



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Krankenhaus Barometer

Herbstumfrage 2002



Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf

Februar 2003

Inhaltsverzeichnis

Krankenhaus Barometer

Herbstumfrage 2002

Zusammenfassung		4
1	Einleitung	8
2	Vorbereitung auf das Fallpauschalensystem	9
2.1	Ermittlung des Casemix-Index	9
2.2	Problematische Regelungen der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“	11
2.3	Vorbereitung der Ärzte zur Verbesserung der Kodierqualität	13
2.4	Zuständigkeiten für die Verschlüsselung	15
2.5	Organisation der ärztlichen Verschlüsselung	18
2.6	Zuständigkeiten für die DRG-Gruppierung	19
2.7	Kostenrechnungsverfahren	21
2.8	Änderungen des Leistungsangebotes	22
3	Personal der Krankenhäuser	25
3.1	Zusätzlicher Betrag nach § 6 Abs. 5 BpflV	25
3.2	Durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte	26
3.3	Belastungszahl nach Fällen	28
3.4	Veränderung der Personalsituation	30
3.5	Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst	32
3.6	Nicht besetzte Stellen im Pflege-/Funktionsdienst	34

3.7	Maßnahmen zur Gewinnung von Personal	35
3.8	Anreize zur Gewinnung von Mitarbeitern	37
3.9	Systematische Personalentwicklung	39
3.10	Organisation der Fort- und Weiterbildung	42
4	Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen	48
5	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses	53
6	Belegungsdaten der Krankenhäuser im 1. Halbjahr 2002	57
6.1	Betten	57
6.2	Fälle und Pflage tage	57
6.3	Verweildauer und Auslastungsgrad	60
6.4	Vor- und nachstationäre Behandlung	62
Anhang		64

Zusammenfassung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometer* vor. Die Ergebnisse beruhen auf einer schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland, die in der Zeit von Oktober bis Dezember 2002 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 389 Krankenhäuser. Die Rücklaufquote liegt bei 39,2%.

Vorbereitung der Ärzte auf das Fallpauschalensystem

Im Fallpauschalensystem schreiben die Ärzte mit ihrer Kodierung zugleich die Rechnung, so dass eine gute Dokumentations- und Kodierqualität ein wichtiger Faktor für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses darstellt. Eine ausreichende Vorbereitung auf die neuen Kodieranforderungen ist daher eine wichtige Vorbedingung für das wirtschaftliche Überleben im Fallpauschalensystem.

In drei Viertel aller Krankenhäuser erhielten alle Ärzte eine Schulung zur Einführung in das Fallpauschalensystem. In weiteren 18% der Häuser wurden einzelne Ärzte als Multiplikatoren geschult. Lediglich 3% der Häuser haben bisher keine derartige Schulung für ihre Ärzte durchgeführt. Dies betrifft ausschließlich Kliniken aus den alten Bundesländern und hier vor allem kleine Krankenhäuser.

Mehr als zwei Drittel der Häuser haben allen ihren Ärzten die Kodierrichtlinien in Papierform ausgehändigt, weitere 15% einzelnen Ärzten. In insgesamt 58% der Häuser haben alle Ärzte Zugriff auf Kodierrichtlinien in elektronischer Form. Bei weiteren 9% verfügt nur ein Teil der Ärzteschaft über einen Zugriff. Nur ein Bruchteil der Krankenhäuser hat seinen Ärzten die Kodierrichtlinien bisher weder in Papierform noch auf EDV-Basis ausgehändigt.

Die Aushändigung der Kodierrichtlinien kann nur ein erster Schritt sein, die Kodierqualität zu verbessern. Die Ärzte müssen im Umgang mit den Richtlinien geschult werden. Dies wird auch in den Krankenhäusern so gesehen, denn in 86% der Krankenhäuser wurden Kodierschulungen durchgeführt.

Sofern Kodierprogramme in den Krankenhäusern eingesetzt werden, bietet sich darüber hinaus auch eine Schulung an den eingesetzten Kodierprogrammen an. Dies wurde in 44% der Häuser für alle Ärzte und in weiteren 22% für einen Teil der Ärzte durchgeführt.

Die Dokumentations- und Kodierqualität wird spürbar erhöht, wenn die Ärzte eine Rückkoppelung über ihre Kodierungen erhalten. Eine Rückkoppelung kann entweder über die Möglichkeit von Probeverschlüsselungen oder eine Rückmeldung über die Kodierqualität erfolgen.

In 55% der Krankenhäuser wurde entweder allen oder einem Teil der Ärzte die Gelegenheit gegeben, Probeverschlüsselungen durchzuführen. Allerdings ist der Anteil der Häuser, die diese Möglichkeit zur Verbesserung der Kodierqualität bisher nicht genutzt haben, mit 26% sehr hoch. Hoch ist diese Zahl deswegen, weil der überwiegende Teil dieser Krankenhäuser angegeben hat, dass jeder Arzt die von ihm festgestellten Diagnosen selbst verschlüsselt.

Eine Rückmeldung über die Kodierqualität erfolgt in 81% der Krankenhäuser, sei es an alle Ärzte (48%), sei es an einzelne Ärzte (33%).

Der Ärztliche Dienst verschlüsselt in fast jedem Krankenhaus die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren selbst. Damit ist aber noch nicht bekannt, wie die Verschlüsselung konkret organisiert ist.

Dabei wird in der Mehrzahl der Krankenhäuser, nämlich in 79% der Häuser, eine dezentrale Lösung bevorzugt. Eine teilweise zusätzliche Verschlüsselung auf Abteilungs-/ Stationsebene erfolgt in 22% der Häuser. Eine zentrale Verschlüsselung auf der Krankenhausebene wird in 6% der Häuser durchgeführt.

Nach der erfolgten Verschlüsselung der Diagnosen, Prozeduren und ggf. der Beamtungsstunden erfolgt die Gruppierung der Datensätze mittels eines Groupers. Erforderlich ist dann eine Kontrolle der DRG-Gruppierung, um falsche oder unplausible Kodierungen und Gruppierungen auszuschließen.

In der Hälfte der Krankenhäuser erfolgt die Kontrolle der Gruppierung durch das Medizincontrolling. Je größer die Krankenhäuser sind, desto höher der Anteil der Häuser, bei denen diese Organisationsform gewählt wurde. In einem Drittel der Krankenhäuser, die das Medizincontrolling zur Überprüfung der Gruppierung einsetzen, erfolgt eine Kontrolle zusätzlich zentral auf der Abteilungs-/ Stationsebene.

Änderungen des Leistungsangebotes

Die Einführung von Fallpauschalen wird nicht nur zu einer Verkürzung der Verweildauern führen, sondern auch vielfältige Änderungen in anderen Bereichen auslösen. Dies reicht von einer Veränderung der Leistungsstrukturen bis hin zu einem zusätzlichen Leistungsangebot der Krankenhäuser an nicht stationären Leistungen.

Lediglich 17% der Krankenhäuser beabsichtigen keine Änderungen durchzuführen. Hierbei handelt es sich vor allem um kleinere Krankenhäuser.

Die Hälfte aller Krankenhäuser beabsichtigt im Hinblick auf die Einführung des Fallpauschalensystems mit anderen Krankenhäusern zu kooperieren. Allerdings soll nur in Einzelfällen die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern zu einer Fusion führen.

An eine Einführung bzw. Ausweitung ambulanter Operationen denken 48% der Krankenhäuser. Vor allem die Krankenhäuser mit 100 bis unter 600 Betten beabsichtigen diese vom Gesetzgeber schon vor zehn Jahren angebotene Möglichkeit zu intensivieren.

Die Ausweitung des bisherigen stationären Leistungsangebotes auf vor- und nachgelagerte Gesundheitsbereiche scheint darüber hinaus eine wichtige Alternative zu werden. So beabsichtigt mehr als ein Viertel der Häuser die Einführung oder die Ausweitung sonstiger ambulanter Leistungen.

Jedes zehnte Krankenhaus plant die Einführung/Ausweitung ambulanter Rehabilitationsleistungen oder Pflegeleistungen. Die Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen kommt auch darin zum Ausdruck, dass ein Drittel der Häuser über die Ansiedelung von niedergelassenen Ärzten bzw. eines Ärztehauses am Krankenhaus nachdenkt.

Die Aktivitäten der Krankenhäuser erschöpfen sich allerdings nicht nur in der geplanten Behandlung zusätzlicher (nicht-stationärer) Patienten. Auch für den stationären Bereich werden Änderungen beabsichtigt. Die internen Schwerpunkte von Fachabteilungen sollen in 34% der Krankenhäuser geändert werden. Darüber hinaus will ein Fünftel der Häuser sein stationäres Leistungsangebot ausdehnen. Umgekehrt will jedes zehnte Krankenhaus bestehende Fachabteilungen zusammenlegen.

Veränderung der Personalsituation

Im Vergleich zum Jahr 2001 wurden 2002 in 36% der Krankenhäuser weniger Vollkräfte beschäftigt. In 27% der Krankenhäuser gab es mehr Personal. Keine Veränderungen ihres Personalbestandes meldeten 36% der Krankenhäuser.

Wie schon im vergangenen Jahr ist besonders der Unterschied zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern auffallend. Dies gilt insbesondere für den Ärztlichen Dienst.

Im Vergleich zu 2001 wurden im Jahr 2002 in 16% der Krankenhäuser weniger Ärzte beschäftigt. Während es in fast jedem dritten ostdeutschen Krankenhaus im Jahr 2002 weniger Ärzte als im Vorjahr gab, waren 2002 nur in 13% der westdeutschen Häuser weniger Ärzte als 2001 tätig.

Auf der anderen Seite gaben 41% der westdeutschen Häuser an, dass sie mehr Ärzte als im Vorjahr beschäftigt haben. In Ostdeutschland erfolgte eine zusätzliche Beschäftigung von Ärzten in 28% der Krankenhäuser.

Die Anteile der Krankenhäuser, bei denen Personal im Pflegedienst abgebaut oder neu eingestellt wurde bzw. bei denen es keine Änderungen gegeben hat, halten sich in etwa die Waage. Hier liegen keine großen Unterschiede zwischen den west- und ostdeutschen Häusern vor.

Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst

Die Krankenhäuser haben zunehmend Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation noch einmal verschärft: Jedes zweite Krankenhaus kann offene Stellen nicht besetzen. Dies betraf 43% der Häuser in den alten Bundesländern. Unverändert dramatisch ist die Situation in neuen Bundesländern. Fast vier Fünftel aller Häuser konnten offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der allgemeinen Krankenhäuser gibt es 3.160 unbesetzte Stellen.

Nicht besetzte Stellen im Pflege-/Funktionsdienst

Für den Pflege- und Funktionsdienst ist die Situation nicht ganz so ernst wie für den Ärztlichen Dienst. Offene Stellen in diesem Dienstbereich können derzeit von 28% der Krankenhäuser nicht besetzt werden. Im Unterschied zum Ärztlichen Dienst haben die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern weniger Probleme Stellen zu besetzen als die Häuser in den alten Bundesländern. Hochgerechnet sind 2.570 Vollkraftstellen im Pflege- und Funktionsdienst nicht besetzt.

Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

Die Kostenträger weigern sich häufiger, Krankenhausleistungen nach der Rechnungslegung zu vergüten oder zögern die Vergütung hinaus. Daraus resultieren bei den Krankenhäusern hohe Außenstände.

In fast drei Viertel der Krankenhäuser erfolgt die Vergütung der Krankenhausbehandlung seitens der Kostenträger nicht fristgerecht. Erfahrungen mit einer teilweisen oder gar kompletten Zahlungsverweigerung haben fast zwei Drittel der Krankenhäuser.

Im Durchschnitt sind 16% aller stationären Fälle von diesen Verfahrensweisen der Kostenträger betroffen. In den alten Bundesländern liegt der Anteil höher als in den neuen Bundesländern.

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der allgemeinen Krankenhäuser hoch, so haben die Krankenhäuser insgesamt Außenstände aus Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen in Höhe von 1,3 Mrd. Euro.

Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Die Frage nach der Einschätzung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation führte im Spätherbst des Jahres 2001 zu einem nahezu ausgewogenen Ergebnis. Binnen eines Jahres hat sich die Einschätzung deutlich verschlechtert. Nunmehr schätzen über die Hälfte der Krankenhäuser ihre derzeitige wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein. Dabei ist die Beurteilung der Häuser in den alten Bundesländern deutlich negativer als in neuen Bundesländern.

Bei den Erwartungen für das nächste Jahr kommen zwei Drittel der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass sich die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu diesem Jahr eher verschlechtern wird. Auch hier sind die Krankenhäuser in Westdeutschland pessimistischer als in Ostdeutschland.

Dass die Lage eher gleich sein wird, geben 24% der Häuser an. Eine eher bessere wirtschaftliche Lage erwarten nur noch 5% der Krankenhäuser.

Die Erwartungen für das kommende Jahr müssen im Zusammenhang mit der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation in diesem Jahr gesehen werden.

Der Zusammenhang zwischen der derzeitigen wirtschaftlichen Situation und den Erwartungen für das nächste Jahr kann am besten gezeigt werden, wenn man die Krankenhäuser in „Optimisten“ und „Pessimisten“ einteilt.

Als „Optimisten“ sollen die Krankenhäuser bezeichnet werden, die ihre derzeitige gute wirtschaftliche Lage im kommenden Jahr zumindest beibehalten können sowie die Krankenhäuser, denen es nach eigener Einschätzung gelingen wird, von einer durchschnittlichen zu einer guten wirtschaftlichen Situation zu kommen. Die so definierten „Optimisten“ machen nur 9% aller Krankenhäuser aus. Im Vorjahr lag dieser Wert mit 17% fast doppelt so hoch.

Zu den „Pessimisten“ sollen die Krankenhäuser zählen, die ihre heutige eher unbefriedigende wirtschaftliche Situation nicht verbessern können sowie die Häuser, die sich von einer durchschnittlichen Lage zu einer eher schlechten Position hin bewegen. Insgesamt 73% der Krankenhäuser fallen in die Kategorie der „Pessimisten“ (2001: 45%). In einem Jahr ist damit der Anteil dieser Krankenhäuser um 28-Prozentpunkte gestiegen.

Die größte Gruppe der Krankenhäuser mit 39% halten ihre derzeitige wirtschaftliche Lage für eher unbefriedigend *und* erwarten, dass es ihnen eher schlechter gehen wird.

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 Oktober bis Dezember 2002 durchgeführt worden ist.¹ Beteiligt haben sich insgesamt 389 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 Krankenhausgeschehen zur Verfügung zu stellen.

In Kapitel 2 wird zunächst der Stand der Vorbereitung auf das Fallpauschalensystem dargestellt. Hier geht es insbesondere um die Organisation der Kodierqualität und der Gruppierung.

Daran schließt sich in Kapitel 3 ein Überblick über die Personalsituation der Krankenhäuser im 1. Halbjahr 2002 an. Neben Belastungszahlen und unbesetzten Stellen geht es hier auch um Maßnahmen zur Gewinnung von Personal und um eine systematische Personalentwicklung.

Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen seitens der Kostenträger werden in Kapitel 4 behandelt.

Die Beurteilung der derzeitigen und der künftigen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser wird in Kapitel 5 dargestellt.

Im abschließenden Kapitel 6 werden die Belegungsdaten der Krankenhäuser des 1. Halbjahres 2002 dargestellt.

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

2 Vorbereitung auf das Fallpauschalensystem

Die Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland läuft auf hohem Touren. Nach der Erstkalkulation im Laufe des letzten Jahres mit der anschließenden Veröffentlichung der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“ und des Fallpauschalen-Katalogs bereiten sich die Krankenhäuser intensiv auf das neue Entgeltsystem vor. Augenscheinlichstes Indiz hierfür ist die große Zahl von Krankenhäusern, die die Option zum frühzeitigen Einstieg in das Fallpauschalensystem wahrnahmen – auch wenn für manche Krankenhäuser die höhere Budgetveränderungsrate aufgrund des Beitragssicherungsgesetz eine wichtige Rolle gespielt haben dürfte.

2.1 Ermittlung des Casemix-Index

Der schon erwähnte Fallpauschalen-Katalog wurde kurz vor Beginn der Erhebung veröffentlicht. Im Laufe des Erhebungszeitraumes wurden dann die ersten Grouper zertifiziert, so dass 60% der Krankenhäuser in der Stichprobe schon auf der Grundlage der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“ ihren Casemix-Index ermitteln konnten. Große Unterschiede zwischen den Häusern in den alten und den neuen Bundesländern bestehen hier nicht.

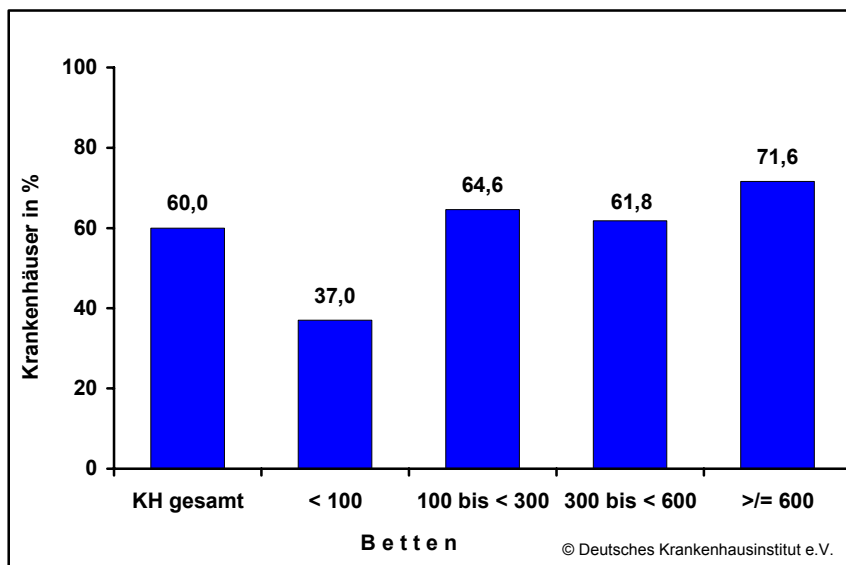


Abb. 1: Anteil Krankenhäuser, die ihren Casemix-Index auf der Grundlage des Fallpauschalen-Kataloges ermittelt haben - nach Größenklassen

Bei den Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten ermittelten unterdurchschnittlich wenige Häuser ihren Casemix-Index. Dafür lag der Anteil der Häuser in den anderen drei Größenklassen über dem Mittelwert.

Der Vergleich zwischen dem Casemix-Index auf der Grundlage der AR-DRG, wie er beispielsweise typischerweise in DRG-Benchmarking-Projekten ermittelt wurde, und dem Casemix-Index des Fallpauschalen-Katalogs (G-DRG) macht nicht nur den Unterschied zwischen den Bewertungsrelationen des australischen und des deutschen Systems deutlich. Er kann auch die Einschätzung vieler

Krankenhäuser relativieren, die sich in einer früheren Erhebung als Gewinner des Fallpauschalensystems wählten, wobei diesen Häusern auch der vorläufige Charakter der Übertragung des australischen Systems auf die deutschen Verhältnisse klar war.

Wie nicht anders zu erwarten war, unterscheiden sich die Mittelwerte der Casemix-Indices des australischen und des deutschen Systems erheblich.

Der durchschnittliche Casemix-Index in deutschen Krankenhäusern liegt bei 1,096. Dieser Wert wird allerdings durch Ausreißer verzerrt. Nimmt man anstelle des arithmetischen Mittelwertes den Median, also den Wert, bei dem je 50% der Krankenhäuser unterhalb und oberhalb des Mittelwertes liegen, so reduziert sich der Casemix-Index auf 1,001.

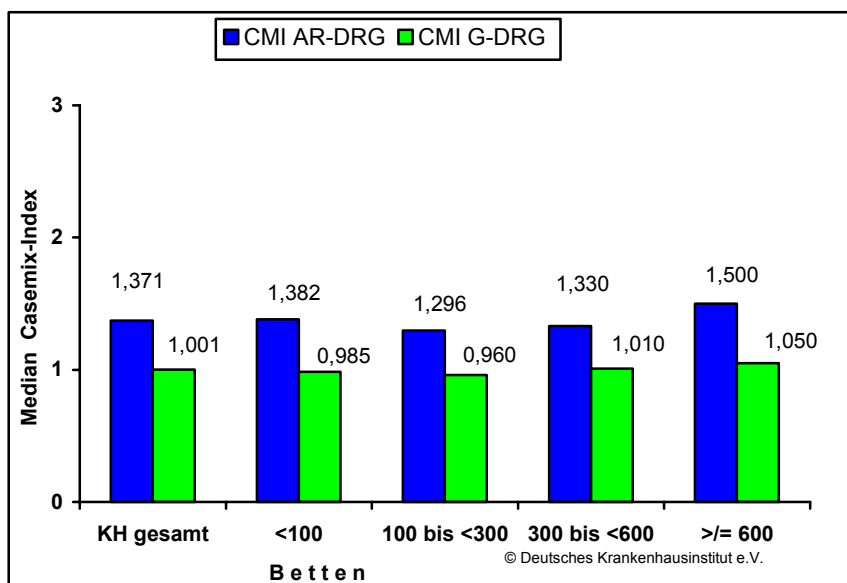


Abb. 2: Vergleich der Casemix-Indices (CMI) nach australischem und deutschem Fallpauschalensystem - nach Größenklassen

Der Median des CMI der G-DRG steigt mit zunehmender Krankenhausgröße leicht an. Den niedrigsten Wert haben die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten, den höchsten Wert die Häuser ab 600 Betten. Bei der Interpretation der Werte gilt es immer die Definition des Medianes zu berücksichtigen. So haben 50% der Krankenhäuser ab 600 Betten einen niedrigeren CMI als 1,050.

Vergleicht man die australischen und die deutschen CMI, so fällt ein leichtes Ungleichgewicht zu Ungunsten der kleinen und der großen Krankenhäuser auf. Der deutsche CMI ist im Vergleich zum australischen CMI um 26% niedriger. Bei den Krankenhäusern bis unter 100 Betten ist der deutsche CMI 29% niedriger, der CMI der Krankenhäuser ab 600 Betten 30% niedriger.

Ein Vergleich des australischen mit dem deutschen CMI auf der Fachabteilungsebene zeigt, welche Fachrichtungen durch die Veränderungen des CMI am stärksten betroffen sind. Als „Gewinner“ sollen solche Abteilungen bezeichnet werden, deren CMI nicht gesunken ist. „Verlierer“ sind dementsprechend Abteilungen mit einem gesunkenen CMI.

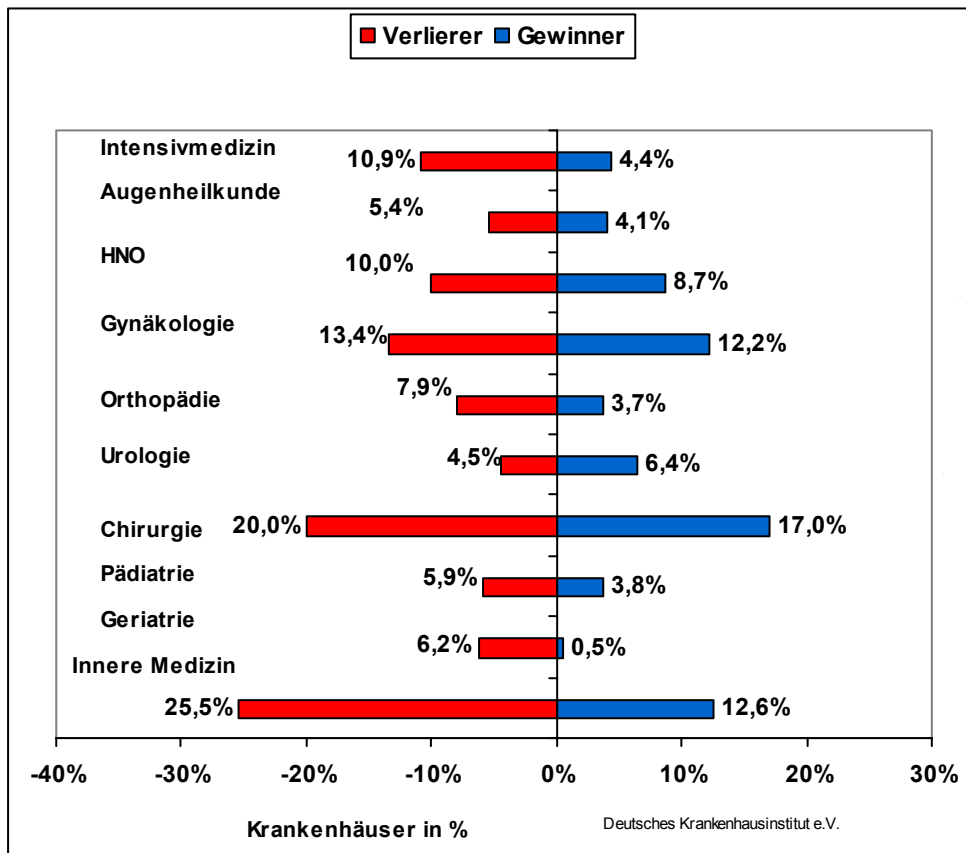


Abb. 3: „Gewinner“ und „Verlierer“ eines Vergleichs der Casemix-Indices (CMI) nach australischem und deutschem Fallpauschalensystem

Da die Angaben für jede Fachabteilung unterschiedlich hoch und die Fallzahlen niedrig sind, sind die absoluten Angaben weniger relevant als ein Vergleich der „Gewinner“ und „Verlierer“.

Mit Ausnahme der Urologie ist der Anteil der „Verlierer“ jeweils größer als der Anteil der „Gewinner“. Sehr eindeutig ist dieses Verhältnis bei der Inneren Medizin, der Geriatric und der Intensivmedizin. In etwa die Waage hält sich der Anteil der Gewinner und Verlierer bei der Chirurgie, der Gynäkologie der Augenheilkunde und der HNO.

2.2 Problematische Regelungen der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“

Die „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“ enthält neben Erläuterungen zum Fallpauschalenkatalog auch eine Reihe von Abrechnungsbestimmungen. Diese Regelungen werden teilweise sehr kritisch von den Krankenhäusern beurteilt (vgl. Abb. 4).

Lediglich 2% der Krankenhäuser sehen keine aus ihrer Sicht problematischen Dinge in der Verordnung. Weitere 14% der Häuser konnten noch keine Angabe zu dem gesamten Problembereich geben. Die restlichen 84% der Häuser beurteilten die Regelungen wie folgt.

Die Regelungen zur Verlegung von Patienten werden von 56% der Krankenhäuser als problematisch eingestuft, wobei der Anteil der Krankenhäuser in den alten Bundesländern 9-Prozentpunkte über dem Anteil der ostdeutschen Häuser liegt. Zu diesen Regelungen zählen die Abschlüsse bei Verlegung vor Erreichen der mittleren Verweildauer sowie die Abrechnungsbestimmungen bei Verlegung in und aus dem Bereich der Bundespflegeverordnung.

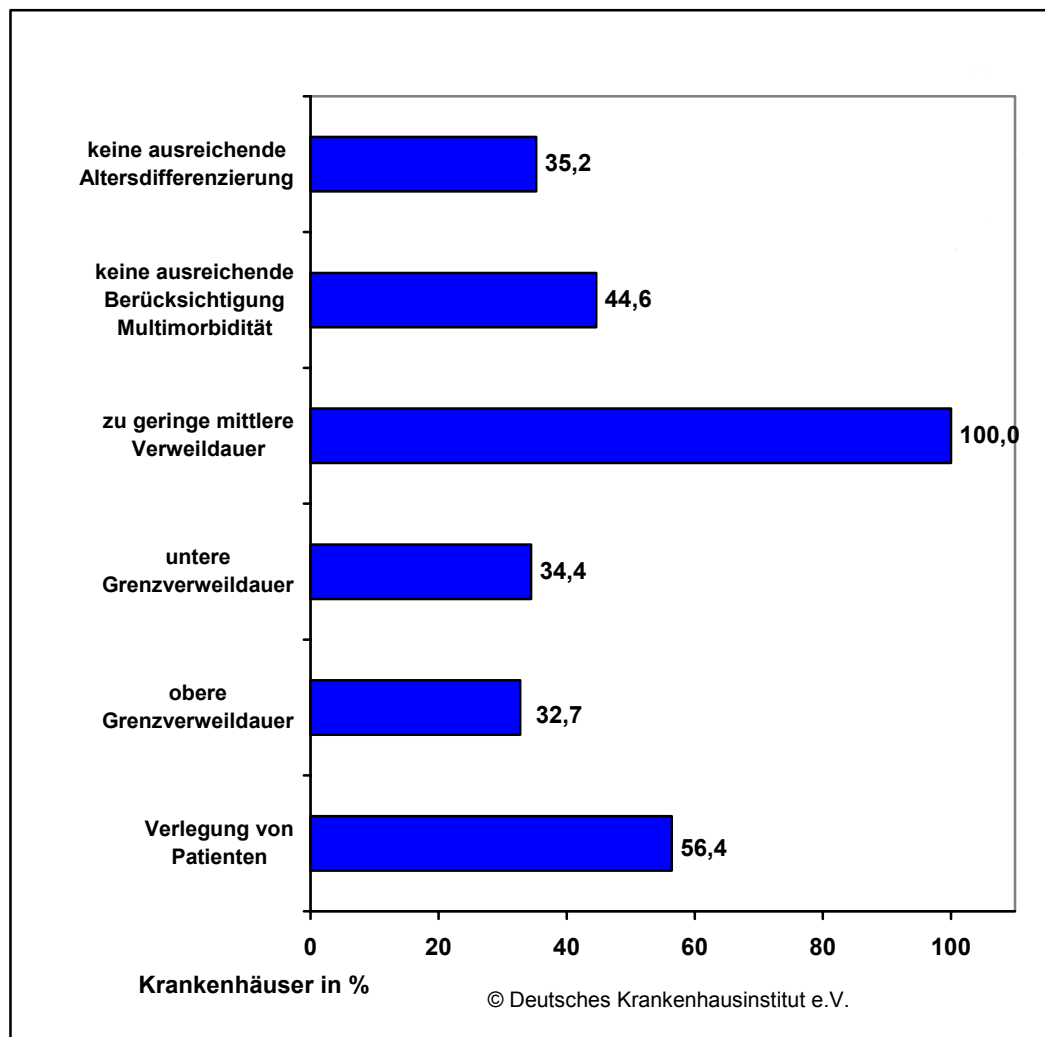


Abb. 4: Problematische Regelungen der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser“

Zu den Regelungen zur oberen und unteren Grenzverweildauer zählen die Ermittlung der jeweiligen Verweildauern und die zugehörige Vergütung. Von jeweils ein Drittel der Krankenhäuser werden diese gesetzlichen Vorgaben als problematisch eingeschätzt.

Die mittlere Verweildauer ergibt sich aus dem *geometrischen* Mittel der der Kalkulation zugrunde liegenden Belegungstage je Fallpauschale. Das geometrische Mittel ist i.d.R. niedriger als das arithmetische Mittel, welches bisher der mittleren Verweildauer zugrunde gelegt wurde. Alle Krankenhäuser halten die mittlere Verweildauer für zu niedrig.

Dass bei der Kalkulation der Fallpauschalen die Multimorbidität der Patienten nicht ausreichend berücksichtigt wurde, monierten 45% der Krankenhäuser. Lediglich bei den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten war der Anteil der Krankenhäuser, die hier Probleme sahen, unterdurchschnittlich. Bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten fassten dagegen 60% der Häuser diese Kalkulation der Fallpauschalen als problematisch auf.

Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser sieht keine ausreichende Altersdifferenzierung bei Fallpauschalen. Diese Häuser wünschten sich mehr Fallpauschalen mit einem Alterssplitt.

2.3 Vorbereitung der Ärzte zur Verbesserung der Kodierqualität

Im Fallpauschalensystem schreiben die Ärzte mit ihrer Kodierung zugleich die Rechnung, so dass eine gute Dokumentations- und Kodierqualität ein wichtiger Faktor für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses darstellt. Eine ausreichende Vorbereitung auf die neuen Kodieranforderungen ist daher eine wichtige Vorbedingung für das wirtschaftliche Überleben im Fallpauschalensystem.

In drei Viertel aller Krankenhäuser erhielten alle Ärzte eine Schulung zur Einführung in das Fallpauschalensystem. In weiteren 18% der Häuser wurden einzelne Ärzte als Multiplikatoren geschult. Lediglich 3% der Häuser haben bisher keine derartige Schulung für ihre Ärzte durchgeführt. Dies betrifft ausschließlich Kliniken aus den alten Bundesländern und hier vor allem kleine Krankenhäuser.

Mehr als zwei Drittel der Häuser haben allen ihren Ärzten die Kodierrichtlinien in Papierform ausgehändigt, weitere 15% einzelnen Ärzten. Lediglich 6% der Häuser haben ihren Ärzten bisher die Kodierrichtlinien nicht in Papierform zur Verfügung gestellt. Von dieser Gruppe haben aber zwei Drittel allen ihren Ärzten die Kodierrichtlinien in EDV-Form bereitgestellt.

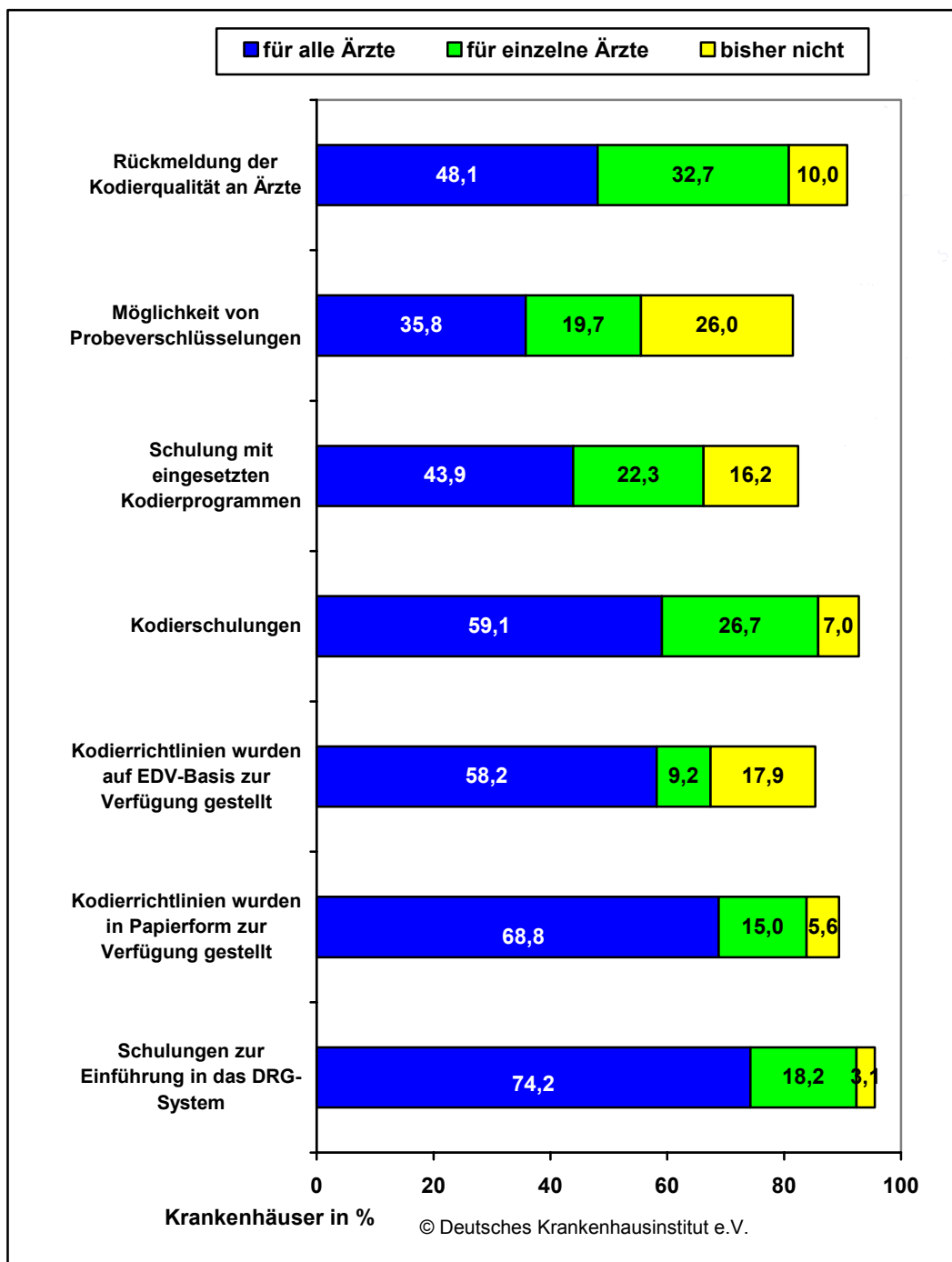
In insgesamt 58% der Häuser haben alle Ärzte Zugriff auf Kodierrichtlinien in elektronischer Form. Bei weiteren 9% verfügt nur ein Teil der Ärzteschaft über einen Zugriff. 18% der Häuser haben bislang noch nicht die Kodierrichtlinien auf EDV-Basis zur Verfügung gestellt.

Nur ein Bruchteil der Krankenhäuser hat seinen Ärzten die Kodierrichtlinien weder in Papierform noch auf EDV-Basis ausgehändigt.

Die Aushändigung der Kodierrichtlinien kann nur ein erster Schritt sein, die Kodierqualität zu verbessern. Die Ärzte müssen im Umgang mit den Richtlinien geschult werden. Dies wird auch in den Krankenhäusern so gesehen, denn in 86% der Krankenhäuser wurden Kodierschulungen durchgeführt.

Sofern Kodierprogramme in den Krankenhäusern eingesetzt werden, bietet sich darüber hinaus auch eine Schulung an den eingesetzten Kodierprogrammen an. Dies wurde in 44% der Häuser für alle Ärzte und in weiteren 22% für einen Teil der Ärzte durchgeführt. Nur in 16% der Häuser erfolgte dies bisher nicht.

Die Dokumentations- und Kodierqualität wird spürbar erhöht, wenn die Ärzte eine Rückkoppelung über ihre Kodierungen erhalten. Eine Rückkoppelung kann entweder über die Möglichkeit von Probeverschlüsselungen oder eine Rückmeldung über die Kodierqualität erfolgen.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 5: Vorbereitung der Ärzte auf Verbesserung der Dokumentations- und Kodierqualität

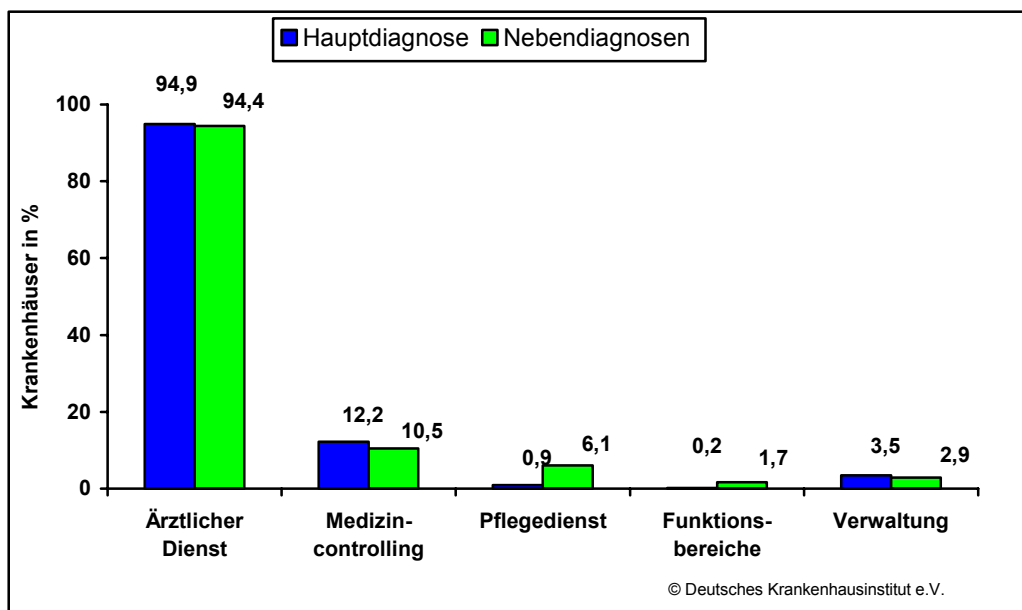
In 55% der Krankenhäuser wurde entweder allen oder einem Teil der Ärzte die Gelegenheit gegeben, Probeverschlüsselungen durchzuführen. Allerdings ist der Anteil der Häuser, die diese Möglichkeit zur Verbesserung der Kodierqualität bisher nicht genutzt haben, mit 26% sehr hoch. Hoch ist diese Zahl deswegen, weil der überwiegende Teil dieser Krankenhäuser angegeben hat, dass jeder Arzt die von ihm festgestellten Diagnosen selbst verschlüsselt.

Eine Rückmeldung über die Kodierqualität erfolgt in 81% der Krankenhäuser, sei es an alle Ärzte (48,1%), sei es an einzelne Ärzte (32,7%). Keine derartige Rückmeldung gibt es in 10% der Krankenhäuser, wobei dies vor allem die Krankenhäuser bis unter 100 Betten betrifft.

2.4 Zuständigkeiten für die Verschlüsselung

Das Fallpauschalensystem erfordert eine Reihe von Verschlüsselungen, die mittels des Einsatzes eines Groupers zu einer DRG führen. Neben der Hauptdiagnose und den Nebendiagnosen sind Prozeduren und Beatmungsstunden zu verschlüsseln. Die Verschlüsselung kann von verschiedenen Personengruppen durchgeführt werden, obgleich die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren beim behandelnden Arzt liegt.

Die Hauptdiagnose spielt in dem Fallpauschalensystem ein entscheidendes Kriterium für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG. Hierbei wird die Hauptdiagnose als die Diagnose bezeichnet, die rückblickend die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes maßgeblich verantwortet hat.



* Mehrfachnennungen möglich

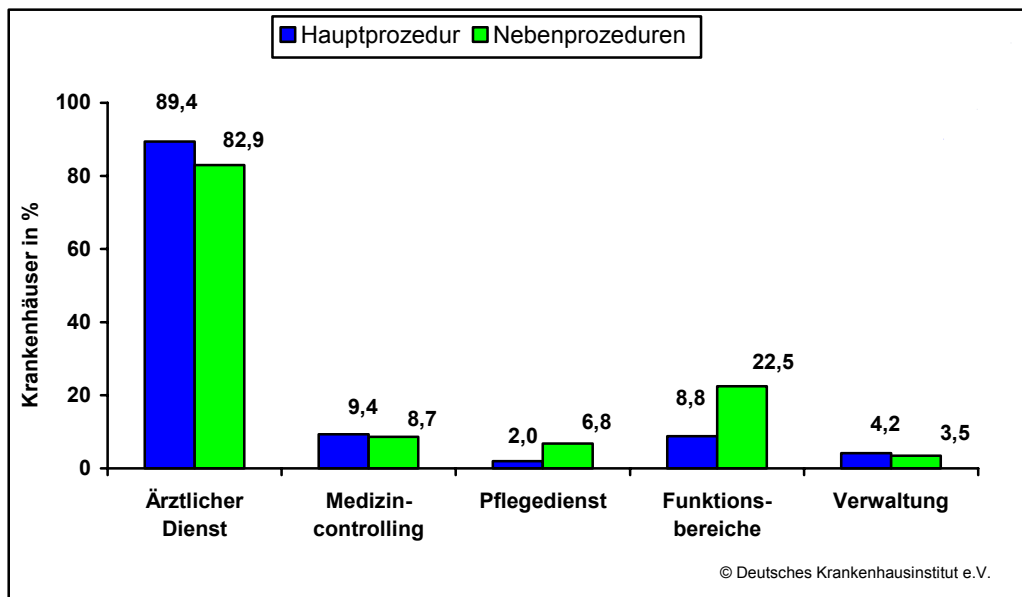
Abb. 6: Verschlüsselung von Haupt- und Nebendiagnosen

In fast allen Krankenhäusern wird die Verschlüsselung von Haupt- und Nebendiagnosen vom Ärztlichen Dienst vorgenommen. Das Medizincontrolling verschlüsselt ebenfalls beide Diagnosearten in einem nennenswerten Anteil der Krankenhäuser. In fast allen Fällen, in denen das Medizincontrolling tätig wird, wird es zusätzlich zum Ärztlichen Dienst tätig, so dass hier eine Kontrollfunktion vorliegt.

In 6,1% der Krankenhäuser wird der Pflegedienst im Bereich der Verschlüsselung von Nebendiagnosen tätig. Dies erfolgt fast ausschließlich zusätzlich zur Verschlüsselung der Nebendiagnosen durch den Ärztlichen Dienst.

Dies trifft auch auf die anderen Berufsgruppen zu, so dass die Verschlüsselung von Haupt- und Nebendiagnosen in so gut wie jedem Krankenhaus tatsächlich durch den Ärztlichen Dienst erfolgt.

Neben der Haupt- und den Nebendiagnosen sind ebenfalls die Prozeduren zu kodieren. Dabei sind alle Prozeduren, die während des stationären Krankenhausaufenthaltes vorgenommen werden und die durch den offiziellen Prozedurenschlüssel abbildbar sind, zu verschlüsseln. Als Hauptprozedur wird diejenige Prozedur bezeichnet, die zur Behandlung der Hauptdiagnose durchgeführt wurde.



* Mehrfachnennungen möglich

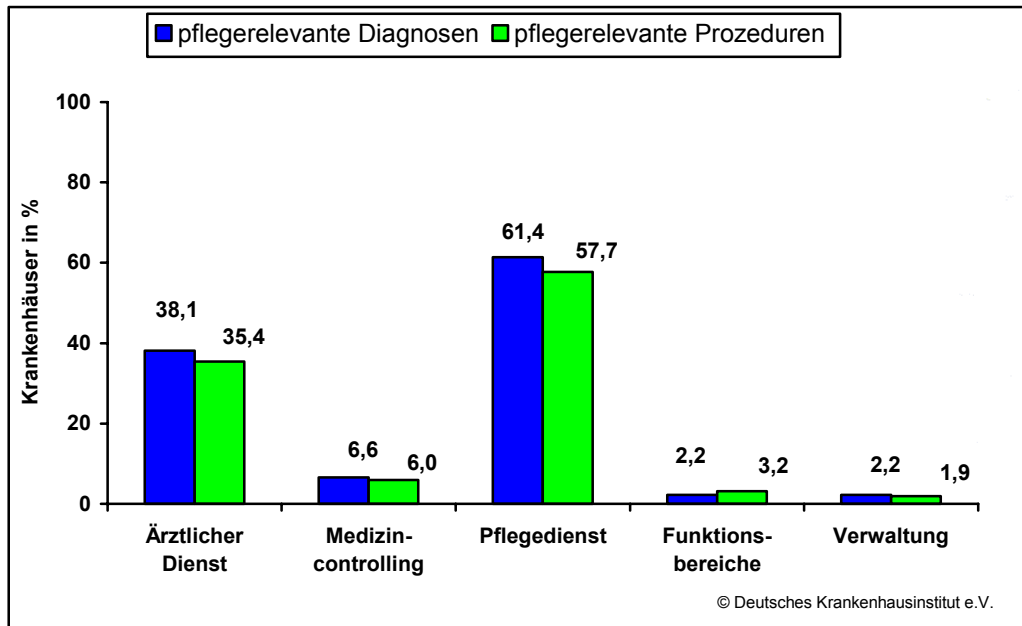
Abb. 7: Verschlüsselung von Prozeduren

In 89% der Krankenhäuser werden die Hauptprozedur und in 83% der Häuser die Nebenprozeduren durch den Ärztlichen Dienst verschlüsselt.

Die anderen Dienstgruppen führen ebenfalls im nennenswerten Umfang die Verschlüsselung von Prozeduren durch. So werden etwa in jedem fünften Haus die Nebenprozeduren durch die Funktionsbereiche verschlüsselt. Aber auch hier erfolgt diese Verschlüsselung zusätzlich zum Ärztlichen Dienst. Das gilt ebenso für die Verschlüsselung durch das Medizincontrolling, den Pflegedienst oder die Verwaltung.

Zwar können Pflegediagnosen nur zu einem Teil mit den ICD-Codes abgebildet werden. Im australischen DRG-System gibt es aber eine Reihe von ICD-Codes, die vom Pflegedienst verschlüsselt werden können und die schweregradrelevant sind.²

² Vgl. Deutscher Pflegerat: Diskussionsvorschlag von Listen ausgewählter ICD-10-Codes für die Pflege, www.deutscher-pflegerat.de/ICD_Pflege



* Mehrfachnennungen möglich

Abb. 8: Verschlüsselung von pflegerelevanten Diagnosen und Prozeduren

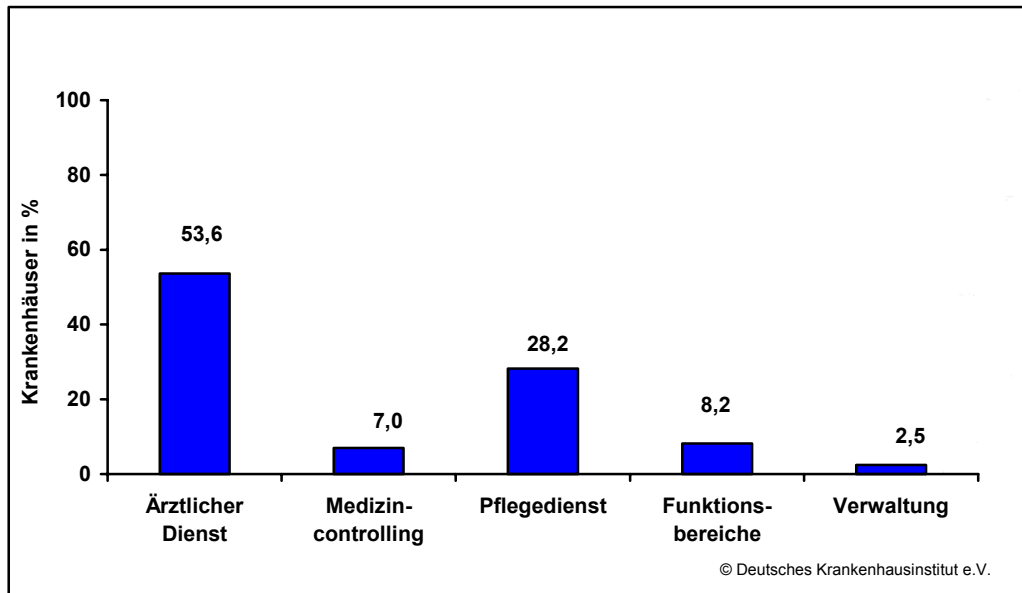
In jeweils über 61% der Krankenhäuser werden pflegerelevante Diagnosen vom Pflegedienst verschlüsselt. In 38% der Häuser übernimmt der Ärztliche Dienst diese Aufgabe. Nur in jedem 10. Haus erfolgt von beiden Berufsgruppen die Verschlüsselung von diesen Diagnosen. Dies bedeutet, dass in der Mehrzahl der Häuser, die pflegerelevante Diagnosen kodieren, entweder der Ärztliche Dienst oder der Pflegedienst die Verschlüsselung vornimmt.

Das gleiche gilt ebenso für die Verschlüsselung von pflegerelevanten Prozeduren.

Nur in wenigen Krankenhäusern werden pflegerelevante Diagnosen und Prozeduren gleichzeitig vom Pflegedienst und vom Medizincontrolling kodiert. Dies trifft auch auf die anderen Dienststellen zu, so dass der Pflegedienst im Wesentlichen diese Diagnosen und Prozeduren verschlüsselt.

Die Verschlüsselung der Beatmungsstunden ist für die Dokumentations- und Kodierqualität von besonderer Bedeutung. Beatmungspatienten sind besonders teure Patienten, die entsprechend mit hoch bewerteten DRGs vergütet werden.

Die Verschlüsselung der Beatmungsstunden wird in den Krankenhäusern in unterschiedliche Zuständigkeiten gelegt. Insgesamt 84% der Krankenhäuser gaben an, dass diese Stunden verschlüsselt würden. Schaut man sich an, welche Berufsgruppen dies umsetzen, so fällt auf, dass lediglich in etwas mehr als der Hälfte der Krankenhäuser die Verschlüsselung durch Ärzte erfolgt. In 28% der Krankenhäuser ist dies die Aufgabe des Pflegedienstes. In zwei Drittel dieser Häuser ist allein der Pflegedienst hierfür verantwortlich, im letzten Drittel erfolgt die Verschlüsselung durch Pflegedienst und Ärztlichen Dienst.



* Mehrfachnennungen möglich

Abb. 9: Verschlüsselung von Beatmungstunden

Die Funktionsbereiche, das Medizincontrolling und die Verwaltung sind auch hier in der Mehrzahl der Fälle nur in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst oder dem Pflegedienst zuständig.

2.5 Organisation der ärztlichen Verschlüsselung

Der Ärztliche Dienst verschlüsselt in fast jedem Krankenhaus die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren selbst. Damit ist aber noch nicht bekannt, wie die Verschlüsselung konkret organisiert ist. Denkbar sind

- dezentrale Lösungen, in denen jeder Arzt verschlüsselt;
- zentrale Lösungen, bei denen die Verschlüsselung zentral für das gesamte Krankenhaus erfolgt;
- Mischsysteme, bei denen die Verschlüsselung zentral auf der Abteilungs- oder Stationsebene durchgeführt wird.

In der Mehrzahl der Krankenhäuser wird eine dezentrale Lösung bevorzugt. In 79% der Häuser verschlüsseln nämlich die Ärzte die von ihnen festgestellten Diagnosen und Prozeduren selbst. Der Anteil der Häuser, in der diese dezentrale Verschlüsselungslösung bevorzugt wird, schwankt je nach Größenklasse zwischen 63% bei den Häusern bis unter 100 Betten und 87% bei den Häusern ab 300 Betten. In 12% derjenigen Krankenhäuser, in denen jeder Arzt selber verschlüsselt, erfolgt zusätzlich eine Verschlüsselung zentral auf der Abteilungs-/ Stationsebene.

Eine teilweise zusätzliche Verschlüsselung auf Abteilungs-/ Stationsebene erfolgt in 22% der Häuser. In den kleinen Krankenhäusern wird diese Art der Organisation in 17% der Fälle praktiziert, in den großen Häusern in 26% der Fälle.

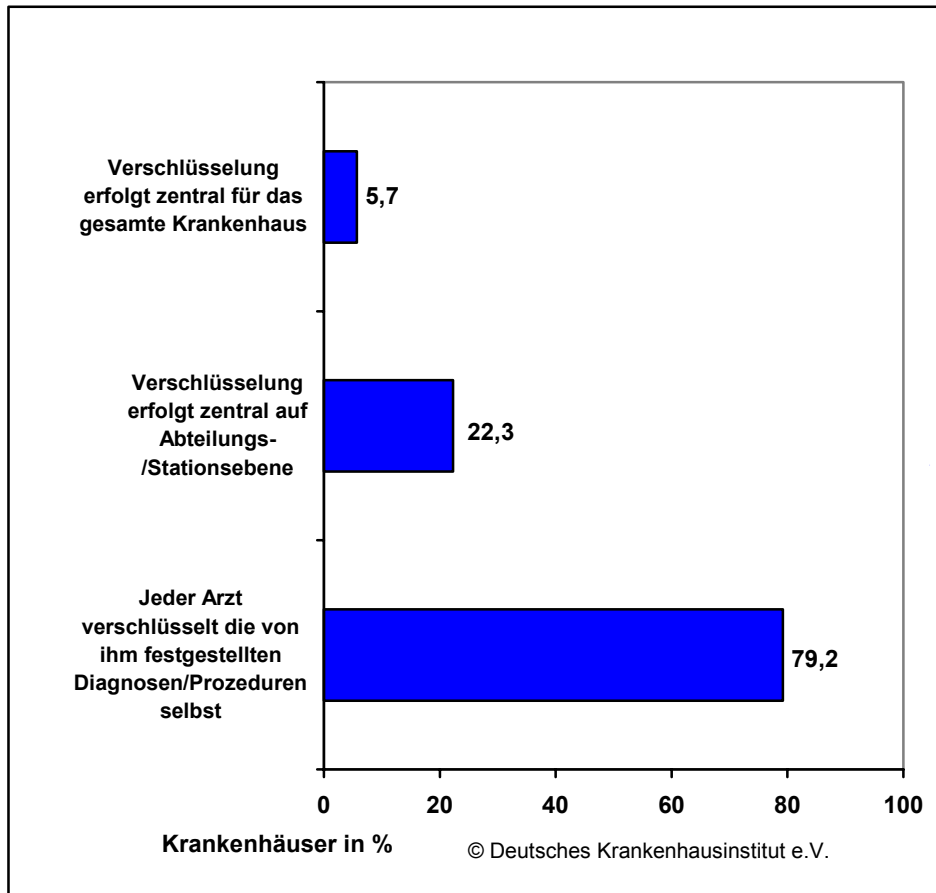


Abb. 10: Organisation der ärztlichen Verschlüsselung

Eine zentrale Verschlüsselung auf der Krankenhausebene wird in 6% der Häuser durchgeführt. Vorwiegend die Häuser bis unter 100 Betten haben die Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren so organisiert.

2.6 Zuständigkeiten für die DRG-Gruppierung

Nach der erfolgten Verschlüsselung der Diagnosen, Prozeduren und ggf. der Beamtungsstunden erfolgt die Gruppierung der Datensätze mittels eines Groupers. Daraus ergeben sich die abzurechnenden Fallpauschalen.

Erforderlich ist dann eine Kontrolle der DRG-Gruppierung, um falsche oder unplausible Kodierungen und Gruppierungen auszuschließen.

In der Hälfte der Krankenhäuser erfolgt die Kontrolle der Gruppierung durch das Medizincontrolling. Je größer die Krankenhäuser sind, desto höher der Anteil der Häuser, bei denen diese Organisationsform gewählt wurde. So wird in 35% der Häuser mit weniger als 100 Betten das Medizincontrolling eingeschaltet, um die gruppierten Fälle zu überprüfen. Deutlich über 60% liegt dagegen der Anteil bei den Krankenhäusern ab 300 Betten, in denen die Kontrolle durch das Medizincontrolling durchgeführt wird. Dies hängt sicherlich auch mit den personellen und finanziellen Möglichkeiten der großen Krankenhäuser zusammen, die sich eher einen Medizincontroller leisten können als die kleinen Krankenhäuser.

In einem Drittel der Krankenhäuser, die das Medizincontrolling zur Überprüfung der Gruppierung einsetzen, erfolgt eine Kontrolle zusätzlich zentral auf der Abteilungs-/ Stationsebene.

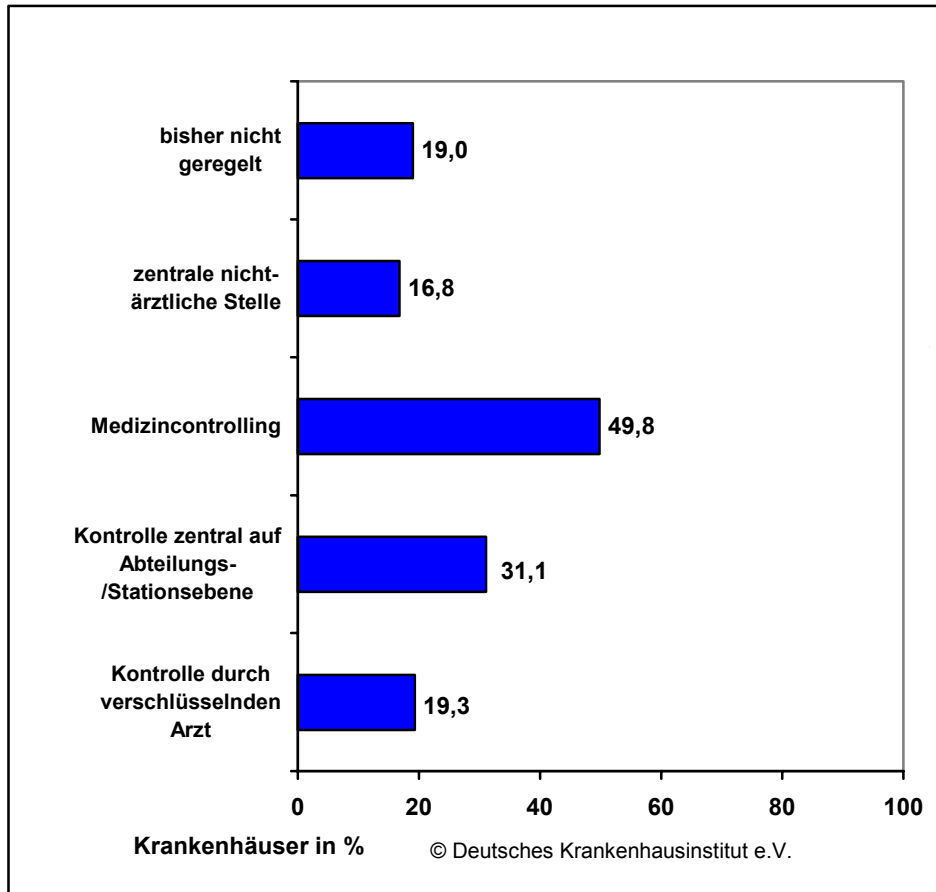


Abb. 11: Organisation der Kontrolle der DRG-Gruppierung

Die DRG-Gruppierung wird in 31% der Häuser zentral auf Abteilungs-/ Stationsebene durchgeführt. Auch hier sind die kleinen Krankenhäuser unter-, die großen Häuser überrepräsentiert.

Ein umgekehrter Effekt ist bei der Kontrolle der DRG-Gruppierung durch den verschlüsselnden Arzt zu beobachten. Durchschnittlich 19% der Häuser überprüfen ihre Gruppierung auf diese Art und Weise. Bei den Häusern bis unter 100 Betten liegt dieser Anteil bei 28%, bei den großen Häusern ab 600 Betten bei 18%.

In 19% der Krankenhäuser ist bislang noch nicht geregelt, wie eine Kontrolle der DRG-Gruppierung durchgeführt werden soll. Wiederum sind die Krankenhäuser bis unter 100 Betten mit einem Anteil von 28% überdurchschnittlich vertreten. Aber auch in 14% der Häuser ab 600 Betten ist noch nicht klar, wie eine Überprüfung der Gruppierung stattfinden soll.

Eine Gegenüberstellung der Organisation der ärztlichen Verschlüsselung und der Kontrolle der DRG-Gruppierung belegt, dass in

- 42% der Häuser jeder Arzt die von ihm gestellten Diagnosen und Prozeduren verschlüsselt und das Medizincontrolling anschließend die DRG-Gruppierung kontrolliert;
- 26% der Krankenhäuser jeder Arzt kodiert, hier aber eine Kontrolle zentral auf der Abteilungs-/ Stationsebene erfolgt.

Kontrolle der DRG-Gruppierung	bisher nicht geregelt	12,9%	5,1%	1,0%
	zentrale nicht-ärztliche Stelle	13,6%	3,6%	0,8%
	Medizincontrolling	41,6%	11,1%	3,6%
	zentral auf Abteilungs-/ Stationsebene	26,2%	8,7%	0,8%
	verschlüsselnder Arzt	16,5%	3,9%	1,0%
		jeder Arzt kodiert	zentral auf Abteilungs-/ Stationsebene	zentral für gesamtes Haus
		Organisation ärztliche Verschlüsselung		

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Abb. 12: Organisation der ärztlichen Verschlüsselung und Kontrolle der DRG-Gruppierung

Deutlich wird aber auch, dass in vielen Krankenhäusern die Organisation der ärztlichen Verschlüsselung und auch die Kontrolle der DRG-Gruppierung nicht nur in einer Hand liegen.

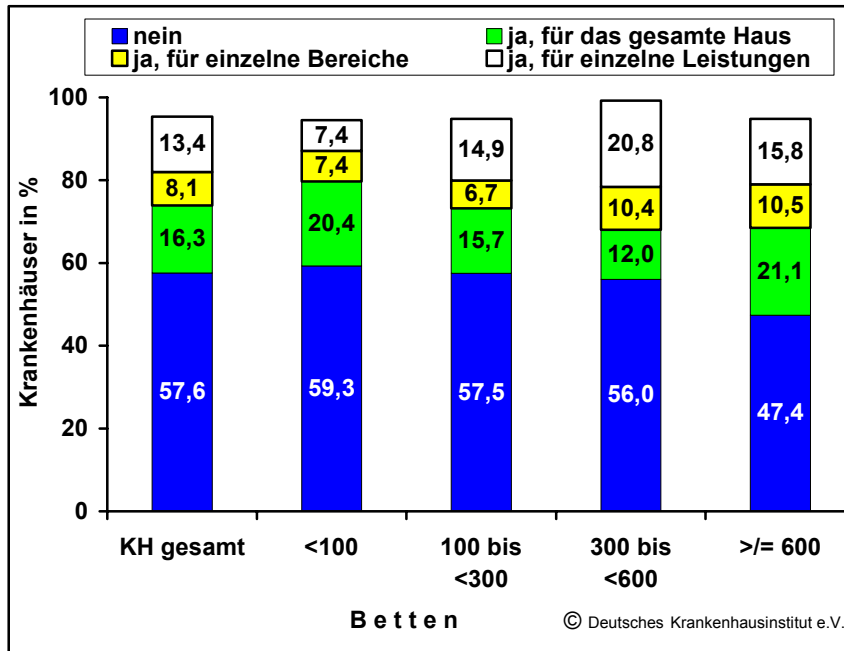
Wie schon erwähnt, ist in 19% der Häuser die Kontrolle der DRG-Gruppierung noch nicht geregelt. Die Verschlüsselung der Diagnosen erfolgt gleichzeitig überwiegend durch jeden Arzt.

2.7 Kostenrechnungsverfahren

Das Fallpauschalensystem stellt gerade im Hinblick auf die Kalkulation von Fallpauschalen sowie zur Analyse von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten erhöhte Anforderungen an die Kostenrechnung.

Krankenhäuser beginnen zunehmend, ihre Kosten- und Leistungsrechnung durch eine Kostenträgerrechnung oder gar eine Prozesskostenrechnung zu ergänzen.

Insgesamt 38% der Krankenhäuser verfügen über eine Kostenträgerrechnung in der einen oder anderen Form. In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der Häuser mit 42% höher als in den alten Bundesländern mit 37%.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 13: Kostenträgerrechnung in Krankenhäusern nach Größenklassen

Am häufigsten vertreten ist hierbei eine Kostenträgerrechnung für das gesamte Krankenhaus. Für einzelne Leistungen besteht in weiteren 13% der Häuser eine entsprechende Kostenrechnung.

Mit zunehmender Größe der Krankenhäuser steigt auch der Anteil der Häuser, die über eine Kostenträgerrechnung verfügen. Während 35% der Häuser mit weniger als 100 Betten über ein solches Verfahren verfügen, sind es 47% der Häuser ab 600 Betten. In jeweils einem Fünftel der kleinen und der großen Krankenhäuser umfasst die Kostenträgerrechnung das gesamte Krankenhaus.

Über eine Prozesskostenrechnung verfügen 14% der Krankenhäuser, wobei diese vor allem einzelne Leistungen und weniger das gesamte Krankenhaus umfasst.

2.8 Änderungen des Leistungsangebotes

Die Einführung von Fallpauschalen wird nicht nur zu einer Verkürzung der Verweildauern führen, sondern auch vielfältige Änderungen in anderen Bereichen auslösen. Dies reicht von einer Veränderung der Leistungsstrukturen bis hin zu einem zusätzlichen Leistungsangebot der Krankenhäuser an nicht stationären Leistungen.

Lediglich 17% der Krankenhäuser beabsichtigen keine Änderungen durchzuführen. Hierbei handelt es sich vor allem um kleinere Krankenhäuser, bei denen 26% ihre derzeitigen Strukturen und Leistungsangebote beibehalten wollen.

Die Hälfte aller Krankenhäuser beabsichtigt im Hinblick auf die Einführung des Fallpauschalensystems mit anderen Krankenhäusern zu kooperieren. Allerdings soll nur in 12% der Fälle die Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern zu einer Fusion führen.

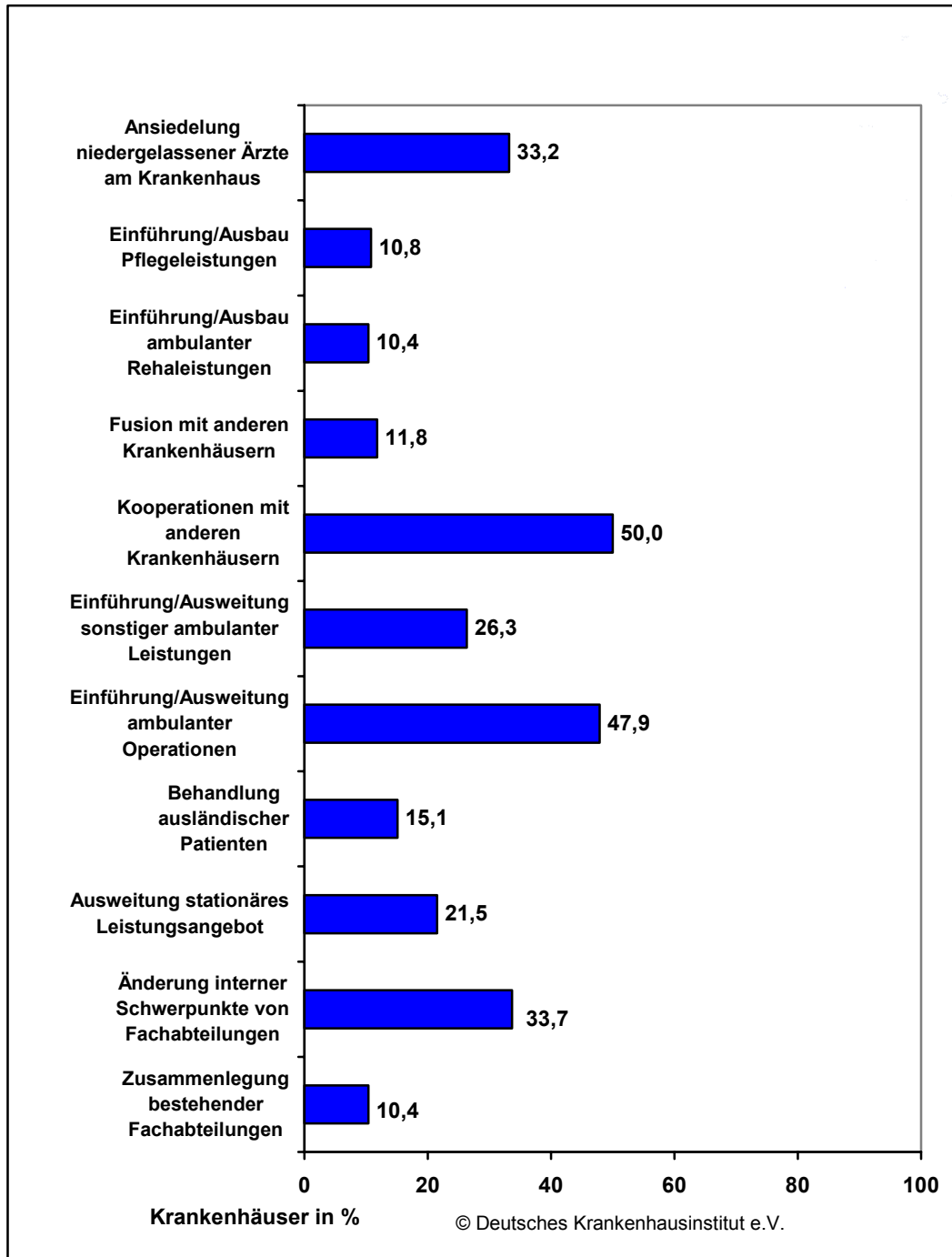


Abb. 14: Änderung des Leistungsangebotes aufgrund der Einführung des Fallpauschalensystems

An eine Einführung bzw. Ausweitung ambulanter Operationen denken 48% der Krankenhäuser. Vor allem die Krankenhäuser mit 100 bis unter 600 Betten

beabsichtigen diese vom Gesetzgeber schon vor zehn Jahren angebotene Möglichkeit weiter zu nutzen. In den beiden Größenklassen sprechen sich jeweils deutlich über 50% für diese Handlungsalternative aus.

Die Ausweitung des bisherigen stationären Leistungsangebotes auf vor- und nachgelagerte Gesundheitsbereiche scheint darüber hinaus eine wichtige Alternative zu werden. So beabsichtigt mehr als ein Viertel der Häuser die Einführung oder die Ausweitung sonstiger ambulanter Leistungen. Bei den Krankenhäusern in den beiden Größenklassen ab 300 Betten liegt der Anteil sogar schon bei einem Drittel.

Jedes 10. Krankenhaus plant die Einführung bzw. Ausweitung ambulanter Rehabilitationsleistungen oder Pflegeleistungen. Überdurchschnittlich häufig beabsichtigen die Krankenhäuser unter 100 Betten sowie die Krankenhäuser ab 600 Betten den Bereich der ambulanten Rehabilitation zu besetzen. Die Krankenhäuser mit 100 bis unter 600 Betten planen dagegen verstärkt in den Pflegebereich einzutreten.

Die Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen kommt auch darin zum Ausdruck, dass ein Drittel der Häuser über die Ansiedelung von niedergelassenen Ärzten bzw. eines Ärztehauses am Krankenhaus nachdenkt.

Die Aktivitäten der Krankenhäuser erschöpfen sich allerdings nicht nur in der Akquisition zusätzlicher nicht-stationärer Patienten. Auch für den stationären Bereich werden Änderungen beabsichtigt. Die internen Schwerpunkte von Fachabteilungen sollen in 34% der Krankenhäuser geändert werden. Hier besteht ein eindeutiger Zusammenhang mit der Größe der Krankenhäuser. So planen fast doppelt so viele Häuser ab 600 Betten diese Änderungen als Häuser mit weniger als 100 Betten.

Darüber hinaus will ein Fünftel der Häuser sein stationäres Leistungsangebot ausdehnen. Jedes 10. Krankenhaus wird bestehende Fachabteilungen zusammenlegen.

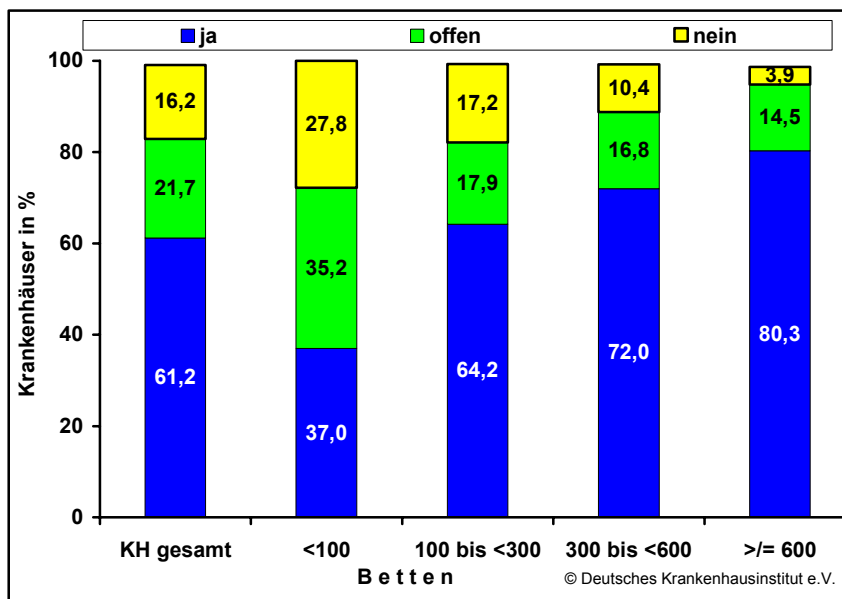
Schließlich wollen 15% der Häuser ausländische Patienten im Sinne von § 3 Abs. 4 BpflV behandeln. Hierbei sind die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern weitaus aktiv als die Häuser in den alten Bundesländern.

3 Personal der Krankenhäuser

3.1 Zusätzlicher Betrag nach § 6 Abs. 5 BPfIV

Die Bundesspflegesatzverordnung bot zusätzlich zu den Vorgaben der Ermittlung des Gesamtbetrages nach § 6 Abs. 1 BPfIV die Möglichkeit, einen zusätzlichen Betrag in Höhe von bis zu 0,2% des Gesamtbetrages zu vereinbaren. Diese Vereinbarung war streng zweckgebunden, da der zusätzliche Betrag ausschließlich zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus dienen sollte.

Für die Pflegesatzverhandlungen für das Jahr 2003 wollten ursprünglich 61% diesen zusätzlichen Betrag nach § 6 Abs. 5 BPfIV geltend machen. Bei weiteren 22% war zum Zeitpunkt der Erhebung noch offen, ob sie diese Möglichkeit nutzen wollten. Insgesamt zeigt sich damit, wie groß der Bedarf an finanziellen Mitteln ist, um Regelungen in den Krankenhäusern umzusetzen, die zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes notwendig sind.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

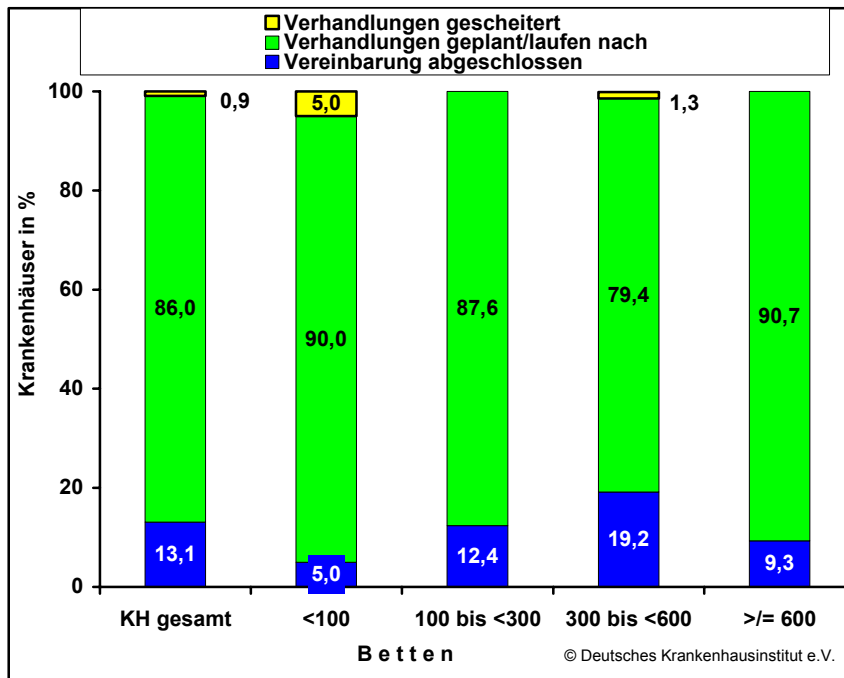
Abb. 15: Geltendmachung des zusätzlichen Betrages nach § 6 Abs. 5 BPfIV nach Größenklassen

Deutlich wird, dass mit Ausnahme der Krankenhäuser mit unter 100 Betten der Großteil der Krankenhäuser den zusätzlichen Betrag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nutzen wollte.

Die Hürden für die Anerkennung des zusätzlichen Betrages sind hoch. Voraussetzungen sind nämlich:

- schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen
- Nachweis, dass daraus zusätzliche Personalkosten entstehen, um das Arbeitszeitgesetz einzuhalten.

Krankenhäuser, die den zusätzlichen Betrag in der Pflegesatzvereinbarung geltend machen wollen, müssen somit zunächst in Verhandlungen mit ihren Arbeitnehmervertretungen treten.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 16: Geltendmachung des zusätzlichen Betrages nach § 6 Abs. 5 BPfIV Größenklassen

In 13% der Krankenhäuser, die den zusätzlichen Betrag geltend machen wollen, sind entsprechende Vereinbarungen schon abgeschlossen worden. In rd. 1% der Häuser sind die Verhandlungen gescheitert. Im Großteil der Häuser laufen die Verhandlungen noch oder sie sind zumindest geplant.

Die höchste Erfolgsquote in Bezug auf abgeschlossene Vereinbarungen weisen die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten auf. Hier haben 19% der Häuser erfolgreich mit ihren Arbeitnehmervertretungen verhandelt. In den kleinen Krankenhäusern liegt der Anteil dagegen nur bei 5%. Hier sind zudem in gleich vielen Häusern die Verhandlungen gescheitert.

3.2 Durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte

Durch den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung wird auch eine Vereinbarung über die Anzahl und die Zusammensetzung des Personals getroffen. Hierbei erfolgt über die L2 der LKA eine Vereinbarung über die durchschnittlich beschäftigte Anzahl an Vollkräften.

Insgesamt konnten für das Jahr 2002 bei 351 Krankenhäusern rd. 157.695 durchschnittlich beschäftigte Vollkräfte ermittelt werden. Mit einem Anteil von 43% stellt der Pflegedienst das größte Personalkontingent. Der Ärztliche Dienst sowie der Medizinisch-technische Dienst folgten mit einem Anteil von jeweils 13%.

Die Anzahl der durchschnittlich beschäftigten Vollkräfte variiert natürlich sehr stark zwischen den Krankenhäusern der einzelnen Bettengrößenklassen. Diese Unterschiede werden relativiert, wenn man die Vollkräfte in Beziehung zu der Zahl der Betten stellt.

So betreute im 1. Halbjahr 2001 im Durchschnitt jeder Arzt 5,3 Betten (vgl. Abb. 17).

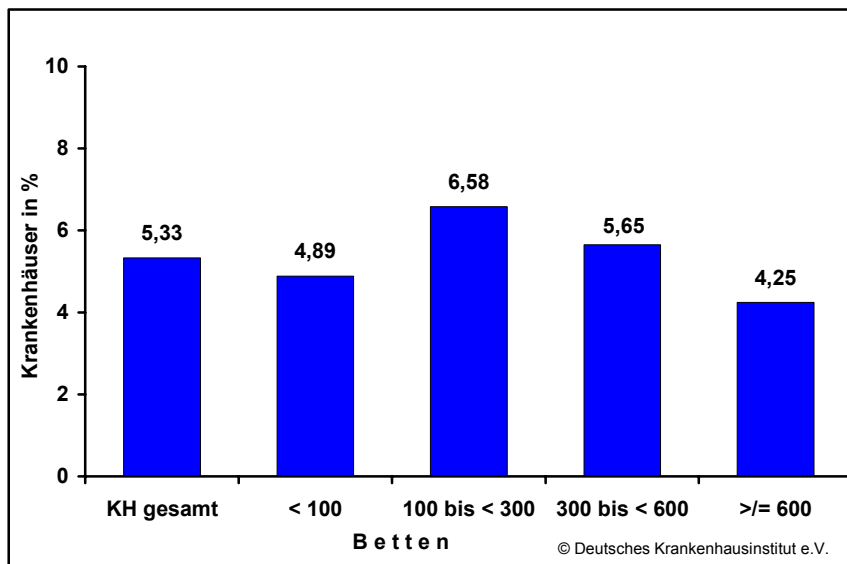


Abb. 17: Betten je durchschnittlich beschäftigtem Arzt - 1. Halbjahr 2002 nach Größenklassen

In den Krankenhäusern zwischen 100 bis unter 300 Betten lag die Zahl der von jedem Arzt zu betreuenden Betten bei 4,9. Diese Betreuungsrelation lag in den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten im Mittel bei 6,6 Betten.

Im Pflegedienst kamen auf jede Vollkraft 1,6 Betten (vgl. Abb. 18).

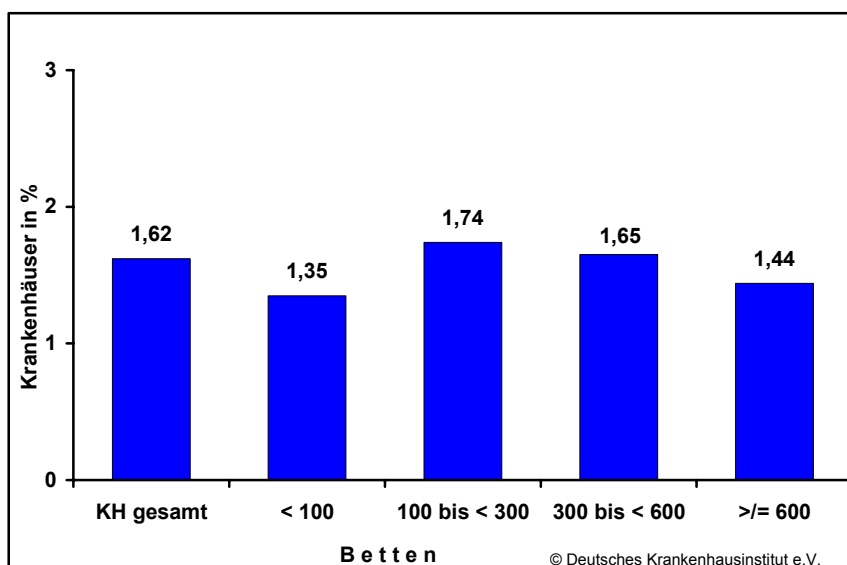


Abb. 18: Betten je durchschnittlich beschäftigter Vollkraft im Pflegedienst - 1. Halbjahr 2002 nach Größenklassen

Zwischen den Größenklassen liegen hinsichtlich der Zahl der von jeder Vollkraft im Pflegedienst zu versorgenden Betten kaum Unterschiede vor.

3.3 Belastungszahl nach Fällen

Die Belastungszahl nach Fällen wird als eine wesentliche Leistungskennziffer angesehen, da die Fallzahl in den letzten Jahren gestiegen ist, während die Verweildauer gesunken ist.

Betrachtet werden im Folgenden die beiden Belastungszahlen „Fälle je Arzt“ und „Fälle je Krankenschwester/Krankenpfleger“.³ Zu berücksichtigen ist, dass sich die Fallzahlen auf das erste Halbjahr 2002 beziehen.

Im 1. Halbjahr 2002 versorgte ein Arzt durchschnittlich 91 Fälle (vgl. Abb. 19). In den alten Bundesländern lag die Zahl der Fälle je Arzt bei rd. 93, während in den neuen Bundesländern die Belastungszahl nach Fällen bei rd. 84 je Arzt lag.

Unterscheidet man zwischen Budgetfällen und Fallpauschal-Fällen, dann wird deutlich, dass ein Arzt in einer Vollkraftstelle durchschnittlich 77 Budgetfälle sowie 14 Fallpauschal-Fälle im 1. Halbjahr 2002 behandelte. Die Belastungszahlen für die alten Bundesländer (Budgetfälle je Arzt: 78; Fallpauschal-Fälle je Arzt: 15) lagen jeweils höher als in den neuen Bundesländern (Budgetfälle je Arzt: 72; Fallpauschal-Fälle je Arzt: 12).

Differenziert man nach den Bettengrößenklassen, so ergeben sich, wie schon für das 1. Halbjahr 2001, zwei Gruppen von Krankenhäusern (vgl. Abb. 19). Die Krankenhäuser mit unter 100 Betten sowie die Krankenhäuser ab 600 Betten weisen jeweils unterdurchschnittliche Belastungszahlen nach Fällen je Arzt auf, wobei vor allem die großen Krankenhäuser deutlich unterhalb des Mittelwertes liegen.

Anders die Krankenhäuser in den beiden Größenklassen zwischen 100 bis unter 600 Betten. Hier liegen die Belastungszahlen über dem Durchschnittswert. Vor allem die Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten weisen eine erheblich höhere Belastung je Arzt auf als alle anderen Krankenhäuser.

³ Die Personalangaben beziehen sich jeweils auf Vollkräfte.

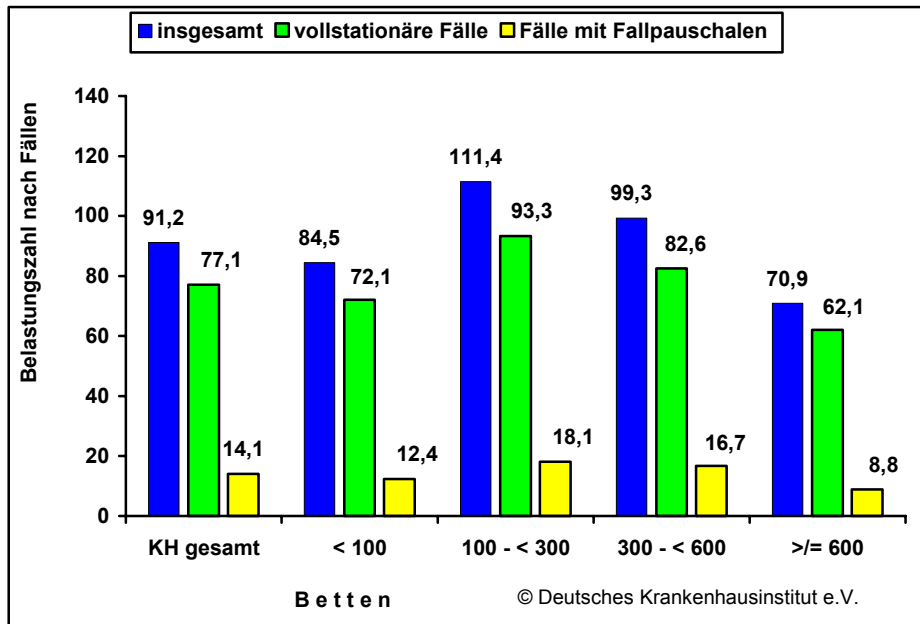


Abb. 19: Belastungszahl nach Fällen im 1. Halbjahr 2002 – Ärztlicher Dienst

Die Belastungszahlen nach Fällen für den Pflegedienst für das 1. Halbjahr 2002 sind aufgrund der größeren Anzahl des in diesem Bereich beschäftigten Personals niedriger als die entsprechenden Zahlen für den ärztlichen Bereich. Die durchschnittliche Belastungszahl nach Fällen lag bei 27 Fällen je Vollkraft im Pflegedienst (vgl. Abb. 20). Der Unterschied zwischen den alten und den neuen Bundesländern ist hier nicht so groß wie bei den Ärzten. Während in den alten Bundesländern jede Kraft im Pflegedienst rd. 28 Fälle versorgte, lag die Belastungszahl in den neuen Bundesländern bei 26.

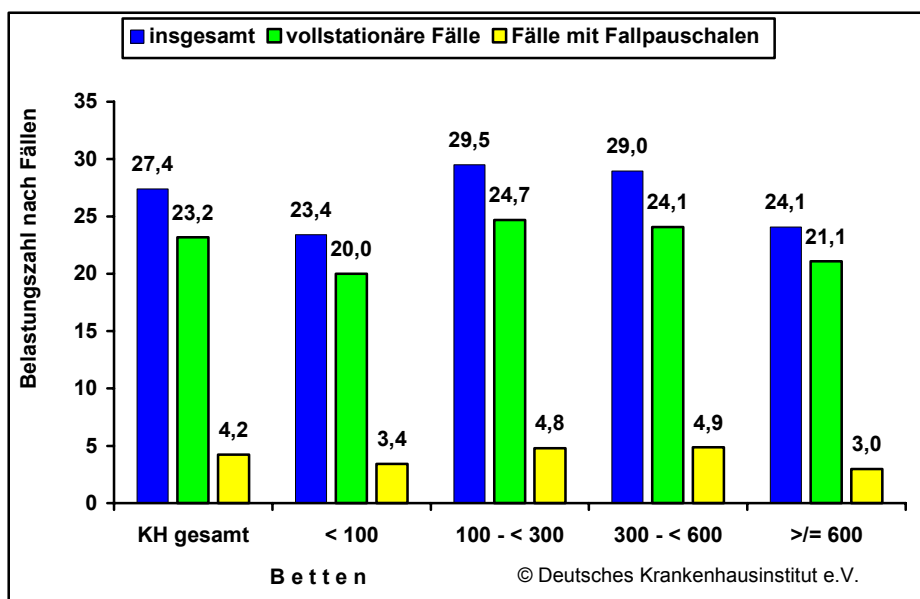


Abb. 20: Belastungszahl nach Fällen 1. Halbjahr 2002 – Pflegedienst

Wie schon bei den Ärzten ergeben sich auch hier wieder die gleichen zwei Krankenhausgruppen. Auf der einen Seite die Krankenhäuser mit unter 100

Betten und ab 600 Betten, bei denen die Belastungszahlen nach Fällen für den Pflegedienst niedriger als der bundesdeutsche Durchschnitt sind. Auf der anderen Seite wiederum die Häuser mit 100 bis unter 600 Betten. Sowohl die gesamte Belastungszahl nach Fällen als auch die Belastungszahlen für Budgetfälle und Fallpauschalen-Fälle liegen hier oberhalb des Mittelwertes.

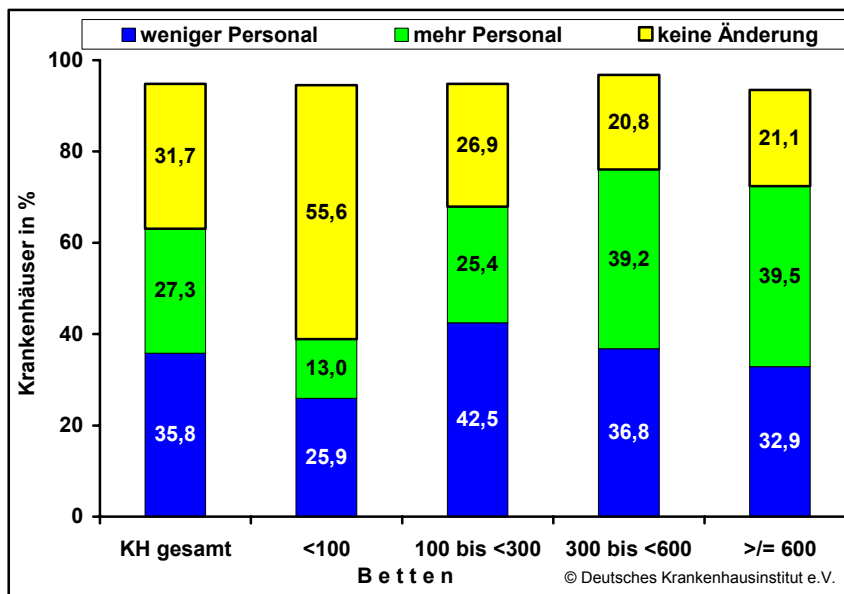
Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst ist die Spannweite zwischen den Belastungszahlen im Pflegedienst geringer.

3.4 Veränderung der Personalsituation

Im Vergleich zum Jahr 2001 wurden 2002 in 36% der Krankenhäuser weniger Vollkräfte beschäftigt (vgl. Abb. 21). In 27% der Krankenhäuser gab es mehr Personal. Keine Veränderungen ihres Personalbestandes meldeten 36% der Krankenhäuser.

Wie schon im vergangenen Jahr ist besonders der Unterschied zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern auffallend. So beschäftigten 35% der westdeutschen Krankenhäuser im Jahr 2002 weniger Personal als im Vorjahr. Dass Personal abgebaut wurde, gaben 40% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern an. Auf der anderen Seite hatten 33% der ostdeutschen und 26% der westdeutschen Krankenhäuser 2002 einen höheren Personalbestand (in Vollkräften) als im Vorjahr.

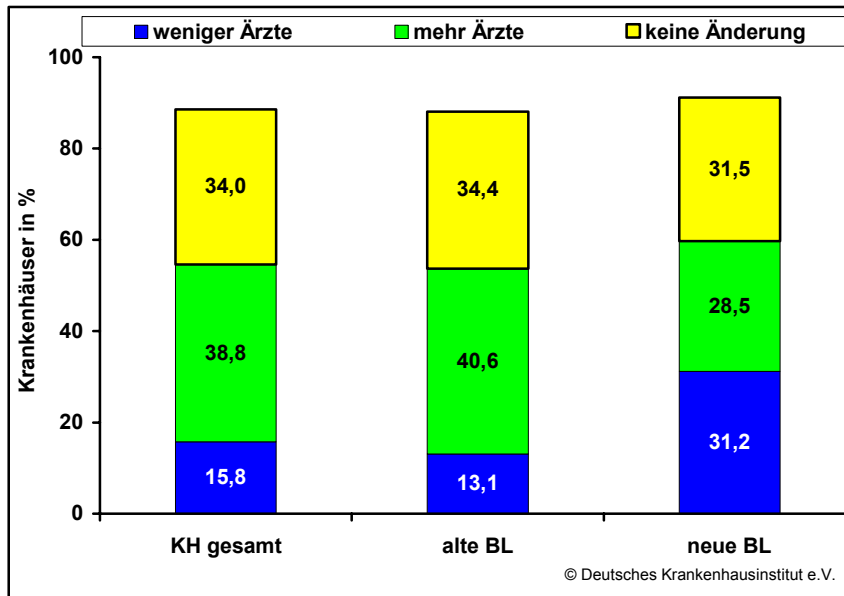
Bei der Mehrzahl der kleinen Krankenhäuser ergab sich wiederum im Vergleich zum Vorjahr keine Änderung der Personalsituation. Bei den Krankenhäusern mit 100 bis unter 300 Betten gaben 42% an, dass sie Personal abgebaut hätten. Bei den Krankenhäusern in den beiden anderen Größenklassen lag der entsprechende Anteil bei einem Drittel.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 21: Veränderung Personalsituation 2002 im Vergleich zu 2001 nach Größenklassen

Für den Ärztlichen Dienst ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern (vgl. Abb. 22). Dies bestätigt frühere Barometer-Umfragen, wonach die Personalsituation im Ärztlichen Dienst in den neuen Bundesländern besorgniserregend ist.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

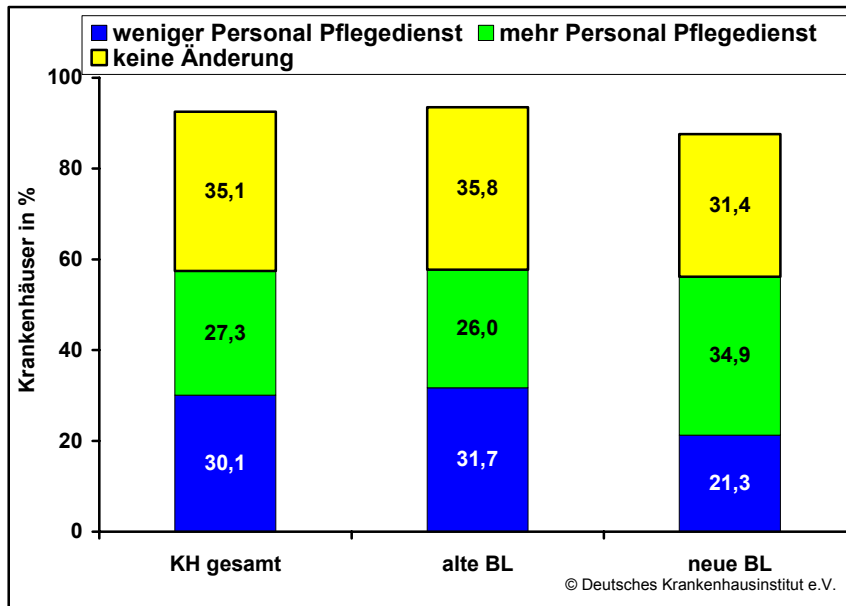
Abb. 22: Veränderung Personalsituation Ärztlicher Dienst 2002 im Vergleich zu 2001 nach alten und neuen Bundesländern

Im Vergleich zu 2001 wurden im Jahr 2002 in 16% der Krankenhäuser weniger Ärzte beschäftigt. Während es in fast jedem dritten ostdeutschen Krankenhaus im Jahr 2002 weniger Ärzte als im Vorjahr gab, wurden 2002 in 13% der westdeutschen Häuser weniger Ärzte als 2001 beschäftigt.

Auf der anderen Seite gaben 41% der westdeutschen Häuser an, dass sie mehr Ärzte als im Vorjahr beschäftigt haben. In Ostdeutschland erfolgte eine zusätzliche Beschäftigung von Ärzten in 28% der Krankenhäuser.

Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser ab 300 Betten beschäftigte 2002 mehr Ärzte als im Vorjahr. Dagegen gaben 44% der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten an, dass sich ihre Personalsituation nicht verändert habe.

Für den Pflegedienst sieht die Situation anders aus. Hier liegen keine großen Unterschiede zwischen den west- und ostdeutschen Häusern vor (vgl. Abb. 23).



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 23: Veränderung Personalsituation Pflegedienst 2002 im Vergleich zu 2001 nach alten und neuen Bundesländern

Die Anteile der Krankenhäuser, bei denen Personal im Pflegedienst abgebaut oder neu eingestellt wurde bzw. bei denen es keine Änderungen gegeben hat, halten sich in etwa die Waage.

3.5 Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst

Die Krankenhäuser haben zunehmend Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Situation noch einmal verschärft: 49% der Krankenhäuser können offene Stellen nicht besetzen (vgl. Abb. 24). Dies betraf 43% der Häuser in den alten Bundesländern. Unverändert dramatisch die Situation in neuen Bundesländern. Fast vier Fünftel aller Häuser konnten offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen.

Im Zusammenhang mit der Veränderung der Personalsituation wird deutlich, dass aus den Krankenhäusern in den neuen Bundesländern Ärzte abwandern und die dadurch entstehenden Lücken nicht mehr geschlossen werden können.

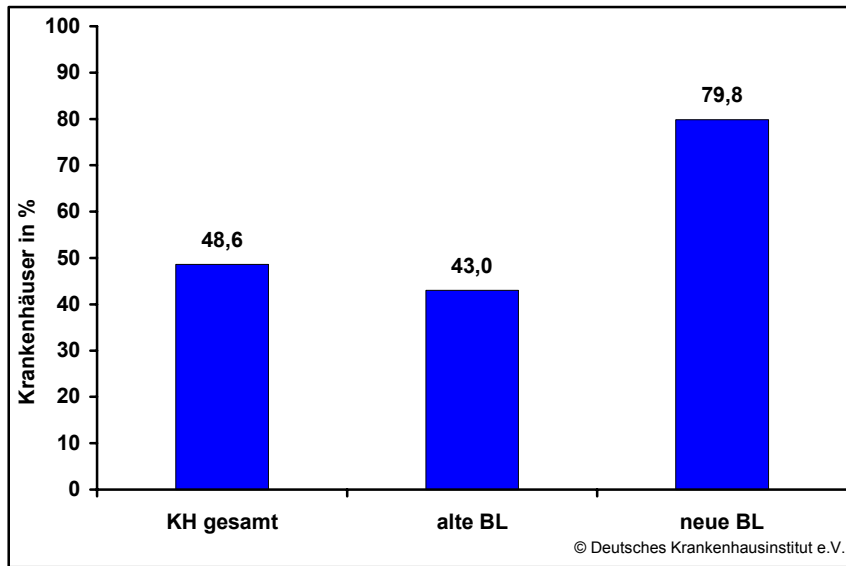


Abb. 24: Anteil Krankenhäuser, die offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen können - nach alten und neuen Bundesländern

Nur die Mehrzahl der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten scheint kaum Probleme zu haben, Ärzte für ihr Haus zu rekrutieren.

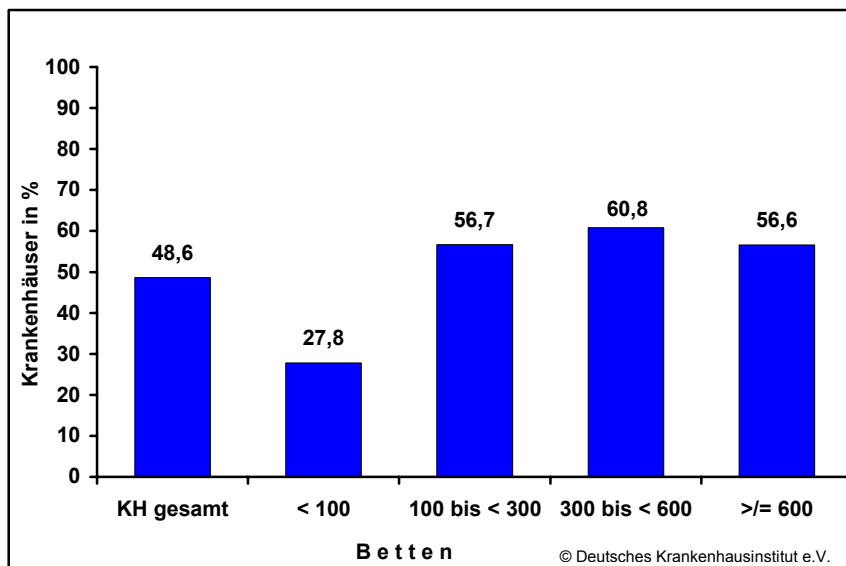


Abb. 25: Anteil Krankenhäuser, die offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen können - nach Größenklassen

Dagegen bereitet zwischen 57% und 61% der Krankenhäuser in den anderen 3 Größenklassen die Besetzung offener Arztstellen Probleme.

In 350 Krankenhäusern der Stichprobe gab es insgesamt 827 offene Stellen im Ärztlichen Dienst. Auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser übertragen⁴, können 3.163 offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser gibt es in den folgenden Fachgebieten offene Stellen im Ärztlichen Dienst:

- Chirurgie: 853
- Innere Medizin: 937
- Frauenheilkunde: 194
- Anästhesie: 535

Nicht berücksichtigt wurden hierbei Stellen für Ärzte im Praktikum. Insgesamt 42% der Krankenhäuser können offenen Stellen für diese Gruppe nicht besetzen, wobei auch hier wieder ein West-Ost-Gefälle deutlich zu Tage tritt. Während in 40% der westdeutschen Krankenhäuser Ärzte im Praktikum gesucht werden, suchten 54% der ostdeutschen Krankenhäuser diese Ärzte. In 340 Krankenhäusern der Stichprobe gab es insgesamt 392 offene Stellen für Ärzte im Praktikum. Hochgerechnet auf alle Allgemeinkrankenhäuser in der Bundesrepublik können 1.645 Stellen nicht besetzt werden.

3.6 Nicht besetzte Stellen im Pflege-/Funktionsdienst

Für den Pflege- und Funktionsdienst ist die Situation nicht ganz so ernst wie für den Ärztlichen Dienst.

Offene Stellen in diesem Dienstbereich können derzeit von 28% der Krankenhäuser nicht besetzt werden. Im Unterschied zum Ärztlichen Dienst haben die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern weniger Probleme Stellen zu besetzen als die Häuser in den alten Bundesländern. So konnten 29% der westdeutschen, aber nur 19% der ostdeutschen Krankenhäuser offene Stellen im Pflege- und Funktionsdienst nicht besetzen.

Bei einer Betrachtung der Krankenhäuser nach den Größenklassen zeigt sich, dass vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten Probleme haben, ihre offenen Stellen zu besetzen (vgl. Abb. 26). Jeweils ein Viertel der Krankenhäuser in den 3 Größenklassen bis unter 600 Betten gaben an, dass sie kein Personal fänden, um die Vakanzen zu besetzen. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten gaben dagegen 38% an, kein Pflegepersonal zu finden.

⁴

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

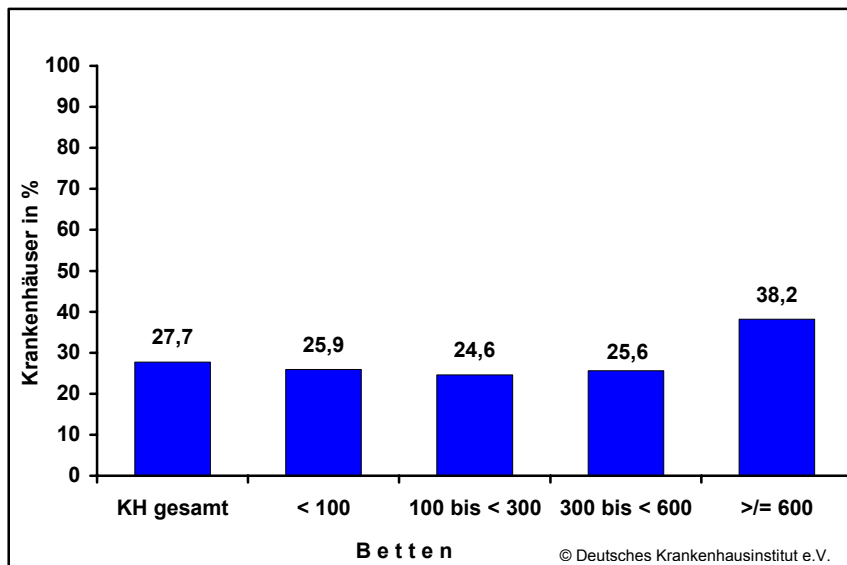


Abb. 26: Anteil Krankenhäuser, die offene Stellen im Pflege- und Funktionsdienst nicht besetzen können - nach Größenklassen

In 328 Krankenhäusern der Stichprobe gab es insgesamt 780 offene Stellen im Pflege- und Funktionsdienst.

Rechnet man dies auf die Allgemeinkrankenhäuser hoch, so können insgesamt 2.572 Vollkraftstellen im Pflege- und Funktionsdienst nicht besetzt werden.

Differenziert man die Hochrechnung nach Einsatzgebieten, so zeigt sich, dass in den folgenden Bereichen Vakanzen bestehen:

- Personal im Stationsdienst: 1.341 offene Vollkraftstellen
- Personal im OP-Dienst: 462 offene Vollkraftstellen
- Personal in der Anästhesie/Intensivpflege: 648 offene Vollkraftstellen

3.7 Maßnahmen zur Gewinnung von Personal

Wie deutlich wurde, können in einigen Bereichen Stellen im Ärztlichen Dienst sowie im Pflegedienst nicht besetzt werden. Die Krankenhäuser bemühen sich auf unterschiedliche Art und Weise, diese Stellen zu besetzen.

Für den Ärztlichen Dienst kann man Personal gewinnen (vgl. Abb. 27), indem man

- Stellenanzeigen in Fachzeitschriften aufgibt (81% der Krankenhäuser),
- auf der Homepage des Krankenhauses Stellenanzeigen einstellt (61%),
- persönliche Kontakte nutzt (59%) oder
- Stellenanzeigen in Internetbörsen (44%) einstellt.

Neben den traditionellen Verfahren über Stellenanzeigen in der der Presse und der Nutzung persönlicher Kontakte hat das Medium „Internet“ offensichtlich rasant an Boden gewonnen.

Interessant sind auch weitergehende unterschiedliche Strategien der Häuser in den alten und den neuen Bundesländern. Nutzen etwa nur 14% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern die Dienste des Arbeitsamtes, so vertrauen darauf 27% der ostdeutschen Häuser. Größer noch der Unterschied bei der Anwerbung von ausländischen Ärzten: 17% der westdeutschen Krankenhäuser versuchen ausländische Ärzte anzuwerben, aber 39% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. Hier kommt offensichtlich noch einmal das Problem der Stellenbesetzung in den ostdeutschen Krankenhäusern zum Vorschein.

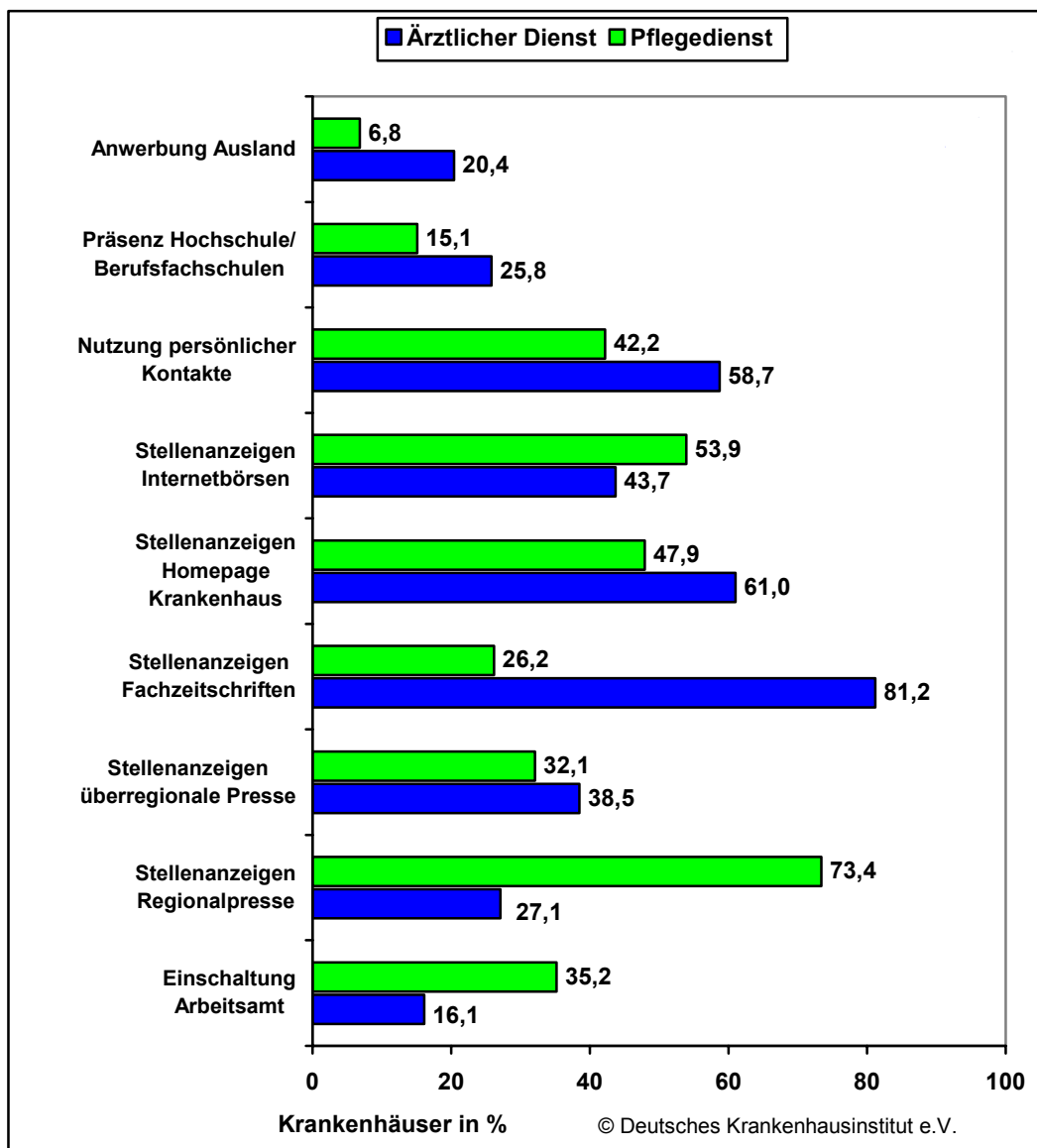


Abb. 27: Maßnahmen zur Gewinnung von Personal

Unterschiedliche Strategien der Gewinnung von Ärzten gibt es auch bei den Krankenhäusern der unterschiedenen Größenklassen. Bei der Nutzung von Stellenanzeigen in Fachzeitschriften oder auf der Homepage des Krankenhauses sowie in Internetbörsen sind die großen Krankenhäuser weitaus aktiver als die

kleinen Krankenhäuser. So stellen etwa 44% der Krankenhäuser unter 100 Betten Anzeigen auf ihre eigene Homepage ein. Bei den Häusern ab 600 Betten liegt der Anteil dagegen bei 82%.

Anders sieht es dagegen bei der Nutzung persönlicher Kontakte aus. Diese Form der Gewinnung von Ärzten nutzen die kleinen und die großen Krankenhäuser unterproportional, während die Krankenhäuser mit 100 bis unter 600 Betten hier sehr rege sind.

Erfolgsversprechende Maßnahmen zur Gewinnung von Personal für den Pflegedienst sind

- Stellenanzeigen in der Regionalpresse (73% der Krankenhäuser),
- Stellenanzeigen in Internetbörsen (54%),
- Stellenanzeigen auf der Homepage des Krankenhauses (48%),
- Nutzung persönlicher Kontakte (42%).

Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst werden mit Ausnahme der Stellenanzeigen in der Regionalpresse die gleichen Maßnahmen für Erfolg versprechend gehalten.

Deutliche Unterschiede bei der Nutzung von Stellenanzeigen in der Regionalpresse gibt es zwischen den Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern. Mehr als drei Viertel der Häuser in Westdeutschland schaltet Anzeigen in der Regionalpresse, in Ostdeutschland macht dies knapp die Hälfte der Häuser.

Dass persönliche Kontakte eingesetzt werden, um Stellen zu besetzen, gaben 44% der Häuser in den alten, aber nur 30% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern an.

Weitaus häufiger als bei den Ärzten werden die Dienste des Arbeitsamtes in Anspruch genommen. Aber auch hier zeigen sich Ost-West-Unterschiede. In den neuen Bundesländern wenden sich über die Hälfte der Häuser an das Arbeitsamt, um Personal für den Pflegedienst zu gewinnen; in den alten Bundesländern nutzt ein Drittel der Häuser die Dienste des Arbeitsamtes.

3.8 Anreize zur Gewinnung von Mitarbeitern

Nachdem man potenzielle neue Mitarbeiter durch die oben beschriebenen Maßnahmen für das eigene Krankenhaus interessiert hat, geht es dann um die tatsächliche Rekrutierung.

Möglichkeiten dazu bieten gesonderte Anreize.

Dass keine Anreize geboten werden, gaben 10% der Krankenhäuser für den Ärztlichen Dienst und 13% für den Pflegedienst an.

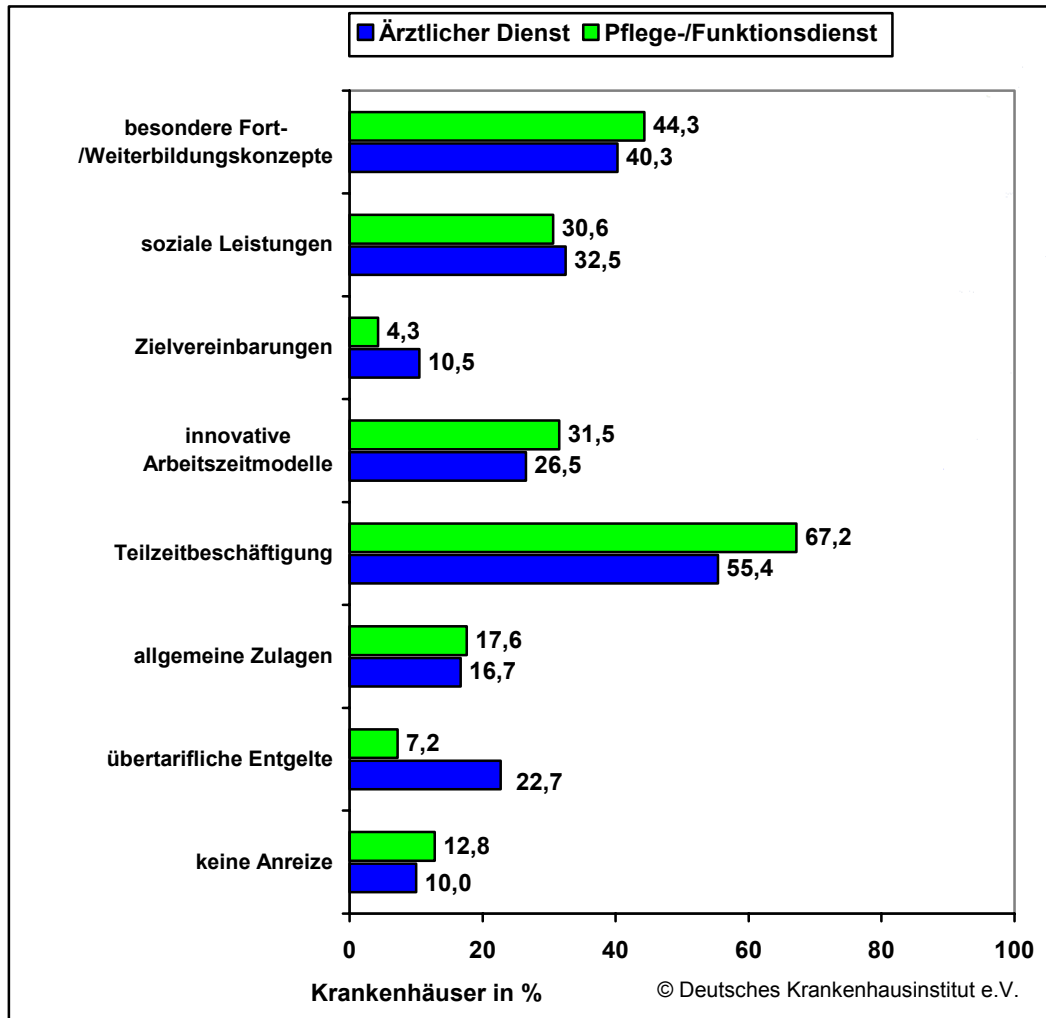


Abb. 28: Anreize zur Gewinnung von Bewerbern

Die Teilzeitbeschäftigung wurde von den meisten Krankenhäusern als zusätzlicher Anreiz am häufigsten genannt. In mehr als der Hälfte der Häuser wird sie für den Ärztlichen Dienst angeboten. Allerdings hängt dies stark von der Größe der Häuser ab. Während in mehr als 70% der Krankenhäuser ab 600 Betten die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung besteht, bieten nur 35% der Krankenhäuser bis unter 100 Betten dies an.

Besondere Fort- und Weiterbildungskonzepte bieten 40% der Krankenhäuser ärztlichen Bewerbern als Anreiz an. 54% der Krankenhäuser ab 600 Betten, aber nur 35% der Häuser mit unter 100 Betten versuchen hiermit Bewerber für sich einzunehmen.

Soziale Leistungen wie beispielsweise Wohnraum oder Kindergarten werden von einem Drittel der Krankenhäuser eingesetzt, um Bewerber für den Ärztlichen Dienst an sich zu binden. Hier sind die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern der 4 Bettengrößenklassen am größten. Lediglich 17% der Krankenhäuser bis unter 100 Betten bieten soziale Leistungen als Anreiz an, während dies 62% der Krankenhäuser ab 600 Betten tun.

Mehr als ein Viertel der Häuser kann Ärzten innovative Arbeitszeitmodelle anbieten.

In zwei Dritteln der Krankenhäuser wird dem Pflege- und Funktionsdienst die Möglichkeit zur Teilzeitbeschäftigung angeboten, wobei dies von 70% der westdeutschen und 53% der ostdeutschen Krankenhäuser als Anreiz zur Gewinnung von Personal eingesetzt wird.

Besondere Fort- und Weiterbildungskonzepte für Pflegepersonal bieten 44% der Krankenhäuser an. Lediglich ein Drittel der Krankenhäuser mit 100 bis unter 300 Betten versucht diesen Anreiz einzusetzen, während 70% der Häuser ab 600 Betten dies tun.

31% der Krankenhäuser setzen soziale Leistungen ein, um Pflegepersonal für sich zu gewinnen. Ebenso wie schon für den Ärztlichen Dienst ist hier der Unterschied zwischen den Größenklassen der Krankenhäuser sehr ausgeprägt. Die Spannweite reicht von 18% der Häuser mit unter 100 Betten bis zu 64% der Krankenhäuser ab 600 Betten.

Innovative Arbeitszeitmodelle wie Zeitkonten nutzen 31% der Krankenhäuser zur Gewinnung von Personal für den Pflege- und Funktionsdienst.

3.9 Systematische Personalentwicklung

Unter einer systematischen Personalentwicklung wird die Planung der Maßnahmen verstanden, die die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Krankenhausmitarbeiter im Hinblick auf aktuelle oder zukünftige Anforderungen verbessern sollen.

Zu einer systematischen Personalentwicklung gehören somit nicht nur Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, sondern auch beispielsweise die Karriereplanung oder die Beurteilung der Mitarbeiter.

Grundsätzlich liegt eine solche systematische Personalentwicklung vor in:

- 41,3% der Krankenhäuser für den Ärztlichen Dienst.
- 59,2% der Häuser für den Pflege- und Funktionsdienst,
- 41,4% der Krankenhäuser für den Verwaltungsdienst.

Die hohe Zahl der Krankenhäuser, die beim Ärztlichen Dienst keine Angaben machen konnten, ist darauf zurückzuführen, dass in Belegkrankenhäusern keine systematische Personalentwicklung für die Ärzte betrieben wird. Dies erklärt auch, warum bei den Krankenhäusern unter 100 Betten der Anteil der Häuser mit einer systematischen Personalentwicklung so gering ist.

In 72% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wird für den Ärztlichen Dienst eine systematische Personalentwicklung betrieben. Dagegen liegt der Anteil der Häuser in den alten Bundesländern bei 36%.

Auch im Pflege- und Funktionsdienst sowie im Verwaltungsdienst wird in ostdeutschen Krankenhäusern häufiger eine derartige Personalentwicklung betrieben als in den westdeutschen Häusern.

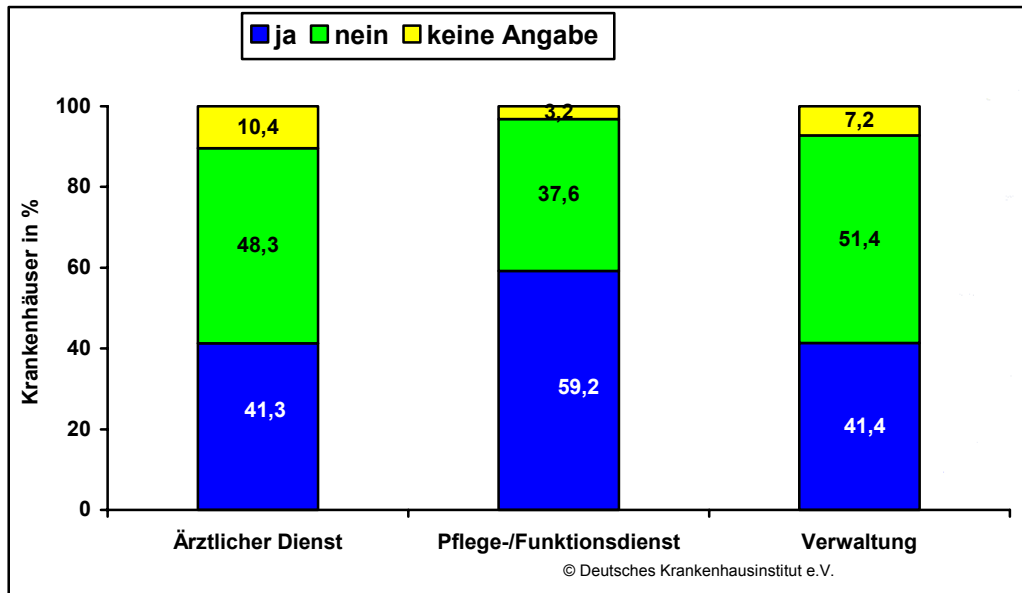


Abb. 29: Systematische Personalentwicklung

Bei den Maßnahmen der systematischen Personalentwicklung werden berufsgruppenspezifische Schwerpunkte gesetzt (vgl. Abb. 30). So wird beispielsweise in zwei Dritteln der Krankenhäuser eine neu zu besetzende Stelle im Pflege- und Funktionsdienst zunächst hausintern ausgeschrieben. Für den Verwaltungsdienst gilt dies noch in über der Hälfte der Krankenhäuser. Anders sieht es dagegen für den Ärztlichen Dienst aus. Hier wird nur in einem Drittel der Häuser zunächst hausintern ausgeschrieben. Dass dies nicht zuletzt mit den unterschiedlichen Kapazitäten der Krankenhäuser zusammenhängen könnte, zeigt sich daran, dass in einem Viertel der kleinen Krankenhäuser, aber in über 44% der Häuser ab 300 Betten eine neu zu besetzende Stelle zuerst den eigenen Ärzten angeboten wird. Dies gilt auch für neu zu besetzende Stellen im Pflege- und Funktionsdienst sowie im Verwaltungsdienst, wenn auch nicht in dem Ausmaße wie für den Ärztlichen Dienst.

In den neuen Bundesländern werden häufiger Stellen zunächst hausintern ausgeschrieben als in den alten Bundesländern. Besonders ausgeprägt ist dies im Verwaltungsdienst. Schreiben 52% der westdeutschen Häuser Stellen hausintern aus, so sind es 71% der ostdeutschen Häuser. Ähnliche Relationen gelten für den Pflege- und Funktionsdienst. Im Ärztlichen Dienst unterscheiden sich die Häuser in Ost- von Westdeutschland nur um 6-Prozentpunkte.

Die Karriereplanung der Mitarbeiter ist nur in wenigen Krankenhäusern ausgeprägt, und hier vor allem für den Pflege- und Funktionsdienst. Auch hier unterscheiden sich die kleinen von den großen Krankenhäusern. Bei den Häusern ab 300 Betten führen 30% eine Karriereplanung durch. Nur halb so viele Häuser tun dies in der Größenklasse bis unter 100 Betten. Für die Karriereplanung der Ärzte und der Verwaltungsmitarbeiter zeigt sich ein anderes Muster. Führend sind hier die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten, bei denen jeweils ein Viertel der Häuser diese Form der systematischen Personalentwicklung betreibt.

Wie bei den hausinternen Stellenausschreibungen, so sind bei der Karriereplanung der Mitarbeiter die ostdeutschen Häuser führend. Während beim Pflegedienst und beim Verwaltungsdienst die Unterschiede nicht so groß sind, bieten im Ärztlichen Dienst 32% der ostdeutschen und nur halb so viele westdeutsche Krankenhäuser ihren Ärzten eine Karriereplanung an.

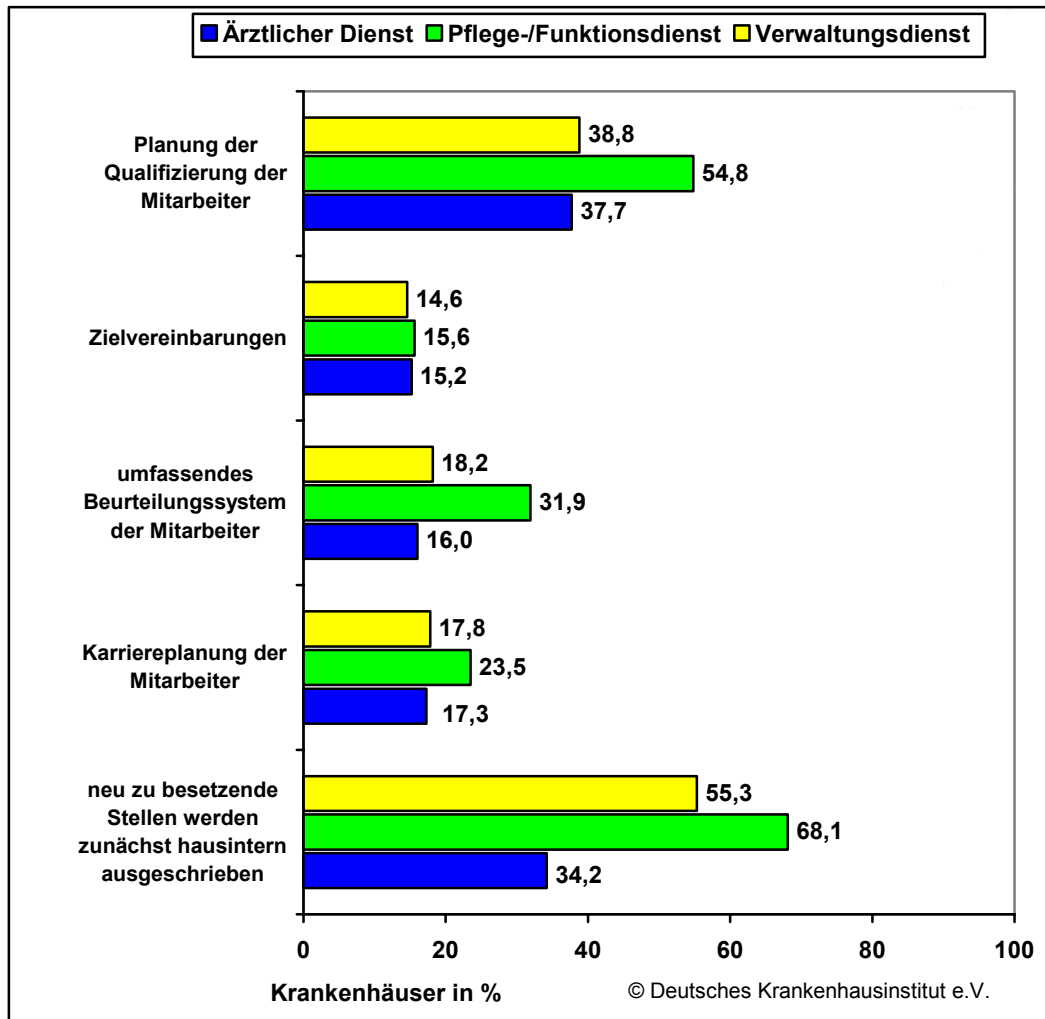


Abb. 30: Berücksichtigung folgender Aspekte bei systematischer Personalentwicklung

Ein umfassendes Beurteilungssystem der Mitarbeiter gibt es gleichfalls nur in wenigen Krankenhäusern. In rd. einem Drittel der Häuser liegt ein derartiges Beurteilungssystem für den Pflegedienst vor. In 18% der Häuser gibt es ein solches System für den Verwaltungsdienst und in 16% für den Ärztlichen Dienst.

Der Wert für den Pflege- und Funktionsdienst wird maßgeblich von den Häusern in den beiden Größenklassen ab 300 Betten bestimmt. Hier verfügt jeweils über ein Drittel der Häuser über ein umfassendes Beurteilungssystem. Beim Ärztlichen Dienst liegt ein solches System nur in jedem 10. Krankenhaus der kleinen und der großen Häuser vor. In den beiden Größenklassen zwischen 100 und unter 600 Betten verfügen 19 bzw. 15% über dieses Instrument der systematischen Personalentwicklung.

In lediglich 15% der Krankenhäuser bestehen Zielvereinbarungen mit den Mitarbeitern. Führend sind hier wiederum die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. So bestehen beispielsweise in 27% der ostdeutschen Häuser Zielvereinbarungen mit Ärzten. In Westdeutschland ist der entsprechende Anteil nur halb so hoch.

In jedem fünften Haus ab 600 Betten liegen Zielvereinbarungen mit Mitarbeitern aus dem Pflege- und Funktionsdienst sowie aus dem Verwaltungsdienst vor. Für Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes gilt entsprechendes in jedem fünften Haus mit 100 bis unter 300 Betten.

Eine Planung der Qualifizierung der Mitarbeiter des Pflege- und Funktionsdienstes findet in 55% der Häuser statt. Für Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes und des Verwaltungsdienstes liegt der Anteil bei 38 bzw. 39%. Wiederum zeigt sich das gleiche Muster. Diese Maßnahmen werden weitaus häufiger in den Häusern der neuen Bundesländer als in den Krankenhäusern Westdeutschlands durchgeführt. Besonders deutlich ist der Unterschied im Ärztlichen Dienst. Hier geben doppelt so viele Häuser in Ostdeutschland an, dass sie die Qualifizierung ihrer Ärzte planen als in Westdeutschland.

3.10 Organisation der Fort- und Weiterbildung

Zur Planung der Qualifizierung der Mitarbeiter gehört in einem entscheidenden Umfange auch die Fort- und Weiterbildung. Neben einer systematischen Herangehensweise, wie eine Marktübersicht über die Veranstaltungsangebote oder eine Planung, liegen auch vielfach ad hoc-Entscheidungen vor. In den meisten Krankenhäusern werden beide Organisationsformen praktiziert: neben einer jährlichen Planung gibt es z.B. auch fallweise Entscheidungen bei konkretem Bedarf.

Im weitesten Sinne kann man davon ausgehen, dass eine systematische Auswahl der Fort- und Weiterbildung in der Mehrzahl der Krankenhäuser durchgeführt wird (vgl. Abb. 31). Denn: jeweils mehr als die Hälfte der Häuser gibt an, dass sie eine Entscheidung über die Fort- und Weiterbildung dann treffen, wenn die Veranstaltungsangebote von externen Anbietern vorliegen.

Unterschiede gibt es nicht nur zwischen den Berufsgruppen, sondern auch zwischen den Häusern in den alten und den neuen Bundesländern. Die Häuser in Ostdeutschland geben jeweils häufiger an, dass sie diese Art der Planung durchführen als die Häuser in Westdeutschland. Beispielsweise erfolgt in zwei Dritteln der Krankenhäuser der neuen Bundesländer eine Entscheidung über eine Fort- und Weiterbildung bei Vorliegen von externen Veranstaltungsangeboten. In den alten Bundesländern erfolgt dies bei 53% der Häuser.

Hinsichtlich der Größenklassen zeigt sich nicht so ein einheitliches Bild. Es gibt keinen einheitlichen Zusammenhang zwischen dieser Organisation der Fort- und Weiterbildung und der Größe des Krankenhauses.

Eine jährliche Planung des Bedarfes wurde in 56% der Krankenhäuser für die Mitarbeiter des Pflege- und Funktionsdienstes vorgenommen. Für die beiden anderen Dienstarten pendelt sich der Anteil bei rd. 30% ein.

Wiederum liegt der Anteil der ostdeutschen Krankenhäuser über dem Anteil der westdeutschen Häuser. Auch hier ist kein Zusammenhang mit der Größe der Krankenhäuser zu erkennen.

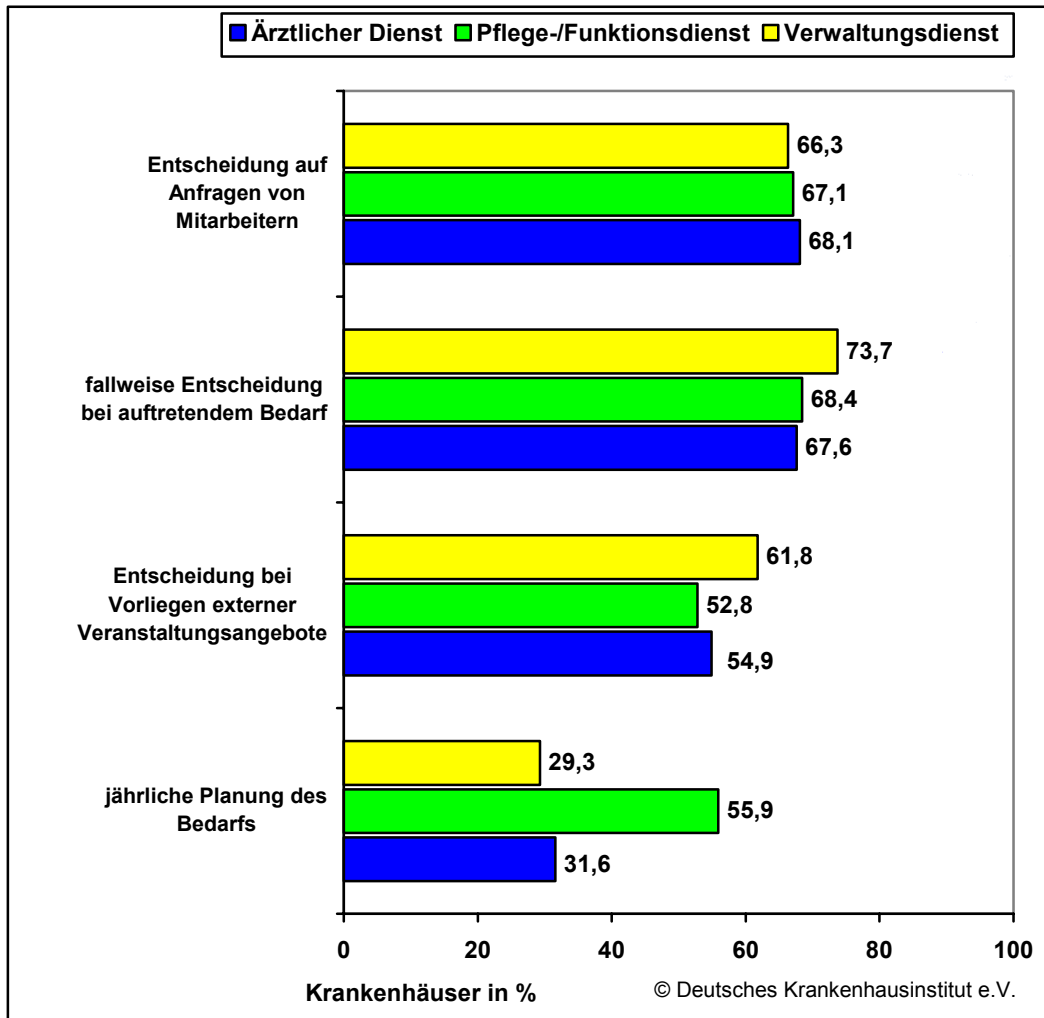


Abb. 31: Aspekte systematischer Personalentwicklung

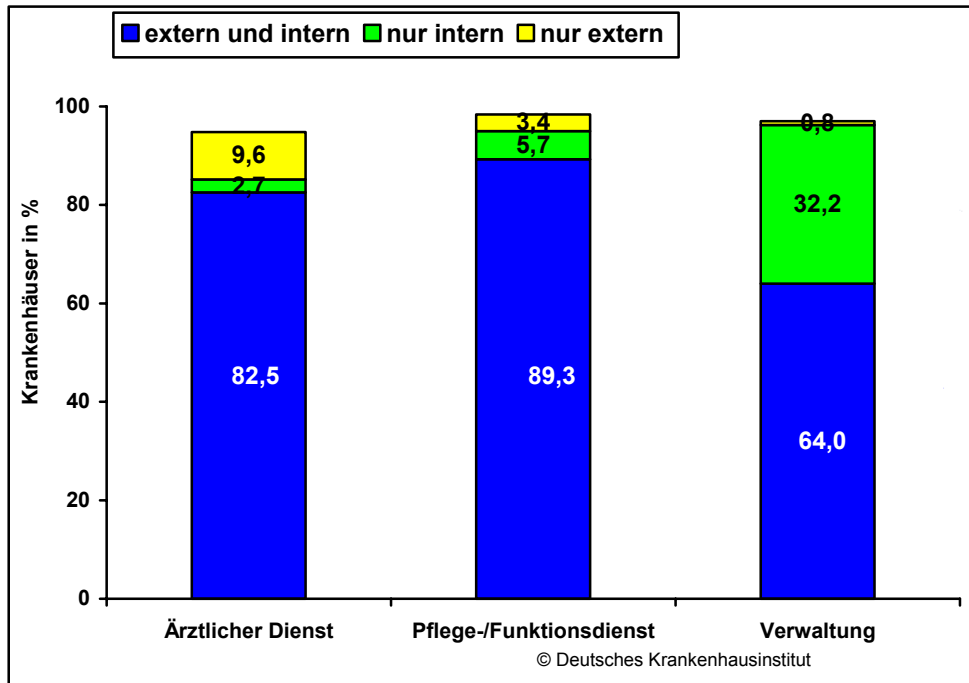
Eine fallweise Entscheidung bei auftretendem Bedarf gibt es bei über zwei Dritteln der Krankenhäuser. Hier dominieren vor allem die Krankenhäuser aus den alten Bundesländern, denn bei allen 3 Berufsgruppen lag der Anteil der westdeutschen Häuser über dem Anteil der ostdeutschen Krankenhäuser.

Eine direkte Mitwirkung der Mitarbeiter zeigt sich daran, dass wieder in jeweils mehr als zwei Dritteln der Krankenhäuser eine Entscheidung über eine Fort- oder Weiterbildung auf Anfrage von Mitarbeitern zustande kommt.

Auch liegt der Anteil der Krankenhäuser aus den alten Bundesländern bei allen Berufsgruppen über dem Anteil der ostdeutschen Häuser.

Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter erfolgt sowohl durch interne als auch durch externe Veranstaltungen (vgl. Abb. 32). Bei den kleinen Krankenhäusern unter 100 Betten liegt der Anteil, der beide Formen praktiziert, immer deutlich unter dem Durchschnittswert. Umgekehrt bei den Krankenhäuser ab 600 Betten,

wo nahezu jedes Haus sowohl interne als auch externe Veranstaltungen durchführt.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 32: Formen der Fort- und Weiterbildung

Daneben spielen für den Ärztlichen Dienst traditionell die externen Veranstaltungen eine gewisse Rolle. Interne Fort- und Weiterbildungsangebote sind dagegen beim Verwaltungsdienst ebenfalls wichtige.

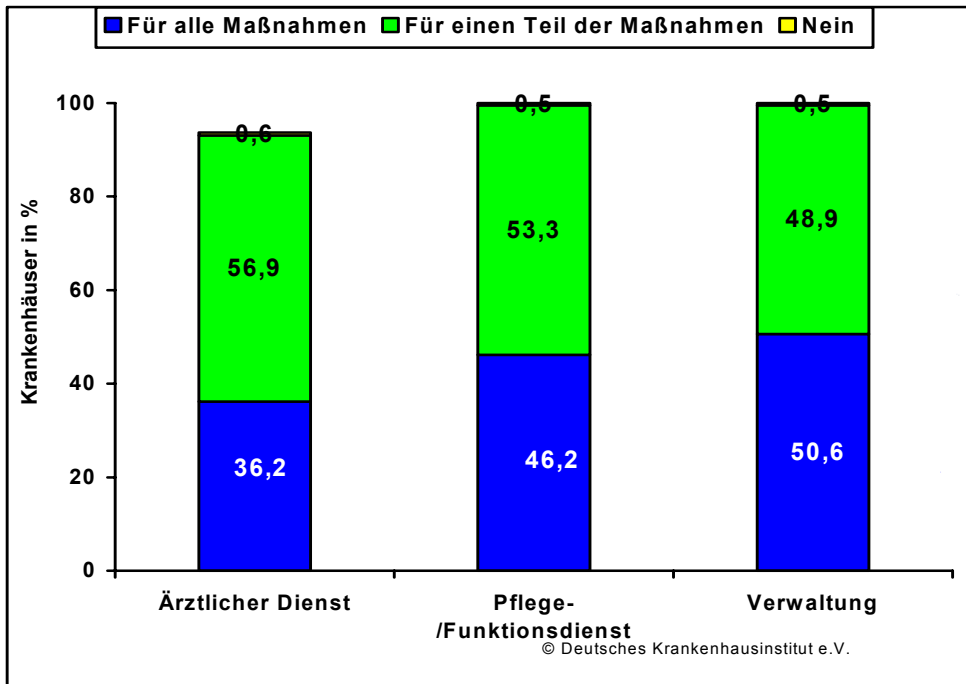
Nur in einem sehr kleinen Teil der Krankenhäuser erfolgt grundsätzlich keine Freistellung für externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (vgl. Abb. 33).

Eine komplette Freistellung für alle externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erfolgt in

- 36% der Häuser für Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes;
- 46% der Häuser für das Personal des Pflege- und Funktionsdienstes,
- 51% der Häuser für Verwaltungsmitarbeiter.

Für einen Teil der Maßnahmen erfolgt keine Freistellung, so dass die Mitarbeiter diese entweder an ihren freien Tagen oder im Urlaub durchführen müssen.

Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern liegen nicht vor. Ein Zusammenhang zwischen Freistellung und Größe des Krankenhauses ist für den Pflege- und Funktionsdienst sowie den Verwaltungsdienst gegeben. Je größer die Krankenhäuser sind, desto höher ist der Anteil, bei denen eine komplette Freistellung erfolgt.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 33: Freistellung für externe Fort- und Weiterbildung

Jedem Mitarbeiter im Ärztlichen Dienst stehen im Durchschnitt 4,8 tage pro Jahr für eine externe Fort- und Weiterbildung zur Verfügung (vgl. Abb. 34). In den neuen Bundesländern liegt der Mittelwert bei 5,5 Tagen, in den alten Bundesländern bei 4,7 Tagen.

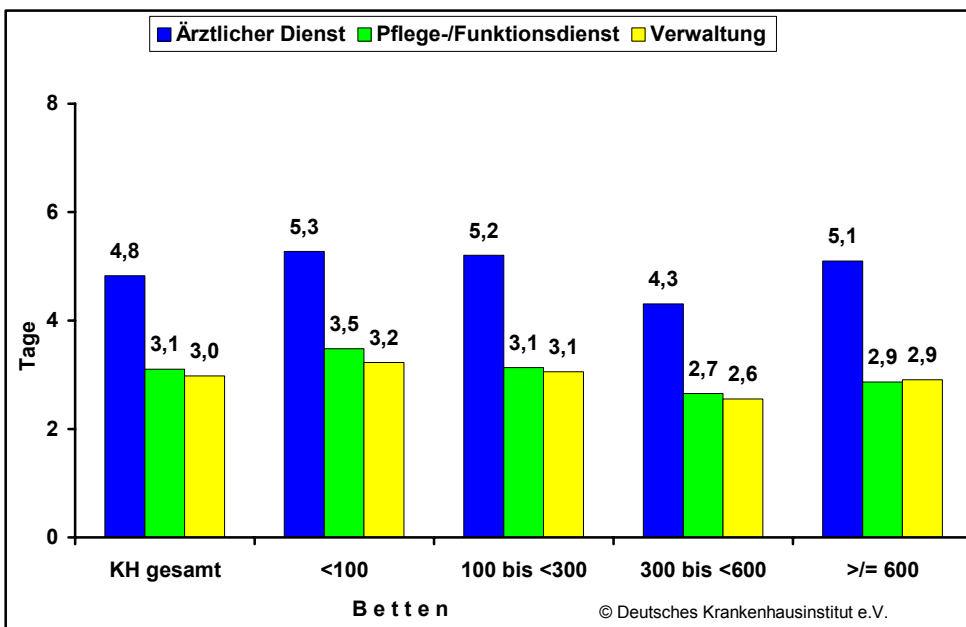


Abb. 34: Anzahl Tage im Jahr für externe Fort- und Weiterbildung

Den höchsten Mittelwert mit 5,3 Tagen weisen die kleinen Krankenhäuser auf, den niedrigsten mit 4,3 Tagen die Häuser mit 300 bis unter 600 Betten.

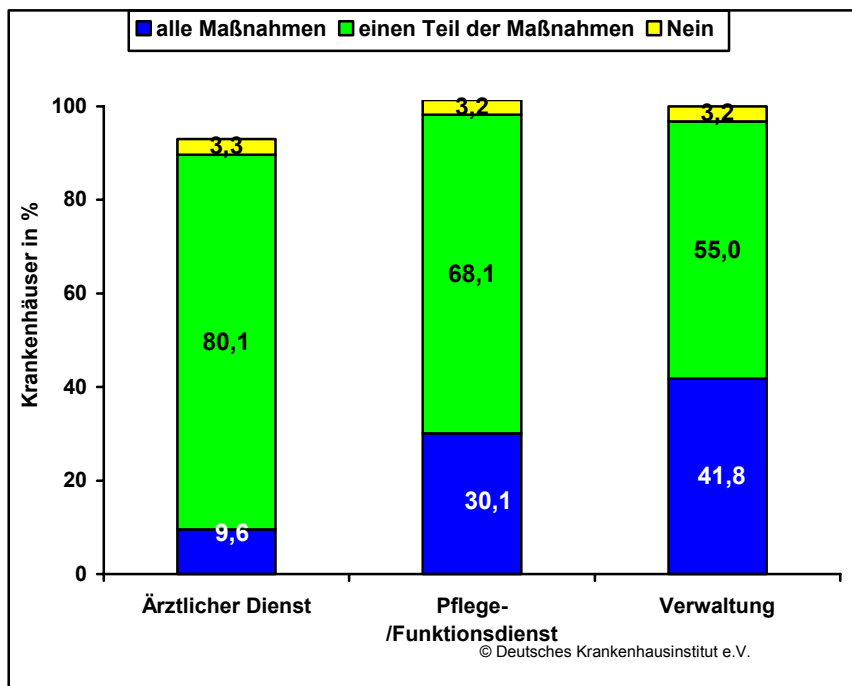
Jedem Mitarbeiter im Pflege- und Funktionsdienst werden je Jahr 3,1 Tage für eine externe Fort- und Weiterbildung gewährt. In den Krankenhäusern der alten Bundesländer können die Mitarbeiter im Durchschnitt 3,2 Tage für eine externe Fort- oder Weiterbildung aufwenden, in den neuen Bundesländern 2,6 Tage.

Auch hier weisen die kleinen Krankenhäuser den höchsten Mittelwert und die Häuser mit 300 bis unter 600 Betten den niedrigsten Wert auf.

Im Durchschnitt stehen die Mitarbeiter im Verwaltungsdienst an 3 Tagen im Jahr ihren Arbeitgebern aufgrund einer externen Fort- oder Weiterbildung nicht zur Verfügung. Hier liegen die Werte für die neuen Bundesländer über und die Mittelwerte für die alten Bundesländer unter dem gesamtdeutschen Durchschnitt.

Bei den Größenklassen zeigt sich das gleiche Muster wie für den Ärztlichen Dienst oder den Pflege- und Funktionsdienst.

Nur in wenigen Fällen finanzieren die Krankenhäuser keine externe Fort- und Weiterbildung (vgl. Abb. 35).



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 35: Finanzierung der externen Fort- und Weiterbildung durch das Krankenhaus

Im Großteil der Krankenhäuser wird ein Teil der Maßnahmen finanziert. Dies bedeutet aber auch, dass die Mitarbeiter einen Eigenanteil zu leisten haben. Insbesondere im Ärztlichen Dienst wird der Großteil der Fort- und Weiterbildung nicht komplett finanziert.

In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der Häuser, die ihren Ärzten alle Maßnahmen der externen Fort- und Weiterbildung finanzieren, doppelt so hoch wie in den alten Bundesländern. Bei den beiden anderen Berufsgruppen liegen dagegen die Häuser in den alten Bundesländern jeweils über und die Häuser in den neuen Bundesländern unterhalb des gesamtdeutschen Mittelwertes. Das könnte ein Indiz dafür sein, dass ein Teil der ostdeutschen Häuser versucht, ihre

Ärzte durch die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu halten.

Aufgrund ihrer Mitarbeiterzahl wenden große Krankenhäuser selbstverständlich mehr für Fort- und Weiterbildung auf als kleine Krankenhäuser. Betrachtet man aber die Aufwendungen je Vollkraft, so sind nun die kleinen Krankenhäuser führend (vgl. Abb. 36).

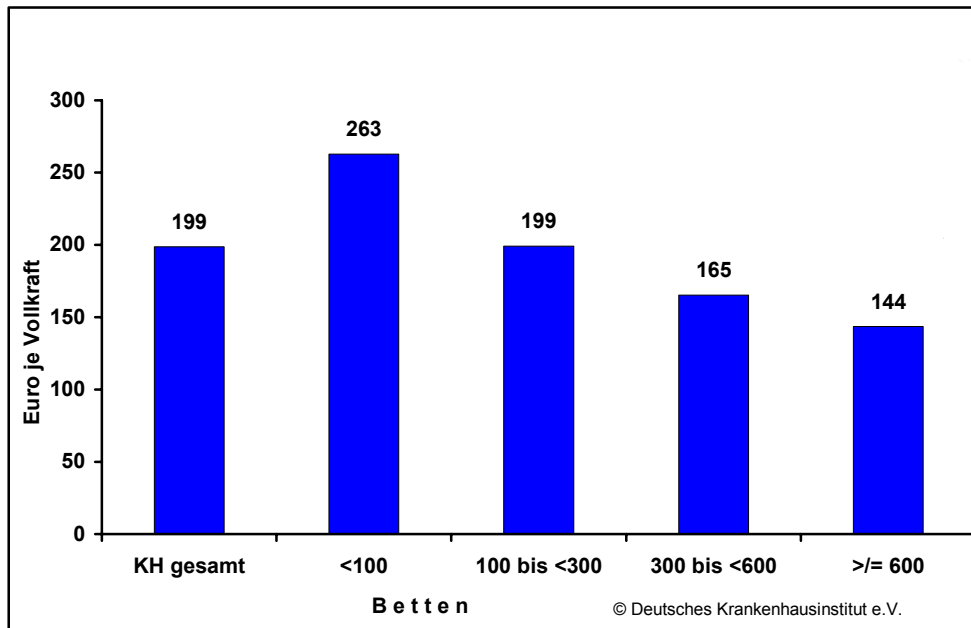


Abb. 36: Euro je Vollkraft für externe Fort- und Weiterbildung

Lag der gesamtdeutsche Mittelwert für die Aufwendungen für Fort- und Weiterbildung je Vollkraft bei 199 Euro, so übertrafen die Krankenhäuser bis unter 100 Betten diesen Betrag um 64 Euro je Vollkraft. Hierbei muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass die Aufwendungen für Belegärzte nicht erfasst sind.

Die Ergebnisse stimmen in den Relationen mit denen überein, die in einer früheren Erhebung des *Krankenhaus Barometers* zu den externen Weiterbildungskosten für die DRG-Schulung ermittelt wurden.

In den alten Bundesländern lag der mittlere Betrag, der für Fort- und Weiterbildung je Vollkraft aufgewendet wurde, bei 204 Euro, in den neuen Bundesländern bei 168 Euro.

4 Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

Die Kostenträger weigern sich häufiger, Krankenhausleistungen nach der Rechnungslegung zu vergüten oder zögern die Vergütung hinaus. Daraus resultieren bei den Krankenhäusern hohe Außenstände. Aus einigen Bundesländern liegen Angaben oder Hochrechnungen über die Höhe der Außenstände vor. Bislang lagen aber keine Angaben für Deutschland insgesamt vor. Mit Hilfe der im Herbst 2002 durchgeführten Erhebung wird diese Lücke geschlossen.

In fast drei Viertel der Krankenhäuser erfolgt die Vergütung der Krankenhausbehandlung seitens der Kostenträger nicht fristgerecht (vgl. Abb. 37). Erfahrungen mit einer teilweisen oder gar kompletten Zahlungsverweigerung haben fast zwei Drittel der Krankenhäuser.

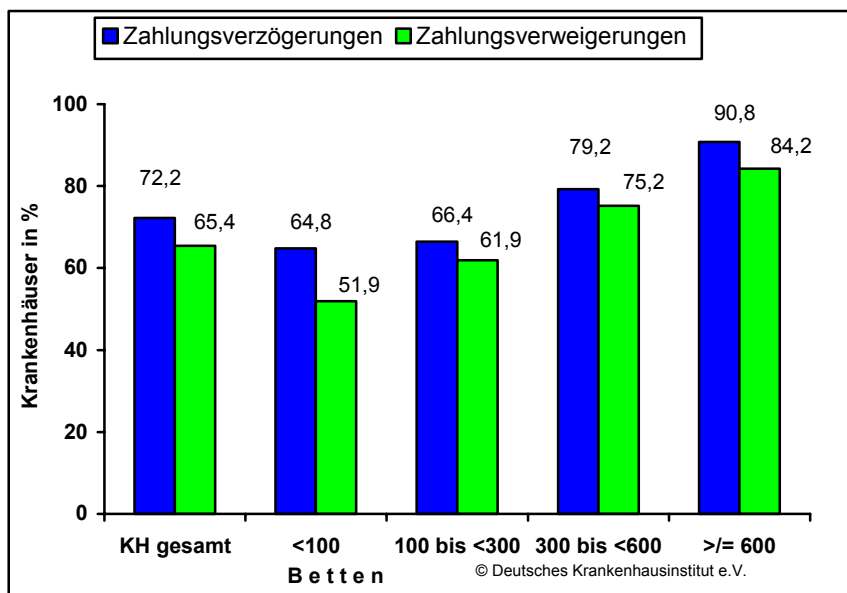


Abb. 37: Zahlungsverzögerungen und –verweigerungen nach Größenklassen

Es liegen kaum Unterschiede zwischen Krankenhäusern in den alten und den neuen Bundesländern vor.

Sowohl bei Zahlungsverzögerungen als auch bei Zahlungsverweigerungen sind die Krankenhäuser mit unter 100 Betten unterdurchschnittlich, dagegen die Häuser ab 600 Betten überdurchschnittlich vertreten. Ursache hierfür könnte die sehr hohe Fallzahl der großen Krankenhäuser sein. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass dort häufiger schwere Fälle behandelt werden, die aufgrund ihrer Komplexität auch Anlass zu vermehrten Nachfragen seitens der Kostenträger bieten.

Für diese Vermutung spricht auch der durchschnittliche Anteil an stationären Fällen, bei denen Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen auftreten (vgl. Abb. 38). Im Durchschnitt sind 15,6% aller stationären Fälle von diesen Verfahrensweisen der Kostenträger betroffen. In den alten Bundesländern liegt der Anteil bei 16,3%, in den neuen Bundesländern bei 11,4%.

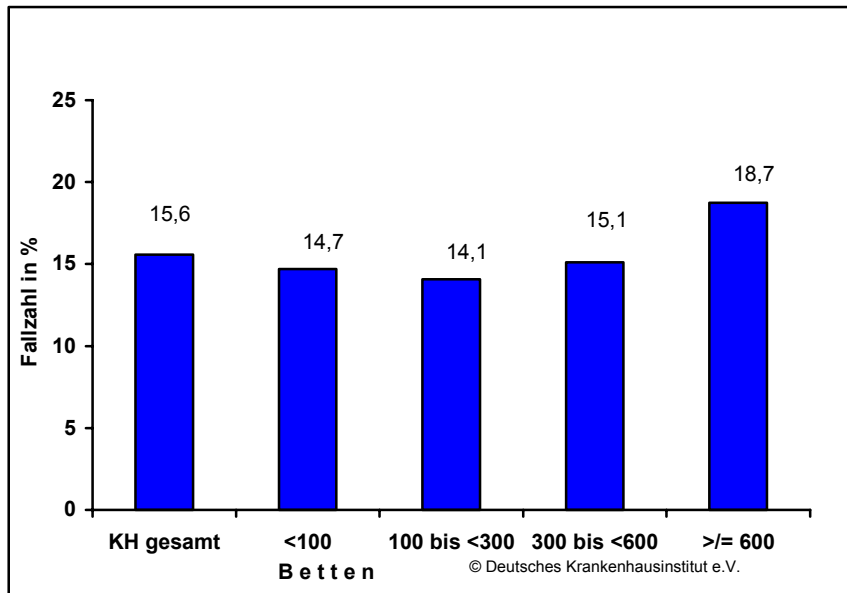


Abb. 38: Anteil an stationären Fällen mit Zahlungsverzögerungen und –verweigerungen nach Größenklassen

Mit Ausnahme der Krankenhäuser ab 600 Betten liegt der Anteil der Fälle, bei denen es zu einer Zahlungsverzögerung oder Zahlungsverweigerung kommt, unter dem bundesdeutschen Mittelwert. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten kommt es dagegen in fast jedem fünften Fall zu einer Verzögerung oder Verweigerung der Begleichung von Rechnungen durch die Kostenträger. Dadurch entstehen hohe Außenstände, die im Folgenden dargestellt werden.

Bis zum Ende des ersten Halbjahres beliefen sich die Außenstände der 325 Krankenhäuser in der Stichprobe, die Angaben hierzu machen konnten, auf insgesamt 433 Mio. Euro. Rechnet man dies auf die Grundgesamtheit der allgemeinen Krankenhäuser hoch, so haben die Krankenhäuser insgesamt Außenstände aus Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen in Höhe von 1,3 Mrd. Euro.

Die Außenstände verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Kostenträger, wobei im jeweiligen Fall die Zahl der Versicherten bei den jeweiligen Kostenträgern als Gewichtungsfaktor zu berücksichtigen ist (vgl. Tab. 1).

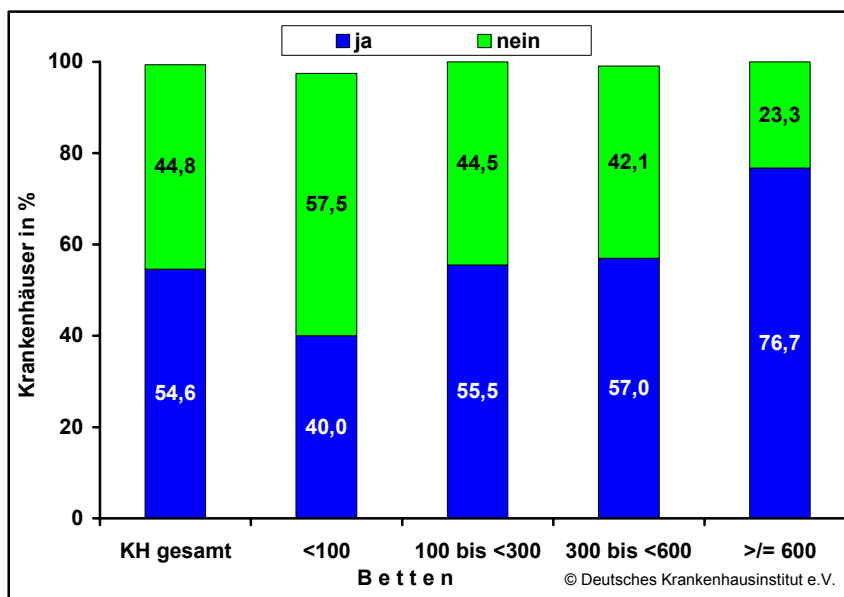
Anteil	Deutschland
Allgemeine Ortskrankenkassen	34,4%
Ersatzkassen	17,3%
Betriebskrankenkassen	18,4%
Innungskrankenkassen	6,4%
andere gesetzliche Krankenkassen	6,1%
Private Krankenversicherung	3,8%
Selbstzahler	10,3%
Sonstige	3,4%
Summe	100,0%

Tab. 1: Außenstände in v.H. nach Kostenträger

Auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen entfallen mehr als ein Drittel aller Außenstände, auf die Ersatzkassen 17% und die Betriebskrankenkassen 18%. Bei der Bewertung dieser Anteile ist zu berücksichtigen, dass

- die Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Ersatzkassen über etwa gleich viele Mitglieder verfügen;
- die Betriebskrankenkassen nur halb so viele Mitglieder wie die Ortskrankenkassen oder die Ersatzkassen haben.

Aufgrund der Außenstände aus Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen haben 55% der betroffenen Krankenhäuser Klagen eingereicht (vgl. Abb. 39). Die restlichen 45% verzichteten auf die Einreichung von Klagen. In den neuen Bundesländern lag der Anteil der Häuser, die Klagen eingereicht haben, 10-Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil der westdeutschen Krankenhäuser.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 39: Einreichung von Klagen aufgrund von Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen nach Größenklassen

Deutlich zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Einreichung einer Klage und der Größenklasse. Je größer die Krankenhäuser sind, desto eher werden Klagen aufgrund von Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen eingereicht.

Die 169 Krankenhäuser, die Angaben zu der Zahl der seit Anfang 2002 eingereichten Klagen machten, haben insgesamt 3.901 Klageverfahren eingeleitet. Rechnet man diese auf alle Allgemeinkrankenhäuser hoch, so sind seit Jahresbeginn 2002 19.493 Klagen wegen Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen bei den zuständigen Gerichten eingegangen.

Die Gründe dafür, warum Krankenhäuser keine Klage eingereicht haben, gehen aus der nachfolgenden Abbildung hervor. Es wird unterschieden zwischen Klagen gegen Kostenträger und Klagen gegen Selbstzahler.

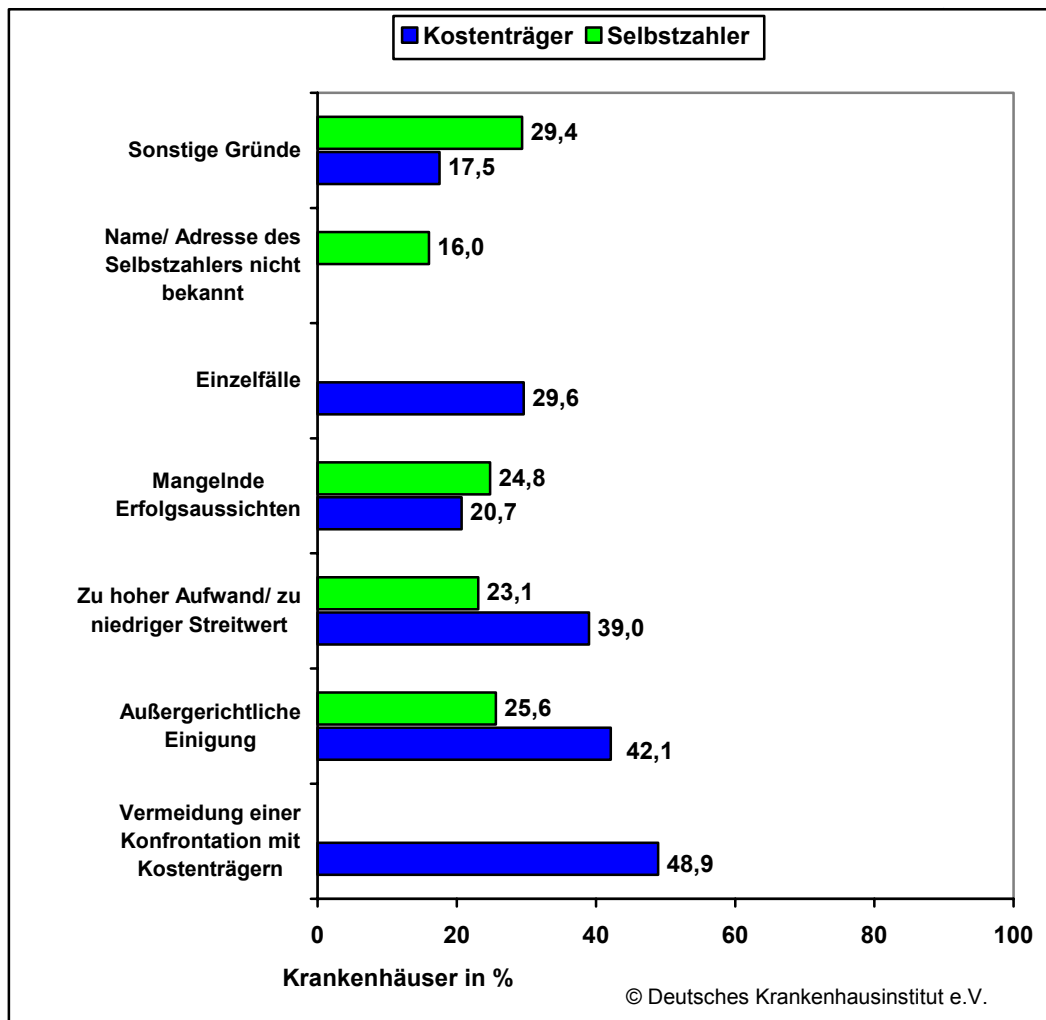


Abb. 40: Gründe, warum keine Klagen gegen Kostenträger/Selbstzahler eingereicht wurden

Die Vermeidung einer Konfrontation mit Kostenträgern stellte der häufigste Grund dafür dar, warum keine Klage aufgrund von Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen eingereicht wurde. Dies galt vor allem für die Häuser in

den alten Bundesländern. Hier gaben dies 52% an. In den neuen Bundesländern lag der entsprechende Wert bei 28%.

Eine außergerichtliche Einigung nannten 42% der Krankenhäuser als Grund für einen Klageverzicht. Auch hier unterscheiden sich die westdeutschen von den ostdeutschen Krankenhäusern. Gaben dies noch 44% der Krankenhäuser in den alten Bundesländern an, so waren es nur 30% der ostdeutschen Häuser.

Dass ein zu hoher Aufwand oder ein zu niedriger Streitwert eine Klage verhindert hat, gaben 39% der Krankenhäuser an.

Bei den Selbstzahlern wurden sonstige Gründe am häufigsten für einen Verzicht auf eine Klage angeführt. Viele Krankenhäuser nannten hier zusätzlich, dass Inkassobüros mit der Einziehung von Außenständen beauftragt worden sind.

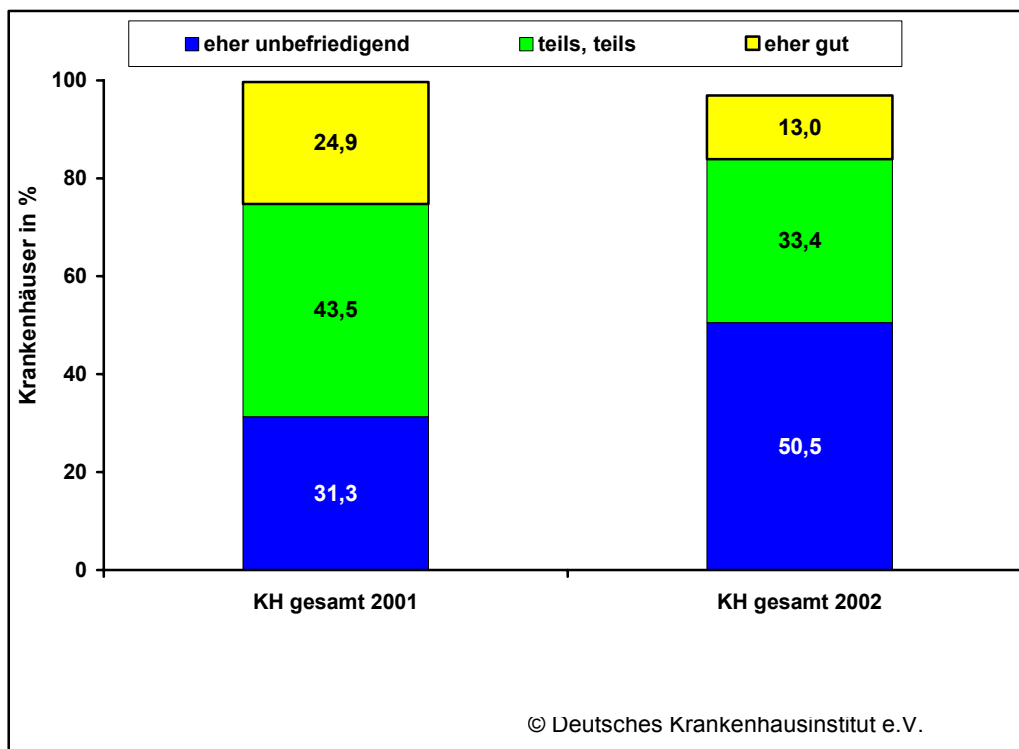
Eine außergerichtliche Einigung nannten mehr als ein Viertel der Krankenhäuser als Grund für den Verzicht auf eine Klage gegen Selbstzahler. Gleich viele Krankenhäuser waren von den schlechten Erfolgsaussichten einer Klage überzeugt.

Insgesamt kann man zusammenfassen, dass Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen in den Krankenhäusern an der Tagesordnung sind. Betroffen davon ist der überwiegende Anteil der Häuser in den alten und den neuen Bundesländern. Hierbei geht es insgesamt um sehr erhebliche Summen, die die Liquidität der Krankenhäuser durchaus gefährden können.

5 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Die Frage nach der Einschätzung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation führte im Spätherbst des Jahres 2001 zu einem nahezu ausgewogenen Ergebnis. Binnen eines Jahres hat sich die Einschätzung deutlich verschlechtert. Nunmehr schätzen über die Hälfte der Krankenhäuser ihre derzeitige wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein (vgl. Abb. 41). Unterschiedlich ist die Beurteilung der Häuser in den alten und den neuen Bundesländern. Nur gut ein Drittel der ostdeutschen Krankenhäuser schätzt die Lage als eher unbefriedigend ein, während 53% der westdeutschen Häuser zu dieser Einschätzung gelangen. Allerdings hat sich im Vergleich zum Vorjahr der Anteil der ostdeutschen Häuser, die ihre Situation als eher unbefriedigend charakterisieren, mehr als verdoppelt.

Der Anteil der ostdeutschen Krankenhäuser, die ihre wirtschaftliche Lage als „teils, teils“ einschätzen, ist zwar auch deutlich zurückgegangen, liegt aber immer noch höher als der entsprechende Anteil der Häuser in den alten Bundesländern.



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 41: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Lage

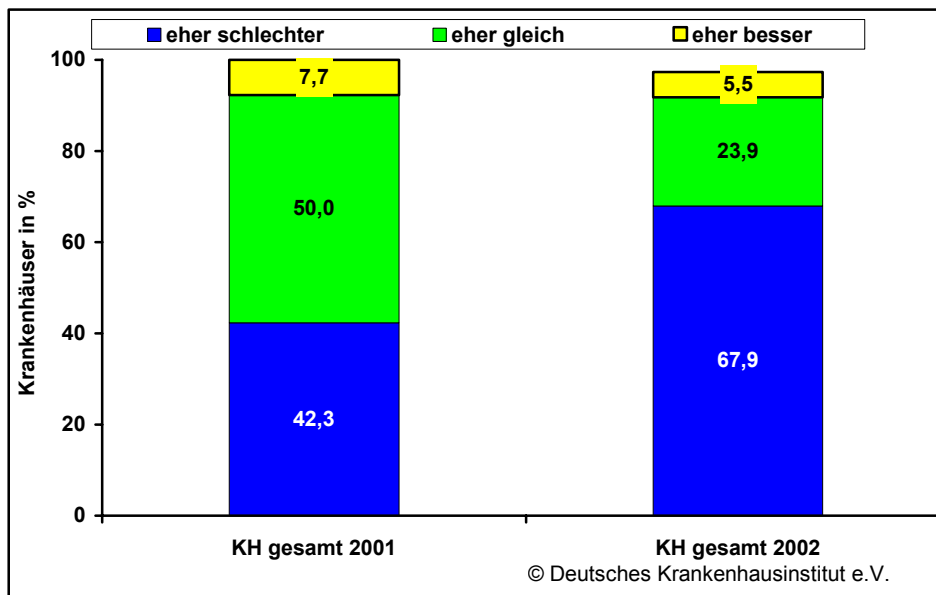
Bei den Erwartungen für das nächste Jahr kommen zwei Drittel der Krankenhäuser zu der Einschätzung, dass die wirtschaftliche Situation im Vergleich zu diesem Jahr eher schlechter sein wird. Hier sind die Krankenhäuser in den alten Bundesländern pessimistischer als die in den neuen Bundesländern: 70% der Krankenhäuser in den alten und 57% in den neuen Bundesländern gehen davon aus, dass die wirtschaftliche Situation im Jahr 2003 schlechter sein wird als 2002.

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass

- das Beitragsatzsicherungsgesetz mit der dort vorgegebenen Budgetveränderungsrate erst im Laufe der Erhebung bekannt gemacht wurde und somit nicht alle Krankenhäuser dies bei ihren Antworten berücksichtigen konnten;
- die BAT-Tarifverhandlungen erst nach Abschluss der Erhebung stattgefunden haben.

Dass die Lage eher gleich sein wird, geben 24% der Häuser an. Eine eher bessere wirtschaftliche Lage erwarten nur noch 5% der Krankenhäuser, wobei hier vor allem die Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten optimistisch sind. Bei ihnen erwartet jedes 10. Krankenhaus eine eher bessere Situation.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Krankenhäuser deutlich pessimistischer geworden (vgl. Abb. 42).



* Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe

Abb. 42: Erwartungen für das jeweils nächste Jahr

Die Erwartungen für das kommende Jahr müssen im Zusammenhang mit der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation in diesem Jahr gesehen werden.

Der Zusammenhang zwischen der derzeitigen wirtschaftlichen Situation und den Erwartungen für das nächste Jahr kann am besten gezeigt werden, wenn man die Krankenhäuser in „Optimisten“ und „Pessimisten“ einteilt (vgl. Abb.43).

Als „Optimisten“ sollen die Krankenhäuser bezeichnet werden, die ihre derzeitige gute wirtschaftliche Lage im kommenden Jahr zumindest beibehalten können sowie die Krankenhäuser, denen es nach eigener Einschätzung gelingen wird, von einer durchschnittlichen zu einer guten wirtschaftlichen Situation zu kommen. Zu den „Optimisten“ gehören damit die Krankenhäuser,

- denen es heute eher gut geht und denen es im kommenden Jahr eher gleich (5,3%) oder besser geht (0,5%);

- die ihre heutige Situation als teils, teils einschätzen, die aber erwarten, dass es ihnen im nächsten Jahr eher besser gehen wird (3,2%)

Die so definierten "Optimisten" machen damit 9% aller Krankenhäuser aus. Im Vorjahr lag dieser Wert mit 17% fast doppelt so hoch.

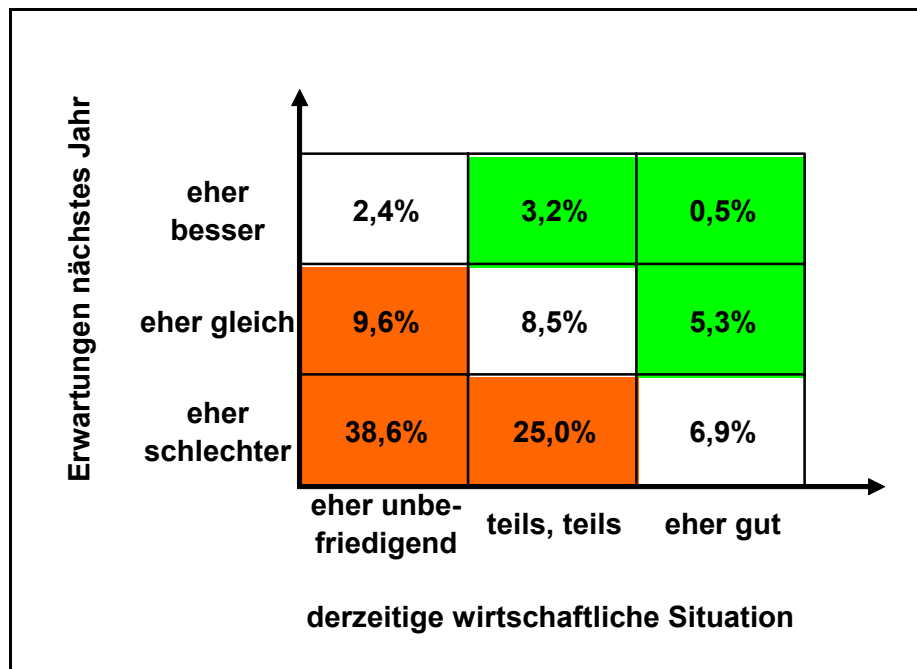


Abb. 43: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Lage und Einschätzungen für das kommende Jahr

Zu den "Pessimisten" sollen die Krankenhäuser zählen, die ihre heutige eher unbefriedigende wirtschaftliche Situation nicht verbessern können sowie die Häuser, die sich von einer durchschnittlichen Lage zu einer eher schlechten Position hin bewegen. Als "Pessimisten" werden hier somit die Krankenhäuser bezeichnet,

- die ihre derzeitige wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend charakterisieren und die für das kommende Jahr entweder ihre Situation als eher schlechter (38,6%) oder als eher gleich (9,6%) einschätzen;
- die von der Einschätzung ihrer heutigen Lage als "teils, teils" zu der Erwartung "eher schlechter" (25,0%) gelangen.

Insgesamt 73% der Krankenhäuser fallen somit in die Kategorie der "Pessimisten" (2001: 45%). In einem Jahr ist damit der Anteil dieser Krankenhäuser um 28-Prozentpunkte gestiegen.

Der Anteil der Krankenhäuser, die als "Pessimisten" bezeichnet werden können, lag 2001 fast dreimal höher als der Anteil der "Optimisten". Nunmehr ist der Anteil mehr als viermal so hoch. Auch wenn erst im Laufe der Erhebung das Beitragssatzsicherungsgesetz bekannt gemacht wurde, dürfte dieses Gesetz zu der pessimistischen Haltung der Krankenhäuser nicht unerheblich beigetragen haben.

Die größte Gruppe der Krankenhäuser mit 39% halten ihre derzeitige wirtschaftliche Lage für eher unbefriedigend *und* erwarten, dass es ihnen eher schlechter gehen wird. Allein diese Einschätzung für sich genommen verdeutlicht besonders eindrucksvoll, wie schlecht die derzeitige Stimmung in den deutschen Krankenhäusern ist.

Krankenhaus
Barometer

6 Belegungsdaten der Krankenhäuser im 1. Halbjahr 2002

6.1 Betten

Die in der Stichprobe enthaltenen Krankenhäuser verfügten im 1. Halbjahr 2002 durchschnittlich über 292 Planbetten, wobei 50% der Krankenhäuser weniger als 211 Planbetten aufwiesen. Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wiesen mit durchschnittlich 362 Planbetten eine um 30% höhere Planbettenzahl auf als die Krankenhäuser in den alten Bundesländern mit durchschnittlich 279 Planbetten.

6.2 Fälle und Pflegetage

Die Zahl der Krankenhausfälle als Mittelwert aus Aufnahmen und Entlassungen⁵ lag im 1. Halbjahr 2001 bei 5.148 Fällen je Krankenhaus. Dies entspricht 17,2 Fällen je Bett.

In den alten Bundesländern lag die mittlere Fallzahl je Haus bei 4.953. In den neuen Bundesländern war die mittlere Fallzahl je Krankenhaus erneut im 1. Halbjahr 2002 deutlich höher als in den alten Bundesländern. Sie lag bei 6.213 Fällen je Krankenhaus.

Die Fallzahl je Bett war in den alten Bundesländern mit 17,3 etwas höher als in den neuen Bundesländern, wo sie bei 16,9 lag.

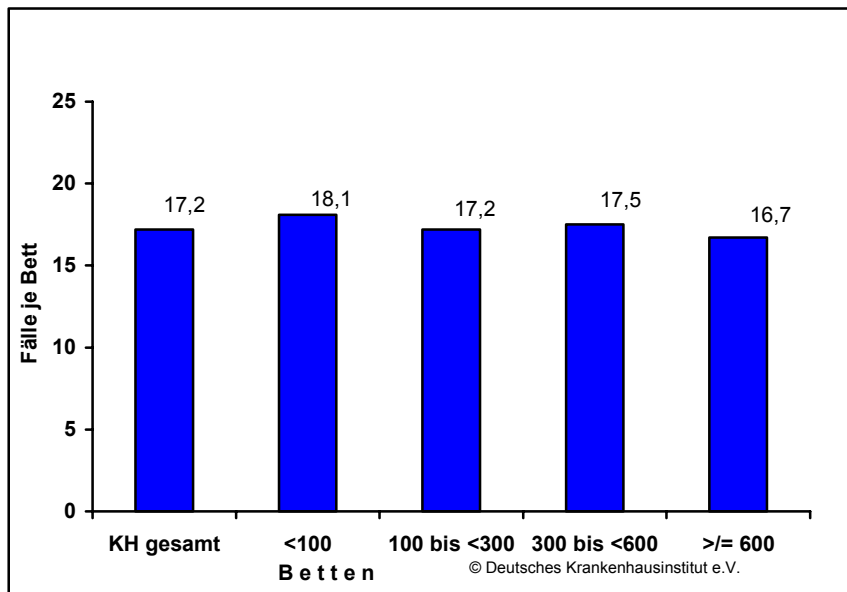


Abb. 44: Fälle je Bett nach Größenklassen

Bei den Fällen mit Fallpauschalen ergibt sich für die in die Stichprobe einbezogenen Krankenhäuser ein durchschnittlicher Anteil von 16,0% an allen Fällen.⁶ In den alten Bundesländern lag der Anteil der Fälle mit Fallpauschalen mit 16,4% um 2,2 Prozentpunkte über dem entsprechenden Anteil in den neuen

⁵ Die Fälle schließen die Stundenfälle ein und unterscheiden sich damit von der Abgrenzung der amtlichen Krankenhausstatistik.

⁶ Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle bezieht sich auf alle Krankenhäuser, also unter Einschluss auch der Krankenhäuser, die keine Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

Bundesländern, wo Krankenhäuser durchschnittlich 14,2% der Fälle mit Fallpauschalen abrechneten.

Der Anteil der Fallpauschalen-Fälle an den Gesamtfällen variiert deutlich in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (vgl. Abb. 45): So weisen die kleinen Krankenhäuser einen überdurchschnittlichen Anteil, die Krankenhäuser ab 600 Betten einen unterdurchschnittlichen Anteil aus.

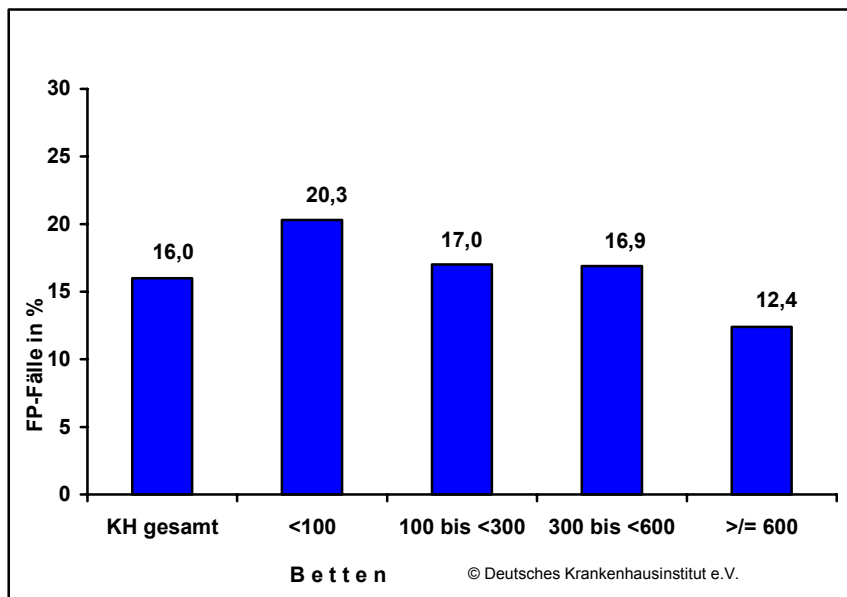


Abb. 45: Fälle mit Fallpauschalen in % aller Fälle nach Größenklassen

Der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich an der Gesamtzahl aller Krankenhaustage⁷ lag im 1. Halbjahr 2002 bei 15,2%. Der entsprechende Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten lag bei 7,0%. Der Anteil der Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten nimmt mit der Krankenhausgröße zu, der Anteil der Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich tendenziell ab.

Der Anteil der Krankenhaustage, die auf Fallpauschalen und Sonderentgelte entfallen, lag demnach im 1. Halbjahr 2002 mit rd. 22% etwas höher als in den vergangenen Jahren. Bezogen auf die unterschiedlichen Größenklassen bewegte sich der Anteil der pauschalierten Entgeltformen zwischen 20,1% bei den Krankenhäusern ab 600 Betten und 24,6% bei den Krankenhäusern mit unter 100 Betten.

⁷ Summe aus Berechnungstagen im Budgetbereich und Belegungstagen im Fallpauschalen-Bereich.

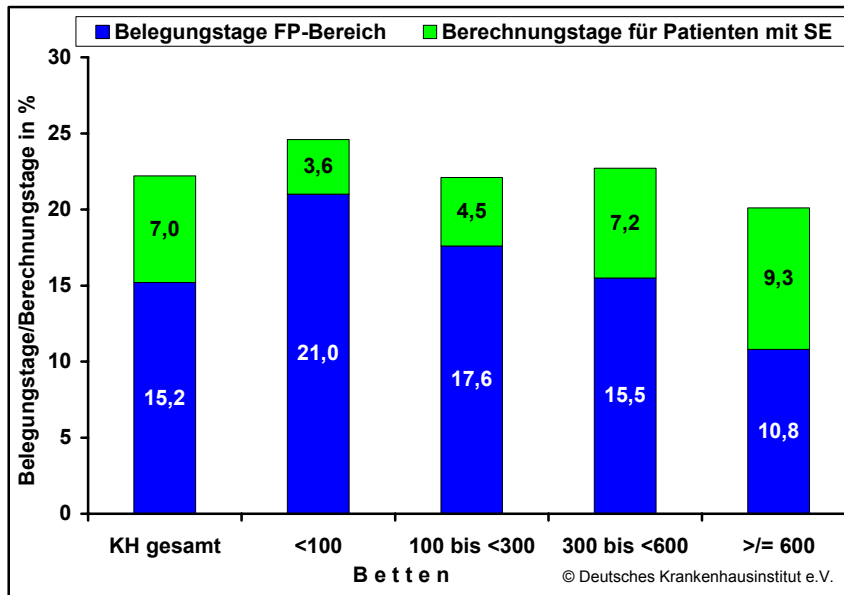


Abb. 46: Belegungstage im Fallpauschalen-Bereich und Berechnungstage für Patienten mit Sonderentgelten 1. Halbjahr 2002 nach Größenklassen

Wie in den vergangenen Jahren lässt sich wieder zusammenfassen, dass sich seit 1997 – dem letzten Bezugsjahr der *Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung* – eine Konstanz beim Anteil der pauschalierten Entgeltformen an allen Krankenhausfällen und –tagen zeigt. Trotz leichten Variationen trifft dies auch auf der Ebene der 4 Bettengrößenklassen zu.

6.3 Verweildauer und Auslastungsgrad

Mit den Ist-Daten für das 1. Halbjahr 2002 können folgende Verweildauern ermittelt werden:

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

Für das 1. Halbjahr 2002 ergab sich eine durchschnittliche **Gesamtverweildauer** von 8,7 Tagen. Die Verweildauer differiert relativ wenig zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe (vgl. Abb. 47). Am längsten war die Gesamtverweildauer bei den Krankenhäusern ab 600 Betten mit 9 Tagen.

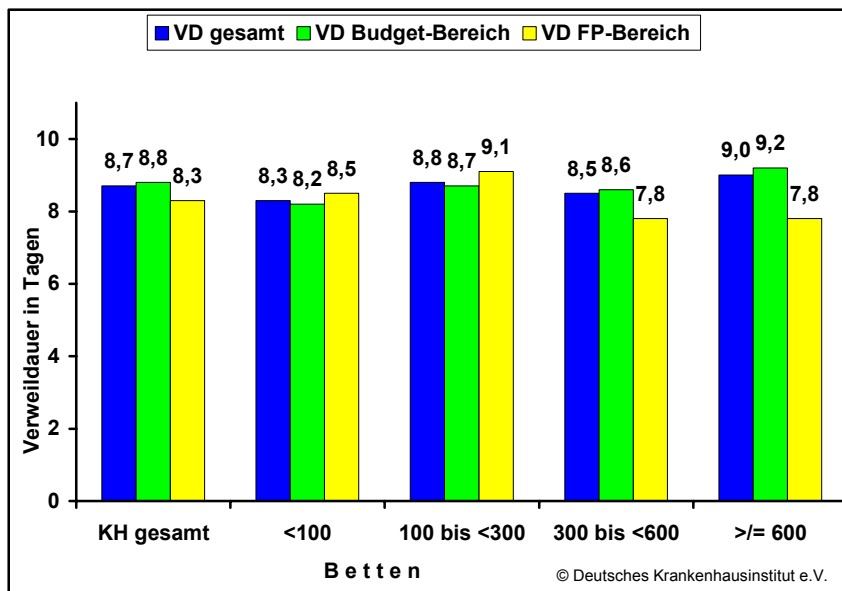


Abb. 47: Verweildauern 1. Halbjahr 2001 in Tagen nach Größenklassen

Differenziert man die Verweildauer nach Budget- und Fallpauschalen-Bereich, so zeigt sich, dass die **Verweildauer im Fallpauschalen-Bereich** im 1. Halbjahr 2002 im Durchschnitt aller Krankenhäuser 0,5 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 1,4 Tagen.

Der durchschnittliche **Auslastungsgrad** der Krankenhäuser lag im 1. Halbjahr 2002 bei 82,7%⁸. Die Auslastung der Krankenhäuser in den alten Bundesländern lag mit 82,1% niedriger als die der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern mit 85,1%.

⁸ Für die Ermittlung des Auslastungsgrades für das 1. Halbjahr 2002 wurden 182 Tage zugrunde gelegt. Aufgrund von saisonalen Schwankungen kann von der Höhe des Auslastungsgrades für das 1. Halbjahr 2002 nicht ohne weiteres auf den Auslastungsgrad für das gesamte Jahr 2002 geschlossen werden.

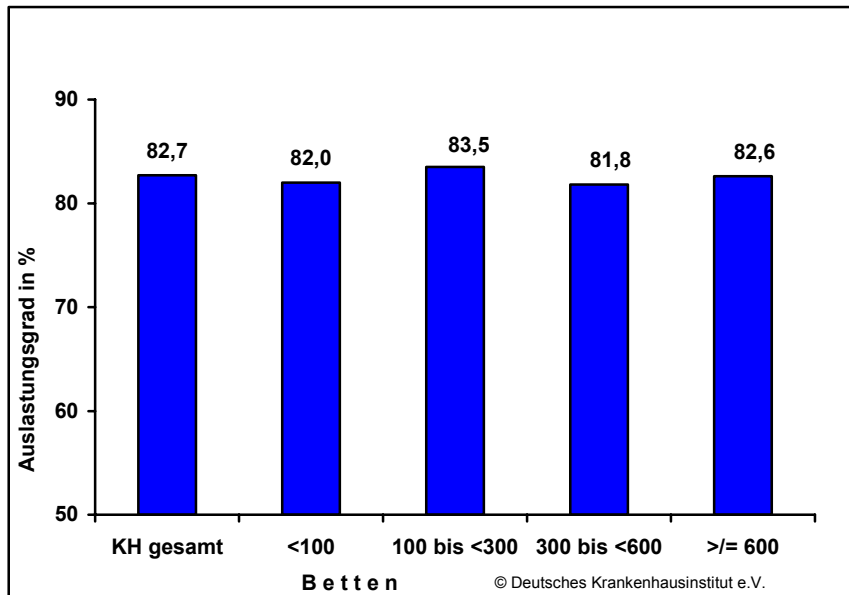


Abb. 48: Auslastungsgrad der Krankenhäuser 1. Halbjahr 2001 nach Größenklassen

6.4 Vor- und nachstationäre Behandlung

70% der Krankenhäuser erbrachten im 1. Halbjahr 2002 vor- bzw. nachstationäre Behandlungen. Die Krankenhäuser der neuen Bundesländer waren bei beiden Leistungsformen überproportional beteiligt (vgl. Abb. 49).

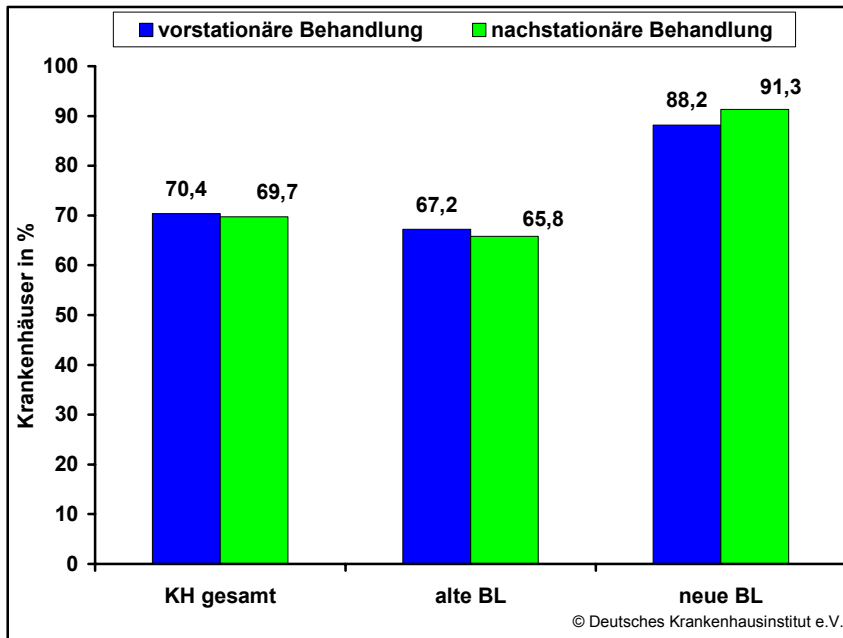


Abb. 49: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 1. Halbjahr 2002 nach alten und neuen Bundesländern

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 Bundesländern u.a. auf die durchschnittlich höhere Bettenzahl in den neuen Bundesländern zurückzuführen sein.

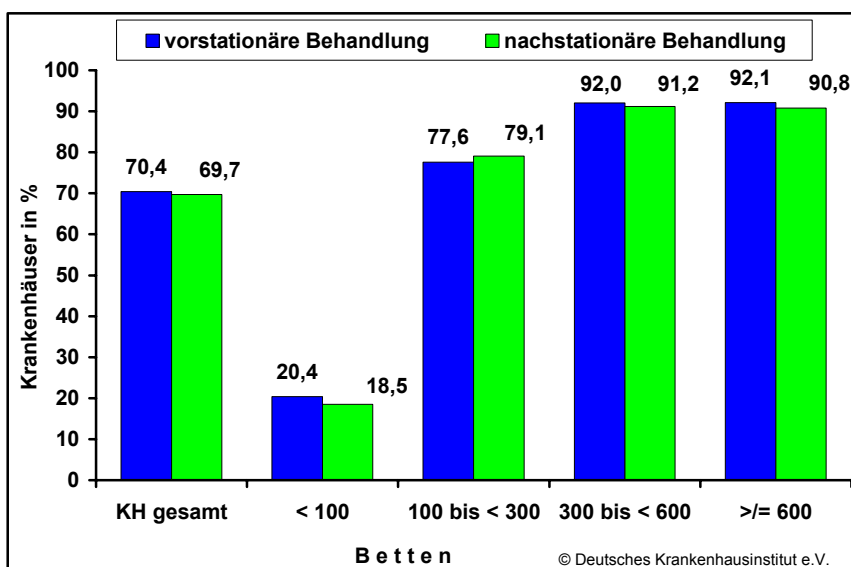


Abb. 50: Krankenhäuser mit vor- und nachstationärer Behandlung - 1. Halbjahr 2002 nach Größenklassen

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 Abbildung 51. 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.

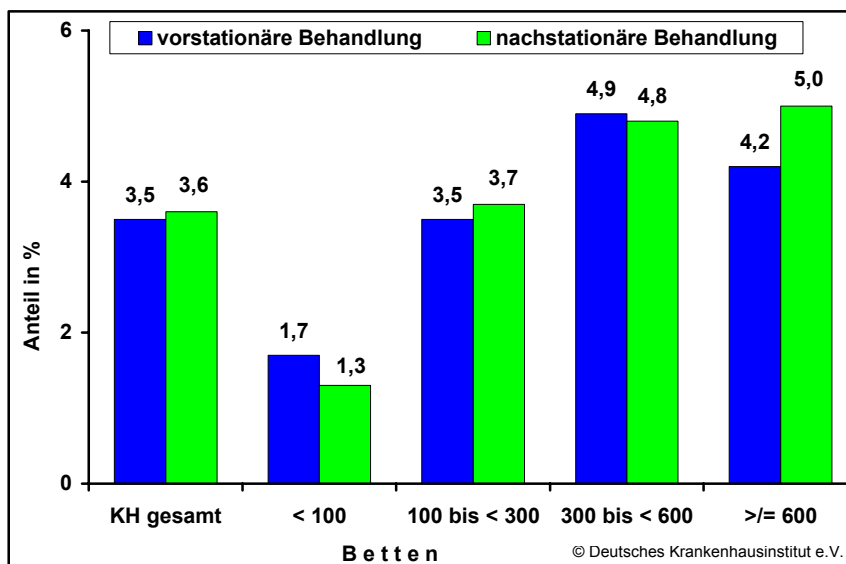


Abb. 51: Anteil vor- und nachstationärer Fälle an den vollstationären Fällen im Budgetbereich nach Größenklassen

Der Anteil der Fälle, die auf vor- und nachstationäre Behandlung entfallen, ist im Zeitablauf gestiegen. So lag der Anteil der Fälle mit vorstationärer Behandlung im 1. Halbjahr 2000 bei 2,5%, der Anteil der Fälle mit nachstationärer Behandlung noch bei 3%. Hierbei muss zusätzlich berücksichtigt werden, dass im gleichen Zeitraum auch die Zahl der Fälle im Budgetbereich gestiegen ist.

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. 2).

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	124*	38*
insgesamt	724	279
* Vollerhebung		

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 2: Bruttostichprobe Krankenhäuserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle wie Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Reha-Einrichtungen) lag bei 993 Krankenhäusern. Nach einer Nachfassaktion nach knapp vier Wochen wurde eine Teilnahme von 389 Krankenhäusern oder 39,2% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. 3). Die Rücklaufquote der Krankenhäuser in den alten Bundesländern

lag bei 40% und in den neuen Bundesländern bei 38%. Die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Krankenhausgrößenklasse unterscheiden sich merklich. Die Beteiligung der Krankenhäuser steigt mit zunehmender Größe an; während die Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten eine überproportionale Rücklaufquote aufweisen, haben sich die kleinen Krankenhäuser unter 100 Betten unterproportional beteiligt.

Krankenhäuser	alte BL	neue BL	KH gesamt
Bruttostichprobe	724	279	1.003
bereinigte Bruttostichprobe	718	275	993
Teilnehmer	285	104	389
Rücklauf in %	39,7	37,8	39,2

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 3: Ausschöpfungsquoten

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

In den Auswertungen werden immer dann gewichtete Daten verwendet, wenn Gesamtwerte für die Krankenhäuser 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 4 entnommen werden.

Strukturdaten	2002
Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser	389
Bundesland	
- alte Bundesländer	73,3%
- neue Bundesländer	26,7%
Art des Krankenhauses	
- Plankrankenhaus	90,4%
- Hochschulklinik	3,9%
- Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V	5,7%
Art des Trägers	
- öffentlich-rechtlich	49,1%
- frei-gemeinnützig	39,8%
- privat	10,8%
- keine Angabe	0,3%
Ausrichtung des Krankenhauses	
- Allgemeinkrankenhaus	78,9%
- Fachkrankenhaus	19,5%
- keine Angabe	1,5%
Belegkrankenhaus	4,6%

© Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Tab. 4: Strukturdaten der teilnehmenden Krankenhäuser