

Krankenhaus Barometer

Frühjahrsumfrage 2001

Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf

Oktober 2001

Inhaltsverzeichnis

Krankenhaus Barometer

Frühjahrsumfrage 2001

1	Einleitung	4
2	Zur Entwicklung der Krankenhäuser im Jahr 2000	5
2.1	Zugangswege der Patienten	5
2.2	Belegungsdaten der Krankenhäuser im Jahr 2000	7
	Betten	7
	Fälle und Pflegetage	7
	Verweildauer und Auslastungsgrad	10
	Vor- und nachstationäre Behandlung	12
2.3	Erlöse	14
	Erlösarten	14
	Erlöse je Fall / je Pflegetag	15
2.4	Leistungsgeschehen	18
	Ambulantes Operieren im Krankenhaus	18
	Veränderung der Leistungsstruktur	20
	Verlegungsverhalten	21
3	Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2001	23
	Krankenhäuser mit Pflegesatzvereinbarungen	23
	Vereinbarte Belegungsdaten	24
	Geforderte und vereinbarte Vergütungen	29
	Vereinbarter Basispflegesatz	33
4	Veränderung der Personalkosten	34

5	Tarifverträge im Krankenhaus	36
	Angewandte Tarifwerke	36
	Zufriedenheit mit dem Tarifwerk	37
	Wechsel des Tarifwerkes	39
6	Einschätzung der künftigen Personalsituation in Krankenhäusern	41
	Leitende Ärzte	41
	Oberärzte	42
	Fachärzte	43
	Ärzte im Praktikum	44
	Krankenschwestern/ Krankenpfleger	44
	Pflegepersonal mit Weiterbildung im OP-Dienst	45
	Pflegepersonal mit Weiterbildung in der Intensivpflege	46
7	Vorbereitung der Krankenhäuser auf das DRG-System	47
	Projektteams und Teilnahme an DRG-Probelaufen	47
	Schulung der Mitarbeiter	49
	Medizinisches Controlling und Kostenrechnung	49
	Erfassung der Haupt- und Nebendiagnosen sowie der Prozeduren	51
	Anzahl der Diagnosen je Fall	52
	Dokumentation von Kodierfehlern	52
	Dateneingabe und Datenabruf	53
	DRG-Auswertungen	54
	EDV-Arbeitsplätze	54
	Anhang	56
	Anhang A: Methodik und Stichprobenbildung	56
	Anhang B: Ausgewählte fachabteilungsbezogene Belegungsdaten im Vergleich zu 1999	59
	Anhang C: Fachabteilungsbezogene Belegungsdaten für das Jahr 2000	61

1 Einleitung

Der Deutsches Krankenhausinstitut e.V. stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der dritten Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von April bis Juli 2001 durchgeführt worden ist.¹ Beteiligt haben sich insgesamt 473 Krankenhäuser; eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält Anhang A.

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

In Kapitel 2 wird zunächst die Entwicklung der Krankenhäuser im Jahr 2000 dargestellt. Berichtet wird u.a. über die Belegungsdaten und die Erlöse der Krankenhäuser in diesem Jahr; soweit möglich und sinnvoll sind auch Vergleichsdaten zum Vorjahr angegeben. Weitergehende Informationen zu einzelnen Fachabteilungen können dem Anhang entnommen werden.

Anschließend wird auf die Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2001 eingegangen. Die vereinbarten Daten werden verglichen mit den Ist-Daten aus dem Jahr 2000.

Die Veränderung der Personalkosten sowie die in den Krankenhäusern angewendeten Tarifverträge werden in den Kapiteln 5 und 6 behandelt.

Die Einschätzung der Krankenhäuser zur künftigen Personalentwicklung wird für verschiedene Berufsgruppen dokumentiert.

Abschließend wird der Stand der Vorbereitung der Krankenhäuser auf das DRG-System dargestellt. Anhand verschiedener Ansatzpunkte wie z.B. die Schulung der Mitarbeiter oder die Einführung von Steuerungsinstrumenten wird deutlich gemacht, inwieweit die Krankenhäuser sich auf das DRG-System vorbereitet haben.

¹

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

2 Zur Entwicklung der Krankenhäuser im Jahr 2000

2.1 Zugangswege der Patienten

Die Krankenhäuser sind im Rahmen der Befragung gebeten worden, Angaben zur Aufnahmeart der im Jahr 2000 behandelten Patienten zu machen.

Insgesamt 389 Krankenhäuser konnten entsprechende Informationen liefern, wobei die Angaben teilweise geschätzt werden mussten.

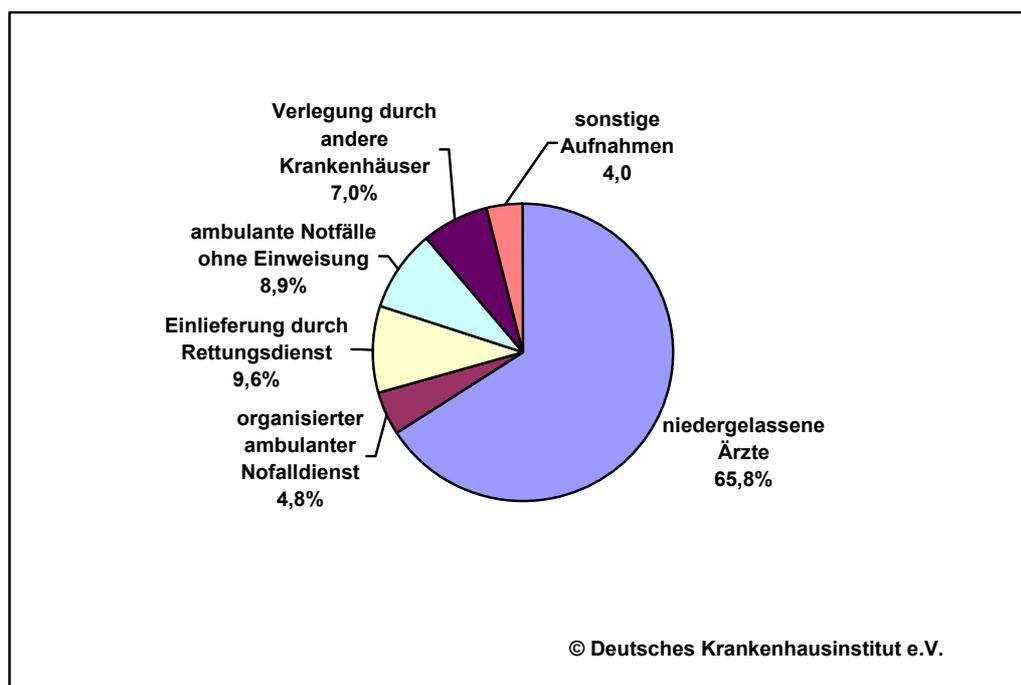


Abb. 1: Zugangswege der Patienten 2000 – Angaben in %

Etwa zwei Drittel der in den allgemeinen Krankenhäusern behandelten Patienten wurden durch niedergelassene Ärzte eingewiesen; rd. 15% wurden als Notfälle eingewiesen, sei es durch den Rettungsdienst (rd. 10%) oder den organisierten ambulanten Notfalldienst (rd. 5%). Immerhin etwa 9% der Patienten kamen als ambulante Notfälle ohne Einweisung (sogenannte Selbsteinweiser) in das Krankenhaus. Im Vergleich zur Frühjahrserhebung 2000 ergeben sich kaum Unterschiede bei den Zugangswegen der Patienten.

In Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser ergeben sich deutliche Abweichungen vom skizzierten Gesamtbild über alle Krankenhäuser:

- So sind bei den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten die Einweisungen durch niedergelassene Ärzte (rd. 76%) und Verlegungen aus anderen Krankenhäusern (rd. 13%) überproportional vertreten. Im Vergleich zu 1999 nahm der Anteil der Patienten, die über niedergelassene Ärzte oder über Verlegungen aus anderen Krankenhäusern in das Krankenhaus kamen, leicht zu.

- Demgegenüber sind Einlieferungen durch den Rettungsdienst und sog. Selbsteinweisungen in den Krankenhäusern mit 300 bis unter 600 Betten (jeweils rd. 12%) überproportional vertreten.
- In den Krankenhäusern ab 600 Betten ist der Anteil der Selbsteinweiser mit rd. 13% überproportional hoch. Der Anteil ist aber im Vergleich zu 1999, wo die sog. Selbsteinweiser noch einen Anteil von rd. 15% einnahmen, rückläufig.

2.2 Belegungsdaten der Krankenhäuser im Jahr 2000

Betten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser verfügten im Jahr 2000 durchschnittlich über rd. 292 Planbetten, wobei 50% der Krankenhäuser weniger als 216 Planbetten aufwiesen. Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wiesen mit durchschnittlich 360 Planbetten eine um 29% höhere Planbettenzahl auf als die Krankenhäuser in den alten Bundesländern mit durchschnittlich 279 Planbetten.

Fälle und Pflgetage

Die Zahl der Krankenhausfälle als Mittelwert aus Aufnahmen und Entlassungen² lag im Jahr 2000 bei 9.547 Fälle je Krankenhaus (1999: 8.994). Dies entspricht 32,5 Fällen je Bett.

In den alten Bundesländern lag die mittlere Fallzahl je Haus bei rd. 9.145 (1999: 8.701). In den neuen Bundesländern war die mittlere Fallzahl je Krankenhaus deutlich höher als in den alten Bundesländern. Sie lag im Jahr 2000 bei 11.670 Fällen je Krankenhaus (1999: 10.568).

Die Fallzahl je Bett war in den alten Bundesländern mit 32,6 und in den neuen Bundesländern mit 32,5 nahezu identisch.

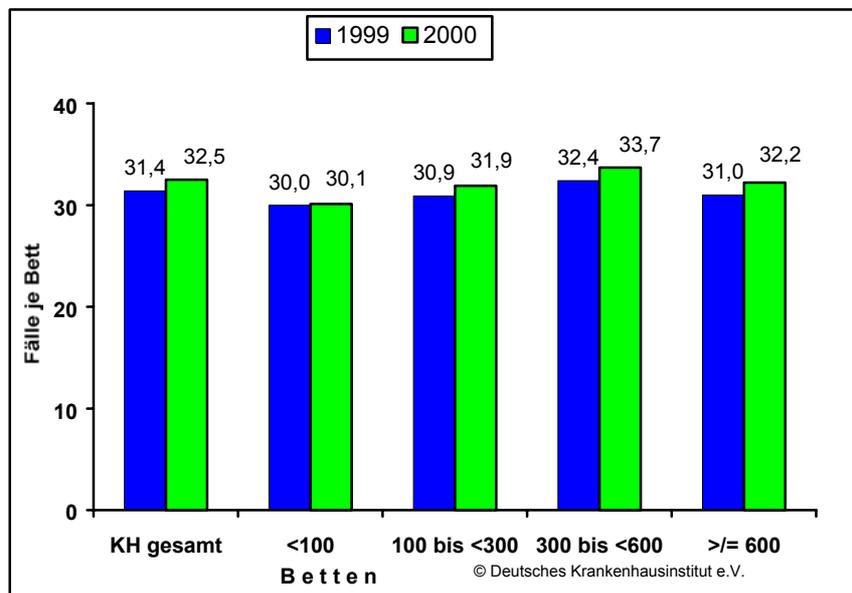


Abb. 2: Fälle je Bett im Jahr 2000 nach Größenklassen

Differenziert man die Krankenhäuser nach Größenklassen, so zeigen sich zwar bei den Fallzahlen deutliche Unterschiede. Diese Unterschiede nivellieren sich aber, wenn man die Fälle je Bett betrachtet (vgl. Abb. 2). So lag etwa die Fallzahl je Bett bei den Krankenhäuser ab 600 Betten im Jahr 2000 durchschnittlich bei

²

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

rd. 32. In den Krankenhäusern unter 100 Betten lag die Zahl der Fälle je Bett bei durchschnittlich rd. 30.

Im Vergleich zu 1999 erhöhte sich die Fallzahl je Bett um 1,1 bzw. 3,5%. Verantwortlich hierfür war sowohl eine zurückgehende Bettenzahl als auch eine steigende Fallzahl.

Bei den Fällen mit Fallpauschalen ergibt sich für die in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser ein durchschnittlicher Anteil von 16,3% an allen Fällen.³ In den alten Bundesländern lag der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen mit 16,8% um 2,3 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil in den neuen Bundesländern, wo Krankenhäuser durchschnittlich 14,5% der Fälle mit Fallpauschalen abrechneten. Es zeigt sich, dass der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen relativ konstant ist, da sich im Vergleich zu 1999 kaum Veränderungen ergeben.

Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle an den Gesamtfällen variiert deutlich in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (vgl. Abb. 3): So weisen die kleinen Krankenhäuser einen überdurchschnittlichen Anteil, die Krankenhäuser ab 600 Betten einen unterdurchschnittlichen Anteil von Fallpauschalen-Fällen an allen Fällen aus. Dieser Unterschied dürfte einerseits maßgeblich bestimmt sein durch die Struktur der Fallpauschalen, die vor allem Leistungen aus dem Bereich der Grund- und Regelversorgung abdecken, andererseits durch das Leistungsspektrum der kleinen Krankenhäuser bzw. großen Krankenhäuser und Universitätskliniken.

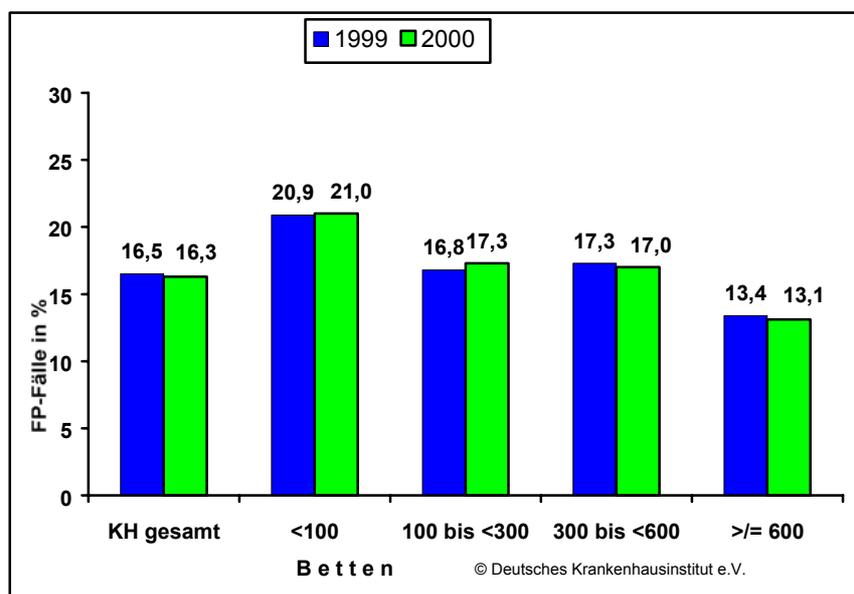


Abb. 3: Fälle mit Fallpauschalen in % aller Fälle nach Größenklassen

Der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich an der Gesamtzahl aller Krankenhaustage⁴ lag im Jahr 2000 bei 14,9% (1999: 14,6%). Der entsprechende Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten lag bei 6,2% (1999: 6,3%). Der Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten

³ Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle bezieht sich auf alle Krankenhäuser, also unter Einschluß auch der Krankenhäuser, die keine Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

⁴ Summe aus Berechnungstagen im Budgetbereich und Belegungstagen im Fallpauschalen-Bereich.

nimmt mit der Krankenhausgröße zu, der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich tendenziell ab.⁵

Der Anteil der Krankenhaustage, die auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallen, lag demnach im Jahr 2000 wie schon in den vergangenen Umfragen im Durchschnitt aller Krankenhäuser bei rd. 21% der Krankenhaustage. Bezogen auf die unterschiedlichen Größenklassen bewegte sich der Anteil der pauschalierten Entgeltformen zwischen 18,7% bei den Krankenhäuser mit unter 100 und 22,8% bei den Krankenhäusern mit 300 bis unter 600 Betten.

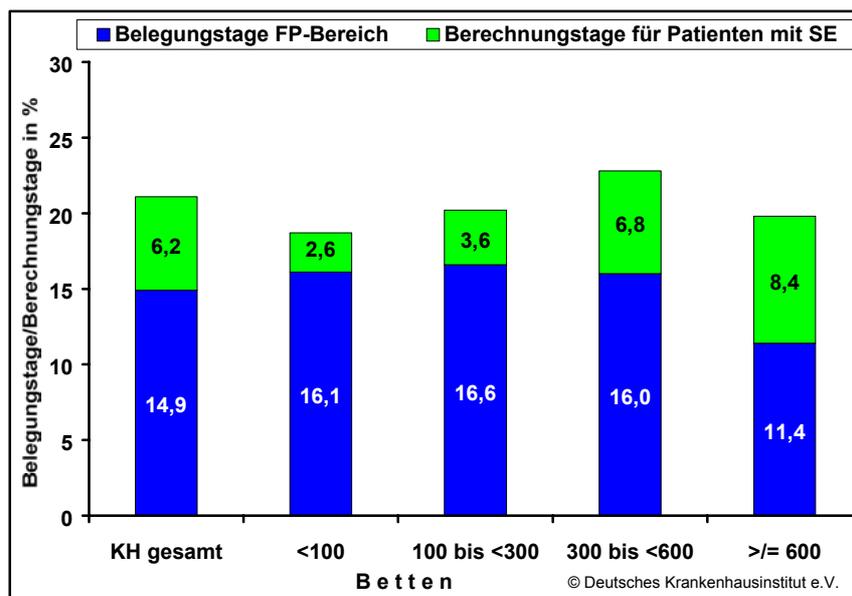


Abb. 4: Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich und Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten 2000 nach Größenklassen

Insgesamt zeigt sich seit 1997 – dem letzten Bezugsjahr der *Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung* – eine Konstanz beim Anteil der pauschalierten Entgeltformen an allen Krankenhausfällen und –tagen. Trotz leichten Variationen trifft dies auch auf der Ebene der 4 Bettengrößenklassen zu.

⁵

Der Zusammenhang ist noch eindeutiger, wenn in die Berechnung lediglich die Krankenhäuser einbezogen werden, die Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

Verweildauer und Auslastungsgrad

Mit den Ist-Daten für das Jahr 2000 können folgende Verweildauern ermittelt werden:

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

Für 2000 ergab sich eine durchschnittliche **Gesamtverweildauer** von 9,1 Tagen (1999: 9,3 Tage). Die Verweildauer differiert relativ wenig zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe (vgl. Abb. 5). Am längsten war die Gesamtverweildauer bei den Krankenhäusern bis unter 100 Betten mit 9,8 Tagen.

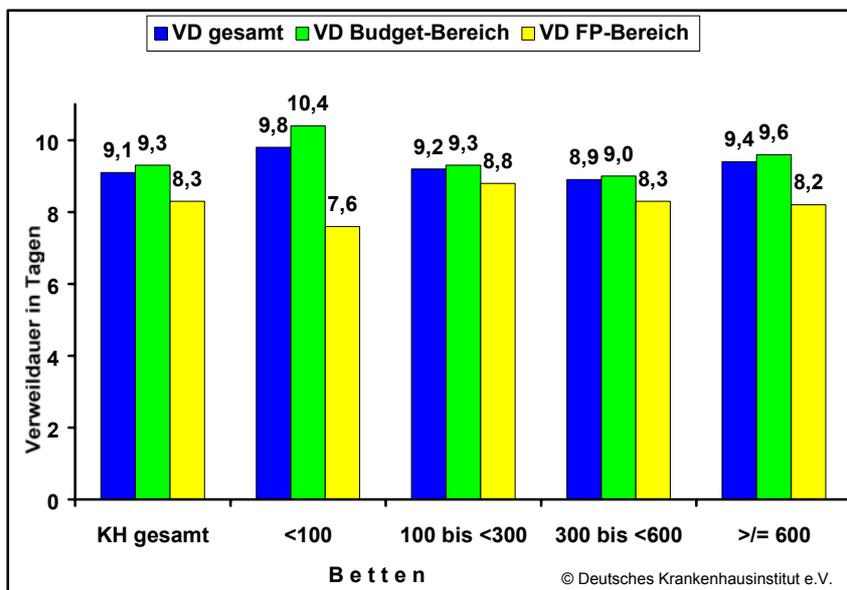


Abb. 5: Verweildauern 2000 in Tagen nach Größenklassen

Differenziert man die Verweildauer nach Budget- und Fallpauschalen-Bereich, so zeigt sich, dass die **Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich** im Jahr 2000 im Durchschnitt aller Krankenhäuser 1 Tag kürzer war als die **Verweildauer im Budgetbereich**. Besonders groß ist der Unterschied zwischen den Verweildauern im Fallpauschalen- und Budgetbereich bei den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten mit 2,8 Tagen.

Die durchschnittliche Gesamtverweildauer sowie die Verweildauer im Budgetbereich sind im Vergleich zu 1999 um je 0,2 Tage gesunken. Die Verweildauer im Fallpauschalenbereich stieg im gleichen Zeitraum um 0,1 Tage an. Während die gesamte Verweildauer sowie die Verweildauer im Budgetbereich über alle Größenklassen hinweg abnahm, erhöhte sich die Verweildauer im Fallpauschalenbereich bei den Krankenhäusern unter 100 Betten und den Krankenhäusern ab 600 Betten leicht. Dagegen nahm diese Verweildauer bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen zwischen 100 und unter 600 Betten ab.

Der durchschnittliche **Auslastungsgrad** der Krankenhäuser lag 2000 bei rd. 80,9% und damit 1,1 Prozentpunkte über der Auslastung im Jahr 1999. Die Auslastung der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag mit 80,4% (1999: 79,2%) niedriger als die der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 83,1% (1999:82,7%).

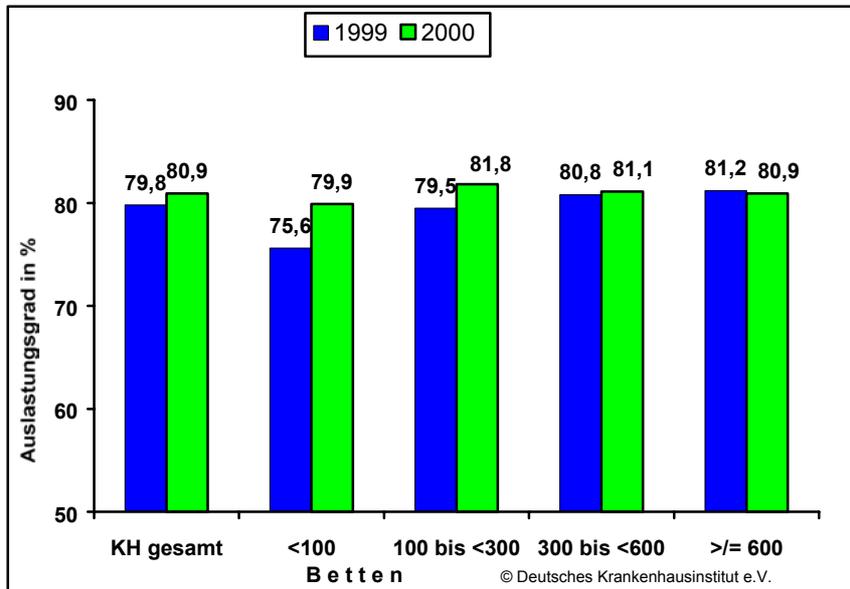


Abb. 6: Auslastungsgrad der Krankenhäuser 2000 nach Größenklassen

Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten hat sich der Auslastungsgrad deutlich erhöht. Ursache hierfür ist eine Erhöhung der Zahl der Pflgetage je Krankenhaus in dieser Größenklasse. Dem stand nur ein moderater Rückgang der Bettenzahl gegenüber.

Die Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 und 600 Betten haben im Vergleich zu 1999 eine moderate Steigerung des Auslastungsgrades. Die Zahl der Pflgetage sank etwas langsamer als die Zahl der Planbetten.

Lediglich die Krankenhäuser ab 600 Betten mussten einen Rückgang der Auslastung hinnehmen. Die Anzahl der Betten ging langsamer zurück als die Zahl der Pflgetage, so dass der Auslastungsgrad weiter sank.

Vor- und nachstationäre Behandlung

Rd. 64% der Krankenhäuser haben im Jahr 2000 vor- bzw. nachstationäre Behandlungen erbracht. Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer waren bei beiden Leistungsformen mit einem Anteil von rd. 85% bzw. 88% überproportional beteiligt (vgl. Abb. 7). Da die Beteiligung der Krankenhäuser unter 100 Betten an beiden Behandlungsformen gering ist (vgl. Abb. 8) und der Anteil der kleinen Krankenhäuser in den neuen Bundesländern unterproportional ist, dürfte dieser Unterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern u.a. auf die durchschnittlich höhere Bettenzahl in den neuen Bundesländern zurückzuführen sein.

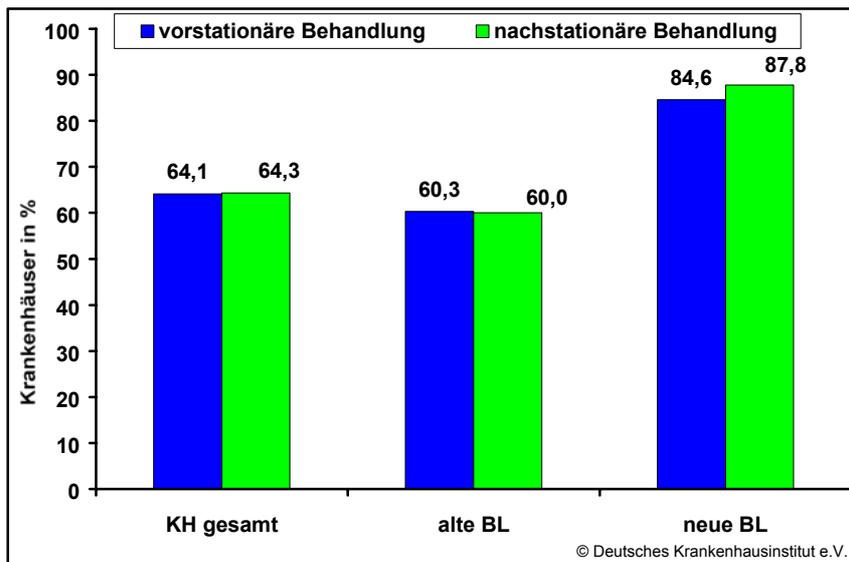


Abb. 7: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung 2000 nach alten und neuen Bundesländern

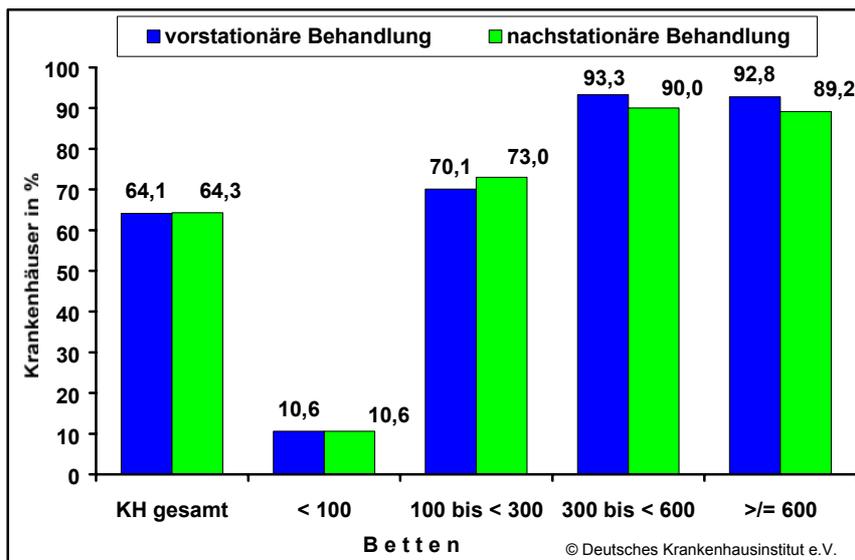


Abb. 8: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung 2000 nach Größenklassen

Der Durchschnittswert über alle Krankenhäuser der Stichprobe wird bei beiden Leistungsformen maßgeblich bestimmt durch die geringe Beteiligung der kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten; dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass in dieser Krankenhausgruppe kleinere Belegkrankenhäuser überrepräsentiert sind und die entsprechenden Leistungen daher nach vertragsärztlichen Grundsätzen erbracht und vergütet werden. Demgegenüber gehören bei den Krankenhäusern ab 300 Betten die vor- und nachstationäre Behandlung in der Regel zum Standardangebot (vgl. Abb. 8).

Über den Anteil der vor- und nachstationären Fälle an den vollstationären Fällen im Budgetbereich informiert Abbildung 9. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die L1-Statistik der LKA Fälle mit vor- und nachstationärer Behandlung ausschließlich im Zusammenhang mit den vollstationären Fällen im Budgetbereich erfasst. Unberücksichtigt bleibt demnach die vor- und nachstationäre Behandlung von Patienten mit Fallpauschalen.

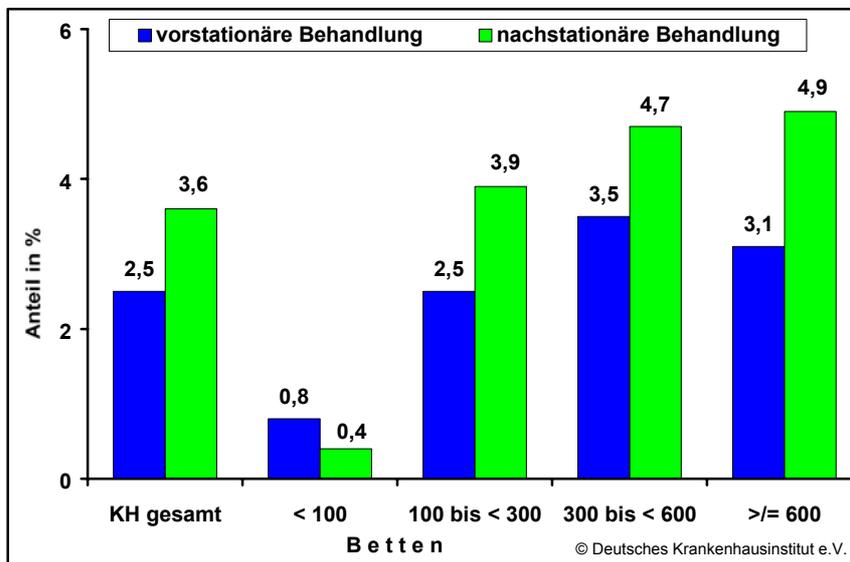


Abb. 9: Anteil vor- und nachstationärer Fälle an den vollstationären Fällen im Budgetbereich nach Größenklassen

Insgesamt zeigt sich, dass bei den Krankenhäusern ab 300 Betten die vor- und nachstationäre Behandlung in der Zwischenzeit zum Standardangebot gehört.

Der Anteil der Fälle, die auf vor- und nachstationäre Behandlung entfallen, ist im Zeitablauf gestiegen. So lag der Anteil der Fälle mit vorstationärer Behandlung im Jahr 1999 bei 2%, der Anteil der Fälle mit nachstationärer Behandlung noch bei 3%.

2.3 Erlöse

Erlösarten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser gaben für 2000 Gesamterlöse in Höhe von 23.023 Mio. DM an. Diese Erlöse beziehen sich auf die Erlöse aus stationärer Behandlung. Sie enthalten damit keine Erlöse aus ambulanten Operationen. Ebenfalls nicht enthalten sind Ausgleichs- und Berichtigungsbeträge.

Die Verteilung der Erlöse der Krankenhäuser auf die einzelnen Erlösarten im Jahr 2000 zeigt die Abbildung 10.

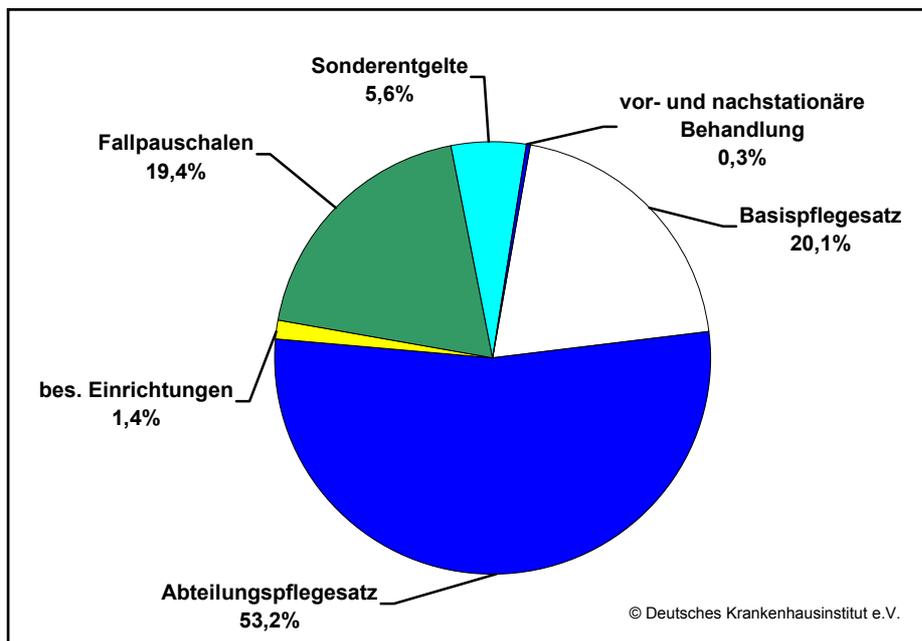


Abb. 10: Erlösarten der Krankenhäuser 2000 in %

Fast drei Viertel der Erlöse stammten aus Basis- und Abteilungspflegesätzen. Der Erlösanteil der Fallpauschalen und Sonderentgelte lag bei 25%, wobei der Anteil der Erlöse aus Fallpauschalen mit rd. 19% mehr als dreimal so hoch ist wie der Anteil der Erlöse aus Sonderentgelten. Die Erlöse aus Pflegesätzen für besondere Einrichtungen und die Erlöse aus vor- und nachstationärer Behandlung hatten insgesamt einen Anteil von 1,7% an den gesamten Erlösen der Krankenhäuser.

Im Vergleich zu 1999 ist der Anteil der Erlöse aus Basispflegesätzen am stärksten zurückgegangen. Lag er 1999 noch bei 20,8%, so sank der Anteil auf 20,1% im Jahr 2000. Ursache hierfür dürfte die sinkende Verweildauer im Budgetbereich sein. Der Anteil der Erlöse aus Fallpauschalen erhöhte sich von 18,3% im Jahr 1999 auf 19,4% im Jahr 2000. Bei den anderen Erlösarten kam es im Vergleich zu 1999 zu keinen nennenswerten Veränderungen.

Die gesondert erfassten Erlöse aus ambulanten Operationen waren im Vergleich zu den Erlösen aus stationärer Behandlung gering. Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser nahmen 2000 insgesamt Erlöse aus ambulanten Operationen in Höhe von knapp 55 Mio. DM ein. Dies entspricht 0,2% der Erlöse aus sta-

tionärer Behandlung. Damit ergab sich für 2000 der gleiche Anteil der Erlöse aus ambulanten Operationen an den stationären Erlösen wie im Jahr zuvor.

Erlöse je Fall / je Pfl egetag

Bezieht man die Erlöse aus stationärer Behandlung auf die Zahl aller vollstationären Fälle⁶, so ergibt sich für 2000 ein Betrag von 5.282 DM je Fall. Im Vergleich zu 1999, wo die Erlöse je Fall bei 5.298 DM lagen, sind damit die Erlöse je Fall leicht gesunken.

Die Erlöse je vollstationärem Fall lagen in den alten Bundesländern bei 5.279 DM (1999: 5.307 DM) und in den neuen Bundesländern bei 5.293 DM (1999: 5.258 DM).

Die Erlöse je Fall in den Krankenhäusern der einzelnen Krankenhausgrößenklassen für das Jahr 2000 können der Abbildung 11 entnommen werden.

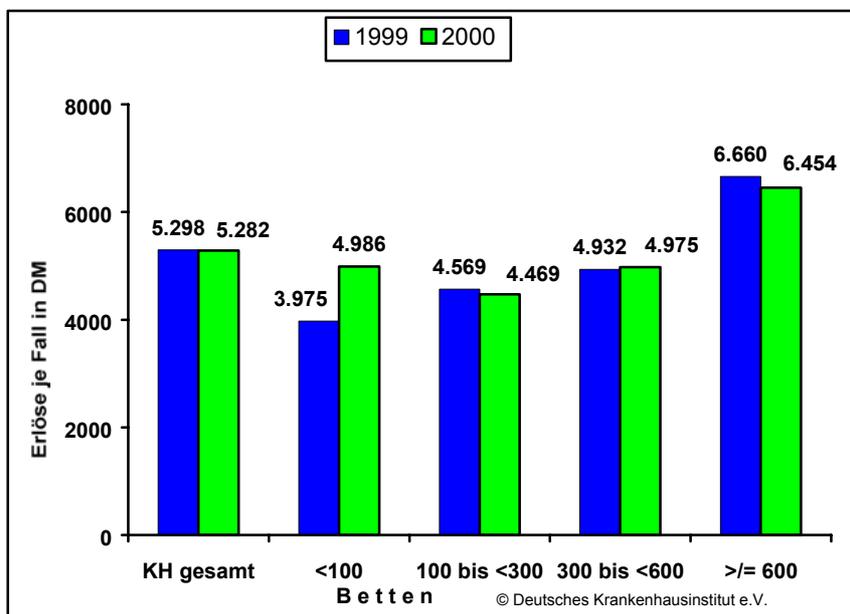


Abb. 11: Erlöse der Krankenhäuser je Fall 2000 nach Größenklassen

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

Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten ist zweierlei zu berücksichtigen:

- Die Höhe der Erlöse je Fall wird entscheidend durch Spezialkliniken wie Herzzentren beeinflusst, die sehr teure Leistungen erbringen. Solche

⁶ Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die Angaben zu Fällen/ Pfl egetagen und Erlösen gemacht haben. Sofern eine der Angaben nicht vorhanden war, wurden die anderen Angaben nicht berücksichtigt.

Spezialkliniken sind in dieser Bettengrößenklasse überproportional häufig vertreten.

- Aufgrund der kleinen Besetzungszahlen in dieser Größenklasse beeinflussen die Angaben weniger Krankenhäuser die Werte überproportional stärker als in den anderen Größenklassen.

Die Entwicklung der Erlöse je Fall von 1999 und 2000 bei den Krankenhäusern unter 100 Betten wird daher stärker von einer unterschiedlichen Stichprobensammensetzung beeinflusst als von der Entwicklung der Erlöse und der Fallzahl in dieser Größenklasse.

Würde man anstelle der Mittelwerte den Median nehmen, also den Wert, bei dem 50% der Krankenhäuser unterhalb und oberhalb liegen, so hätten die Krankenhäuser mit unter 100 Betten 1999 einen mittleren Erlös je Fall von 3.914 DM und 2000 einen mittleren Erlös je Fall in Höhe von 4.776 DM.

Die durchschnittlichen Erlöse je Pfl egetag lagen 2000 bei 580 DM (1999: 571 DM). In den alten Bundesländern lagen sie mit 583 DM je Pfl egetag etwas über, in den neuen Bundesländern mit 567 DM je Pfl egetag etwas unter dem gesamtdeutschen Mittelwert.

In Abbildung 12 sind die Erlöse je Pfl egetag nach Bettengrößenklassen abgebildet.

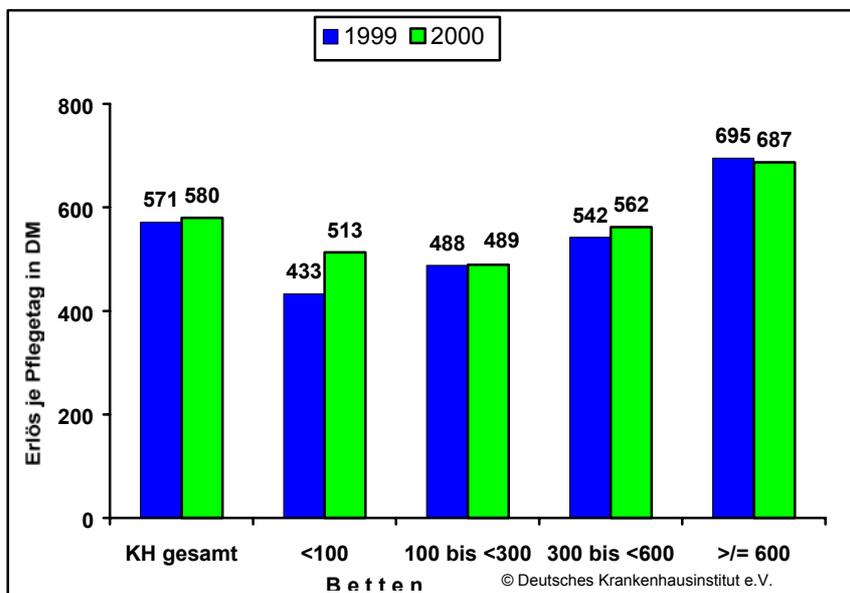


Abb. 12: Erlöse der Krankenhäuser je Pfl egetag 2000 nach Größenklassen

Mit Ausnahme der Krankenhäuser ab 600 Betten liegen die Erlöse je Pfl egetag im Jahr 2000 über den entsprechenden Erlösen aus dem Jahr 1999. Bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen zwischen 100 und 600 Betten ist der Anstieg allerdings nur gering.

Auch hier gilt das oben Gesagte für die Krankenhäuser bis 100 Betten.

Die unterschiedliche Entwicklung der Erlöse je Fall und der Erlöse je Pfl egetag findet ihre Erklärung darin, dass im Vergleich zu 1999 sowohl die Fallzahlen, die Zahl der Pfl egetage als auch die erfassten Erlöse gestiegen sind – allerdings

unterschiedlich stark. Die Zahl der Pflgetage ist weniger stark gestiegen als die beiden anderen Größen. Dies hat zur Folge, dass im Vergleich zu 1999 im Jahr 2000 der Erlös je Fall niedriger und der Erlös je Pflgetag höher ist.

Insgesamt zeigen sich an der Struktur der Erlöse der Krankenhäuser wenig Veränderungen. Der Rückgang der Verweildauer im Budgetbereich findet seinen Niederschlag im zurückgehenden Anteil der Erlöse aus dem Basispflegesatz. Während die Erlöse je Fall im Jahr 2000 insgesamt niedriger sind als 1999, liegen die Erlöse je Pflgetag etwas höher. Grund hierfür ist die unterschiedliche Entwicklung der Fallzahlen und der Pflgetage.

2.4 Leistungsgeschehen

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Mehr als die Hälfte der in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser nahmen 2000 am ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V teil; hierbei waren die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 73% überproportional beteiligt im Vergleich zu den Krankenhäusern der alten Bundesländer mit einem Anteil von rd. 51% (vgl. Abb. 13).

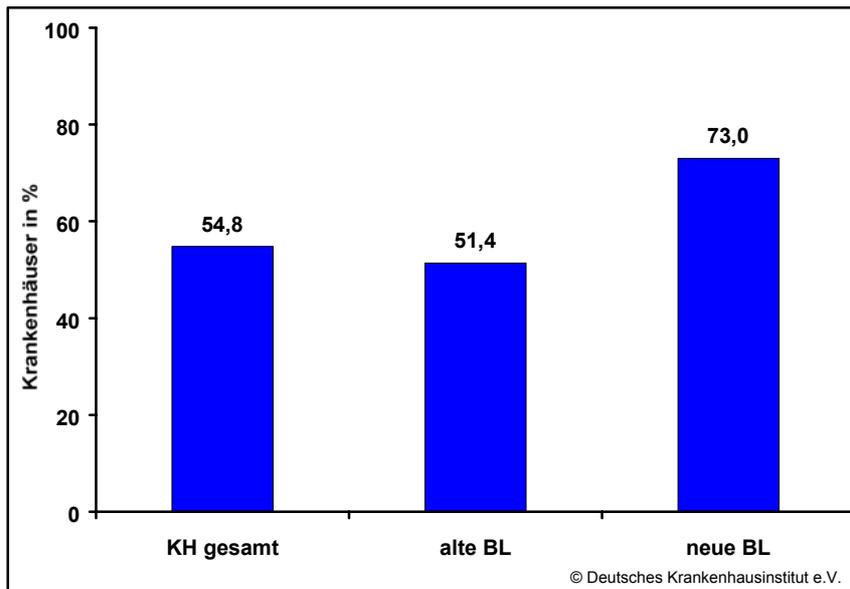


Abb. 13: Krankenhäuser mit ambulanten Operationen 2000 nach alten und neuen Bundesländern (§ 115b SGB V)

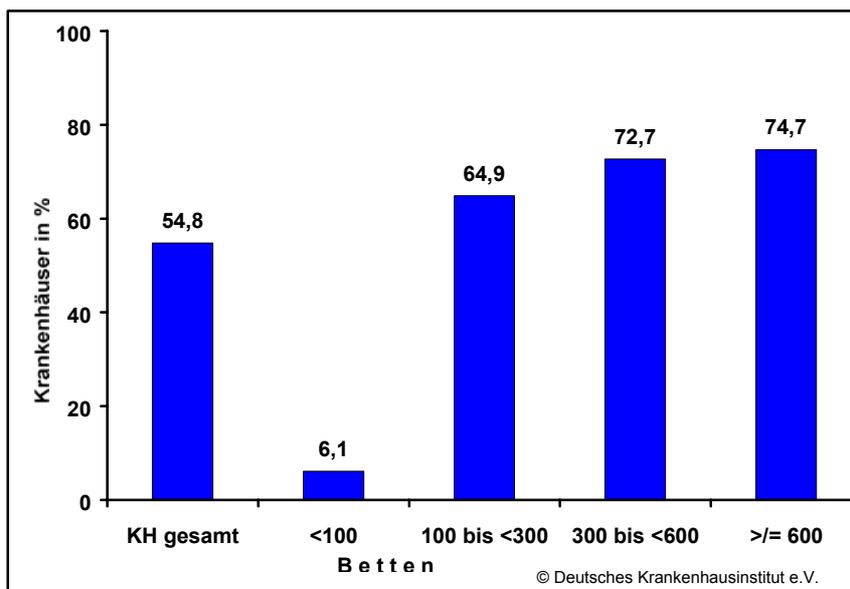


Abb. 14: Krankenhäuser mit ambulanten Operationen 2000 nach Größenklassen (§ 115b SGB V)

Der Durchschnittswert für alle Krankenhäuser wird maßgeblich bestimmt durch die mit 6,1% sehr geringe Beteiligung der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten am ambulanten Operieren. Unter den kleinen Krankenhäusern sind überproportional Krankenhäuser mit Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhäuser vertreten, bei denen die durchgeführten ambulanten Operationen abrechnungstechnisch dem niedergelassenen/vertragsärztlichen Bereich zugerechnet werden.

Demgegenüber lag der Anteil der Krankenhäuser, die ambulante Operationen durchführten, in den Bettengrößenklassen über 100 Betten erheblich über dem Durchschnitt aller Krankenhäuser. Von den Krankenhäusern mit 100 bis 300 Betten führten etwa 65% ambulante Operationen durch, bei den Krankenhäusern mit 300 bis 600 Betten lag der Anteil bei rd. 73% und bei den Krankenhäusern ab 600 Betten bei rd. 75% (vgl. Abb. 14).

In den Krankenhäusern, die ambulante Operationen durchführten, wurden 2000 im Durchschnitt 381 Patienten ambulant operiert.⁷ Im Vergleich dazu wurden 1999 durchschnittlich 297 Patienten je Krankenhaus ambulant operiert.

Der Durchschnittswert korreliert mit der Größe der Krankenhäuser. So haben z.B. die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten im Durchschnitt jeweils 198 Patienten ambulant operiert. Die Zahl der Patienten mit ambulanten Operationen der Krankenhäuser ab 600 Betten lag demgegenüber 1999 bei 1.097.

Die von den Krankenhäusern der Stichprobe angegebene Gesamtzahl von rd. 92.500 Patienten mit ambulanten Operationen lässt sich näherungsweise auf die Grundgesamtheit aller allgemeinen Krankenhäuser hochrechnen und ergibt danach eine Gesamtzahl von Patienten mit ambulanten Operationen von rd. 367.000. Dies ist gegenüber 1999 eine Steigerung von fast 31%.

Der durchschnittliche Erlös je Patient mit einer ambulanten Operation lag im Jahr 2000 bei rd. 590 DM.⁸ In den alten Bundesländern lag dieser Erlös bei rd. 652 DM, während sich der Erlöse je Patient in den neuen Bundesländern bei 401 DM bewegte.

Insgesamt zeigt sich,

- dass sich die Versorgungsform *ambulantes Operieren im Krankenhaus* mit Ausnahme der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten insoweit durchgesetzt hat, als das ambulante Operieren als Leistungsform grundsätzlich angeboten wird. Allerdings gibt es weiterhin einen erheblichen Anteil von Krankenhäusern, die ambulante Operationen als Institutsleistung nicht durchführen;
- dass die Zahl der in den Krankenhäusern ambulant operierten Patienten – trotz der zu verzeichnenden Zunahme – unverändert niedrig ist.
- dass sich die Gesamterlöse der Krankenhäuser aus ambulanten Operationen im Jahr 2000 auf etwa 216 Millionen DM belief.

⁷ Die Zahl der ambulant operierten Patienten ist nicht zu verwechseln mit der Zahl der ambulanten Operationen. Auf einen ambulant operierten Patienten können mehrere Operationen entfallen.

⁸ Bei der Ermittlung dieser Zahl wurden nur Krankenhäuser berücksichtigt, die sowohl Angaben zur Zahl der ambulant operierten Patienten als auch zu den Erlösen aus ambulanten Operationen gemacht haben.

Veränderung der Leistungsstruktur

Im Jahr 2000 wurden in 18% der Krankenhäuser die internen Schwerpunkte einzelner Fachabteilungen geändert (vgl. Abb. 15). Das Leistungsspektrum der Fallpauschalen/Sonderentgelte wurde bei rd. 27% und das Leistungsspektrum des Budgetbereichs bei rd. 24% der Krankenhäuser ausgeweitet. Eine Reduzierung der Leistungsspektren wurden demgegenüber nur von einer kleinen Minderheit der Krankenhäuser vorgenommen.

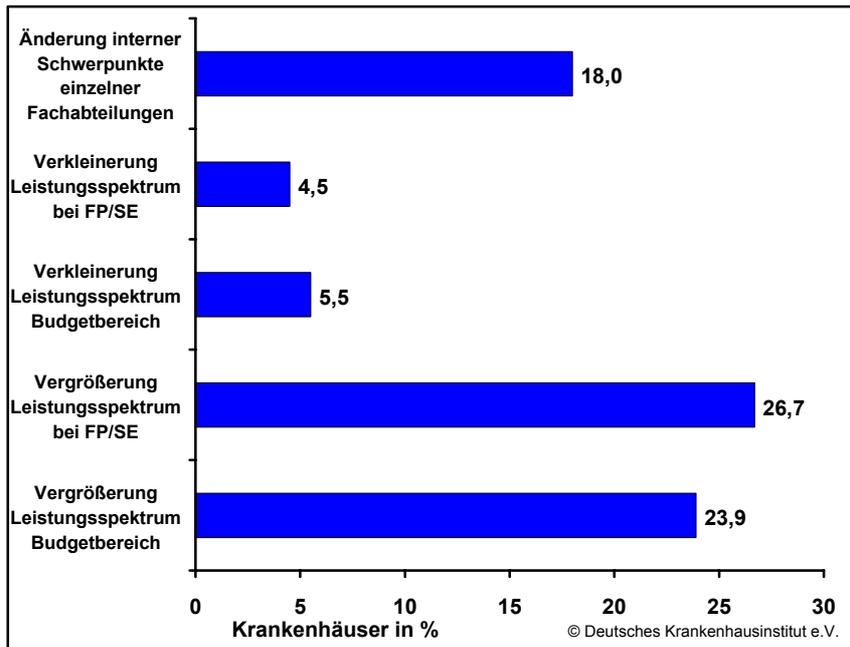


Abb. 15: Veränderung der Leistungsstruktur

Insgesamt zeigt sich bei rd. einem Viertel der Krankenhäuser die Tendenz zur Erweiterung ihres Leistungsspektrums. Im Hinblick auf die Einführung des DRG-Systems scheinen sich damit diese Krankenhäuser zu positionieren. Auf der anderen Seite führen je rd. 70% weder eine Verkleinerung noch eine Erweiterung ihres Leistungsspektrums durch.

Verlegungsverhalten

Für das Jahr 2000 gaben 18% der Krankenhäuser an, dass sie mehr Patienten als bislang in Rehabilitationseinrichtungen verlegt haben (vgl. Abb. 16). Dies trifft insbesondere auf die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern zu, wo rd. ein Drittel diese Angabe bejahten. In den alten Bundesländern gaben nur rd. 15% der Häuser dies an. Insbesondere die Krankenhäuser ab 600 Betten verlegten mehr Patienten als bisher in eine Reha-Einrichtung: rd. ein Viertel dieser Häuser gab dies an.

Dass mehr Patienten früher in Reha-Einrichtungen verlegt wurden, betonten rd. 28% der Krankenhäuser.

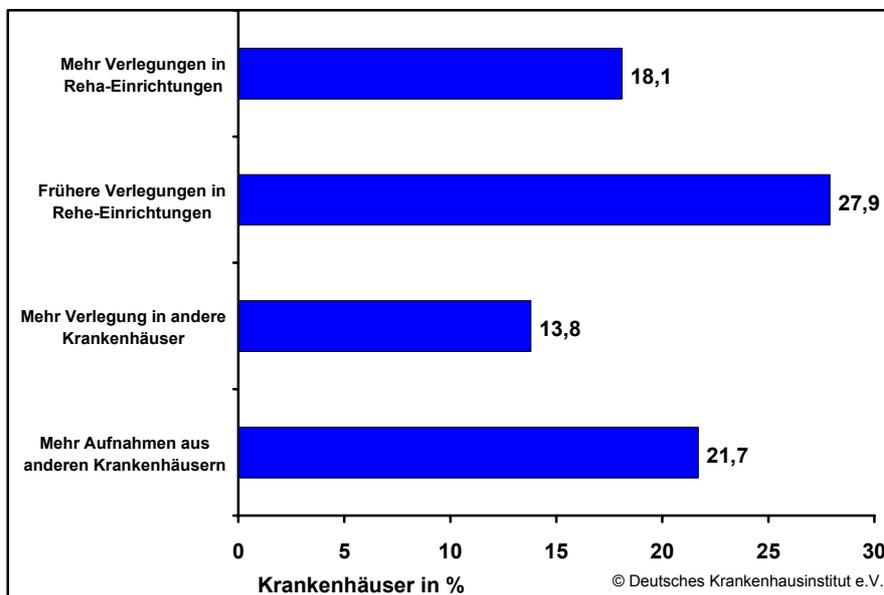


Abb. 16: Veränderung des Verlegungsverhaltens

Von den Verlegungen in die Rehabilitation sind Verlegungen aus bzw. in andere Allgemeinkrankenhäuser zu unterscheiden. Dass sie mehr Patienten als früher in andere Krankenhäuser verlegen, gaben rd. 14% der Krankenhäuser an. In den alten Bundesländern lag der Anteil der Krankenhäuser, die dies angaben, bei rd. 12%, in den neuen Bundesländern dagegen bei 22%

Rd. 22% der Krankenhäuser führten an, dass sie im Jahr 2000 mehr Patienten aus anderen Krankenhäusern aufgenommen haben als in den Vorjahren.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Angaben der Krankenhäuser zu den Verlegungen in und Aufnahmen aus anderen Allgemeinkrankenhäusern nach Bettengrößenklassen.

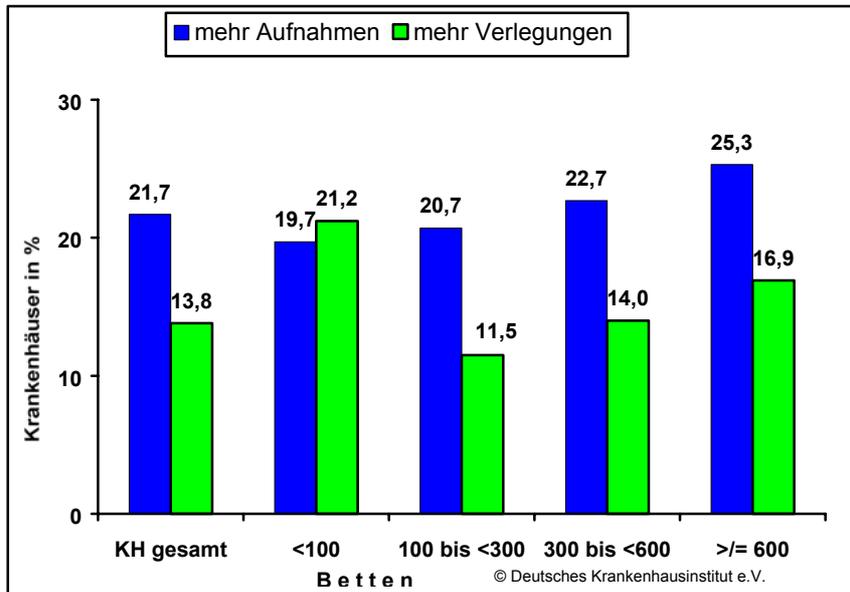


Abb. 17: Veränderung des Verlegungsverhaltens nach Größenklassen

Vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten gaben an, dass sie mehr Patienten aus anderen Krankenhäusern aufgenommen haben. Bei den Verlegungen gaben dies am häufigsten die Krankenhäuser unter 100 Betten an.

Bei den Krankenhäusern mit unter 100 Betten war darüber hinaus der Anteil der Krankenhäuser, die mehr Aufnahmen und mehr Verlegungen hatten, in etwa gleich groß. Bei den Krankenhäusern in den anderen Größenklassen war die Differenz zwischen dem Anteil der Krankenhäuser mit mehr Aufnahmen und dem Anteil mit mehr Verlegungen erheblich größer.

3 Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2001

Krankenhäuser mit Pflegesatzvereinbarungen

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

Dieser Grundsatz wurde auch für die Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2001 nicht eingehalten. Lediglich rd. 9% der Krankenhäuser konnten im Jahr 2000 eine Pflegesatzvereinbarung für 2001 abschließen. Zum Zeitpunkt der Befragung verfügten insgesamt 256, also rd. 54%, der Häuser über eine entsprechende Vereinbarung.

Aus der nachstehenden Abbildung geht hervor, in welchem Monat Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen werden konnten.⁹

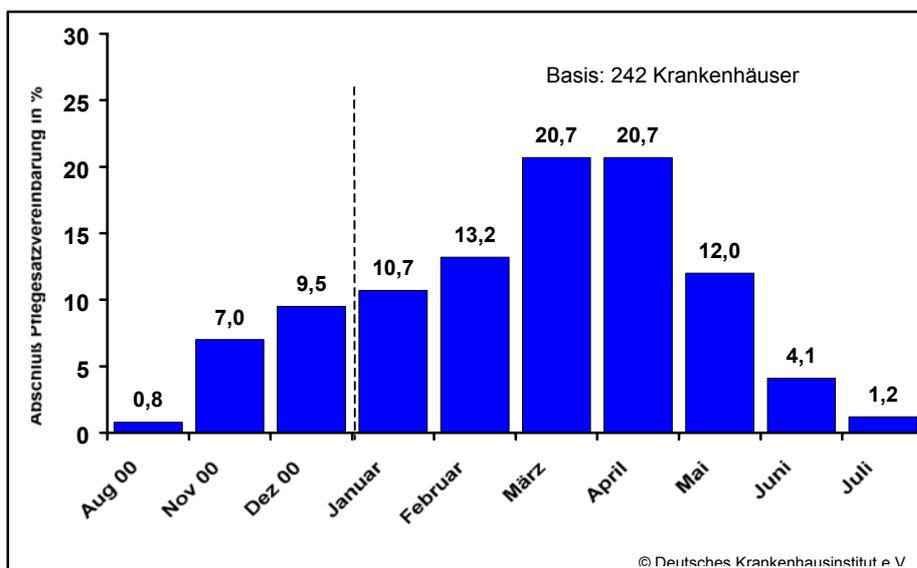


Abb. 18: Abschluss Pflegesatzvereinbarungen in % nach Monaten 1999/ 2000

Hinsichtlich der Terminierung der Pflegesatzvereinbarung liegen keine gravierenden Abweichungen zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern vor. Gleiches trifft auch auf die Bettengrößenklassen zu.

Insgesamt wird deutlich, dass der in § 17 Abs. 1 KHG normierte Grundsatz der prospektiven Pflegesatzvereinbarung vielfach keine Anwendung findet.

⁹ Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die den Monat, in dem sie die Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen haben, angegeben haben. Nicht alle Krankenhäuser konnten hierzu Angaben machen.

Vereinbarte Belegungsdaten

Angaben zu den vereinbarten Belegungsdaten für 2001 und zu den Ist-Daten von 2000 liegen von 247 Krankenhäuser vor. Im folgenden werden die Vereinbarungsdaten dieser Krankenhäuser mit den Ist-Daten aus dem Jahr 2000 dieser Krankenhäuser verglichen, um feststellen zu können, inwieweit sich Veränderungen abzeichnen. Da es sich bei den hier betrachteten 247 Krankenhäusern um eine Teilgruppe der gesamten Stichprobe handelt, kann es bei den Ist-Daten zu Abweichungen zu den Angaben aus Kapitel 2 kommen.

Fälle und Pfl egetage

Die Zahl der vereinbarten Krankenhausfälle als Mittelwert aus Aufnahmen und Entlassungen¹⁰ liegt für den Pflegesatzzeitraum 2001 bei durchschnittlich 9.864 Fällen je Krankenhaus. Im Vergleich dazu lag die Zahl der Fälle je Krankenhaus bei den hier betrachteten Krankenhäusern im Jahr 2000 bei durchschnittlich 10.032. Auch die Zahl der Fälle je Bett lag im Jahr 2000 mit 32,4 über der vereinbarten Zahl der Fälle je Bett mit 32,0 (vgl. Abb. 19).

In den alten Bundesländern bewegt sich die mittlere vereinbarte Fallzahl je Haus bei rd. 9.521. Dem stand eine durchschnittliche Fallzahl von 9.713 im Jahr 2000 gegenüber. Die Fälle je Bett lagen 2000 bei 32,4. Die Vereinbarung für den Pflegesatz 2000 sieht eine Fallzahl je Bett von 31,9 vor.

Die mittlere vereinbarte Fallzahl je Krankenhaus liegt in den neuen Bundesländern mit 10.753 Fällen je Haus (Ist-Fälle je Haus 2000: 10.848) deutlich höher als in den alten Bundesländern. Dagegen bewegt sich die Fallzahl je Bett bei 32,3 sowohl für 2000 als auch für die Vereinbarung für 2001.

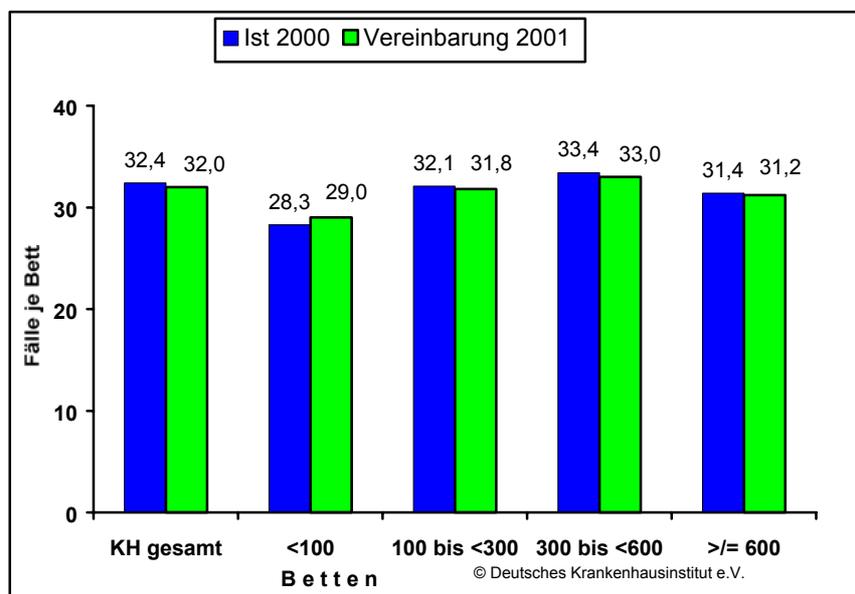


Abb. 19: Fälle je Bett - Pflegesatzvereinbarung für 2001 nach Größenklassen

¹⁰

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

Mit Ausnahme der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten liegt die für das Jahr 2001 vereinbarte Zahl der Fälle je Bett unterhalb der Ist-Fallzahl je Bett für 2000. Während in den anderen Größenklassen sowohl die vereinbarten Budgetfälle als auch die vereinbarten Fälle mit Fallpauschalen niedriger als die Ist-Fälle aus 2000 sind, liegen die vereinbarten Fallzahlen bei den kleinen Krankenhäusern bei beiden Fallarten höher als die Ist-Fälle. Hinzu kommt, dass die Zahl der vereinbarten Planbetten bei den Krankenhäusern unter 100 Betten nur unwesentlich geringer ist als die Planbettenzahl aus dem Jahr 2000.

Die Analyse der Struktur der vereinbarten Fälle hinsichtlich der Abrechnung ergibt für die in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser einen durchschnittlichen Anteil von 15,8% Fällen mit Fallpauschalen an allen Fällen.¹¹ In den alten Bundesländern liegt der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen mit 16,2% über dem entsprechenden Anteil in den neuen Bundesländern, wo Krankenhäuser durchschnittlich 14,7% der Fälle mit Fallpauschalen abrechnen sollen.

Zwischen den Vereinbarungsdaten und den Ist-Daten aus dem Jahr 2000 ergeben sich keine Unterschiede. Der Anteil der Fallpauschalenfälle an allen Fällen ist relativ konstant.

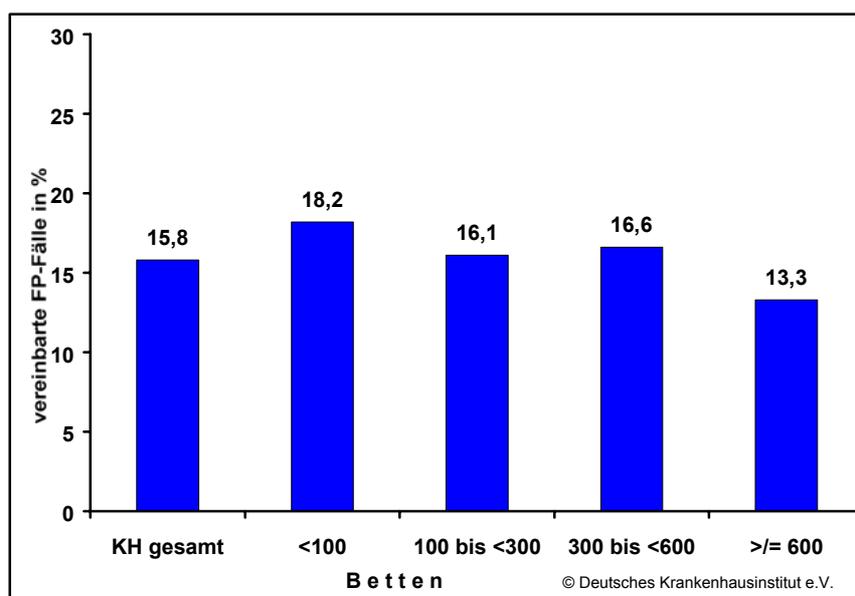


Abb. 20 : Vereinbarte Fälle mit Fallpauschalen in % aller Fälle nach Größenklassen

Der vereinbarte Anteil der Fallpauschalen-Fälle an allen Fällen variiert in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (vgl. Abb. 20). Die kleinen Krankenhäuser weisen einen überdurchschnittlichen Anteil, die Krankenhäuser ab 600 Betten einen unterdurchschnittlichen Anteil von Fallpauschalen-Fällen an allen Fällen aus. Dieser Unterschied dürfte einerseits maßgeblich bestimmt sein durch die Struktur der Fallpauschalen, die vor allem Leistungen aus dem Bereich der Grund- und Regelversorgung abdecken, andererseits durch das Leistungsspektrum der kleinen Krankenhäuser bzw. großen Krankenhäuser und Universitätskliniken.

¹¹ Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle bezieht sich auf alle Krankenhäuser, also unter Einschluss auch der Krankenhäuser, die keine Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

Der vereinbarte Anteil der Krankenhaustage, die auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallen sollen, liegt für den Pflegesatzzeitraum 2001 im Durchschnitt aller Krankenhäuser bei rd. 21% aller Krankenhaustage (vgl. Abb. 21).

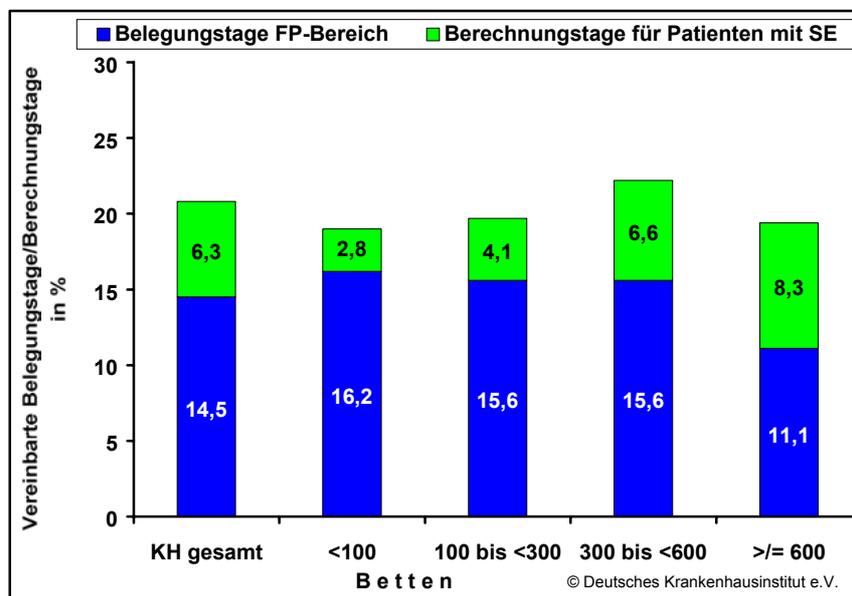


Abb. 21: Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich und Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten - Pflegesatzvereinbarung 2001 nach Größenklassen -

Der Anteil der für 2001 vereinbarten Tage, die auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallen, liegt für die Gesamtheit der Krankenhäuser geringfügig höher als der entsprechende Anteil aus dem Jahr 2000.

Hier müssen allerdings einige Besonderheiten betrachtet werden. Während die für 2001 vereinbarten Belegungstage insgesamt niedriger sind als die Ist-Belegungstage, liegt die Zahl der vereinbarten Berechnungstage, die auf Patienten mit Sonderentgelten entfallen, um 2,5% über den entsprechenden Ist-Tagen aus 2000.

Hinsichtlich der Bettengrößenklassen zeigen sich noch deutlichere Unterschiede. So liegt bei den Krankenhäusern mit unter 100 Betten die Zahl der vereinbarten Belegungstage um 4,7%, die Zahl der Sonderentgelt-Tage sogar um 10% über den jeweiligen Ist-Daten aus dem Jahr 2000. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten andererseits liegt die Zahl der vereinbarten Berechnungstage, die auf Patienten mit Sonderentgelten entfallen, 1,2% höher als die entsprechenden Tage aus dem Jahr 2000. Dafür liegt die Zahl der vereinbarten Belegungstage für Fallpauschalen um 1,1% niedriger.

Insgesamt betrachtet liegt die Gesamtzahl der vereinbarten Pflgetage um 1,2% niedriger als die Gesamtzahl der Ist-Pflgetage.

Verweildauer und Auslastungsgrad

Seit der Einführung des neuen Entgeltsystems mit Fallpauschalen und Sonderentgelten sehen die Belegungsdaten der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der Krankenhäuser nur noch die Ausweisung der Verweildauer im Budgetbereich

vor, während die Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich unberücksichtigt bleibt. Diese kann ausgewiesen werden durch die Division der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich durch die Zahl der Fälle mit Fallpauschalen. Die Gesamtverweildauer als der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt aller vollstationären Patienten ergibt sich rechnerisch, indem die Summe aus den Berechnungstagen im Budgetbereich und den Belegungstagen im Fallpauschalen-Bereich durch die Summe aus den vollstationären Fälle im Budgetbereich und den Fällen mit Fallpauschalen dividiert wird.¹²

In den Pflegesatzvereinbarungen für den Pflegesatzzeitraum 2001 wurden die Zahl der Pflgetage und die Zahl der Fälle vereinbart, so dass sich daraus auch vereinbarte Verweildauern ermitteln lassen.

Für die Pflegesatzvereinbarungen für den Pflegesatzzeitraum 2001 ergibt sich eine durchschnittliche *vereinbarte Gesamtverweildauer* von 9,3 Tagen. Die *vereinbarte* Verweildauer differiert relativ wenig zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe (vgl. Abb. 22). Am längsten ist die Gesamtverweildauer bei den Krankenhäusern unter 100 Betten mit 10,2 Tagen.

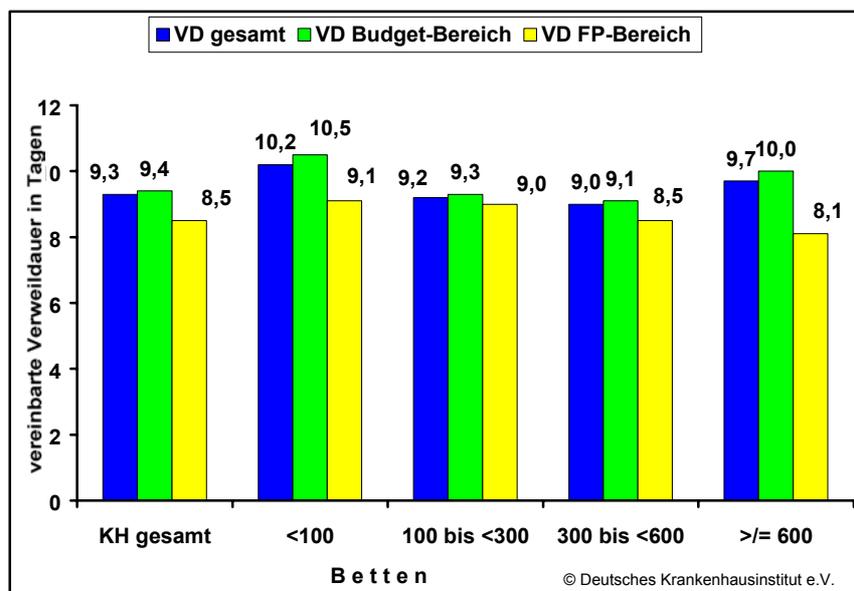


Abb. 22: Verweildauern in Tagen nach Größenklassen

Die *vereinbarte Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich* lag im Durchschnitt aller Krankenhäuser für den Pflegesatzzeitraum 2000 0,9 Tagen unter der *vereinbarten Verweildauer im Budgetbereich*. Besonders groß ist der Unterschied zwischen den Verweildauern im Fallpauschalen- und Budgetbereich bei den Krankenhäusern ab 600 Betten mit 1,9 Tagen.

Die vereinbarten Verweildauern für 2001 weichen nur geringfügig von den Ist-Verweildauern aus 2000 ab. Da insgesamt sowohl die Zahl der vereinbarten Pflgetage als auch die Zahl der vereinbarten Fälle niedriger liegen als die jewei-

¹²

Die Gesamtverweildauer ist nicht vergleichbar mit der Verweildauer der allgemeinen Krankenhäuser der amtlichen Krankenhausstatistik: zum einen bezieht sich das *Krankenhaus Barometer* nur auf die zugelassenen allgemeinen Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V, zum anderen ist die Anzahl der Fälle in der Krankenhausstatistik geringer (ohne Stundenfälle).

ligen Vergleichszahlen aus 2000, ergeben sich kaum Veränderungen bei den Verweildauern. Bei den Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten liegt der umgekehrte Effekt vor: hier steigt im Vergleich zu 2000 die Zahl der Pflgetage und die Zahl der Fälle, so dass sich die Steigerungen bei der Ermittlung der Verweildauer fast ganz kompensieren.

Neben den *vereinbarten* Verweildauern kann ein durchschnittlicher *vereinbarter Auslastungsgrad* für den Pflegesatzzeitraum 2000 ermittelt werden. Der durchschnittliche vereinbarte Auslastungsgrad soll bei 81,3% liegen. Im Vergleich zu 2000 sinkt damit der Auslastungsgrad. Grund hierfür ist, dass im Vergleich zu den Ist-Daten aus 2000 die Zahl der vereinbarten Pflgetage stärker sinkt als die Zahl der vereinbarten Planbetten.

Der *vereinbarte* Auslastungsgrad der Krankenhäuser in den alten Bundesländern liegt mit 80,5% niedriger als der der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 83,5%. Während damit der Auslastungsgrad der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern im Vergleich zu 2000 leicht steigt, geht der Auslastungsgrad der Häuser in den alten Bundesländern um fast einen Prozentpunkt zurück.

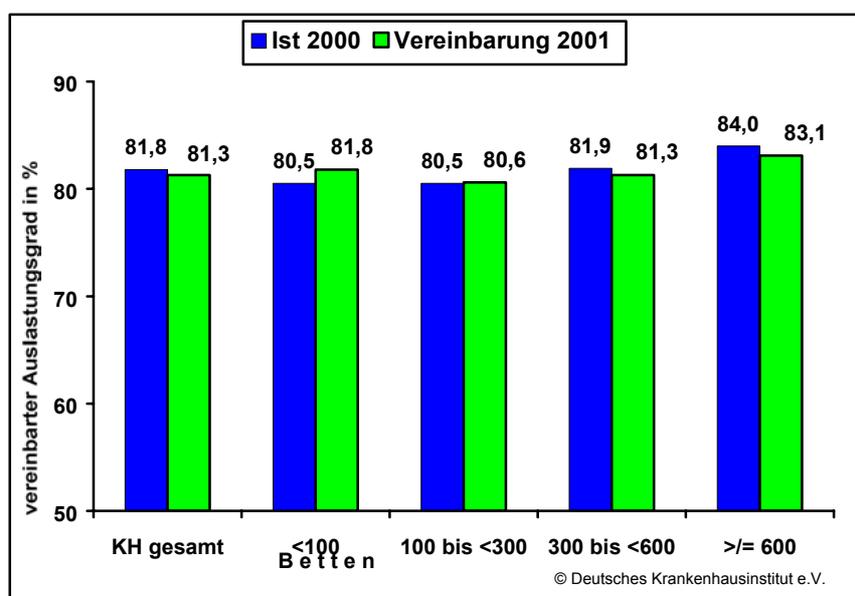


Abb. 23: Auslastungsgrad der Krankenhäuser - Pflegesatzvereinbarung 2001 nach Größenklassen -

Bei der bettengrößenbezogenen Analyse des Auslastungsgrades wird deutlich, dass mit Ausnahme der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten bei allen Größenklassen der vereinbarte Auslastungsgrad niedriger ist als der Ist-Auslastungsgrad für das Jahr 2000.

Der Grund hierfür ist, dass allein bei den kleinen Krankenhäusern die Zahl der vereinbarten Pflgetage höher liegt als die Zahl der Ist-Tage aus 2000. Die Zahl der vereinbarten Planbettenzahlen bei diesen Krankenhäusern liegt nur unwesentlich niedriger als 2000, so dass es hier nur zu geringen kompensatorischen Effekten kommt.

Geforderte und vereinbarte Vergütungen

Nach § 17 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung übermittelt der Krankenhausträger zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlung den anderen Vertragsparteien auf deren Verlangen die Leistungs- und Kalkulationsverordnung (LKA). Diese umfasst auch die geforderten Vergütungen des Krankenhauses zum voraus kalkulierten Budget (K5 Nr. 22 LKA), den Fallpauschalen (K5 Nr. 10 LKA) sowie den Sonderentgelten (K5 Nr. 11 LKA). Nach Abschluss der Pflegesatzverhandlungen stehen diesen Forderungen der Krankenhäuser der LKA-Systematik zur Folge die vereinbarten Vergütungen gegenüber.

Um feststellen zu können, inwieweit sich die Forderungen der Krankenhäuser von den Vereinbarungen unterscheiden, sollten die Krankenhäuser, die über eine Pflegesatzvereinbarung verfügen, die geforderten und die vereinbarten Vergütungen angeben.

Voraus kalkulierte Budgets

Insgesamt 232 Krankenhäuser machten Angaben zu den geforderten und den vereinbarten voraus kalkulierten Budgets.

Durchschnittlich wurde ein voraus kalkuliertes Budget in Höhe von 42.708 TDM gefordert. Das vereinbarte voraus kalkuliertes Budget liegt mit durchschnittlich 40.816 TDM rd. 4% niedriger als die Forderung.

Die durchschnittlich geforderten und vereinbarten voraus kalkulierten Budgets in den alten Bundesländern liegen mit 40.726 TDM bzw. 38.902 TDM unterhalb des gesamtdeutschen Mittelwertes. In den neuen Bundesländern wurde durchschnittlich ein voraus kalkuliertes Budget in Höhe von 48.733 TDM gefordert. Die Vereinbarung liegt bei 46.633 TDM.

Die mittlere Höhe der geforderten und der vereinbarten voraus kalkulierten Budgets streut erheblich zwischen den 4 Größenklassen (vg. Abb. 24).

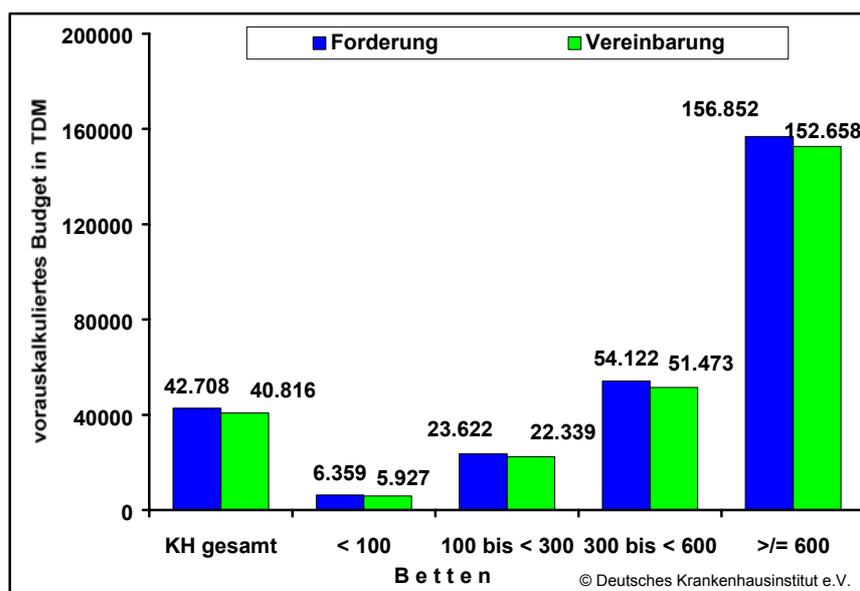


Abb. 24: Geforderte und vereinbarte voraus kalkulierten Budgets nach Größenklassen

Die Spannweite der Forderungen reicht von 6.359 TDM bei den Krankenhäusern mit unter 100 Betten bis hin zu 156.852 TDM bei den Krankenhäuser ab 600 Betten.

Deutlich wird, dass die geforderten voraus kalkulierten Budgets in allen Größenklassen höher sind als die tatsächlich vereinbarten Budgets. Je kleiner die Krankenhäuser sind, desto größer ist der relative Unterschied zwischen den geforderten und den vereinbarten voraus kalkulierten Budgets. So liegt das mittlere vereinbarte voraus kalkulierte Budget bei den Krankenhäuser unter 100 Betten rd. 7% unter der Forderung. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten liegt die Vereinbarung nur rd. 3% unter der Forderung.

Fallpauschalen

Der Mittelwert der durchschnittlich geforderten Vergütungen für Fallpauschalen liegt bei 11.397 DM (vgl. Abb. 25). Die durchschnittlich vereinbarten Vergütungen für Fallpauschalen liegen mit 11.261 TDM rd. 1% unter den Forderungen. In den alten Bundesländer nimmt die Forderung eine durchschnittliche Höhe von 11.434 TDM an, während die Vereinbarung mit 11.322 TDM nur knapp darunter liegt. Einen etwas größeren Unterschied mit einer Differenz von rd. 1,8% zwischen Forderung und Vereinbarung gibt es in den neuen Bundesländern. Die geforderte Vergütung liegt bei 11.293 TDM. Die Vereinbarung nimmt einen Wert von durchschnittlich 11.091 TDM an.

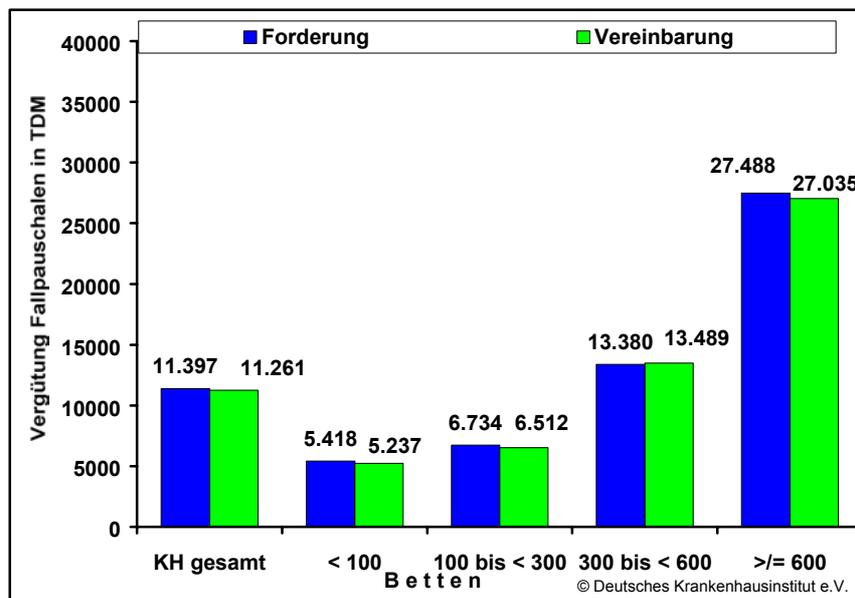


Abb. 25: Geforderte und vereinbarte Vergütungen für Fallpauschalen nach Größenklassen

Auch bei den Vergütungen für Fallpauschalen liegt eine breite Streuung vor, und zwar nicht nur was die absolute Höhe der Forderung und der Vereinbarung angeht, sondern auch in der relativen Differenz zwischen beiden.

Während bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen mit weniger als 300 Betten die Vereinbarung durchschnittlich 3,3% niedriger als die Forderung ist, beträgt diese Differenz bei den Krankenhäusern ab 600 Betten nur 1,6%. Bei

den Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten liegt die Vereinbarung sogar leicht über der Forderung.

Sonderentgelte

Im Durchschnitt wurden 3.380 TDM als Vergütung für Sonderentgelte gefordert. Die vereinbarten Vergütungen für Sonderentgelte liegen mit 3.207 TDM rd. 5% unter den Forderungen. Zwischen den alten und den neuen Bundesländern liegen erhebliche Unterschiede vor. Dies betrifft nicht die absolute Höhe der Forderung oder der Vereinbarung, sondern die relative Differenz zwischen beiden. In den alten Bundesländern liegt die Vereinbarung mit durchschnittlich 3.187 TDM rd. 6% unterhalb der Forderung, die bei durchschnittlich 3.390 TDM lag. Die Differenz zwischen Forderung (durchschnittlich 3.349 TDM) und Vereinbarung (durchschnittlich 3.263 TDM) liegt in den neuen Bundesländern bei rd. 2,6%.

Hinsichtlich der Größenklassen zeigt sich bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen zwischen 100 und unter 600 Betten eine besonders hohe Differenz von jeweils rd. 7% zwischen Forderung und Vereinbarung (vgl. Abb. 26).

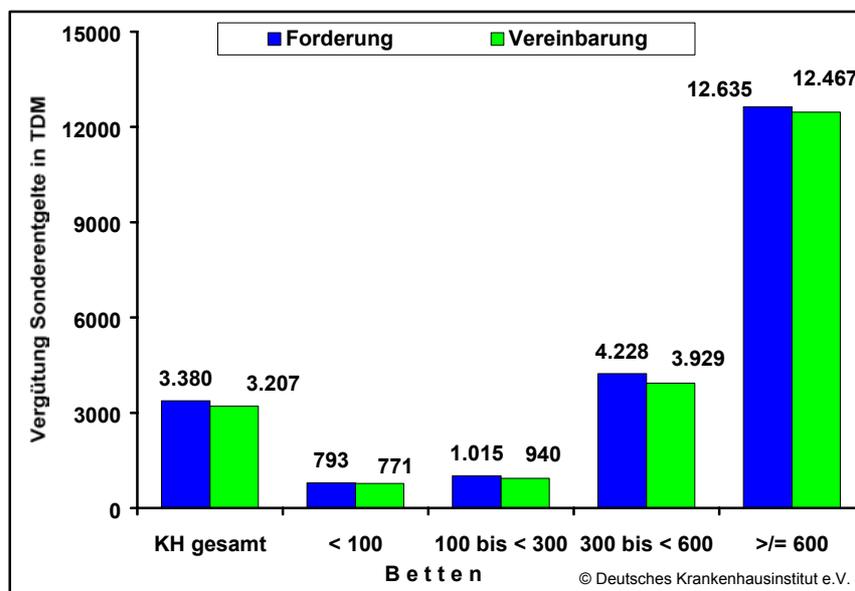


Abb. 26: Geforderte und vereinbarte Vergütungen für Sonderentgelte nach Größenklassen

Die Höhe der geforderten und der vereinbarten Vergütungen für Sonderentgelte verdeutlicht noch einmal, dass Sonderentgelte vor allem in großen Krankenhäusern erbracht werden.

Geforderte und vereinbarte Vergütungen im Vergleich

Aus der bisherigen Betrachtung der geforderten und der vereinbarten Vergütungen wird die durchschnittliche Differenz deutlich. Aus Abbildung 27 geht hervor, in wie vielen Krankenhäusern die Forderung höher, niedriger oder gleich der Vereinbarung war.

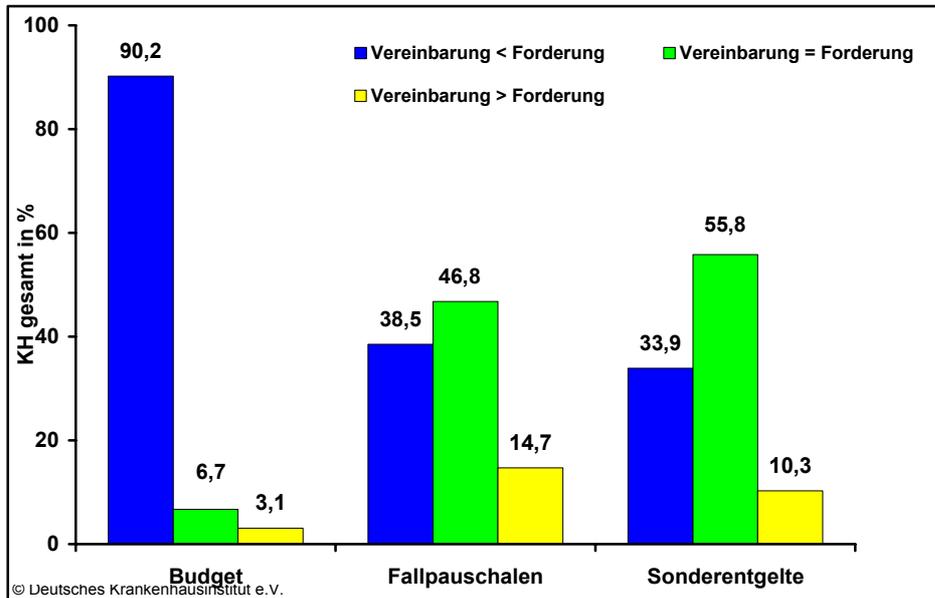


Abb. 27: Geforderte und vereinbarte Vergütungen für Krankenhäuser gesamt

In insgesamt rd. 90% der Krankenhäuser lag das vereinbarte voraus kalkulierte Budget unterhalb des geforderten voraus kalkulierten Budgets. Lediglich bei 3,1% der Krankenhäuser war dies umgekehrt. Rd. 7% der Häuser gaben an, dass die Forderung gleich der Vereinbarung war.

Im Vergleich zu den Forderungen und Vereinbarungen beim voraus kalkuliertem Budget lag bei den Vergütungen für Fallpauschalen der Anteil der Krankenhäuser, deren

- Forderung höher als die Vereinbarung war, deutlich niedriger (38,5% gegenüber 90,2%);
- Forderung niedriger als die Vereinbarung war, deutlich höher (14,7% gegenüber 3,1%);
- Forderung der Vereinbarung entsprach, ebenfalls deutlich höher (46,8% gegenüber 6,7%).

Ein Vergleich zwischen den Forderungen und den Vereinbarungen zeigt für die Vergütungen für Sonderentgelte ein zu den Vergütungen für Fallpauschalen vergleichbares Bild (vgl. Abb. 27). Auch hier liegt ein hoher Anteil von Krankenhäusern vor, bei denen die Vereinbarung der Forderung entspricht. Dass die Vereinbarung höher als die Forderung ist, ergibt sich nur für wenige Krankenhäuser.

Der Anteil der Krankenhäuser, bei denen die Vereinbarung gleich der Forderung ist, nimmt mit zunehmender Krankenhausgröße ab. Je größer das Krankenhaus ist, desto höher ist der Anteil der Häuser, bei denen die Vereinbarung höher als die Forderung ist.

Insgesamt zeigt sich eine Zweiteilung bei Forderungen und Vereinbarungen: bei rd. 90% der Krankenhäuser war das vereinbarte voraus kalkulierte Budget niedriger als die Forderung. Bei den Entgelten für Fallpauschalen und Sonderentgelten entsprach in etwa der Hälfte der Krankenhäuser die Vereinbarung der Forderung.

Vereinbarer Basispflegesatz

Der für den Pflegesatzzeitraum 2001 vereinbarte Basispflegesatz liegt durchschnittlich bei 132,92 DM (Median: 131,59 DM). In den alten Bundesländern beträgt er 133,66 DM (Median: 132,15 DM). Der in den neuen Bundesländern vereinbarte durchschnittliche Basispflegesatz ist mit 130,56 DM (Median: 128,56 DM) nur wenig niedriger als der gesamtdeutsche Basispflegesatz.

Den mittleren Basispflegesatz nach Größenklassen zeigt Abb. 28.

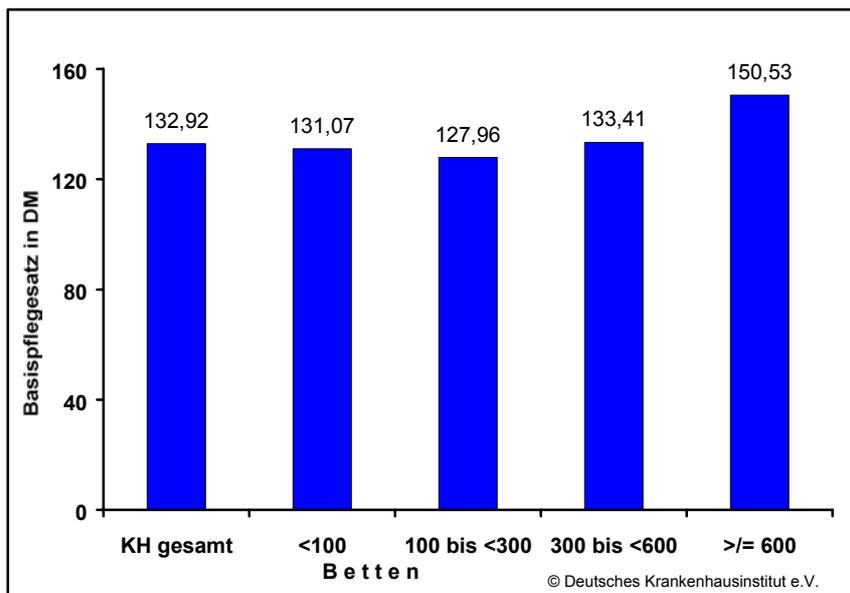


Abb. 28: Durchschnittlicher Basispflegesatz nach Größenklassen

4 Veränderung der Personalkosten

Das Bundesministerium für Gesundheit gab im Januar 2000 die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen mit bundeseinheitlich 1,43% an. Da die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhung des BAT diese Veränderungsrate überstieg, vereinbarten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die BAT-Berichtigungsrate in Höhe von 0,06% für die alten Bundesländer und 0,10 für die neuen Bundesländer.

Die Ist-Personalkosten der Krankenhäuser stiegen von 1999 zu 2000 durchschnittlich um 2,11% an. In den alten Bundesländern lag die Steigerung bei 2,18% und in den neuen Bundesländern bei 1,77%.

Die durchschnittliche Steigerung der Ist-Personalkosten war für die Krankenhausgrößenklassen unterschiedlich (vgl. Abb. 29). Während sie bei den Krankenhäusern unter 100 Betten bei 3,28% lag, belief sie sich bei den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten auf 1,72%.

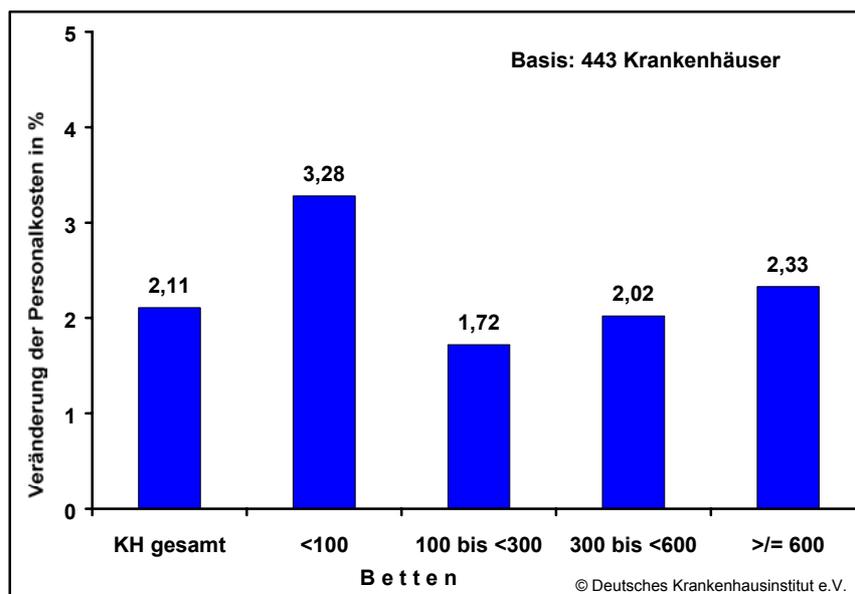


Abb. 29: Durchschnittliche Veränderung der Personalkosten

Viele Faktoren beeinflussen eine Veränderung der Personalkosten. Die wichtigsten Einflussfaktoren sind natürlich die Zahl und die Struktur der Beschäftigten. Darüber hinaus spielen aber auch Faktoren wie der Tarifvertrag oder freiwillige Sozialleistungen eine Rolle. Wie aus Tabelle 1 im Einzelnen zu entnehmen ist, ist die durchschnittliche Steigerung der Personalkosten Ergebnis unterschiedlicher Entwicklungen sowohl für die Krankenhäuser insgesamt als auch bezogen auf die Krankenhäuser der einzelnen Größenklassen.

- Immerhin rd. 18% der Krankenhäuser haben die Personalkosten im Jahr 2000 im Vergleich zu 1999 senken können. Da die Tariflöhne und –gehälter 2000 flächendeckend gestiegen sind, muss die Senkung der Personalkosten in den betreffenden Häusern aus Änderungen der Personalstruktur (z.B. Einsatz weniger qualifizierten Personals) und/oder Änderungen der Lohn- und

Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und/oder Personalanpassungen resultieren.

- Rd. die Hälfte der Krankenhäuser insgesamt sowie der Krankenhäuser der einzelnen Größenklassen verzeichneten im Jahr 2000 Personalkostensteigerungen, die über 2% lagen.

Änderung Personalkosten 2000/1999	KH gesamt in %	<100 Betten in %	100 bis <300 Betten in %	300 bis <600 Betten in %	>600 Betten in %
bis unter 0%	18,2	20,0	22,4	12,3	17,2
0%	0,9	5,0	0	0	0,7
mehr als 0% bis 2%	32,0	20,0	33,9	33,3	32,2
mehr als 2% bis 5%	37,9	35,0	33,3	47,1	39,5
mehr als 5% bis 10%	8,0	15,0	7,3	6,5	7,5
mehr als 10%	3,0	5,0	3,0	0,7	2,9

Tab. 1: Änderung der Personalkosten 2000 zu 1999 nach Größenklassen

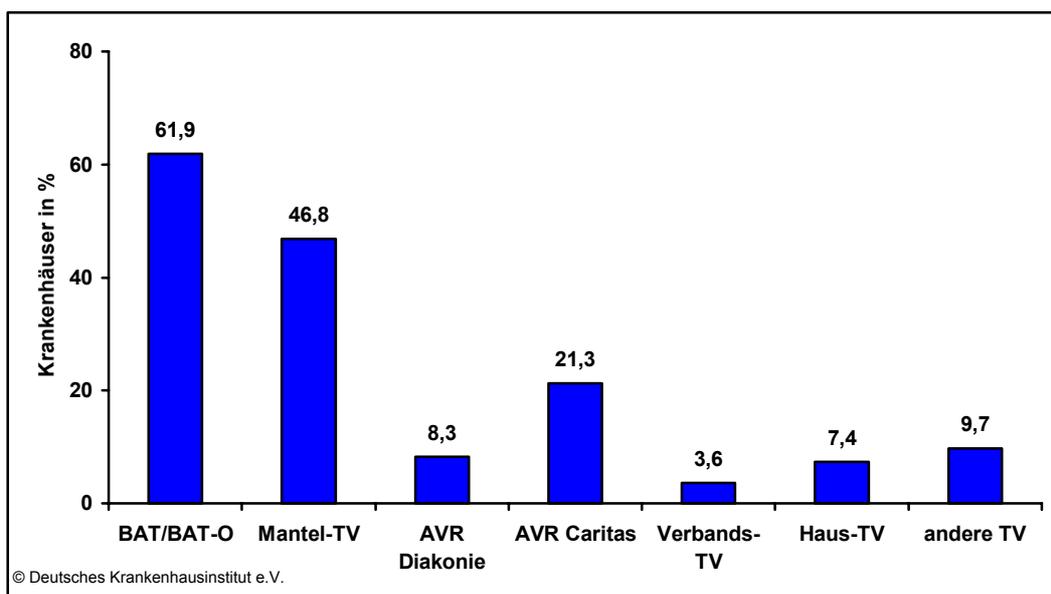
Sofern die Krankenhäuser ihre Personalkosten nicht vollständig refinanzieren konnten, sollten sie angeben, wie hoch die resultierende Unterdeckung in v.H. der Ist-Personalkosten des Jahres 2000 ist. Insgesamt 259 Krankenhäuser machten hierzu Angaben.

Rd. 29% der Krankenhäuser gaben eine Unterdeckung von bis zu 2% an. Weitere 42,4% nannten eine Unterdeckung von über 2% bis unter 5%. Die restlichen 28,6% der Krankenhäuser hatten eine Unterdeckung von über 5%.

5 Tarifverträge in den Krankenhäusern

Angewandte Tarifverträge

Bei den in den Krankenhäusern angewendeten Tarifwerken dominiert immer noch der BAT/ BAT-O. In rd. 62% der Krankenhäuser kommt er zur Anwendung (vgl. Abb. 30). Vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten ist er sehr stark vertreten: rd. 85% dieser Häuser fallen unter den Geltungsbereich des BAT/ BAT-O.



* Viele Krankenhäuser wenden aufgrund unterschiedlicher Beschäftigtengruppen nicht nur ein Tarifwerk an. Mehrfachantworten waren möglich, so dass sich die Angaben nicht zu 100% summieren.

Abb. 30: Angewandte Tarifwerke

Bei der Anwendung der Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) zeigen sich regionale Besonderheiten. In den neuen Bundesländern werden die AVR Diakonie fast dreimal so häufig angewendet wie in den alten Bundesländern. Dafür kommen in den alten Bundesländern fünfmal häufiger die AVR Caritas zum Einsatz als in den neuen Bundesländern.

Bei den Haustarifverträgen zeigen sich zwei Besonderheiten. Zum einen verfügen in den neuen Bundesländern 13% der Krankenhäuser über einen Haustarifvertrag, während in den alten Bundesländern nur 6% der Häuser ein solches Tarifwerk anwenden. Zum anderen zeigt sich eine Korrelation zwischen der Anwendung eines Haustarifvertrages und der Größe der Krankenhäuser. Während 14% der kleinen Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten über einen Haustarifvertrag verfügen, nimmt der Anteil mit zunehmender Größe des Krankenhauses ab. So haben nur 4% der Häuser ab 600 Betten einen Haustarifvertrag. Der Grund hierfür liegt in der Art des Trägers. Während in 3% der Krankenhäuser mit einem öffentlich-rechtlichen Träger ein Haustarifvertrag angewendet wird, wenden 31% der Krankenhäuser mit einem privaten Träger dieses Tarifwerk an.

Zufriedenheit mit dem Tarifwerk

Die Zufriedenheit mit den heute angewendeten Tarifwerken ist in den Krankenhäusern nicht sehr hoch.

Nur bei den Verbandstarifverträgen der Privatkrankenanstalten und den Haustarifverträgen gab eine Mehrheit der Krankenhäuser an, dass sie mit den jeweiligen Tarifwerken zufrieden oder gar sehr zufrieden seien.

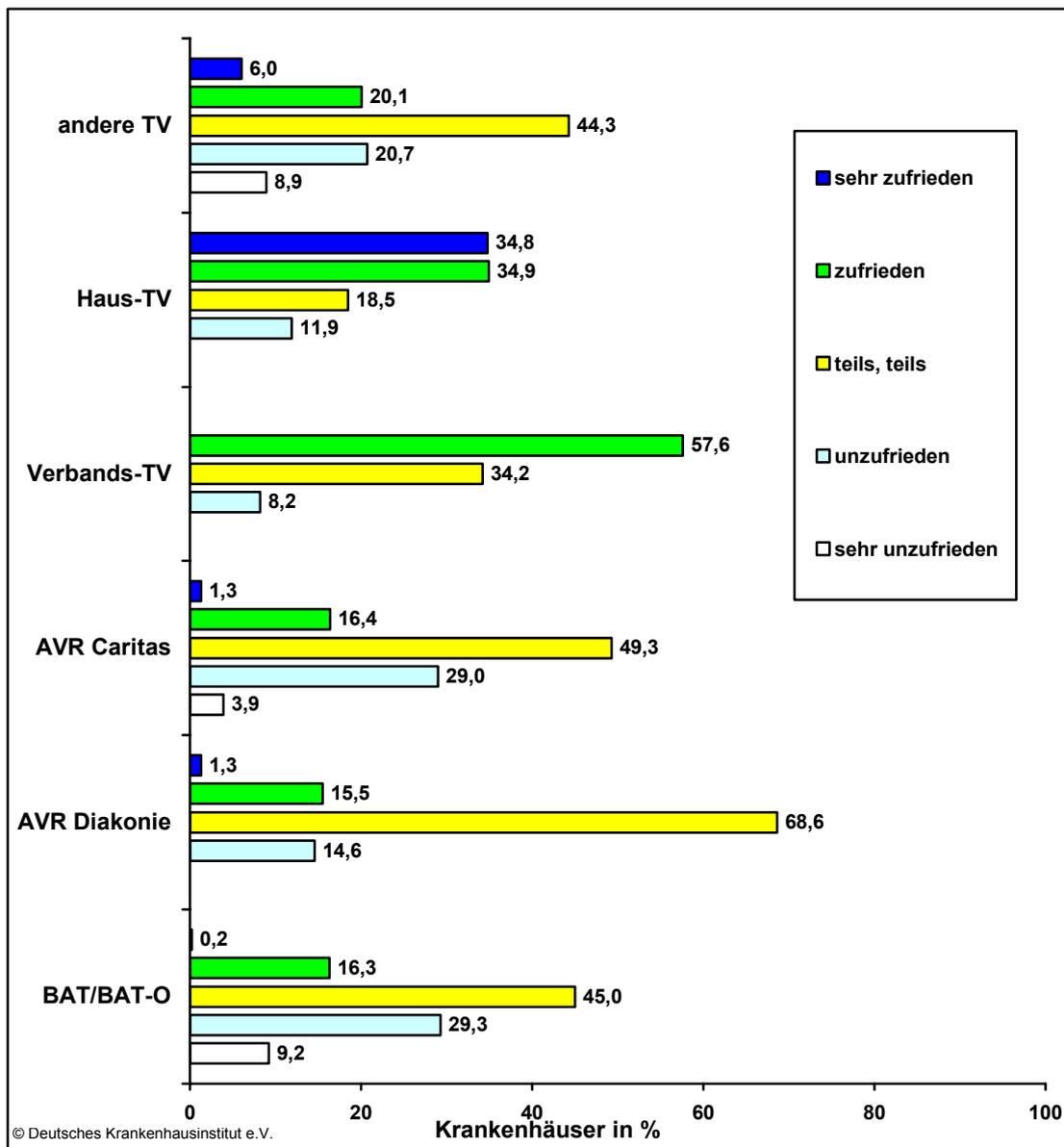


Abb. 31: Zufriedenheit mit den angewandten Tarifwerken

Bei den anderen Tarifwerken überwiegt der Anteil der Krankenhäuser, die weder richtig zufrieden noch richtig unzufrieden sind und dementsprechend bei dieser Frage „teils, teils“ angaben.

Die ausdrückliche Unzufriedenheit ist bei den AVR Caritas und dem BAT am höchsten. Rd. ein Drittel der Häuser mit den AVR Caritas sind unzufrieden bzw. sehr unzufrieden mit ihrem Tarifwerk. Bei den BAT-Anwendern liegt dieser Anteil sogar bei 38%.

Für die Unzufriedenheit mit den herrschenden Tarifwerken können Detailprobleme verantwortlich sein. Aus diesem Grunde sollten die Krankenhäuser bestimmte Detailregelungen der Tarifwerke als sachgerecht oder nicht sachgerecht beurteilen.

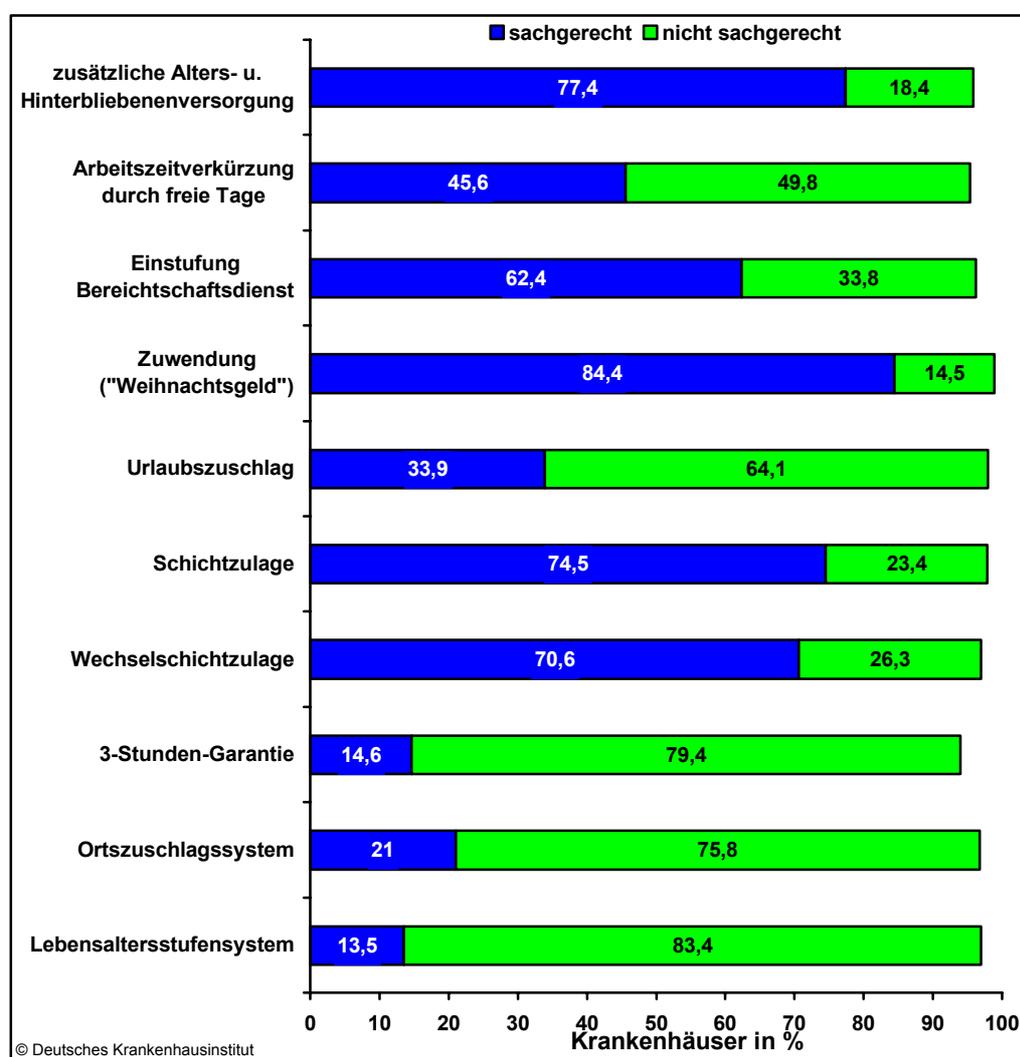


Abb. 32: Beurteilung von Detailregelungen der angewendeten Tarifwerke

Kritisiert werden von den Krankenhäusern vor allem solche Regelungen in den Tarifwerken, die – wie das Ortszuschlags- und das Lebensaltersstufensystem – nicht leistungsbezogen sind.

Leistungsbezogene Vergütungsbestandteile wie die Schicht- oder die Wechsel-schichtzulage werden dagegen mehrheitlich als sachgerecht eingestuft.

Wechsel des Tarifwerkes

Neben einer Kritik an Detailregelungen der angewendeten Tarifwerke kann es auch eine grundsätzliche Unzufriedenheit mit den Tarifwerken geben, die nur durch einen Wechsel oder eine umfassende Überarbeitung des Tarifwerkes behoben werden kann. Wie hoch die Unzufriedenheit mit dem bisher angewendeten Tarifwerk ist, kann man dann daran ablesen, inwieweit die Krankenhäuser in Zukunft lieber ein anderes Tarifwerk anwenden würden, sofern sie aus dem bestehenden Tarifwerk aussteigen könnten.

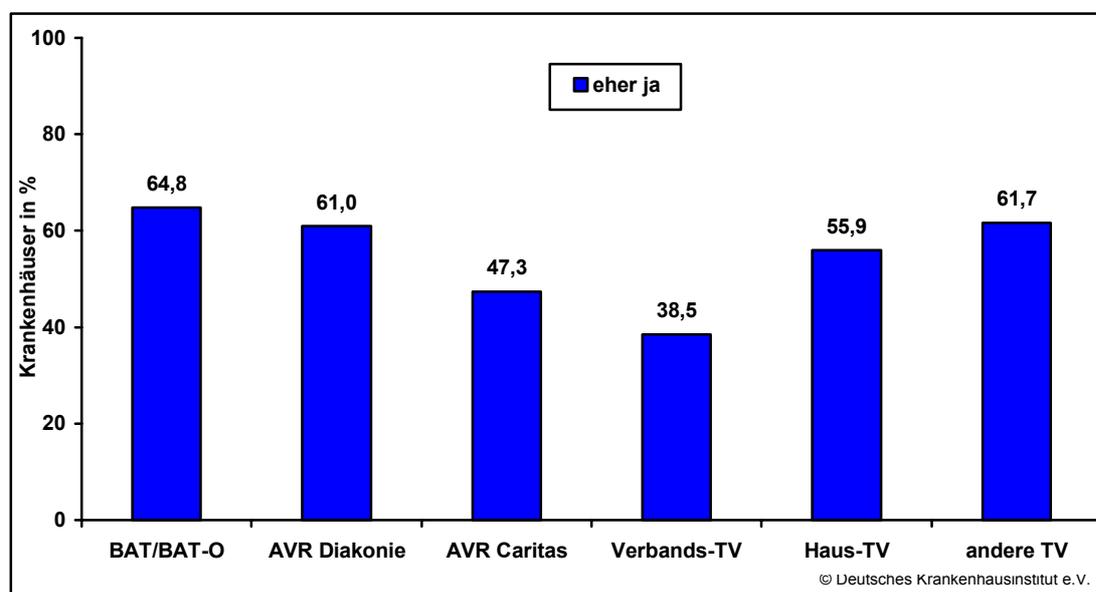


Abb. 33: Wechsel des Tarifwerkes

Die Unzufriedenheit der Krankenhäuser mit den bestehenden Tarifwerken ist groß. Mit zwei Ausnahmen, den AVR Caritas und dem Verbandstarifvertrag der Privatkrankenanstalten, möchte jeweils eine deutliche Mehrheit der Anwender zukünftig ein anderes Tarifwerk verwenden.

In den neuen Bundesländern würden rd. zwei Drittel der Krankenhäuser eher ein anderes Tarifwerk anwenden. Entsprechend äußerten sich rd. 57% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern.

Diejenigen Krankenhäuser, die einen Wechsel des Tarifvertrages befürworten, sollten angeben, welches Tarifwerk sie in Zukunft anwenden möchten. Fast zwei Drittel der Krankenhäuser, die heute unter den Geltungsbereich des BAT/ BAT-O fallen, würden in Zukunft lieber einen anderen Tarifvertrag einsetzen. Auch die Zufriedenheit mit Haustarifverträgen ist nicht besonders ausgeprägt, da immerhin 56% der Krankenhäuser mit einem Haustarifvertrag statt dessen ein anderes Tarifwerk anwenden möchten. Die darin zum Ausdruck kommende Unzufriedenheit bezieht sich aber offensichtlich nicht auf die grundsätzliche Anwendung eines solchen Tarifwerkes – wollen doch rd. 79% dieser Häuser auch in Zukunft einen

Haustarifvertrag anwenden. Dementsprechend befürworten diese Häuser eher eine umfassende Änderung einzelner Tatbestände.

	Bisheriges Tarifwerk					
Zukünftiges Tarifwerk	BAT	AVR Diakonie	AVR Caritas	Haus-TV	Verbands-TV	sonst. Tarifwerk
BAT	1,6	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0
AVR	2,1	0,0	2,3	5,3	0,0	0,0
Haustarifvertrag	71,4	65,2	72,1	78,9	100,0	69,0
Verbandstarifvertrag	7,8	4,3	4,7	15,8	0,0	3,4
sonstiges Tarifwerk	17,2	26,1	20,9	0,0	0,0	27,6

Tab. 2: Bisheriges und zukünftiges Tarifwerk

Unabhängig davon, dass auch die Anwender von Haustarifen nur sehr bedingt zufrieden sind, befürwortet die Mehrzahl der Anwender der anderen Tarifwerke einen Umstieg auf solche Haustarife. Der Anteil bewegt sich zwischen 65% (AVR Diakonie) und 100% (Verbandstarifwerk). Auch für die BAT-Anwender ist ein Haustarifvertrag die am häufigsten genannte Alternative. Die Erwartungen hinsichtlich möglicher Verbesserungen durch die beabsichtigten Änderungen des BAT sind dementsprechend begrenzt.

In den alten Bundesländern gaben zwei Drittel der Häuser an, dass sie in Zukunft lieber eine Haustarifvertrag anwenden würden. Haustarifverträge wünschten sich rd. 83% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern.

Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass in den Krankenhäusern eine deutliche Unzufriedenheit mit den vorliegenden Tarifwerken herrscht.

6 Einschätzung der künftigen Personalsituation in Krankenhäusern

Leitende Ärzte

Die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser prognostiziert, dass sie mittelfristig keine Probleme bei der Besetzung der Stellen für leitende Ärzte haben werden (vgl. Abb. 34).

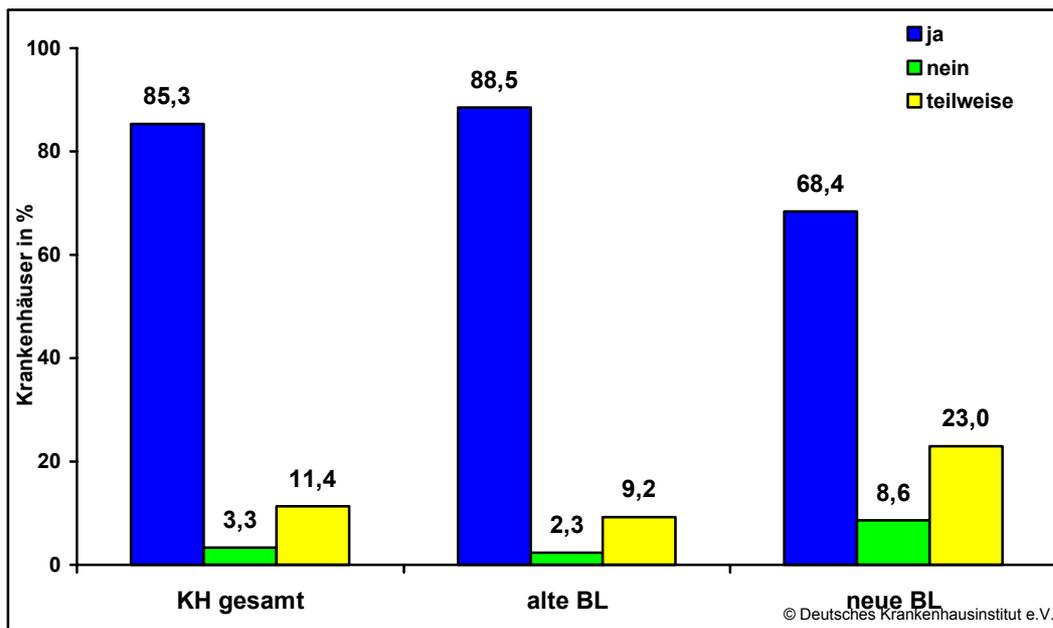


Abb. 34: Deckung des Personalbedarfs bei leitenden Ärzten nach alten und neuen Bundesländern

Allerdings zeichnen sich in Teilbereichen schon Problemfelder ab. So schätzt rd. ein Viertel der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, dass sie ihren Personalbedarf an leitenden Ärzten teilweise nicht decken können. Gleiches trifft für rd. 18% der Häuser mit mehr als 600 Betten zu.

Oberärzte

Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser sind der Auffassung, dass in den nächsten Jahren keine Schwierigkeiten haben werden, die freiwerdenden Oberarztstellen wieder adäquat zu besetzen.

Auch hier zeigen sich die Probleme erst, wenn man die Krankenhäuser nach ihrer Größe oder nach regionalen Gesichtspunkten untergliedert.

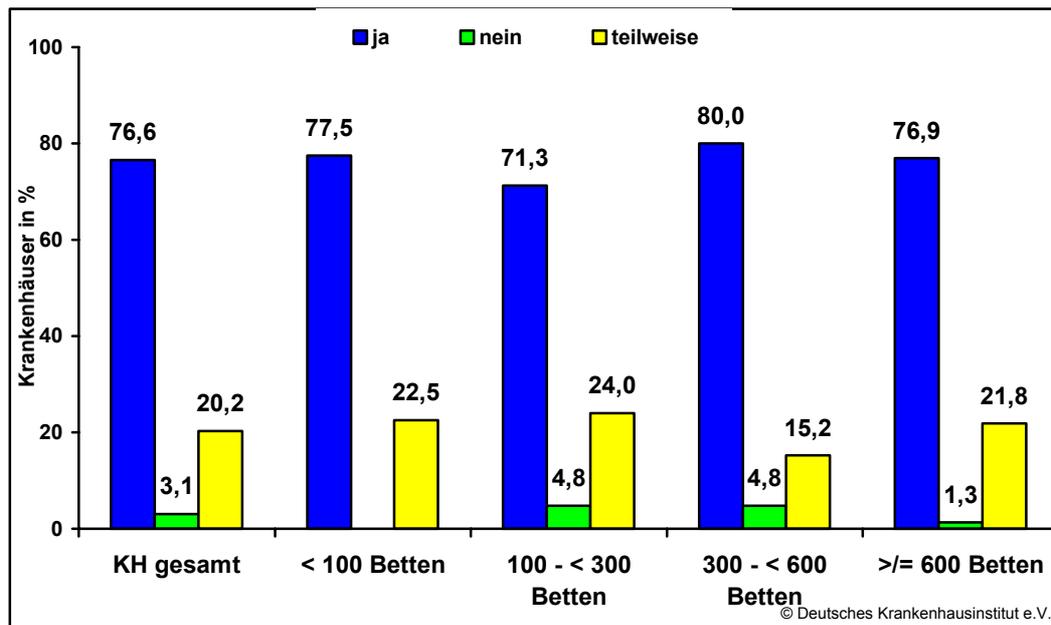


Abb. 35: Deckung des Personalbedarfs bei Oberärzten nach Bettengrößenklassen

Mit Ausnahme der Krankenhäuser in der Größenklasse mit 300 bis unter 600 Betten gaben jeweils mindestens ein Viertel der anderen Krankenhäuser an, mittelfristig ihren quantitativen Bedarf an Oberärzten voraussichtlich nur teilweise decken zu können.

Während 80% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern keine Probleme erwarten, prognostizieren dies nur 59% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. Hier befürchtet ein Drittel der Häuser, für ihren Bedarf an Oberärzten nur teilweise die entsprechende Zahl an Ärzten gewinnen zu können.

Fachärzte

Bei der Einschätzung der künftigen Personalsituation bei den Fachärzten sind die Krankenhäuser weitaus skeptischer als bei den leitenden Ärzten und den Oberärzten.

So geben zwar immer noch 55% der Krankenhäuser an, dass sie bei der Deckung des Personalbedarfs an Fachärzten kein Problem sehen. Aber 37% der Häuser befürchten, dass sie ihre offenen Stellen nur teilweise besetzen können. Diese Befürchtung teilt jedes zweite Haus in den neuen Bundesländern. Dort erwarten darüber hinaus 17% der Häuser ernsthafte Probleme bei der Besetzung von Facharztstellen.

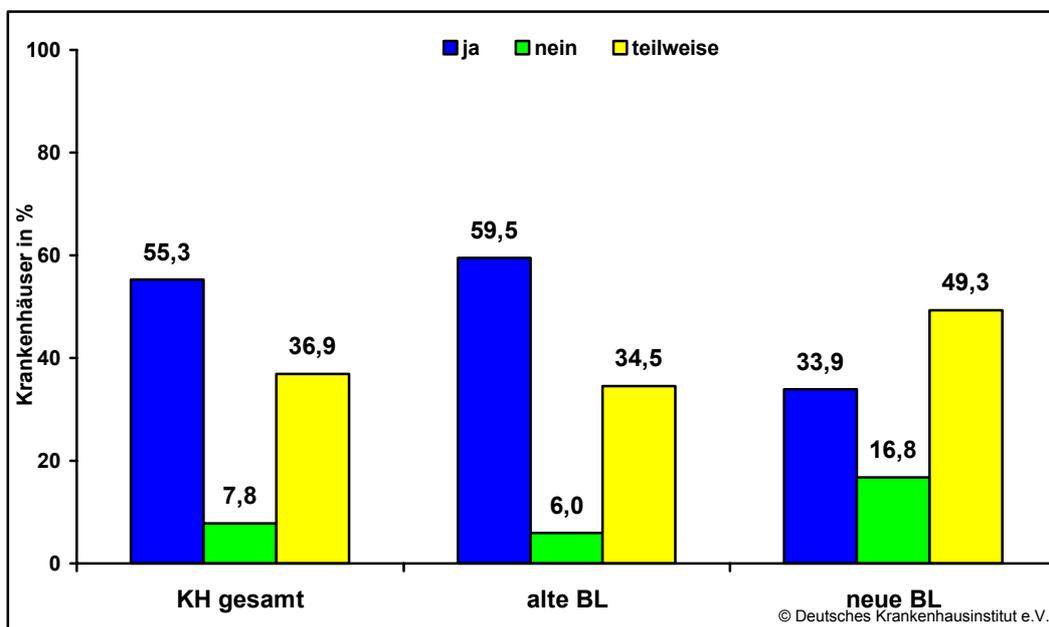


Abb. 36: Deckung des Personalbedarfs bei Fachärzten nach alten und neuen Bundesländern

Unterschiede in der Beurteilung der künftigen Personalsituation bei Fachärzten zeigen sich auch bei der Differenzierung nach Bettengrößenklassen. Während rd. 30% der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten der Ansicht sind, ihren Personalbedarf an Fachärzten mittelfristig nur teilweise decken zu können, ist die Einschätzung der Entwicklung in den großen Krankenhäusern mit 600 und mehr Betten skeptischer. Immerhin 44% dieser Häuser erwarten z.T. Schwierigkeiten bei der Personalbesetzung.

Ärzte im Praktikum

Die Krankenhäuser haben Probleme ihren Personalbedarf an Ärzten im Praktikum zu decken. Dies gilt nicht nur für die aktuelle Situation, wie die Herbstumfrage 2000 des Krankenhaus-Barometers gezeigt hat, sondern auch für die nächsten Jahre. In der Frühjahrsumfrage 2001 gab nur ein Viertel der Krankenhäuser an, dass sie keine Schwierigkeiten bei der Personalbesetzung erwarten. In den neuen Bundesländern gaben sogar 52% der Häuser an, dass sie befürchten, ihre Stellen mittelfristig nicht besetzen zu können. Aber auch 36% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern teilen diese Auffassung.

Von dieser allgemeinen Einschätzung weichen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ab. Hier sind rd. 40% der Häuser optimistisch, alle Stellen besetzen zu können. Dies könnte u.a. daran liegen, dass in dieser Größenklasse Universitätskrankenhäuser vertreten sind.

Krankenschwestern/ Krankenpfleger

Dass sie mittelfristig den Personalbedarf an Krankenschwestern/ Krankenpflegern decken können, prognostizieren rd. 63% der Krankenhäuser. Diese Einschätzung differiert aber nicht unerheblich zwischen den Krankenhäuser in den alten und den neuen Bundesländern. So erwarten 59% der Krankenhäuser in den alten, aber 86% der Häuser in den neuen Bundesländern keine Probleme bei der Besetzung der Stellen im Pflegebereich.

Auch bei den Krankenhäusern nach Bettengrößenklassen zeigen sich Unterschiede (vgl. Abb. 37).

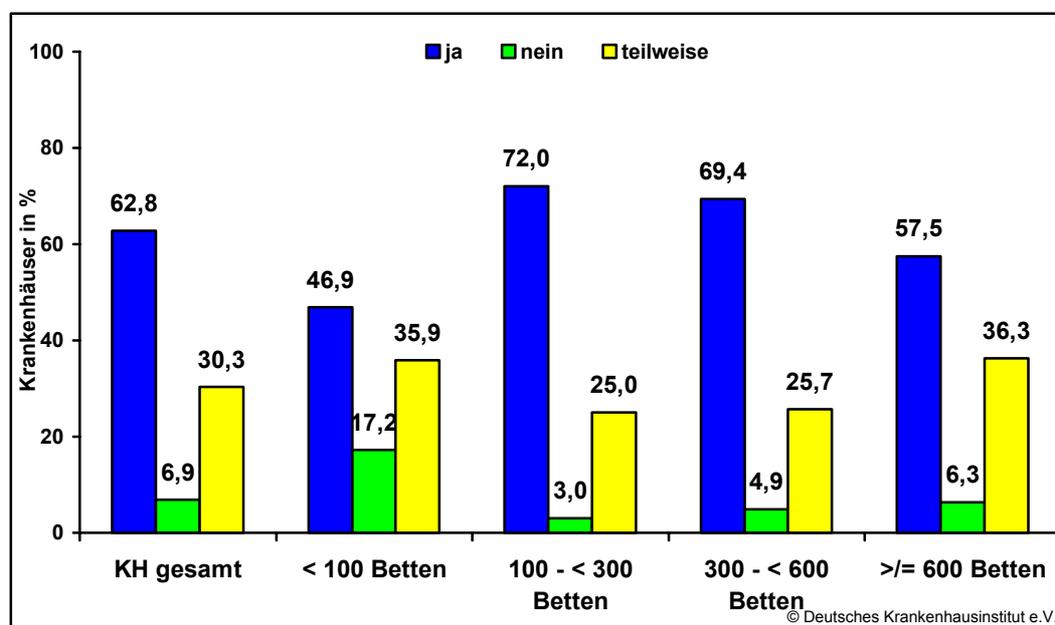


Abb. 37: Deckung des Personalbedarfs bei Krankenschwestern/Krankenpfleger nach Bettengrößenklassen

Tendenziell scheinen die kleinen (unter 100 Betten) und die großen (ab 600 Betten) Krankenhäuser die Deckung ihres Personalbedarfs skeptischer einzuschätzen als die anderen Krankenhäuser.

Pflegepersonal mit Weiterbildung im OP-Dienst

Die Deckung des mittelfristigen Personalbedarfs beim Pflegepersonal mit Weiterbildung im OP-Dienst wird von den Krankenhäusern sehr skeptisch eingeschätzt. Nur 27% der Krankenhäuser glauben, erwarten keine Probleme bei der Stellenbesetzung.

Allerdings bestehen große Unterschiede in der Beurteilung zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern. Während in den alten Bundesländern nur ein Viertel der Häuser davon ausgeht, dass die Stellen für das Pflegepersonal mit Weiterbildung im OP-Dienst vollständig besetzt werden können, teilen diese Auffassung rd. 50% der Häuser in den neuen Bundesländern. Von einer teilweisen Deckung gehen 42% der Krankenhäuser in den alten und 38% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern aus.

Die meisten Krankenhäuser unter 100 Betten befürchten, dass sie ihren Personalbedarf nicht oder nur teilweise decken können. Nur 16% sehen mittelfristig keine Probleme. Bei den Krankenhäusern der anderen Bettengrößenklassen ist jeweils rd. ein Drittel davon überzeugt, dass keine Schwierigkeiten bestehen werden, die freiwerdenden Stellen wieder zu besetzen (vgl. Abb. 38).

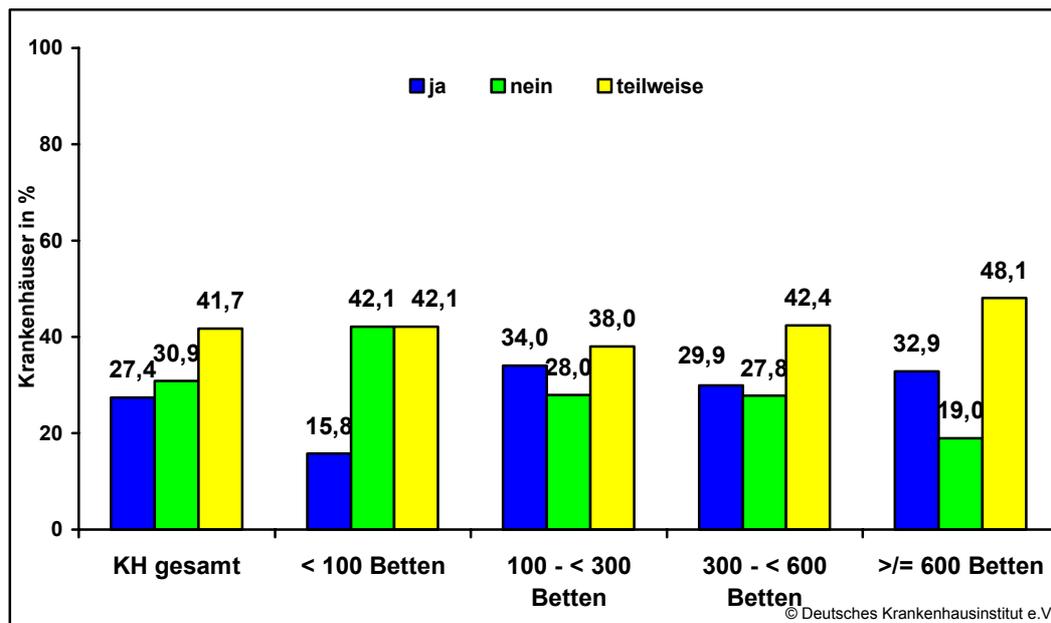


Abb. 38: Deckung des Personalbedarfs beim Pflegepersonal mit Weiterbildung im OP-Dienst nach Bettengrößenklassen

Pflegepersonal mit Weiterbildung in der Intensivpflege

Etwas optimistischer wird von den Krankenhäusern die künftige Personalsituation beim Pflegepersonal mit Weiterbildung in der Intensivpflege eingeschätzt. Mehr als ein Drittel der Häuser ist der Auffassung, dass mittelfristig keine Personalprobleme auftreten. Auch hier zeigt sich der gleiche Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern: rd. ein Drittel der Häuser in den alten, aber jedes zweite Krankenhaus in den neuen Bundesländern teilt dies Auffassung.

Nicht ganz so skeptisch beurteilen die kleineren Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten die künftige Personalsituation beim Pflegepersonal in der Intensivpflege. Rd. 30% dieser Häuser geht davon aus, dass sie ihren Bedarf decken können (vgl. Abb. 39). Aber immerhin die Hälfte der kleinen Krankenhäuser befürchtet, dass offene Stellen künftig nicht vollständig besetzt werden können. Auch von den Krankenhäusern der anderen Bettengrößenklassen wird die zukünftige Personalsituation beim Pflegepersonal mit Weiterbildung in der Intensivpflege etwas günstiger als beim Pflegepersonal mit einer Weiterbildung im OP-Dienst eingeschätzt. Aber auch in diesem Bereich erwartet die Mehrzahl der Krankenhäuser in den nächsten Jahren zunehmende Probleme bei der Personalbesetzung.

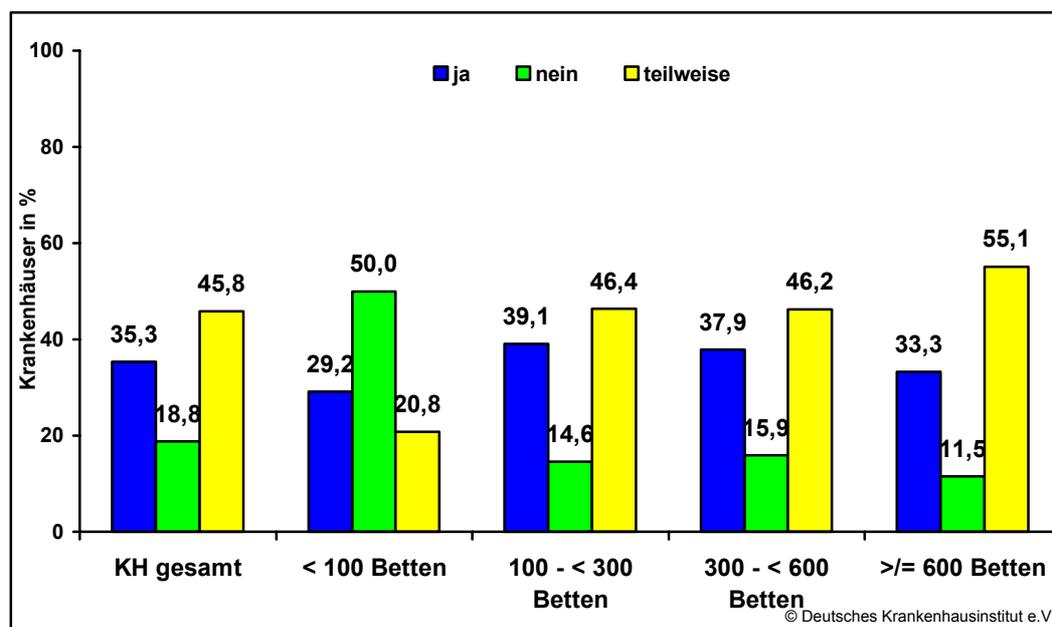


Abb. 39: Deckung des Personalbedarfs beim Pflegepersonal mit Weiterbildung in der Intensivpflege nach Bettengrößenklassen

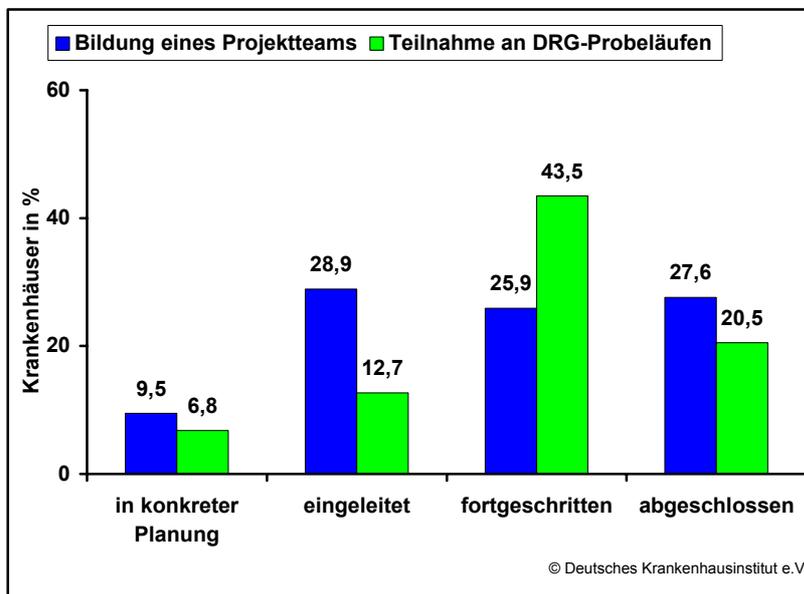
Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass in Teilbereichen ein Mangel an Ärzten und Pflegekräften erwartet wird.

7 Vorbereitung der Krankenhäuser auf das DRG-System

Projektteams und Teilnahme an DRG-Probelaufen

Die Einführung des DRG-Systems wird umfangreiche Änderungen in den Krankenhäusern bewirken. Mit vorbereitenden Projektteams können diese Änderungen geplant werden. Durch die Teilnahme an DRG-Probelaufen können Auswirkungen schon vor dem offiziellen Start der DRGs betrachtet werden.

Projektteams sehen fast alle Krankenhäuser vor. In 55% der Krankenhäuser wurde die Bildung von Projektteams eingeleitet oder war zum Zeitpunkt der Befragung fortgeschritten (vgl. Abb. 40). In weiteren 28% war die Projektteambildung bereits abgeschlossen.

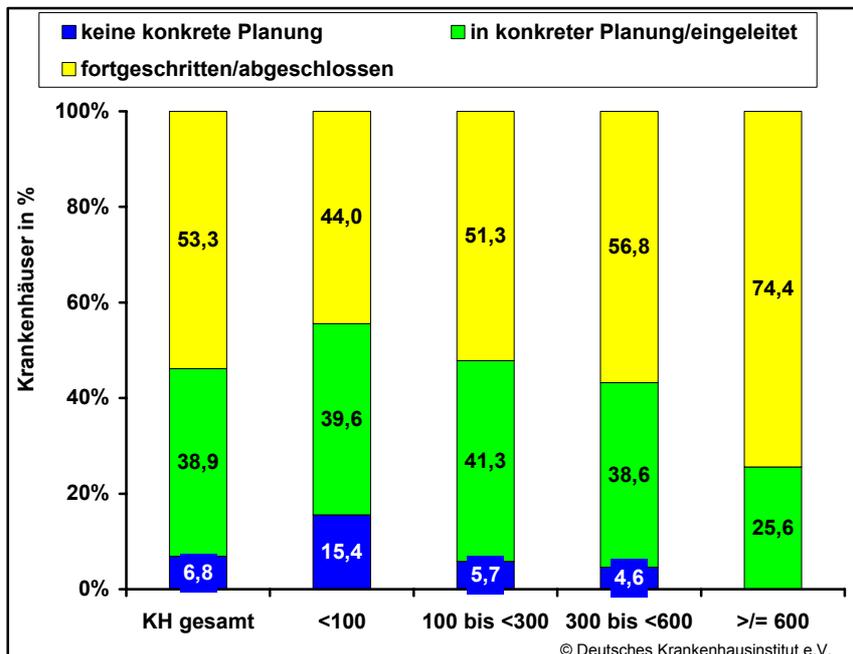


* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe oder keine konkrete Planung

Abb. 40: Vorbereitende Maßnahmen

Die weitaus überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser nahm oder nimmt an DRG-Probelaufen teil.

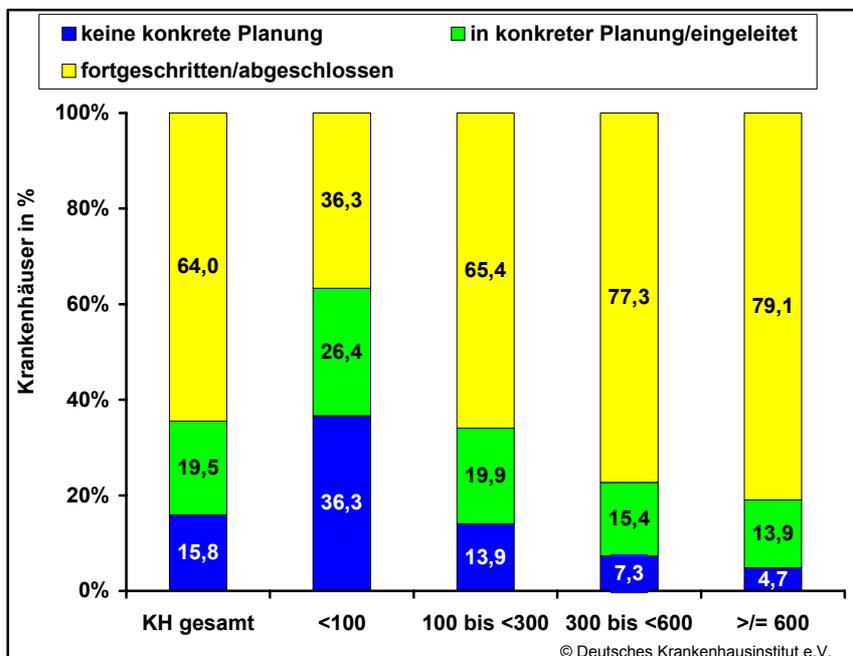
Unterschiede im Stand der Vorbereitung ergeben sich, wenn man die Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen differenziert. Es zeigt sich sowohl bei der Bildung von Projektteams (vgl. Abb. 41) als auch bei der Teilnahme an DRG-Probelaufen (vgl. Abb. 42), dass die großen Krankenhäuser ab 600 Betten in der Vorbereitung weiter waren als insbesondere die kleinen Häuser mit weniger als 100 Betten.



* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe

Abb. 41: Bildung von Projektteams

Weniger wichtig erscheinen die Probeläufe in kleinen Krankenhäusern; über keine konkreten Planungen zur Teilnahme an solchen vorbereiteten Maßnahmen verfügte ein Drittel der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten.

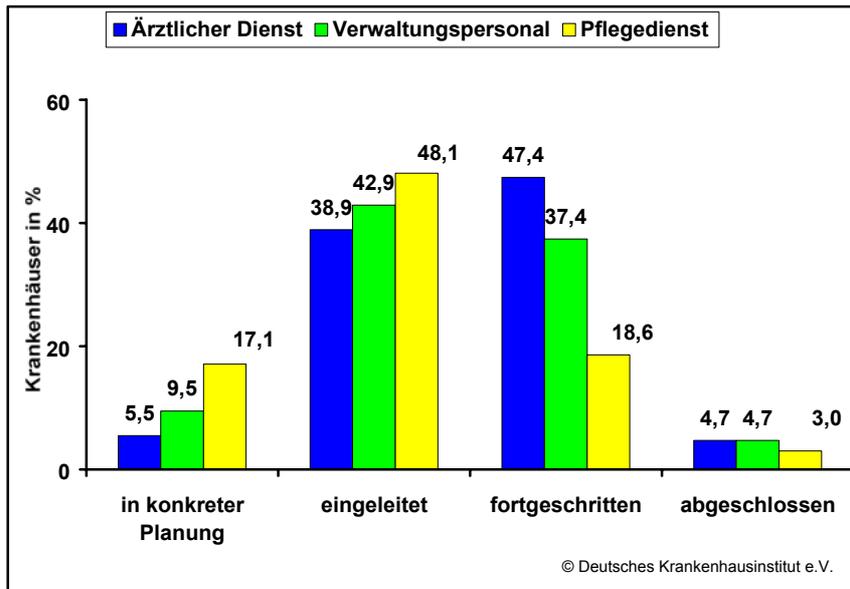


* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe

Abb. 42: Teilnahme an DRG-Probeläufen

Schulung der Mitarbeiter

Die Einführung eines DRG-Systems mit seinen neuen Regeln in Dokumentation und Abrechnung bedarf einer umfangreichen Schulung der Mitarbeiter. Diese Schulung ist in den Krankenhäusern weit fortgeschritten: In mindestens 50% der Krankenhäuser waren im Frühjahr 2001 Schulungsmaßnahmen für den Ärztlichen Dienst, den Verwaltungsdienst sowie den Pflegedienst eingeleitet oder sogar schon weit fortgeschritten (vgl. Abb. 43).



* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe oder keine konkrete Planung

Abb. 43: Schulung des Mitarbeiter

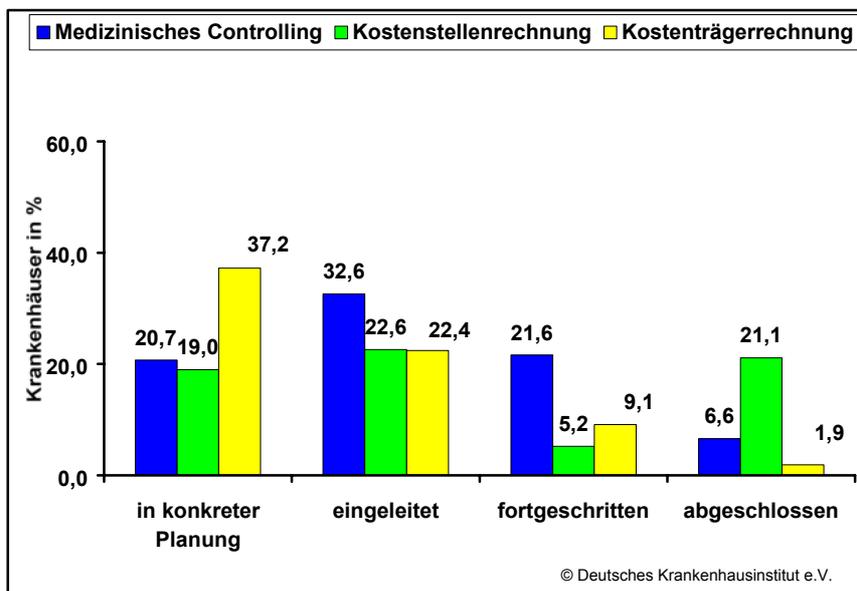
Nur in wenigen Krankenhäusern - und hier vor allem beim Pflegedienst - waren keine Schulungsmaßnahmen geplant.

Medizinisches Controlling und Kostenrechnung

Eine wichtige Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg der Krankenhäuser nach Einführung des DRG-Systems stellt eine gute Leistungs- und Betriebssteuerung dar.

Die Einführung bzw. der Ausbau des medizinischen Controllings ist in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser eingeleitet oder fortgeschritten (vgl. Abb. 44). Rd. ein Fünftel der Krankenhäuser plant konkret dessen Einführung.

Eine Kostenträgerrechnung als weiteres Steuerungsinstrument war in 37% der Krankenhäuser in Planung. Eingeleitet bzw. schon fortgeschritten war die Einführung in 31% der Häuser. Die Kostenstellenrechnung als traditionelles Element der Kostenrechnung sollte in 19% der Häuser eingeführt werden. In rd. 21% der Häuser existierte sie schon.



* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe oder keine konkrete Planung

Abb. 44: Einführung oder Ausbau von Steuerungsinstrumenten

Zwischen der Einführung oder dem Ausbau der genannten Steuerungsinstrumente und der Größe der Krankenhäuser liegt ein deutlicher Zusammenhang vor: Je größer die Krankenhäuser sind, um so eher haben sie entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Insbesondere die kleinen Krankenhäuser gaben umgekehrt vergleichsweise häufig an, noch über keine konkreten Planungen zu verfügen (vgl. Abb. 45).

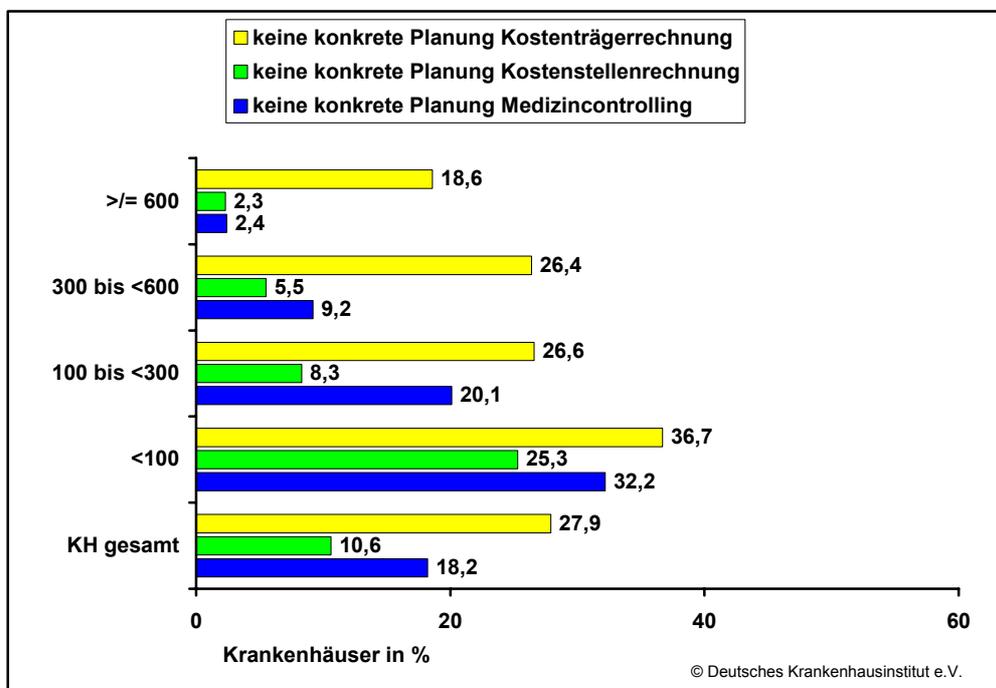


Abb. 45: Keine konkreten Planungen von Steuerungsinstrumenten nach Größenklassen

Wenn die gegenwärtigen Planungen umgesetzt werden, dann verfügen bei Einführung des DRG-Systems

- 82% der Krankenhäuser über ein medizinisches Controlling,
- 68% der Krankenhäuser über eine Kostenstellenrechnung sowie
- 71% der Krankenhäuser über eine Kostenträgerrechnung.

Organisation der medizinischen Dokumentation

Um eine leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen in einem DRG-System zu gewährleisten, ist es unerlässlich, die vorgesehenen Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen einheitlich und korrekt anzuwenden. Die Auswahl der für die Kodierung verantwortlichen Mitarbeiter war in

- 10% der Krankenhäuser in konkreter Planung;
- 26% der Häuser eingeleitet;
- 32% fortgeschritten;
- 27% der Krankenhäuser abgeschlossen.

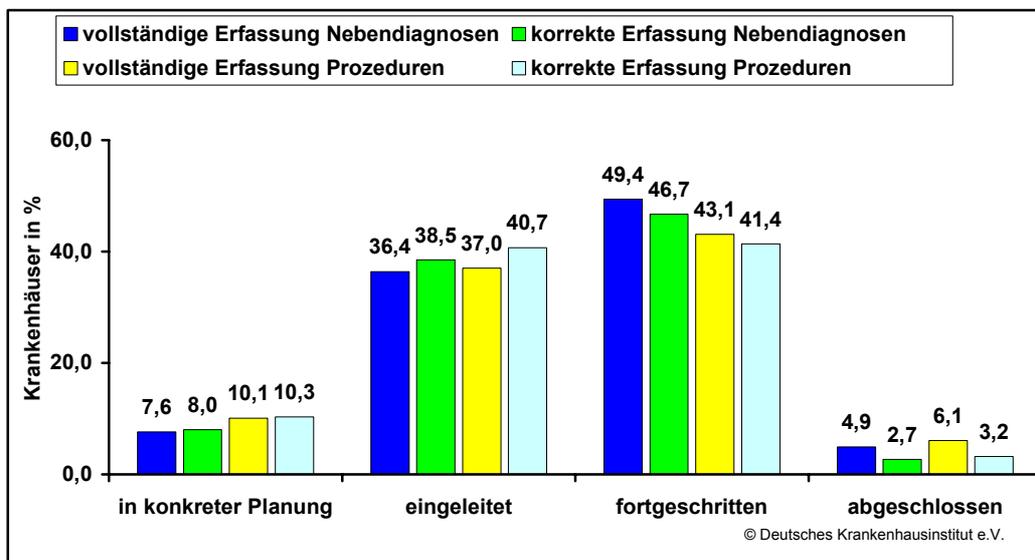
Eingeleitet oder schon fortgeschritten war die Einführung von verbindlichen und einheitlichen internen Kodierrichtlinien in 53% der Krankenhäuser. In weiteren 27% wurde sie konkret geplant. 16% der Krankenhäuser verfügten zum Zeitpunkt der Befragung über keine konkreten Planungen zur Einführung von internen Kodierrichtlinien, wobei der Anteil der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten mit 32% hier deutlich überdurchschnittlich war.

Erfassung der Haupt- und Nebendiagnosen sowie der Prozeduren

Die Hauptdiagnose spielt in einem DRG-System ein entscheidendes Kriterium für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG. Daher ist die Abgrenzung von Haupt- und Nebendiagnosen für die Krankenhäuser bedeutsam. Gleiches gilt auch für die vollständige und korrekte Erfassung von Nebendiagnosen und Prozeduren, die beide in einem DRG-System einen wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Vergütung haben.

Eine Abgrenzung der Hauptdiagnose wurde in rd. drei Viertel der Krankenhäuser eingeleitet bzw. die Abgrenzung ist weit fortgeschritten (vgl. Abb. 46). Während 5% der Krankenhäuser diese Abgrenzung abgeschlossen haben, verfügen 4% der Häuser dafür über keine konkreten Planungen.

Jeweils vier Fünftel der Krankenhäuser haben die vollständige sowie die korrekte Erfassung von Nebendiagnosen eingeleitet oder sind dabei weit fortgeschritten. In etwa vergleichbar dazu ist die Erfassung der Prozeduren.



* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe oder keine konkrete Planung

Abb. 46: Erfassung von Nebendiagnosen und Prozeduren

Anzahl der Diagnosen je Fall

Ein wichtiges Kriterium für die Kodierqualität stellt die Anzahl der dokumentierten Diagnosen je Fall dar. Da bei den meisten Behandlungsfällen neben einer Hauptdiagnose auch Nebendiagnosen relevant sind, überprüft die Mehrzahl der Krankenhäuser die Zahl der Diagnosen je Fall und die Zahl der Fälle ohne dokumentierte Nebendiagnosen. Sollten in einem Krankenhaus vermehrt Fälle mit nur einer Diagnose auftreten, könnte dies auf Probleme bei der Kodierung hinweisen.

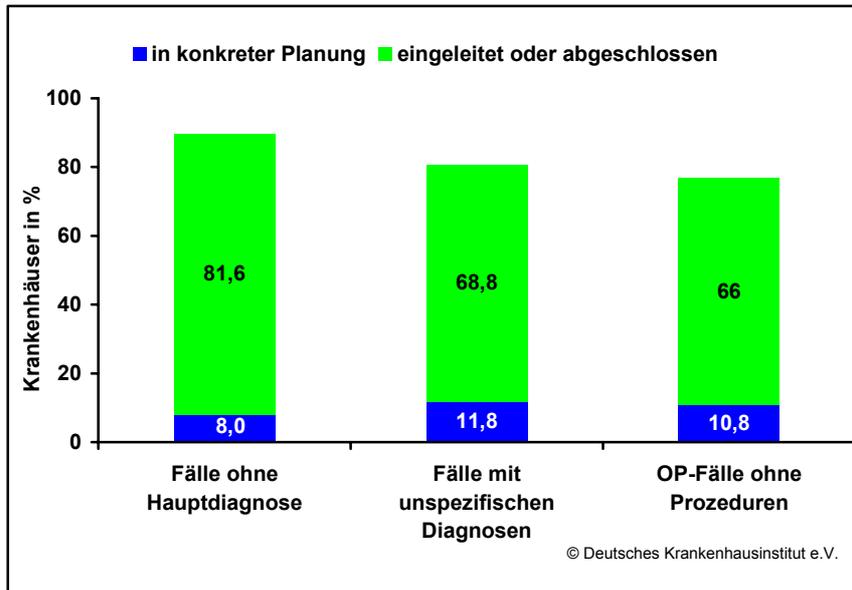
Rd. drei Viertel der Krankenhäuser haben die Erfassung der Anzahl der Diagnosen je Fall eingeleitet oder sind damit fortgeschritten. Dies abgeschlossen haben 17% der Häuser.

In 14% der Krankenhäuser ist die Erfassung der Fälle ohne Nebendiagnosen abgeschlossen. Fast zwei Drittel der Häuser waren zum Zeitpunkt der Befragung mit einer entsprechenden Erfassung beschäftigt.

Dokumentation von Kodierfehlern

Kodierfehler können sowohl bei den Hauptdiagnosen als auch bei den Nebendiagnosen oder den Prozeduren auftreten.

Unterschiedlich weit sind die Krankenhäuser bei der Erfassung von Kodierfehlern (vgl. Abb. 47). 82% der Krankenhäuser überprüfen bereits, ob es in ihrer Dokumentation Fälle ohne Hauptdiagnose gibt. Fast 70% der Häuser kontrollieren ihre Dokumentation auf Fälle mit unspezifischen Diagnosen. Ob es dokumentierte OP-Fälle ohne Prozeduren gab, wird von 66% der Krankenhäuser untersucht. In jeweils etwa 10% der Krankenhäuser befinden sich diese Prüfungen in konkreter Planung.



* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe oder keine konkrete Planung

Abb. 47: Erfassung von Kodierfehlern

Über keine konkreten Planungen zur Ermittlung unspezifischer Diagnosen sowie zur Erfassung der OP-Fälle ohne Prozeduren verfügen je 13% der Krankenhäuser. Dies gilt vor allem für die Häuser mit weniger als 100 Betten, von denen rd. ein Viertel keine konkreten Planungen eingeleitet hat.

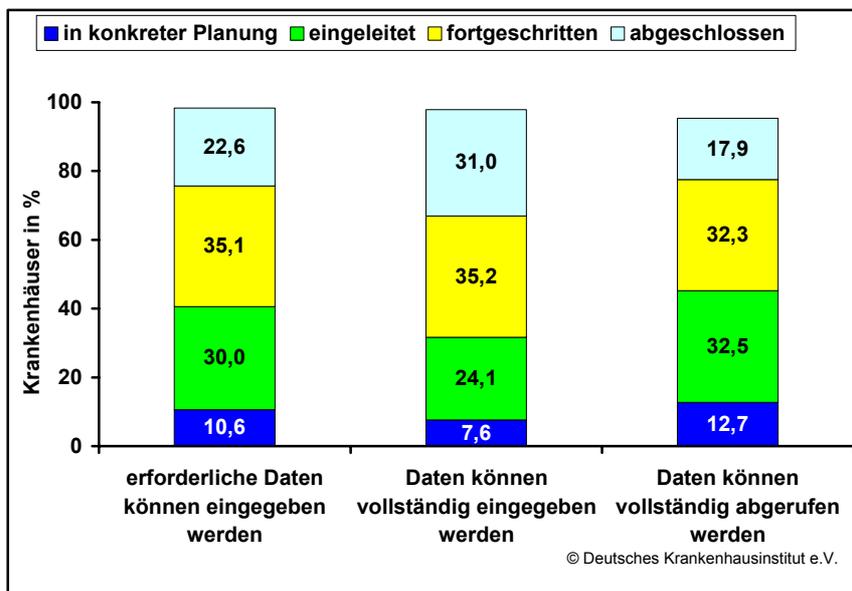
Eingeleitet wurde die Kontrolle der Vollständigkeit der Datensätze in rd. einem Drittel der Krankenhäuser. Rd. 40% der Häuser sind damit schon fortgeschritten.

Dateneingabe und Datenabruf

Aufgrund der wachsenden Anforderungen an die Dokumentation der Daten muss die vorhandene EDV in den Krankenhäusern daraufhin überprüft werden, ob alle Daten im erforderlichen Umfang eingegeben und auch wieder ausgegeben werden können.

Die Überprüfung der EDV ist in den Krankenhäusern schon weit gediehen (vgl. Abb. 48):

- 88% der Krankenhäuser haben die Überprüfung eingeleitet oder abgeschlossen, ob die erforderlichen Daten in ihre EDV eingegeben werden können; weitere 11% der Krankenhäuser haben diese Prüfung geplant.
- 90% der Krankenhäuser kontrollierten oder kontrollieren ihre EDV daraufhin, ob die Daten auch vollständig (z.B. alle Stellen der ICD) eingegeben werden können; 8% der Krankenhäuser planen diese Maßnahmen.



* Fehlende Werte zu 100% = keine Angabe oder keine konkrete Planung

Abb. 48: Überprüfung der vorhandenen EDV

Da die Dateneingabe kein Selbstzweck ist, sondern anderen Zwecken wie z.B. der Abrechnung dient, muss untersucht werden, ob die dokumentierten Daten auch wieder vollständig abgerufen werden können. Dies erfolgt in 82% der Krankenhäuser; weitere 13% gaben an, diese Untersuchung zu planen.

DRG-Auswertungen

Die Überprüfung der EDV ist die wesentliche Voraussetzung, um mit Hilfe der EDV die Arbeit unter den Bedingungen des DRG-Systems zu automatisieren. Dazu ist es erforderlich, dass Auswertungen zu DRG-relevanten Fragen möglich sind (z.B. Auswertungen zur Zahl der Diagnosen je Fall).

Die Feststellung, ob die vorhandene EDV Auswertungen zu DRG-relevanten Fragen erlaubt, wurde in einem Drittel der Krankenhäuser eingeleitet. Rd. 30% der Häuser sind damit fortgeschritten. Abgeschlossen ist diese Untersuchung in 14% der Häuser, wobei vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten sehr weit mit ihrer Überprüfung sind.

EDV-Arbeitsplätze

Die erhöhten Anforderungen an die Dokumentation durch das DRG-System machen es sinnvoll, die Daten sofort mittels EDV zu erfassen. Erforderlich hierfür ist eine Planung der Anzahl und des Standortes der EDV-Arbeitsplätze. Darüber hinaus ist eine Vernetzung der Arbeitsplätze notwendig.

Der jeweilige Stand der Überprüfung in den Krankenhäusern ist bei den 3 Teilaspekten relativ ähnlich:

- Jeweils mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hat mit der Überprüfung der Zahl, des Standortes und der Vernetzung der EDV-Arbeitsplätze begonnen und ist zum Teil schon relativ weit fortgeschritten.

- Jeweils etwa ein Viertel der Krankenhäuser hat die entsprechende Überprüfung bereits abgeschlossen.

Berücksichtigt man ferner, dass 11% der Krankenhäuser die Überprüfung der Zahl, des Standortes und der Vernetzung der EDV-Arbeitsplätze konkret planen, so sind die deutschen Krankenhäuser weit fortgeschritten in der Frage, ob ihre EDV DRG-tauglich ist.

Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass in den Krankenhäusern zahlreiche Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden, die einen reibungslosen Ablauf gewährleisten sollen, wenn die DRGs erstmals zur Abrechnung eingesetzt werden.

Die Maßnahmen reichen von einer Schulung der Mitarbeiter und Teilnahme an DRG-Probelaufen über die Überprüfung der Kodierqualität bis hin zur Überprüfung der vorhandenen EDV. Die vielfältigen Maßnahmen verursachen eine hohe Personalbindung. Die daraus entstehenden nicht unerheblichen Kosten müssen von den Krankenhäusern selbst getragen werden.

Anhang

Anhang A: Methodik und Stichprobenbildung

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

Bei der Stichprobenbildung ist berücksichtigt worden, dass sowohl für unterschiedliche Bettengrößenklassen als auch für die alten und neuen Bundesländer jeweils repräsentative Aussagen getroffen werden sollten. Bei den Bundesländern ist aus sachlichen Gründen (Anwendung BAT-Ost/BAT-West) 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.

Erfahrungsgemäß ist die Ausschöpfungsquote bei den Krankenhäuser mit unter 100 Betten gering, so dass hier eine Vollerhebung durchgeführt wurde. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde aufgrund der geringen Besetzung ebenfalls eine Vollerhebung durchgeführt.

Wie schon in den Vorerhebungen wurden alle Krankenhäuser in den neuen Bundesländern in die Stichprobe einbezogen.

Die Bruttostichprobe lag damit insgesamt bei 1.164 Krankenhäusern (vgl. Tab. 3).

Um in Folgeerhebungen Veränderungen auf der Krankenhausebene erfassen zu können, wurden die Krankenhäuser, die schon an der Frühjahrsumfrage teilgenommen haben, auch in der Herbstumfrage berücksichtigt.

Krankenhausgrößenklassen	alte BL	neue BL
unter 100 Betten	341*	24*
100 bis unter 300 Betten	200	154*
300 bis unter 600 Betten	200	75*
ab 600 Betten	130*	40*
insgesamt	871	293
* Vollerhebung		

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 3: Bruttostichprobe Krankenhäuserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutrale Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Reha-Einrichtungen) lag bei 1.148 Krankenhäusern. Nach einer Nachfaßaktion nach knapp vier Wochen wurde eine Teilnahme von 473 Krankenhäusern oder 41,2% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. 4). Die Rücklaufquoten der Krankenhäuser in den alten und neuen Bundesländern sind nahezu identisch. Demgegenüber unterscheiden sich die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse merklich. Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an; während die Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten eine überproportionale Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten auch in der Frühjahrsumfrage wieder unterproportional beteiligt.

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	871	293	1.164
bereinigte Bruttostichprobe	858	290	1.148
Teilnehmer	357	116	473
Rücklauf in %	41,6	40,0	41,2

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 4: Ausschöpfungsquoten

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

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

Wesentliche Strukturdaten der an der Erhebung beteiligten Krankenhäuser können Tabelle 5 entnommen werden.

Strukturdaten	2000
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	473
Bundesland	
- alte Bundesländer	75,5%
- neue Bundesländer	24,5%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	89,4%
- Hochschulklinik	2,5%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	7,2%
- keine Angaben	0,8%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	48,0%
- frei-gemeinnützig	41,2%
- privat	10,8%
Ausrichtung des Krankenhauses	
- Allgemeinkrankenhaus	81,6%
- Fachkrankenhaus	16,9%
- keine Angabe	1,5%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 5: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser

Anhang B: Ausgewählte fachabteilungsbezogene Belegungsdaten im Vergleich zu 1999

Im Rahmen der Frühjahrsumfrage 2001 wurden fachabteilungsbezogene Ist-Belegungsdaten für ausgewählte Fachabteilungen für das Jahr 2000 erhoben.

Für die nachstehenden Fachabteilungen konnte zusätzlich ein Vergleich zu den entsprechenden Belegungsdaten aus dem Jahr 1999 durchgeführt werden.

Fachabteilung	Verweildauer gesamt		Verweildauer Budgetbereich		Verweildauer FP-Bereich		Nutzungsgrad	
	2000	+/- zu 1999	2000	+/- zu 1999	2000	+/- zu 1999	2000	+/- zu 1999
Innere Medizin	9,3	0	9,3	+0,1	11,5	-2,2	85,7	-1,2
• alte Länder	9,2	+0,2	9,2	+0,4	11,6	-1,8	85,2	-1,5
• neue Länder	9,7	-0,5	9,7	-0,4	10,6	-4,9	87,5	-0,3
• < 100 Betten*	6,9	-4,4	6,9	-1,7	8,7	+0,8	87,0	-1,5
• 100-<300 Betten	9,8	+0,3	9,8	+0,3	10,7	+0,8	85,2	-3,0
• 300-<600 Betten	9,3	-0,1	9,3	-0,1	12,4	-2,0	87,5	+0,7
• >= 600 Betten	9,0	+0,2	9,0	+0,2	11,7	-3,0	82,6	-3,3
Allgemeinchirurgie	8,7	-0,3	8,6	-0,5	8,8	-0,2	78,6	-2,2
• alte Länder	8,7	-0,3	8,7	-0,4	8,8	+0,2	77,7	-1,0
• neue Länder	8,5	-0,5	8,3	+0,8	9,1	+0,4	82,8	-3,3
• < 100 Betten	5,6	-2,2	5,3	-2,8	6,8	-0,7	73,6	-1,3
• 100-<300 Betten	8,6	-0,7	8,4	-0,7	9,3	-0,3	77,9	-6,8
• 300-<600 Betten	8,8	0	8,8	-0,1	8,6	-0,1	79,3	-0,1
• >= 600 Betten	9,0	-0,1	9,3	-0,2	8,0	0	82,2	+2,2
Orthopädie	11,9	-0,7	9,6	-1,3	17,8	-0,6	85,8	+2,0
• alte Länder	11,7	-0,9	9,5	-1,6	17,9	-0,7	85,2	+1,8
• neue Länder	12,1	-0,7	9,5	-0,8	17,5	-0,5	86,2	+1,5
• < 100 Betten	13,4	-1,2	11,3	-0,9	18,7	-0,6	81,2	+0,6
• 100-<300 Betten	11,7	-1,3	9,3	-1,2	17,9	-0,1	88,6	+3,7
• 300-<600 Betten	12,2	-0,6	9,7	-1,9	18,3	-0,1	84,6	-1,2
• >= 600 Betten	11,5	-0,7	9,4	-1,0	17,1	-0,4	82,7	-1,1
Gynäkologie	5,7	0	5,0	-0,1	6,8	+0,1	71,4	-1,5
• alte Länder	5,7	+0,1	4,9	-0,1	6,7	+0,3	69,5	-1,4
• neue Länder	6,1	-0,2	5,4	-0,2	7,4	-0,3	78,8	-0,3
• < 100 Betten*	5,1	+0,1	3,8	+0,2	7,0	-1,5	63,7	-6,3
• 100-<300 Betten	5,8	-0,1	5,0	-0,3	7,0	0	69,9	-1,0
• 300-<600 Betten	5,8	0	5,1	+0,1	6,9	0	72,8	-1,3
• >= 600 Betten	5,8	+0,2	5,2	0	6,7	+0,5	74,9	+2,5

* Die Angaben für diese Krankenhäuser sind aufgrund der geringen Besetzungszahlen nicht repräsentativ.

Bei einem Vergleich der fachabteilungsbezogenen Daten ist zu beachten, dass in die beiden Stichproben z.T. unterschiedliche Krankenhäuser eingegangen sind. Die verzeichneten Änderungen können damit auch darauf zurückzuführen sein, dass nicht vollständig die gleichen Fachabteilungen verglichen worden sind.

Ausgewiesen werden zunächst die Belegungsdaten für alle Krankenhäuser, dann für die Krankenhäuser in den alten sowie den neuen Bundesländern. Abschließend erfolgt eine Differenzierung nach 4 Bettengrößenklassen.

Bei den Ist-Daten für 2000 können folgende Verweildauern ermittelt werden:

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

Der Unterschied zu den jeweiligen Verweildauern aus dem Jahr 1999 wird in Tagen angegeben.

Zudem wird der Nutzungsgrad sowie die durchschnittliche Anzahl der behandelten Patienten je Fachabteilung angegeben. Der Unterschied zu den Nutzungsgraden im Jahr 1999 wird in Prozentpunkten angegeben.

Bei den Fachabteilungen gilt es zu berücksichtigen, dass mit zunehmender Größe des Krankenhauses i.d.R. eine Differenzierung der Fachabteilungsstrukturen stattfindet. So liegen z.B. in Krankenhäusern ab 600 Betten neben einer Inneren Medizin auch endokrinologische oder gastroenterologische Fachabteilungen vor. Eine solche Differenzierung der Fachabteilungen hat Auswirkungen auf die Patientenstruktur und damit auch auf die Belegungsdaten. Bei einem Vergleich der oben aufgeführten Belegungsdaten nach Bettengrößenklassen muss dies berücksichtigt werden.

Anhang C: Fachabteilungsbezogene Belegungsdaten für das Jahr 2000

Die in der Frühjahrsumfrage erhobenen fachabteilungsbezogenen Daten werden hier zusammenfassend dargestellt. In den Auswertungen wurden gewichtete Daten verwendet, da die Gesamtwerte für die Krankenhäuser der Bundesrepublik Deutschland verwendet wurden.

Für jede Fachabteilung wurden u.a. folgende Daten ausgewertet

- Anzahl der erfassten Fachabteilungen,
- Anteil der Berechnungstage bzw. der Belegungstage an allen Pflgetagen sowie die Anteile der vollstationären Fälle bzw. der Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen jeweils in Prozent,
- Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten an allen Pflgetagen in Prozent,
- Pflgetage je Fachabteilung bzw. Fälle je Fachabteilung,
- die Verweildauern im Fallpauschalenbereich und im Budgetbereich sowie die Gesamtverweildauer jeweils in Tagen,
- der Nutzungsgrad der Fachabteilung in Prozent.

Bei den nachfolgenden Auswertungen wurden nur Fachabteilungen berücksichtigt, für die in der Stichprobe von mindestens 20 Krankenhäusern Werte angegeben wurden.

Innere Medizin

erfasste Fachabteilungen	217
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	98,9
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	1,1
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	4,4
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	5,5
Pflgetage je Fachabteilung	33.224
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,1
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,9
Fälle je Fachabteilung	3.491
Fälle je Bett	33,5
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	9,5
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	11,5
Verweildauer gesamt in Tagen	9,5
Nutzungsgrad in %	87,4

Chirurgie

erfasste Fachabteilungen	354
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	74,0
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	26,0
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	8,9
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	34,8
Pflgetage je Fachabteilung	21.436
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	74,4
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	25,6
Fälle je Fachabteilung	2.466
Fälle je Bett	33,1
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	8,7
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	8,8
Verweildauer gesamt in Tagen	8,7
Nutzungsgrad in %	78,8

Orthopädie

erfasste Fachabteilungen	81
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	58,0
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	42,0
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	2,0
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	44,0
Pflgetage je Fachabteilung	20.367
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	71,9
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	28,1
Fälle je Fachabteilung	1.707
Fälle je Bett	26,2
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	9,6
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	17,8
Verweildauer gesamt in Tagen	11,9
Nutzungsgrad in %	85,8

Gynäkologie

erfasste Fachabteilungen	302
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	50,8
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	49,2
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	6,9
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	56,1
Pflgetage je Fachabteilung	11.374
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	58,8
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	41,2
Fälle je Fachabteilung	1.985
Fälle je Bett	45,5
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	5,0
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	6,8
Verweildauer gesamt in Tagen	5,7
Nutzungsgrad in %	71,4

Geriatric

erfasste Fachabteilungen	43
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	99,1
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	0,9
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	1,7
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	2,7
Pflgetage je Fachabteilung	20.505
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	98,6
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	1,4
Fälle je Fachabteilung	1.123
Fälle je Bett	17,5
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	18,3
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	12,2
Verweildauer gesamt in Tagen	18,3
Nutzungsgrad in %	87,7

Kardiologie

erfasste Fachabteilungen	51
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	97,4
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	2,6
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	35,6
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	38,2
Pflgetage je Fachabteilung	22.754
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	98,3
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	1,7
Fälle je Fachabteilung	3.486
Fälle je Bett	51,6
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	6,5
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	10,2
Verweildauer gesamt in Tagen	6,5
Nutzungsgrad in %	92,4

Nephrologie

erfasste Fachabteilungen	27
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	98,4
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	1,6
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	4,0
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	5,6
Pflgetage je Fachabteilung	8.567
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	98,8
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	1,2
Fälle je Fachabteilung	762
Fälle je Bett	28,1
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	11,2
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	14,9
Verweildauer gesamt in Tagen	11,2
Nutzungsgrad in %	86,4

Hämatologie

erfasste Fachabteilungen	30
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	97,4
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	2,6
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	1,5
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	4,1
Pflgetage je Fachabteilung	13.152
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,3
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,7
Fälle je Fachabteilung	1.500
Fälle je Bett	35,8
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	8,6
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	30,9
Verweildauer gesamt in Tagen	8,8
Nutzungsgrad in %	86,0

Gastroenterologie

erfasste Fachabteilungen	28
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	99,2
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	0,8
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	3,5
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	4,3
Pflgetage je Fachabteilung	23.932
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,4
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,6
Fälle je Fachabteilung	2.868
Fälle je Bett	36,6
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	8,3
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	11,1
Verweildauer gesamt in Tagen	8,3
Nutzungsgrad in %	83,7

Pädiatrie

erfasste Fachabteilungen	96
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	99,2
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	0,8
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	2,0
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	2,8
Pflgetage je Fachabteilung	13.510
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,4
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,6
Fälle je Fachabteilung	2.272
Fälle je Bett	44,6
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	5,9
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	7,6
Verweildauer gesamt in Tagen	5,9
Nutzungsgrad in %	72,7

Neonatologie

erfasste Fachabteilungen	33
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	100,0
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	0,3
Pflgetage je Fachabteilung	4.384
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,4
Fälle je Fachabteilung	400
Fälle je Bett	29,5
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	11,0
Nutzungsgrad in %	88,5

Unfallchirurgie

erfasste Fachabteilungen	81
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	74,9
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	25,1
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	3,2
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	28,4
Pflgetage je Fachabteilung	19.183
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	84,1
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	15,9
Fälle je Fachabteilung	2.028
Fälle je Bett	32,1
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	8,4
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	15,0
Verweildauer gesamt in Tagen	9,5
Nutzungsgrad in %	83,1

Neurochirurgie

erfasste Fachabteilungen	35
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	99,9
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	0,1
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	1,1
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	1,2
Pflgetage je Fachabteilung	13.975
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,9
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,1
Fälle je Fachabteilung	1.320
Fälle je Bett	29,9
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	10,6
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	6,5
Verweildauer gesamt in Tagen	10,6
Nutzungsgrad in %	86,7

Gefäßchirurgie

erfasste Fachabteilungen	32
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	90,2
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	9,8
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	31,1
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	40,9
Pflgetage je Fachabteilung	10.192
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	79,3
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	20,7
Fälle je Fachabteilung	1.048
Fälle je Bett	29,3
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	11,1
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	4,6
Verweildauer gesamt in Tagen	9,7
Nutzungsgrad in %	78,1

Plastische Chirurgie

erfasste Fachabteilungen	22
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	98,6
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	1,4
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	10,4
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	11,7
Pflgetage je Fachabteilung	8.048
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	98,8
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	1,2
Fälle je Fachabteilung	1.067
Fälle je Bett	41,1
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	7,5
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	8,9
Verweildauer gesamt in Tagen	7,5
Nutzungsgrad in %	84,9

Urologie

erfasste Fachabteilungen	132
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	86,0
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	14,0
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	13,7
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	27,7
Pflgetage je Fachabteilung	9.908
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	90,3
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	9,7
Fälle je Fachabteilung	1.409
Fälle je Bett	42,0
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	6,7
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	10,2
Verweildauer gesamt in Tagen	7,0
Nutzungsgrad in %	80,9

Geburtshilfe

erfasste Fachabteilungen	87
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	26,5
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	73,5
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	1,2
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	74,7
Pflgetage je Fachabteilung	5.487
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	24,7
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	75,3
Fälle je Fachabteilung	990
Fälle je Bett	45,7
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	6,0
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	5,4
Verweildauer gesamt in Tagen	5,5
Nutzungsgrad in %	69,4

HNO

erfasste Fachabteilungen	227
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	67,8
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	32,2
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	8,1
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	40,3
Pflgetage je Fachabteilung	4.427
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	70,6
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	29,4
Fälle je Fachabteilung	849
Fälle je Bett	41,4
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	5,0
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	5,7
Verweildauer gesamt in Tagen	5,2
Nutzungsgrad in %	59,1

Augenheilkunde

erfasste Fachabteilungen	99
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	53,5
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	46,5
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	2,1
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	48,6
Pflgetage je Fachabteilung	4.565
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	39,2
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	60,8
Fälle je Fachabteilung	1.102
Fälle je Bett	60,6
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	5,7
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	3,2
Verweildauer gesamt in Tagen	4,1
Nutzungsgrad in %	68,8

Neurologie

erfasste Fachabteilungen	77
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	99,9
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	0,1
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	0,8
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	0,9
Pflgetage je Fachabteilung	16.820
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,9
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,1
Fälle je Fachabteilung	1.417
Fälle je Bett	26,8
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	11,9
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	14,5
Verweildauer gesamt in Tagen	11,9
Nutzungsgrad in %	87,1

Allgemeine Psychiatrie

erfasste Fachabteilungen	40
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	100,0
Pflgetage je Fachabteilung	32.996
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	100,0
Fälle je Fachabteilung	1.307
Fälle je Bett	13,3
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	25,3
Nutzungsgrad in %	92,1

Nuklearmedizin

erfasste Fachabteilungen	26
Anteil Berechnungstage an allen Pflegetagen in %	100
Pflege tage je Fachabteilung	2.613
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	100,0
Fälle je Fachabteilung	503
Fälle je Bett	62,8
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	5,2
Nutzungsgrad in %	89,3

Strahlenheilkunde

erfasste Fachabteilungen	48
Anteil Berechnungstage an allen Pflegetagen in %	99,8
Anteil Belegungstagen an allen Pflegetagen in %	0,2
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflegetagen in %	0,6
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflegetagen in %	0,7
Pflege tage je Fachabteilung	5.687
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	100,0
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,0
Fälle je Fachabteilung	593
Fälle je Bett	6,4
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	9,6
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	37,0
Verweildauer gesamt in Tagen	9,6
Nutzungsgrad in %	16,9

Dermatologie

erfasste Fachabteilungen	29
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	99,0
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	1,0
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	0,7
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	1,7
Pflgetage je Fachabteilung	12.073
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	98,0
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	2,0
Fälle je Fachabteilung	1.165
Fälle je Bett	29,7
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	10,5
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	5,0
Verweildauer gesamt in Tagen	10,4
Nutzungsgrad in %	84,4

Zahn- u. Kieferheilkunde

erfasste Fachabteilungen	60
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	99,9
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	0,1
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	0,7
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	0,8
Pflgetage je Fachabteilung	3.906
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	99,9
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	0,1
Fälle je Fachabteilung	610
Fälle je Bett	42,9
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	6,4
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	6,4
Verweildauer gesamt in Tagen	6,4
Nutzungsgrad in %	75,3

Intensivmedizin

erfasste Fachabteilungen	122
Anteil Berechnungstage an allen Pflgetagen in %	88,9
Anteil Belegungstagen an allen Pflgetagen in %	11,1
Anteil BT für Pat mit SE an allen Pflgetagen in %	0,8
Anteil FP/SE-Tage an allen Pflgetagen in %	11,9
Pflgetage je Fachabteilung	3.969
Anteil vollstationärer Fälle an allen Fällen in %	88,8
Anteil Fälle mit Fallpauschalen an allen Fällen in %	11,2
Fälle je Fachabteilung	1.177
Fälle je Bett	87,9
Verweildauer Budgetbereich in Tagen	3,4
Verweildauer FP-Bereich in Tagen	3,4
Verweildauer gesamt in Tagen	3,4
Nutzungsgrad in %	81,2