

# ***Krankenhaus Barometer***

## **Frühjahrsumfrage 2002**



Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.  
Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf

August 2002

## Inhaltsverzeichnis

### ***Krankenhaus Barometer***

#### **Frühjahrsumfrage 2002**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Mögliche Auswirkungen des EuGH-Urteils auf den Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern</b>	<b>5</b>
	2.1 Bereitschaftsdienst leistende Berufsgruppen	5
	2.2 Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes bei Anwendbarkeit des EuGH-Urteils	5
	2.3 Probleme einer Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes	8
	2.4 Positive Auswirkungen einer Umgestaltung	10
<b>3</b>	<b>Investitionsentwicklung im Krankenhaus</b>	<b>12</b>
	3.1 Investitionen im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahr	12
	3.2 Herkunft der Investitionsmittel	13
	3.3 Investitionen je Fall	15
	3.4 Investitionsquoten	16
	3.5 Verwendung der Investitionsmittel	19
	3.6 Verwendung der Investitionsmittel im Hinblick auf das Fallpauschalensystem	21
	3.7 Alternative Nutzungs- und Finanzierungskonzepte	22
<b>4</b>	<b>Krankenhausinvestitionsprogramm nach Artikel 14 GSG</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>Fördervereine von Krankenhäusern</b>	<b>26</b>
	5.1 Krankenhäuser mit Fördervereinen	26
	5.2 Finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser durch Fördervereine	27
	5.3 Verwendung der durch Fördervereine zur Verfügung gestellten Mittel	28

5.4	Einnahmen aus sonstigen Spenden, Sponsoring oder Erbschaften	29
5.5	Verwendung der durch sonstige Spenden, Sponsoring oder Erbschaften eingenommenen Mittel	31
<b>6</b>	<b>Qualitätsberichte in Krankenhäusern</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V</b>	<b>37</b>
7.1	Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V	37
7.2	Gründe für die Nichtteilnahme am ambulanten Operieren	39
7.3	Gründe für die teilweise Teilnahme am ambulanten Operieren	41
7.4	Gründe für die volle Teilnahme am ambulanten Operieren	44
<b>8</b>	<b>Belegungsdaten der Krankenhäuser im Jahr 2001</b>	<b>46</b>
8.1	Betten	46
8.2	Fälle und Pflegetage	46
8.3	Verweildauer und Auslastungsgrad	49
8.4	Vor- und nachstationäre Behandlung	50
<b>9</b>	<b>Erlöse im Jahr 2001</b>	<b>53</b>
9.1	Erlösarten	53
9.2	Erlöse je Fall/ je Pflegetag	54
<b>10</b>	<b>Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2002</b>	<b>56</b>
10.1	Krankenhäuser mit Pflegesatzvereinbarungen	56
10.2	Geforderte und vereinbarte Vergütungen	57
10.3	Vereinbarter Basispflegesatz	60
<b>Anhang</b>		<b>62</b>

## 1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von April bis Juli 2002 durchgeführt worden ist.<sup>1</sup> Beteiligt haben sich insgesamt 434 Krankenhäuser; eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Stichprobenbildung enthält der Anhang.

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

In Kapitel 2 werden zunächst mögliche Auswirkungen des EuGH-Urteils zum Bereitschaftsdienst diskutiert. Deutlich zeigen sich die in den Krankenhäusern auftretenden Probleme im Bereich des Ärztlichen Dienstes, wenn das EuGH-Urteil auch Rechtsrelevanz für Deutschland haben sollte.

Das dritte Kapitel befasst sich mit der Investitionsentwicklung im Jahre 2001. Die Ergebnisse belegen, dass die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bereitgestellten Mittel für Investitionen nur noch 57% der gesamten Investitionssumme ausmachen und dass die Investitionsquote mit 11,7% im Krankenhausbereich deutlich niedriger liegt als in anderen Unternehmen.

Kapitel 4 widmet sich der Frage, ob die mit dem Krankenhausinvestitionsprogramm nach Artikel 14 GSG verfolgte Zielsetzung der Niveau-Angleichung der ostdeutschen an die westdeutschen Krankenhäuser erreicht wurde.

In Kapitel 5 wird dargestellt, in wie vielen Krankenhäusern es Fördervereine oder Freundeskreise gibt und in welcher Form sie ihr Krankenhaus unterstützen.

Inwieweit Krankenhäuser zur Zeit schon freiwillig Qualitätsberichte erstellen und welche zentralen Inhalte diese Berichte haben, wird in Kapitel 6 behandelt.

Neben einer Darstellung der Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V wird in Kapitel 7 diskutiert, warum Krankenhäuser sich im Zuge einer Instituts-ermächtigung am ambulanten Operieren beteiligen bzw. warum sie sich nicht daran beteiligen.

Kapitel 9 fasst die Entwicklung der Krankenhäuser im Jahr 2001 zusammen. Berichtet wird über die Belegungsdaten der Krankenhäuser in diesem Jahr; soweit möglich und sinnvoll sind auch Vergleichsdaten zum Jahr 2000 angegeben.

Im neunten Kapitel werden die Ist-Erlöse des Jahres 2001 dargestellt.

Das abschließende Kapitel geht auf die Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2002 ein. Hierbei werden u.a. die vereinbarten Erlöse behandelt.

---

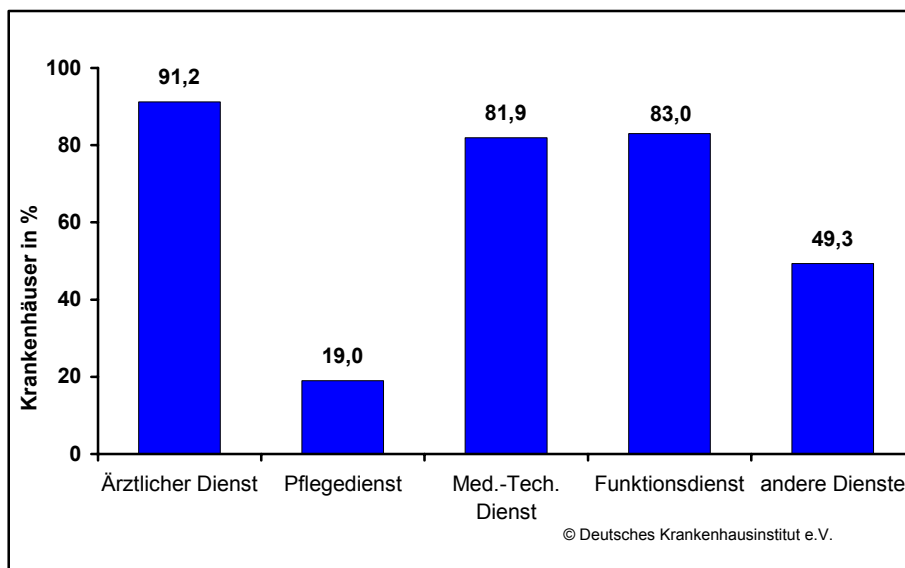
<sup>1</sup> Wir möchten an dieser Stelle den Krankenhäusern danken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

## 2 Mögliche Auswirkungen des EuGH-Urteils auf den Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern

### 2.1 Bereitschaftsdienst leistende Berufsgruppen

Der EuGH hat in seinem Urteil vom 3.10.2000 u.a. entschieden, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst in einer spanischen Gesundheitseinrichtung als Arbeitszeit zu werten sei. Inwieweit dieses Urteil auf den Bereitschaftsdienst nach deutschem Recht übertragbar ist, ist juristisch noch nicht abschließend geklärt.

Bereitschaftsdienst leisten Ärzte in 91% der Krankenhäuser.



**Abb. 1: Bereitschaftsdienst leistende Berufsgruppen in den Krankenhäusern**

Der Pflegedienst leistet nur in einem Fünftel der Häuser Bereitschaftsdienst, und dies vorwiegend in großen Häusern.

Beim Medizinisch-Technischen Dienst, der in 82% aller Häuser zu Bereitschaftsdiensten verpflichtet ist, sind insbesondere Radiologieassistenten/-innen sowie Laboratoriumsassistenten/-innen betroffen.

In 83% der deutschen Krankenhäusern leistet der Funktionsdienst Bereitschaftsdienst. Vor allem der Operationsdienst sowie der Anästhesiedienst unterliegen dieser Arbeitszeitorganisation.

Andere Dienste, und hier vor allem der Technische Dienst, führen in gut der Hälfte der Krankenhäuser Bereitschaftsdienst durch.

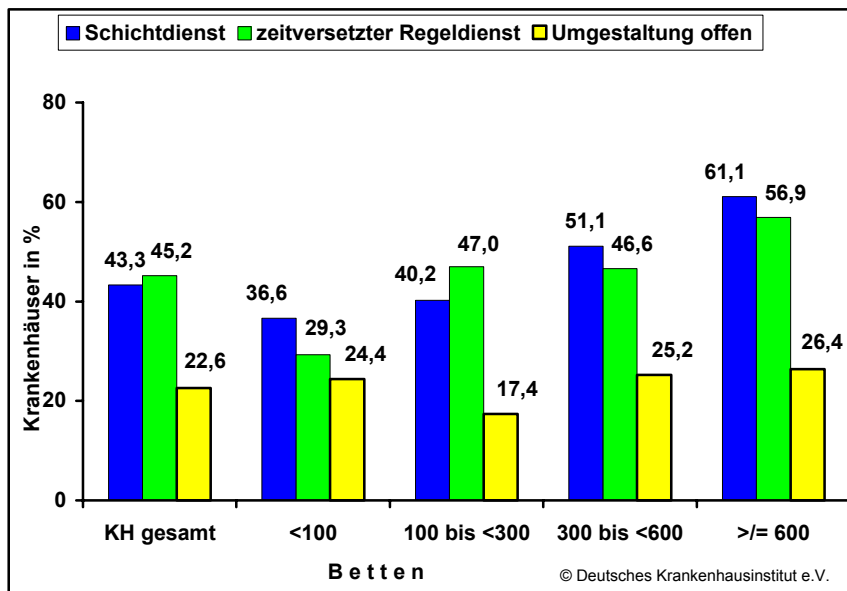
### 2.2 Umgestaltung des Bereitschaftsdiensts bei Anwendbarkeit des EuGH-Urteils

Sofern das EuGH-Urteil zum Bereitschaftsdienst auch den deutschen Bereitschaftsdienst tangieren sollte, müsste zwangsläufig eine Umgestaltung der Arbeitszeitorganisation erfolgen, da i.d.R. die vorgeschriebene tägliche Höchstarbeitszeit ansonsten überschritten wird.

Naheliegende Umgestaltungen der Arbeitszeitorganisation sind die Einführung von Schichtdiensten unterschiedlichster Art, zeitversetzte oder geteilte Regeldienste sowie der verstärkte Einsatz von Rufbereitschaften. In den Krankenhäusern werden diese unterschiedlichen Organisationsformen diskutiert, oftmals auch in Kombination.

Eine Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes im Bereich des **Ärztlichen Dienstes** würde in den meisten Krankenhäusern voraussichtlich in Form eines zeitversetzten Regeldienstes mit anschließendem Bereitschaftsdienst erfolgen. Die ganztägige ärztliche Präsenz wäre dann über einen zeitversetzten Tagesdienst gewährleistet. Der Bereitschaftsdienst würde im Vergleich zu heute zeitlich kürzer ausfallen.

Während nur 30% der kleinen Krankenhäuser eine entsprechende Lösung für sich anstreben würden, hält die Hälfte der anderen Krankenhäuser eine solche Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes für denkbar.



\* Da Mehrfachangaben zulässig waren, addieren sich die Antworten nicht zu 100%.

**Abb. 2: Umgestaltung Bereitschaftsdienst des Ärztlichen Dienstes nach Größenklassen**

Als weitere Möglichkeit werden Schichtdienste für Ärzte in 43% der Häuser diskutiert. Hier sind vor allem 3-Schicht-Dienste und weniger 2-Schicht-Dienste im Gespräch, zumal bei letzteren zunächst die gesetzlichen Regelungen in Deutschland angepasst werden müssten. Differenziert man die Krankenhäuser nach Größenklassen, so fällt auf, dass in allen Größenklassen mit Ausnahme der Häuser mit 100 bis unter 300 Betten Schichtdienstmodelle häufiger als der zeitversetzten Regeldienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst genannt wurde.

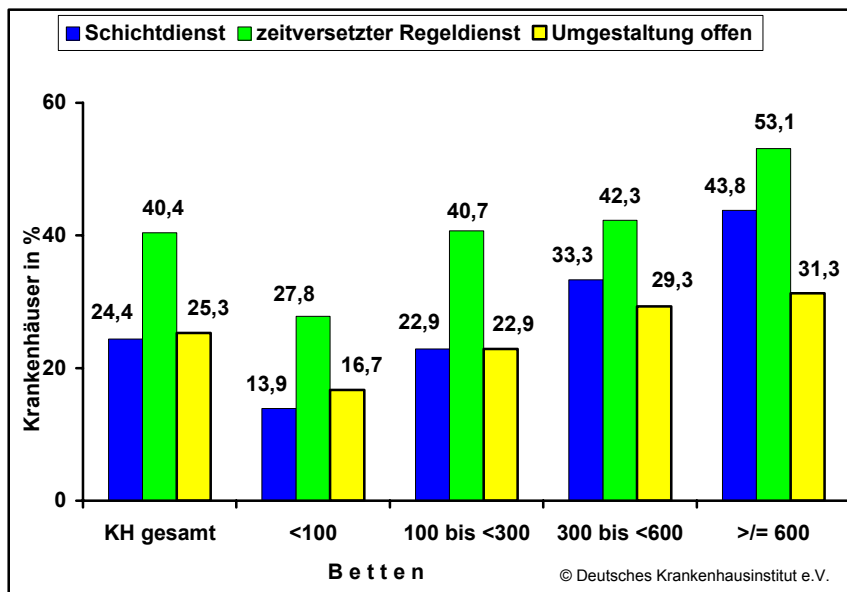
Noch offen ist bei knapp einem Viertel der Krankenhäuser eine mögliche Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes.

Der Bereitschaftsdienst im **Pflegedienst**, der ja nur in 19% der Krankenhäuser vorkommt, würde in 40% dieser Häuser in einen Schichtdienst bzw. in 25% in einen zeitversetzten Regeldienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst umgewandelt werden. 31% der Häuser betonen, dass die zukünftige Organisation des

Bereitschaftsdienstes noch offen sei.

Der zeitversetzte Regeldienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst wäre auch für 40% der Krankenhäuser eine Alternative zum bisherigen Bereitschaftsdienst für den **Medizinisch-Technischen Dienst**. Daneben wird auch in 24% der Krankenhäuser über Schichtdienste nachgedacht, wobei dies vor allem für Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten eine Möglichkeit zur Umgestaltung ihrer Arbeitszeitorganisation darstellen würde.

Für ein Viertel der Häuser ist die Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes im Medizinisch-Technischen Dienst noch offen.



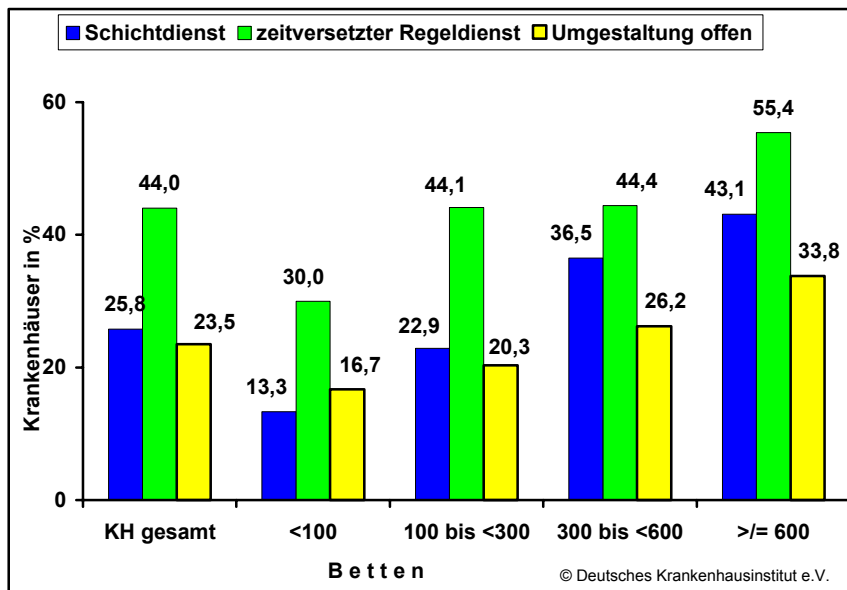
\* Da Mehrfachangaben zulässig waren, addieren sich die Antworten nicht zu 100%.

**Abb. 3: Umgestaltung Bereitschaftsdienst des Medizinisch-Technischen Dienstes nach Größenklassen**

Auch im **Funktionsdienst** sehen die meisten Krankenhäuser in einem zeitversetzten Regeldienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst eine Alternative zu ihrer derzeitigen Arbeitszeitorganisation bei dieser Berufsgruppe.

Daneben wird in mehr als einem Viertel der Häuser ein Schichtdienstsystem diskutiert.

In einem Viertel der Krankenhäuser ist die Form der Umgestaltung der zur Zeit praktizierten Arbeitszeitorganisation noch völlig offen.



\* Da Mehrfachangaben zulässig waren, addieren sich die Antworten nicht zu 100%.

**Abb. 4: Umgestaltung Bereitschaftsdienst des Funktionsdienstes nach Größenklassen**

Im Bereich der **anderen Dienste** wird entweder Rufbereitschaft (36%) ins Auge gefasst oder aber es ist noch völlig offen (41%), wie der Bereitschaftsdienst bei der Anwendung des EuGH-Urteils umgestaltet werden müsste.

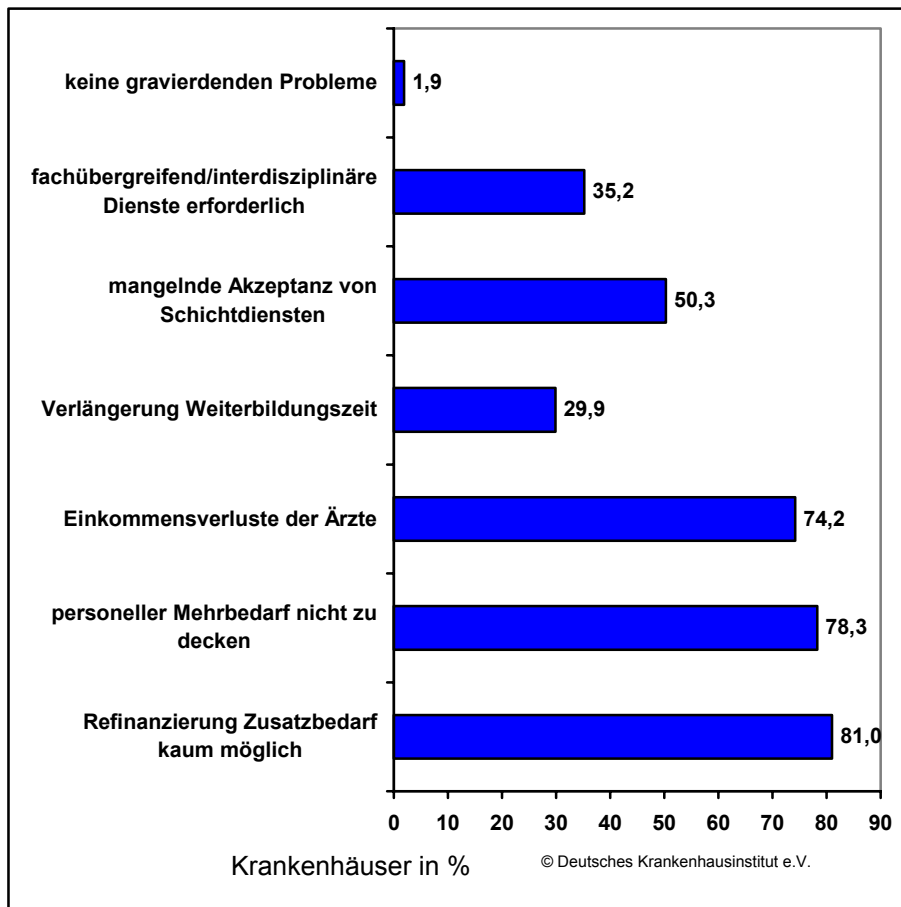
### 2.3 Probleme einer Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes

Die Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes im Ärztlichen Dienst würde nicht nur eine Änderung der Arbeitszeitorganisation bedeuten, sondern auch einen verstärkten Personalbedarf. Dass dies zu großen Problemen in den Krankenhäusern führen würde, zeigen die Angaben der Häuser.

Eine Refinanzierung des Zusatzbedarfs an Ärzten wäre nach Aussage von 81% der Krankenhäuser kaum möglich. Darüber hinaus gaben 78% der Krankenhäuser zu bedenken, dass aufgrund des Ärztemangels der personelle Mehrbedarf nicht zu decken sei. Insbesondere die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern sehen dies als gravierendes Problem an.

Durch den Wegfall der Vergütung für Bereitschaftsdienste würde den Krankenhausärzten ein nicht unerheblicher Teil ihres Einkommens entgehen, der nur teilweise durch andere Zulagen wie die Schichtdienstzulage kompensiert werden könnte. Dieses Problem wurde von drei Vierteln der Krankenhäusern genannt.





**Abb. 5: Probleme der Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes für den Ärztlichen Dienst**

Dass der Schichtdienst bei den Ärzten auf eine mangelnde Akzeptanz stoßen wird, gab die Hälfte der Häuser an. Bei den Krankenhäusern ab 300 Betten wird dies als offensichtlich problematischer eingeschätzt als bei den Krankenhäusern mit weniger als 300 Betten.

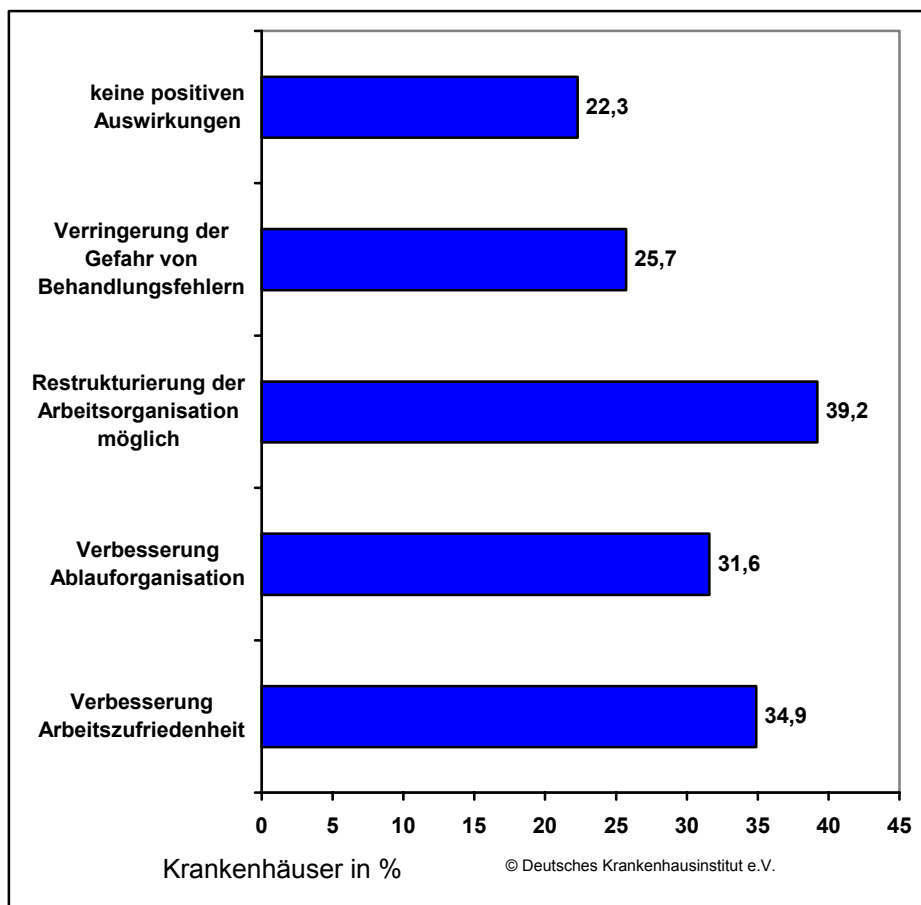
Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser müsste fachübergreifende/ interdisziplinäre Dienste einführen, um die ärztliche Versorgung im gewohnten Umfang sicherstellen zu können. 30% der Krankenhäuser sehen es als Problem an, dass durch die Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes die ärztliche Weiterbildungszeit verlängert würde.

Nur eine kleine Minderheit der Krankenhäuser, nämlich 2%, sehen mit einer Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes keine gravierenden Probleme einhergehen. Dies heißt im Umkehrschluss, dass die überwiegende Mehrzahl der Krankenhäuser sich bewusst ist, dass eine Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes mit gravierenden Problemen verbunden ist.

## 2.4 Positive Auswirkungen einer Umgestaltung

Neben problematischen Aspekten kann die Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes im Ärztlichen Dienst auch positive Auswirkungen haben. Insofern nannten z.T. auch die Krankenhäuser, die angaben, der vermehrte Personalbedarf wäre nicht zu decken oder eine Refinanzierung wäre nicht möglich, solche Aspekte einer Umgestaltung, die positiv beurteilt werden können. Im Vergleich zu den genannten Problemen sehen allerdings im Durchschnitt weniger Krankenhäuser solche positiven Auswirkungen. Während etwa die drei häufigsten Problembereiche von jeweils mehr als drei Viertel der Häuser genannt wurden, werden positive Aspekte nur von 39% bzw. einem Drittel der Häuser genannt.

Dass eine Restrukturierung der Arbeitsorganisation möglich wird, sehen 39% der Krankenhäuser als eine positive Auswirkung einer Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes. Während diese Sichtweise von 53% der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten geteilt wird, vertreten lediglich 28% der Häuser mit weniger als 100 Betten diese Ansicht.



**Abb. 6: Positive Auswirkungen der Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes für den Ärztlichen Dienst**

Eine Verbesserung der Ablauforganisation wäre nach Ansicht von 32% der Krankenhäuser eine positive Folge einer Umgestaltung. Auch hier reicht die Spann-

weite der Zustimmung von 25% der Häuser mit unter 100 Betten bis hin zu 47% der Krankenhäuser ab 600 Betten.

Eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit erwarten 35% der Krankenhäuser.

Mehr als ein Viertel der Krankenhäuser sieht darüber hinaus die Möglichkeit einer Verringerung der Gefahr durch Behandlungsfehler, wenn der Bereitschaftsdienst durch andere Arbeitszeitorganisationsformen abgelöst würde.

Dass die positiven Auswirkungen einer Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes für den Bereich des Ärztlichen Dienstes im Zusammenhang mit den daraus entstehenden Problemen gesehen werden muss, kann an den folgenden Zusammenhängen verdeutlicht werden:

- 85% derjenigen, die eine mögliche Restrukturierung der Arbeitsorganisation als positive Auswirkung sehen, betonen gleichzeitig, dass eine Refinanzierung des Zusatzbedarfes an Ärzten kaum möglich sei.
- 91% der Krankenhäuser, die eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit erwarten, halten ebenfalls eine Refinanzierung des zusätzlichen ärztlichen Personals für nicht möglich.
- 85% der Häuser, die eine Verbesserung der Ablauforganisation als wünschenswerten Effekt der Umstrukturierung sehen, befürchten, dass eine Refinanzierung der zusätzlich benötigten Ärzte nicht möglich sei.

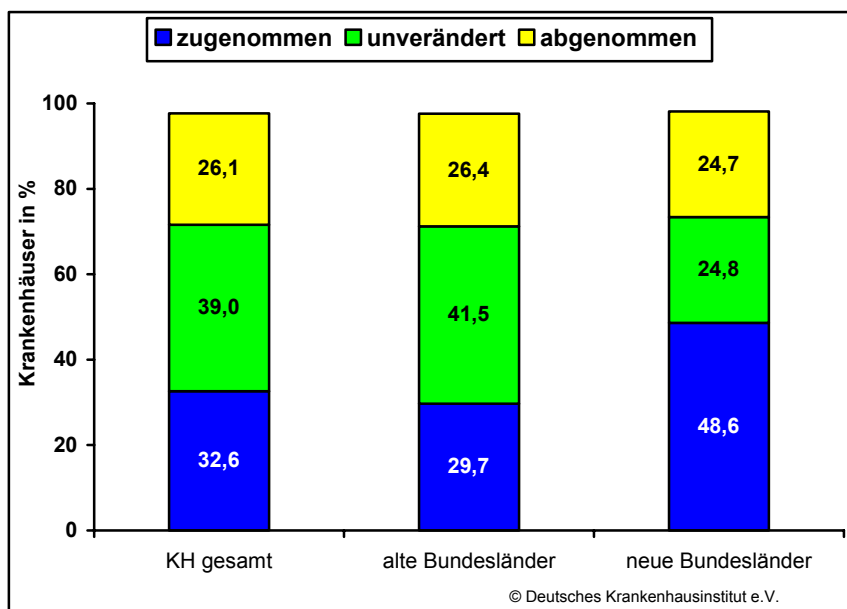
Vergleichbare Werte ergeben sich, wenn man die drei häufigsten positiven Auswirkungen im Zusammenhang mit dem Problem der Deckung des personellen Mehrbedarfs sieht.

Insgesamt kann gesagt werden, dass zwar eine Reihe von Krankenhäusern positive Auswirkungen einer Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes im Ärztlichen Dienstes sieht, die damit verbundenen Probleme werden aber als weitaus gravierender eingeschätzt.

### 3 Investitionsentwicklung im Krankenhaus

#### 3.1 Investitionen im Jahr 2001 im Vergleich zum Vorjahr

Im Jahr 2001 standen den Krankenhäusern insgesamt 3.387,7 Mio. Euro an KHG-Fördermitteln zur Verfügung; das waren 0,3% mehr als im Vorjahr.<sup>2</sup> Auch wenn die KHG-Mittel nicht die alleinige Quelle für Investitionen sind, wird verständlich, dass von den im *Krankenhaus Barometer* befragten Krankenhäusern nur knapp ein Drittel angab, dass die Gesamtsumme der im Jahr 2001 für Investitionen zur Verfügung stehenden Mittel gegenüber dem Vorjahr zugenommen habe. Bei 39% blieben die verfügbaren Mittel weitgehend unverändert und 26% der Krankenhäuser verzeichneten eine Abnahme.



\* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

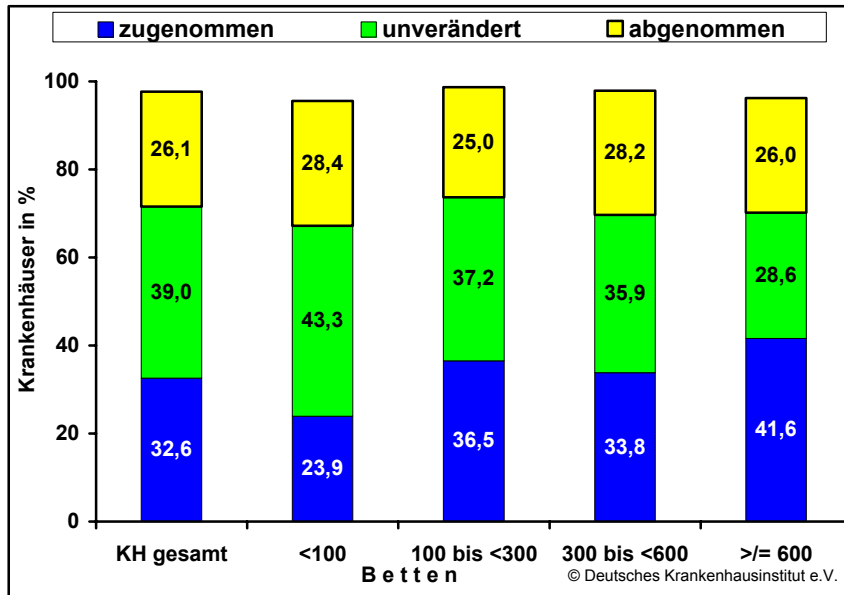
**Abb. 7: Veränderung der Investitionen im Vergleich zum Vorjahr nach alten und neuen Bundesländern**

Jeweils etwa ein Viertel der Krankenhäuser in den alten und den neuen Bundesländern konnte im Jahr 2001 weniger Investitionsmittel als im Jahr 2000 einsetzen. In den neuen Bundesländern lag der Anteil der Häuser, die mehr Mittel für Investitionen zur Verfügung hatten, um fast 20%-Punkte über dem entsprechenden Anteil in den alten Bundesländern.

Bei den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten gaben nur 24% steigende Investitionsmittel an; etwas größer war der Anteil der Krankenhäuser mit reduzierten Mitteln. Umgekehrt konnten vor allem die großen Krankenhäuser ab 600 Betten ihre Investitionsmittel erhöhen.

<sup>2</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft: Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. <http://www.dkgev.de>.

Mit Ausnahme dieser großen Krankenhäuser bildeten in jeder Größenklasse die Krankenhäuser die größte Gruppe, deren Investitionsmittel im Vergleich zum Vorjahr unverändert blieben.



\* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

**Abb. 8: Veränderung der Investitionen im Vergleich zum Vorjahr nach Größenklassen**

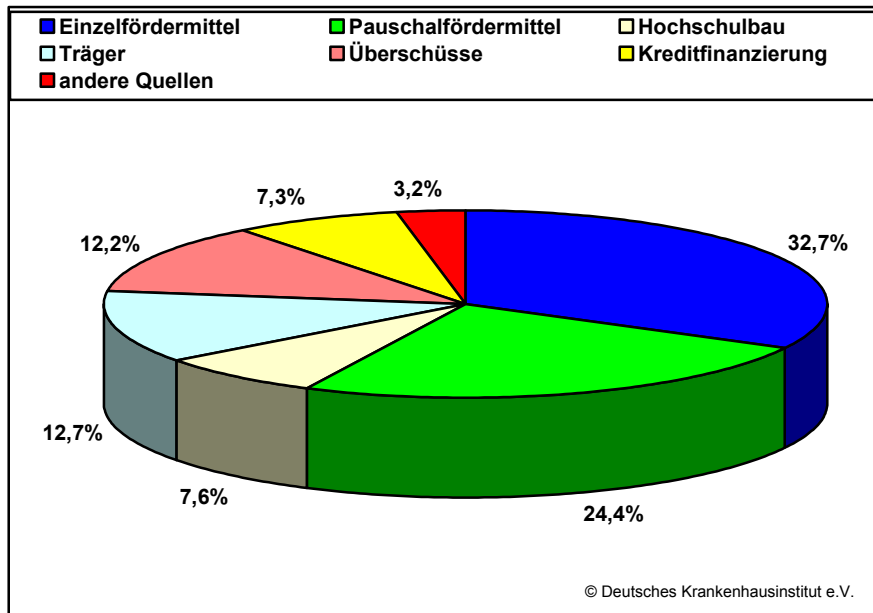
### 3.2 Herkunft der Investitionsmittel

Die von den Bundesländern nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bereitgestellten Mittel für Investitionen (KHG-Fördermittel) waren in den letzten Jahren tendenziell rückläufig. 1991 beliefen sich die gesamten Fördermittel auf 3.640,9 Mio. Euro.<sup>3</sup> Die für das Jahr 2001 ermittelten 3.387,7 Mio. Euro bedeuten für den betrachteten Zeitraum einen Rückgang um 6,9%.<sup>4</sup> Um so wichtiger wird es für die Krankenhäuser, andere Finanzierungsquellen für benötigte Investitionen zu finden.

Die den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Investitionsmittel stammen aus verschiedenen Quellen, wobei die KHG-Fördermittel einen Anteil von 57% ausmachten. Die Mittel des Hochschulbauförderungsgesetzes hatten einen Anteil von 8%.

<sup>3</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft: Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. <http://www.dkgev.de>

<sup>4</sup> ebd.



**Abb. 9: Herkunft der Investitionsmittel**

Weitere wichtige Finanzierungsquellen stellten die Fördermittel des Trägers (12,7%) sowie die Mittel aus eigenen Überschüssen (12,2%) dar.

In den neuen Bundesländern lag der Anteil der aus KHG-Fördermitteln bzw. Mitteln des Hochschulförderungsgesetzes stammenden Investitionen bei 76%. Der entsprechende Anteil war in den alten Bundesländern mit 61% deutlich niedriger.

Während die Krankenhäuser in Westdeutschland 14% der Investitionsmittel von ihrem Träger zur Verfügung gestellt bekommen haben, erreichte der trägerfinanzierte Investitionsanteil in Ostdeutschland nur einen Wert von 8%.

Unterschiede gibt es auch bei der Kreditfinanzierung. In den alten Bundesländern wurden 10% der Investitionen über Kredite finanziert. Dagegen lag der Anteil der Kreditfinanzierung in den neuen Bundesländern bei lediglich 0,6%.

Differenziert man die Krankenhäuser nach Größenklassen, so liegt der Anteil der Einzelfördermittel an den gesamten Investitionen bei allen Krankenhäusern mit Ausnahme der Häuser ab 600 Betten bei 45%. Bei den großen Krankenhäusern liegt dieser Anteil bei 20%. Berücksichtigt man allerdings die Mittel aus dem Hochschulbaufördergesetz, steigt der Anteil auf 41%.

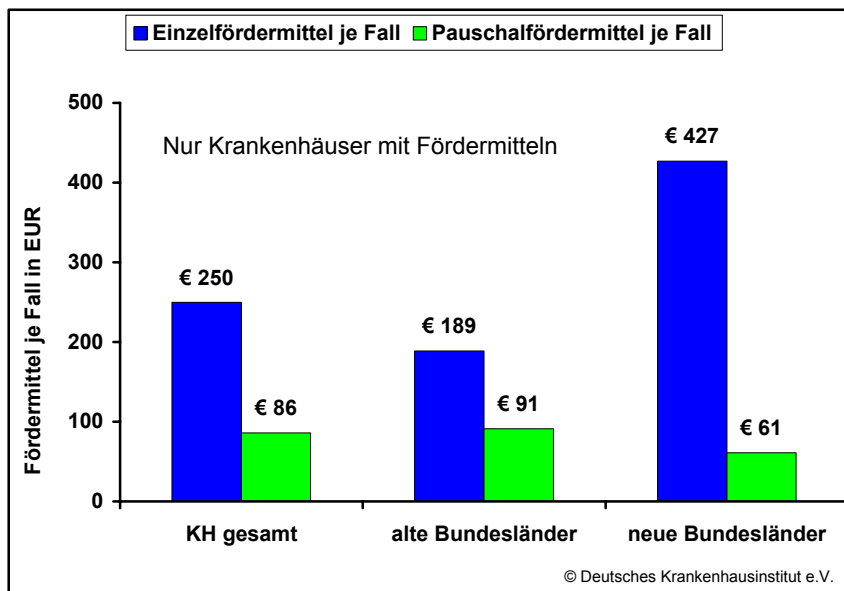
Die Pauschalfördermittel machen je nach Größenklasse einen Anteil von einem Fünftel bis zu einem Viertel der gesamten für Investitionen zur Verfügung stehenden Summe aus.

Während der Anteil der trägerfinanzierten Investitionen bei den Krankenhäusern ab 600 Betten bei 20% liegt, bewegt er sich bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen bis 300 Betten bei etwa 8-9%. Deutlich geringer mit 4% ist der entsprechende Anteil bei den Häusern mit 300 bis unter 600 Betten. Dafür ist hier der Anteil der überschussfinanzierten Investitionen mit 15% überdurchschnittlich hoch. Bei den anderen Krankenhäuser liegt dieser Anteil zwischen 7% (Krankenhäuser unter 100 Betten) und 10% (Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten bzw. ab 600 Betten).

### 3.3 Investitionen je Fall

Die Länder kommen ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem KHG in unterschiedlicher Höhe nach. Eine Möglichkeit, diese Unterschiede zu verdeutlichen, ist, die KHG-Fördermittel eines Jahres auf die Zahl der Fälle dieses Jahres zu beziehen. Für das Jahr 2002 reichte die Bandbreite bei der Pauschalförderung je Fall in den alten Bundesländern von 72,- Euro in Rheinland-Pfalz bis 113,- Euro in Hamburg. In den neuen Bundesländern betragen die Mittel im Minimum 24,- Euro in Sachsen-Anhalt und maximal 59,- Euro in Brandenburg.<sup>5</sup>

Aufgrund der Sonderregelungen nach Artikel 14 GSG sind die Mittel je Fall für die Einzelförderung in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten Bundesländern. Die Bandbreiten betragen im Jahr 2000 300,- Euro (Brandenburg) bis 399,- Euro (Thüringen) bzw. 51,- Euro (Nordrhein-Westfalen) bis 201,- Euro (Bayern).<sup>6</sup>



**Abb. 10: Fördermittel je Fall nach alten und neuen Bundesländern**

Allerdings erhielten laut *Krankenhaus Barometer* 2001 nur 34% aller Krankenhäuser Einzelfördermittel. Der Durchschnittsbetrag belief sich für diese Krankenhäuser auf 3,015 Mio. Euro bzw. 250 Euro je Fall. Als Bandbreite ergibt ein Betrag von 189 Euro für die Krankenhäuser in den alten Bundesländern und 427 Euro für die Häuser in den neuen Bundesländern.<sup>7</sup>

Demgegenüber erhielten 95% der Krankenhäuser Pauschalfördermittel; der ermittelte Durchschnittsbetrag liegt etwa bei 793.000 Euro bzw. 86 Euro je Fall, wobei die Krankenhäuser in den alten Bundesländern durchschnittlich 91 Euro und die Häuser in den neuen Bundesländern 61 Euro je Fall erhielten.

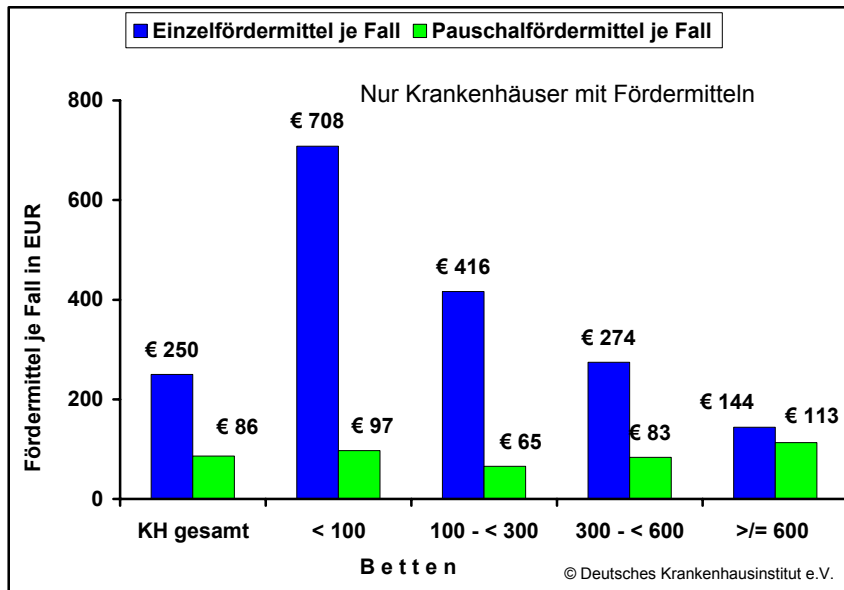
<sup>5</sup> E. Bruckenberger: Das Krankenhaus im DRG-Zeitalter. <http://www.bruckenberger.de>

<sup>6</sup> ebd.

<sup>7</sup> Einbezogen sind nur die Krankenhäuser, die Einzelfördermittel erhielten.

Mittel nach dem Hochschulbauförderungsgesetz erhielten 2% der Häuser. Für diese Krankenhäuser bedeutet das einen Durchschnittsbetrag von 13,539 Mio. Euro bzw. 321 Euro je Fall.

Bei der Zuweisung von Einzelfördermitteln besteht ein Zusammenhang mit der Größe der Krankenhäuser. So erhalten nur 21% der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten Einzelfördermittel, während 56% der Häuser ab 600 Betten in die Förderung einbezogen sind.



**Abb. 11: Fördermittel je Fall nach Größenklassen**

Bezieht man die Fördermittel auf die Zahl der Fälle und berücksichtigt man dabei nur die Krankenhäuser, die entsprechende Mittel erhalten, nimmt die Höhe der Einzelfördermittel je Fall mit zunehmender Krankenhausgröße ab.

Hinsichtlich der Pauschalfördermittel je Fall erhalten die Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten sowie die Häuser ab 600 Betten überdurchschnittlich hohe Mittel. Deutlich unter dem bundesdeutschen Mittelwert von 86 Euro liegen die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten.

### 3.4 Investitionsquoten

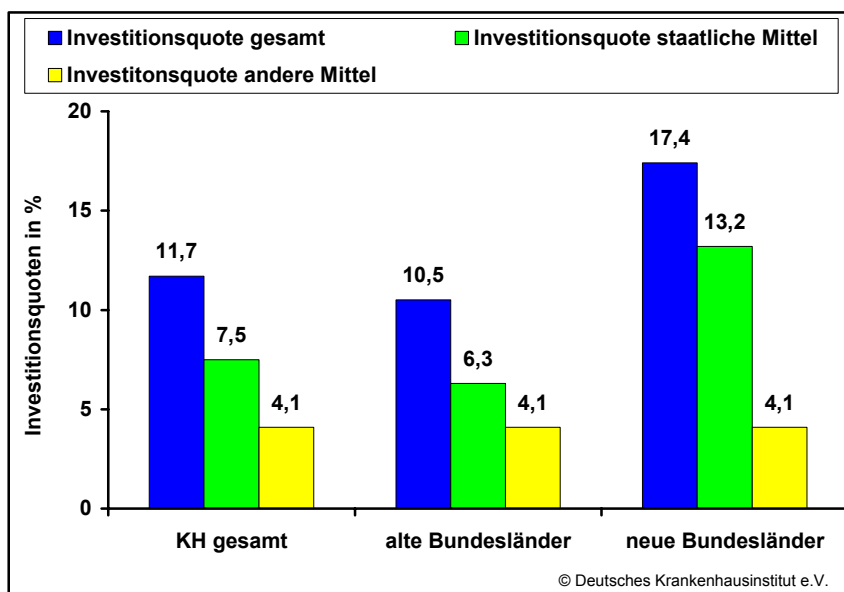
Die nach dem KGH bereitgestellten Mittel reichten weder in der Vergangenheit noch reichen sie derzeit aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken. Vielmehr hat sich die Differenz zwischen tendenziell sinkenden Mittel und steigendem Bedarf stetig vergrößert. Der damit aufgelaufene Investitionsstau wird auf 25 bis 50 Mrd. Euro geschätzt.<sup>8</sup> Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht des erheblichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser im Hinblick auf die Gewährleistung einer ausreichenden Wettbewerbsfähigkeit bei der Einführung von DRGs ist es verständlich, dass die Krankenhäuser zunehmend ergänzende Investitionsmittel benötigen und in Anspruch nehmen.

<sup>8</sup> P. Oberender, J. Hacker, R. Schommer: Krankenhäuser und Kapitalmarkt. f&w 2/2002, S. 130



Nach wie vor haben nach den Ergebnissen des *Krankenhaus Barometers* die KHG-Fördermittel den überwiegenden Teil zu den benötigten Investitionen beizutragen. Im Jahr 2001 machten die KHG-Fördermittel aber nur noch etwa 57% aller Investitionsmittel aus. Unter Berücksichtigung der Mittel des Hochschulbauförderungsgesetzes werden zwei Drittel der Investitionen staatlich finanziert.

Bezieht man zur Ermittlung einer Investitionsquote die für Investitionen zur Verfügung stehenden Mittel auf die Summe der Erlöse aus stationärer Behandlung<sup>9</sup>, dann kann differenziert werden nach einer Gesamt-Investitionsquote sowie nach einer Investitionsquote aus staatlich finanzierten Fördermitteln bzw. einer Investitionsquote aus anderen Mitteln.



**Abb. 12: Investitionsquoten nach alten und neuen Bundesländern**

Für das Jahr 2001 ergibt sich eine Investitionsquote von 11,7%. Berücksichtigt man nur KHG-Fördermittel bzw. Mittel des Hochschulbauförderungsgesetzes, dann lag die staatliche Investitionsquote bei 7,5%.

Unterscheidet man nach alten und neuen Bundesländern, so zeigt sich ein deutlicher Unterschied in den Gesamt-Investitionsquoten. Während die Quote in den alten Bundesländern bei 10,5% liegt, ergibt sich für die neuen Bundesländern eine Investitionsquote von 17,4%.

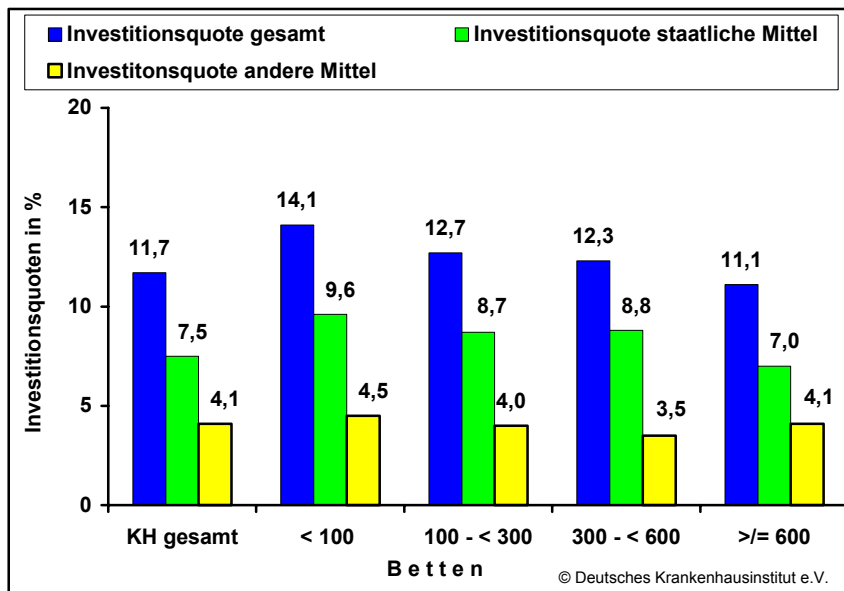
Der Unterschied in den Investitionsquoten ist allerdings allein auf die Investitionsquote aus staatlichen Fördermitteln zurück zu führen. In den neuen Bundesländern ist diese Quote mit 13,2% mehr als doppelt so hoch wie die Quote in den alten Bundesländern, wo sie 6% beträgt.

Sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern liegt die Investitionsquote aus anderen Mitteln bei 4%.

Die Gesamt-Investitionsquote der allgemeinen Krankenhäuser wird entscheidend von der Gesamt-Investitionsquote der Krankenhäuser ab 600 Betten beeinflusst.

<sup>9</sup> Für die Ermittlung der Investitionsquoten wurden nur die 391 Krankenhäuser berücksichtigt, die Angaben zur Investitionssumme und zur Höhe ihrer stationären Erlöse gemacht haben.

Diesen Krankenhäusern stehen im Vergleich zu den anderen Häusern zwar sehr hohe Investitionsmittel zur Verfügung. Aber da diese Häuser aufgrund ihrer Fallzahl und des behandelten Morbiditätsspektrums ebenfalls sehr hohe Erlöse haben, ergibt sich eine vergleichsweise geringe Investitionsquote.



**Abb. 13: Investitionsquoten nach Größenklassen**

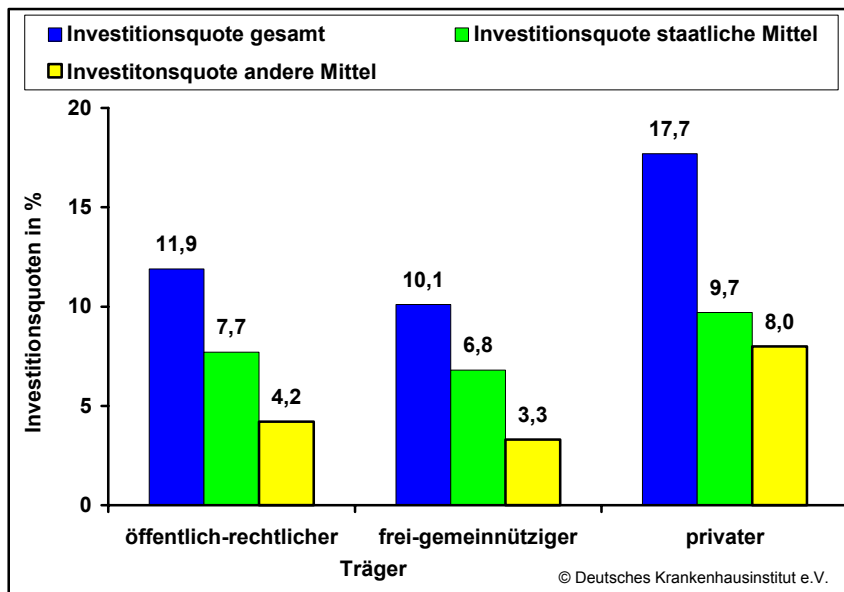
Die Gesamt-Investitionsquote der Krankenhäuser ab 600 Betten liegt bei 11,1%. Die entsprechenden Quoten der anderen Häuser bewegen sich zwischen 12,3% und 14,1%.

Die höchste Investitionsquote der aus staatlichen Quellen stammenden Mittel haben auch hier die Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten, die niedrigste Quote die Krankenhäuser ab 600 Betten.

Die Investitionsquote der aus anderen Quellen stammenden Mittel bewegt sich zwischen 3,5% und 4,5%.

Differenziert man die Krankenhäuser nach der Art des Trägers, ergeben sich deutliche Unterschiede. Bei den Krankenhäusern mit einem privaten Träger liegt die Gesamt-Investitionsquote bei 17,7%. Deutlich niedriger liegt diese Quote mit 12% bei den Krankenhäusern mit einem öffentlich-rechtlichen Träger. Die freigemeinnützigen Häuser weisen mit einer Quote von 10% den niedrigsten Investitionsanteil auf.

Zwar ist die Investitionsquote aus staatlichen Mitteln bei den privaten Krankenhäusern höher als bei den anderen Häusern. Wesentlich für die Unterschiede ist allerdings die Investitionsquote aus anderen Mitteln. Diese liegt mit 8% deutlich höher als die Quote bei den öffentlich-rechtlichen Häusern mit 4% und den freigemeinnützigen Häusern mit 3%.



**Abb. 14: Investitionsquoten nach Art des Trägers**

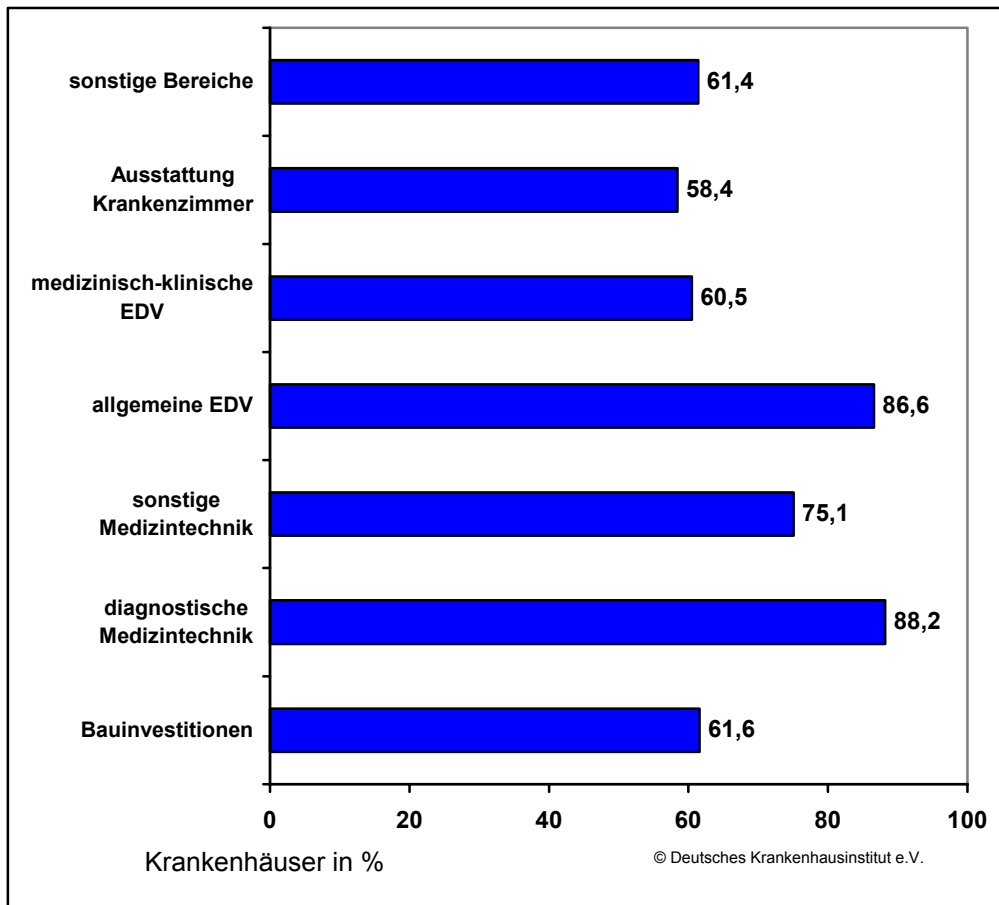
Die Unterschiede bei den Investitionsquoten aus anderen Mitteln basieren nicht auf einem höheren Anteil der trägerfinanzierten Investitionen. Ganz im Gegenteil. Der Anteil der trägerfinanzierten Investitionen bewegt sich bei den öffentlich-rechtlichen Häusern bei 16%, während der entsprechende Anteil bei den privaten Häusern lediglich 7% beträgt.

Auch die Finanzierung aus Überschüssen erklärt nicht die unterschiedlichen Investitionsquoten. Denn auch hier liegen die Krankenhäuser mit einem öffentlich-rechtlichen Träger mit einem Anteil von 10,4% und die frei-gemeinnützigen Häuser mit einem Anteil von 17% deutlich über den privaten Häusern, die einen Anteil der überschussfinanzierten Investitionen von 9% aufweisen.

Die unterschiedlich hohen Investitionsquoten aus andern Mitteln resultieren vor allem aus dem Anteil der kreditfinanzierten Investitionen. Die Kreditfinanzierung nimmt sowohl bei öffentlich-rechtlichen als auch bei frei-gemeinnützigen Krankenhäusern einen Anteil von 5% ein. Der entsprechende Anteil liegt dagegen bei den privaten Krankenhäusern bei 26%.

### 3.5 Verwendung der Investitionsmittel

Auch wenn die Investitionen angesichts der begrenzten Mittel konzentriert werden müssen, hat die Mehrzahl der Krankenhäuser im Jahr 2001 parallel in verschiedene Bereiche investiert.



**Abb. 15: Verwendung der Investitionsmittel im Jahr 2001**

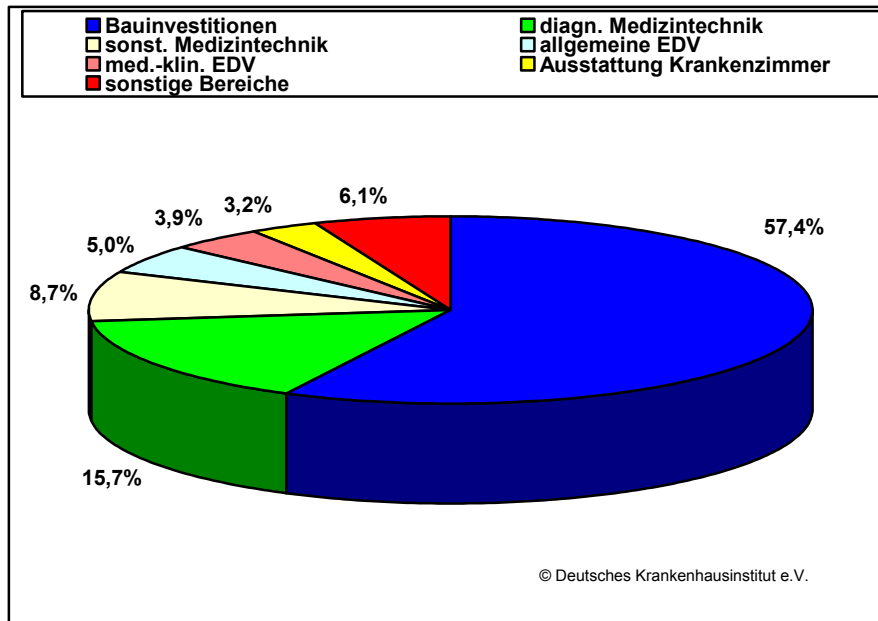
88% der Krankenhäuser verwendeten Mittel für die diagnostische Medizintechnik. Fast ebenso viele Häuser tätigten Investitionen in die allgemeine EDV, etwa für die Verwaltung oder das Controlling.

Mehr als drei Viertel der Häuser gaben an, dass Investitionsmittel in die sonstige Medizintechnik geflossen seien.

Allerdings unterscheidet sich die Höhe der Investitionsmittel, die für die unterschiedlichen Bereiche verwendet wurde.

Der Großteil der zur Verfügung stehenden Investitionsmittel wurde für Bauinvestitionen verwendet (57%). Der Anteil in den alten Bundesländern lag bei 54%, der entsprechende Anteil in den neuen Bundesländern bei 66%.

An zweiter Stelle liegen die Mittel für diagnostische Medizintechnik. 16% der Investitionsmittel wurden hierfür eingesetzt.



**Abb. 16: Investitionsanteile nach Verwendung**

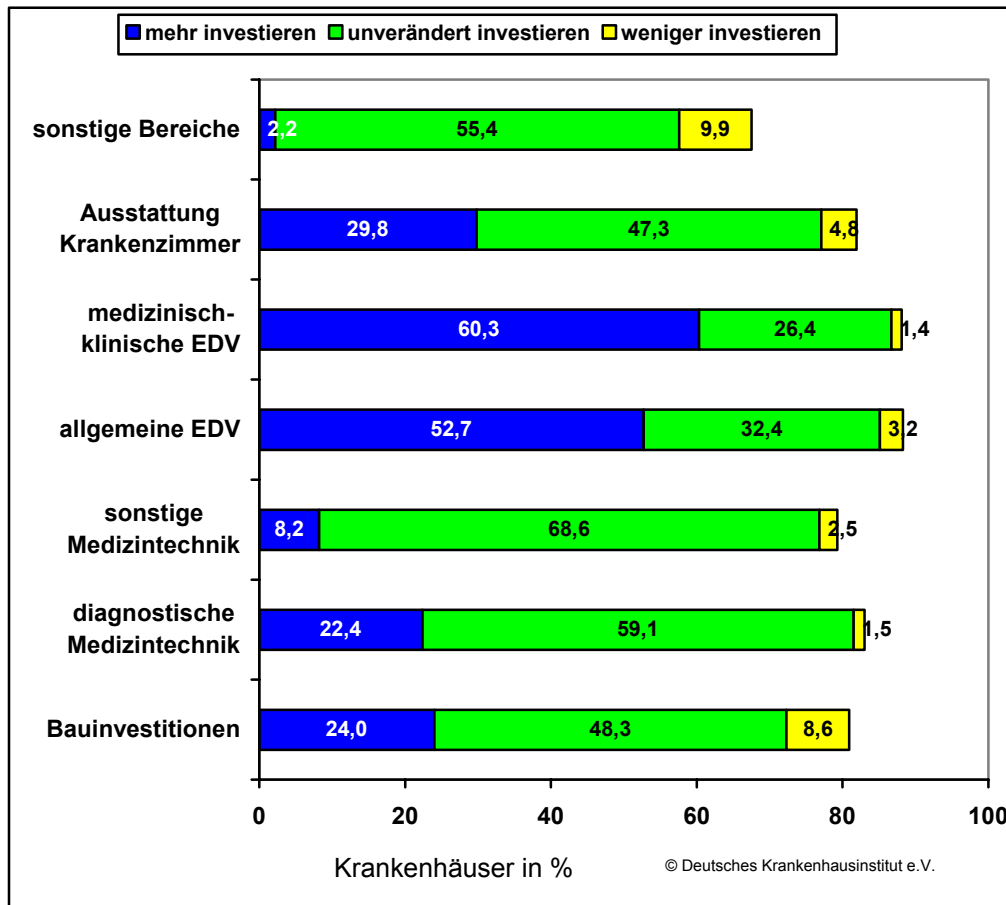
Bedeutsame Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern liegen des Weiteren bei der sonstigen Medizintechnik (alte Bundesländer: 10,1%; neue Bundesländer: 4,7%) und der Ausstattung der Krankenzimmer (alte Bundesländer: 3,8%; neue Bundesländer: 1,5%) vor.

Die Verwendung der Investitionen ist bei den Krankenhäusern der unterschiedlichen Größenklassen relativ einheitlich und entspricht im Wesentlichen der Verwendung wie sie aus der oben stehenden Abbildung hervorgeht.

### 3.6 Verwendung der Investitionsmittel im Hinblick auf das Fallpauschalensystem

Die Krankenhäuser halten es für erforderlich, im Hinblick auf das Fallpauschalensystem mehr zu investieren. Da kaum davon ausgegangen werden kann, dass die staatlichen Investitionsmittel deutlich steigen werden, sind die ergänzenden Quellen zu erweitern.

In allen unterschiedenen Krankenhausbereichen ist die Zahl der Krankenhäuser, die mehr investieren wollen, größer als die Zahl der Häuser, die die Investitionen einschränken werden. Am deutlichsten fällt dieser Unterschied in den Bereichen „medizinisch-klinische EDV“ und „allgemeine EDV“ aus. Vor allem die Krankenhäuser, die schon im Jahr 2001 in beiden Bereichen investiert haben, betonen, dass sie hier verstärkt investieren werden.



**Abb. 17: zukünftige Verwendung der Investitionsmittel**

Ein Rückgang der Investitionen wird lediglich von einer nennenswerten Zahl von Krankenhäusern bei den Bauinvestitionen und im sonstigen Bereich angestrebt. Dies gaben insbesondere die Krankenhäuser an, die schon im letzten Jahr in beiden Bereichen Investitionen getätigt haben. Aber auch bei den Bauinvestitionen übersteigt die Zahl der Krankenhäuser, die mehr investieren wollen, die Zahl der Häuser, die die Investitionen einschränken werden.

Hinsichtlich der zukünftigen Verwendung der Investitionsmittel liegen kaum Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der unterschiedenen Größenklassen vor.

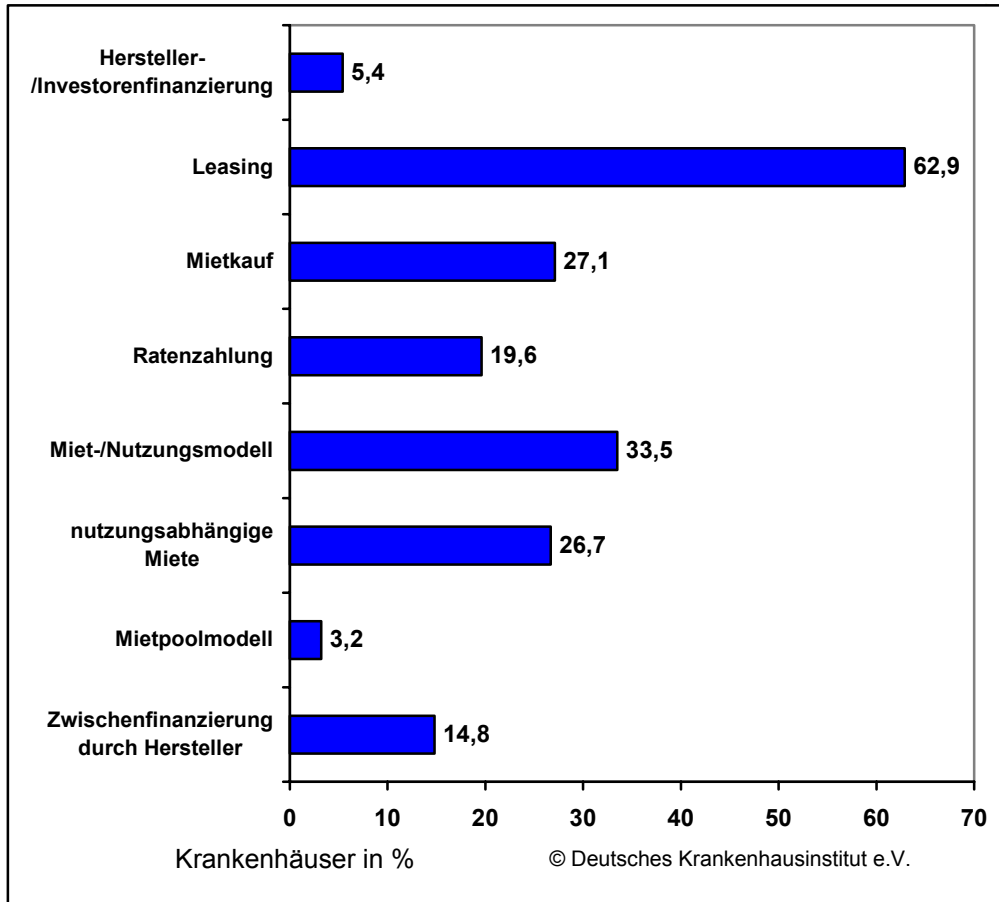
### 3.7 Alternative Nutzungs- und Finanzierungskonzepte

In den Krankenhäusern werden zunehmend alternative Nutzungs- und Finanzierungskonzepte eingesetzt, die die traditionellen Finanzierungsformen teilweise ersetzen sollen.

63% der Krankenhäuser gaben an, dass sie solche alternativen Konzepte einsetzen, wobei mit zunehmender Größe der Krankenhäuser auch der Anteil derjenigen stieg, die diese alternativen Konzepte nutzen.

Die meisten Krankenhäuser, die solche Konzepte einsetzen, verwenden eine Form des Leasings. Weitere alternative Nutzungs- und Finanzierungskonzepte,

die häufiger eingesetzt werden, sind das Miet-/Nutzungsmodell sowie der Mietkauf und die nutzungsabhängige Miete.



**Abb. 18: Einsatz alternativer Nutzungs- und Finanzierungskonzepte**

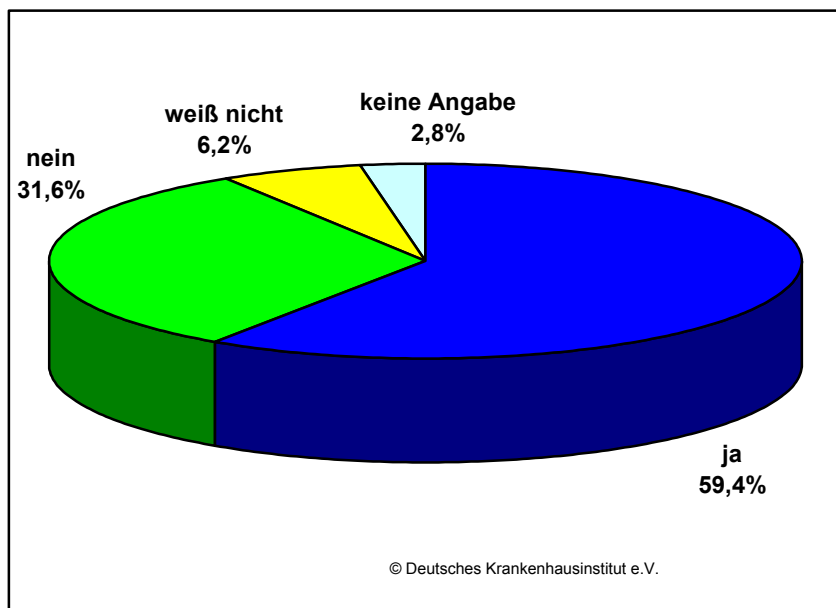
Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern beim Einsatz dieser Modelle bestehen so gut wie nicht.

#### 4 Krankenhausinvestitionsprogramme nach Art. 14 GSG

Durch Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes erhielten die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern eine zusätzliche Möglichkeit zur Finanzierung von Investitionen. Um eine zügige und nachhaltige Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung der Bevölkerung zu erreichen, wurde den neuen Bundesländern von 1995 bis 2004 eine jährliche zweckgebundene Finanzhilfe von rd. 358 Mio. Euro aus Bundesmitteln zugesagt. Seit Anfang 2002 besteht diese Zweckbindung nicht mehr.

Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wurden dementsprechend befragt, ob sie finanzielle Mittel entsprechend Artikel 14 GSG erhalten haben und ob das damit verbundene Ziel der Niveau-Angleichung an die Krankenhäuser der alten Bundesländer erreicht worden sei. Die folgenden Auswertungen beruhen auf den Angaben von 105 Krankenhäusern in den neuen Bundesländern.

59% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern haben finanzielle Mittel nach Artikel 14 GSG erhalten, fast ein Drittel der Häuser allerdings nicht.



**Abb. 19: Finanzielle Mittel entsprechend Art. 14 GSG erhalten?**

Das Ziel der Niveau-Angleichung wurde lediglich in 30% der ostdeutschen Häuser erreicht. Nicht erreicht wurde es dagegen in 62% dieser Krankenhäuser.

Nachholbedarf besteht vor allem im Bereich der Bauinvestitionen. Dies wurde von 83% der Krankenhäuser betont, bei denen noch keine Niveau-Angleichung erzielt worden ist.

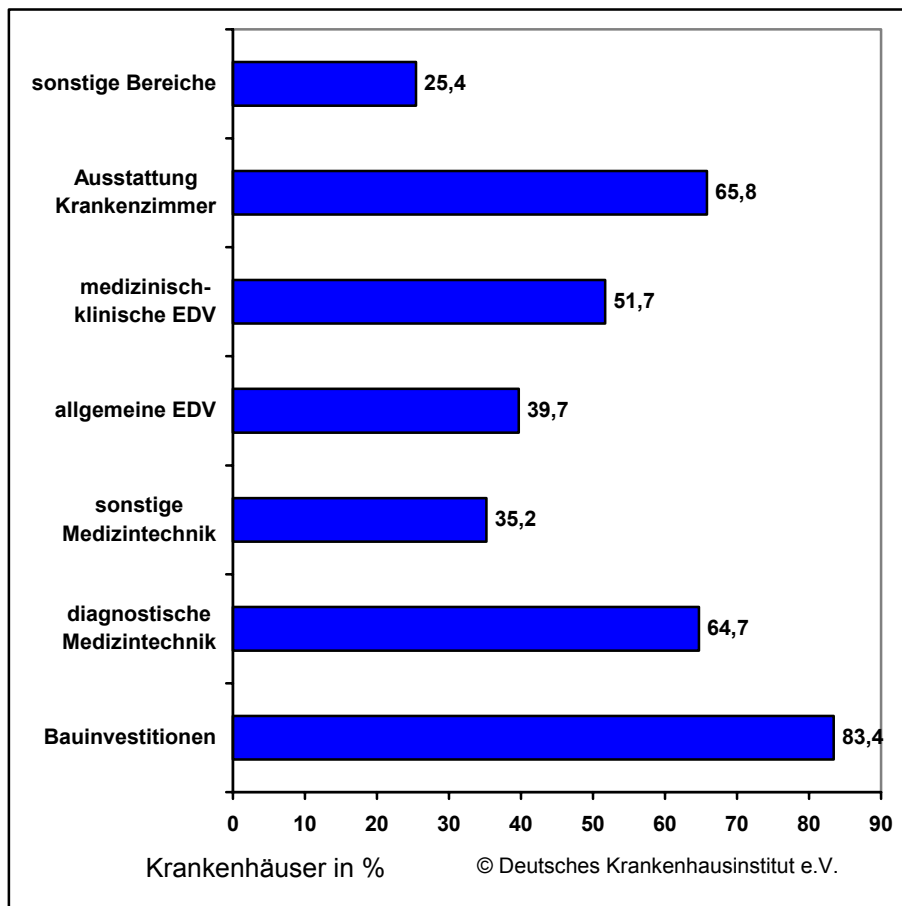
Rd. zwei Drittel der Häuser nannten die Ausstattung von Krankenzimmern bzw. die diagnostische Medizintechnik als Bereiche, in denen die mit Art. 14 GSG verbundene Zielsetzung noch nicht erreicht sei.

Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hat einen Nachholbedarf bei der diagnostischen Medizintechnik. Weitere Bereiche, in denen eine Angleichung noch erzielt



werden muss, sind die allgemeine EDV (39,7%) sowie die sonstige Medizintechnik (35,2%).

Um den gesamten Nachholbedarf zu decken, werden nach Schätzung der betroffenen Krankenhäuser im Mittel 49 Mio. Euro je Krankenhaus benötigt. Die Spannweite ist hier allerdings recht groß. Sie reicht von 0,7 Mio. Euro bis hin zu 800 Mio. Euro. Verwendet man anstelle des arithmetischen Mittels den Median, so benötigen 50% der Krankenhäuser bis zu 20 Mio. Euro, um die Nachholbedarf zu decken. Die andere Hälfte der Häuser benötigt mehr als 20 Mio. Euro.



**Abb. 20: Bereiche mit Nachholbedarf**

Von den Krankenhäusern wird geschätzt, dass sie hinsichtlich der Ausstattung der Krankenhäuser 72% des Niveaus der westdeutschen Krankenhäuser erreicht haben.

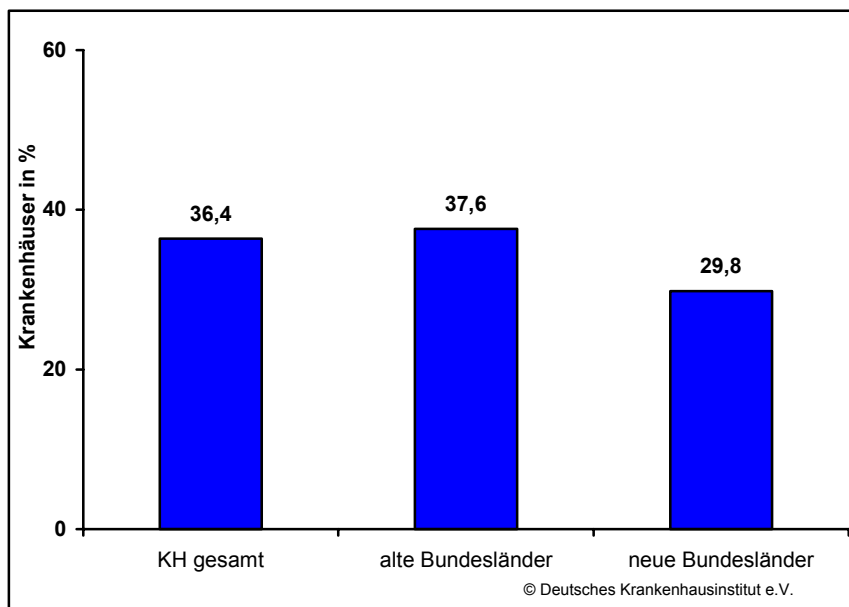
## 5 Fördervereine von Krankenhäusern

### 5.1 Krankenhäuser mit Fördervereinen

In Zeiten knapper werdender Ressourcen sind die Krankenhäuser zusehends gezwungen, neue bzw. zusätzliche Finanzierungsquellen zu erschließen. Eine Möglichkeit des „Spendenmarketings“ oder „Fundraisings“ besteht in der Gründung eines Fördervereins des Krankenhauses. Der Vereinszweck eines solchen Vereines besteht i.d.R. darin, Spenden für das Krankenhaus von Privatpersonen oder juristischen Personen zu akquirieren und/oder das Krankenhaus ideell zu unterstützen.

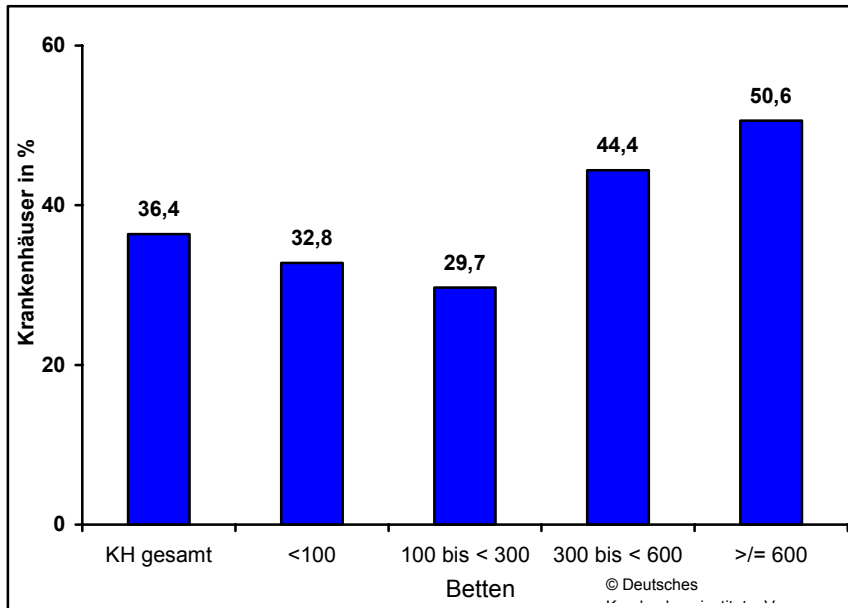
Einigkeit besteht darin, dass das Potenzial an „Fundraising“ und damit auch mittels Fördervereine akquirierter Spendengelder bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist.

Von den 434 an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern verfügen 36% über einen Förderverein.



**Abb. 21: Fördervereine nach alten und neuen Bundesländern**

In den alten Bundesländern liegt der Anteil der Krankenhäuser, bei denen es einen Förderverein gibt, leicht über dem gesamtdeutschen Mittelwert. Unterdurchschnittlich ist der Anteil der Häuser mit Förderverein in den neuen Bundesländern.



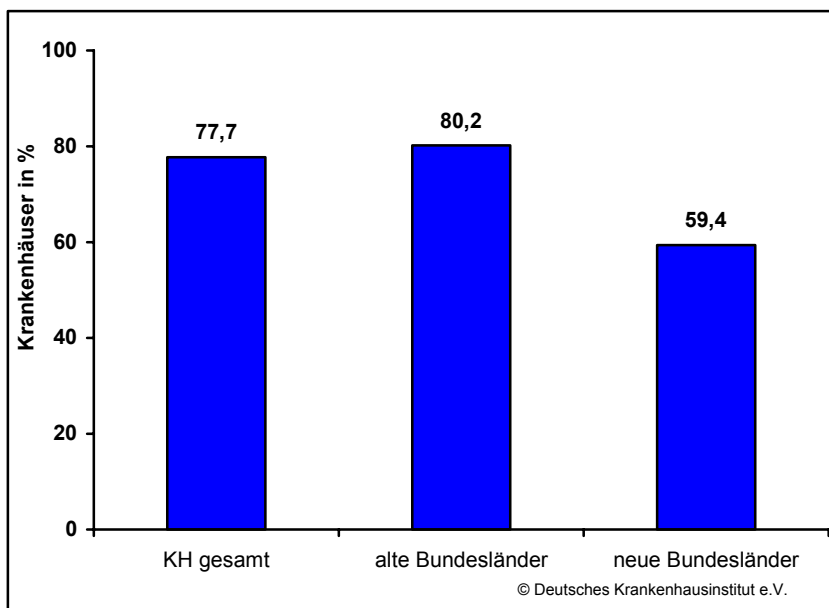
**Abb. 22: Fördervereine nach Bettengrößenklassen**

Fördervereine sind an den Krankenhäusern mit unter 300 Betten unterdurchschnittlich häufig vertreten. Dagegen verfügt jedes zweite Krankenhaus ab 600 Betten über eine entsprechende Unterstützung durch einen Verein.

## 5.2 Finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser durch Fördervereine

Mehr als drei Viertel der Fördervereine stellen ihren Krankenhäusern finanzielle Mittel zur Verfügung.

Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den alten und den neuen Bundesländern.



**Abb. 23: Finanzielle Unterstützung durch Fördervereine nach alten und neuen Bundesländern**

Rd. vier Fünftel der Fördervereine von Krankenhäusern in den alten Bundesländern stellen ihren Krankenhäusern finanzielle Mittel zur Verfügung. Davon weicht der Anteil in den neuen Bundesländern deutlich ab. Hier erfolgt lediglich in 59% eine materielle Förderung der Häuser durch ihren Verein.

Hinsichtlich der Bettengrößenklassen liegen so gut wie keine Unterschiede vor.

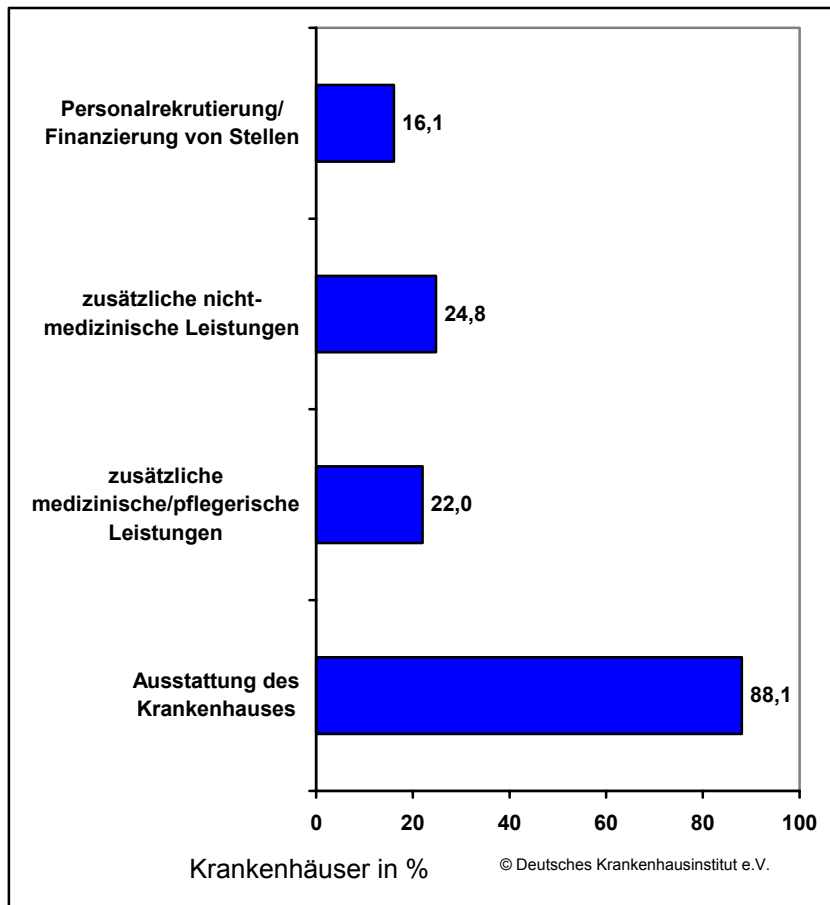
Leicht überdurchschnittlich ist lediglich der Anteil der Krankenhäuser ab 600 Betten. Allerdings weichen die Anteile der anderen Krankenhäuser um maximal 1,5-Prozentpunkte vom gesamtdeutschen Mittelwert ab.

### **5.3 Verwendung der durch Fördervereine zur Verfügung gestellten Mittel**

Die Verwendung der den Krankenhäusern von den Fördervereinen zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel wurde nach den folgenden 4 Kategorien differenziert:

- Ausstattung des Krankenhauses
- zusätzliche medizinische/ pflegerische Leistungen
- zusätzliche nicht-medizinische Leistungen
- Personalrekrutierung/ Finanzierung von Stellen

Die meisten Krankenhäuser, die finanzielle Mittel erhalten haben, verwenden diese für die Ausstattung des Krankenhauses. Hierin unterscheiden sich die Krankenhäuser in den alten und den neuen Bundesländern nicht. Bei den Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten liegt der Anteil, die diese Mittel für Ausstattung verwenden, sogar bei 100%.



**Abb. 24: Verwendung der von den Fördervereinen zur Verfügung gestellten Mittel**

Für zusätzliche nicht-medizinische Leistungen werden die Mittel in einem Viertel der Krankenhäuser verwendet.

Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den neuen und den alten Bundesländern. Während in den alten Bundesländern lediglich 23% der Krankenhäuser die Zuwendungen ihrer Vereine für diesen Zweck einsetzen, liegt der entsprechende Anteil der Häuser in den neuen Bundesländern bei 43%.

Eine Mittelverwendung für zusätzliche medizinische/ pflegerische Leistungen erfolgt in 22% der Krankenhäuser. Hier liegt der Anteil der Häuser in den alten Bundesländern bei 23% und damit fast 10-Prozentpunkte höher als in den neuen Bundesländern.

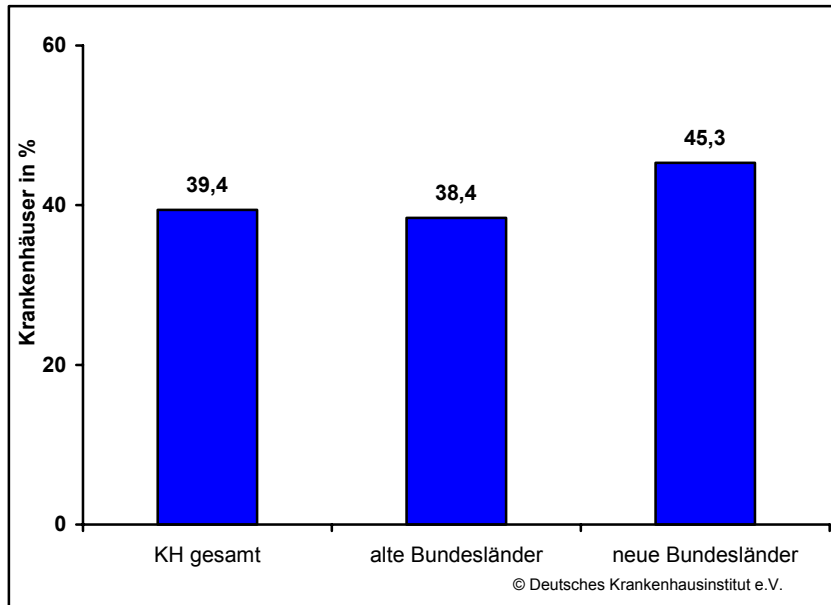
Insgesamt 16% der Krankenhäuser, die Zuwendungen von ihren Fördervereinen erhalten, setzen diese Mittel für eine Personalrekrutierung bzw. die Finanzierung von Stellen ein. Während 16% der westdeutschen Häuser die zusätzlichen Mittel so einsetzen, tun dies 10% der ostdeutschen Häuser.

#### 5.4 Einnahmen aus sonstigen Spenden, Sponsoring oder Erbschaften

Neben den von Fördervereinen zur Verfügung gestellten Mitteln können die Krankenhäuser auch Einnahmen aus sonstigen Spenden, Sponsoring oder Erbschaften erzielen.

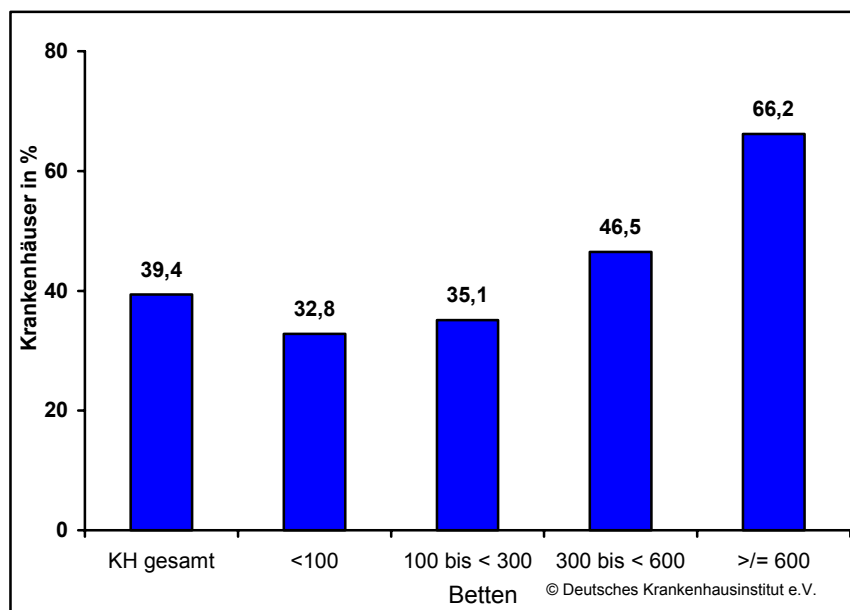
40% der Krankenhäuser realisieren solche Einnahmen. Unterschiede liegen auch zwischen den Häusern in den alten und den neuen Bundesländern vor.

So erhalten 38% der westdeutschen und 45% der ostdeutschen Krankenhäusern finanzielle Mittel aus Spenden, Sponsoring oder Erbschaften.



**Abb. 25: Sonstige Spenden, Sponsoring oder Erbschaften nach alten und neuen Bundesländern**

Noch größere Unterschiede ergeben sich, wenn man die 4 Bettengrößenklassen betrachtet.



**Abb. 26: Sonstige Spenden, Sponsoring oder Erbschaften nach Bettengrößenklassen**

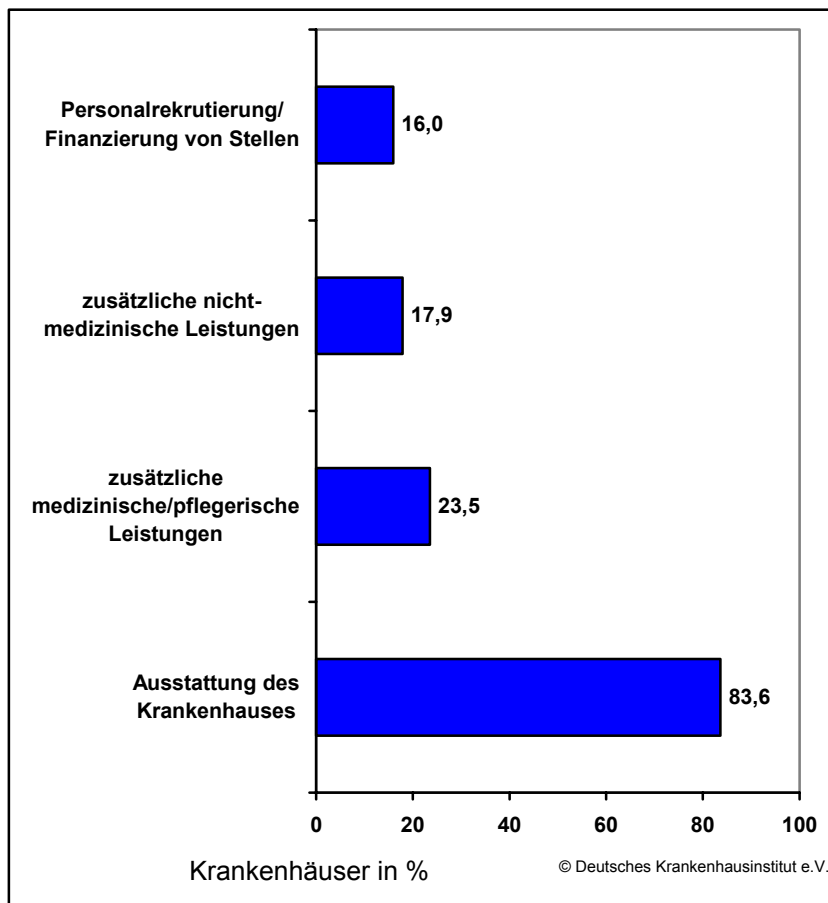
Der Anteil der Krankenhäuser, die entsprechende Einnahmen zu verzeichnen haben, steigt mit der Bettenzahl. Ein Drittel der Häuser mit unter 100 Betten realisieren zusätzliche Einnahmen. Bei den Krankenhäuser ab 600 Betten liegt der Anteil schon bei zwei Drittel.

### 5.5 Verwendung der durch sonstige Spenden, Sponsoring oder Erbschaften eingenommenen Mittel

Auch hier wurden die gleichen Kategorien wie bei der Verwendung der von Fördervereinen zur Verfügung gestellten Mittel zugrunde gelegt.

Wiederum werden die so eingenommenen Mittel in den meisten Krankenhäusern für die Ausstattung verwendet, da 83% der Krankenhäuser dies angaben.

Fast ein Viertel der Krankenhäuser setzt diese Einnahmen für zusätzliche medizinische/pflegerische Leistungen ein, 18% für zusätzliche nicht-medizinische Leistungen.



**Abb. 27: Verwendung aus sonstigen Spenden, Sponsoring oder Erbschaften eingenommenen Mittel**

Insgesamt 16% der Krankenhäuser gaben an, dass sie die so vereinnahmten Mittel für die Personalrekrutierung bzw. die Finanzierung von Stellen einsetzen. Der Anteil der westdeutschen Häuser, die die sonstigen Spenden so verwenden, liegt bei 18%, der entsprechende Anteil der ostdeutschen Krankenhäuser bei 6%.

Vergleichbare Unterschiede zeigen sich auch, wenn man die Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen differenziert. So werden in 8% der Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten die hier behandelten Einnahmen für eine Personalrekrutierung bzw. die Finanzierung von Stellen benötigt. In den Krankenhäusern ab 600 Betten liegt dieser Anteil schon bei 33%.



## 6 Qualitätsberichte in Krankenhäusern

Nach § 137 Abs. 1 SGB V vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser. Die bereits bestehenden Regelungen werden durch das Fallpauschalengesetz um Anforderungen an Qualitätsberichte zugelassener Krankenhäuser ergänzt. Die Selbstverwaltungspartner regeln demnach

„Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Nummer 1 und 2 sowie der Umsetzung der Regelung nach Nummer 3 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen. Er ist über den in der Vereinbarung festgelegten Empfängerkreis hinaus von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Der Bericht ist erstmals im Jahre 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen.“ (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V)

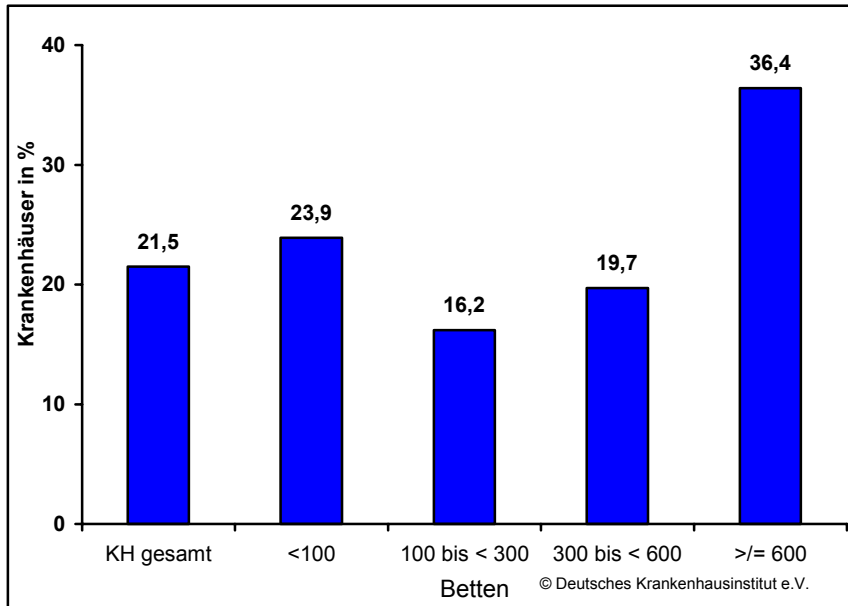
Laut dem neu eingefügten Satz 6 des § 137 Abs. 1 SGB V kommt den Qualitätsberichten eine besondere Informations- und Orientierungsfunktion zu:

„Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.“

Auch wenn die vertraglichen Regelungen für die Ausgestaltung der Qualitätsberichte noch nicht vorhanden sind, gibt es dennoch eine Reihe von Krankenhäusern, die einen Qualitätsbericht erstellen. Dies war der Anlass, um im Rahmen einer repräsentativen Befragung zu ermitteln, wie viele Krankenhäuser solche Berichte zur Zeit freiwillig zusammenstellen.

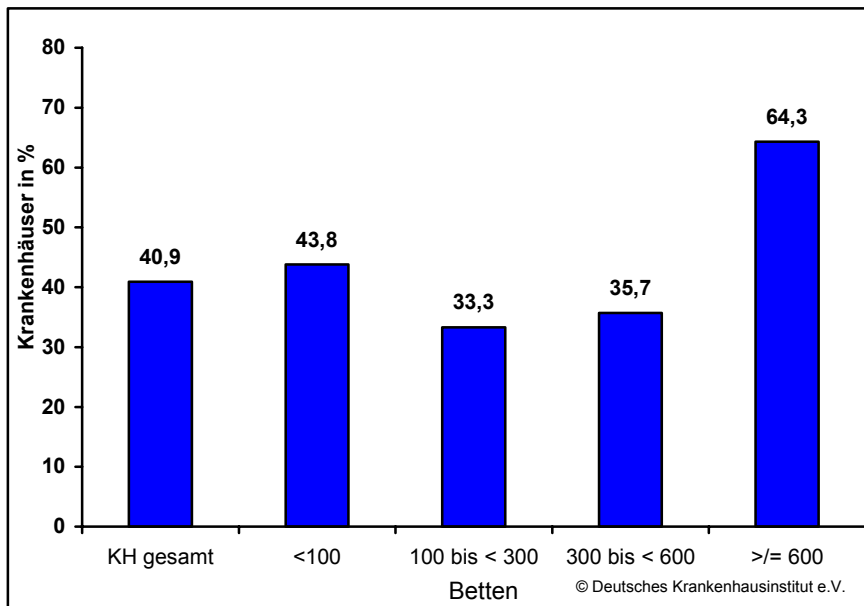
Derzeit werden in 21% der Krankenhäuser Qualitätsberichte erstellt. Unterschiedlich hoch sind die Anteile in den alten und den neuen Bundesländern. 23% der Krankenhäuser in Westdeutschland sowie 14% der Häuser in Ostdeutschland verfassen einen Bericht.

Vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten sowie in den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten werden Qualitätsberichte vorgelegt. Die Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 und unter 600 Betten legen unterproportional häufig derartige Berichte vor.



**Abb. 28: Vorhandene Qualitätsberichte nach Größenklassen**

In der Mehrzahl der Krankenhäuser wird der Qualitätsbericht nicht veröffentlicht. Nur 41% der Krankenhäuser stellen der Öffentlichkeit ihren Bericht zur Verfügung. Allerdings variiert dies stark in Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses.



**Abb. 29: Veröffentlichung des Qualitätsberichts nach Größenklassen**

Fast zwei Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten veröffentlichen ihren Qualitätsbericht. Überdurchschnittlich häufig wird dies auch die kleinen Krankenhäusern mit unter 100 Betten getan. Lediglich etwa jeweils ein Drittel der Krankenhäusern in den beiden Größenklassen zwischen 100 und unter 600 Betten stellen ihren Bericht der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Die Qualitätsberichte orientieren sich in drei Viertel der Krankenhäuser an bestehenden Modellen der Qualitätsbewertung. Orientierung bieten hier vor allem die Vorgaben des EFQM-Modells, der KTQ-Katalog sowie die DIN EN ISO-Normen.

Im Durchschnitt hat der Qualitätsbericht einen Umfang von 92 Seiten. Allerdings liegt eine breite Streuung vor. So besteht bei einem Viertel der Häuser der Qualitätsbericht aus höchstens 33 Seiten. Ein weiteres Viertel der Häuser verfasst einen Qualitätsbericht, der aus mehr als 115 Seiten besteht. Die Hälfte der Krankenhäuser legt demnach einen Bericht vor, der zwischen 33 und 115 Seiten variiert.

Zentrale Inhalte der derzeitigen Qualitätsberichte sind neben den Qualitätszielen und der Dokumentation einzelner Qualitätsprojekte das Leistungsgeschehen sowie die Beschreibung des Qualitätsmanagementsystems. Diese Inhalte sind in jeweils mehr als 60% der Berichte enthalten.

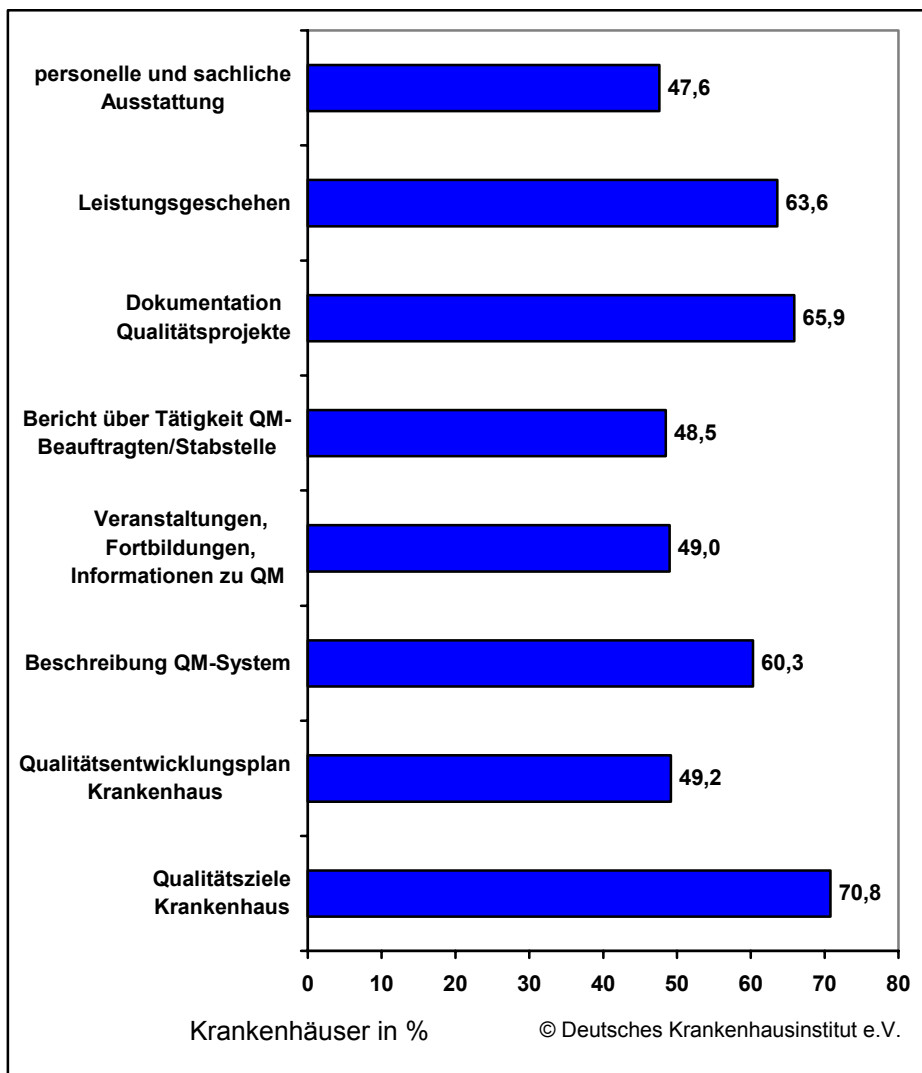


Abb. 30: Zentrale Inhalte des Qualitätsberichts

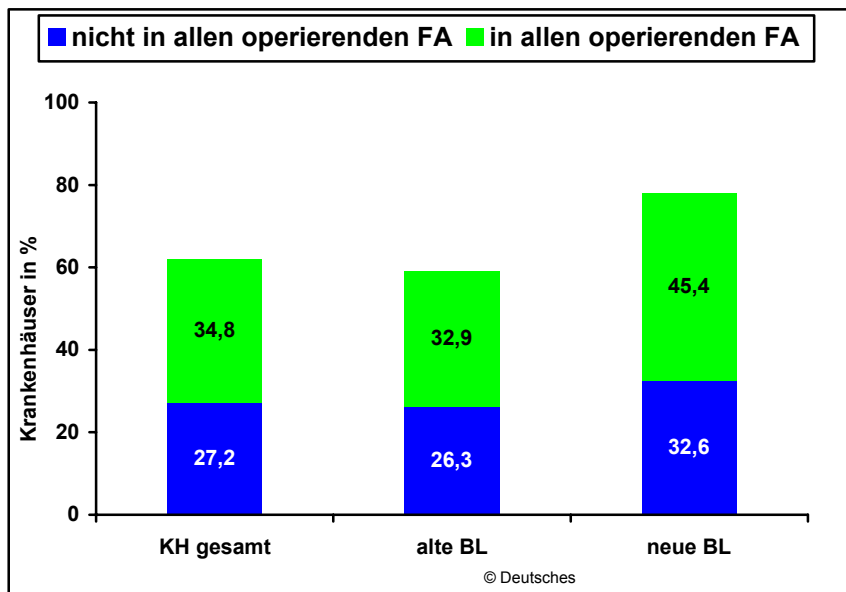
Etwa die Hälfte der Häuser gab an, dass darüber hinaus

- der Qualitätsentwicklungsplan,
  - Veranstaltungen, Fortbildungen und Informationen zum Thema Qualitätsmanagement im Krankenhaus,
  - Berichte über die Tätigkeit der QM-Beauftragten/ QM-Stabsstelle/ QM-Kommission sowie
  - die personelle und sachliche Ausstattung
- zentrale Inhalte des Qualitätsberichtes seien.

## 7 Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V

### 7.1 Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V

Genau 62% der in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser nahmen 2001 am ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V teil. Davon gaben 27% an, dass in allen operativen Fachabteilungen ambulante Operationen durchgeführt werden. Etwas mehr als ein Drittel der Häuser führte diese Leistung nicht in allen operierenden Abteilungen durch.



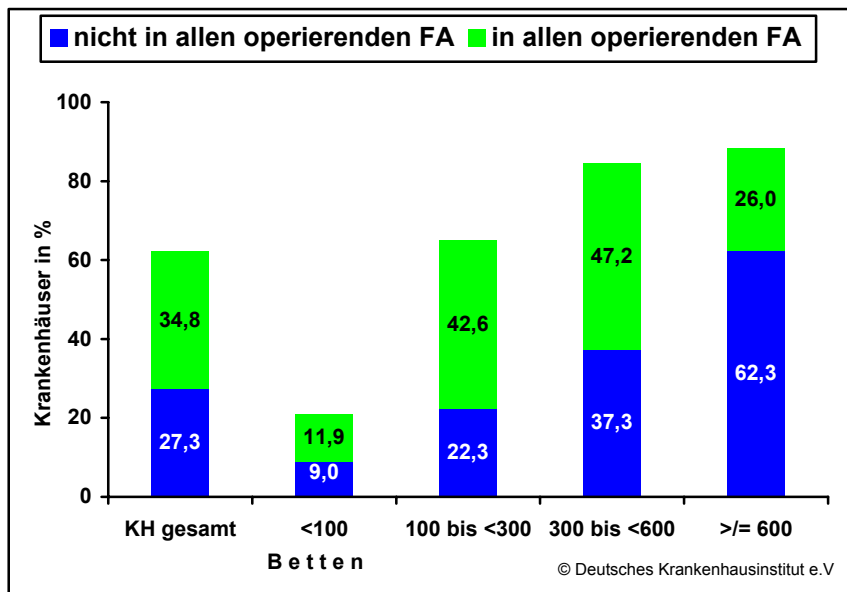
**Abb. 31: Krankenhäuser mit ambulanten Operationen 2001 nach alten und neuen Bundesländern**

Wie schon in der Vergangenheit lag der Anteil der Krankenhäuser mit ambulanten Operationen in den neuen Bundesländern (78%) höher als in den alten Bundesländern (59%).

Während ein Viertel der Häuser in Westdeutschland in allen operierenden Fachabteilungen ambulante Operationen im Rahmen einer Institutsambulanz durchführt, lag der entsprechende Anteil in Ostdeutschland bei einem Drittel. Darüber hinaus gaben 45% der ostdeutschen und 33% der westdeutschen Krankenhäuser an, dass zwar ambulante Operationen durchgeführt werden, nicht aber in allen operativen Fachabteilungen.

Auch hinsichtlich der Bettengrößenklassen werden die Aussagen der vergangenen Jahre bestätigt. Der Durchschnittswert für alle Krankenhäuser wird maßgeblich bestimmt durch die mit 21% geringe Beteiligung der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten am ambulanten Operieren.

Die in den Vorjahren angegebene Begründung hierfür, dass sich unter den kleinen Krankenhäusern überproportional Krankenhäuser mit Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhäuser befinden, bei denen die durchgeführten ambulanten Operationen abrechnungstechnisch dem niedergelassenen/vertragsärztlichen Bereich zugerechnet werden, wird im folgenden Kapitel anhand von Daten bestätigt.



**Abb. 32: Krankenhäuser mit ambulanten Operationen 2001 nach Größenklassen**

Der Anteil der Krankenhäuser, die ambulante Operationen durchführten, lag 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 84% und bei den Krankenhäusern ab 600 Betten bei 88%.

Mit steigender Bettenzahl nimmt auch der Anteil der Krankenhäuser zu, bei denen in allen operierenden Fachabteilungen ambulante Operationen im Rahmen einer Institutsambulanz durchgeführt werden.

Etwa die Hälfte der Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten gab an, dass nicht in allen Abteilungen ambulant operiert wird. Bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten lag dieser Anteil bei einem Viertel.

In den Krankenhäusern, die ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchführten, wurden 2001 im Durchschnitt 438 Patienten ambulant operiert.<sup>10</sup> Im Vergleich dazu wurden 2000 durchschnittlich 381 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 257 Patienten ambulant operiert. Die Zahl der Patienten mit ambulanten Operationen der Krankenhäuser ab 600 Betten lag demgegenüber bei 1.021.

Die von den Krankenhäusern der Stichprobe angegebene Gesamtzahl von 106.758 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 448.000. Dies bedeutet gegenüber 2000 eine Steigerung um 21%.

<sup>10</sup> 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.

Der durchschnittliche Erlös je Patient mit einer ambulanten Operation lag im Jahr 2001 bei rd. 281 Euro, ein Rückgang von 7% gegenüber dem Jahr 2000, wo der Durchschnittserlös noch bei rd. 302 Euro lag.<sup>11</sup> In den alten Bundesländern lag der mittlere Erlös je Patient mit einer ambulanten Operationen bei rd. 306 Euro (2000: 333 Euro), während sich der Erlös je Patient in den neuen Bundesländern bei 195 Euro (2000: 205 Euro) bewegte.

## 7.2 Gründe für die Nichtteilnahme am ambulanten Operieren

Bei der Analyse der Gründe für die Nichtteilnahme am ambulanten Operieren müssen zwei verschiedene Situationen unterschieden werden. Zunächst sind die Krankenhäuser zu betrachten, die keine ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchführen. Davon sind solche Krankenhäuser zu unterscheiden, die zwar ambulante Operationen im Rahmen einer Institutsermächtigung durchführen, aber nicht in allen operativen Fachabteilungen. Diese werden im folgenden Kapitel behandelt.

Die Krankenhäuser wurden gefragt, warum sie in keiner Fachabteilung ambulante Operationen durchführen würden. Von den insgesamt 18 Fragen werden im Folgenden nur jeweils die 6 häufigsten Antworten präsentiert. Bei den anderen Antworten ist die Zahl der Nennungen teilweise sehr gering.

Über die Hälfte der Krankenhäuser, die keine ambulante Operationen nach § 115b SGB V durchführen, gaben an, dass in ihrem Hause Belegärzte ambulant operieren.

Als weiteres wichtiges Argument wurde von 37% der Krankenhäuser angeführt, dass Krankenhausärzte im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung ambulante Operationen durchführen.

Etwa ein Fünftel der Krankenhäuser betonten, dass in ihrem Haus sowohl Belegärzte als auch ermächtigte Ärzte ambulante Operationen durchführen. Folgende Übersicht fasst dies zusammen

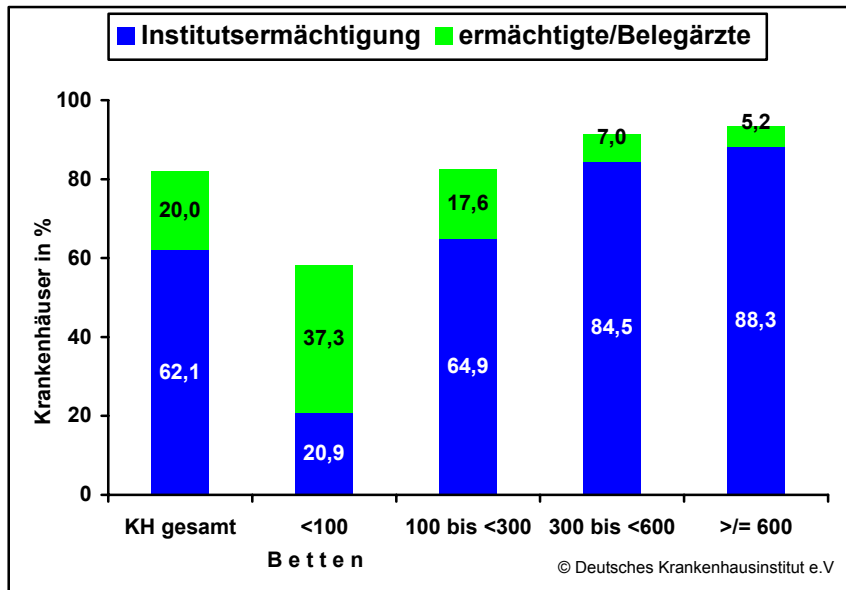
Ambulante Operationen werden im Krankenhaus durchgeführt von:

- Belegärzten *und* ermächtigten Krankenhausärzten: 20,3%
- ausschließlich von Belegärzten: 32,0%
- ausschließlich von ermächtigten Krankenhausärzten: 16,4%

Insgesamt wird in 69% der Krankenhäuser, die nicht im Rahmen einer Institutsermächtigung tätig sind, dennoch ambulant operiert, und zwar von Beleg- oder von ermächtigten Krankenhausärzten.

Dies bedeutet aber auch, dass der Anteil der Krankenhäuser, in denen ambulante Operationen durchgeführt werden, unterschätzt wird, wenn man nur die Institutsermächtigung berücksichtigt.

<sup>11</sup> 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.

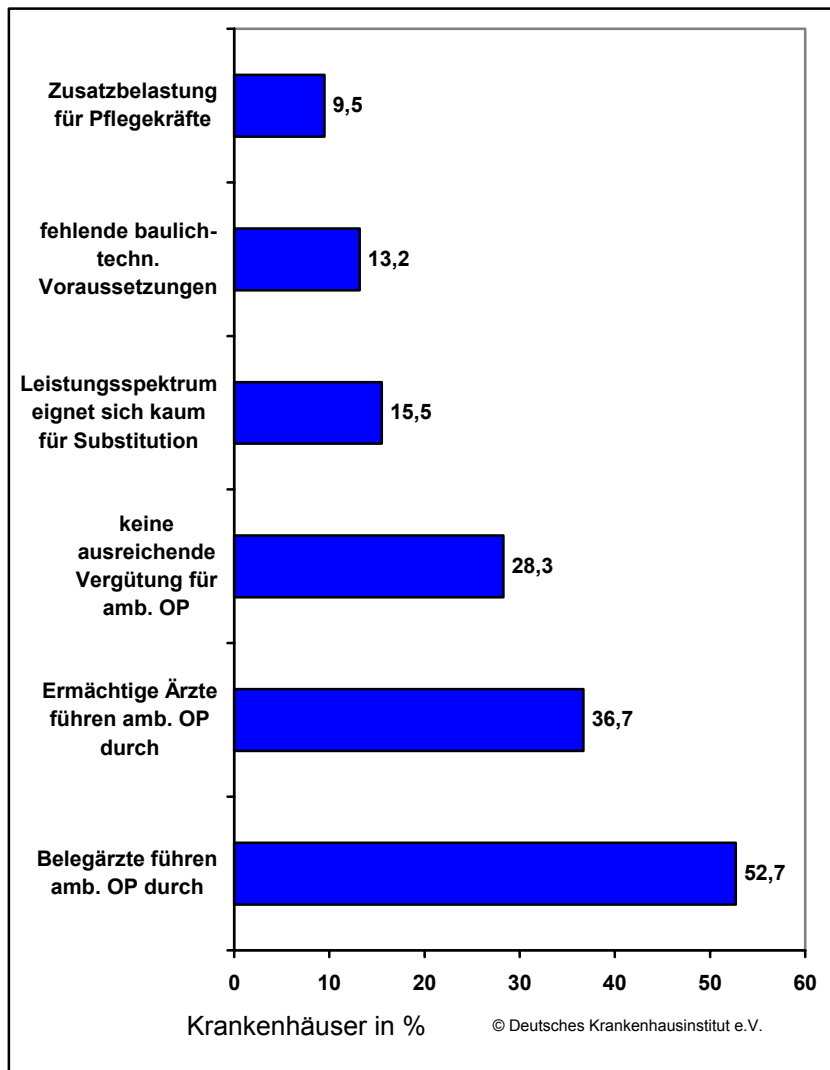


**Abb. 33: Krankenhäuser mit ambulanten Operationen nach Größenklassen**

In insgesamt 82% der Krankenhäuser werden demnach ambulante Operationen durchgeführt. Der Schwerpunkt liegt natürlich bei den ambulanten Operationen nach § 115b SGB V. Zusätzlich wird in 20% der Häuser, die über keine Instituts-ermächtigung verfügen, durch ermächtigte Ärzte bzw. Belegärzte ambulant operiert. Dies betrifft vor allem natürlich die Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten. Hier liegt der Anteil der Häuser, die ausschließlich ambulante Operationen über persönliche Ermächtigungen bzw. Belegärzte durchführen, bei 37%. Mit steigender Größe der Häuser nimmt der Anteil derjenigen ab, bei denen ambulante Operationen nur über persönlich ermächtigte Ärzte bzw. Belegärzte durchgeführt werden.

Der Verzicht auf ambulante Operationen nach § 115b SGB V wird von 28% der Krankenhäuser damit begründet, dass diese nicht ausreichend vergütet seien. Hier scheint ein Zusammenhang mit der Größe des Krankenhauses bestehen, da der Anteil der Krankenhäuser, die dieses Argument anführten, mit zunehmender Bettenzahl stieg.





\* Da Mehrfachangaben zulässig waren, addieren sich die Antworten nicht zu 100%.

**Abb. 34: Gründe für den kompletten Verzicht auf Durchführung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V**

Dass das stationäre Leistungsspektrum sich kaum für eine Substitution eignen würde, gaben 15% der Krankenhäuser an.

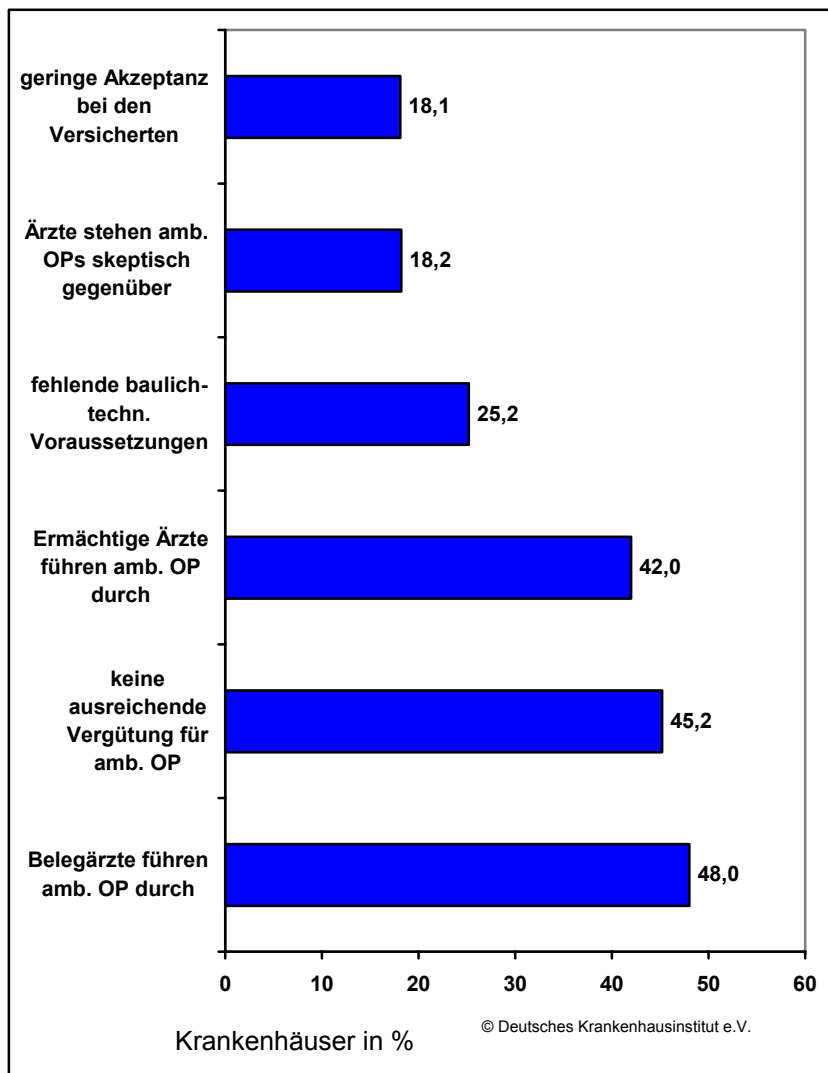
An fehlenden baulich-technischen Voraussetzungen scheitert das ambulante Operieren in 13% der Häuser. Die Zusatzbelastung für Pflegekräfte gaben 9% der Krankenhäuser als Begründung an.

### 7.3 Gründe für die teilweise Teilnahme am ambulanten Operieren

Eine Reihe von Krankenhäuser führt nicht in allen Fachabteilungen ambulante Operationen im Rahmen einer Institutsermächtigung durch.

Die Gründe hierfür unterscheiden sich nicht stark von den Gründen, der Krankenhäuser, die überhaupt keine ambulante Operationen im Rahmen einer Institutsermächtigung durchführen.

An erster Stelle wird hier auch von knapp der Hälfte der Krankenhäuser betont, dass Belegärzte ambulante Operationen durchführen. Allerdings geben mit 45% nur unwesentlich weniger Häuser an, dass die Vergütung nicht ausreichend sei. Dass von ermächtigten Krankenhausärzten ambulante Operationen durchgeführt werden, war in 42% der Häuser der Grund für den teilweisen Verzicht auf ambulante Operationen nach § 115b SGB V.



\* Da Mehrfachangaben zulässig waren, addieren sich die Antworten nicht zu 100%.

**Abb. 35: Gründe für die nur teilweise Durchführung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V**

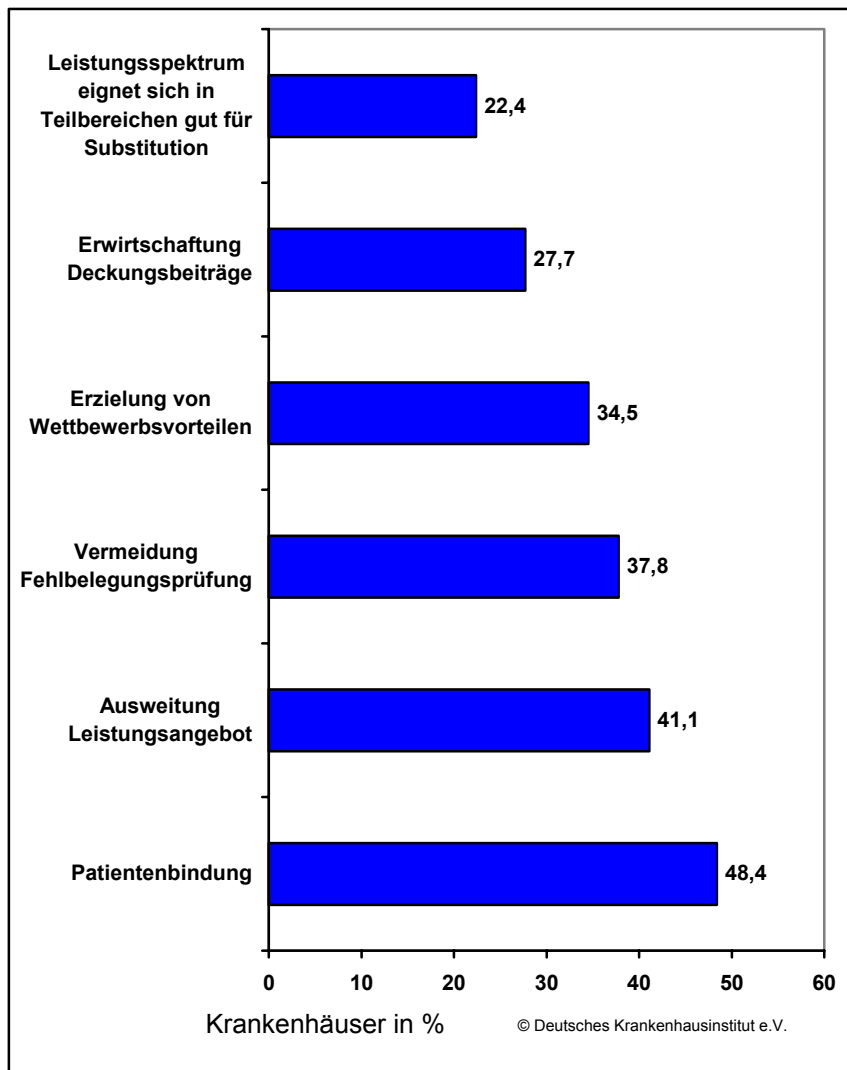
Wiederum gibt es Überschneidungen zwischen den Angaben, die wie folgt dargestellt werden können. Ambulante Operationen werden im Krankenhaus durchgeführt von:

- Belegärzten *und* ermächtigten Krankenhausärzten: 21,8%
- ausschließlich von Belegärzten: 26,1%
- ausschließlich von ermächtigten Krankenhausärzten: 20,2%

In 68% der Krankenhäuser, die nicht in allen Fachabteilungen im Rahmen einer Institutsermächtigung ambulante Operationen durchführen, wird zusätzlich durch Belegärzte und/oder ermächtigte Krankenhausärzte ambulant operiert.

Bei etwa einem Viertel der Krankenhäuser verhindern baulich-technische Voraussetzungen eine Ausweitung der ambulanten Operationen. Jeweils 18% der Krankenhäuser gaben an, dass die Ärzte dieser Leistungsform skeptisch gegenüber stehen bzw. dass es eine geringe Akzeptanz seitens der Versicherten geben würde.

Die Krankenhäuser, die nicht in allen Fachabteilungen ambulante Operationen durchführen, sollten auch angeben, weshalb sie in einigen Abteilungen im Rahmen einer Institutsermächtigung ambulant operieren. Wiederum werden nur die 6 häufigsten Angaben dargestellt.



\* Da Mehrfachangaben zulässig waren, addieren sich die Antworten nicht zu 100%.

**Abb. 36: Gründe für die Durchführung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V in einzelnen Fachabteilungen**

Rd. die Hälfte dieser Krankenhäuser gab an, dass sie ambulante Operationen durchführen, um Patienten an ihr Krankenhaus zu binden. Die Ausweitung des Leistungsangebotes nannten 41% der Krankenhäuser als Grund für die Durchführung von ambulanten Operationen im Rahmen von § 115b SGB V.

Um Fehlbelegungsprüfungen durch den MDK zu vermeiden, wird in 38% der Häuser ambulant Operiert.

Als weitere wirtschaftliche Gründe wurden genannt:

- die Erzielung von Wettbewerbsvorteilen (34%) sowie
- die Erwirtschaftung von Deckungsbeiträgen, obgleich es keine ausreichende Vergütung für ambulante Operationen gibt (28%).

Da sich das stationäre Leistungsspektrum in Teilbereichen gut für eine Substitution eignen würde, führte in 22% der Krankenhäuser zur Teilnahme am ambulanten Operieren.

#### **7.4 Gründe für die volle Teilnahme am ambulanten Operieren**

Auch die Krankenhäuser, die in allen operierenden Fachabteilungen im Rahmen von § 115b SGB V ambulante Operationen durchführen, sollten angeben, warum sie hieran teilnehmen.

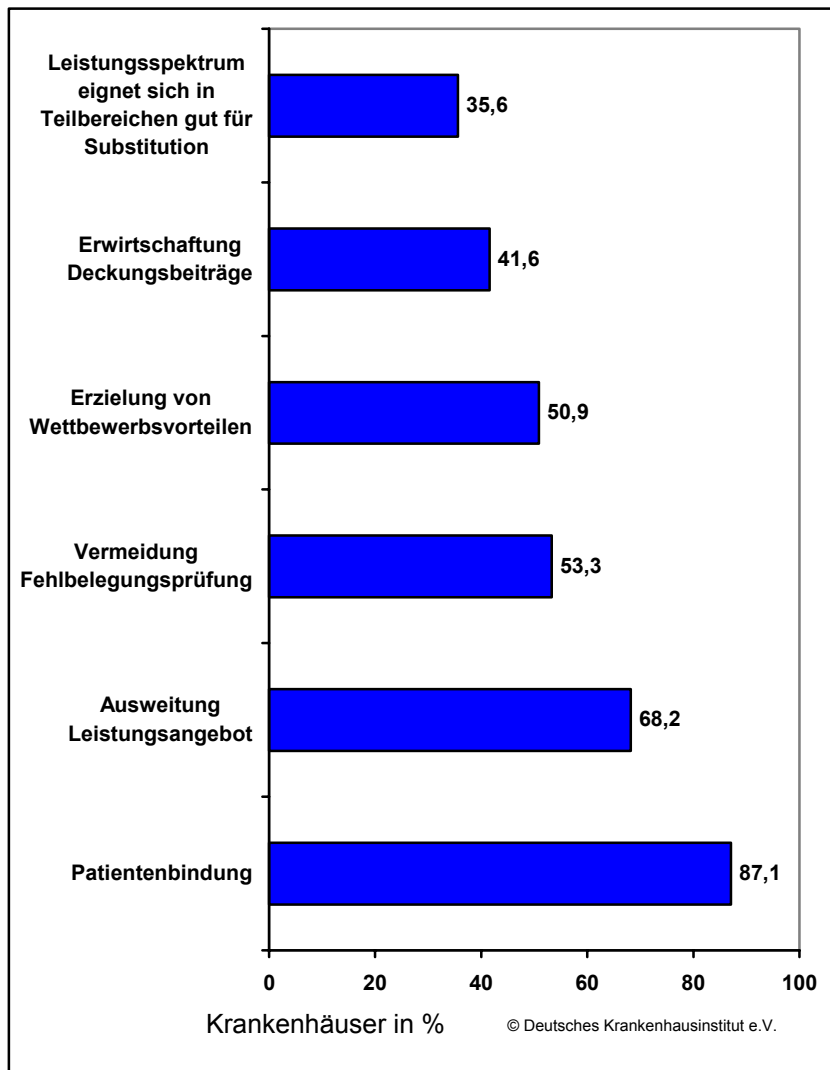
Von diesen Krankenhäusern werden die gleichen Gründe für die Teilnahme am ambulanten Operieren aufgeführt, wie von den Häusern, die nicht in allen operierenden Fachabteilungen diese Leistung erbringen. Wesentlicher Unterschied ist aber, dass die jeweiligen Nennungen weitaus höher sind als bei den Krankenhäusern, die nicht in allen Fachabteilungen ambulant operieren.

Wiederum wurde die Patientenbindung als häufigster Grund für die Durchführung von ambulanten Operationen genannt. Hier gaben dies allerdings 87% der Krankenhäuser an.

Mehr als zwei Drittel der Häuser wollen mit der Institutsermächtigung ihr Leistungsangebot ausweiten.

Bei mehr als der Hälfte der Krankenhäusern ist die Vermeidung einer Fehlbelegungsprüfung ein wichtiger Grund, um diese Leistungsform anzubieten.

51% der Krankenhäuser beabsichtigen, durch ambulante Operationen Wettbewerbsvorteile zu erzielen.



\* Da Mehrfachangaben zulässig waren, addieren sich die Antworten nicht zu 100%.

**Abb. 37: Gründe für die Durchführung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V in allen Fachabteilungen**

Von 42% der Krankenhäuser wurde betont, dass es zwar keine ausreichende Vergütung für ambulante Operationen gäbe, aber es könnten immerhin Deckungsbeiträge erzielt werden.

Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser sagten, dass sich ihr Leistungsspektrum in Teilbereichen gut für eine Substitution eignen würde.

## 8 Belegungsdaten der Krankenhäuser im Jahr 2001

### 8.1 Betten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser verfügten im Jahr 2001 durchschnittlich über 288 Planbetten, wobei 50% der Krankenhäuser weniger als 208 Planbetten aufwiesen. Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wiesen im Mittel 364 Planbetten auf und damit eine um 33% höhere Planbettenzahl als die Krankenhäuser in den alten Bundesländern mit durchschnittlich 274 Planbetten.

### 8.2 Fälle und Pflgetage

Die Zahl der Krankenhausfälle als Mittelwert aus Aufnahmen und Entlassungen<sup>12</sup> lag 2001 bei 9.778 Fälle je Krankenhaus (2000: 9.547). Dies entspricht 33,4 Fällen je Bett. Gegenüber dem Jahr 2000 stieg damit die Fallzahl je Bett um 0,9 Fälle bzw. 3% an.

In den alten Bundesländern lag die mittlere Fallzahl je Haus bei 9.345 (2000: 9.145). In den neuen Bundesländern war die durchschnittliche Fallzahl je Krankenhaus auch 2001 deutlich höher als in den alten Bundesländern. Sie lag bei 12.171 Fällen je Krankenhaus (2000: 11.670).

Die Fallzahl je Bett in den alten Bundesländern mit 33,4 (2000: 32,6) unterschied sich nur wenig von der Fallzahl je Bett in den neuen Bundesländern, die bei 33,1 (2000: 32,5) lag.

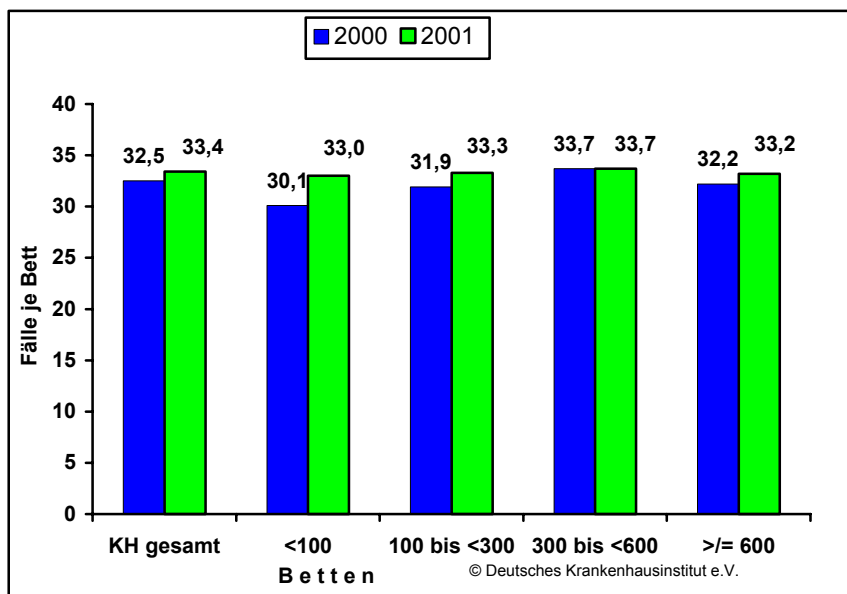


Abb. 38: Fälle je Bett nach Größenklassen

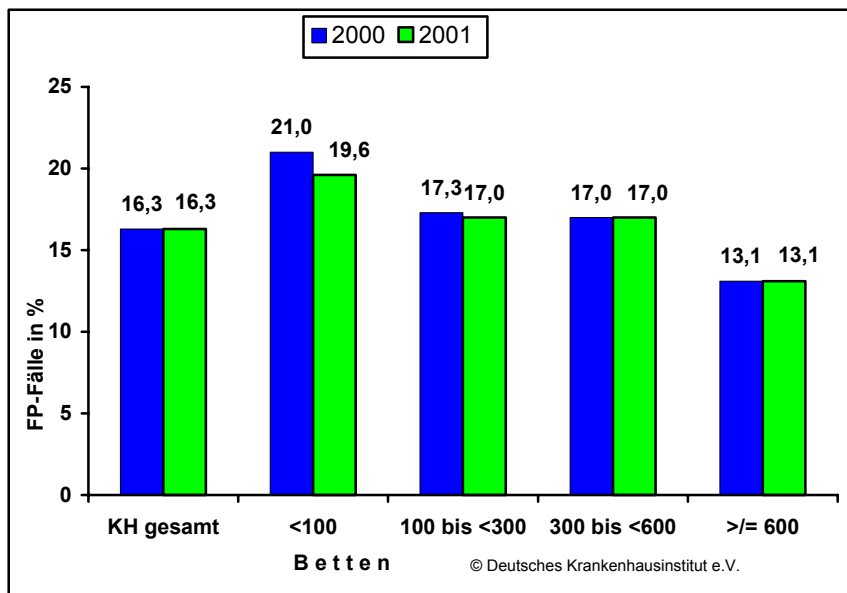
Differenziert man die Krankenhäuser nach Größenklassen, so zeigen sich Angleichungstendenzen bei den Fällen je Bett. Die Fallzahlen je Bett liegen bei allen Größenklassen um 33 Fälle je Bett. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Fall-

<sup>12</sup> Die Fälle schließen die Stundenfälle ein und unterscheiden sich damit von der Abgrenzung der amtlichen Krankenhausstatistik.

zahlen je Bett insbesondere bei den Krankenhäusern unter 100 Betten bzw. bei den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten gestiegen.

Bei den Fällen mit Fallpauschalen ergibt sich für die in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser ein durchschnittlicher Anteil von 16,3% an allen Fällen.<sup>13</sup> In den alten Bundesländern lag der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen mit 16,8% um 2,7 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil in den neuen Bundesländern, wo Krankenhäuser durchschnittlich 14,1% der Fälle mit Fallpauschalen abrechneten. Im Vergleich zu den Vorjahren ergeben sich beim Anteil der Fälle mit Fallpauschalen kaum Veränderungen.

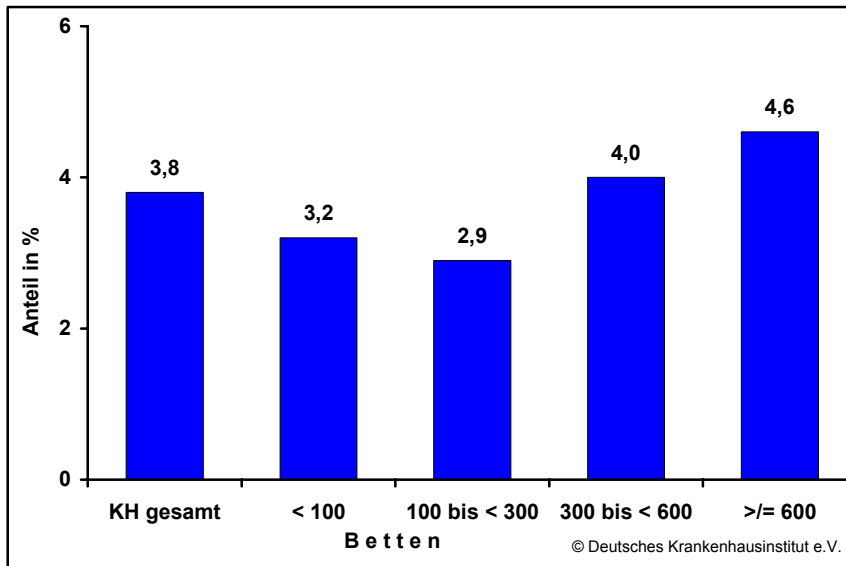
Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle an den Gesamtfällen variiert deutlich in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße: So weisen die kleinen Krankenhäuser einen überdurchschnittlichen Anteil, die Krankenhäuser ab 600 Betten einen unterdurchschnittlichen Anteil aus.



**Abb. 39: Fälle mit Fallpauschalen in % aller Fälle nach Größenklassen**

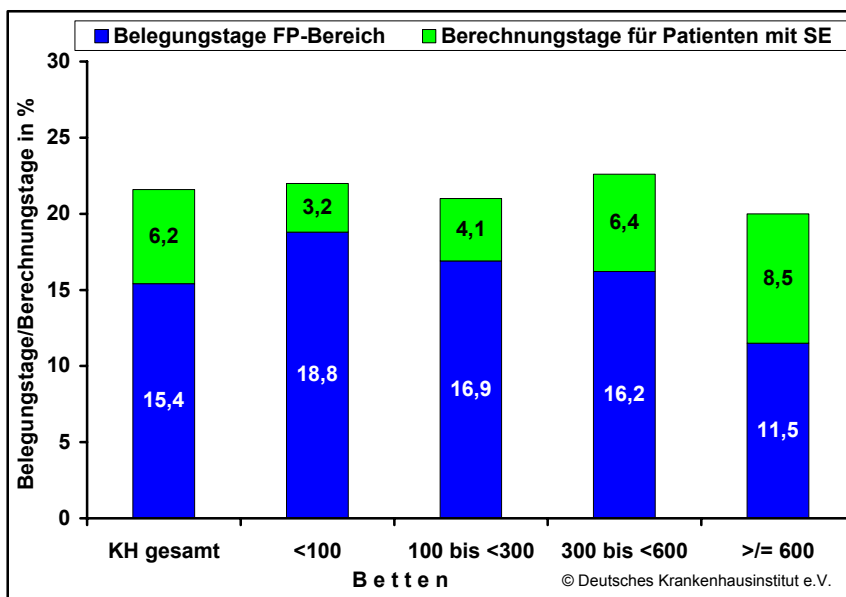
Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle mit einer Überschreitung der Grenzverweildauer an allen Fallpauschalen-Fälle lag im Jahr 2001 bei 3,8%. Unterschiedliche Anteile zeigen sich bei den Bettengrößenklassen. Den niedrigsten Anteil mit 2,9% weisen die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten auf, den höchsten Anteil mit 4,6% die Krankenhäuser ab 600 Betten.

<sup>13</sup> Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle bezieht sich auf alle Krankenhäuser, also unter Einschluss auch der Krankenhäuser, die keine Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.



**Abb. 40: Anteil FP-Fälle mit Überschreitung der Grenzverweildauer an den Fallpauschalen-Fällen nach Größenklassen**

Der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich an der Gesamtzahl aller Krankenhaustage<sup>14</sup> lag im Jahr 2001 bei 15,4% (2000: 14,9%). Der entsprechende Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten lag bei 6,2% (2000: 6,2%). Der Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten nimmt mit der Krankenhausgröße zu, der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich tendenziell ab.



**Abb. 41: Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich und Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten 2001 nach Größenklassen**

<sup>14</sup> Summe aus Berechnungstagen im Budgetbereich und Belegungstagen im Fallpauschalen-Bereich.



Der Anteil der Krankenhaustage, die auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallen, lag demnach 2001 wie schon in den vergangenen Umfragen im Durchschnitt aller Krankenhäuser bei 22% der Krankenhaustage. Bezogen auf die unterschiedlichen Größenklassen bewegte sich der Anteil der pauschalierten Entgeltformen zwischen 20% bei den Krankenhäuser ab 600 Betten und 22,6% bei den Krankenhäusern mit 300 bis unter 600 Betten.

Wiederum kann wie in den Vorjahren zusammengefasst werden, dass sich seit 1997 – dem letzten Bezugsjahr der *Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung* – eine Konstanz beim Anteil der pauschalierten Entgeltformen an allen Krankenhaufällen und –tagen zeigt. Trotz leichten Variationen trifft dies auch auf der Ebene der 4 Bettengrößenklassen zu.

### 8.3 Verweildauer und Auslastungsgrad

Mit den Ist-Daten für Jahr 2001 können folgende Verweildauern ermittelt werden:

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

Für 2001 ergab sich eine durchschnittliche **Gesamtverweildauer** von 8,8 Tagen, eine im Vergleich zu 2000 um 0,3 Tage gesunkene Gesamtverweildauer. Die Verweildauer differiert relativ wenig zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe. Am längsten war die Gesamtverweildauer bei den kleinen und den großen Krankenhäusern mit 9,0 Tagen.

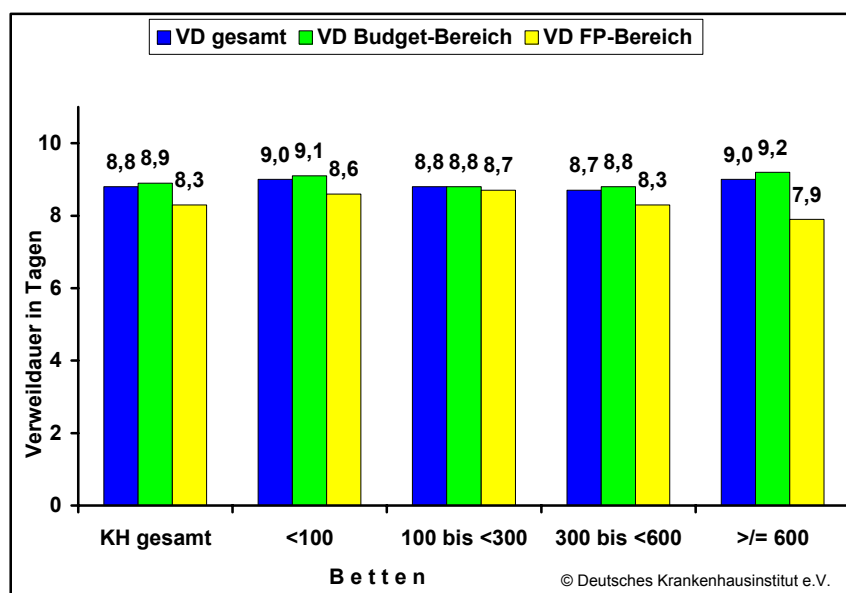


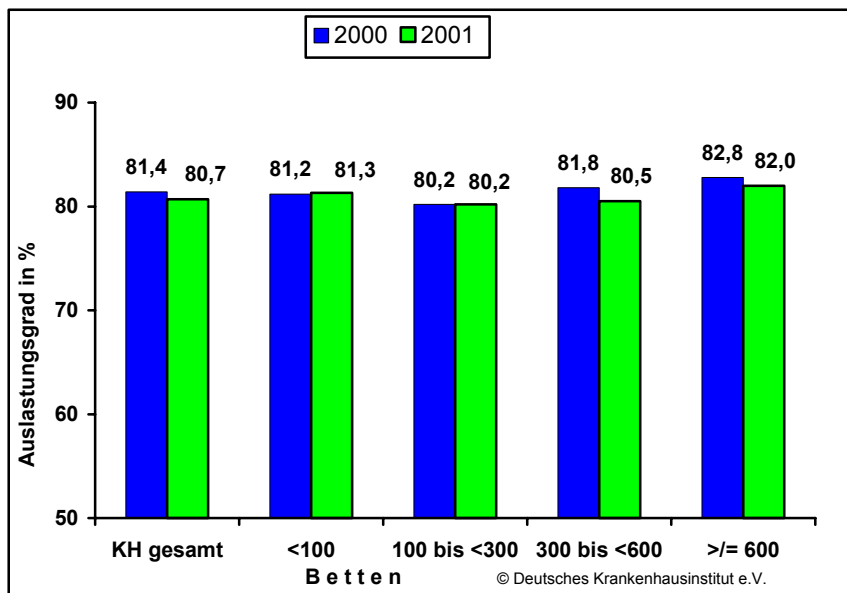
Abb. 42: Verweildauern 2001 in Tagen nach Größenklassen

Differenziert man die Verweildauer nach Budget- und Fallpauschalen-Bereich, so zeigt sich, dass die **Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich** 2001 im Durch-

schnitt aller Krankenhäuser 0,6 Tage kürzer war als die **Verweildauer im Budgetbereich**. Besonders groß ist der Unterschied zwischen den Verweildauern im Fallpauschalen- und Budgetbereich bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten mit 1,3 Tagen.

Die durchschnittliche Gesamtverweildauer sowie die Verweildauer im Budgetbereich sind im Vergleich zum Jahr 2000 um 0,3 bzw. 0,4 Tage gesunken. Die Verweildauer im Fallpauschalenbereich bleibt im gleichen Zeitraum konstant bei 8,3 Tagen.

Der durchschnittliche **Auslastungsgrad** der Krankenhäuser lag im Jahr 2001 bei 80,7% und damit leicht unter der Auslastung im Jahr 2000. Die Auslastung der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag mit 80,2% (2000: 81,0%) niedriger als die der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 82,6% (2000: 83,1%).



**Abb. 43: Auslastungsgrad der Krankenhäuser 2001 nach Größenklassen**

Bei den Krankenhäusern unter 100 Betten hat sich der Auslastungsgrad gegenüber dem allgemeinen Trend etwas erhöht.

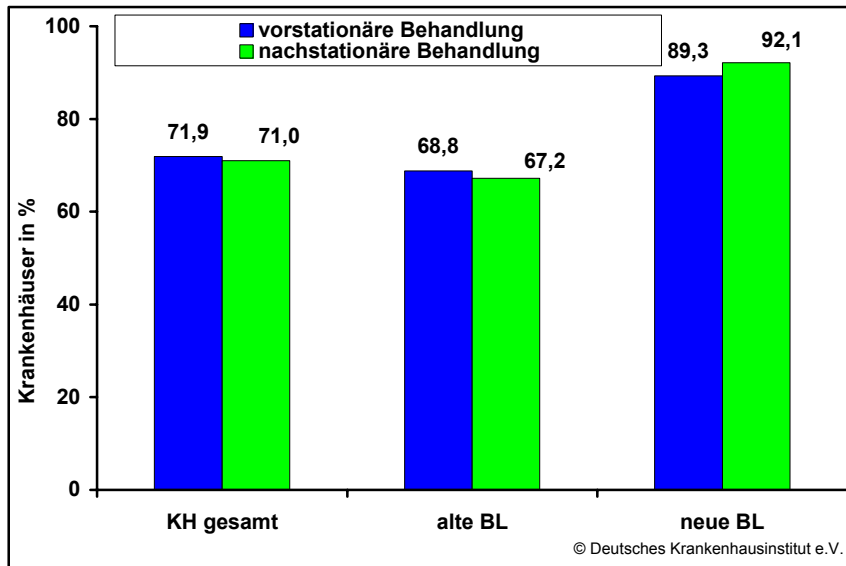
Unverändert stellt sich der Auslastungsgrad der Krankenhäuser in der Größenklassen zwischen 100 und 300 Betten dar.

Eine deutliche Absenkung des Auslastungsgrades gab es bei den Krankenhäusern mit 300 bis unter 600 Betten. Hier sank der Auslastungsgrad binnen eines Jahres um 1,3-Prozentpunkte.

Auch bei den Krankenhäusern ab 600 Betten zeigte sich ein Rückgang der Auslastung in Höhe von 0,8-Prozentpunkten.

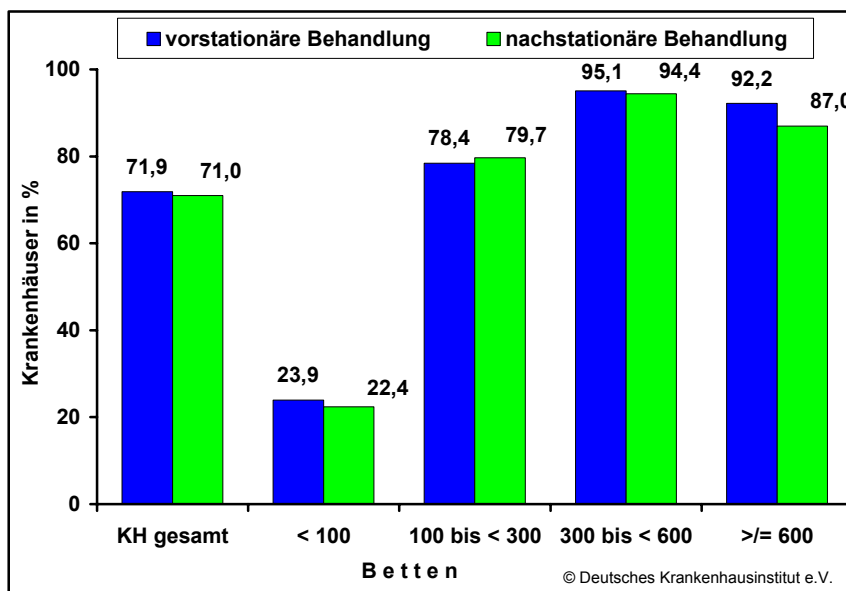
#### 8.4 Vor- und nachstationäre Behandlung

72% der Krankenhäuser erbrachten 2001 vor- und nachstationäre Behandlungen. Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer waren bei beiden Leistungsformen überproportional beteiligt.



**Abb. 44: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 2001 nach alten und neuen Bundesländern**

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

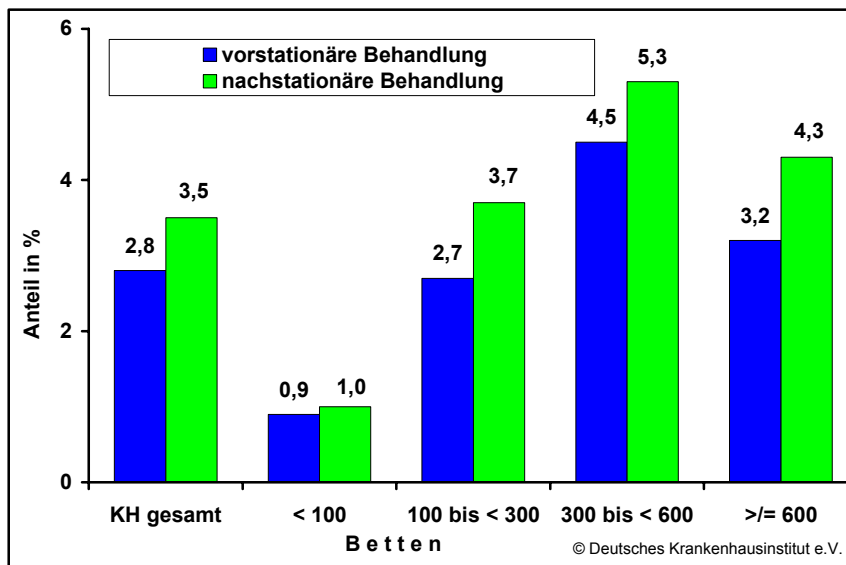


**Abb. 45: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 2001 nach Größenklassen**

Der Durchschnittswert über alle Krankenhäuser der Stichprobe wird bei beiden Leistungsformen maßgeblich bestimmt durch die geringe Beteiligung der kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten; dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass in dieser Krankenhausgruppe Belegkrankenhäuser überrepräsentiert sind und die entsprechenden Leistungen daher nach vertragsärztlichen Grundsätzen erbracht

und vergütet werden. Demgegenüber gehören bei den Krankenhäusern ab 300 Betten die vor- und nachstationäre Behandlung in der Regel zum Standardangebot.

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



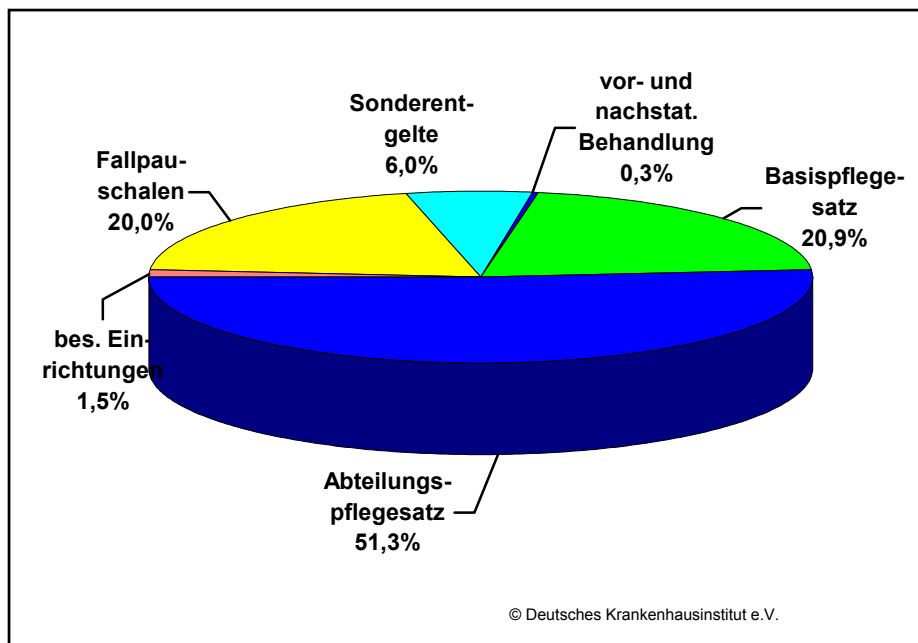
**Abb. 46: Anteil vor- und nachstationärer Fälle an den vollstationären Fällen im Budgetbereich nach Größenklassen**

Der Anteil der Fälle, die auf vorstationäre Behandlung entfallen, ist im Vergleich zu 2000 um 0,3-Prozentpunkte gestiegen. Der entsprechende Anteil der nachstationären Fälle sank im gleichen Zeitraum leicht um 0,1-Prozentpunkte. Zu berücksichtigen ist, dass im gleichen Zeitraum die Zahl der Fälle im Budgetbereich gestiegen ist.

## 9 Erlöse im Jahr 2001

### 9.1 Erlösarten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser gaben für 2001 Gesamterlöse in Höhe von 22.110 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.



**Abb. 47: Erlösarten der Krankenhäuser 2001 in %**

72% der Erlöse stammen aus Basis- und Abteilungspflegesätzen. Der Erlösanteil der Fallpauschalen und Sonderentgelte lag bei 26%, wobei die Erlöse aus Fallpauschalen mehr als dreimal so hoch sind wie die Erlöse aus Sonderentgelten. Die Erlöse aus Pflegesätzen für besondere Einrichtungen und die Erlöse aus vor- und nachstationärer Behandlung hatten insgesamt einen Anteil von 1,8% an den gesamten Erlösen der Krankenhäuser.

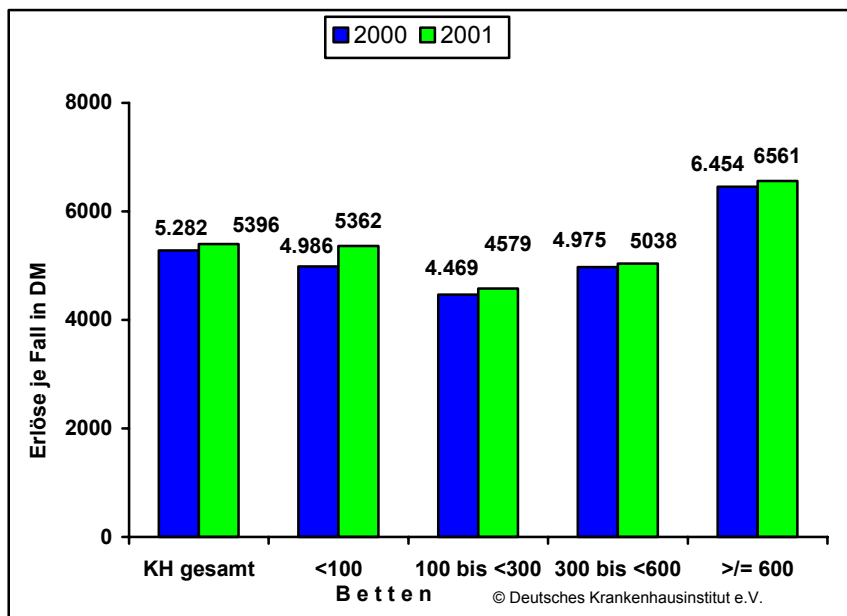
Im Vergleich zu 2000 stieg der Anteil der Erlöse aus Basispflegesätzen um 0,8-Prozentpunkte an. Der Anteil der Erlöse aus Fallpauschalen erhöhte sich von 18,3% in Jahr 1999 über 19,4% im Jahr 2000 auf nunmehr 20,0%. Bei den anderen Erlösarten kam es im Vergleich zu 1999 zu keinen nennenswerten Veränderungen.

Die gesondert erfassten Erlöse aus ambulanten Operationen waren im Vergleich zu den Erlösen aus stationärer Behandlung gering. Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser nahmen 2001 insgesamt Erlöse aus ambulanten Operationen in Höhe von knapp 58 Mio. DM ein. Dies entspricht 0,3% der Erlöse aus stationärer Behandlung. Damit ergab sich für 2001 ein um 0,1-Prozentpunkte höherer Anteil der Erlöse aus ambulanten Operationen an den stationären Erlösen als im Vorjahr.

## 9.2 Erlöse je Fall / je Pfl egetag

Bezieht man die Erlöse aus stationärer Behandlung auf die Zahl aller vollstationären Fälle, so ergibt sich für 2001 ein Betrag von 5.396 DM je Fall. Im Vergleich zu 2000 sind damit die Erlöse je Fall um 2% gestiegen.<sup>15</sup>

Die Erlöse je vollstationärem Fall lagen in den alten Bundesländern bei 5.424 DM (2000: 5.279 DM) und in den neuen Bundesländern bei 5.277 (2000: 5.293 DM). Damit sind in den alten Bundesländern die fallbezogenen Erlöse um 3% gestiegen, in den neuen Bundesländern dagegen leicht gesunken.



**Abb. 48: Erlöse der Krankenhäuser je Fall 2000 und 2001 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 kostenintensive Leistungen erbringen. Solche Spezialkliniken sind in dieser Bettengrößenklasse überproportional häufig vertreten.
- Aufgrund der kleinen Besetzungszahlen in dieser Größenklasse beeinflussen die Angaben weniger Krankenhäuser die Werte stärker als in den anderen Größenklassen.

<sup>15</sup> Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die Angaben zu Fällen/ Pfl egetagen und Erlösen gemacht haben. Die Krankenhäuser in den Stichproben der Jahre 2000 und 2001 sind in vielen Fällen nicht identisch, so dass bei den Veränderungsdaten Struktureffekte auftreten können.

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

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 2000 einen mittleren Erlös je Fall von 4.776 DM und 2001 einen mittleren Erlös je Fall in Höhe von 4.155 DM.

Die durchschnittlichen Erlöse je Pflege-tag lagen im Jahr 2001 bei 610 DM (2000: 580 DM). In den alten Bundesländern lagen sie mit 617 DM je Pflege-tag etwas über, in den neuen Bundesländern mit 581 DM je Pflege-tag unter dem gesamt-deutschen Mittelwert.

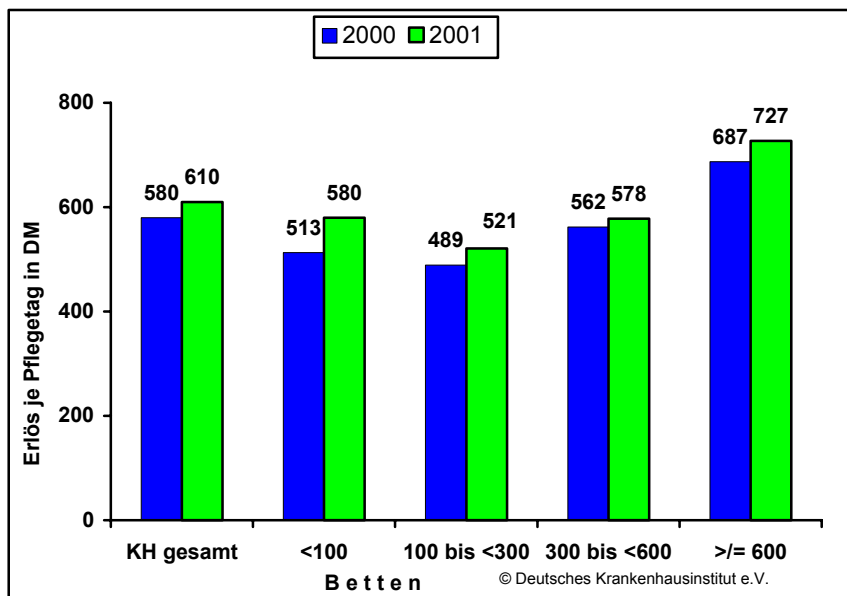


Abb. 49: Erlöse der Krankenhäuser je Pflege-tag 2000 und 2001 nach Größenklassen

## 10 Pflegesatzvereinbarungen für das Jahr 2002

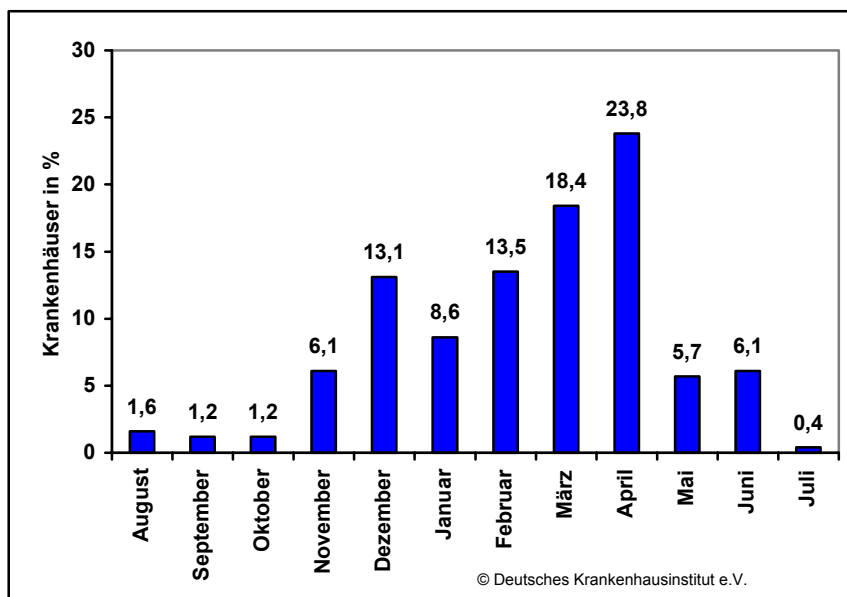
### 10.1 Krankenhäuser mit Pflegesatzvereinbarungen

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 überwiegend nicht eingehalten. Lediglich 23% der Krankenhäuser konnten im Jahr 2001 eine Pflegesatzvereinbarung für 2002 abschließen. Zum Zeitpunkt der Befragung verfügten insgesamt 248, also 57%, der Häuser über eine entsprechende Vereinbarung. Hierbei ergab sich ein deutlicher Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Während 52% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hatten, lag der Anteil in den neuen Bundesländern mit 85% wesentlich höher.

Hinsichtlich der Bettengrößenklassen liegt eine Zweiteilung vor. Jeweils mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 und unter 600 Betten verfügten über eine Vereinbarung. Bei den kleinen und den großen Krankenhäusern lag der Anteil bei 37% bzw. 40%.

Aus der nachstehenden Abbildung geht hervor, in welchem Monat Pflegesatzvereinbarungen abgeschlossen werden konnten.<sup>16</sup>



**Abb. 50: Abschluß Pflegesatzvereinbarungen in % nach Monaten 2001/2002**

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.

<sup>16</sup> Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die den Monat, in dem sie die Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen haben, angegeben haben. Nicht alle Krankenhäuser konnten hierzu Angaben machen.



Keine Pflegesatzvereinbarung hatten 43% der Krankenhäuser abgeschlossen. Von diesen Krankenhäusern gaben 61% an, dass ein Termin für eine Pflegesatzverhandlung schon fest stehen würde. Bei 39% der Krankenhäuser ohne Pflegesatzvereinbarung stand zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht einmal ein Termin für eine Pflegesatzverhandlung fest.

## 10.2 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 Kalkulationsaufstellung (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 244 Krankenhäuser machten Angaben zu den geforderten und den vereinbarten voraus kalkulierten Budgets.

Durchschnittlich wurde ein voraus kalkuliertes Budget in Höhe von 19.993 Tsd. € (Tausend Euro) gefordert. Das vereinbarte voraus kalkulierte Budget liegt mit durchschnittlich 19.208 Tsd. € 5% niedriger als die Forderung.

Die durchschnittlich geforderten und vereinbarten voraus kalkulierten Budgets in den alten Bundesländern liegen mit 18.495 Tsd. € bzw. 17.727 Tsd. € unterhalb des gesamtdeutschen Mittelwertes. In den neuen Bundesländern wurde durchschnittlich ein voraus kalkuliertes Budget in Höhe von 25.102 Tsd. € gefordert. Die Vereinbarung liegt bei 24.259 Tsd. €.

Die mittlere Höhe der geforderten und der vereinbarten voraus kalkulierten Budgets streut erheblich zwischen den 4 Größenklassen.

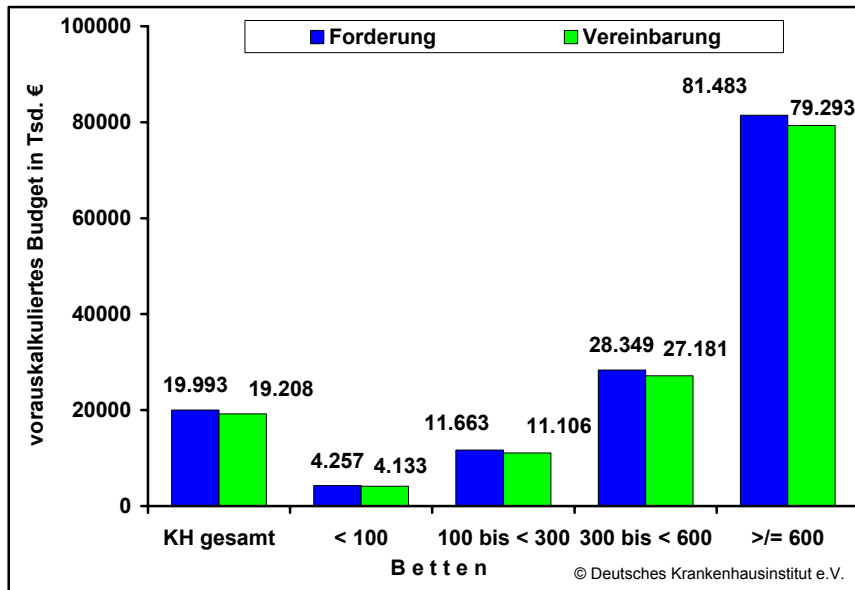


Abb. 51: Geforderte und vereinbarte vorkalkulierten Budgets nach Größenklassen

Deutlich wird, dass die geforderten vorkalkulierten Budgets in allen Größenklassen höher sind als die tatsächlich vereinbarten Budgets.

#### Fallpauschalen

Der Mittelwert der durchschnittlich geforderten Vergütungen für Fallpauschalen liegt bei 4.711 Tsd. €. Die durchschnittlich vereinbarten Vergütungen für Fallpauschalen liegen mit 4.603 Tsd. € 2% unter den Forderungen.

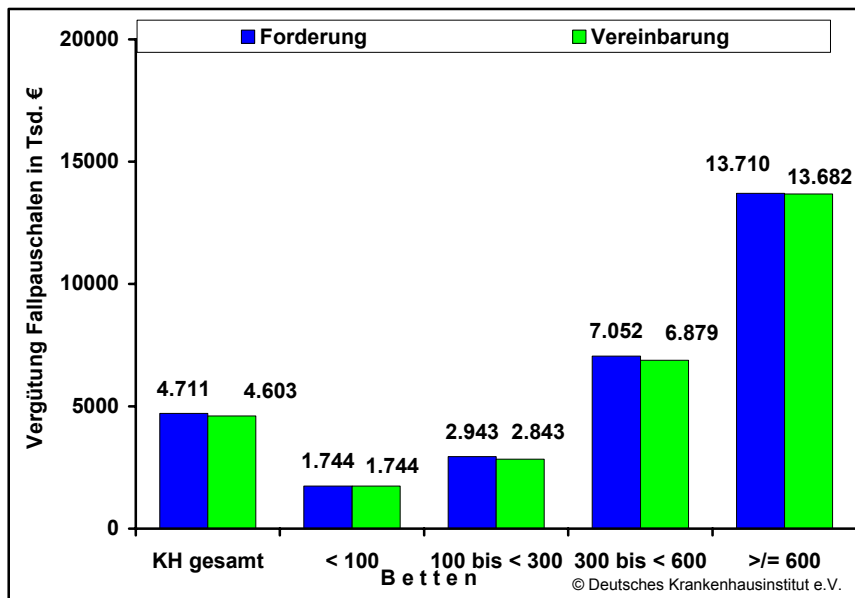


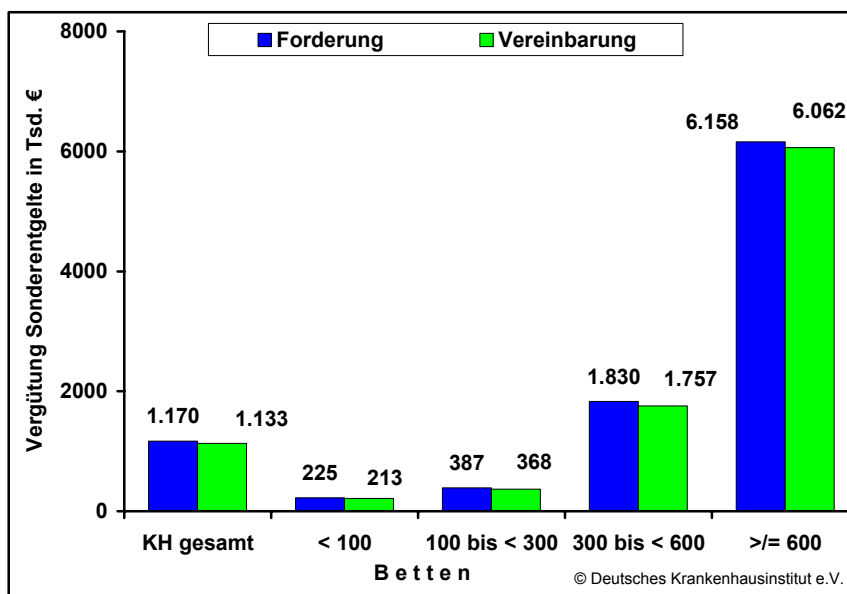
Abb. 52: Geforderte und vereinbarte Vergütungen für Fallpauschalen nach Größenklassen

In den alten Bundesländer nimmt die Forderung eine durchschnittliche Höhe von 4.653 Tsd. € an, während die Vereinbarung mit 4.536 Tsd. € nur knapp darunter

liegt. Die geforderte Vergütung liegt in den neuen Bundesländern bei 4.909 Tsd. €. Die Vereinbarung nimmt einen Wert von durchschnittlich 4.831 Tsd. € an. Auch bei den Vergütungen für Fallpauschalen liegt eine breite Streuung vor, und zwar nicht nur was die absolute Höhe der Forderung und der Vereinbarung anbelangt, sondern auch in der relativen Differenz zwischen beiden.

### Sonderentgelte

Im Durchschnitt wurden 1.170 Tsd. € als Vergütung für Sonderentgelte gefordert. Die vereinbarten Vergütungen für Sonderentgelte liegen mit 1.133 Tsd. € 3% unter den Forderungen. In den alten Bundesländern liegt die Vereinbarung 2,7% unterhalb der Forderung. Die Differenz zwischen Forderung und Vereinbarung liegt in den neuen Bundesländern bei 4,5%.

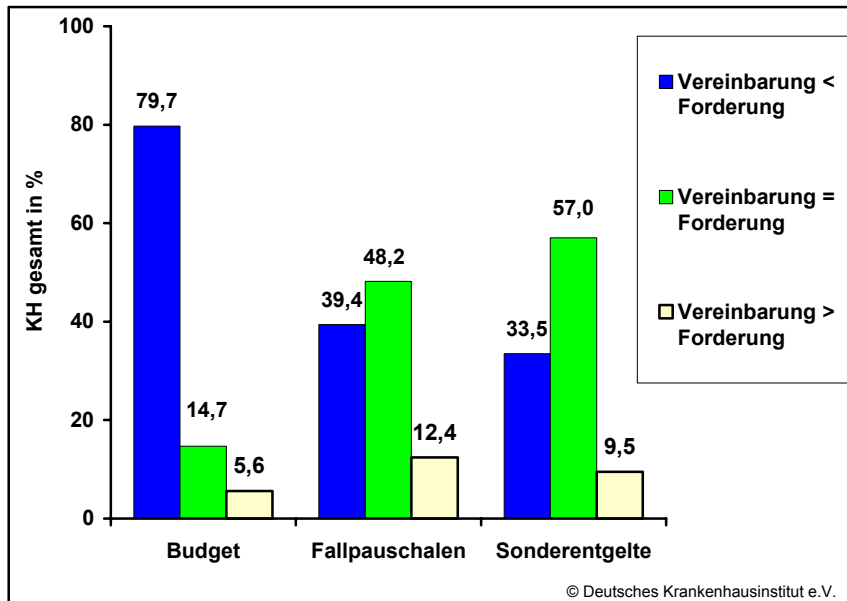


**Abb. 53: Geforderte und vereinbarte Vergütungen für Sonderentgelte nach Größenklassen**

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 der nachfolgenden Abbildung geht hervor, in wie vielen Krankenhäusern die Forderung höher, niedriger oder gleich der Vereinbarung war.



**Abb. 54: Geforderte und vereinbarte Vergütungen für Krankenhäuser gesamt**

In insgesamt 80% der Krankenhäuser lag das vereinbarte voraus kalkulierte Budget unterhalb des geforderten voraus kalkulierten Budgets. Lediglich bei 5,6% der Krankenhäuser war dies umgekehrt. 15% der Häuser gaben an, dass die Forderung gleich der Vereinbarung war.

Der Vergleich der Forderungen und Vereinbarungen beim voraus kalkulierten Budget und bei den Fallpauschalen zeigt erhebliche strukturelle Unterschiede. So stimmt bei den Vergütungen für Fallpauschalen etwa in jedem zweiten Krankenhaus die Vereinbarung mit der Forderung überein. Beim voraus kalkulierten Budget war dies nur bei 15% der Häuser der Fall.

Ein Vergleich zwischen den Forderungen und den Vereinbarungen zeigt für die Vergütungen für Sonderentgelte ein zu den Vergütungen für Fallpauschalen vergleichbares Bild. 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 für 10% der Krankenhäuser.

### 10.3 Vereinbarter Basispflegesatz

Der für den Pflegesatzzeitraum 2002 vereinbarte Basispflegesatz liegt durchschnittlich bei 73,38 EUR (2001: 67,95 EUR). In den alten Bundesländern beträgt er 73,94 EUR (2001: 68,33 EUR). Der in den neuen Bundesländern vereinbarte durchschnittliche Basispflegesatz fällt mit 71,48 EUR (2001: 66,75 EUR) unterdurchschnittlich aus.

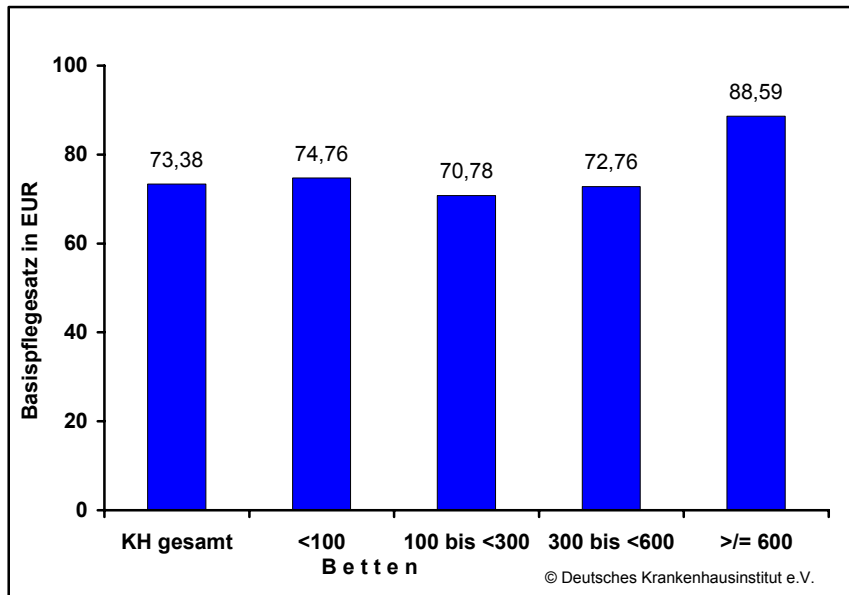


Abb. 55: Durchschnittlicher Basispflegesatz nach Größenklassen

## Anhang: Methodik und Stichprobenbildung

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

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

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

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

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

Die Bruttostichprobe lag damit insgesamt bei 1.003 Krankenhäusern (vgl. Tab. 1).

Krankenhausgrößenklassen	alte BL	neue BL
unter 100 Betten	200	22*
100 bis unter 300 Betten	200	147*
300 bis unter 600 Betten	200	72*
ab 600 Betten	123*	39*
insgesamt	723	280
* Vollerhebung		

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

**Tab. 1: Bruttostichprobe Krankenhäuserhebung**

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Reha-Einrichtungen) lag bei 995 Krankenhäusern. Nach einer Nachfaßaktion nach knapp vier Wochen wurde eine Teilnahme von 434 Krankenhäusern oder 43,6% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. 2). Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag bei 46% und in den neuen Bundesländern bei 38%. Die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse unterscheiden sich merk-

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

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	723	280	1.003
bereinigte Bruttostichprobe	719	276	995
Teilnehmer	329	105	434
Rücklauf in %	45,8	38,0	43,6

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

**Tab. 2: Ausschöpfungsquoten**

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

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

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

Strukturdaten	2002
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	434
Bundesland	
- alte Bundesländer	75,8%
- neue Bundesländer	24,2%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	91,6%
- Hochschulklinik	1,6%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	6,8%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	44,5%
- frei-gemeinnützig	41,3%
- privat	13,6%
- keine Angabe	0,6%
Ausrichtung des Krankenhauses	
- Allgemeinkrankenhaus	80,9%
- Fachkrankenhaus	18,9%
- keine Angabe	0,3%
Belegkrankenhaus	7,7%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 3: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser