

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2005



Dr. Karl Blum
Patricia Schilz

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

November 2005

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	4
1 Einleitung	9
2 Leistungen und Erlöse	10
2.1 Entwicklung der vollstationären Fälle	10
2.2 Entwicklung der ambulanten Operationen	12
2.3 Stationäre und ambulante Umsatzerlöse	14
2.4 Behandlungen von Patienten mit ausländischem Wohnsitz	15
3 Walleistungen	17
3.1 Probleme in den Verhandlungen mit der PKV	17
3.2 Entwicklung der Walleistung „Unterkunft“	18
3.3 Entwicklung der Walleistung „Ärztliche Behandlung“	20
4 Investitionen und Investitionsfinanzierung	22
4.1 Entwicklung der Investitionen	22
4.2 Herkunft von Investitionsmitteln	25
4.3 Verwendung von Investitionsmitteln	26
4.4 Künftige Entwicklung der Investitionsmittel	28
4.5 Einbindung privater Investoren	30
5 Umsatzsteuer 2005	30
5.1 Lieferungen und Leistungen des Krankenhauses	30
5.2 Probleme mit den Finanzbehörden	32
5.3 Umsatzsteuernachzahlungen im Jahr 2005	33
5.4 Veränderung der Umsatzsteuerbelastungen im Jahr 2005	34
6 Neue Versorgungsformen	35
6.1 Medizinische Versorgungszentren	35
6.2 Ambulante Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen	36
6.3 Disease-Management-Programme (DMP)	37
6.4 DMP Brustkrebs	39

7	Integrierte Versorgung	42
7.1	Teilnahme an der Integrierten Versorgung	42
7.2	Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung	44
7.3	Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung	45
7.4	Beteiligte Leistungserbringer	45
7.5	Vergütung der Integrierten Versorgung	46
7.6	Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung	48
8	Personal	49
8.1	Veränderung der Personalsituation	49
8.2	Personalstruktur im Verwaltungsdienst	51
8.3	Personal für Medizincontrolling und Dokumentation	52
8.4	Ausländische Ärzte und Pflegekräfte	53
8.5	Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst	55
9	Arbeitszeit	56
9.1	Umsetzungsstand einer neuen Arbeitszeitorganisation	56
9.2	Ansätze und Modelle der Arbeitszeitorganisation	57
9.3	Vorbereitung auf eine veränderte Arbeitszeitorganisation	59
9.4	Arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen	61
10	Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser	62
10.1	Jahresergebnis 2004/2005	62
10.2	Entwicklung des Jahresergebnisses 2003 bis 2004	63
10.3	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	64
	Anhang	67

Zusammenfassung

Wesentliches Ziel des Krankenhaus Barometers ist, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnah Informationen zum aktuellen Krankenhauseschehen zur Verfügung zu stellen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Umfrage 2005 zusammengefasst.

Leistungen und Erlöse

Das Jahr 2004 war für die Krankenhäuser durch eine Abnahme vollstationärer und eine Zunahme ambulanter Fälle gekennzeichnet. So haben die Krankenhäuser mit durchschnittlich 10.647 Fällen rund 4% weniger vollstationäre Leistungen nach dem Fallpauschalen-Katalog erbracht als im Jahr 2003. Der Case Mix Index (CMI), der sich aus der Division der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Anzahl der Fälle nach dem Fallpauschalen-Katalog ergibt, steigerte sich geringfügig von 0,9796 im Jahr 2003 auf 1,0058 im Jahr 2004.

Die Erbringung ambulanter Operationen nach § 115 b SGB V hat demgegenüber in den Krankenhäusern deutlich zugenommen: Die durchschnittliche Anzahl je Krankenhaus konnte von 638 Operationen im Jahr 2003 auf 977 Operationen gesteigert werden. Der durchschnittliche Erlös je ambulanter Operation nach § 115 b SGB V lag im Jahr 2004 im Mittel bei 322,80 €.

Fasst man die ambulanten und stationären Erlöse als die betrieblichen Umsätze im engeren Sinne zusammen, so haben die stationären Krankenhausleistungen den maßgeblichen Anteil von 96,9% daran und die ambulanten Leistungen den geringeren Anteil von rund 3%.

Rund 21% der Krankenhäuser nahmen im Jahr 2004 ausländische Patienten zur vollstationären Behandlung auf, die zum Zwecke der Behandlung eingereist waren. 37% der Krankenhäuser behandelten Patienten mit ausländischem Wohnsitz auf Grund eines Notfalls stationär. In fast der Hälfte dieser Fälle wurde die vollstationäre Behandlung mit dem Patienten selbst abgerechnet. Bei 38% der Behandlungen übernahm eine deutsche Krankenkasse und bei 16% der ausländische Kostenträger die Behandlungskosten.

Wahlleistungen

Über 66% der Krankenhäuser haben mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen Vertrag über die Abrechnung der Wahlleistung „Unterkunft“ abgeschlossen. Bei den übrigen Krankenhäusern bestand entweder kein diesbezüglicher Vertrag (32,8%) oder sie machten hierzu keine Angaben (1,1%).

Fast alle abgeschlossenen Verträge (98,4%) orientieren sich an den Gemeinsamen Empfehlungen zur Bemessung für eine Wahlleistung Unterkunft von dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Bei rund 69% bildet die Höhe bzw. die Anerkennung der Komfortzuschläge noch Probleme bei den Verhandlungen zur Wahlleistung „Unterkunft“. Die jährliche Erhöhung bereits vereinbarter Komfortzuschläge wurde bei 14% der Krankenhäuser abgelehnt. Uneinigkeiten bei der Höhe der Bezugsgröße für die Wahlleistung „Unterkunft“ traten bei über einem Viertel der Krankenhäuser auf; bei 22% kam es zur Ablehnung der jährlichen Erhöhung der Bezugsgröße. 16% der Kranken-

häuser gaben an, dass keine Probleme bei der Verhandlung der Wahlleistung „Unterkunft“ aufgetreten seien.

Im Mittel haben sich die Erlöse aus der Wahlleistung „Unterkunft“ in den Jahren von 2000 bis 2004 in den Krankenhäusern der alten Bundesländer um rund ein Viertel reduziert. Der durchschnittliche Erlös je Tag hat sich in diesem Vierjahreszeitraum um insgesamt 21,5% reduziert und lag im Jahr 2004 bei 56,47 €. Der Erlös aus der Wahlleistung „Unterkunft“ je Fall lag im Jahr 2004 bei den Krankenhäusern in den alten Bundesländern bei 486,75 € und ist im Vergleich zum Jahr 2000 um 26,6% gesunken.

Die Erlöse aus der Wahlleistung „Ärztliche Behandlung“ sind in den Jahren von 2000 bis 2004 bei den Krankenhäusern in den alten Bundesländern um 23,3% gestiegen. Die Wahlleistungserlöse aus der ärztlichen Behandlung je Fall lagen im Jahr 2004 mit 570,38 € um rund 3,5% über dem Wert des Jahres 2000.

Investitionen und Investitionsfinanzierung

Die Investitionen der Krankenhäuser waren in den letzten Jahren rückläufig. So sank z.B. der Anteil der Investitionsmittel an den Anschaffungswerten der immateriellen Vermögenswerte und Sachanlagen im Zeitraum von 2002 bis 2004 um insgesamt 26%. Der Anteil der Investitionen an den Erlösen aus Krankenhausleistungen lag im Jahr 2004 im Mittel bei 10,5% und damit niedriger als in anderen Branchen.

Ein Großteil der Investitionsmittel, die im Jahr 2004 von den Krankenhäusern für immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen verwandt wurde, stammt aus den Fördermitteln nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Rund 47% der getätigten Investitionen wurde mit Pauschalfördermitteln und 20% mit Einzelfördermitteln finanziert. Ein weiterer maßgeblicher Anteil stammt aus Eigenmitteln des Krankenhauses (20,4%).

Verwendet wurden die Investitionsmittel hauptsächlich zur Einrichtung von Krankenzimmern und Behandlungsräumen (42,4%) sowie für die Anschaffung von Grundstücken und Gebäuden (27,4%). Weiter wurde in die Software (7,8%) und in die Erneuerung der EDV-Technik (6,3%) sowie in die technischen Betriebsanlagen (5,4%) investiert. Als weitere sonstige Investitionsbereiche wurden von den Krankenhäusern die Einrichtung und Ausstattung der Wirtschafts- und Verwaltungsbereiche sowie die Anlagen im Bau benannt.

Rund 40% der Krankenhäuser gehen davon aus, dass die Investitionsmittel in den nächsten drei Jahren abnehmen werden. Fast ein Viertel (23,5%) rechnet mit keiner Veränderung, wohingegen 23% an eine Zunahme glauben.

Private Investoren werden zur Finanzierung von Anlagen oder Bauvorhaben bisher selten von Krankenhäusern in Anspruch genommen. Lediglich 3,2% der Krankenhäuser haben bereits bei Bauinvestitionen Erfahrungen mit privaten Investoren; bei Anlageinvestitionen waren es 2,3%.

Umsatzsteuer 2005

Mit den Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien nehmen die Umsatzsteuerverpflichtungen der Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2005 tendenziell zu. Von den neuen Umsatzsteuerregelungen sind insbesondere Erlöse aus Leistungen betroffen, die nicht mehr zu den eng verbundenen Umsätzen des Krankenhauses gehören. Zu derartigen Leistungen gehört z.B. die Telefon- und Fernsehüberlas-

sung an Patienten, die in fast 90% der Krankenhäuser angeboten wird und die Beköstigung des Personals sowie die Erbringung von Wahlleistung für Patienten, die jeweils in über 80% der Kliniken erbracht wird.

Bis Mitte 2005 traten bei über der Hälfte der Krankenhäuser noch keine Probleme bzgl. der geänderten Umsatzsteuerverpflichtungen mit den Kostenträgern auf. Rund 30% der Krankenhäuser waren bereits von Umsatzsteuernachforderungen für noch nicht bestandskräftige Zeiträume durch die Einbeziehung strittiger Lieferungen und Leistungen betroffen.

Für das Jahr 2005 rechnen 35% mit Umsatzsteuernachzahlungen, 37% wiederum nicht. Knapp ein Viertel der Krankenhäuser war eine Angabe hierzu nicht möglich.

Über drei Viertel der Krankenhäuser (77,2%) gehen jedoch auf Grund der Veränderungen durch die Umsatzsteuerrichtlinie 2005 von einer zusätzlichen Umsatzsteuerbelastung für dieses Jahr aus. Lediglich 9% der Krankenhäuser erwarten keine zusätzlichen Belastungen.

Neue Versorgungsformen

Bis Mitte 2005 haben bundesweit rund 3% der Krankenhäuser ein Medizinisches Versorgungszentrum gegründet oder sich daran beteiligt. In weiteren 43% der Häuser ist eine Gründung oder Teilnahme beabsichtigt.

Auf Grund der strittigen Finanzierungsmodalitäten konnte sich bislang kaum ein Krankenhaus an der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V beteiligen. Gut 20% der Krankenhäuser, vor allem größere Einrichtungen, planen aber eine Teilnahme an dieser Versorgungsform.

Im Vergleich zum Vorjahr hat die Teilnahme an den Disease-Management-Programmen (DMP) deutlich zugenommen. So ist schon jeweils rund ein Viertel der Krankenhäuser an den DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs beteiligt. Rund 16% haben einen DMP-Vertrag für koronare Herzkrankheiten.

Speziell mit Blick auf das DMP Brustkrebs haben die am DMP teilnehmenden Einrichtungen nicht nur höhere Zahlen von Brustkrebspatientinnen. Vielmehr ist auch die Fallzahlentwicklung in den nicht-beteiligten Häusern rückläufig. Zur Vermeidung bzw. Kompensation weiterer Fallzahlverluste planen die Nicht-DMP-Häuser noch einen Einstieg in das DMP Brustkrebs bzw. die Kooperation mit anderen Häusern bei dieser Indikation.

Integrierte Versorgung

Zur Jahresmitte 2005 nahmen in Deutschland 22% der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil. Das entspricht bundesweit rund 400 Einrichtungen. Zwei Drittel dieser Häuser haben einen Integrationsvertrag abgeschlossen. Jeweils knapp 15% haben zwei bzw. drei oder mehr Verträge.

Im Jahr 2004 gab es pro beteiligtem Krankenhaus im Mittel (Median) 38 Fälle, die an der Integrierten Versorgung teilnahmen. In jeweils einem Viertel der Häuser gab es 14 Fälle oder weniger bzw. 64 Fälle oder mehr. Allerdings ist für 2005 mit Fallzahlsteigerungen zu rechnen.

Nach Leistungsbereichen macht die endoprothetische Versorgung den Schwerpunkt der Integrierten Versorgung aus. In mehr als jedem zweiten teilnehmenden

Haus ist dieser Leistungsbereich erfasst. In jeweils ca. 10% der Einrichtungen sind die onkologische, kardiochirurgische oder invasiv-kardiologische Versorgung einbezogen.

65% der Häuser kooperieren im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Bei 63% sind niedergelassene Ärzte und in 13% weitere Leistungserbringer außerhalb des Krankensektors beteiligt. 24% der Häuser kooperieren mit weiteren Krankenhäusern.

Unter den Vergütungsformen für die Integrierte Versorgung dominiert eindeutig die Pauschalvergütung je Fall (66%). 2004 erzielten die Krankenhäuser im Mittel (Median) ein Erlösvolumen von 96.000 Euro aus der Integrierten Versorgung. Der durchschnittliche Erlös je Fall lag bei 2.500 Euro. Die Summe der Rechengskürzungen gemäß § 140 d SGB V belief sich im Jahre 2004 auf durchschnittlich 24.800 Euro pro Krankenhaus.

Personal

Im statistischen Durchschnitt haben die zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser zwischen 2002 und 2004 12,2 Vollkraftstellen pro Haus abgebaut. Das entspricht einem relativen Rückgang der Vollkräftezahlen je Krankenhaus um 2,7%. Vom Personalabbau sind vor allem der Pflegedienst und Mitarbeiter in patientenfernen Versorgungsbereichen deutlich überproportional betroffen. Dagegen wurden im Ärztlichen Dienst und im Funktionsdienst die Stellen sogar ausgeweitet.

Im Verwaltungsdienst sind die Personalzahlen nahezu konstant geblieben. Die zahlenmäßig größte Gruppe in der Verwaltung bilden die Mitarbeiter im Rechnungswesen und Controlling mit durchschnittlich 5 Vollkräften pro Krankenhaus, gefolgt von der Patientenabrechnung und dem Personalwesen mit jeweils gut 4 Stellen, der EDV mit 3 und dem Einkauf mit 2,5 Vollkraftstellen.

Im Medizincontrolling und der Medizinischen Dokumentation ist es im Zuge der Einführung des DRG-Systems überwiegend zu deutlichen Steigerungen bei den Vollkräftezahlen gekommen. Mittlerweile verfügen schon fast drei Viertel der Krankenhäuser über einen Medizincontroller. Knapp 30% der Einrichtungen haben einen oder mehrere Medizinische Dokumentationsassistenten. Und rund 44% der Häuser beschäftigen Stationssekretärinnen.

Ende 2004 waren im Durchschnitt 4,5 ausländische Ärzte und 12 ausländische Pflegekräfte je Haus beschäftigt. Im Bereich des Ärztlichen Dienstes bemühen sich gut 10% der Krankenhäuser aktiv um Mediziner aus dem Ausland. Während rund ein Viertel der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern aktiv ausländische Ärzte sucht, sind es im Westen nur gut 8% der Einrichtungen.

Rund 22% der Befragungsteilnehmer gaben an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können, weil sie keine bzw. keine angemessen qualifizierten Bewerber finden würden. Bundesweit konnten die betroffenen Häuser im Mittel rund zwei Vollkraftstellen nicht besetzen.

Arbeitszeit

Von Anfang 2004 bis zur Jahresmitte 2005 hat gut ein Drittel der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle in ausgewählten Bereichen eingeführt. Bei einem Fünftel der Häuser sind sie konkret in Planung. Immerhin fast 30% der Krankenhäuser hatten zur Jahresmitte 2003 allerdings noch keine konkreten Pläne, wie sie das neue Arbeitszeitgesetz hausintern umsetzen würden.

Den am häufigsten angeführten Ansatz für eine neue Arbeitszeitorganisation bilden verlängerte Betriebs- oder Servicezeiten, die fast die Hälfte der entsprechenden Häuser vorsehen. Dienstplanmäßig werden verlängerte Servicezeiten vor allem über zeitversetzte Tagdienste bzw. eine Verkürzung der Bereitschaftsdienstzeiten an Werktagen erreicht. Jeweils ein Viertel der Häuser mit neuer Arbeitszeitorganisation hat flexible Arbeitszeiten oder Drei-Schicht-Modelle eingeführt. In einem Drittel der Häuser gibt es Arbeitszeitkonten.

In Vorbereitung auf eine veränderte Arbeitszeitorganisation haben die Krankenhäuser insbesondere Arbeitszeit- bzw. Arbeitsdichteanalysen (57,5%) und Tätigkeitsaufzeichnungen (47,4%) durchgeführt. Jeweils gut 40% haben Arbeitsgruppen zur Arbeitszeitorganisation gebildet bzw. einschlägige Fortbildungen von Mitarbeitern veranlasst. Weitere 40% der betroffenen Häuser haben Arbeitsabläufe gezielt unter Arbeitszeitaspekten reorganisiert. Und fast 30% haben elektronische Arbeitszeiterfassungssysteme eingeführt oder ausgebaut.

In den Entgeltverhandlungen für 2005 haben knapp 88% der Häuser (mit Angaben) einen zusätzlichen Betrag für arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen geltend gemacht bzw. eine entsprechende Forderung geplant. Die Häuser, die eine entsprechende Vereinbarung schon abschließen konnten, haben im Mittel rund 1,5 Vollkräfte zusätzlich eingestellt.

Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

2004 erzielte gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland einen Jahresüberschuss. Ein Drittel der Häuser schrieb Verluste. Etwa 10% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Für das Jahr 2005 erwarten die Krankenhäuser eher eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse, insofern nur jeweils gut ein Viertel der Häuser von einem Jahresüberschuss bzw. einem ausgeglichenen Ergebnis ausgeht.

Im Jahr 2004 ist in jeweils fast 40% der Krankenhäuser das Jahresergebnis im Vergleich zu 2003 gestiegen bzw. gesunken. Bei nahezu einem Fünftel ist es etwa gleich geblieben. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis damit nahezu verdoppelt, während der Anteil der Häuser mit gesunkenem Jahresergebnis um etwa 10%-Punkte zurückgegangen ist.

Gut 40% der Krankenhäuser schätzen ihre derzeitige wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein. Nur 18% bewerten sie als gut, während 39% in dieser Hinsicht unentschieden sind.

Bei den Erwartungen für 2006 kommt knapp die Hälfte der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu 2005 schlechter sein wird. 28% erwarten in dieser Hinsicht keine und 21% sogar positive Veränderungen. Im Vergleich zum Vorjahr schauen die Krankenhäuser damit ein wenig optimistischer in die Zukunft.

1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* 2005 vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von April bis Juli 2005 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 319 Krankenhäuser; eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält der Anhang.

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

Schwerpunkte des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* bilden vor allem die Krankenhausfinanzierung, neue Versorgungsformen sowie Personalfragen:

- Die finanzielle Lage der Krankenhäuser ist im Betrachtungszeitraum vor allem durch die Einführung des DRG-Systems, zurückgehende stationäre Fallzahlen, sinkende Erlöse aus der Wahlleistung „Unterkunft“, eine zunehmend schwieriger werdende Investitionsfinanzierung sowie durch neue umsatzsteuerliche Belastungen gekennzeichnet. Gleichwohl schätzen die Krankenhäuser ihre aktuelle wirtschaftliche Lage und ihre wirtschaftlichen Erwartungen im Durchschnitt etwas besser ein als im Vorjahr.
- Nach wie vor beteiligen sich die Krankenhäuser eher selektiv an den neuen Versorgungsformen wie DMP, Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren oder die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen. Bislang werden diese neuen Versorgungsformen eher zögerlich umgesetzt. Nennenswerte Fallzahlen oder Erlöse lassen sich damit nur in Ausnahmefällen erzielen. Nichtsdestotrotz sind relevante Anteile der Krankenhäuser an einem weiteren Ausbau dieser Versorgungsformen interessiert.
- Vor allem im Pflegedienst sowie bei Mitarbeitern in patientenfernen Versorgungsbereichen ist es mit Einführung des DRG-Systems zu einem stärkeren Personalabbau gekommen. Dagegen wurden im Ärztlichen Dienst und im Funktionsdienst die Stellen sogar ausgeweitet. Darüber hinaus ist es auch in den Bereichen Medizincontrolling und Dokumentation im Zuge der Einführung des DRG-Systems überwiegend zu deutlichen Steigerungen bei den Vollkräftezahlen gekommen. Zudem hat, trotz des bevorstehenden Wirksamwerdens des neuen Arbeitszeitgesetzes, bislang erst rund die Hälfte der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt oder konkret geplant.

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

2 Leistungen und Erlöse

2.1 Entwicklung der vollstationären Fälle

Die Umstellung auf die Abrechnung nach der DRG-basierten Vergütung wurde in den Krankenhäusern auf Grund des Optionsjahres 2003 und der unterjährigen Verhandlungen im Jahr 2003 und 2004 vollzogen.¹ Um erste Veränderungen und ggf. Entwicklungslinien in der Veränderung des Leistungsspektrums festzustellen, wurden im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* die Leistungsdaten in den Bereichen der vollstationären und ambulanten Behandlung für die Jahre 2003 und 2004 erhoben.

In den nachfolgenden Auswertungen wurden jeweils nur die Krankenhäuser berücksichtigt, die für beide Jahre Angaben zu ihrem Leistungsspektrum gemacht haben. Die Gruppe der kleineren Krankenhäuser unter 100 Betten konnte auf Grund einer zu geringen Teilnahme nicht in die Auswertungen miteinbezogen werden.

Die Krankenhäuser gaben die Anzahl ihrer vollstationären Ist-Leistungszahlen jeweils für das Gesamtjahr 2003 und 2004 nach dem Krankenhausentgeltgesetz an. Bei der Angabe der Entgelte und Bewertungsrelationen bezogen sich die Krankenhäuser in beiden Jahren auf den Fallpauschalenkatalog des Jahres 2004. Die Umgruppierung der Ist-Leistungszahlen des Jahres 2003 auf die Entgelte nach dem Fallpauschalen-Katalog des Jahres 2004 wurde gewählt, um die tatsächliche Leistungsentwicklung ohne einen „Katalog-Effekt“ (der neben der tatsächlichen Leistungsentwicklung auch die Entwicklung des Fallpauschalen-Kataloges beinhalten würde) zu erheben.

Im Jahr 2003 haben die Krankenhäuser ab 100 Betten im Mittel 11.090 vollstationäre Fälle nach dem Fallpauschalen-Katalog erbracht. Im Jahr 2004 waren es hingegen durchschnittlich 10.647 Fälle, was einer Reduzierung von 443 Fällen bzw. rund 4% gegenüber dem Vorjahreswert entspricht.²

Die Krankenhäuser in den alten Bundesländern hatten höhere Rückgänge an vollstationären Fällen nach dem Fallpauschalen-Katalog zu verzeichnen (4,2%) als die Krankenhäuser der neuen Bundesländer (Rückgang von 3%).

Betrachtet man die Entwicklung der vollstationären Fälle nach dem Fallpauschalen-Katalog bezogen auf die unterschiedlichen Bettengrößenklassen, so fällt auf, dass die kleineren Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten mit einem Rückgang von 4,2% und die größeren Krankenhäuser ab 600 Betten mit einer Reduzierung von rund 4% etwas größere Fallzahlsenkungen gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen hatten als die Krankenhäuser mittlerer Bettengrößenklassen (Rückgang von 3,7%).

Berücksichtigt werden muss bei der Interpretation des Rückgangs der Fallzahlen, dass sich die ausgewerteten Daten ausschließlich auf den Fallpauschalen-Katalog beziehen. Somit kann nicht gefolgert werden, dass die vollstationären Fallzahlen in dem betrachteten Zeitraum insgesamt rückläufig gewesen sind. So

¹ So sind bereits über 1.000 Krankenhäuser im Jahr 2003 freiwillig auf das G-DRG-System umgestiegen. Im Jahr 2004 waren es 800 Häuser, die das neue Abrechnungssystem einführten.

² Berücksichtigt wurden nur diejenigen Krankenhäuser, die für beide Jahre Angaben zu ihrer vollstationären Fallzahl machen konnten.

ist z.B. denkbar, dass vollstationäre Leistungen im Jahr 2004 vermehrt nach § 6 Abs. 1 KHentgG vereinbart und abgerechnet wurden. Außerdem kann auch die Veränderung der Abrechnungsbestimmungen zu einer Senkung der Fallzahlen beigetragen haben (z.B. durch die Zusammenfassung von Fällen bei Wiederaufnahmen nach der KFPV 2004³). Neben diesen Effekten, die sich auf die Weiterentwicklung des DRG-Systems beziehen, sind jedoch auch Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich (z.B. bei der verstärkten Erbringung ambulanter Operationen) denkbar.

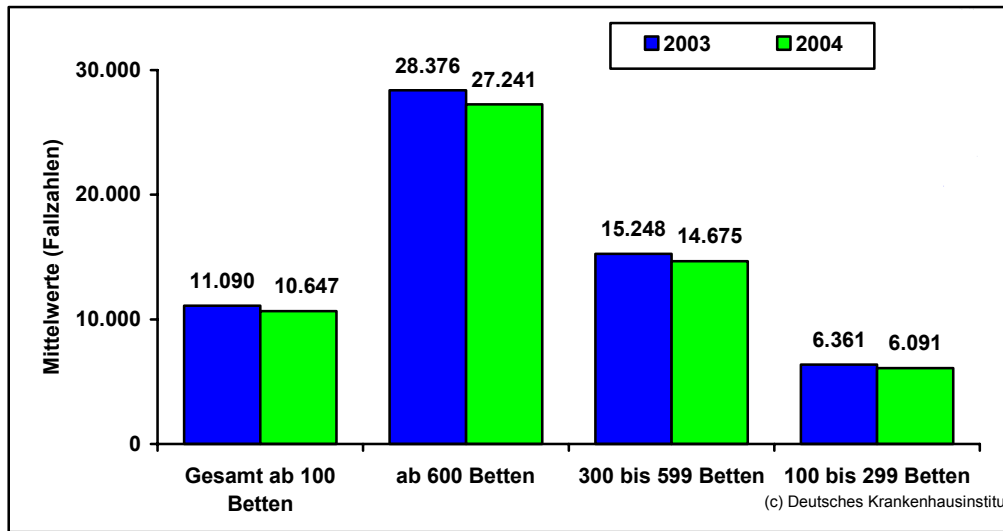


Abb.1: Vollstationäre Fälle nach dem Fallpauschalen-Katalog in 2003/2004 nach Bettengrößenklassen

Für diejenigen Krankenhäuser, die neben der vollstationären Fallzahl auch die Summe der effektiven Bewertungsrelationen angegeben haben, wurde der Case Mix Index (CMI) errechnet. Dieser ergibt sich aus der Division der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Anzahl der Fälle nach dem Fallpauschalen-Katalog. Da sich die Krankenhäuser bei den Angaben in beiden betrachteten Jahren auf den Fallpauschalen-Katalog 2004 bezogen, enthält der Entwicklungsvergleich keine Effekte, die sich auf die Änderung des Katalogs beziehen.

Der CMI hat sich im Jahresvergleich zwischen 2003 und 2004 geringfügig nach oben verändert. Betrug er im Jahr 2003 noch 0,9796 nimmt er im Jahr 2004 einen Wert von 1,0058 an. Diese Entwicklung kann im Zusammenhang mit der verstärkten Erbringung ambulanter Operationen gesehen werden, die die Anzahl der vollstationären Fälle senkt und durch den Verbleib von vollstationären Fällen mit einem höheren Schweregrad den CMI anhebt.

Der CMI liegt in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer in beiden Jahren mit 0,9979 (2003) und 1,0203 (2004) geringfügig höher als in den alten Bundesländern (0,9763 im Jahr 2003 und 1,0032 im Jahr 2004). Mit zunehmender Bettengrößenklasse steigt der CMI an.

³ Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser 2004.

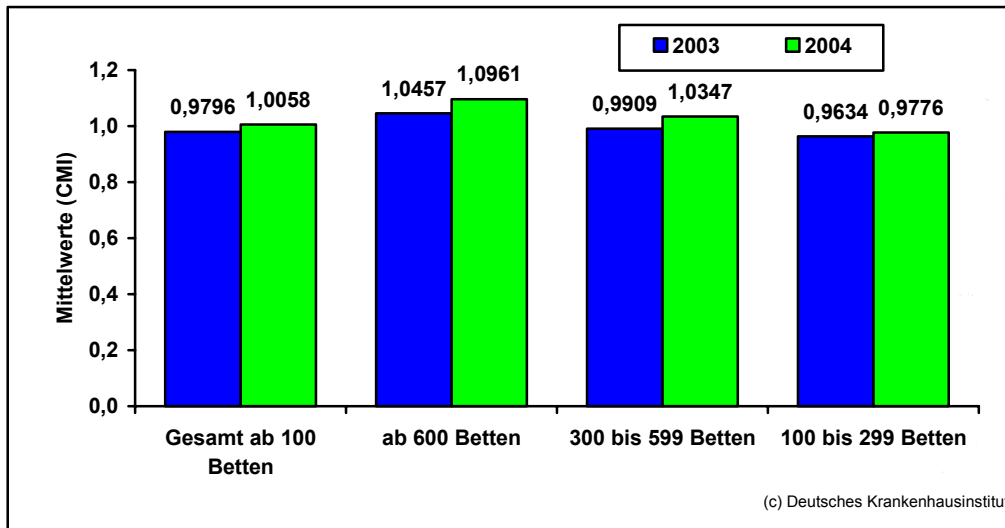


Abb. 2: Case-Mix-Index in 2003/2004 nach Bettengrößenklassen

2.2 Entwicklung der ambulanten Operationen

Im Jahr 2004 erbrachten die Krankenhäuser im Mittel 977 ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V. Gegenüber dem Vorjahreswert von durchschnittlich 638 ambulanten Operationen bedeutet dies eine deutliche Zunahme von 53%.⁴

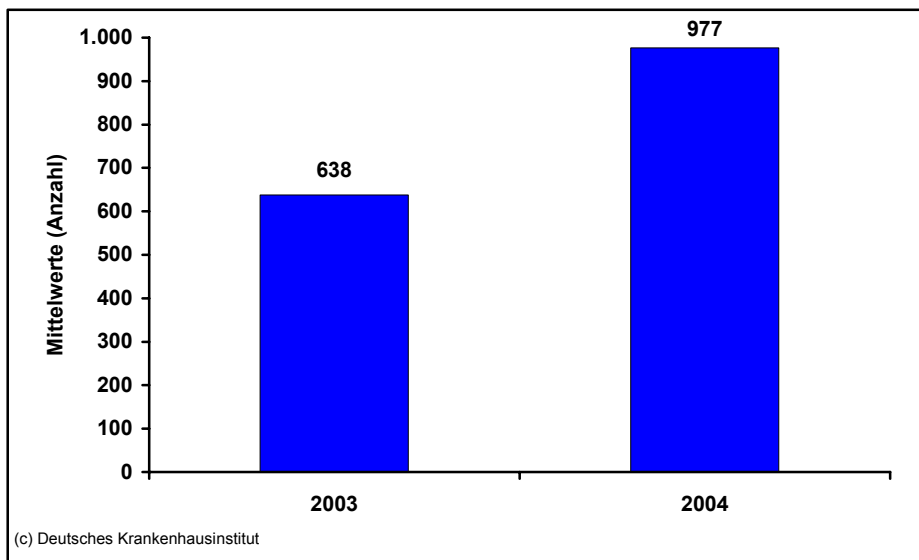


Abb. 3: Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V in 2003/2004 – Krankenhäuser ab 100 Betten -

Im Vergleich zwischen den unterschiedlichen Bettengrößenklassen erbrachten die Krankenhäuser ab 600 Betten im Jahr 2004 mit einer durchschnittlichen Anzahl von 1.955 die meisten ambulanten Operationen, wohingegen die kleineren

⁴ In die Bewertung sind nur diejenigen Krankenhäuser eingeflossen, die in den Jahren 2003 und 2004 ambulante Operationen erbracht haben und die diesbezügliche Anzahl angeben. Die Gruppe der kleineren Krankenhäuser unter 100 Betten konnte auf Grund einer zu geringen Teilnahme nicht ausgewertet werden und ist auch in den Gesamtwerten nicht enthalten.

Krankenhäuser von 100 bis 299 Betten im Mittel lediglich 532 ambulante Operationen durchführten.

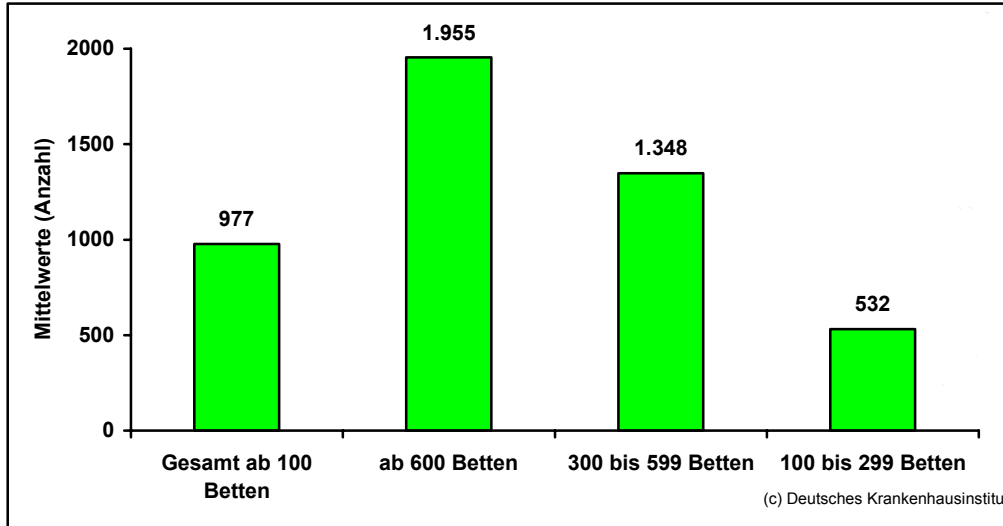


Abb. 4: Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

Für die Krankenhäuser, die zusätzlich zur Anzahl der ambulanten Operationen des Jahres 2004 auch die diesbezüglichen Erlöse angaben, wurde der durchschnittliche Erlös je ambulanter Operation nach § 115 b SGB V ermittelt. Dieser beträgt im Mittel über die Krankenhäuser 322,80 € je ambulanter Operation. In den Krankenhäusern der neuen Bundesländer liegt der durchschnittliche Erlös mit 354,22 € höher als in den alten Bundesländern (316,37 €).

Im Vergleich der unterschiedlichen Bettengrößenklassen zeigt sich eine leichte Steigerung der durchschnittlichen Erlöse je ambulanter Operation nach § 115 b SGB V mit zunehmender Größe der Krankenhäuser.

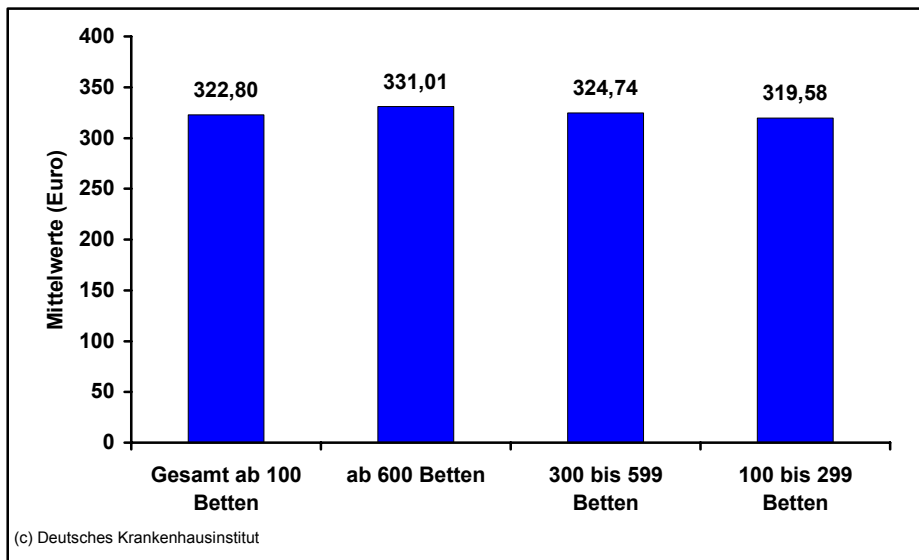


Abb. 5: Durchschnittlicher Erlös je ambulanter Operation im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

2.3 Stationäre und ambulante Umsatzerlöse

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurden die Erlöse aus stationären Krankenhausleistungen und die Erlöse aus ambulanten Leistungen der Krankenhäuser erfasst. Bezug genommen wurde dabei auf den Ausweis in der Gewinn- und Verlustrechnung des Jahres 2004, auch wenn es sich zum Zeitpunkt der Befragung noch um vorläufige Ergebnisse handelte. Zudem wurden die Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V als Unterposition der ambulanten Erlöse des Krankenhauses erhoben.

Fasst man die ambulanten und stationären Erlöse als die betrieblichen Umsätze im engeren Sinne zusammen, so haben die stationären Krankenhausleistungen den maßgeblichen Anteil von 96,9% daran und die ambulanten Leistungen den geringeren Anteil von rund 3,1%.⁵

Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer haben dabei einen geringeren Anteil ambulanter Erlöse (2,9%) als die Häuser in den alten Bundesländern (3,2%). Bezogen auf die Bettengrößenklassen steigt mit zunehmender Größe des Krankenhauses der Anteil der ambulanten Erlöse an den Krankenhauserlösen.

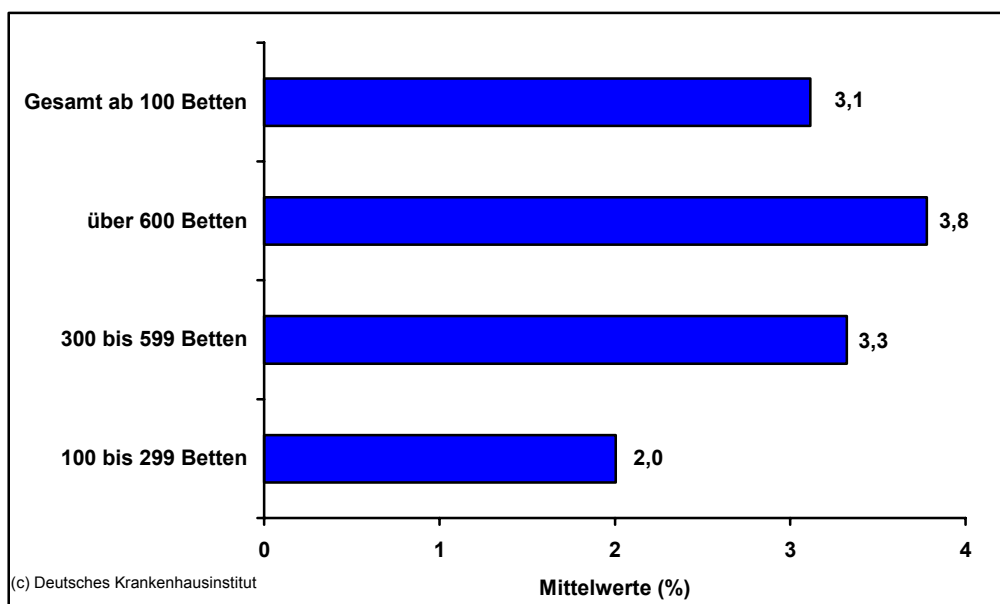


Abb. 6: Anteil der ambulanten Erlöse an den stationären und ambulanten Umsatzerlösen im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

Fast 20% der ambulanten Erlöse resultieren aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V. Somit werden ca. 80% der ambulanten Erlöse aus Krankenhaus- oder Chefarztambulanzen erzielt.⁶ In den neuen Bundesländern liegt dieser Wert mit 20,5% etwas höher als in den alten Bundesländern (19,3%).

Der Anteil der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V an den Erlösen aus ambulanten Leistungen nimmt mit zunehmender Krankenhausgröße

⁵ Erfasst sind hier nur die Krankenhäuser, die zu den stationären und ambulanten Erlösen Angaben getätigt haben. Die Krankenhäuser unter 100 Betten sind auf Grund der geringen Teilnahme nicht in die nachfolgenden Auswertungen einbezogen.

⁶ Berücksichtigt wurden dabei nur die Krankenhäuser, die im Jahr 2004 Erlöse aus ambulanten Leistungen erzielt haben.

ab. Liegt dieser bei den Krankenhäusern zwischen 100 und 299 Betten bei 28%, erzielten die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten nur noch rund 22,8% der gesamten ambulanten Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V.

Bei den größeren Krankenhäuser ab 600 Betten, die neben den ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V verstärkt ambulante Leistungen in Institutsambulanzen und/oder Polikliniken erbringen, liegt der Anteil nur noch bei 12,4%.

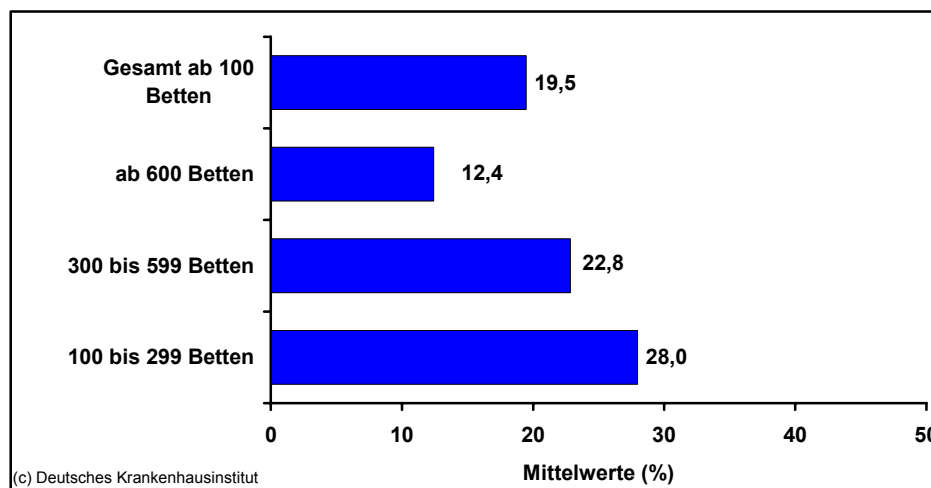


Abb. 7: Anteil der Erlöse aus ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V an den ambulanten Erlösen im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

2.4 Behandlungen von Patienten mit ausländischem Wohnsitz

Im Zusammenhang mit der Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder und dem Bestreben der Krankenhäuser, ihre Leistungen einem großem Patienten-klientel zugänglich zu machen und ggf. außerhalb des Budgets vergütet zu bekommen, wird vielfach auch die Rolle des ausländischen Patienten auf dem deutschen Krankenhausmarkt diskutiert.

Im *Krankenhaus Barometer* gaben die Krankenhäuser an, wie viele Patienten mit ausländischem Wohnsitz im Jahr 2004 stationär behandelt wurden. Dabei wurde die Unterscheidung vorgenommen, ob die Patienten zum Zwecke der stationären Behandlung eingereist sind (geplante Behandlung) oder diese auf Grund eines Notfalls stationär behandelt wurden (ungeplante Behandlung).

Der Mehrzahl der Krankenhäuser war keine Angabe zur Anzahl der Patienten mit ausländischem Wohnsitz möglich.⁷ Zum einen kann dies daran liegen, dass diese Krankenhäuser im Jahr 2004 keine Patienten mit ausländischem Wohnsitz behandelten, oder zum anderen daran, dass keine differenzierten Angaben dazu gemacht werden konnten. Auf Grund dieser Datenbasis sind die nachfolgenden Auswertungen mit Vorsicht zu interpretieren.

Lediglich rund 21% der Krankenhäuser machten Angaben zur Anzahl der im Jahr 2004 stationär behandelten Patienten mit ausländischem Wohnsitz, die zum Zwecke der Behandlung eingereist waren. 36,6% der Krankenhäuser behandelten im Jahr 2004 ausländische Patienten auf Grund eines Notfalls stationär.

⁷ Im nachfolgenden sind die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten auf Grund der geringen Anzahl nicht in die Auswertungen einbezogen.

Die von den Häusern angegebene Anzahl der geplanten Behandlungen an ausländische Patienten war jedoch weitaus höher als die Anzahl an Notfallpatienten mit ausländischem Wohnsitz. Im Mittel erbrachten die Krankenhäuser 2004 geplante Behandlungen an 75 ausländischen Patienten. Schaut man sich hingegen die Quartilswerte an, so wird deutlich, dass

- 25% dieser Krankenhäuser höchstens 7 Patienten behandelten,
- 50% der Häuser bis 23 ausländische Patienten stationär aufnahmen und
- 25% der Krankenhäuser 47 und mehr ausländische Patienten geplant behandeln.

Damit ist der Mittelwert stark von den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten beeinflusst, die im Vergleich der Bettengrößenklassen eine sehr hohe Anzahl von Patienten mit ausländischem Wohnsitz aufweisen.

Krankenhäuser, die angaben, Patienten mit ausländischem Wohnsitz im Rahmen eines Notfalls behandelt zu haben, wiesen im Jahr 2004 eine durchschnittliche Anzahl von 33 Patienten auf. Der Median liegt hier wiederum bei 10 Patienten, was bedeutet, dass auch dieser Wert stark von den Krankenhäusern ab 600 Betten beeinflusst ist, die eine relativ hohe Anzahl von ausländischen Notfallpatienten aufweisen.

Die Kosten der Behandlungsleistungen an Patienten mit ausländischem Wohnsitz trägt entweder der Patient selbst, seine ausländische Versicherung oder eine inländische Krankenkasse, die sich zur Kostenübernahme bereit erklärt hat. Wer letztlich die Kosten der Behandlung trägt, ist u.a. davon abhängig, ob nach über- oder zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht ein Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung besteht.⁸

In fast der Hälfte der Fälle wurde die Behandlung mit dem Patienten selbst abgerechnet. Bei 37,6% der Behandlungen von Patienten mit ausländischem Wohnsitz trat eine deutsche Krankenkasse für die Kosten ein, bei 16,2% übernahm ein ausländischer Kostenträger die Behandlungskosten.

⁸ Siehe dazu auch das Merkblatt über die stationäre Krankenhausbehandlung ausländischer Patienten, welches von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) herausgegeben wurde.

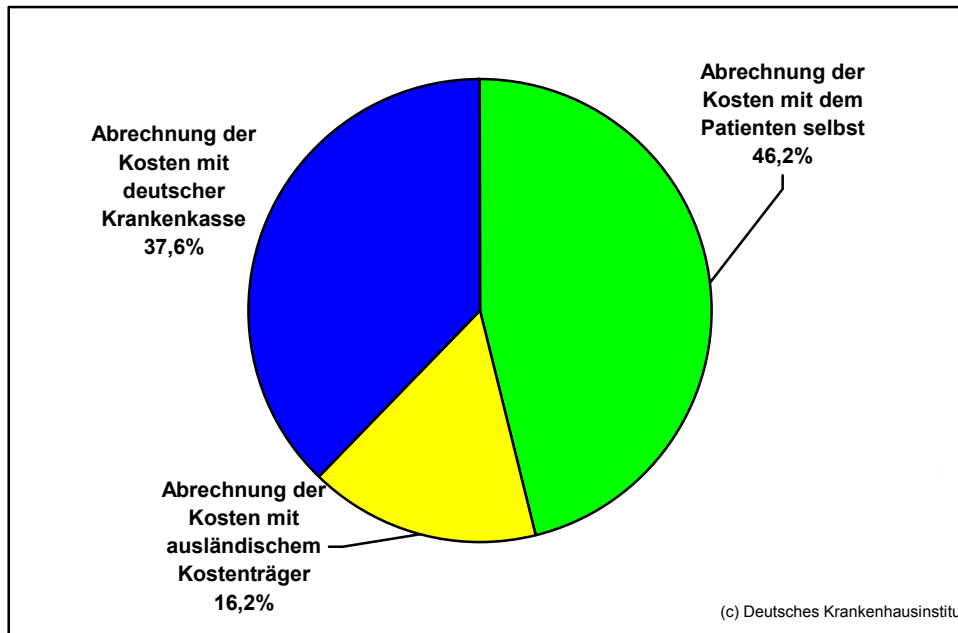


Abb. 8: Abrechnung von stationären Patienten mit ausländischem Wohnsitz im Jahr 2004 – Krankenhäuser ab 100 Betten

3 Wahlleistungen

3.1 Probleme in den Verhandlungen mit der PKV

Die Angemessenheit der Entgelte für die Wahlleistung „Unterkunft“ wird seit dem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 4. August 2000 verstärkt durch die privaten Krankenversicherungen überprüft. Auf Grund des Urteils hat der PKV-Verband bei einer nicht unerheblichen Anzahl von Krankenhäusern im Rahmen seiner Befugnisse nach § 22 BPfIV ein Klageverfahren auf Herabsenkung der Entgelte für die Wahlleistung „Unterkunft“ eingeleitet. Über die Angemessenheit der Entgelte haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) zum 1. August 2002 eine „Gemeinsame Empfehlung“ abgegeben, die bei den Verhandlungen über die krankenhausesindividuelle Höhe des Entgeltes für die Wahlleistung Unterkunft zur Anwendung kommen kann.

Über 66% der Krankenhäuser haben mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen Vertrag über die Abrechnung der Wahlleistung „Unterkunft“ abgeschlossen. Bei den übrigen Krankenhäusern bestand entweder kein diesbezüglicher Vertrag (32,8%) oder sie machten hierzu keine Angaben (1,1%). Fast alle abgeschlossenen Verträge (98,4%) orientieren sich an der „Gemeinsamen Empfehlung“ von der PKV und der DKG.

Lediglich rund 16% der Krankenhäuser gaben an, dass es bei den Verhandlungen zu den Entgelten zu keinen Problemen kam. Die übrigen Krankenhäuser berichten von Uneinigkeiten über die Höhe der Bezugsgröße Unterkunft bzw. den Basispreis (26,6%) oder eine Ablehnung der diesbezüglichen jährlichen Erhöhung (22%) durch Unternehmen der privaten Krankenversicherung.

Das größte Problem ist derzeit noch die Höhe bzw. die Anerkennung der Komfortzuschläge. Rund 69% der Krankenhäuser gaben Uneinigkeiten bei den Verhandlungen mit den privaten Krankenversicherungen an. Die Durchsetzung der jährlichen Erhöhung der Komfortzuschläge erwies sich bei 14,3% der Krankenhäuser als problematisch.

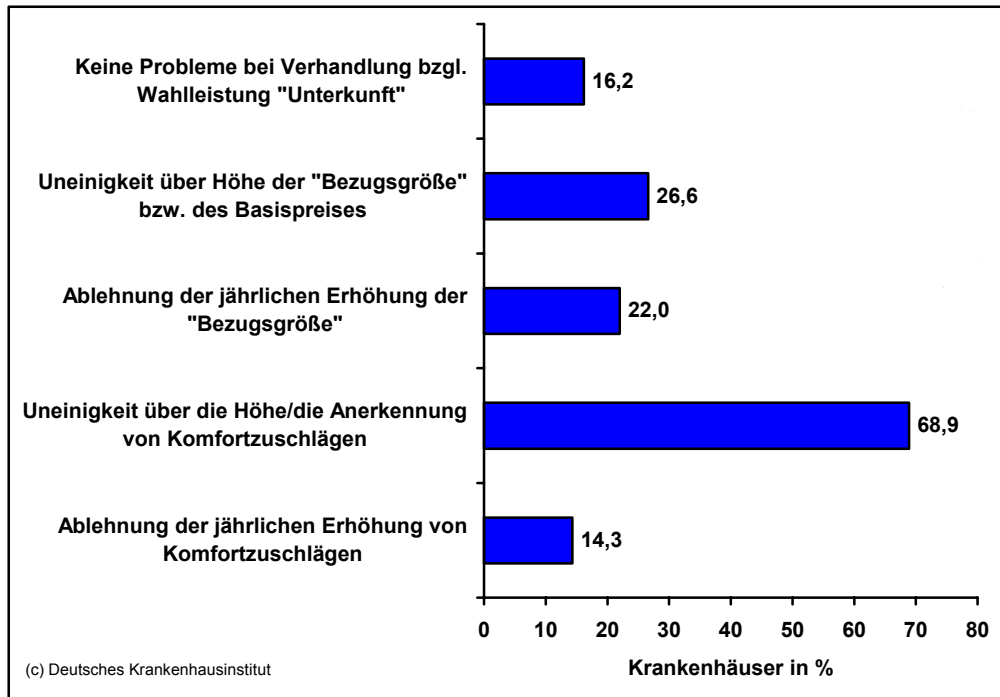


Abb. 9: Probleme in den Verhandlungen zur Wahlleistung „Unterkunft“

3.2 Entwicklung der Wahlleistung „Unterkunft“

Die an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser machten ebenfalls Angaben zur Entwicklung ihrer Erlöse für die Wahlleistung „Unterkunft“ in den Jahren 2000, 2002 sowie 2004 sowie zur diesbezüglichen Anzahl der erbrachten Tage und der Fallzahl.

In die Auswertung wurden diejenigen Kliniken einbezogen, die mit den Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen Vertrag über die Abrechnung der Wahlleistung „Unterkunft“ abgeschlossen haben und ihre diesbezüglichen Erlöse für alle drei Jahre angegeben hatten. Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern finden auf Grund vielfach fehlender Angaben in den nachfolgenden Analysen keine Berücksichtigung.

Im Mittel haben sich die Erlöse aus der Wahlleistung „Unterkunft“ in den Jahren von 2000 bis 2004 in den Krankenhäusern der alten Bundesländer um rund ein Viertel reduziert.

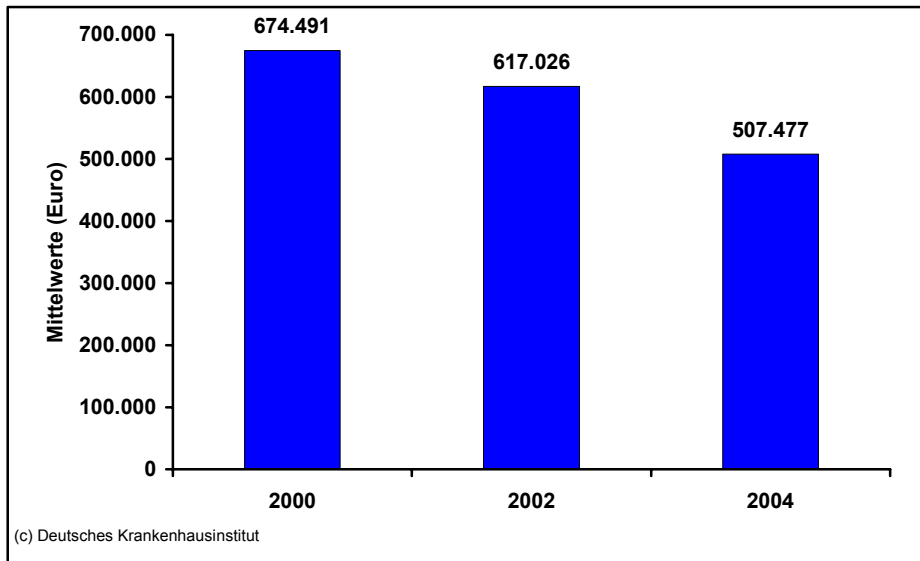


Abb. 10: Gesamterlöse aus der Wahlleistung „Unterkunft“ – Alte Bundesländer

Die Reduktion der Gesamterlöse für die Wahlleistung „Unterkunft“ resultiert nicht allein aus einem Rückgang der Leistungen in diesem Bereich. Bei der Betrachtung der durchschnittlichen Erlöse pro Wahlleistungstag ist ebenfalls eine negative Veränderung im Zeitablauf festzustellen.⁹ So sinken diese Erlöse je Tag von 71,99 € (2000) auf 66,70 € (2002) und 56,47 € (2004). Damit haben sich die durchschnittlichen Erlöse je Tag im Bereich der Wahlleistung „Unterkunft“ in diesem Vierjahreszeitraum um insgesamt 21,5% reduziert.

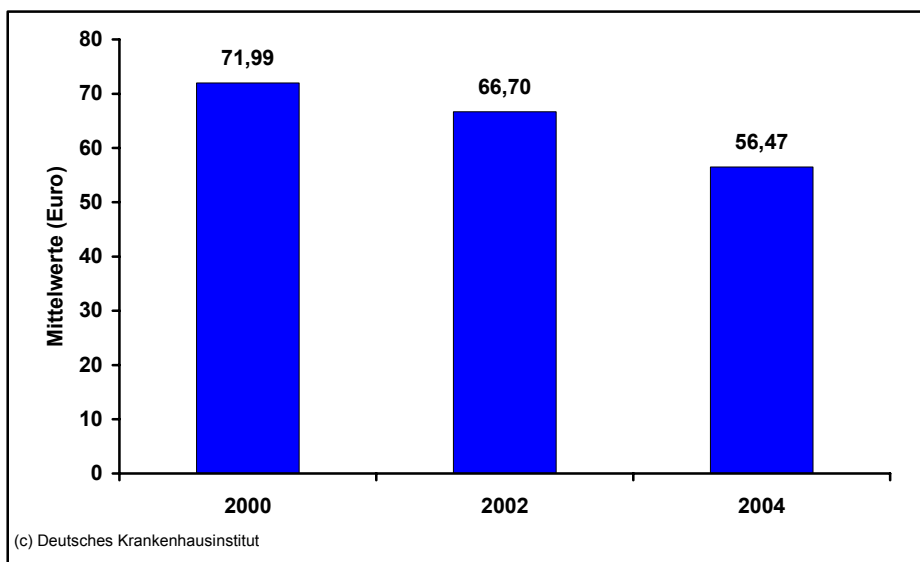


Abb. 11: Erlöse aus der Wahlleistung „Unterkunft“ je Tag – Alte Bundesländer

Auch die Erlöse je Fall weisen eine negative Entwicklung seit dem Jahr 2000 auf. Die statistische Basis für die Berechnung der Erlöse je Fall war hier recht gering, so dass die Angaben mit Vorsicht zu interpretieren sind. Im Mittel sind die Erlöse

⁹ Berücksichtigt wurden lediglich diejenigen Krankenhäuser, die für die Jahre 2000, 2002 und 2004 Angaben zu den Wahlleistungserlösen und –tagen getätigt haben.

je Fall für die Wahlleistung „Unterkunft“ im Jahr 2004 im Vergleich zum Jahr 2000 um 26,6% gesunken.

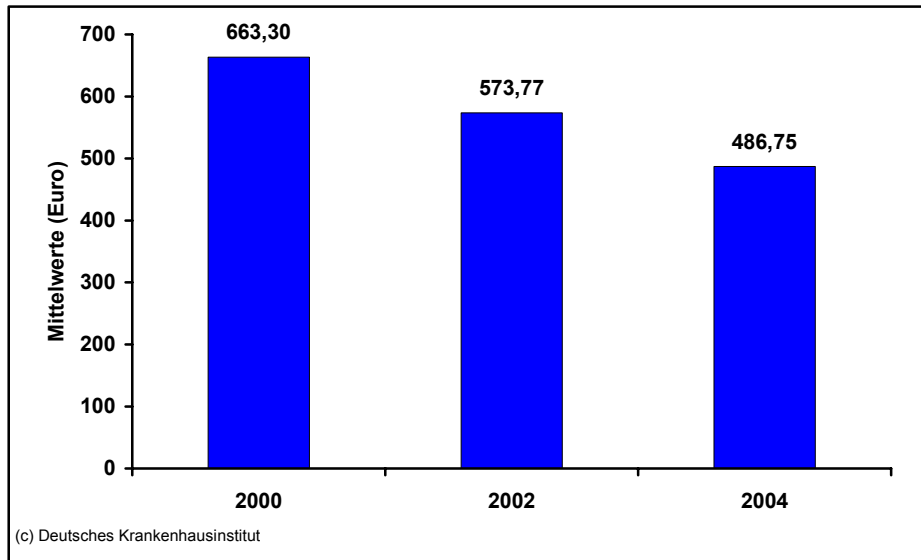


Abb. 12: Erlöse aus der Wahlleistung „Unterkunft“ je Fall – Alte Bundesländer

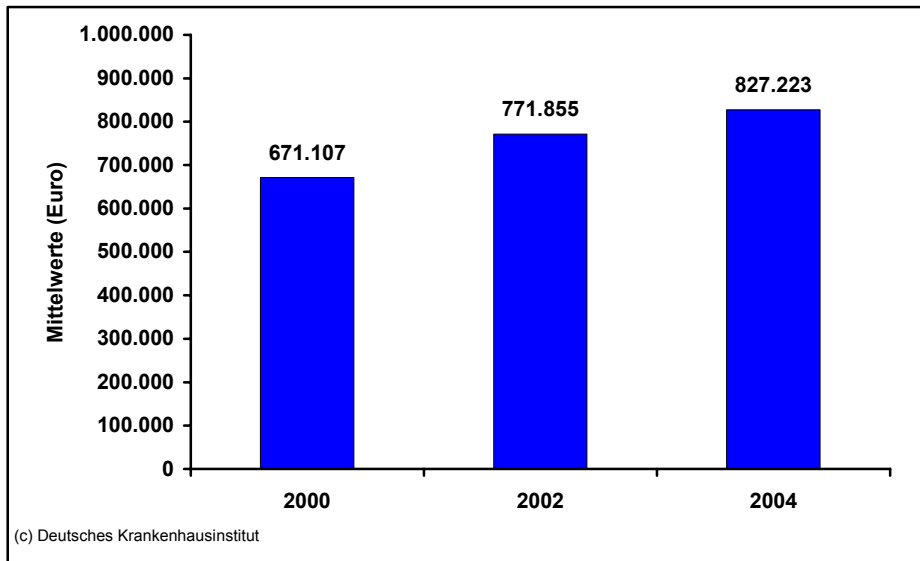
Auf Grund der vorgenannten Werte kann für die Krankenhäuser der alten Bundesländer zusammenfassend konstatiert werden, dass die Erlöse für die Wahlleistung „Unterkunft“ seit dem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 4. August 2000 deutlich gesunken sind.

3.3 Entwicklung der Wahlleistung „Ärztliche Behandlung“

Neben der Wahlleistung „Unterkunft“ besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Erlöse aus der wahlärztlichen Behandlung liquidationsberechtigter Ärzte zu erzielen. Auch hierbei konnten auf Grund der begrenzten Zahl der antwortenden Krankenhäuser in den neuen Bundesländern lediglich die Angaben von den Krankenhäusern der alten Bundesländer herangezogen werden.¹⁰

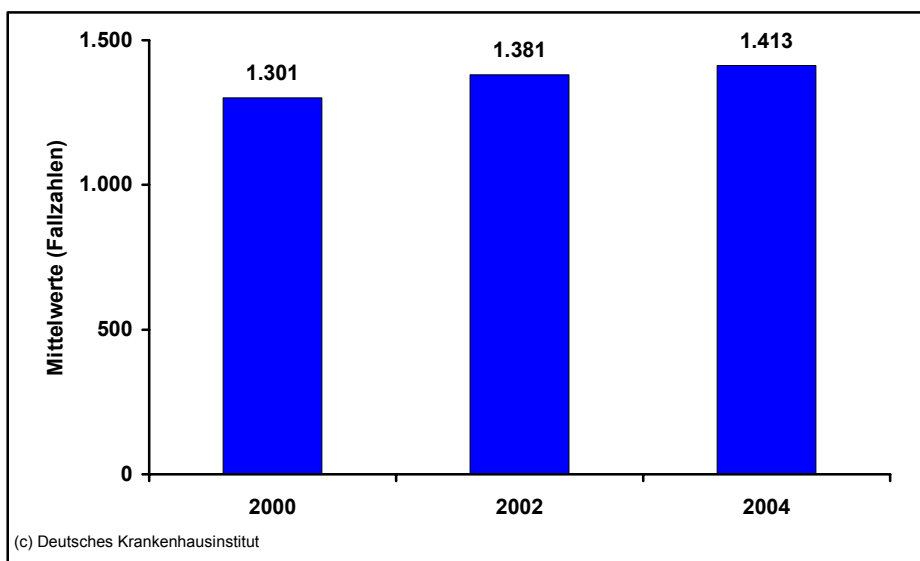
Im Mittel sind die Erlöse aus der Wahlleistung „Ärztliche Behandlung“ im Jahr 2004 um 23,3% gegenüber dem Jahr 2000 gestiegen. Der durchschnittliche Erlös je Krankenhaus lag im Jahr 2004 bei 827.223 €.

¹⁰ Berücksichtigt wurden diejenigen Krankenhäuser in den alten Bundesländern, die Angaben zu den Erlösen aus wahlärztlicher Behandlung in den Jahren 2000, 2002 und 2004 tätigen konnten.



**Abb. 13: Gesamterlöse aus der Wahlleistung „Ärztliche Behandlung“
- Alte Bundesländer**

Der Anstieg der Erlöse ist z.T. auf die steigende Anzahl der Fälle zurückzuführen, die die wahlärztliche Behandlung in den Krankenhäusern in Anspruch genommen hat.¹¹



**Abb. 14: Fallzahlen für die Wahlleistung „Ärztliche Behandlung“
- Alte Bundesländer**

Bei denjenigen Krankenhäusern, die sowohl die Erlöse als auch die Fälle der Wahlleistung „Ärztliche Behandlung“ für alle drei betrachteten Jahre angeben konnten, wurden die Wahlleistungserlöse je Fall ermittelt. Die Wahlleistungs-

¹¹ Berücksichtigt sind hier nur die Krankenhäuser, die die Anzahl der Fälle angeben konnten. Da dies lediglich ein geringer Anteil der Häuser war, sind die Daten mit Vorsicht zu interpretieren.

erlöse aus der ärztlichen Behandlung je Fall lagen im Jahr 2004 bei 570,38 €. Damit sind sie gegenüber dem Jahr 2000 um rund 3,5% gestiegen.¹²

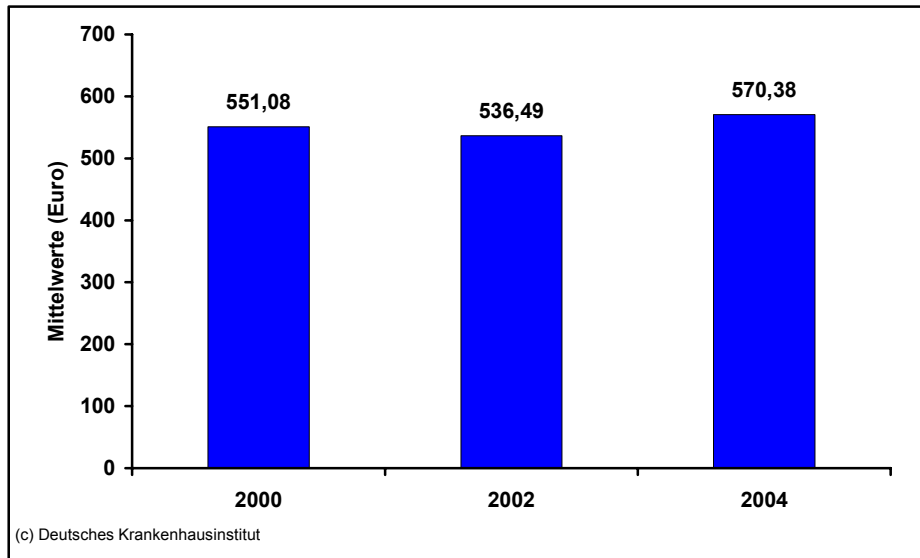


Abb. 15: Erlöse aus der Wahlleistung „Ärztliche Behandlung“ je Fall - Alte Bundesländer

4 Investitionen und Investitionsfinanzierung

4.1 Entwicklung der Investitionen

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* sollten sich die Krankenhäuser auch zur Art und Höhe der Investitionen und der Herkunft ihrer Finanzierung äußern.

In die Auswertung wurden nur diejenigen Krankenhäuser einbezogen, die ihre Bestände der immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sowie die dafür aufgewendeten Investitionsmittel in der Zeitreihe von 2002 bis 2004 angaben. Um eine einheitliche Datenbasis zu erhalten, wurde auf die Anfangsbestände der Anschaffungswerte¹³ sowie die Zugänge des jeweiligen Geschäftsjahres laut Anlagennachweis des Krankenhauses Bezug genommen. Nicht erfasst sind damit die Zugänge, die sich aus Umbuchung ergeben. Nicht gegengerechnet ist der Werteverlust, der sich aus Umbuchungen oder dem Abgang von Anlagegegenständen ergibt. Abschreibungen wurden in den angegebenen Beträgen nicht berücksichtigt.

Die Entwicklung der Investitionen lässt sich am besten durch Verhältniszahlen abbilden:

Eine derartige Kennzahl ist der Anteil der Investitionsmittel (Zugänge im Anlagennachweis) an den Anschaffungswerten des Jahres. Die Quote gibt Aufschluss über die Investitionsintensität der Krankenhäuser. Eine Beobachtung

¹² Auf Grund des geringen Anteils der Häuser, die in diese Berechnung eingingen, sind die Daten mit Vorsicht zu interpretieren.

¹³ Bei den Anschaffungswerten handelt es sich um die Summe der Aufwendungen, die in den Vorjahren geleistet wurden, um immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen zu erwerben und in einen betriebsbereiten Zustand zu versetzen (§ 255 Abs. 1 HGB).

im Zeitablauf zeigt die Entwicklungstendenz für eine nachlassende oder zunehmende Investitionstätigkeit auf. Im nachfolgenden wird diese Kennzahl bewusst nicht als „Investitionsquote“ bezeichnet, da unter diesem Begriff auch andere Berechnungen zur Investitionstätigkeit vorgenommen werden wie z.B. die Investitionen in Relation zu den Umsatzerlösen. Die ausgewiesenen Prozentwerte lassen sich somit nicht ohne genauere Überprüfung der Berechnungsweise anderweitig ermittelten Investitionsquoten gegenüberstellen.

Für die Krankenhäuser weist der Vergleich der Anteile der Investitionen an den Anschaffungswerten seit 2002 eine negative Entwicklung aus. Belief sich die Quote im Jahr 2002 noch auf 15,3%, reduzierte sich diese im Jahr 2003 auf 13,6% und im Jahr 2004 weiter auf 11,3%. Damit ist der Anteil von 2004 zu 2002 um 4 Prozentpunkte (26%) rückläufig. Dieser Rückgang der Investitionstätigkeit kann als objektiver Indikator gelten, dass die Investitionsförderung im Krankenhaussektor nicht ausreichend ist.

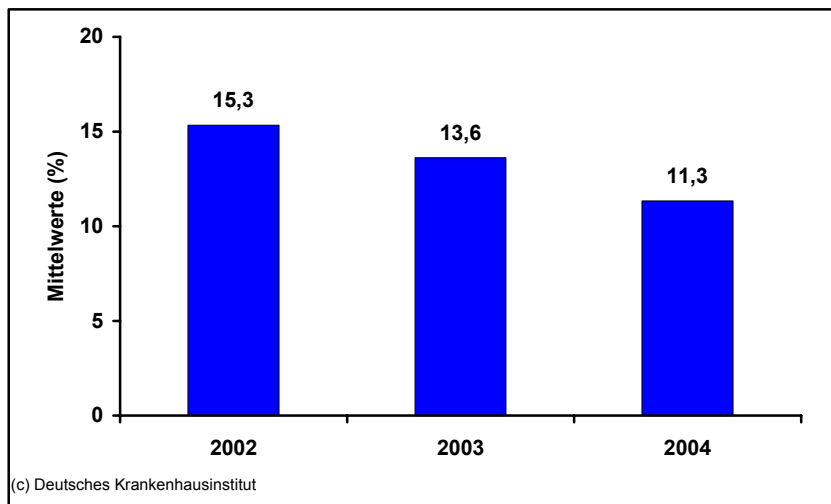


Abb. 16: Anteil der Investitionen an den Anschaffungswerten von 2002 bis 2004

Die Anteile der Investitionen an den Anschaffungswerten liegen in den neuen Bundesländern über die drei betrachteten Jahre höher als in den alten Bundesländern. Dies kann daran liegen, dass die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern auf Grund der Mittel aus dem Krankenhausinvestitionsprogramm nach Art. 14 GSG größere Investitionen tätigen konnten.

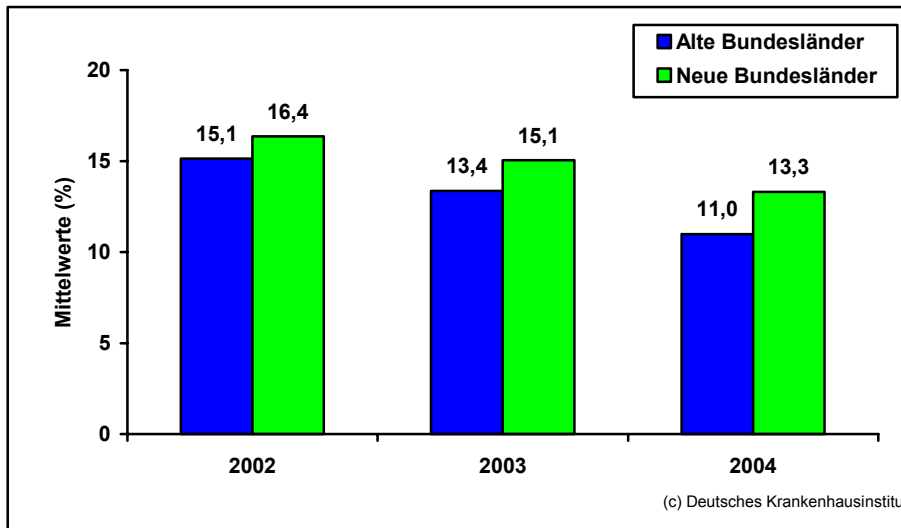


Abb. 17: Anteil der Investitionen an den Anschaffungswerten von 2002 bis 2004 nach alten und neuen Bundesländern

Wie bereits oben erwähnt, gilt als weiteres Maß zur Ermittlung der Investitionstätigkeit die Relation der Investitionen zu den Umsatzerlösen eines Krankenhauses. Bei denjenigen Krankenhäusern, die neben den Investitionsmitteln auch die Erlöse aus Krankenhausleistungen angegeben haben, konnte somit die Quote der Investitionen zu den Erlösen aus Krankenhausleistungen ermittelt werden.

Diese liegt im Mittel über alle Krankenhäuser bei 10,5%. Auch bei dieser Kennzahl zeigt sich, dass die Quote der Investitionen zu den Umsatzerlösen in den alten Bundesländern mit rund 10% deutlich geringer ausfällt als in den neuen Bundesländern (13,7%).

Bezogen auf die Bettengrößenklassen ergibt sich, dass die Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten die höchste Quote aufweisen, wohingegen die Häuser unter 100 Betten die geringste Quote haben (7,5%).

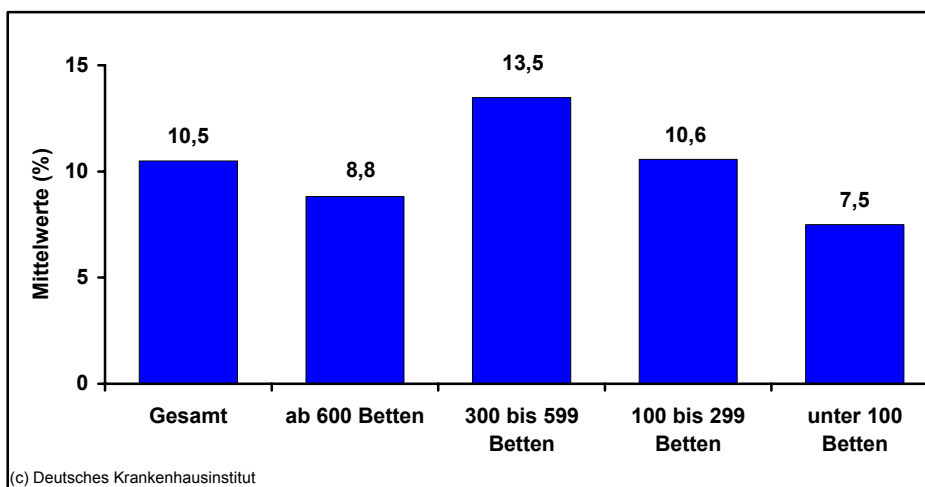


Abb. 18: Quote der Investitionen zu den Erlösen aus Krankenhausleistungen im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

4.2 Herkunft von Investitionsmitteln

Der Großteil der Investitionsmittel (47%), die im Jahr 2004 von den Krankenhäusern verwandt wurden, stammt aus Pauschalfördermitteln. Weitere 20,1% stammen aus Einzelfördermitteln. Somit wurden rund 67% aus Fördermitteln des Landes bestritten. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß die KHG-Fördermittel zwischen den Jahren 1991 und 2003 stark gesunken sind und unter dem tatsächlichen Bedarf der Krankenhäuser zur Gewährleistung der strukturellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen liegen.¹⁴

Der maßgebliche Anteil der Investitionen, die darüber hinaus für die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen aufgewendet werden, stammt aus Eigenmitteln des Krankenhauses (20,4%). Einen geringen Anteil nehmen die Fördermittel des Trägers mit 5,5% ein. Ebenfalls wenig wird die Kreditfinanzierung von den Krankenhäusern zur Beschaffung von Investitionsmitteln genutzt (3,6%).

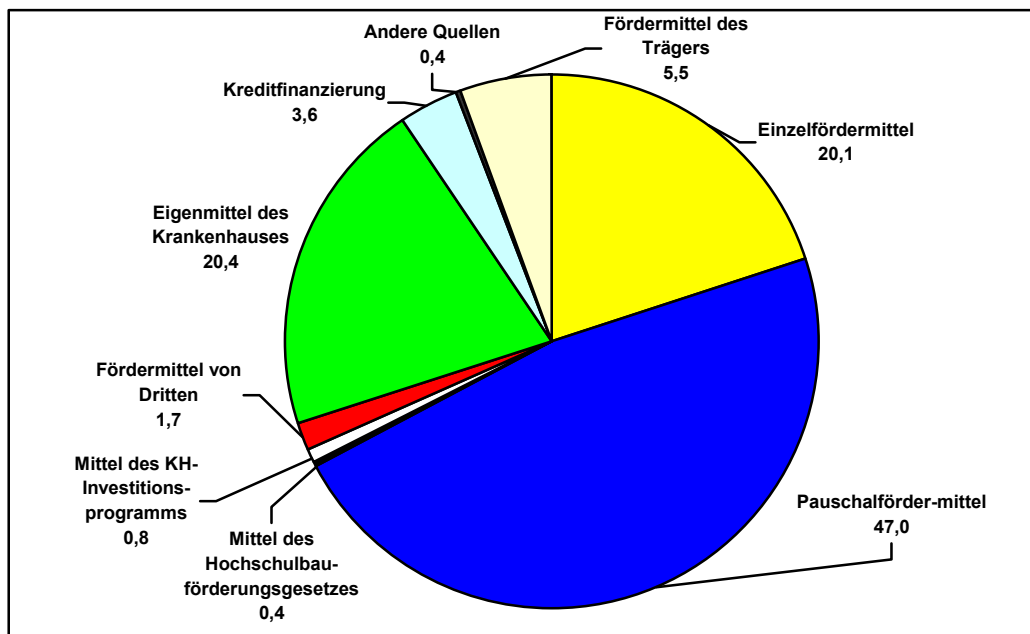


Abb. 19: Herkunft der Investitionsmittel im Jahr 2004

Betrachtet man die Herkunft von Investitionsmitteln differenziert nach Bettengrößenklassen fällt auf, dass die Krankenhäuser unter 100 Betten im Jahr 2004 einen geringeren Anteil an Einzelfördermitteln (4%) verwendet haben als die Krankenhäuser größerer Bettengrößenklassen (zwischen 19,9% und 27,2%). Hingegen haben die Krankenhäuser unter 300 Betten mehr Investitionen getätigt, die mit Pauschalförderung finanziert worden sind. Bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten fällt die Quote für Einzel- und Pauschalfördermittel niedriger als in den anderen Bettengrößenklassen aus, da in dieser Klasse auch die Universitätsklinik enthalten sind, die Mittel nach dem Hochschulbauförderungsgesetz erhalten (4%).

¹⁴ Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand November 2004, S. 37 ff.

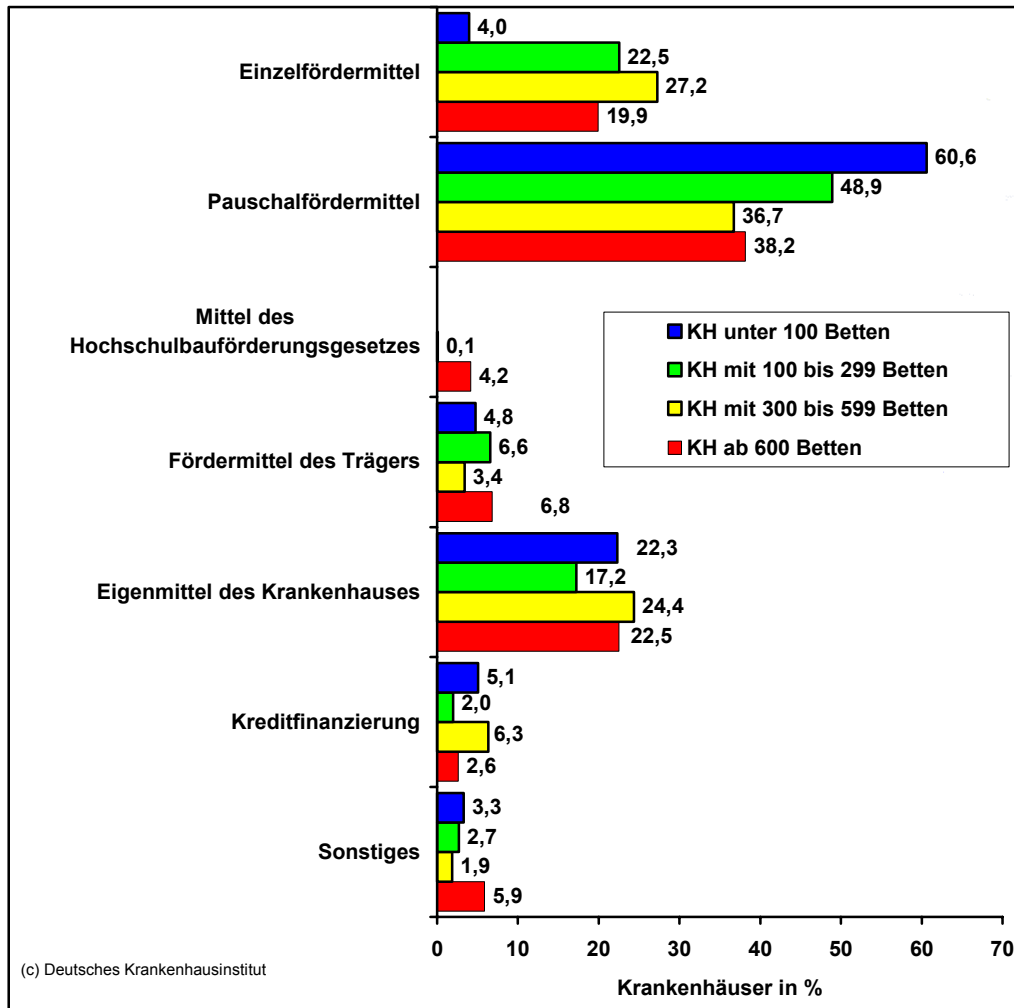


Abb. 20: Herkunft der Investitionsmittel im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

Der Anteil der Einzel- und Pauschalfördermittel liegt in den neuen wie auch alten Bundesländern bei rund 67%. Ein Unterschied ergibt sich in der Zusammensetzung: Weisen die Krankenhäuser aus den neuen Bundesländern gleich große Anteile von jeweils rund 33% im Einzel- und Pauschalfördermittelbereich auf, liegt das Gewicht bei den alten Bundesländern stärker auf den Pauschalfördermitteln (49%), wohingegen die Einzelfördermittel nur einen Anteil von 18% einnehmen.¹⁵ Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern erhalten im Gegensatz zu den Krankenhäusern in den alten Bundesländern einen Anteil von 5,3% aus Mitteln des Krankenhausinvestitionsprogramms nach Art. 14 GSG.

4.3 Verwendung von Investitionsmitteln

Die Investitionsmittel wurden im Jahr 2004 von den Krankenhäusern zu 42,4% für die Einrichtung von Krankenzimmern und Behandlungsräumen und zu 27,4% für die Grundstücke und Gebäude verwendet. Im EDV-Bereich investierten die Krankenhäuser zu 7,8% in Software sowie zu 6,3% in die Erneuerung der EDV-

¹⁵ Da die Investitionsplanung den Bundesländern obliegt, differiert die Aufteilung nach Pauschal- und Einzelfördermitteln zudem auch deutlich zwischen den einzelnen Ländern.

Technik. Für die technischen Betriebsanlagen verwendeten die Krankenhäuser im Mittel 5,4% ihrer gesamten Investitionsmittel. Als weitere sonstige Investitionsbereiche wurden von den Krankenhäusern insbesondere die Einrichtung und Ausstattung der Wirtschafts- und Verwaltungsbereiche sowie die Anlagen im Bau benannt.

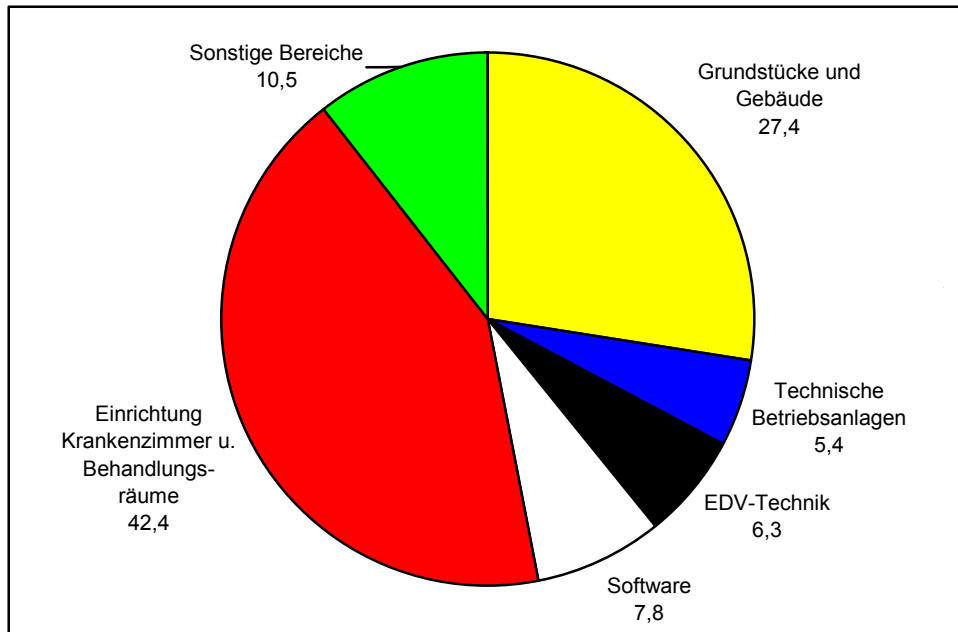


Abb. 21: Verwendung der Investitionsmittel im Jahr 2004

Die Krankenhäuser in den alten Bundesländern investierten im Jahr 2004 stärker in die Einrichtungen und Ausstattungen von Krankenzimmern und Behandlungsräumen (43,9%) als in Grundstücke und Gebäude (25,7%). In den neuen Bundesländern ist dieses Verhältnis fast ausgewogen: 36,7% der aufgewendeten Investitionsmittel wurden in Grundstücke und Gebäude investiert, 34% in Einrichtungen und Ausstattungen des medizinischen Bereichs.

Die Krankenhäuser unter 100 Betten gaben im Jahr 2004 rund 22% ihrer Investitionsmittel für ihre Hard- und Software aus. Mit zunehmender Bettengrößenklasse nimmt dieser Anteil ab. Investierten die Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten 14,5%, sind es bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten nur noch 9,9%. Die Krankenhäuser ab 600 Betten verwendeten 8,9% ihrer Investitionsmittel für ihre EDV.

Auffällig ist zudem, dass die Krankenhäuser unter 100 Betten lediglich rund 10% ihrer Investitionsmittel für ihre Grundstücke und Gebäude ausgaben, wohingegen Krankenhäuser größerer Bettengrößenklassen weitaus höhere Anteile dafür verwendeten. Bei den Krankenhäusern größerer Bettengrößenklassen fällt der hohe Anteil auf, der in sonstige Bereiche investiert wurde. Im Vordergrund standen hier insbesondere die Investitionen in den Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf sowie die Anlagen im Bau.

Der relativ hohe Anteil, der für die Anlagen im Bau aufgewendet wird, erklärt z.T. den im Vergleich zu den Krankenhäusern mittlerer/größerer Bettengrößenklassen recht niedrigen Anteil, der für die Grundstücke und Gebäude verausgabt wurde. Die Investitionsmittel, die im Jahr 2004 für die Anlagen im Bau (meist für

mehrfährige Großprojekte) eingestellt werden, erhöhen im Jahr der Fertigstellung die Grundstück- und Gebäudewerte.

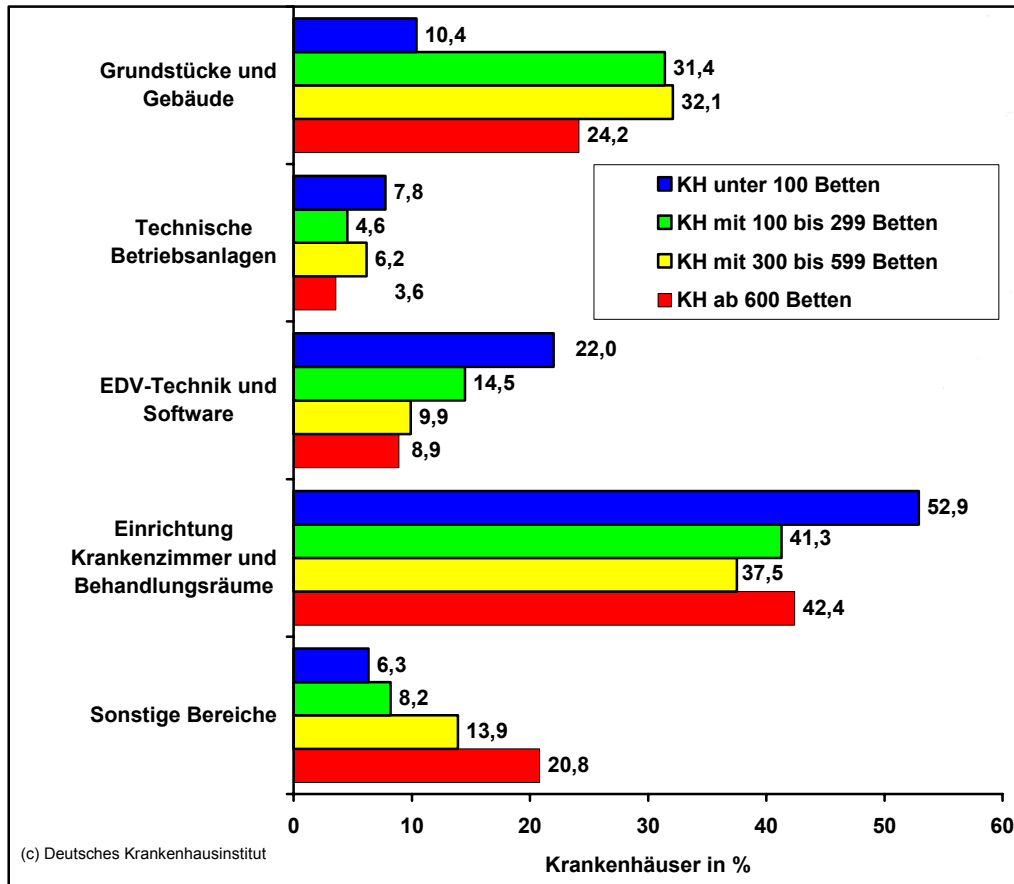
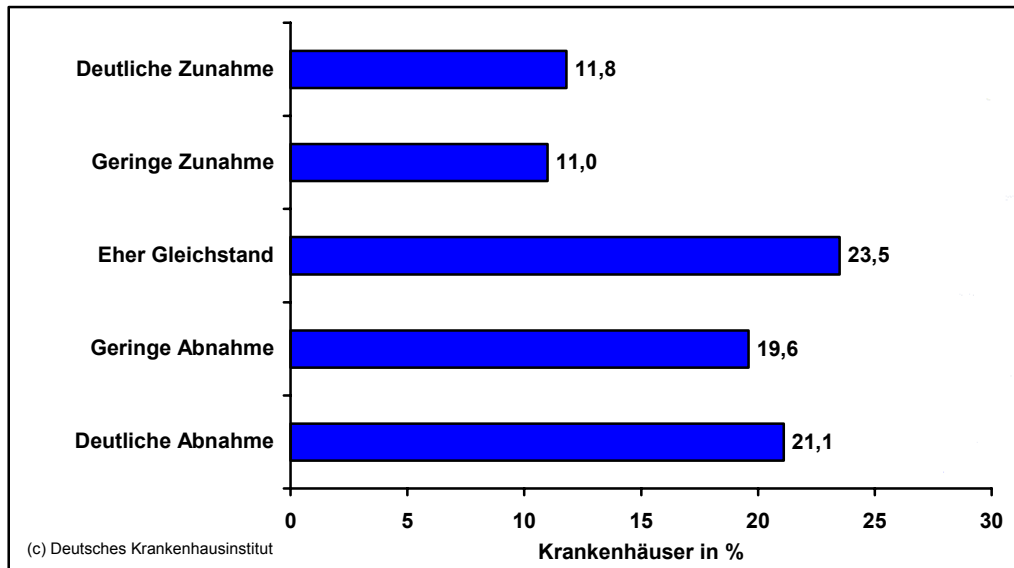


Abb. 22: Verwendung der Investitionsmittel im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

4.4 Künftige Entwicklung der Investitionsmittel

Fast ein Viertel der Krankenhäuser (23,5%) rechnet damit, dass sich die Investitionsmittel insgesamt in den nächsten drei Jahren nicht verändern werden. 40,7% der Krankenhäuser nehmen an, dass diese abnehmen werden; dabei geht über die Hälfte dieser Krankenhäuser (21,1%) von einer deutlichen Abnahme aus. Lediglich 11,8% der Krankenhäuser glauben an eine deutliche Zunahme in den nächsten drei Jahren. Weitere 11% gehen von einer geringen Zunahme der Investitionen aus. 13,1% der Häuser konnten hierzu keine Angabe tätigen.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 23: Erwartete Veränderung der Investitionsmittel in den nächsten 3 Jahren

Insbesondere gehen die Krankenhäuser von einer Reduktion der Trägermittel aus. Rund 30% der Krankenhäuser rechnen mit einer Abnahme in den nächsten drei Jahren, 23% sogar mit einer deutlichen Abnahme. 40% der Krankenhäuser gehen davon aus, dass der Anteil der von den Trägern zur Verfügung gestellten Investitionsmittel in den nächsten drei Jahren gleich bleibt. 12,3% der Krankenhäuser rechnen mit einer Zunahme. 18,1% konnten hierzu keine Angaben machen.

Auch bei den Mitteln aus sonstigen nicht-öffentlichen Quellen erwartet die Mehrzahl der Krankenhäuser, dass sich der Anteil in den nächsten drei Jahren nicht wesentlich verändern (49,9%) oder abnehmen wird (20,7%). Lediglich 9% rechnen mit einer Zunahme. Hingegen konnten 20,5% der Häuser keine Einschätzung vornehmen.

Insgesamt rechnen 44,4% der Krankenhäuser damit, dass der Anteil der Eigenmittel des Krankenhauses in den nächsten drei Jahren zunimmt. 23,8% gehen sogar von einer deutlichen Zunahme aus. Dies wird darin begründet liegen, dass die Krankenhäuser auf Grund der abnehmenden Investitionsmittel zukünftig keine anderen Möglichkeiten sehen, als notwendige Investitionen selbst zu finanzieren.

Fraglich erscheint indes, ob dem Krankenhaus diese Finanzmittel zur Verfügung stehen werden. Lediglich 22,7% glauben an einen Gleichstand, wohingegen insgesamt 23,2% der Häuser mit einer geringen oder deutlichen Abnahme rechnen. Die Mehrzahl der Krankenhäuser konnte die Entwicklung der Eigenmittel besser einschätzen als die Mittel von Trägern oder sonstigen nicht-öffentlichen Quellen. Lediglich 9,5% der Krankenhäuser konnten hierzu keine Angaben tätigen.

Erwartet fast die Hälfte der Krankenhäuser in den alten Bundesländern einen Gleichstand oder eine Zunahme bei den Investitionsmitteln, rechnen lediglich 34,8% in den neuen Bundesländern damit. 28,5% der Häuser in den neuen Bundesländern gehen von einer deutlichen Abnahme bzw. 18,3% von einer

geringen Abnahme aus. In den alten Bundesländern sind dies hingegen nur 12,9%, die von einer deutlichen und 6,5%, die von einer geringen Abnahme ausgehen.

4.5 Einbindung privater Investoren

Auf der Suche nach neuen Finanzierungsquellen für Investitionen werden derzeit vielfach auch Modelle des Public Private Partnership (PPP) diskutiert. Dabei gehen Krankenhäuser mit privaten Investoren eine Partnerschaft ein, die – ganz oder zum Teil – neben der Finanzierung u.a. auch die Planung, den Bau oder den Betrieb übernehmen.

Private Investoren werden jedoch bisher eher selten zur Durchführung von Bauinvestitionen (Neubau, Modernisierung des Krankenhauses etc.) hinzugezogen. Lediglich 3,2% der Krankenhäuser hat bereits Bauinvestitionen mit privaten Investoren durchgeführt; 4,1% haben eine derartige Finanzierung für Bauvorhaben geplant.

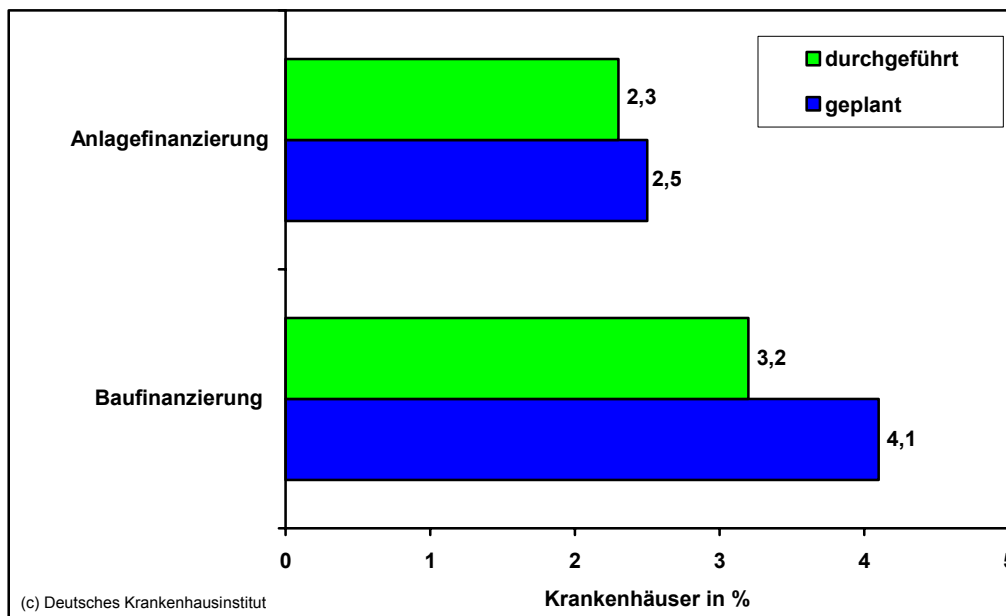


Abb. 24: Finanzierung durch private Investoren

Bei den Anlageinvestitionen (wie z.B. technische Anlagen und Maschinen) ergibt sich ein ähnliches Bild. Auch hier hat die Mehrzahl der Krankenhäuser (86,6%) weder private Investoren in Anspruch genommen noch ist dies geplant. Lediglich 2,3% der Krankenhäuser hat bereits mit Geldern von privaten Investoren finanziert; 2,5% der Krankenhäuser planen dies.

5 Umsatzsteuer 2005

5.1 Lieferungen und Leistungen des Krankenhauses

Die Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinien mit Wirkung ab dem 1. Januar 2005 sowie weitere umsatzsteuerliche Bewertungen von Leistungen steuerbegünstigter Krankenhäuser durch die Finanzverwaltung unterstellen eine Umsatzsteuerpflicht für verschiedene Leistungsarten. Insbesondere Erlöse aus Lieferungen

und Leistungen, die nach den Änderungen des Abschnitts 100 des Umsatzsteuerrechts (UStR) nicht mehr zu den eng verbundenen Umsätzen des Krankenhauses gehören, sind spätestens seit dem 1. Januar 2005 umsatzsteuerpflichtig. Damit nehmen die Umsatzsteuerverpflichtungen zu. Auf Grund möglicher veränderter Bewertungen besteht zudem die Möglichkeit von Umsatzsteuernachforderungen für noch nicht bestandskräftige Zeiträume.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick, welche Lieferungen und Leistungen, deren Umsätze die Finanzverwaltungen zukünftig ggf. als nicht mehr umsatzsteuerbefreit ansehen könnten, in den Krankenhäusern erbracht werden.

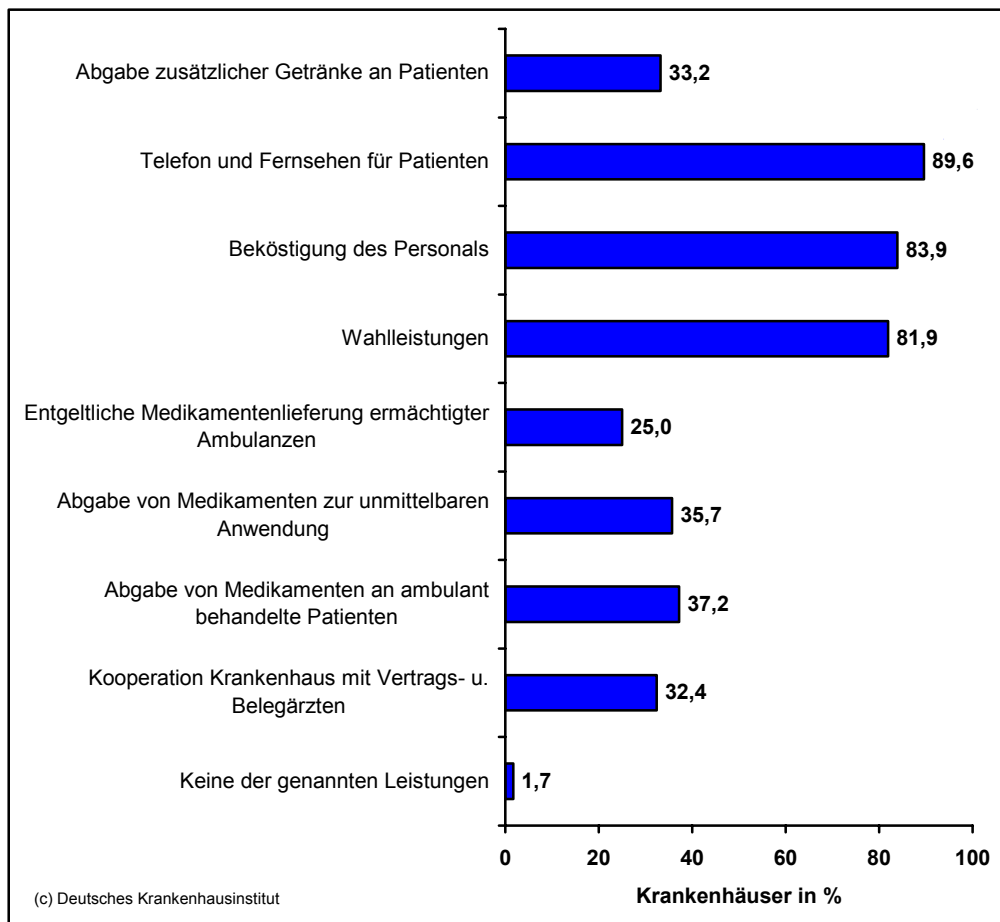


Abb. 25: Erbringung strittiger Lieferungen und Leistungen in den Krankenhäusern

In fast 90% der Krankenhäuser findet eine entgeltliche Telefon- und Fernsehüberlassung an Patienten statt. Über 80% der Kliniken erzielen Erlöse aus der Beköstigung ihres Personal oder der Erbringung von Wahlleistungen für Patienten, wie z.B. durch besondere Unterkunft, Sonderversorgung oder bestimmte therapeutische Leistungen. Medikamente zur unmittelbaren Anwendung durch ermächtigte Krankenhausärzte sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus werden ebenso wie zusätzliche Getränke an Patienten von über einem Drittel der Krankenhäuser abgegeben.

Zu den vom Krankenhaus erbrachten strittigen Leistungen gehören auch die Umsatzerlöse, die aus der Kooperation des Krankenhauses mit Vertragsärzten und/oder Belegärzten im Rahmen z.B. eines medizinischen Versorgungszent-

rums oder im Rahmen der Integrierten Versorgung (32,4%) sowie aus entgeltlichen Medikamentenlieferungen an ermächtigte Ambulanzen, Polikliniken und/oder Institutsambulanzen (25%) erzielt werden. Lediglich 1,7% der Krankenhäuser gaben an, keine der genannten Leistungen im Krankenhaus zu erbringen.

5.2 Probleme mit den Finanzbehörden

Ergänzend wurden die Krankenhäuser nach Problemen befragt, die bezüglich der geänderten Umsatzsteuerverpflichtungen mit der für sie zuständigen Finanzbehörde auftraten. 28,7% der Krankenhäuser waren bereits von Umsatzsteuernachforderungen für noch nicht bestandskräftige Zeiträume durch die Einbeziehung strittiger Lieferungen und Leistungen betroffen.

Rund 11% der Kliniken wurden seit dem Jahr 2005 strittige Umsatzsteuerverpflichtungen insbesondere für die Bereiche der Beköstigung von Mitarbeitern und Besuchern sowie von medizinischen Wahlleistungen von den Finanzbehörden auferlegt. 2,3% der Krankenhäuser beklagten sonstige Probleme, die insbesondere mit der unklaren Rechtslage im Bereich der Umsatzsteuerverpflichtungen in Verbindung stehen.

Bei über der Hälfte der Krankenhäuser (55,6%) traten bis zur Zeit der Abfrage hingegen keine Probleme auf.

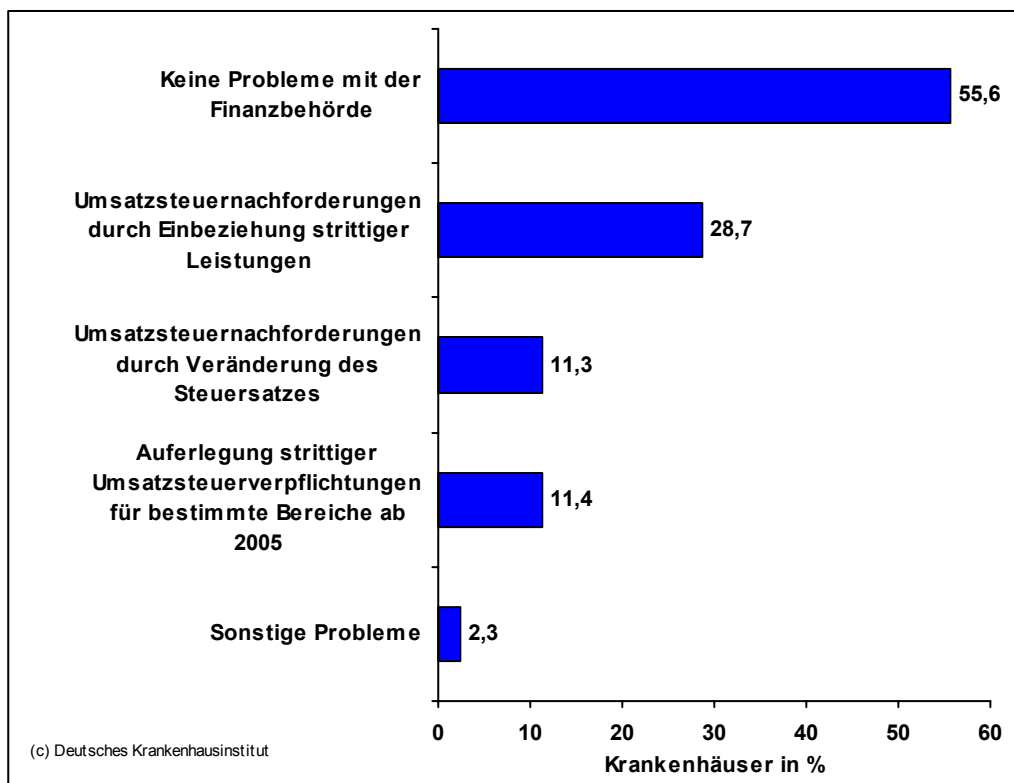


Abb. 26: Probleme mit Finanzbehörden

Rund 66% der Krankenhäuser unter 100 Betten und 60% der Häuser mit 100 bis 299 Betten gaben an, bislang keine Probleme mit der Finanzbehörde zu haben. Dagegen antworteten 48,4% der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten und 51,9% der Häuser ab 600 Betten, dass bezüglich der sich ändernden

Umsatzsteuerverpflichtungen ihre zuständige Finanzbehörde noch nicht an sie herangetreten sei.

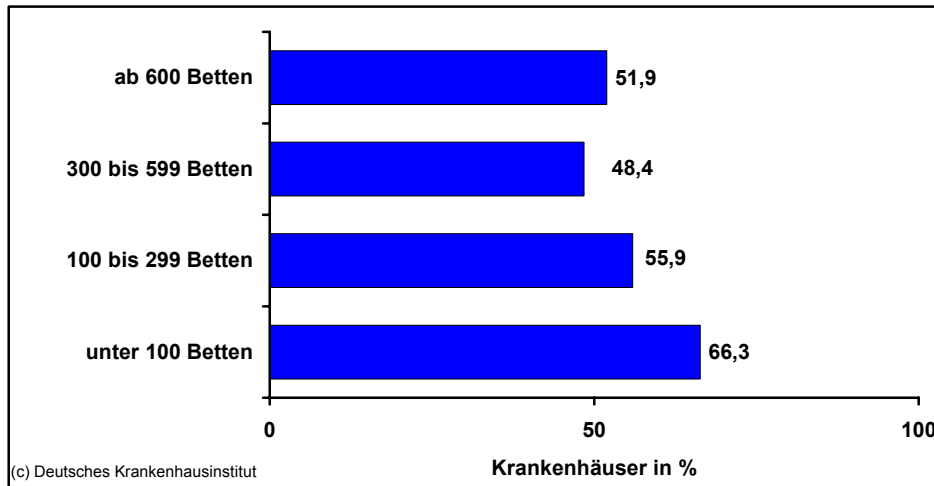
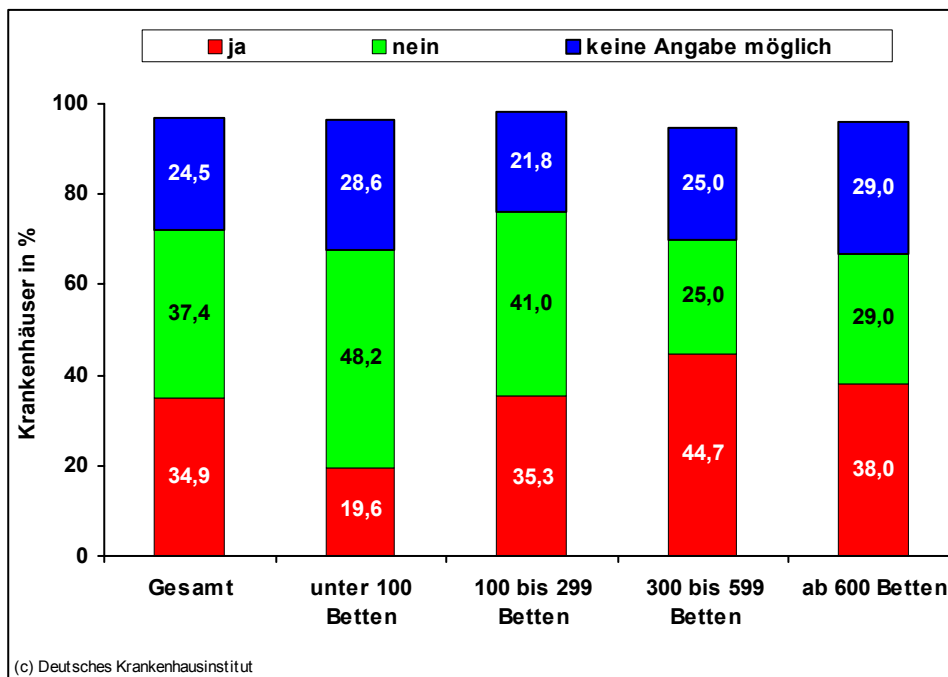


Abb. 27: Krankenhäuser ohne Probleme mit den Finanzbehörden nach Bettengrößenklassen

5.3 Umsatzsteuernachzahlungen im Jahr 2005

Bei der Frage, ob die Krankenhäuser Umsatzsteuernachzahlungen erwarten, ergibt sich ein uneinheitliches Bild unter den Krankenhäusern. 34,9% der Krankenhäuser rechnen mit Umsatzsteuernachzahlungen, 37,4% wiederum nicht. Rund ein Viertel der Krankenhäuser (24,5%) gab an, dass ihnen hierzu eine Angabe nicht möglich wäre. 3,3% der Häuser machten hierzu keine Angaben.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 28: Erwartungen zu Umsatzsteuernachzahlungen nach Bettengrößenklassen

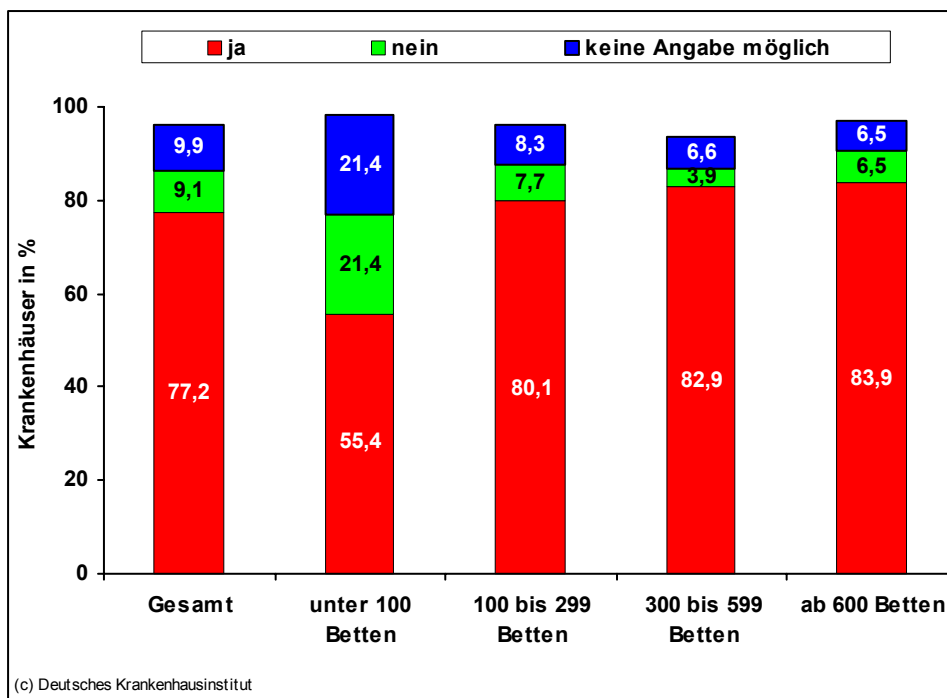
Während sich in den neuen Bundesländern 38,3% der Krankenhäuser auf eine Umsatzsteuernachzahlung einstellen, sind es in den alten Bundesländern lediglich 34,3%.

Bezogen auf die Bettengrößenklassen rechnen die kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten eher seltener mit Umsatzsteuernachzahlungen als die größeren Krankenhäusern ab 300 Betten.

5.4 Veränderung der Umsatzsteuerbelastungen im Jahr 2005

Bei den Erwartungen über die Veränderung der Umsatzsteuerbelastungen auf Grund der Umsatzsteuerrichtlinie 2005 sind sich über drei Viertel der Krankenhäuser (77,2%) einig, dass von einer zusätzlichen Umsatzsteuerbelastung für dieses Jahr auszugehen ist. Lediglich 9,1% der Krankenhäuser erwarten keine zusätzliche Umsatzsteuerbelastung auf Grund der gesetzlichen Änderungen. 9,9% der Krankenhäuser war eine Angabe hierzu nicht möglich.

Die Einschätzung ist bei den Krankenhäusern in den neuen wie alten Bundesländern ähnlich: rund 77% der Krankenhäuser in den alten und 79% in den neuen Bundesländern rechnen mit zusätzlichen Umsatzsteuerbelastungen.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 29: Erwartungen zu zusätzlichen Umsatzsteuerbelastungen nach Bettengrößenklassen

Unterschiede ergeben sich wiederum bezogen auf die Bettengrößenklassen. Hier ist festzustellen, dass knapp über die Hälfte der Krankenhäuser unter 100 Betten mit einer zusätzlichen Umsatzsteuerbelastung rechnet, wohingegen in den anderen Bettengrößenklassen jeweils über 80% der Krankenhäuser davon ausgehen.

Gründe könnten darin liegen, dass Krankenhäuser unter 100 Betten in einem geringeren Umfang Dienstleistungen außerhalb des originären Krankenhausbetriebes entgeltlich anbieten und somit weniger von den Änderungen der Umsatzsteuerrichtlinie 2005 betroffen sind. Diese Vermutung wird dadurch bestärkt, dass 21,4% der Krankenhäuser unter 100 Betten keine Angaben zu der Thematik machen konnten, wohingegen dies bei den anderen Bettengrößerklassen jeweils bei weniger als 10% der Krankenhäuser der Fall war.

6 Neue Versorgungsformen

6.1 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.

Zwar machen nach wie vor nur wenige Häuser von dieser Möglichkeit Gebrauch. Im ersten Halbjahr 2005 hatten bundesweit rund 3% der Krankenhäuser ein Medizinisches Versorgungszentrum gegründet oder sich daran beteiligt. Gegenüber dem Vorjahr hat sich gleichwohl der entsprechende Anteilswert verdreifacht. Medizinische Versorgungszentren sind bislang in großen Krankenhäusern ab 600 Betten überrepräsentiert. Dagegen gab es in der Stichprobe kein einziges Krankenhaus unter 100 Betten mit einer entsprechenden Einrichtung.

Wie schon im Vorjahr besteht bei vielen Krankenhäusern ein ungebrochenes Interesse an dieser neuen Versorgungsform. In 43,4% der Häuser ist eine Gründung oder Teilnahme beabsichtigt. Auch hier sind abermals größere Häuser überrepräsentiert. Während etwa zwei Drittel der Krankenhäuser ab 300 Betten die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums planen, ist es bei den kleineren Kliniken nur rund ein Drittel.

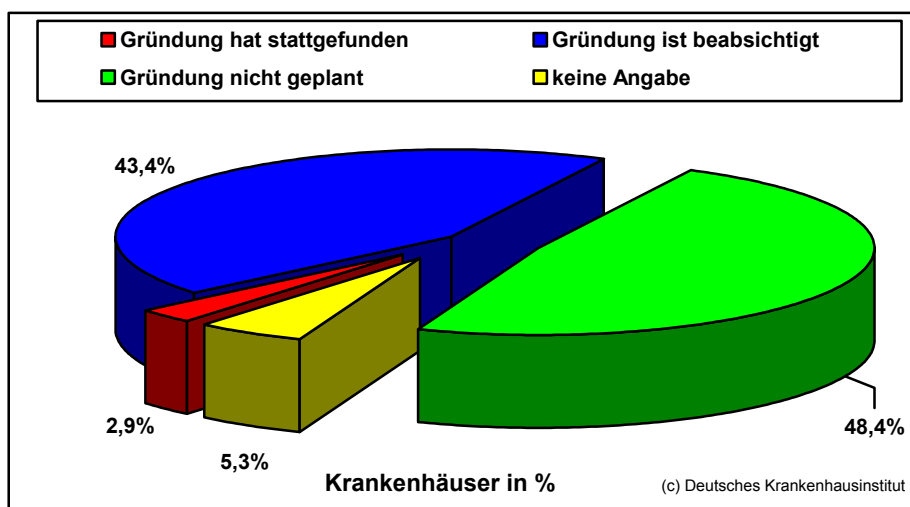


Abb. 30: Krankenhäuser mit (geplanter) Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums

Insgesamt dürfte sich also in den nächsten Jahren der Trend zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren durch oder unter Teilnahme von Krankenhäusern fortsetzen.

6.2 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.

Rund drei Viertel der Krankenhäuser beabsichtigen derzeit keine ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b SGB V. Gut 20% planen eine Teilnahme an dieser Versorgungsform. Teilweise haben diese Häuser auch schon entsprechende Anträge bei den Kostenträgern eingereicht. Unter den Einrichtungen mit geplanter Teilnahme sind die großen Häuser ab 600 Betten deutlich überrepräsentiert. Hier beabsichtigen etwa zwei Drittel die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen.

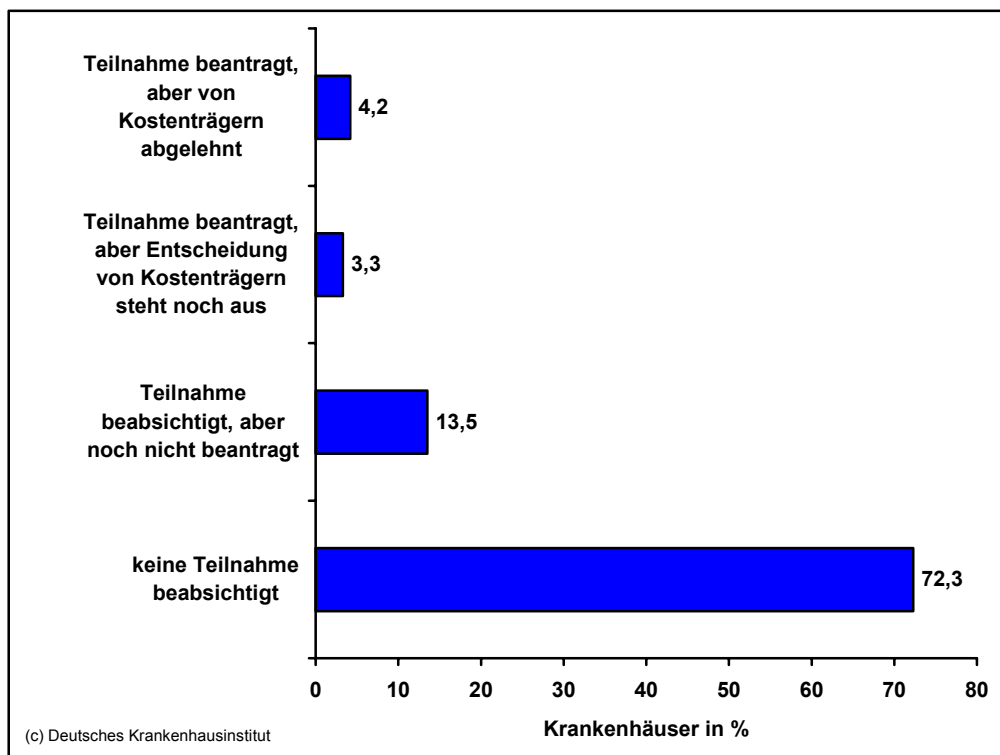


Abb. 31: Teilnahme an der ambulanten Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen

Auf Grund der Finanzierungsmodalitäten sind jedoch die Kostenträger bislang weitestgehend nicht bereit, Verträge nach § 116 b Abs. 2 SGB V abzuschließen. Dementsprechend gaben auch nur zwei Stichprobenkrankenhäuser an, an der

ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen teilzunehmen. Erfasste Leistungsbereiche waren die Brachytherapie und die genetische Krebsdiagnostik.

6.3 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 nur wenige Krankheitsbilder benannt, für die DMP entwickelt werden soll (Diabetes, Brustkrebs, Herzkrankheiten, Asthma).

Im Vergleich zum Vorjahr hat die Teilnahme an den DMP deutlich zugenommen.¹⁶ So nimmt schon jeweils rund ein Viertel der Krankenhäuser an den DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs teil. Verglichen mit dem Vorjahr hat sich damit der Anteil der teilnehmenden Kliniken verdoppelt (Brustkrebs) bzw. verdreifacht (Diabetes).

Für koronare Herzkrankheiten wurden die entsprechenden Verträge zwischen Krankenhaus und Kostenträgern zumeist frühestens ab dem 2. Halbjahr 2004 wirksam. Zur Jahresmitte 2005 hatten jedoch schon 16,1% der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser einen solchen DMP-Vertrag. Dagegen spielt das DMP für Asthma bzw. chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen einstweilen noch keine Rolle, da die entsprechende Rechtsverordnung diesbezüglich erst in diesem Jahr ergänzt wurde.

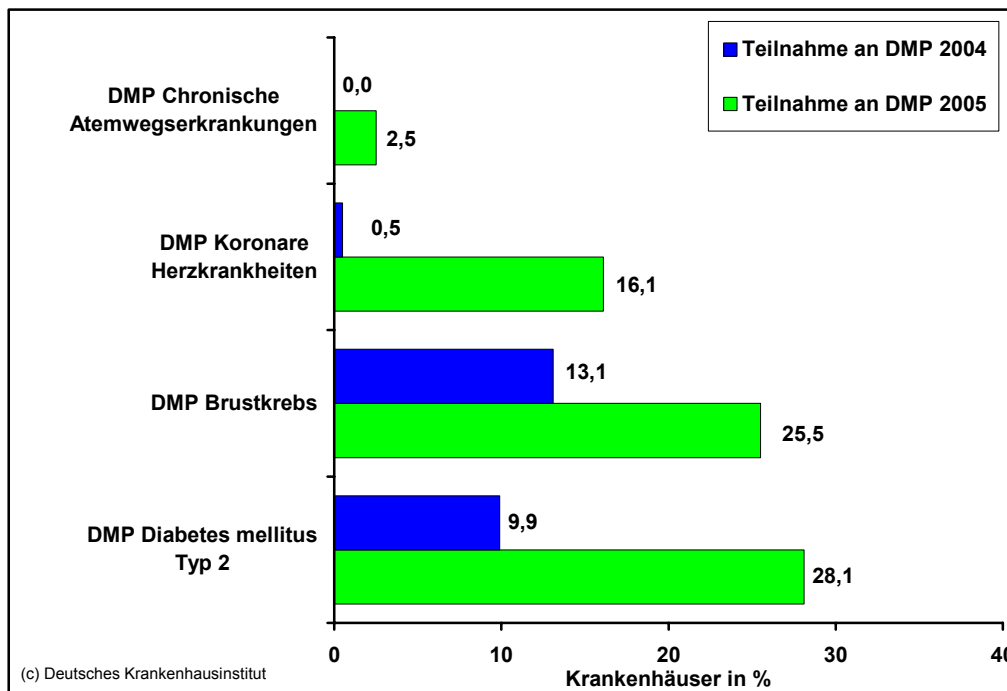


Abb. 32: Krankenhäuser mit Teilnahme an DMP-Programmen 2004 und 2005

¹⁶ Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die erforderlichen Rahmenvereinbarungen auf Landesebene bzw. die Genehmigungen seitens des Bundesversicherungsamtes erst sukzessive vorlagen und bis heute nicht flächendeckend in allen Bundesländern vorliegen.

Die Zahl der vertraglich eingebundenen Krankenhäuser nimmt eindeutig mit steigender Krankenhausgröße zu. So sind Häuser unter 100 Betten nur in Ausnahmefällen an den DMP beteiligt. Selbst in der Bettengrößenklasse zwischen 100-299 Betten nehmen jeweils nur Minderheiten teil.

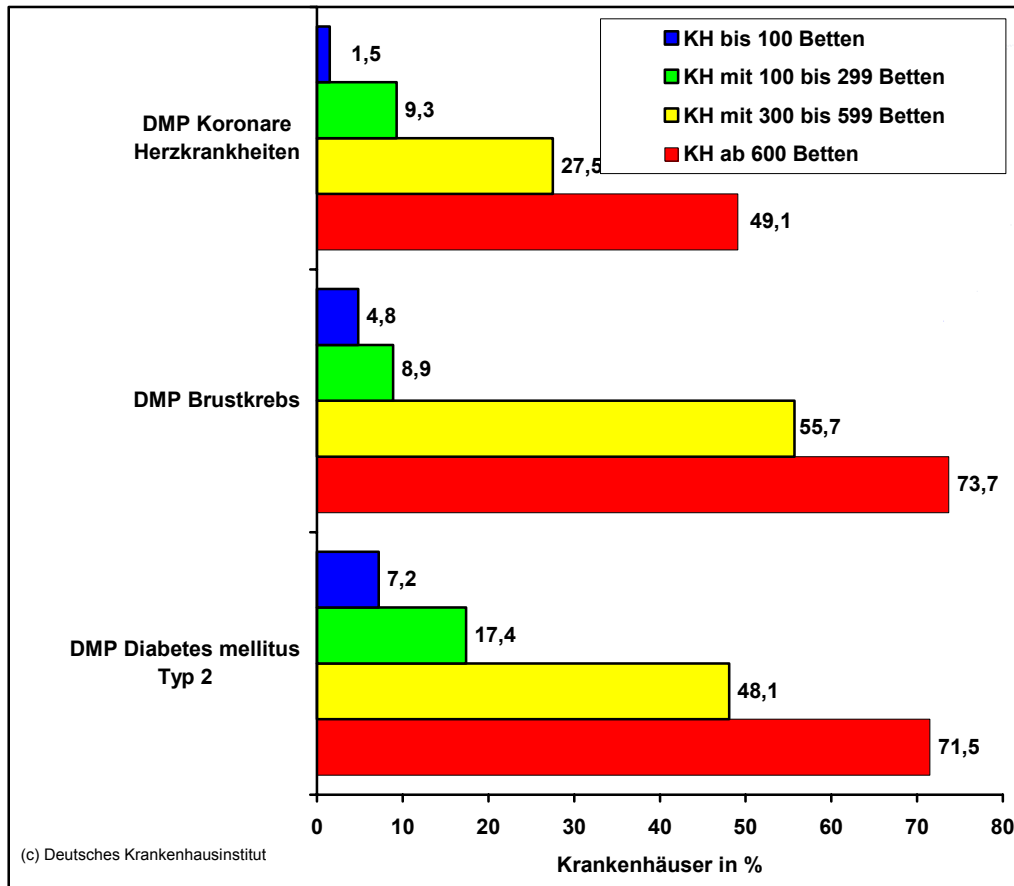


Abb. 33: Teilnahme am DMP nach Bettengrößenklassen

Die DMP gehen somit eher zu Lasten kleinerer Krankenhäuser. Neben versorgungspolitischen Überlegungen der Kostenträger dürfte ein Hauptgrund hierfür sein, dass diese Häuser die DMP-Teilnahmevoraussetzungen, etwa hinsichtlich erforderlicher Mindestmengen, personeller und technischer Ausstattung oftmals nicht erfüllen.¹⁷ Sofern durch die DMP auch Patientenströme entsprechend umgeleitet werden, würden sie folglich Konzentrationsprozesse in der Krankenhausversorgung begünstigen.

In der Bettengrößenklasse von 300-599 Betten nimmt hingegen schon jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser am DMP für Brustkrebs bzw. Diabetes teil. Bei den sehr großen Krankenhäusern ab 600 Betten sind es schon jeweils über 70%. Auf Grund des insgesamt geringeren Umsetzungsgrades beim DMP Koronare Herzkrankheiten fällt die Teilnahmequote hier auch in den größeren Häusern entsprechend geringer aus.

¹⁷ Einschränkung sei allerdings erwähnt, dass ein Teil der kleinen Häuser entsprechende Leistungsangebote überhaupt nicht vorhält. Berücksichtigt man beispielsweise in der Bettengrößenklasse *100-299 Betten* nur Häuser, in denen Patienten mit der Hauptdiagnose Brustkrebs behandelt wurden, erhöht sich der Anteil der DMP-Häuser in dieser Kategorie auf rund 17%.

Legt man die Ergebnisse aus dem *Krankenhaus Barometer 2004* zugrunde, dürfte zumindest bei den DMP mit hoher Teilnahmequote das Potenzial an DMP-Häusern zu großen Teilen ausgeschöpft sein. So gaben seinerzeit jeweils rund 35% der Krankenhäuser an, am DMP Brustkrebs bzw. Diabetes teilzunehmen oder eine Teilnahme zu planen. Demnach wären also schon drei Viertel der interessierten Häuser in diese DMP eingebunden.

6.4 DMP Brustkrebs

6.4.1 Fallzahlentwicklung

Speziell mit Blick auf das DMP Brustkrebs wurden am DMP teilnehmende bzw. nicht teilnehmende Häuser einer gesonderten Analyse unterzogen. Erwartungsgemäß sind die Fallzahlen in den DMP-Häusern deutlich höher als in den nicht teilnehmenden Einrichtungen. Im Jahr 2004 hatten die DMP-Kliniken im Mittel über 200 vollstationäre Fälle mit der Hauptdiagnose Brustkrebs, bei den Nicht-DMP-Häusern waren es im Durchschnitt lediglich rund 90 Brustkrebspatientinnen.¹⁸

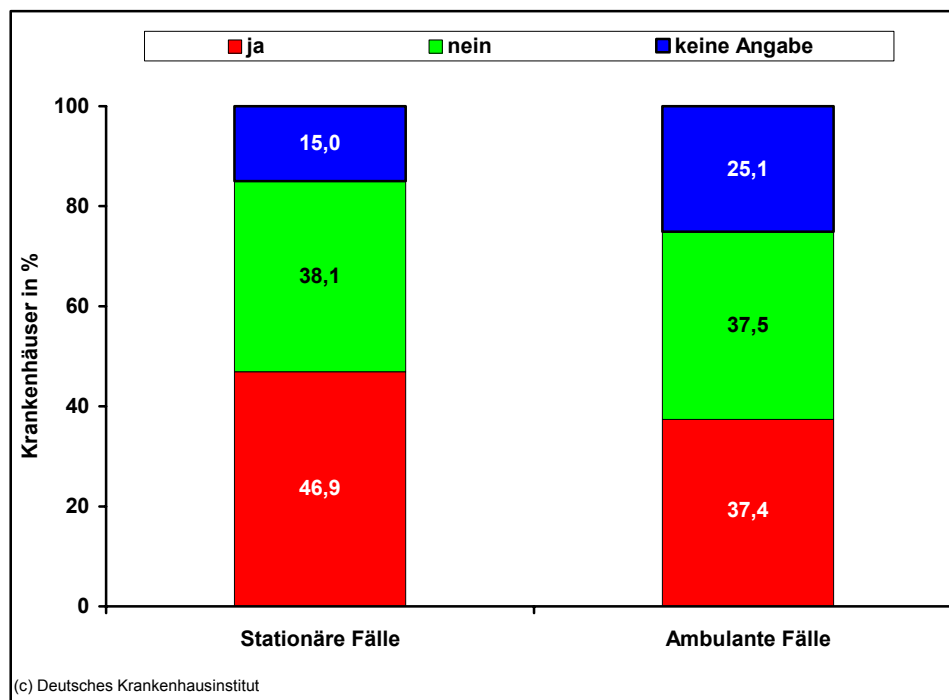


Abb. 34: DMP-Häuser – Erwartete Fallzahlsteigerungen bei Brustkrebs in den nächsten 3 Jahren

Die Fallzahlentwicklung ist in den beiden Gruppen gegenläufig. Im Vergleich zum Jahr 2003 nahmen die Brustkrebsfälle in den DMP-Häusern zu, während sie in den Nicht-DMP-Häusern rückläufig waren. Es muss allerdings noch offen bleiben, inwieweit dies schon eine Wirkung des DMP Brustkrebs ist.

¹⁸ Allerdings waren in der Stichprobe nur sehr wenige kleine DMP-Häuser bzw. große Nicht-DMP-Häuser vertreten, so dass die Schätzwerte noch mit einer größeren statistischen Unsicherheit behaftet sind. Detailliertere Ergebnisse sind von einer derzeit durch das DKI durchgeführten Studie zu den Auswirkungen des DMP Brustkrebs auf die Krankenhäuser zu erwarten.

Beide Gruppen sollten sich zur Fallzahlentwicklung bei Patientinnen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs in den nächsten drei Jahren äußern. Immerhin knapp die Hälfte der DMP-Häuser erhofft sich durch die Teilnahme am DMP Brustkrebs entsprechende Fallzahlsteigerungen. Gut ein Drittel teilt diese Hoffnung ausdrücklich nicht. Die übrigen 15% der Teilnehmer machten keine Angaben. Mit Blick auf die ambulanten Patientinnen mit Brustkrebs fällt der Anteil der Häuser mit erwarteten Fallzahlsteigerungen etwas niedriger aus.

Es sind vor allem größere DMP-Häuser bzw. Kliniken mit vielen Brustkrebspatientinnen, die vom DMP zu profitieren glauben. So fällt der Anteil der Häuser mit erwarteten Fallzahlsteigerungen bei den stationären Fällen in der Bettengrößenklasse ab 600 Betten mit 62,3% überproportional aus, während er in der Bettengrößenklasse zwischen 100 bis 299 Betten mit 22,2% deutlich unterproportional ist. Die Häuser, welche mit mehr Fällen rechnen, haben im Schnitt gut 230 stationäre Patientinnen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs; Häuser, welche die entsprechende Frage verneinen, hingegen durchschnittlich nur 185 Brustkrebspatientinnen.

Analog zu den DMP-Häusern wurden auch die Nicht-DMP-Häuser nach ihren Erwartungen zur Fallzahlentwicklung befragt. Wie aus Abb. 35 ersichtlich, erwartet ein Drittel der Befragten einen Rückgang der stationären Fälle mit Brustkrebs wegen der Nicht-Teilnahme des Hauses am entsprechenden DMP. Jeweils ein weiteres Drittel teilt diese Einschätzung nicht bzw. macht keine Angaben. Letzteres dürfte eine noch weit verbreitete Unsicherheit hinsichtlich der Auswirkungen des DMP in dieser Gruppe widerspiegeln.

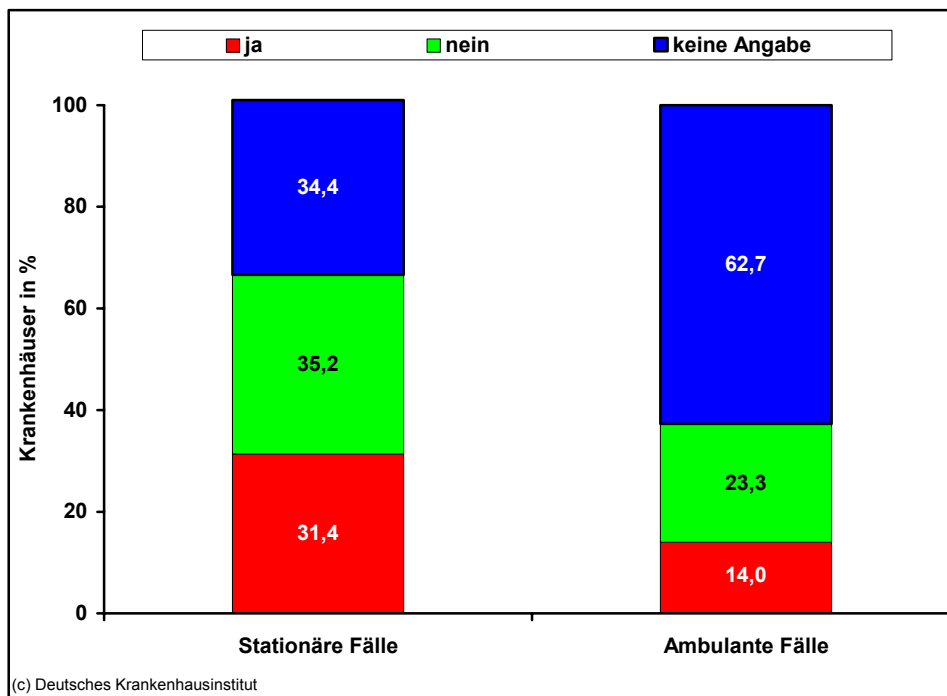


Abb. 35: Nicht-DMP-Häuser – Erwartete Fallzahlrückgänge bei Brustkrebs in den nächsten 3 Jahren

Es sind dabei eher die kleineren Häuser, welche von Fallzahlrückgängen ausgehen. Während in der Bettengrößenklasse von 100 bis 299 Betten fast 40% eine

entsprechende Befürchtung äußern, sind es unter den Nicht-DMP-Häusern ab 600 Betten lediglich gut 10%. Damit korrespondieren auch die durchschnittlichen Fallzahlen: Kliniken mit der Erwartung rückläufiger Fallzahlen haben im Schnitt 68 Patientinnen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs. Demgegenüber haben Häuser, die keinen Rückgang der Fallzahlen befürchten, im Mittel 88 Patientinnen. Es sind mithin vor allem größere Häuser mit höheren Fallzahlen, die ihrer Nicht-Teilnahme zum Trotz keine negativen Auswirkungen des DMP Brustkrebs auf ihr Haus sehen.

Bei den ambulanten Fällen ist die Unsicherheit mit Blick auf die künftige Entwicklung noch größer, insofern rund 60% der Häuser hier keine Angaben machten. Nur 15,8% der Befragten gehen bereits jetzt von einem Rückgang auch der ambulanten Brustkrebsfälle auf Grund der Nicht-Teilnahme am DMP aus. Ein Viertel der Teilnehmer bestreitet dies explizit. Ähnlich wie bei den stationären Patientinnen gehen hier größere Häuser abermals von einer geringeren Betroffenheit vom DMP Brustkrebs aus.

Warum die Nicht-DMP-Häuser die Auswirkungen des DMP auf die ambulanten Fallzahlen einstweilen weniger pessimistisch sehen, muss offen bleiben. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass die ambulanten Therapien - wohnortnah - teilweise in anderen Häusern erfolgen als die stationäre Behandlung.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass die DMP-Häuser nicht nur schon heute höhere Fallzahlen haben als Nicht-DMP-Häuser, sondern auch zu relevanten Anteilen von weiteren Fallzahlsteigerungen ausgehen. Dementsprechend dominiert bei den Nicht-DMP-Häusern eine abwartende bis skeptische Haltung hinsichtlich ihrer Fallzahlentwicklung bei der fraglichen Indikation.

6.4.2 Maßnahmen von Nicht-DMP-Häusern

Angesichts drohender Fallzahlverluste sollten die Nicht-DMP-Häuser angeben, welche Maßnahmen sie in den nächsten Jahren infolge ihrer Nicht-Teilnahme am DMP Brustkrebs beabsichtigen. Dabei ist der weitgehende Ausstieg aus der Versorgung im Bereich Brustkrebs für die überwältigende Mehrheit dieser Krankenhäuser einstweilen keine realistische Option. Nur rund 10% der Häuser rechnen mit einem entsprechenden Ausstieg. Diese Häuser haben mit 54 vollstationären Brustkrebspatientinnen deutlich unterdurchschnittliche Fallzahlen.

Ein Viertel der Nicht-DMP-Häuser will weiterhin versuchen, am DMP Brustkrebs teilzunehmen, überwiegend in Form von Kooperationen. Diese Häuser weisen mit 115 Patientinnen mit der Hauptdiagnose Brustkrebs noch deutlich überdurchschnittliche Fallzahlen auf.

Die dominante Strategie unter den Nicht-DMP-Häusern ist indes die beabsichtigte Kooperation mit anderen Häusern im Bereich Brustkrebs, sei es mit DMP-Häusern (53,7%) oder mit sonstigen Häusern (29,7%). Darüber hinaus plant jeweils rund ein Drittel der Häuser Maßnahmen zur Fallzahlsteigerung im Bereich Brustkrebs oder in anderen Leistungsbereichen der betroffenen Fachabteilung.

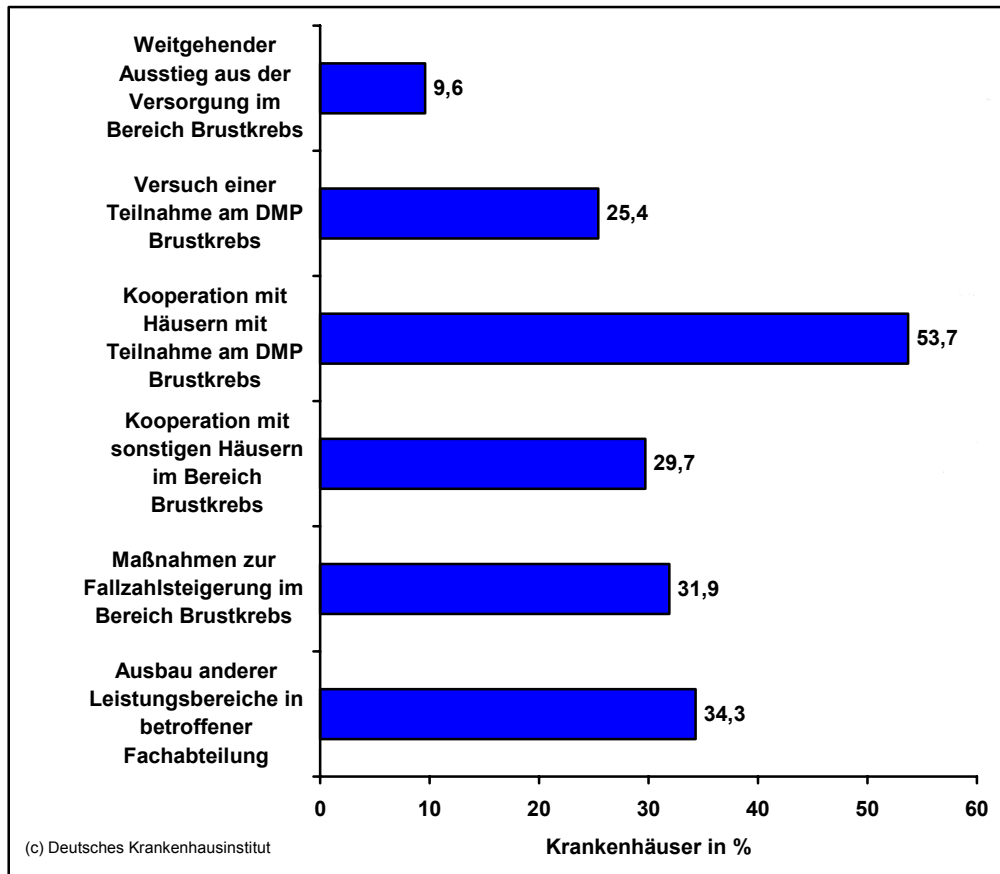


Abb. 36: Nicht-DMP-Häuser – Beabsichtigte Maßnahmen im Bereich Brustkrebs

Alles in allem ist also bei den Nicht-DMP-Häusern durchaus das Bemühen erkennbar, sich im entsprechenden Leistungssegment zu behaupten. Angesichts der mit den DMP möglicherweise einhergehenden Umleitung von Patientenströmen muss allerdings offen bleiben, bei welchen bzw. wie vielen Krankenhäusern diese Strategie von Erfolg gekrönt sein wird.

7 Integrierte Versorgung

7.1 Teilnahme an der Integrierten Versorgung

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

Etwa zur Jahresmitte 2005 nahmen in Deutschland 21,9% der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil. Das entspricht bundesweit rund 390 Einrichtungen. Weitere 18% beabsichtigen eine Teilnahme und 39% wollen sie für einen späteren Zeitpunkt nicht kategorisch ausschließen. Gut 20% der Häuser planen derzeit definitiv keine Teilnahme an der Integrierten Versorgung.

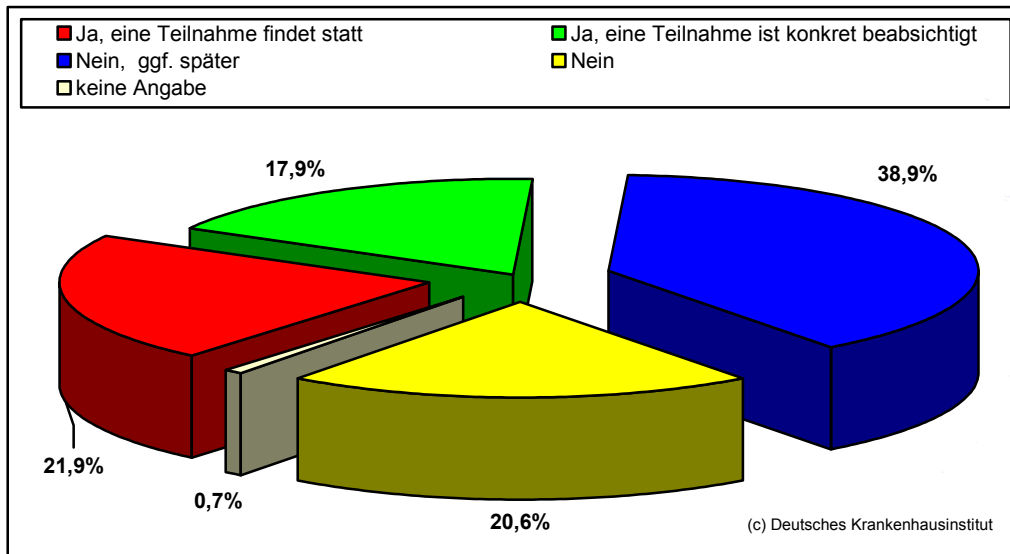


Abb. 37: Krankenhäuser mit Teilnahme an der Integrierten Versorgung

Im Vergleich zum Vorjahr fällt auf, dass der Anteil der Häuser mit geplanter Teilnahme überproportional abgenommen und der Anteil der Häuser, die eine Teilnahme ausschließen, deutlich zugenommen hat. Insofern scheint ein relevanter Teil der Krankenhäuser zu einer Neubewertung der Möglichkeiten und Chancen der Integrierten Versorgung gelangt zu sein. Einem Teil dieser Häuser ist es möglicherweise auch nicht gelungen, Integrationsverträge abzuschließen.

Die Beteiligung an der Integrierten Versorgung variiert sehr stark in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während sich in Häusern unter 300 Betten nur gut 15% beteiligen, nimmt in der Bettengrößenklasse von 300 bis 599 Betten jedes dritte und in Einrichtungen ab 600 Betten schon fast jedes zweite Haus an der Integrierten Versorgung teil.

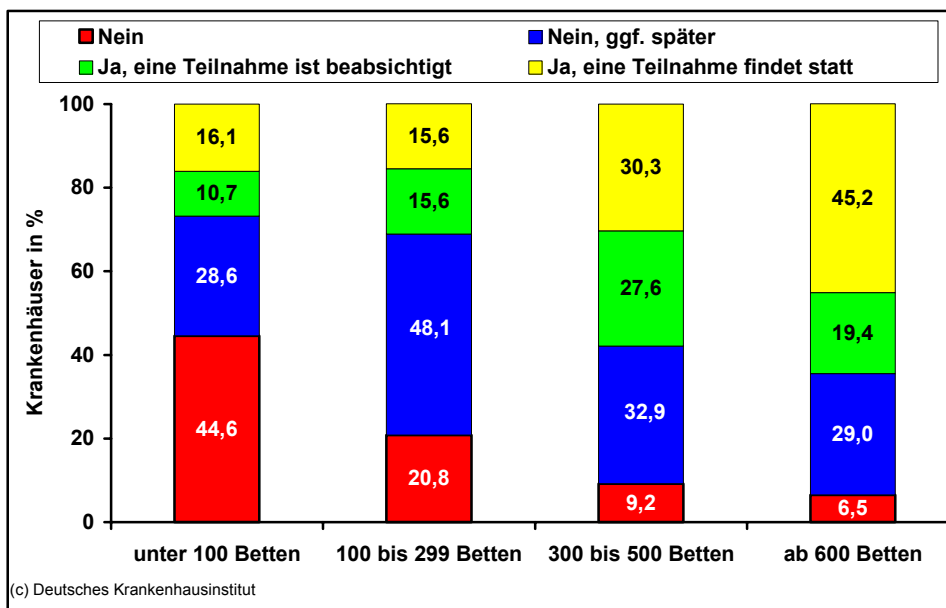


Abb. 38: Teilnahme an der Integrierten Versorgung nach Bettengrößenklassen

Darüber hinaus beabsichtigen etwa zwei Drittel der kleineren Häuser unter 300 Betten keine konkrete Teilnahme. Vor diesem Hintergrund dürfte sich die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung auch künftig eher auf die größeren Krankenhäuser konzentrieren.

7.2 Umsetzungsstand der Integrierten Versorgung

Hinsichtlich der Anzahl der abgeschlossenen Integrationsverträge haben die meisten Häuser (67,5%) einen Vertrag abgeschlossen. 14,5% haben zwei Verträge und 13,2% drei oder mehr Verträge. Häuser mit mehreren Verträgen finden sich fast ausschließlich in den oberen Bettengrößenklassen ab 300 Betten.

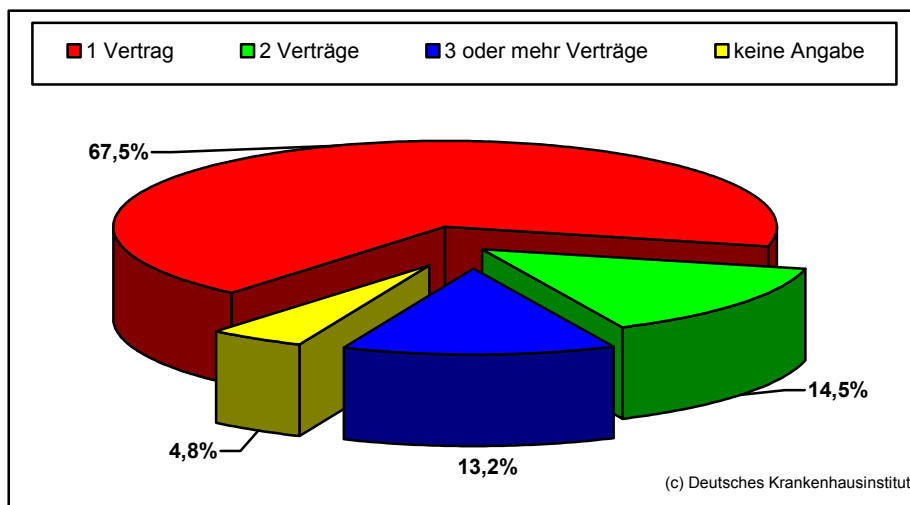


Abb. 39: Anzahl der Integrationsverträge pro Krankenhaus

Sowohl für das Jahr 2004 als auch für das 1. Quartal 2005 sollten die betroffenen Krankenhäuser des Weiteren die Anzahl der im Rahmen der Integrationsversorgung behandelten Fälle angeben. Allerdings machte weniger als die Hälfte der Stichprobenkrankenhäuser, die an der Integrierten Versorgung teilnimmt, entsprechende Angaben. Die folgenden Ergebnisse sind deswegen mit Vorsicht zu interpretieren.

Demnach gab es 2004 pro beteiligtem Krankenhaus im Mittel (Median) 38 Fälle, die an der Integrierten Versorgung teilnahmen. In jeweils einem Viertel der Häuser gab es 14 Fälle oder weniger bzw. 64 Fälle oder mehr. Nur in wenigen Stichprobenhäusern lag die entsprechende Fallzahl über 100 Fälle.

Zumindest gemessen an den Fallzahlen wurde die Integrierte Versorgung im Jahr 2004 also noch eher zögerlich umgesetzt. In diesem Zusammenhang gilt es allerdings zu bedenken, dass ein Großteil der Häuser erst unterjährig in die Integrierte Versorgung eingestiegen ist.

Die Ergebnisse für das 1. Quartal 2005 legen nahe, dass für dieses Jahr mit Fallzahlsteigerungen zu rechnen ist. So wurden im Mittel (Median) bis Ende März 2005 pro Krankenhaus 16 Fälle im Rahmen der Integrierten Versorgung behandelt. In einem Viertel der Häuser waren es sogar mehr als 32 Fälle.

Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass im Rahmen der bisherigen Ausgestaltung der Integrationsverträge – also enge Indikation und überwiegend einzelne Kos-

tenträger als Vertragspartner – die Möglichkeiten der Krankenhäuser begrenzt sind, mit der Integrierten Versorgung höhere Fallzahlen zu erzielen.

7.3 Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung

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

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

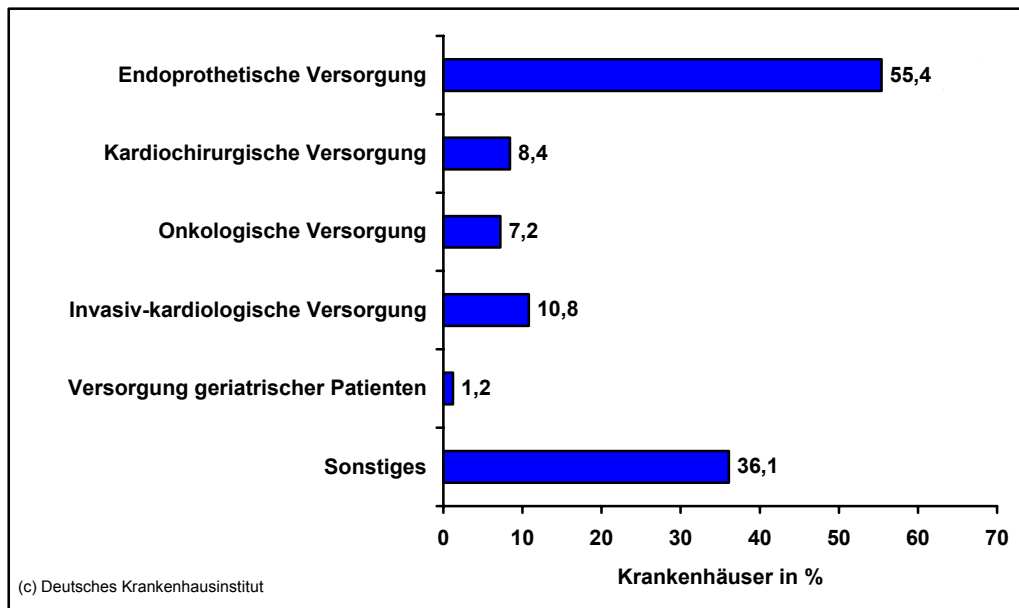


Abb. 40: Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung

Andere Leistungsbereiche als die explizit erhobenen sind in rund einem Drittel der Häuser einbezogen. Im Rahmen einer offenen Frage hierzu konnten allerdings keine eindeutigen Leistungsschwerpunkte identifiziert werden. Leistungsbereiche mit Mehrfachnennungen waren – ohne weitere Differenzierung – unter anderem die Neonatologie, die Rheumatologie, die Neurochirurgie und die HNO-Heilkunde.

Bei einer Betrachtung der Leistungsbereiche der Integrierten Versorgung nach Bettengrößenklassen fällt auf, dass in den großen Krankenhäusern über 600 Betten die kardiochirurgische (12,1%), invasiv-kardiologische (15,2%) und onkologische Versorgung (12,1%) aus naheliegenden Gründen überproportional erfasst sind. In Häusern unter 300 Betten sind dagegen endoprothetische Leistungen (71,4%) überdurchschnittlich vertreten.

7.4 Beteiligte Leistungserbringer

Im Rahmen der Integrierten Versorgung kooperieren in der Regel andere Leistungserbringer mit dem Krankenhaus. Primäre Kooperationspartner der Häuser, die einen Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeschlossen haben, sind bislang vor allem Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassene Ärzte.

In 65,1% dieser Häuser sind Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen an der Integrierten Versorgung beteiligt, bei 62,7% niedergelassene Ärzte und in 12,9% 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. 24,1% 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.

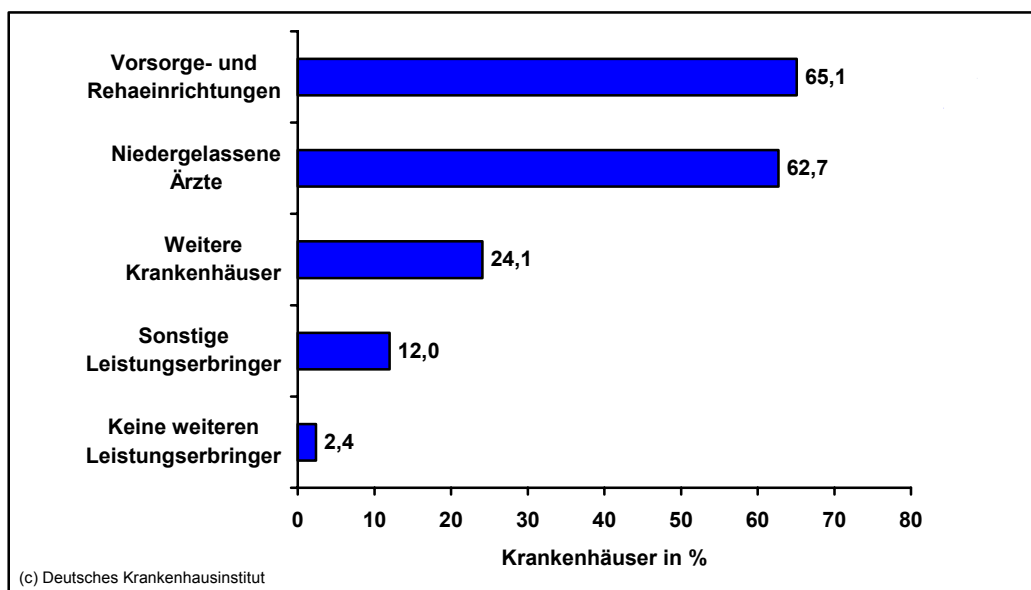


Abb. 41: Beteiligte Leistungserbringer bei Integrierter Versorgung

Aufschlussreich ist auch, wie viele Häuser im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Leistungserbringern aus mehreren Leistungssektoren kooperieren. Demnach sind in 41,0% der Häuser sowohl niedergelassene Ärzte als auch Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen beteiligt, in 21,7% niedergelassene Ärzte und weitere Krankenhäuser sowie in 15,7% weitere Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Bei 14,5% der Krankenhäuser erstreckt sich die Integrierte Versorgung sogar auf niedergelassene Ärzte sowie weitere Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

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

7.5 Vergütung der Integrierten Versorgung

Unter den Vergütungsformen für die Integrierte Versorgung dominiert eindeutig die Pauschalvergütung je Fall. In zwei Dritteln der teilnehmenden Häuser wird diese Variante praktiziert. Eine Einzelleistungsvergütung kommt dagegen nur in 15,7% der Krankenhäuser zur Anwendung. Ein zusätzliches Budget für die Integ-

rierte Versorgung wird in 7,2% der Kliniken aufgestellt. Gelegentlich werden Leistungen der Integrierten Versorgung überhaupt nicht gesondert vergütet.

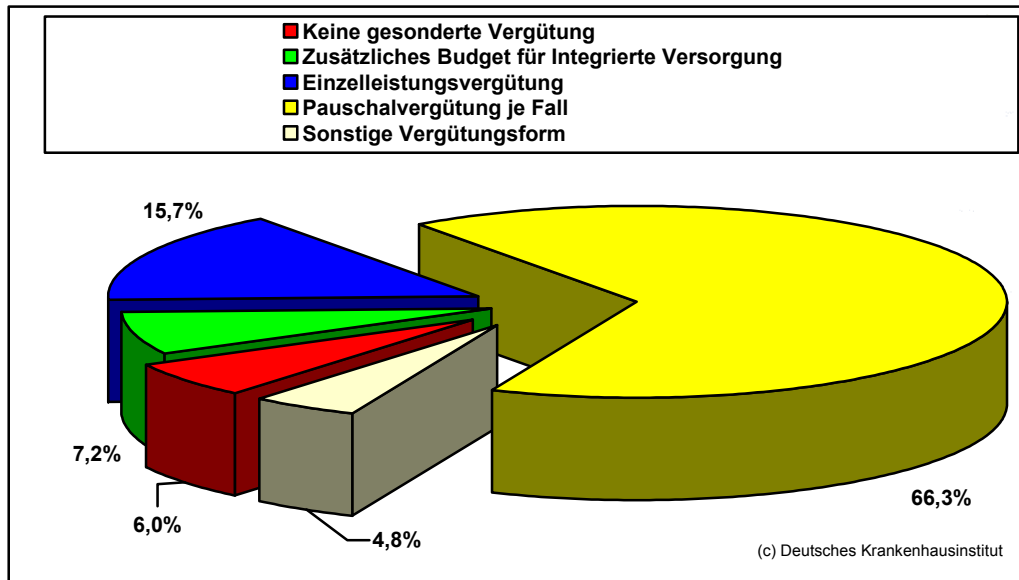


Abb. 42: Vergütungsformen der Integrierten Versorgung

Wiederum für das Jahr 2004 wie für das 1. Quartal 2005 sollten die Krankenhäuser ihre Erlöse aus der Integrierten Versorgung angeben. Da allerdings nur die Hälfte der Stichprobenkrankenhäuser hier antwortete, sind die Ergebnisse – analog zu den Fallzahlen der Integrierten Versorgung – abermals mit Vorsicht zu interpretieren.

Im Jahr 2004 erzielten die Krankenhäuser im Mittel (Median) ein Erlösvolumen von 96.000 Euro aus der Integrierten Versorgung.

In jeweils einem Viertel der Häuser lagen die Erlöse unter 17.000 Euro bzw. über 300.000 Euro. D.h. ein vergleichsweise großes Erlösvolumen aus der Integrierten Versorgung wird nur von einer relativ kleinen Anzahl von Häusern erzielt. Allerdings ist für 2005 mit Erlössteigerungen zu rechnen, insofern im 1. Quartal dieses Jahres die Erlöse im Mittel (Median) schon bei 30.000 Euro je Krankenhaus lagen.

Bezieht man die Erlöse auf die Fallzahlen der Integrierten Versorgung, dann lag der durchschnittliche Erlös je Fall im Jahr 2004 bei ca. 2.500 Euro. Im 1. Quartal 2005 betragen die durchschnittlichen Fallerlöse in der Integrierten Versorgung noch rund 1.900 Euro. Neben stichprobenbedingten Effekten dürfte der Rückgang vor allem auf die längeren Laufzeiten der Integrationsverträge mit höherem Erlösvolumen zurückzuführen sein.

Im Mittel mussten die Häuser, die Angaben zu ihren Erlösen machten, 2004 Rechnungskürzungen gemäß § 140d SGB V in Höhe von rd. 36.000 Euro hinnehmen. Zumindest im Durchschnitt konnten die an der Integrationsversorgung teilnehmenden Häuser also die Rechnungskürzungen überkompensieren. Bei Betrachtung der Einzelwerte waren allerdings in rund einem Viertel der Häuser die Erlöse aus der Integrationsversorgung geringer als die dadurch induzierten Rechnungskürzungen.

7.6 Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung

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

Rund 90% der Stichprobenkrankenhäuser gaben an, im Jahr 2004 von entsprechenden Rechnungskürzungen betroffen gewesen zu sein. Die übrigen machten hierzu keine Angaben. Angesichts der Rechtskonstruktion des § 140d SGB V ist allerdings davon auszugehen, dass entsprechende Rechnungskürzungen quasi flächendeckend zum Einsatz kommen.

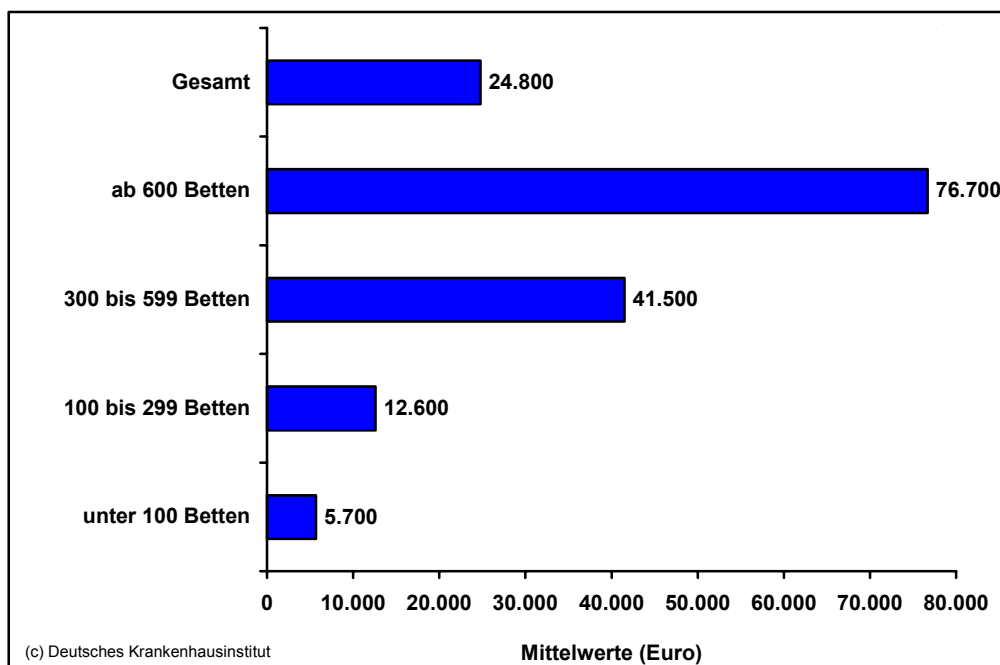


Abb. 43: Rechnungskürzungen bei Integrierter Versorgung nach Bettengrößenklassen

Die Summe der entsprechenden Rechnungskürzungen belief sich im Jahre 2004 auf durchschnittlich 24.800 Euro pro Krankenhaus. Aus naheliegenden Gründen steigt die Summe mit zunehmender Krankenhausgröße. Am höchsten ist sie mit 76.700 Euro pro Haus in der Bettengrößenklasse ab 600 Betten, am kleinsten mit 5.700 Euro in der Bettengrößenklasse unter 100 Betten. In der zahlenmäßig am stärksten besetzten Bettengrößenklasse von 100 bis 299 Betten betragen die durchschnittlichen Rechnungskürzungen 12.600 Euro.

Legt man das durchschnittliche Budgetvolumen in den einzelnen Bettengrößenklassen zugrunde, wurde der maximale Kürzungsbetrag von 1% der Rechnungen für voll- und teilstationäre Leistungen also bislang bei weitem nicht erreicht.

8 Personal

8.1 Veränderung der Personalsituation

Mit Blick auf die Vollkräftezahl insgesamt sowie ausgewählte Dienstarten sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie sich ihre Personalsituation zwischen 2002, dem Jahr vor (der optionalen) Einführung des DRG-Systems, und 2004, dem ersten Jahr seiner verbindlichen Anwendung, verändert hat. Die Ergebnisse für die Vollkräfte insgesamt sowie ausgewählte Dienstarten können der Tabelle 1 entnommen werden. Grundlage bildet die jeweilige Anzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt.

Im statistischen Durchschnitt haben die zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser zwischen 2002 und 2004 12,2 Vollkraftstellen pro Haus abgebaut. Das entspricht einem relativen Rückgang der Vollkräftezahlen je Krankenhaus um 2,7%. Zum Vergleich: Zwischen 2000 und 2002 war der Stellenabbau prozentual wie absolut nur etwa halb so hoch.¹⁹

Dienste	2002 - 2004			
	2002	Vollkräfte je Krankenhaus	Änderung in VK	Änderung in %
Ärztlicher Dienst	60,8	63,3	2,5	4,2
Pflegedienst	178,1	170,5	-7,5	-4,2
Funktionsdienst	47,6	48,4	0,9	1,9
Med.-techn. Dienst	65,8	65,1	-0,7	-1,1
Verwaltungsdienst	31,7	31,7	0,0	0,0
Gesamt	454,9	442,6	-12,2	-2,7

Tab. 1: Entwicklung der Vollkräftezahl je Krankenhaus 2002 - 2004

Allerdings haben sich nicht in jeder Dienstart bzw. gleichmäßig über alle Dienstarten die Personalzahlen dezimiert. Im Funktionsdienst sowie vor allem im ärztlichen Dienst ist sogar ein Stellenzuwachs zu verzeichnen. So stieg die Anzahl der ärztlichen Vollkräfte pro Krankenhaus binnen zwei Jahren um immerhin 4,2%. Im Schnitt hat jedes Krankenhaus 2,5 Ärzte zusätzlich eingestellt. Auch im Funktionsdienst nahm der Personalbestand mit rd. einer Vollkraft je Krankenhaus bzw. fast 2% noch etwas zu.

Unter den erfassten Dienstarten hat eindeutig der Pflegedienst die größten Einbußen hinnehmen müssen. Im Schnitt wurden hier 7,5 Vollkräfte pro Krankenhaus abgebaut. Das entspricht einer relativen Veränderung von -4,2%. Demgegenüber fiel der Rückgang im medizinisch-technischen Dienst merklich geringer aus (-1,1%), während der Personalbestand im Verwaltungsdienst faktisch konstant blieb.

¹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden 2000ff. Im Unterschied zu den Daten des Statistischen Bundesamtes finden im *DKI Krankenhaus Barometer* bei der Ermittlung der *Vollkräftezahl* jedoch auch Auszubildende und Schüler Berücksichtigung. Des Weiteren gingen nur Häuser in die Analyse ein, die für beide Untersuchungsjahre Angaben gemacht haben (also keine separate Mittelwertbildung für beide Untersuchungsjahre). Aus diesen Gründen können – neben den üblichen Stichprobeneffekten – gewisse Abweichungen von den Zahlen des Statistischen Bundesamtes auftreten.

Saldiert man die Entwicklung der Vollkräftezahlen je Dienst stellt man fest, dass über die ausdrücklich erfassten Dienstarten weniger als die Hälfte des Stellenabbaus im Krankenhaus erklärt wird. Weitere abgebaute Vollkräfte entfallen folglich auf nicht explizit erfasste Dienste. Dabei wird es sich vor allem um klinisches Hauspersonal bzw. um Personal aus den Wirtschafts- und Versorgungsdiensten handeln. Neben reinen Stellenstreichungen dürften die Krankenhäuser hier auch vermehrt die Möglichkeit des Outsourcing genutzt haben.

Allerdings haben nicht durchweg alle Krankenhäuser die Anzahl ihrer Vollkräfte reduziert. Dies ist bei etwa drei Vierteln der Häuser der Fall. Bei etwa einem Viertel hat der Personalbestand sogar zugenommen. In beiden Teilgruppen sind jedoch auch Krankenhäuser mit eher geringfügigen Änderungen des Personalbestandes vertreten. Rund zwei Drittel der Häuser hat fünf Stellen oder mehr abgebaut. Dagegen haben nur ca. 15% der Einrichtungen fünf oder mehr Vollkräfte zusätzlich eingestellt.

Differenziert nach Bettengrößenklassen verläuft die prozentuale Änderung der Vollkräftezahl insgesamt relativ gleichmäßig. Mit -3,4% fällt der Rückgang in der Bettengrößenklasse von 100-299 Betten noch relativ am stärksten aus. Für die einzelnen Dienstarten resultieren dagegen teilweise größere Unterschiede.

Dienste	2002-2004		Änderung VK je KH		300-599 Betten		ab 600 Betten	
	Änderung VK je KH		Änderung VK je KH		Änderung VK je KH		Änderung VK je KH	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ärztlicher Dienst	0,2	2,4	1,5	5,1	4,2	4,8	8,1	3,2
Pflegedienst	-1,6	-4,3	-4,0	-3,8	-12,3	-4,7	-24,8	-4,1
Funktionsdienst	0,1	1,1	0,7	2,9	0,5	0,7	4,3	2,5
Med.-techn. Dienst	-0,3	-2,8	-0,7	-2,1	-0,5	-0,6	-2,0	-0,7
Verwaltungsdienst	-0,2	-2,9	-0,1	-0,6	0,1	0,2	0,6	0,5
Gesamt	-2,2	-2,5	-8,5	-3,4	-16,3	-2,6	-39,7	-2,3

Tab. 2: Entwicklung der Vollkräftezahl je Krankenhaus nach Bettengrößenklassen 2002 - 2004

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass von 2002 bis 2004 die Anzahl der Vollkräfte in den zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern Deutschlands merklich zurückgegangen ist. Zwar sind die Personalzahlen im Krankenhaus schon länger rückläufig. Mit der Einführung des DRG-Systems hat sich der Personalabbau allerdings deutlich verstärkt. Insofern ist es naheliegend, im neuen Entgeltsystem und dem davon ausgehenden Kostendruck eine maßgebliche Ursache dieser Entwicklung zu sehen.

Vom Personalabbau sind vor allem der Pflegedienst sowie Mitarbeiter in patientenfernen Versorgungsbereichen deutlich überproportional betroffen. Dagegen wurden im ärztlichen Dienst und im Funktionsdienst die Stellen sogar ausgeweitet. Wahrscheinlich waren hierfür allerdings weniger strategische Überlegungen im Kontext des DRG-Systems ausschlaggebend. Vielmehr dürften viele Häuser die Möglichkeit genutzt haben, einen arbeitszeitbedingten Personalausbau in den Pflegesatzverhandlungen geltend machen zu können.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich im Verlauf der Konvergenzphase der Personalabbau im Krankenhaus fortsetzt und inwiefern die verschiedenen Dienstarten hiervon betroffen sind.

8.2 Personalstruktur im Verwaltungsdienst

Über die Zusammensetzung des Verwaltungsdienstes nach einzelnen Verwaltungsbereichen ist bislang wenig bekannt. Mit dem diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurden erstmalig Vollkräftezahlen für ausgewählte Verwaltungsbereiche erhoben. Gleichzeitig sollte geprüft werden, wie sich die Anzahl der Vollkräfte – zwischen 2002 und 2004 – im Zuge der Einführung des DRG-Systems entwickelt hat. Tabelle 3 zeigt die entsprechenden Vollkräftezahlen im Jahresdurchschnitt.

Bereiche	2002/2004		unter 100 Betten	100-299 Betten	300-599 Betten	ab 600 Betten
	2002	2004				
Rechnungswesen/ Controlling	4,9	5,0	1,6	3,2	6,7	14,2
Abrechnung	4,3	4,3	1,7	2,8	5,2	12,9
Personalwesen	4,3	4,2	1,2	2,2	5,6	14,3
EDV	3,0	3,3	1,3	1,6	3,8	12,1
Einkauf	2,5	2,4	0,9	1,3	3,2	7,2

Tab. 3: Vollkräftezahl im Verwaltungsdienst je Krankenhaus 2002/2004

Die zahlenmäßig größte Gruppe in der Verwaltung bilden die Mitarbeiter im Rechnungswesen und Controlling mit durchschnittlich fünf Vollkräften pro Krankenhaus. Nach Bettengrößenklassen variieren die Zahlen zwischen 1,6 Vollkräften in Häusern unter 100 Betten und 14,2 Kräften in Einrichtungen ab 600 Betten. Zwischen 2002 und 2004 blieb die Anzahl der Vollkräfte in diesem Verwaltungsbereich nahezu konstant.

Im Personalwesen sowie der (ambulanten und stationären) Patientenabrechnung waren jeweils gut vier Vollkräfte pro Krankenhaus beschäftigt. Auch in diesen Verwaltungsbereichen haben sich die Werte zwischen 2002 und 2004 kaum verändert. Gerade im Abrechnungsbereich hat das DRG-System also bislang nicht zu einer merklichen Steigerung der dort beschäftigten Mitarbeiter geführt.

Im Einkauf wie in der EDV arbeiteten im Jahresdurchschnitt 2004 jeweils gut zwei bzw. mehr als drei Vollkräfte. Bei insgesamt geringen Veränderungen fallen – absolut wie relativ gesehen – die Steigerungen im EDV-Bereich seit 2002 noch am größten aus. In den großen Häusern ab 600 Betten ist im Durchschnitt sogar eine halbe Vollkraft für die EDV zusätzlich eingestellt worden.

Zwar mag durch das DRG-System der Verwaltungsaufwand zugenommen haben. Dies schlägt sich aber bislang nicht in einer Erhöhung der Personalzahlen in den traditionellen Verwaltungsbereichen nieder. Allerdings sind – im Unterschied zu anderen Dienstarten – die Personalzahlen auch nicht zurückgegangen. Stellenrelevant spiegelt sich der zusätzliche Verwaltungsaufwand vor allem in anderen Bereichen wie der Medizinischen Dokumentation wider; teilweise dürfte er auch von Mitarbeitern in den patientennahen Bereichen erledigt werden (z.B. Ärzte).

8.3 Personal für Medizincontrolling und Dokumentation

Durch das DRG-System erhöht sich der Aufwand der Krankenhäuser für die Dokumentation sowie die Kosten- und Leistungssteuerung. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, wie sich die Vollkräftezahlen in ausgewählten, hierfür einschlägigen Berufsgruppen, entwickelt haben.

Vor allen Dingen im Bereich Medizincontrolling hat es einen deutlichen Stellenausbau gegeben. Hatte 2002 noch weniger als die Hälfte der Krankenhäuser (45,7%) einen Medizincontroller, so waren es im Jahr 2004 schon fast drei Viertel (73,1%). In Einrichtungen ab 300 Betten hatte 2004 schon fast jedes Haus (knapp 95%) einen Medizincontroller. In Häusern mit 100 bis 299 Betten sind es knapp drei Viertel. Lediglich in den sehr kleinen Häusern unter 100 Betten verfügt nur ein Drittel über einen Medizincontroller.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit hat sich die Anzahl der Medizincontroller in den zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern binnen zwei Jahren verdoppelt – und zwar von ca. 750 im Jahr 2002 auf rund 1.500 Vollkräfte im Jahr 2004.

Die durchschnittliche Anzahl der Vollkräfte im Medizincontrolling je Krankenhaus zeigt Tabelle 4. Erfasst sind hier nur Häuser mit Medizincontrollern.²⁰ Demnach gab es 2004 in Häusern unter 300 Betten im Mittel etwa eine halbe Vollkraftstelle im Medizincontrolling. In Häusern mit 300 bis 599 Betten waren es gut eine Vollkraft und in Einrichtungen ab 600 Betten etwa 2,5 Vollkraftstellen. Der Durchschnittswert über alle Häuser mit Medizincontrollern lag bei 1,2 Vollkraftstellen.

2002/2004 Berufsgruppe	mit Berufsgruppe		Berufsgruppe in 2004				
	2002	2004	Gesamt	unter 100 Betten	100-299 Betten	300-599 Betten	ab 600 Betten
Medizincontroller	45,7	73,1	1,2	0,5	0,8	1,3	2,6
Med. Dokumentar	8,6	12,3	1,7	0,7	1,5	1,6	2,2
Med. Dokumentationsassistent	17,1	28,5	2,4	0,9	1,2	1,9	5,4
Stationssekretärin	37,4	44,3	6,4	1,9	3,0	8,1	13,1

Tab. 4: Vollkräftezahl für Medizincontrolling und Dokumentation 2002/2004

Im Unterschied zum Medizincontrolling hat es bei den Medizinischen Dokumentaren im Betrachtungszeitraum wenig Veränderung gegeben. Medizinische Dokumentare kommen in deutschen Krankenhäusern relativ selten zum Einsatz. Sowohl 2002 als auch 2004 hatten etwa 90% der Befragungsteilnehmer keinen Medizinischen Dokumentar beschäftigt.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit gab es 2004 in deutschen Krankenhäusern nur etwa 400 Medizinische Dokumentare insgesamt. Deren Zahl hat sich seit 2002 kaum erhöht. In Häusern, die überhaupt Dokumentare beschäftigten, lag deren durchschnittliche Zahl jedoch bei 1,7 Vollkräften.²¹

²⁰ Häuser ohne Medizincontroller gehen also nicht mit Nullwerten in die Mittelwertbildung ein.

²¹ Wegen der kleinen Fallzahlen und einem relativ hohen Anteil an Häusern ohne Angaben sind die Zahlen für die Medizinischen Dokumentare jedoch mit größeren statistischen Unsicherheiten behaftet.

Auch Medizinische Dokumentationsassistenten finden sich bislang nur in einer Minderheit von Krankenhäusern. Im Zuge der Einführung des DRG-Systems hat sich jedoch der Anteil der Krankenhäuser mit Medizinischen Dokumentationsassistenten von 17,1% (2002) auf 28,5% (2004) merklich erhöht. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit gab es im Jahr 2004 in den zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern rund 1.200 Medizinische Dokumentationsassistenten (Vollkräfte). Bei ca. 1.000 Vollkraftstellen im Jahr 2002 entspricht dies einer Steigerung von etwa 20%.

Medizinische Dokumentationsassistenten gibt es bislang vor allem in großen Häusern ab 600 Betten. Während hier schon etwa drei Viertel der Einrichtungen über Medizinische Dokumentationsassistenten verfügen, sind es in der Bettengrößeklasse von 300 bis 599 Betten nur knapp 40% und in Häusern unter 300 Betten weniger als 20%.

Auch die Zahl der Vollkraftstellen je Haus fällt in den großen Häusern deutlich höher aus. So waren in Häusern mit Medizinischen Dokumentationsassistenten in der Bettengrößeklasse ab 600 Betten im Mittel 5,4 Vollkräfte beschäftigt. In Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten waren es im Durchschnitt fast zwei Vollkräfte und in Einrichtungen unter 100 Betten etwa 1 Vollkraft. Der Durchschnittswert über alle Häuser, die überhaupt Medizinische Dokumentationsassistenten beschäftigten, lag bei 2,4 Vollkräften.

Stationssekretärinnen kommen zwar traditionell im Krankenhaus zum Einsatz. Allerdings gab für 2002 erst gut ein Drittel der Krankenhäuser (37,4%) an, eine Stationssekretärin zu beschäftigen. Der entsprechende Anteil hat sich im Jahr 2004 auf 44,3% erhöht. Über 70% der größeren Häuser ab 300 Betten verfügen über Stationssekretärinnen, in Einrichtungen unter 300 Betten sind es dagegen rund 30%.

In der Grundgesamtheit gab es 2004 gut 5.000 Stationssekretärinnen (Vollkräfte). 2002 waren es noch ca. 4.600 Vollkräfte. Dies bedeutet eine Zunahme von über 10%.

Sofern überhaupt Stationssekretärinnen eingestellt werden, erfolgt dies in relativ großer Zahl. So verfügten die entsprechenden Häuser in der Bettengrößeklasse von 300-599 Betten über durchschnittlich etwa 8 Vollkräfte, in den sehr großen Häusern ab 600 Betten waren es sogar über 13 Vollkräfte.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass es in den Bereichen Medizincontrolling und Dokumentation im Zuge der Einführung des DRG-Systems überwiegend zu deutlichen prozentualen Steigerungen bei den Vollkräftezahlen gekommen ist. Diese Steigerungen sind umso bemerkenswerter, als es bei vielen Berufsgruppen und Dienstarten im selben Zeitraum einen Stellenabbau gab. Da das DRG-System erst am Anfang steht und in vielen, vor allem kleineren Häusern noch Nachholbedarf bestehen dürfte, ist mit weiteren Steigerungen in den nächsten Jahren zu rechnen.

8.4 Ausländische Ärzte und Pflegekräfte

Zum Stichtag 31.12.2004 waren im Durchschnitt 4,5 ausländische Ärzte an deutschen Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt. Die Anzahl der Ärzte aus dem Ausland nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu. Während beispielsweise in der Bettengrößeklasse von 100 bis 299 Betten drei ausländische Ärzte pro Kran-

kenhaus arbeiten, liegt die Zahl in den sehr großen Häusern ab 600 Betten schon bei 13 Ärzten.

Der Ausländeranteil in der Ärzteschaft ist in den neuen Bundesländern mit 6,3 Ärzten pro Krankenhaus deutlich höher als im Westen, wo im Durchschnitt 4,1 ausländische Ärzte im Krankenhaus tätig sind.

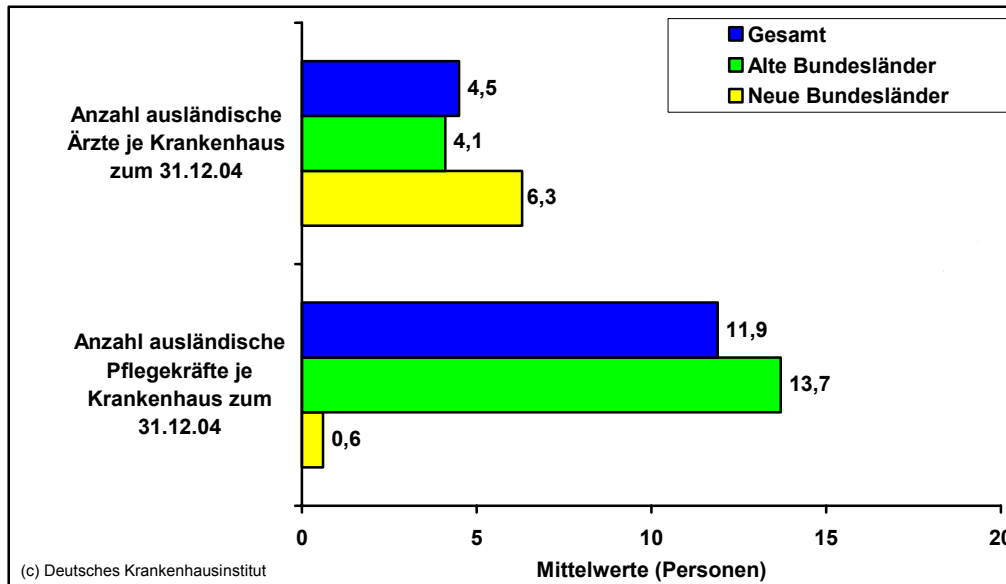


Abb. 44: Ausländische Ärzte und Pflegekräfte je Krankenhaus

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland waren dort Ende 2004 rund 8.000 ausländische Ärzte beschäftigt. Im Vergleich dazu fällt die Gesamtzahl der ausländischen Pflegekräfte mit rund 21.000 Beschäftigten merklich höher aus.²² Relativ gesehen, liegt der Ausländeranteil in beiden Dienstarten bei rd. 5%.

Im Durchschnitt waren am 31.12.2004 fast 12 ausländische Pflegekräfte pro Krankenhaus tätig. Ausländische Pflegekräfte gibt es fast ausschließlich im alten Bundesgebiet. Während hier durchschnittlich 13,7 Pflegekräfte aus dem Ausland stammen, ist es in den neuen Bundesländern weniger als eine Pflegekraft.

Gleichzeitig sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie aktiv nach ausländischem Personal suchen. Dies ist im Pflegedienst faktisch überhaupt nicht der Fall. Im Bereich des Ärztlichen Dienstes bemühen sich immerhin gut 10% der Krankenhäuser aktiv um Mediziner aus dem Ausland.

Dabei gibt es ein eindeutiges Ost-West-Gefälle. Während rund ein Viertel der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern aktiv ausländische Ärzte sucht, sind es im Westen nur gut 8% der Einrichtungen. Dies dürfte nachdrücklich die Schwierigkeiten der ostdeutschen Krankenhäuser bei der Personalakquisition im Ärztlichen Dienst widerspiegeln.

²² Möglicherweise handelt es sich aber im Pflegedienst primär um schon länger hier lebende Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Demgegenüber dürften im Ärztlichen Dienst viele ausländische Ärzte speziell zum Zweck der Weiterbildung nach Deutschland gekommen sein.

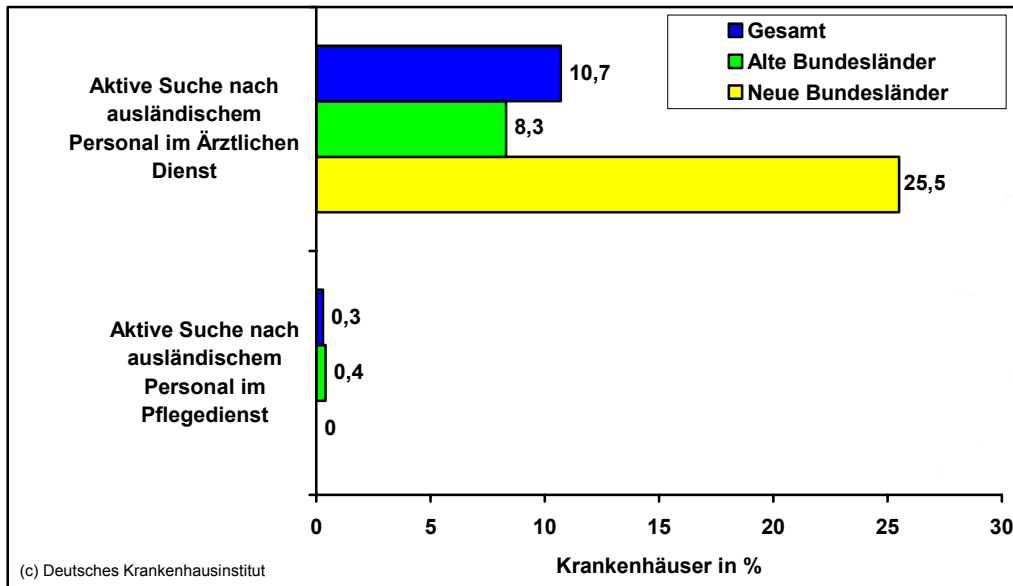


Abb. 45: Krankenhäuser mit aktiver Suche nach ausländischem Personal

8.5 Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst

Rund 22% der Befragungsteilnehmer gaben an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können, weil sie keine bzw. keine angemessen qualifizierten Bewerber finden würden. Da allerdings der Anteil der Häuser ohne Angaben bei dieser Frage relativ hoch ausfiel, ist jedoch eine gewisse Untererfassung hier nicht auszuschließen.

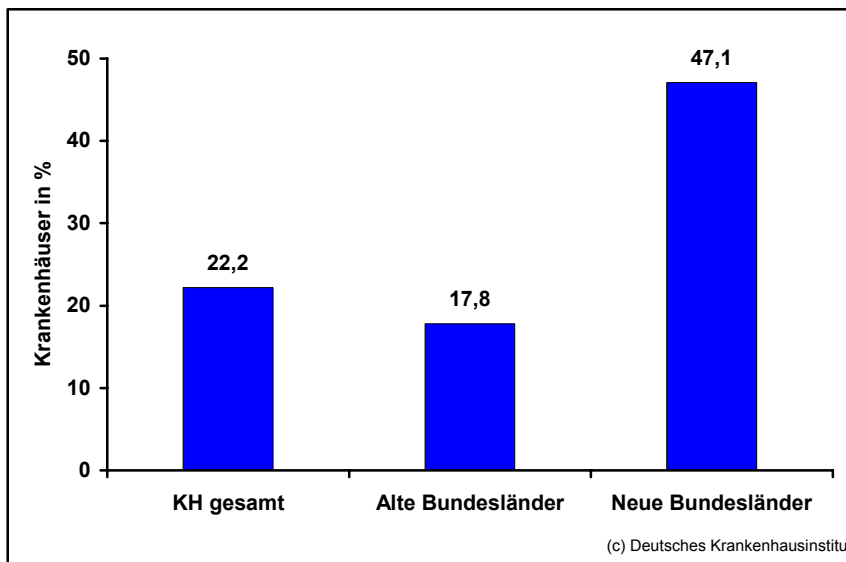


Abb. 46: Krankenhäuser mit nicht besetzten offenen Stellen im Ärztlichen Dienst

Beim Problem der Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst gibt es abermals ein deutliches Ost-West-Gefälle. Während in den neuen Bundesländern fast jedes zweite Haus (47,1%) Stellen im Ärztlichen Dienst mangels (qualifizierter) Bewerber

ber nicht besetzen konnte, fiel der entsprechende Anteil im alten Bundesgebiet mit 17,8% merklich niedriger aus.

Bundesweit konnten die betroffenen Häuser im Mittel rund 2 Vollkraftstellen nicht besetzen. Im Osten waren es durchschnittlich 3,1 Arztstellen und im Westen durchschnittlich 1,6 Stellen.

9 Arbeitszeit

9.1 Umsetzungsstand einer neuen Arbeitszeitorganisation

Zum 1.1.2006 wird das neue Arbeitszeitgesetz auch für die Krankenhäuser wirksam. Demnach wird, so die zentrale Neuregelung, der Bereitschaftsdienst voll umfänglich als Arbeitszeit anerkannt, was in der Regel entsprechende Anpassungen in der Arbeitsorganisation erfordern dürfte. Auch vom DRG-System dürften Anreize zu einer Neuorganisation der Arbeitszeit ausgehen. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser zum Umsetzungsstand einer neuen Arbeitszeitorganisation befragt.

Von Anfang 2004 bis zur Jahresmitte 2005 hat gut ein Drittel der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Bei einem Fünftel der Häuser sind sie konkret in Planung. Immerhin fast 30% der Krankenhäuser hatten zur Jahresmitte 2005 allerdings noch keine konkreten Pläne, wie sie das neue Arbeitszeitgesetz hausintern umsetzen würden.

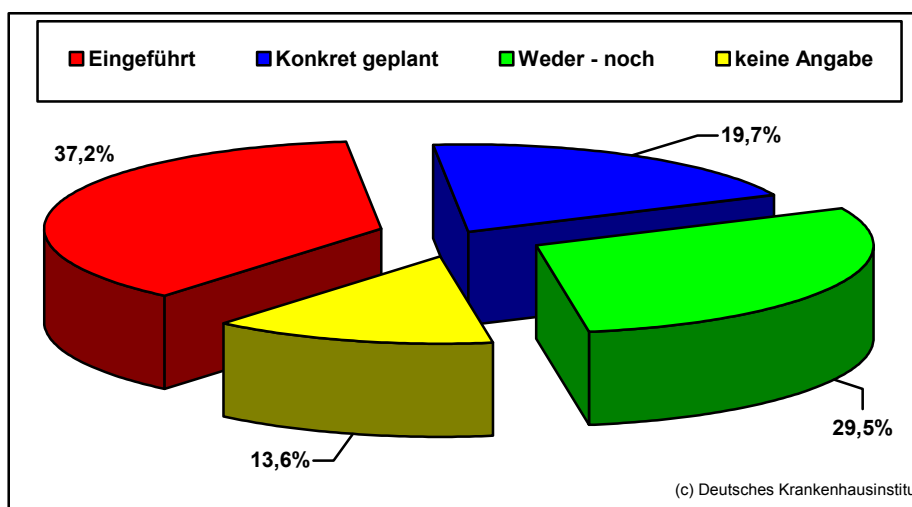


Abb. 47: Umsetzungsstand – Neue Arbeitszeitorganisation/Arbeitszeitmodelle in 2004/2005

In den Häusern mit neuer Arbeitszeitorganisation beschränkt sich die Umsetzung bislang weitestgehend auf ausgewählte Bereiche (mutmaßlich mit Modell- oder Erprobungscharakter). Im Mittel (Median) haben diese Häuser in jeweils zwei bettenführenden Fachabteilungen und zwei Funktionsbereichen neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Jeweils ein Drittel dieser Häuser hat in einer bzw. drei oder mehr Fachabteilungen bzw. Funktionsbereichen die Arbeitszeit neu organisiert.

Unter den bettenführenden Bereichen mit neuer Arbeitszeitorganisation dominieren eindeutig die „großen“ Fachabteilungen der Chirurgie, Gynäkologie und Inneren Medizin. In den Funktionseinheiten sind vor allem der OP bzw. die Anästhe-

sie, das Labor und die Radiologie einbezogen. Dagegen werden neue Arbeitszeitmodelle vergleichsweise selten in „kleineren“ Leistungsbereichen erprobt.

Der Umsetzungsstand einer neuen Arbeitszeitorganisation variiert eindeutig in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während in größeren Häusern ab 300 Betten zwischen 70 und 80% neue Arbeitszeitmodelle eingeführt oder konkret geplant haben, ist es in den kleineren Häusern nur knapp die Hälfte. Unter den sehr großen Häusern ab 600 Betten haben sogar zwei Drittel der Teilnehmer eine neue Arbeitszeitorganisation teilweise bereits eingeführt.

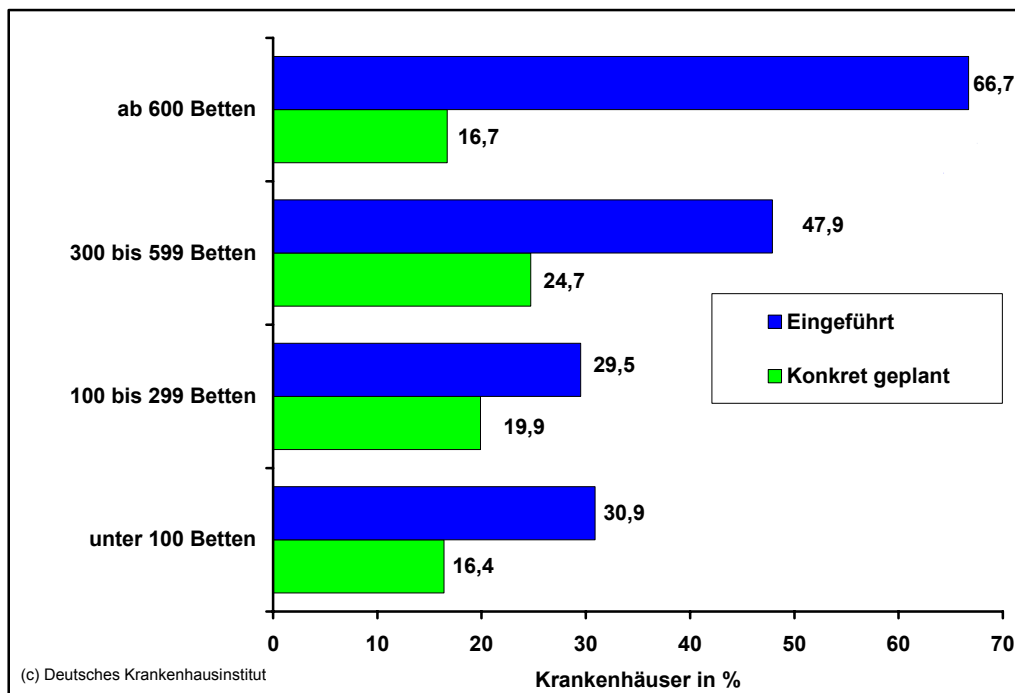


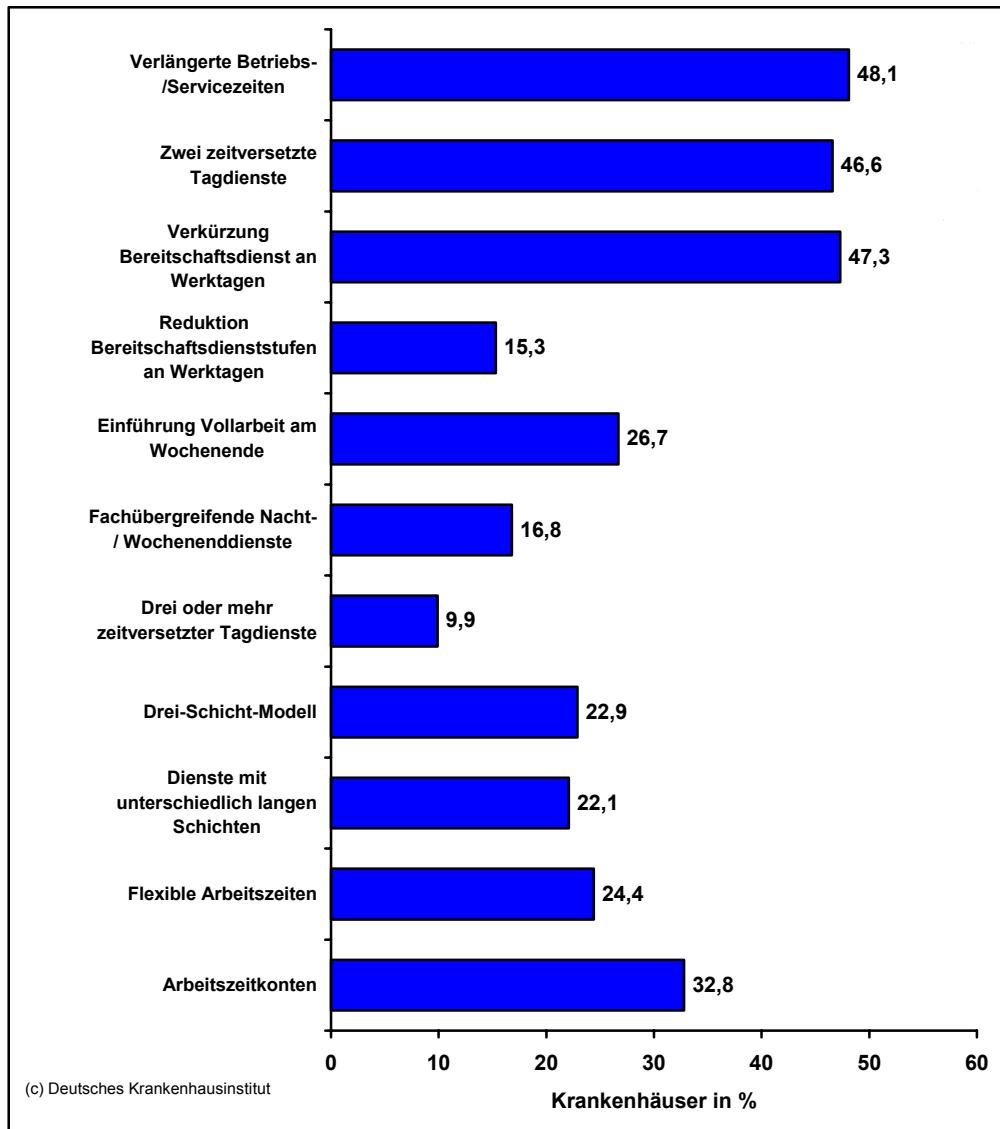
Abb. 48: Umsetzungsstand – Neue Arbeitszeitorganisation/Arbeitszeitmodelle in 2004/2005 nach Bettengrößenklassen

9.2 Ansätze und Modelle der Arbeitszeitorganisation

Die Krankenhäuser mit erfolgter Einführung einer neuen Arbeitszeitorganisation wurden konkret nach den entsprechenden Ansätzen und Modellen gefragt. Abb. 49 zeigt zunächst die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst. Der am häufigsten angeführte Ansatz bilden verlängerte Betriebs- oder Servicezeiten (48,1%). Die Servicezeit ist die Zeit, in der eine Organisationseinheit eines Krankenhauses ihr volles Leistungsspektrum vorhält oder die Zeitspanne der qualifizierten Leistungserbringung eines Krankenhausbereichs. Faktisch erfolgt die Verlängerung der Servicezeiten über eine Ausweitung der Vollarbeit in den späten Nachmittags- bzw. Abendstunden.

Dienstplanmäßig werden verlängerte Servicezeiten in den Teilnehmerhäusern vor allem über zwei zeitversetzte Tagdienste bzw. eine Verkürzung der Bereitschaftsdienstzeiten an Werktagen erreicht. Dementsprechend resultieren hier vergleichbare Anteilswerte. Drei oder mehr zeitversetzte Tagdienste bilden indes bislang noch eine Ausnahme (9,9%).

Obwohl fast die Hälfte der Krankenhäuser mit neuer Arbeitszeitorganisation ihre Bereitschaftsdienstzeiten verkürzt hat, haben erst rund 15% die Bereitschaftsdienststufen an Werktagen entsprechend reduziert. Im Vergleich zu den Werktagen werden die Bereitschaftsdienstzeiten an den Wochenenden noch nicht so häufig reduziert. Erst gut ein Viertel der Häuser hat Vollarbeit am Wochenende eingeführt oder ausgeweitet. Auch fachübergreifende Nacht- oder Wochenenddienste finden bislang relativ selten statt (16,8%).



**Abb. 49: Krankenhäuser mit erfolgter Neuorganisation der Arbeitszeit
- Ansätze im Ärztlichen Dienst -**

Jeweils ein Viertel der Häuser mit neuer Arbeitszeitorganisation hat flexible Arbeitszeiten oder Drei-Schicht-Modelle eingeführt, also Modelle mit etwa gleich langen Schichten und geringer zeitlicher Überschneidung (hintereinander eine Früh-, Spät- und Nachtschicht). In einem Drittel der Häuser gibt es Arbeitszeitkonten, sprich die Bildung bzw. der Ausgleich von in der Regel größeren Zeitguthaben bzw. Zeitschulden.

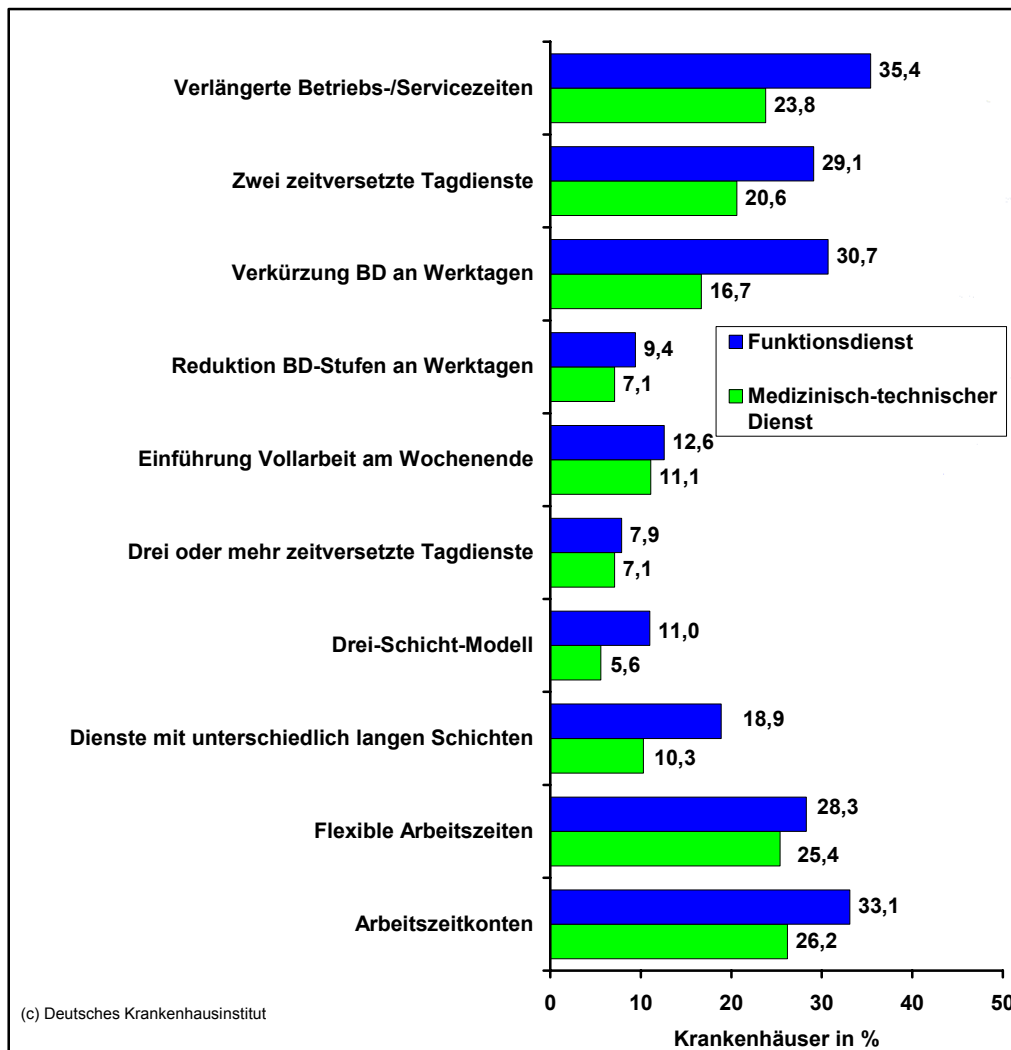


Abb. 50: Krankenhäuser mit erfolgter Neuorganisation der Arbeitszeit - Ansätze im Funktionsdienst und Medizinisch-technischen Dienst -

Die korrespondierenden Ergebnisse für den Funktionsdienst und den Medizinisch-technischen Dienst können der Abb. 50 entnommen werden. In der Struktur sind die Ergebnisse vergleichbar mit dem Ärztlichen Dienst. D.h. auch in den anderen Dienstarten bilden verlängerte Servicezeiten bzw. damit zusammenhängende Aspekte die häufigsten Maßnahmen. Allerdings fallen hier, wie auch bei den meisten anderen Ansätzen und Modellen, die Anteilswerte etwas geringer aus als im Ärztlichen Dienst.

9.3 Vorbereitung auf eine veränderte Arbeitszeitorganisation

Die Krankenhäuser mit erfolgter oder geplanter Einführung neuer Arbeitszeitmodelle wurden nach den Maßnahmen befragt, die sie zur Vorbereitung auf eine veränderte Arbeitszeitorganisation durchgeführt haben. In der Regel kamen dabei verschiedene Maßnahmenbündel zur Anwendung. Die am häufigsten durchgeführten Einzelmaßnahmen waren Arbeitszeit- bzw. Arbeitsdichteanalysen (57,5%) und, eng damit zusammenhängend, Tätigkeitsaufzeichnungen (47,4%).

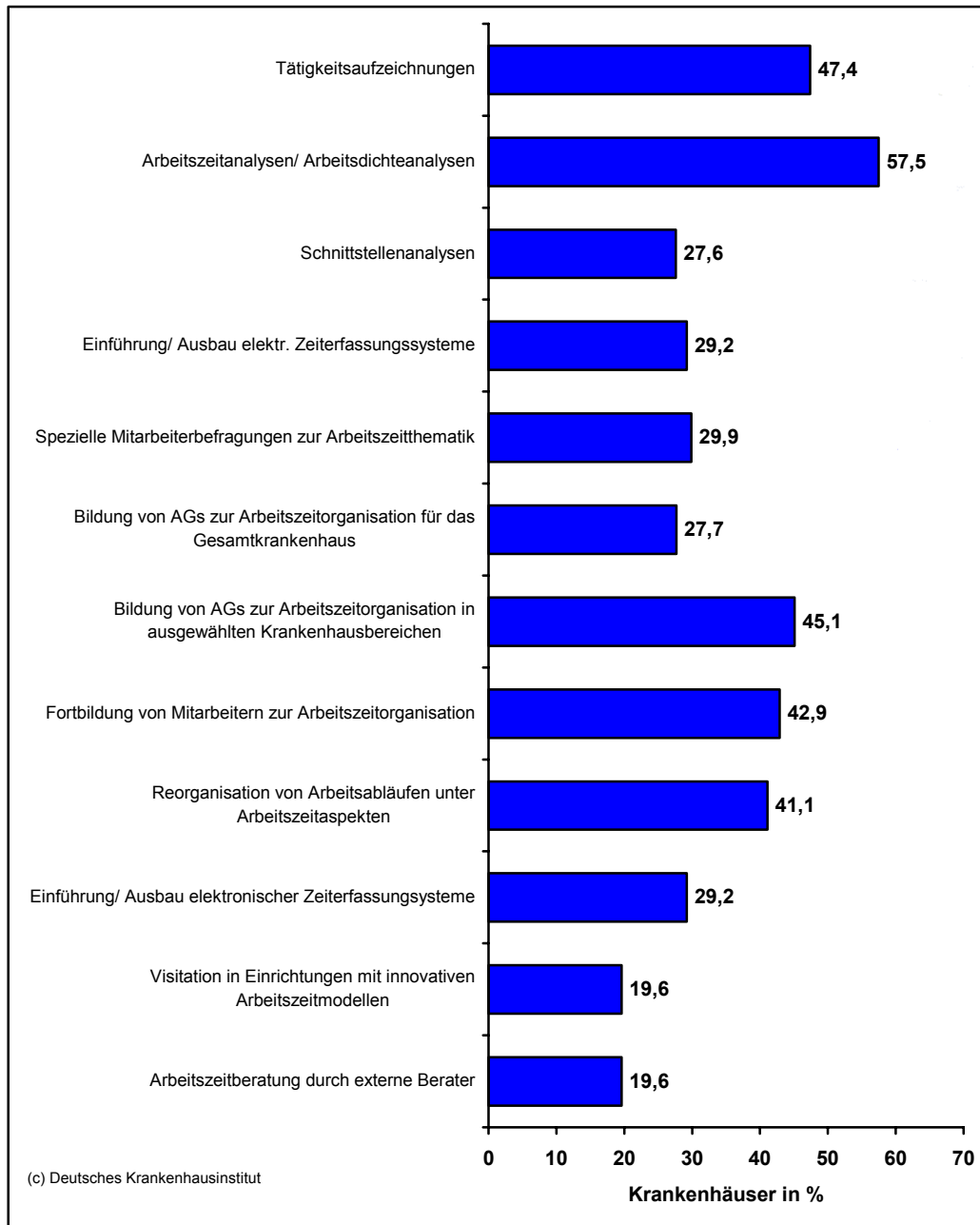


Abb. 51: Krankenhäuser mit erfolgter oder geplanter Neuorganisation der Arbeitszeit - Vorbereitungsmaßnahmen -

Bei vielen Krankenhäusern ist erkennbar, die Mitarbeiter in die Vorbereitungen auf eine veränderte Arbeitszeitorganisation einzubinden. So haben jeweils gut 40% Arbeitsgruppen zur Arbeitszeitorganisation in ausgewählten Krankenhausbereichen gebildet bzw. einschlägige Fortbildungen von Mitarbeitern veranlasst. In 30% der Häuser war die Arbeitzeithematik Gegenstand von Mitarbeiterbefragungen.

Immerhin gut 40% der Häuser mit erfolgter oder geplanter Neuorganisation der Arbeitszeit haben Arbeitsabläufe gezielt unter Arbeitszeitaspekten reorganisiert. Und fast 30% haben elektronische Zeiterfassungssysteme eingeführt oder aus-

gebaut. Darüber hinaus haben jeweils rund 20% der Krankenhäuser externen Rat eingeholt, sei es in Form einer Arbeitszeitberatung durch externe Berater, sei es durch Visitationen in Einrichtungen mit innovativen Arbeitszeitmodellen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Planung bzw. Einführung einer neuen Arbeitszeitorganisation in den Krankenhäusern vergleichsweise umfassend und gezielt vorbereitet wird.

9.4 Arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen

Für die Jahre 2003-2009 können die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen jeweils einen zusätzlichen Betrag von bis zu 0,2% des Gesamtbetrages (Budget) vereinbaren. Für eine entsprechende Vereinbarung muss das Krankenhaus nachweisen, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechtes zu finanzieren sind (§ 4 Abs. 3 KHEntgG).

In den Entgeltverhandlungen für 2005 haben 78,8% der Krankenhäuser diesen zusätzlichen Betrag geltend gemacht bzw. planen eine entsprechende Forderung. Das entspricht in etwa dem Vorjahreswert (75,2%). Betrachtet man nur die Häuser mit Angaben, sind es sogar 87,5%. Die Krankenhäuser sehen demnach nach wie vor einen sehr hohen Bedarf für arbeitszeitbedingte Budgetsteigerungen.

Differenziert nach Bettengrößenklassen wird der zusätzliche Betrag nach § 6 Abs. 5 BPfIV lediglich in den kleinen Häusern unter 100 Betten noch vergleichsweise selten eingefordert (41,8%). In den übrigen Bettengrößenklassen liegen die entsprechenden Anteilswerte bei 90%.

Von den Häusern, die eine Forderung nach § 4 Abs. 13 KHEntgG in die Entgeltverhandlungen eingebracht haben, hat aber bislang erst ein Viertel eine Vereinbarung abgeschlossen. Bei den Übrigen sind die Verhandlungen überwiegend noch nicht abgeschlossen. Im Mittel konnten die Häuser mit Vereinbarung lediglich rund 1,5 Vollkräfte zusätzlich einstellen.

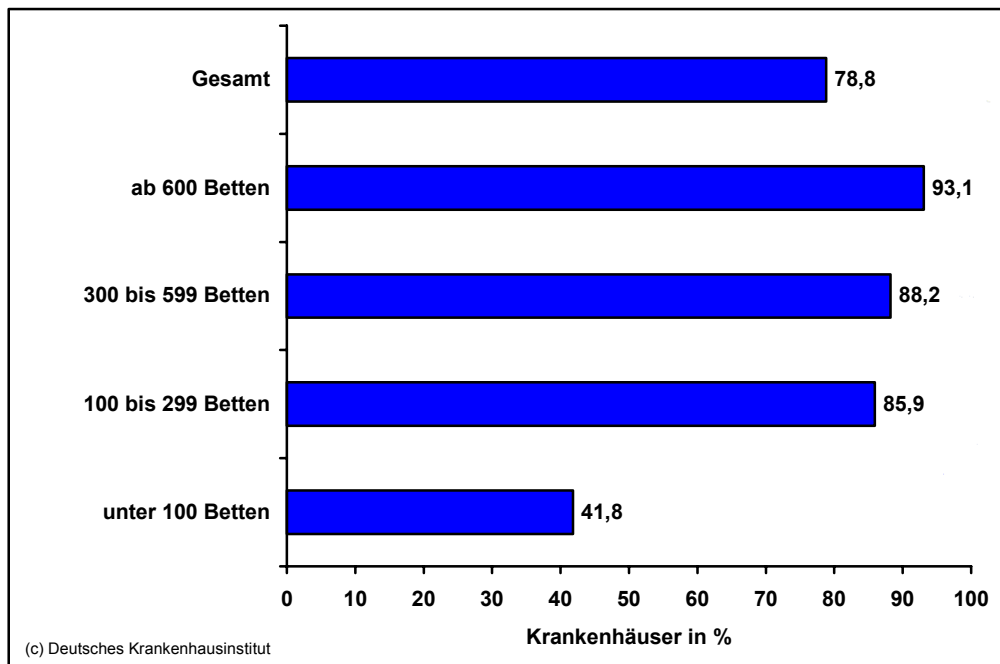


Abb. 52: Geltendmachung arbeitszeitbedingter Budgetsteigerungen in den Verhandlungen 2005

10 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

10.1 Jahresergebnis 2004/2005

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2004 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2005 taxieren.

Im Jahr 2004 erzielte gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland einen Jahresüberschuss. Ein Drittel der Häuser schrieb Verluste. Gut 10% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf.

Bei insgesamt eher geringen Unterschieden nach Bettengrößenklassen wiesen die kleinen Häuser unter 100 Betten am häufigsten einen Jahresüberschuss (57,6%) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (24,1%). Der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss fiel in den neuen Bundesländern (65,1%) merklich höher aus als im Westen (48,7%). Demgegenüber war hier der Anteil der Häuser mit Verlusten (37,5%) mehr als doppelt so hoch wie im Osten (17,8%).

Für das Jahr 2005 erwarten die Krankenhäuser eher eine Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse. Während der Anteil der Häuser mit erwartetem Fehlbetrag demnach fast konstant bliebe, würde sich der Anteil der Häuser, die mit einem Überschuss rechnen, nahezu halbieren. Für 2005 geht jeweils gut ein Viertel der Häuser von einem Jahresüberschuss bzw. einem ausgeglichenen Ergebnis aus. Die sehr kleinen Häuser unter 100 Betten schauen dabei tendenziell optimistischer in die Zukunft als Einrichtungen in den übrigen Bettengrößenklassen.

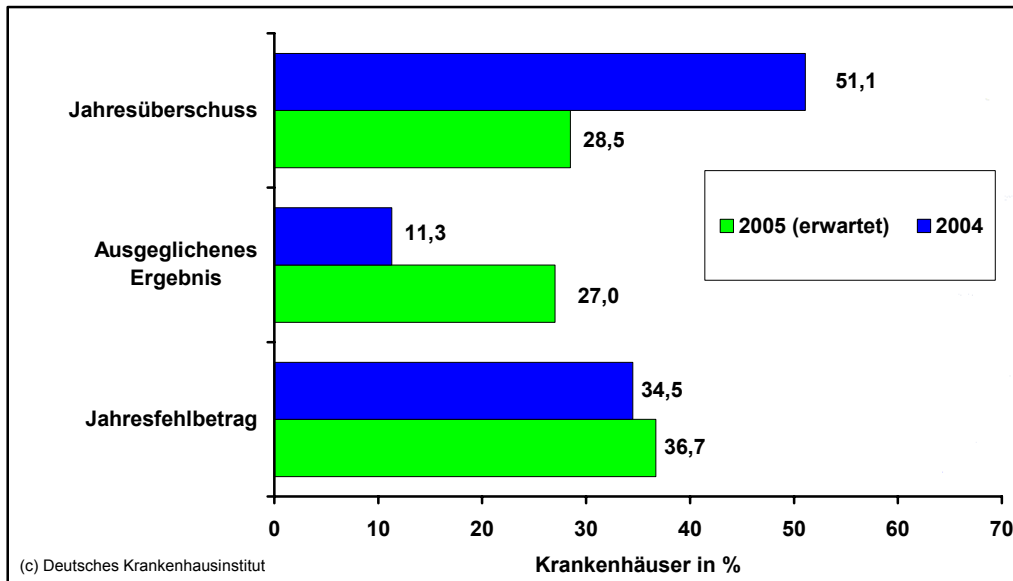


Abb. 53: Jahresergebnisse 2004/2005 (erwartet)

10.2 Entwicklung des Jahresergebnisses 2003 bis 2004

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 2003 und 2004 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2004 im Vergleich zu 2003 in jeweils fast 40% der Krankenhäuser gestiegen bzw. gesunken. Bei nahezu einem Fünftel ist es etwa gleichgeblieben.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis nahezu verdoppelt, während der Anteil der Häuser mit gesunkenem Jahresergebnis um etwa 10 Prozentpunkte zurückgegangen ist. In einem Teil der Krankenhäuser ist also in 2004 eine gewisse wirtschaftliche Erholung eingetreten.

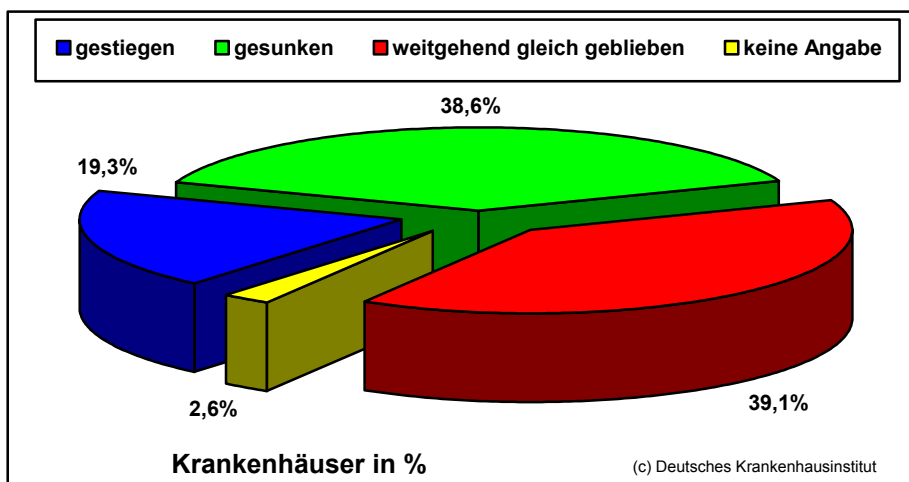


Abb. 54: Entwicklung des Jahresergebnisses 2004 im Vergleich zu 2003

In den neuen Bundesländern ist das Jahresergebnis in gut 30% der Krankenhäuser gestiegen. In den alten Bundesländern geschah dies in gut 40% der Häuser. Nach Bettengrößenklassen resultierten hingegen kaum Unterschiede in der Entwicklung der Jahresergebnisse.

10.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre derzeitige wirtschaftliche Situation beurteilen. Gut 40% der Krankenhäuser schätzten ihre derzeitige wirtschaftliche Situation eher unbefriedigend ein. Nur 17,8% bewerten sie als gut, während 38,6% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Häuser mit positiver Einschätzung der wirtschaftlichen Lage leicht zugenommen, der Anteil der Häuser mit negativer Einschätzung eher abgenommen.

Bei insgesamt geringen Unterschieden nach Bettengrößenklassen fällt auf, dass vor allem die größeren Krankenhäuser ab 600 Betten ihre Lage besser beurteilen als im Vorjahr. Seinerzeit bewerteten nur rd. 1% dieser Häuser ihre wirtschaftliche Lage als eher gut und 57% als eher unbefriedigend. In kleineren Einrichtungen mit 100 bis 299 Betten hat sich zudem der Anteil der Häuser mit positiver Einschätzung der Wirtschaftssituation von 10% auf gut 20% verdoppelt.

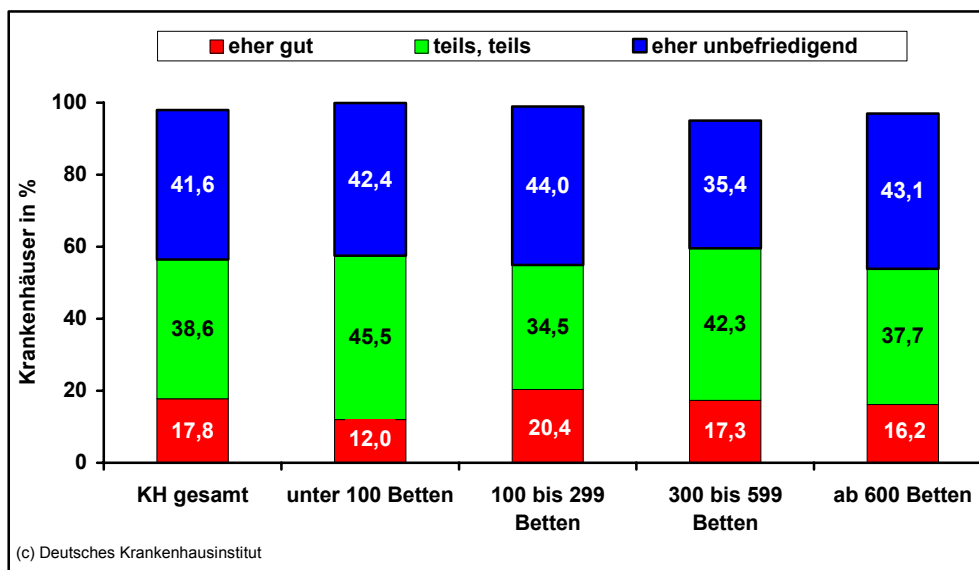


Abb. 55: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation²³

Deutlich unterschiedlich ist nach wie vor die Beurteilung der Häuser in den alten und neuen Bundesländern. Nur ein Viertel der ostdeutschen Krankenhäuser schätzt die Lage als eher unbefriedigend ein, während fast 45% der westdeutschen Häuser zu dieser Einschätzung gelangen. Der Anteil der ostdeutschen Krankenhäuser mit positiver Lageeinschätzung ist mit 23% höher als in den alten Bundesländern (17%).

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr äußern. Bei den Erwartungen für 2006 kommt knapp die Hälfte der Krankenhäuser zu der Einschät-

²³ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angaben

zung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu diesem Jahr schlechter sein wird. 28,4% erwarten in dieser Hinsicht keine und 21,4% sogar positive Veränderungen. Im Vergleich zum Vorjahr schauen die Krankenhäuser damit ein wenig optimistischer in die Zukunft.

Nach Bettengrößenklassen gibt es alles in allem nur geringfügige Unterschiede. In der Tendenz fallen die wirtschaftlichen Erwartungen in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten am schlechtesten aus. Darüber hinaus blicken Einrichtungen in den neuen Bundesländern etwas skeptischer in die Zukunft als die Krankenhäuser im Westen.

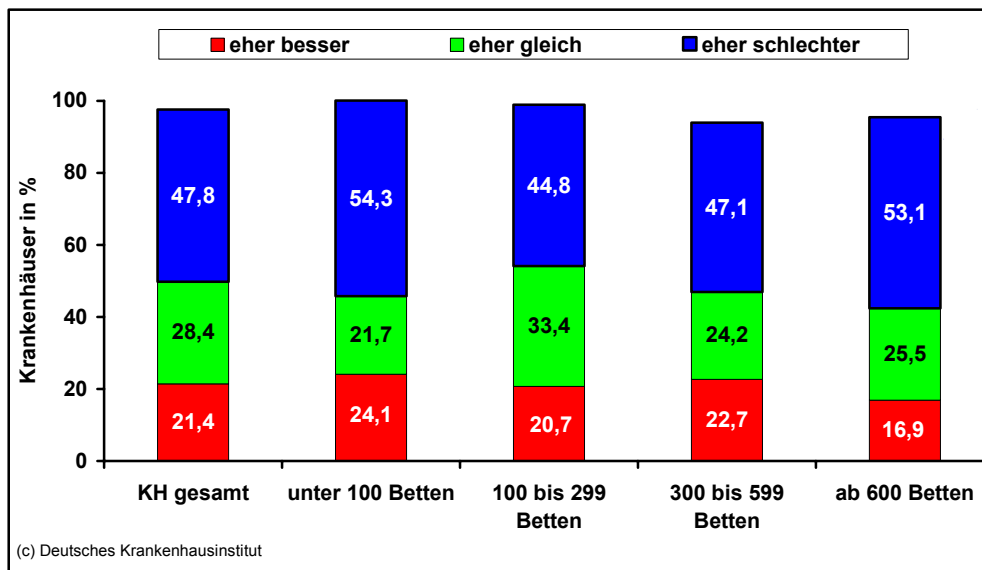


Abb. 56: Erwartungen für die wirtschaftliche Situation im nächsten Jahr²⁴

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 (zusammen 9,7%);
- die ihre heutige Situation als unbefriedigend oder unentschieden bewerten, die aber erwarten, dass diese im nächsten Jahr eher besser ausfällt (zusammen 19,3%).

²⁴ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angaben

Erwartungen für das nächste Jahr	eher besser	10,3%	9,0%	2,6%
	eher gleich	10,3%	11,6%	7,1%
	eher schlechter	21,9%	18,7%	8,4%
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 29% aller Krankenhäuser aus. Im Vorjahr waren es noch 19% und im Jahr 2002 gut 11%. Unter DRG-Bedingungen gibt es demnach eine zunehmende 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 (21,9%) 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 27,1%).

Insgesamt 62,1% der Krankenhäuser, also fast zwei Drittel, fallen somit in die Kategorie der „Pessimisten“. Der Anteil der Krankenhäuser, die als „Pessimisten“ bezeichnet werden können, ist damit etwa doppelt so hoch wie der Anteil der „Optimisten“. Im Vergleich zum Vorjahr (66,5%) ist dies zwar ein leichter Rückgang. Allerdings blickt unter DRG-Bedingungen weiterhin eine deutliche Mehrheit der Krankenhäuser skeptisch in die Zukunft.

Differenziert nach Bettengrößenklassen gibt es in Häusern mit 100 bis 299 Betten die meisten „Optimisten“ (31,1%) und in den sehr großen Einrichtungen ab 600 Betten die wenigsten (20,5%). Im Ost-West-Vergleich ist der Anteil der „Optimisten“ in den alten Bundesländern (30,5%) merklich höher als in den neuen Ländern (20%).

Anhang: Methodik und Stichprobenbildung

Die Grundgesamtheit der Erhebung des *Krankenhaus Barometers* bilden alle allgemeinen Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern mit Ausnahme der Krankenhäuser, die nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören; d.h. mit Ausnahme der allgemeinen Krankenhäuser, die weder Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken sind noch über einen Versorgungsvertrag verfügen. Nicht enthalten sind ferner die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen/neurologischen Betten, reine Tages- oder Nachtkliniken und Bundeswehrkrankenhäuser, die sämtlich nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern zählen.

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

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. In den neuen Bundesländern sind alle Krankenhäuser in die Stichprobe einbezogen worden.

Die Bruttostichprobe lag damit insgesamt bei 1.016 Krankenhäusern (vgl. Tab. A1).

Krankenhausgrößenklassen	alte BL	neue BL
unter 100 Betten	220	19*
100 bis unter 300 Betten	200	137*
300 bis unter 600 Betten	200	72*
ab 600 Betten	129*	39*
insgesamt	749	267

* Vollerhebung

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A1: Bruttostichprobe Krankenhauserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Rehabilitations-Einrichtungen) lag bei 992 Krankenhäusern. Nach zwei Nachfaßaktionen im Juni und Juli wurde eine Teilnahme von 319 Krankenhäusern oder 32,2% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. A2). Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag bei 30,6% und in den neuen Bundesländern bei 36,7%. Die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse unterscheiden sich merklich. Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an; während die Krankenhäuser ab 600 Betten eine überproportionale

Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten unterproportional beteiligt.

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	749	267	1.016
bereinigte Bruttostichprobe	736	256	992
Teilnehmer	225	94	319
Rücklauf in %	30,6	36,7	32,2

© 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	2005
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	319
Bundesland	
- alte Bundesländer	70,5%
- neue Bundesländer	29,5%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	89,7%
- Hochschulklinik	2,8%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	6,6%
- Sonstiges Krankenhaus	0,9%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	44,8%
- frei-gemeinnützig	41,1%
- privat	14,1%
Belegkrankenhaus	4,7%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. A3: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser