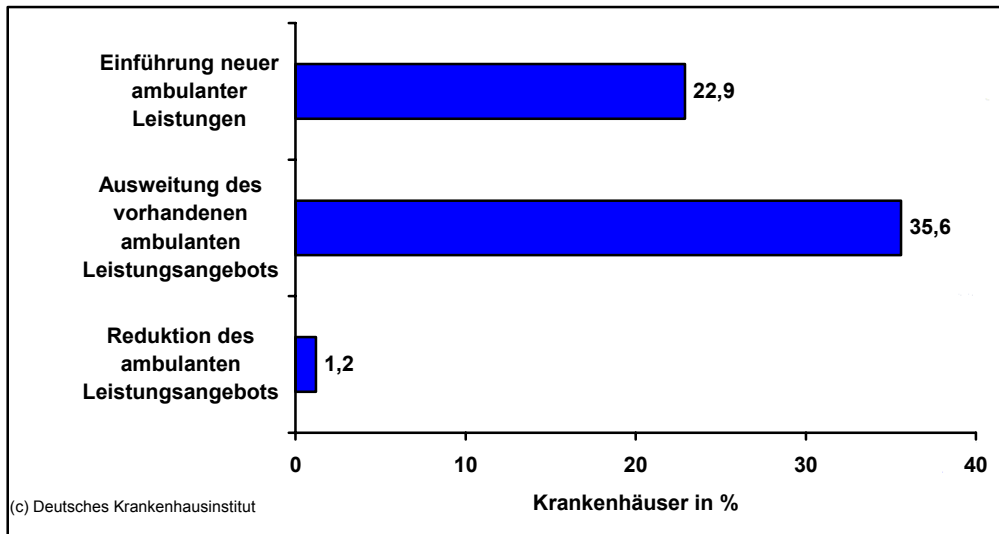


Abb. 47: Krankenhäuser mit Veränderungen bei ambulanten Leistungen

9.3 Gründe für ein (nicht) verändertes Leistungsspektrum

Die meisten Häuser haben die o.a. Leistungsveränderungen sehr gezielt auf Grund einer mittel- oder langfristigen Strategie vorgenommen. Dies war in gut zwei Dritteln der Häuser der Fall. Die Bedeutung einer entsprechenden strategischen Planung nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu.

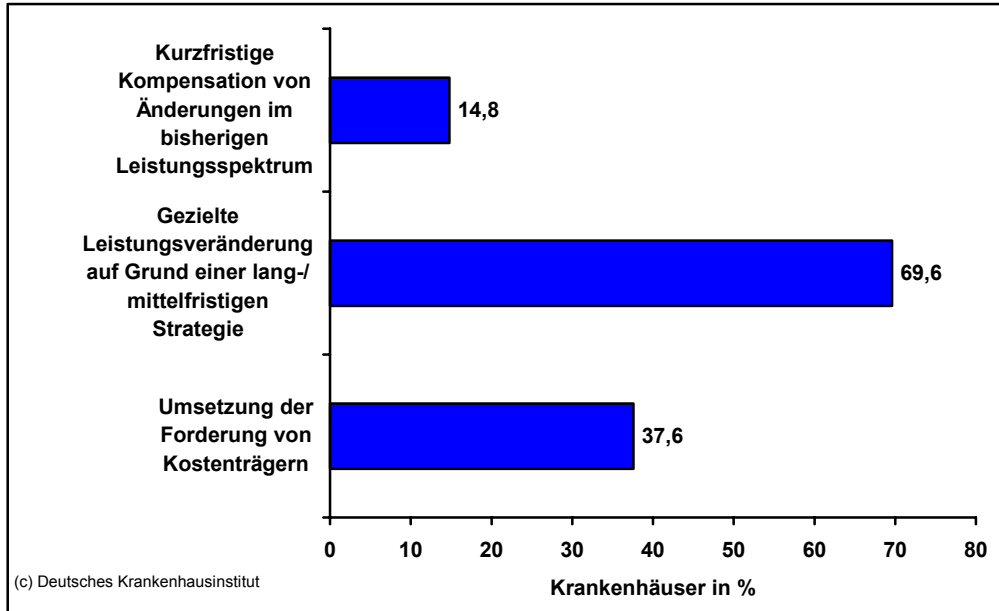


Abb. 48: Gründe für ein verändertes Leistungsspektrum

Immerhin gut ein Drittel der Häuser hat mit den Leistungsveränderungen - laut eigener Aussage - Forderungen von Kostenträgern umgesetzt. In dieser Hinsicht gibt es kaum Unterschiede nach Bettengrößenklassen, hingegen nach alten und neuen Bundesländern. Während im Osten 55,5% der Häuser entsprechenden Forderungen von Kostenträgern gefolgt sind, waren es im Westen nur 33,7%.

Nur in einer Minderheit der Krankenhäuser (13,4%) diente die Umgestaltung des Leistungsspektrums der kurzfristigen Kompensation von Änderungen im bisherigen Leistungsspektrum.

Analog zu Häusern mit Änderungen des Leistungsspektrums wurden auch Häuser ohne diesbezügliche Veränderungen nach den Gründen hierfür befragt. Knapp die Hälfte dieser Gruppe sieht aus krankenhausspezifischen Gründen momentan keine Möglichkeiten für Leistungsveränderungen. Dies gilt allerdings in erster Linie für kleinere Häuser unter 300 Betten.

Bei einem Teil der Häuser sind Leistungsveränderungen kurzfristig (17,0%) bzw. mittelfristig (36,8%) geplant.

In 17,9% der Häuser sind Leistungsveränderungen von den Kostenträgern unterbunden worden. Abermals war der Einfluss der Kostenträger in ostdeutschen Krankenhäusern (31,5%) stärker als in den Häusern der alten Bundesländer (16,0%).

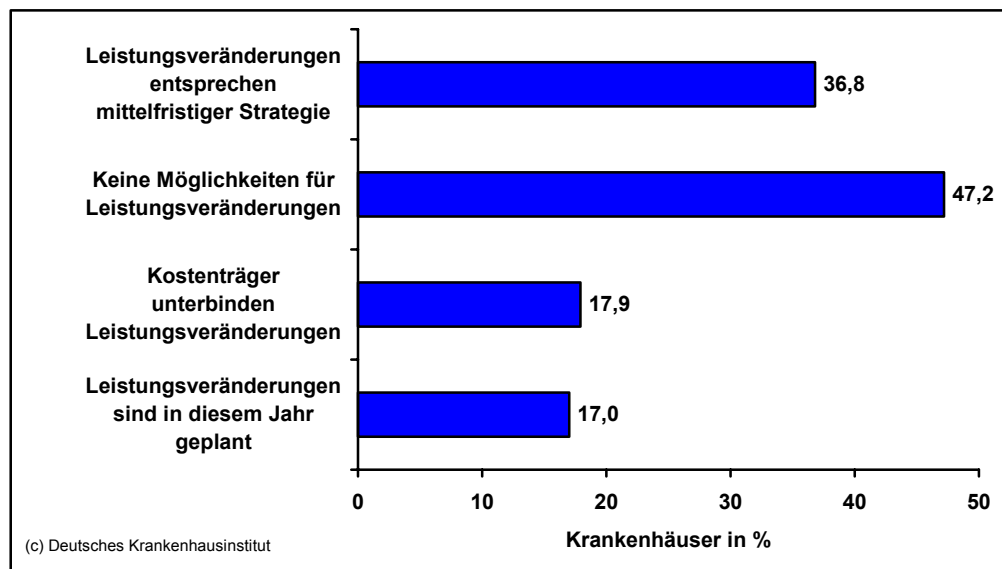


Abb. 49: Gründe für ein nicht verändertes Leistungsspektrum

10 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

10.1 Jahresergebnis 2002 bis 2004

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für die Jahre 2002 und 2003 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2004 taxieren.

In den Jahren 2002 und 2003 war der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss bzw. einem Jahresfehlbetrag mit jeweils rund 40% noch etwa gleich. Der Anteil der Häuser mit positivem Jahresergebnis war allerdings in 2002 noch etwas höher. Umgekehrt gab es in 2003 schon mehr Häuser mit negativem als mit positivem Ergebnis.

Dieser Trend wird sich nach Einschätzung der Befragten im Jahr 2004 deutlich verstärken: Über die Hälfte der Krankenhäuser (53,6%) rechnet für dieses Jahr mit einem Fehlbetrag in der Gewinn- und Verlustrechnung. Nur noch 15,2% erwarten einen Jahresüberschuss und weitere 25,1% ein ausgeglichenes Ergebnis.

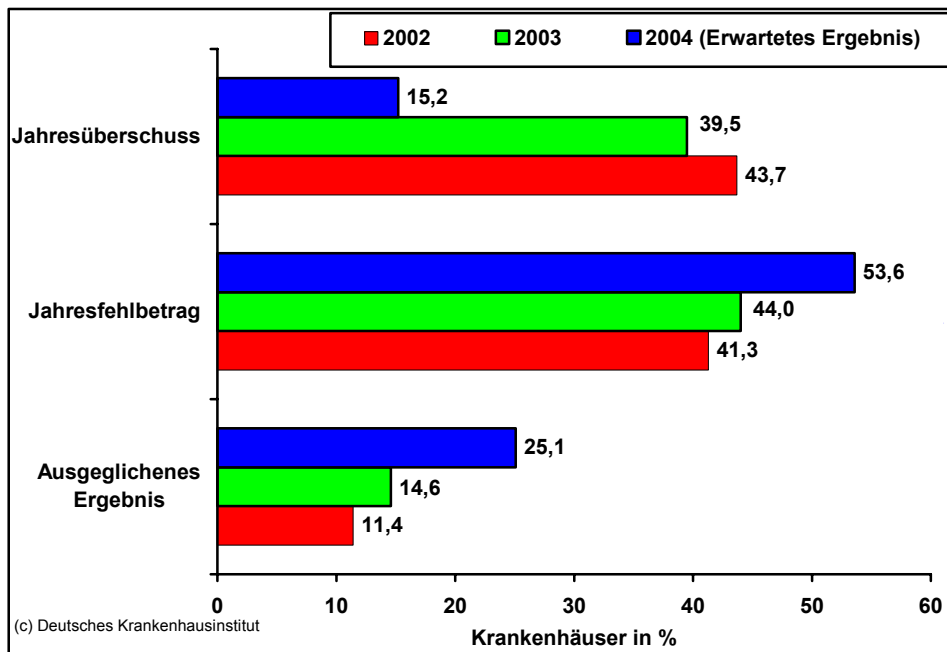


Abb. 50: Jahresergebnisse 2002 bis 2004 der Krankenhäuser insgesamt

Differenziert nach Bettengrößenklassen ist die Entwicklung der Jahresergebnisse im Großen und Ganzen vergleichbar. Tendenziell erwarten für 2004 sogar eher die kleineren Häuser unter 300 Betten einen Jahresfehlbetrag als die größeren Häuser.

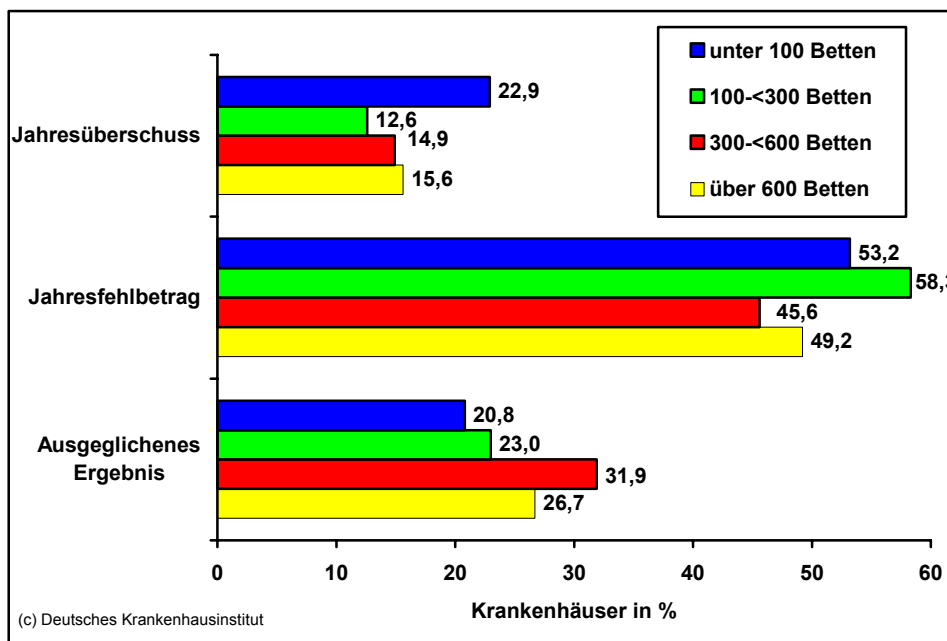


Abb. 51: Erwartete Jahresergebnisse 2004 nach Bettengrößenklassen

Auffallend sind dagegen die Unterschiede nach alten und neuen Bundesländern. Während in 2002 wie 2003 im Westen ca. 45% der Häuser ein negatives Jahresergebnis aufwiesen, waren es im Osten nur gut 25%. Für 2004 erwarten 57,2% der Häuser in den alten Bundesländern einen Jahresfehlbetrag, in den neuen Bundesländern sind es hingegen 33,1%.

Vergleicht man das Jahresergebnis von 2003 mit dem Jahr 2002, so hat jeweils ein Drittel der deutschen Krankenhäuser in beiden Jahren ein negatives bzw. positives Ergebnis erzielt; 7% hatten in beiden Jahren ein ausgeglichenes Ergebnis.

Jahresergebnis 2002	Jahresüberschuss	31,5%	4,9%	9,1%
	Ausgeglichenes Ergebnis	1,1%	7,0%	3,7%
	Jahresfehlbetrag	7,7%	2,8%	32,3%
Krankenhäuser in %	Jahresüberschuss	Ausgeglichenes Ergebnis	Jahresfehlbetrag	
		Jahresergebnis 2003		

(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 52: Vergleich der Jahresergebnisse 2002 und 2003

Stellt man das erwartete Jahresergebnis für 2004 dem Jahresergebnis für 2003 gegenüber, dann weisen knapp 40% der Häuser in beiden Jahren einen Jahresfehlbetrag bzw. 8% ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Hingegen gehen nur noch 14,0% der Häuser von einem Überschuss in beiden Jahren aus .

Jahresergebnis 2003	Jahresüberschuss	14,0%	13,7%	12,2%
	Ausgeglichenes Ergebnis	1,0%	8,0%	6,0%
	Jahresfehlbetrag	1,3%	5,0%	38,6%
Krankenhäuser in %		Jahresüberschuss	Ausgeglichenes Ergebnis	Jahresfehlbetrag
Erwartetes Jahresergebnis 2004				

(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 53: Vergleich der Jahresergebnisse 2003 und 2004

Über den gesamten Zeitraum 2002 bis 2004 machen 27,5% der Häuser in jedem Jahr Verluste. 28,0% machen in keinem Jahr Verluste, haben also jeweils ein positives oder zumindest ausgeglichenes Ergebnis. Nur 11,6% der Häuser erzielen demgegenüber in jedem Jahr einen Überschuss.

10.2 Entwicklung des Jahresergebnisses 2002 bis 2003

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 2002 und 2003 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2003 im Vergleich zu 2002 in fast der Hälfte der Krankenhäuser (49,1%) gesunken. Bei 27,1% ist es gestiegen, bei 21,2% weitgehend gleich geblieben.

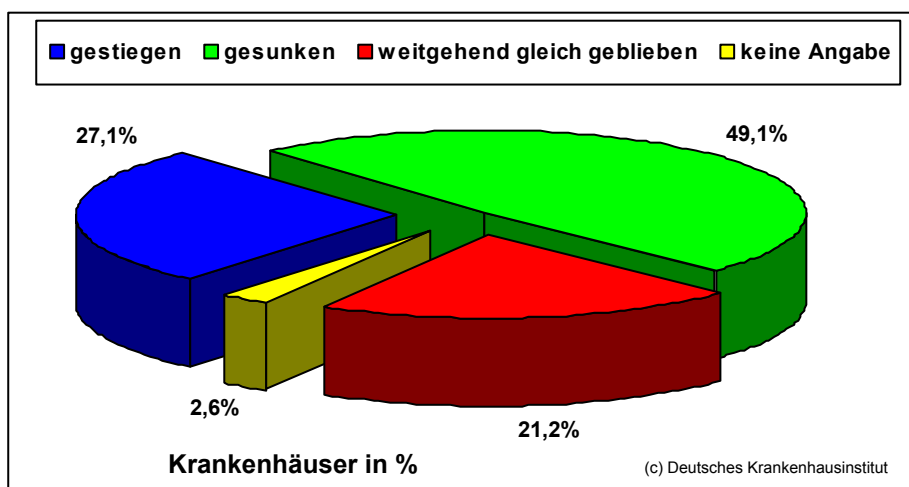


Abb. 54: Entwicklung des Jahresergebnisses 2003 im Vergleich zu 2002

Die Unterschiede nach Bettengrößenklassen fallen zwar insgesamt gering aus. Allerdings ist in den kleineren Häusern bis 300 Betten das Jahresergebnis in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser gesunken, während dies in den größeren Häusern ab 300 Betten in weniger als der Hälfte der Häuser der Fall war.

In den neuen Bundesländern ging das Jahresergebnis in knapp 40% der Krankenhäuser zurück. In den alten Bundesländern geschah dies in gut 50% der Häuser.

Über grundsätzliche Änderungen des Jahresergebnisses wurde bereits im vorherigen Abschnitt informiert (z.B. ob einem positiven Jahresergebnis ein negatives folgte oder umgekehrt). Nachfolgend wird deswegen nur die Entwicklung in den Häusern betrachtet, die in beiden Jahren einen Jahresüberschuss bzw. einen Jahresfehlbetrag erzielten:

- Unter den Häusern, die sowohl 2002 als auch 2003 einen Jahresüberschuss erzielten, ist gleichwohl bei fast der Hälfte (46,6%) ein Ergebnisrückgang zu verzeichnen. 30,6% konnte das Vorjahresergebnis in etwa wiederholen und 22,1% sogar nochmals steigern.
- In über der Hälfte der Häuser (53,2%) mit Fehlbeträgen in beiden Jahren hat sich das Ergebnis nochmals verschlechtert. Bei 33,8% dieser Häuser ist im Jahr 2003 immerhin eine gewisse Erholung eingetreten, während bei 11,6% der Jahresfehlbetrag auf konstantem Niveau verharrte.

10.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre derzeitige wirtschaftliche Situation beurteilen. Knapp die Hälfte der Krankenhäuser (49,0%) schätzt ihre derzeitige wirtschaftliche Situation eher unbefriedigend ein. Nur 11,3% bewerten sie als gut, während 37,9% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Interessanterweise haben sich diese Anteilswerte im Vergleich zum Jahr 2002, als dieselbe Frage gestellt wurde, kaum verändert.

Bei ansonsten vergleichsweise geringen Unterschieden nach Bettengrößenklassen fällt auf, dass vor allem die sehr großen Häuser über 600 Betten ihre Situation besonders skeptisch einschätzen. 56,5% der Krankenhäuser halten sie für eher unbefriedigend und nur gut 1% für eher gut.

Unterschiedlich ist die Beurteilung der Häuser in den alten und neuen Bundesländern. Nur gut ein Drittel der ostdeutschen Krankenhäuser schätzt die Lage als eher unbefriedigend ein, während 51,6% der westdeutschen Häuser zu dieser Einschätzung gelangen. Der Anteil der ostdeutschen Krankenhäuser mit positiver Lageeinschätzung ist mit 22% mehr als doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern (9,4%).

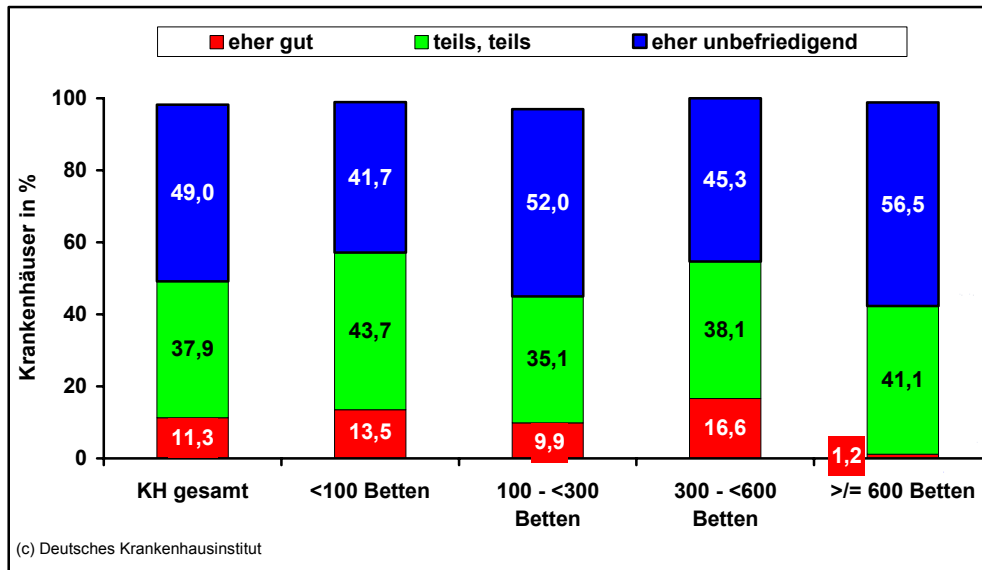


Abb. 55: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation²⁴

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr äußern. Ab dem Jahr 2005 werden mit Beginn der sog. Konvergenzphase die Krankenhausbudgets nicht mehr fortgeschrieben, sondern der schrittweise Einstieg in ein leistungsorientiertes Fallpauschalensystem vollzogen. Vom Grundsatz her dürfte die Umstellung zwar eher von den Häusern begrüßt werden, deren individueller Basisfallwert unterhalb des landesweiten Wertes liegt. Allerdings war bereits das Jahr 2004 durch die Diskussion um eine verlängerte Konvergenzphase und einen abgeflachten Einstiegswinkel überlagert. Vor diesem Hintergrund rechneten zur Jahresmitte 2004 nur vergleichsweise wenige Häuser mit einer Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation im kommenden Jahr:

Bei den Erwartungen für 2005 kommt gut die Hälfte der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu diesem Jahr schlechter sein wird. 30,1% erwarten in dieser Hinsicht keine und lediglich 16,0% sogar positive Veränderungen.

²⁴ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angaben

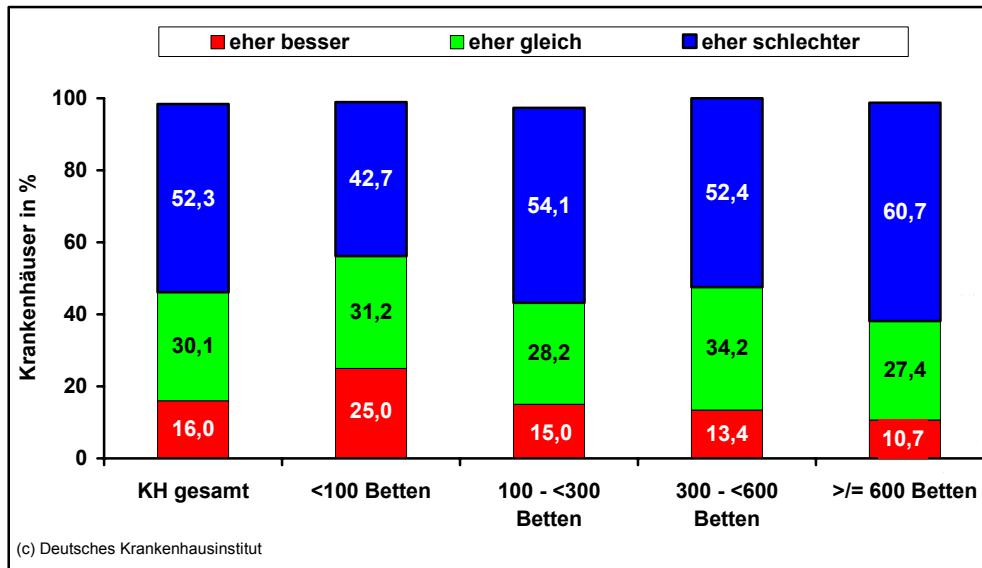


Abb. 56: Erwartungen für die wirtschaftliche Situation im nächsten Jahr²⁵

Nach Bettengrößenklassen fällt abermals auf, dass vor allem in den großen Häusern ab 600 Betten die Einschätzungen besonders skeptisch ausfallen. Nach alten und neuen Bundesländern gibt es dagegen fast keine Unterschiede.

Im Vergleich zur entsprechenden Frage aus dem Jahr 2002 fällt allerdings auf, dass der Anteil der Häuser, die eine Verschlechterung ihrer Lage erwarten, zurückgegangen ist. Waren es 2002 noch zwei Drittel der Häuser, die für das Folgejahr eine Verschlechterung erwarteten, ist es in 2004 noch etwa die Hälfte.

Die Erwartungen für das kommende Jahr müssen jedoch auch im Zusammenhang mit der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation für dieses Jahr gesehen werden. Dieser Zusammenhang kann am besten gezeigt werden, wenn man die Krankenhäuser in „Optimisten“ und „Pessimisten“ einteilt.

Als „Optimisten“ sollen die Krankenhäuser bezeichnet werden, die ihre derzeitige gute wirtschaftliche Lage im kommenden Jahr zumindest beibehalten können sowie sonstige Krankenhäuser, die eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation erwarten. Zu den „Optimisten“ gehören damit die Krankenhäuser,

- denen es heute eher gut geht und denen es im kommenden Jahr eher gleich oder besser gehen wird (jeweils 3,3%);
- die ihre heutige Situation als unbefriedigend oder unentschieden bewerten, die aber erwarten, dass diese im nächsten Jahr eher besser ausfällt (zusammen 12,4%).

²⁵ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angaben

Erwartungen für das nächste Jahr	eher besser	5,2%	7,2%	3,3%
	eher gleich	13,1%	14,4%	3,3%
	eher schlechter	31,3%	17,1%	5,0%
Krankenhäuser in %	eher unbefriedigend	teils, teils	eher gut	
Derzeitige wirtschaftliche Situation				

(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 57: Vergleich – Derzeitige Situation und Erwartungen für das nächste Jahr

Die so definierten „Optimisten“ machen damit 19% aller Krankenhäuser aus. Im Jahr 2002 waren es 11,4%. Auch unter DRG-Bedingungen gibt es demnach eine relevante Minderheit von Krankenhäusern, die sich eher als „Gewinner“ des neuen Entgeltsystems sehen.

Zu den „Pessimisten“ sollen die Krankenhäuser zählen, die ihre heutige eher unbefriedigende wirtschaftliche Situation nicht verbessern können sowie sonstige Häuser, die eine Verschlechterung erwarten. Als „Pessimisten“ werden somit die Krankenhäuser bezeichnet,

- die ihre derzeitige wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend charakterisieren und für das kommende Jahr entweder ihre Situation als eher schlechter (31,3%) oder als eher gleich (13,1%) einschätzen;
- die ihre heutige Situation als gut oder unentschieden bewerten, aber für das kommende Jahr eine Verschlechterung erwarten (zusammen 22,1%).

Insgesamt 66,5% der Krankenhäuser, also fast exakt zwei Drittel, fallen somit in die Kategorie der „Pessimisten“. Der Anteil der Krankenhäuser, die als „Pessimisten“ bezeichnet werden können, ist damit etwa 3,5 mal höher als der Anteil der „Optimisten“. Gleichwohl lag der Vergleichswert aus dem Jahr 2002 noch bei 80%.

Differenziert nach Bettengrößenklassen ist in den sehr großen Häusern ab 600 Betten der Anteil der „Optimisten“ am kleinsten (10,8%) und der „Pessimisten“ am größten (71,1%). Umgekehrt gibt es in den sehr kleinen Häusern unter 100 Betten die meisten „Optimisten“ (27,9%) und die wenigsten „Pessimisten“ (57,8%).

Im Ost-West-Vergleich ist der Anteil der „Optimisten“ im Osten (24%) höher als im Westen (18,2%). Dementsprechend gibt es in den alten Bundesländern (67,4%) mehr „Pessimisten“ als in den neuen Ländern (61,8%).

Anhang: Methodik und Stichprobenbildung

Grundgesamtheit der Erhebung bilden die allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland, welche zur Krankenhausbehandlung gemäß § 108 SGB V zugelassen sind (zugelassene Krankenhäuser), also Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag. Nicht enthalten sind die Akutkrankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen/neurologischen Betten, reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser, welche sämtlich nicht zu den Allgemeinkrankenhäusern zählen, sowie Allgemeinkrankenhäuser ohne Zulassung nach § 108 SGB V, also ohne Versorgungsvertrag.

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

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

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

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

Die Bruttostichprobe lag damit insgesamt bei 1.022 Krankenhäusern (vgl. Tab. A1).

Krankenhausgrößenklassen	alte BL	neue BL
unter 100 Betten	220	18*
100 bis unter 300 Betten	200	142*
300 bis unter 600 Betten	200	75*
ab 600 Betten	127*	39*
insgesamt	747	274
* Vollerhebung		

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A1: Bruttostichprobe

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Reha-Einrichtungen) lag bei 989 Krankenhäusern. Nach einer Nachfassaktion nach knapp vier Wochen wurde eine Teilnahme von 391 Krankenhäusern oder 39,5% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. A2). Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag bei 38,8% und in den neuen Bundesländern bei 41,4%. Die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse unterscheiden sich merklich. Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an;

während die Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten eine überproportionale Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten unterproportional beteiligt.

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	747	274	1.021
bereinigte Bruttostichprobe	721	268	989
Teilnehmer	280	111	391
Rücklauf in %	38,8	41,4	39,5

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A2: Ausschöpfungsquoten

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

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

Strukturdaten	2004
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	391
Bundesland	
- alte Bundesländer	71,6%
- neue Bundesländer	28,4%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	89,5%
- Hochschulklinik	4,1%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	4,9%
- keine Angabe	1,5%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	44,8%
- frei-gemeinnützig	39,1%
- privat	15,3%
- keine Angabe	0,8%
Ausrichtung des Krankenhauses	
- Allgemeinkrankenhaus	77,7%
- Fachkrankenhaus	18,9%
- keine Angabe	3,3%
Belegkrankenhaus	3,8%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A3: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser