



# ***Krankenhaus Barometer*** **kompakt**

## **Umfrage 2006**

**Krankenhaus  
Barometer**

**kompakt**

### **Inhalt**

DRG-System – Krankenhäuser tendenziell zufrieden .....	3
Rechnungsprüfungen – Krankenhäuser im Visier des MDK .....	5
EBM 2000plus und Belegabteilungen – Vertrag zu Lasten Dritter .....	6
Arbeitszeit – schwierige Rahmenbedingungen .....	7
Neue Versorgungsformen – alte Probleme .....	8
Wirtschaftliche Lage – Ruhe vor dem Sturm .....	10

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Patricia Schilz

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

September 2006

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt im Folgenden ausgewählte Ergebnisse der Umfrage 2006 des *Krankenhaus Barometers* vor.

**... zur Studie:**

Das *Krankenhaus Barometer* liefert seit nunmehr sieben Jahren umfangreiche Informationen zum aktuellen Krankenhauseschehen. Die Umfrage 2006 beruht auf den Angaben von 341 Allgemeinkrankenhäusern, die im April und Mai diesen Jahres durchgeführt wurden. Die Ergebnisse sind repräsentativ für alle allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland, die gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind.

Die gesamte Studie ist unter der Internetseite [www.dki.de](http://www.dki.de) im Downloadbereich verfügbar.

**... zum Deutschen Krankenhausinstitut:**

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) wird von führenden Verbänden und Institutionen der Krankenhauswirtschaft getragen: der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Verband der Krankenhausedirektoren (VKD), dem Verband der leitenden Krankenhausärzte (VLK) und der Deutschen KrankenhausVerlagsgesellschaft (DKVG). Seit über 50 Jahren ist das DKI führend in den Bereichen Forschung, Beratung und Fortbildung im Krankenhaus- und Gesundheitswesen tätig. Durch seine Vielzahl von Aktivitäten hat das DKI den Krankenhausbereich maßgeblich mitgestaltet.

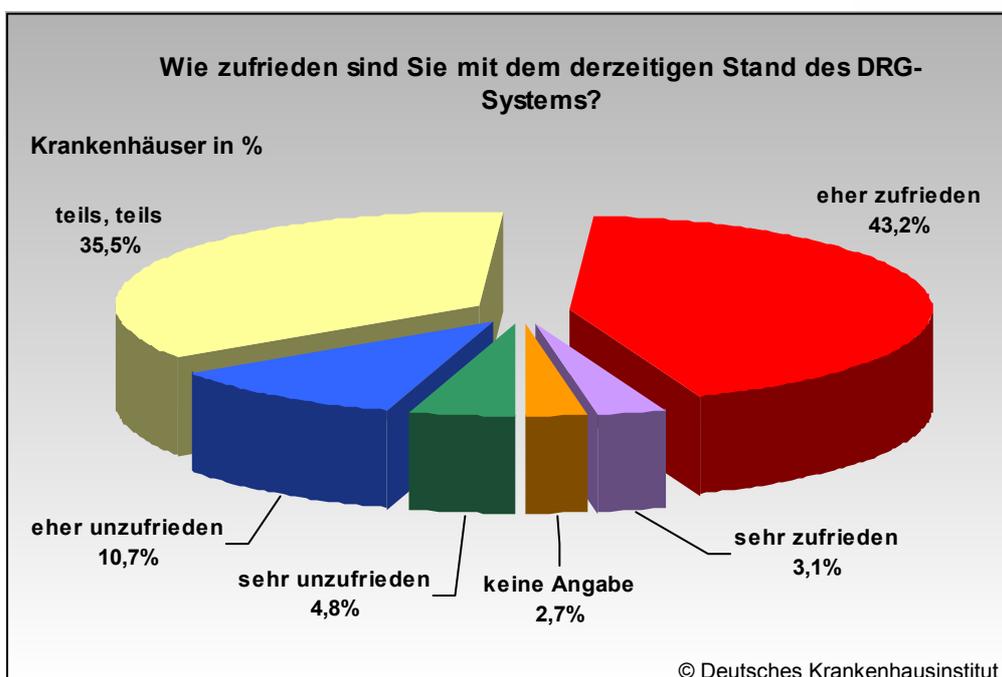
**Kontakt / Ansprechpartner:**

Dr. Karl Blum  
Leiter Forschung  
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.  
Hansaallee 201  
40549 Düsseldorf  
Tel.: 02 11 / 4 70 51 – 17  
E-Mail: [karl.blum@dki.de](mailto:karl.blum@dki.de)

## DRG-System - Krankenhäuser tendenziell zufrieden

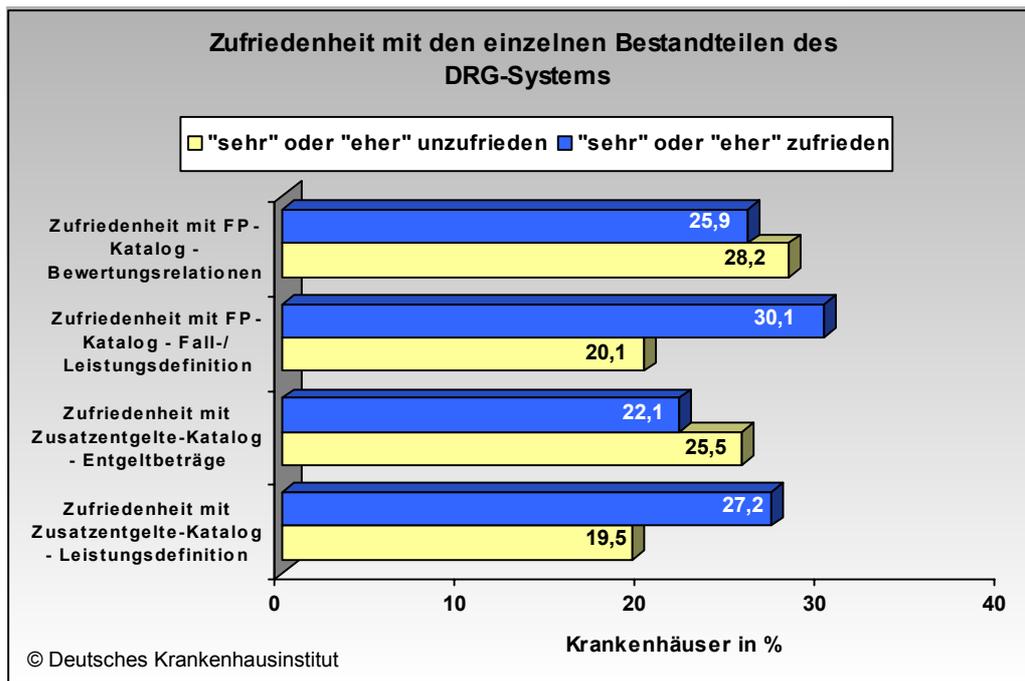
Vor drei Jahren wurde in Deutschland ein neues Vergütungssystem für die Krankenhäuser eingeführt. Das fallpauschalierende DRG-System nach dem Krankenhausentgeltgesetz hat die tagesbezogenen Pflegesätze nach der Bundespflege-satzverordnung, nach denen die Krankenhausleistungen rund 30 Jahre lang abgerechnet wurden, nunmehr fast vollständig abgelöst.

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* belegen eine Zufriedenheit vieler Krankenhäuser mit den eingeführten Entgelten. Trotz der durch das neue Vergütungssystem ausgelösten weitreichenden Veränderungen und immensen Herausforderungen für Ärzte, Pflege und Verwaltung ist fast die Hälfte der Krankenhäuser eher oder sehr zufrieden mit den DRGs. Rund 15% gaben an, eher oder sehr unzufrieden mit dem System zu sein.



Dieses Ergebnis zeugt auf der einen Seite durchaus von einer Anerkennung der derzeitigen Systemqualität bzw. Akzeptanz der bis dato vorgenommenen zahlreichen Änderungen, die das so genannte „lernende“ System weiter entwickelten. Auf der anderen Seite haben auch die Krankenhäuser den Umstieg auf das neue System gut gemeistert. So darf nicht vergessen werden: Die Umstellung von der tages- zur fallbezogenen Vergütung gilt als einschneidendste Änderung in der Geschichte der Krankenhausfinanzierung. Bisher wurde das DRG-System in keinem anderen Land so umfassend zur Finanzierung von Krankenhäusern umgesetzt.

Die tendenzielle Zufriedenheit der Krankenhäuser mit dem neuen Entgeltsystem schließt jedoch eine kritische Bewertung der einzelnen System-Bestandteile nicht aus: So sind die Kliniken mit den Bewertungsrelationen bzw. Entgeltbeträgen in den Katalogen noch relativ häufig unzufrieden.



Krankenhausindividuelle Entgelte und Zuschläge/Abschläge als Öffnung des Systems werden von den Krankenhäusern auch nach der Weiterentwicklung der Entgeltkataloge als sehr wichtig erachtet. Die Entfristung der Öffnungsklauseln durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz erscheint damit als eine für die Krankenhäuser bedeutsame Verbesserung gegenüber dem vom Gesetzgeber zunächst angestrebten 100%-Ansatz.

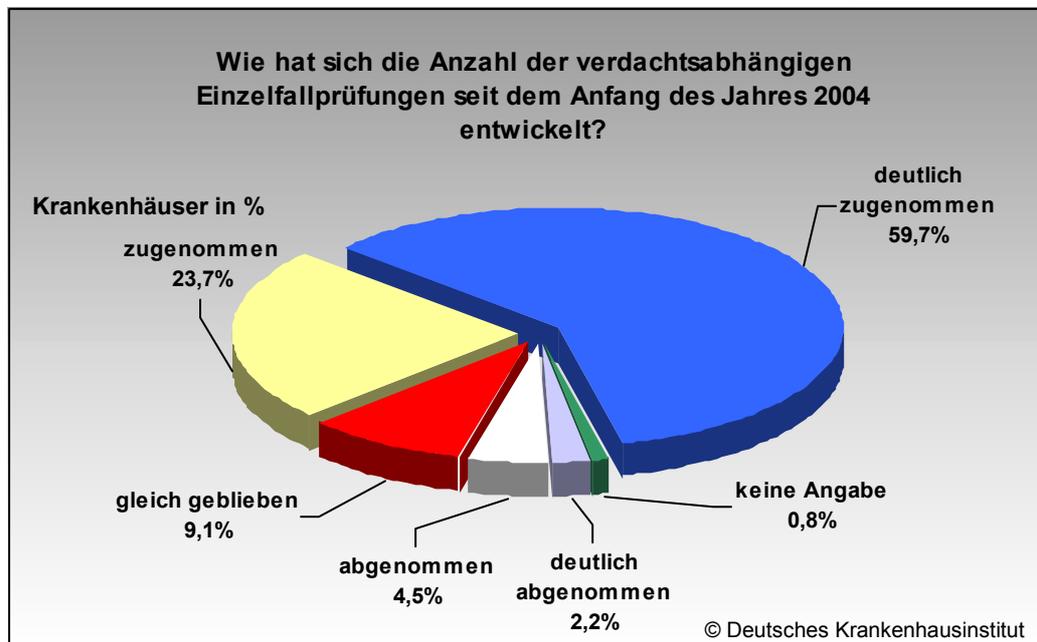
Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* belegen: Das DRG-System ist auf einem weitgehend akzeptierten Stand, muss aber in seinen einzelnen Bestandteilen noch weiterentwickelt werden. Insbesondere die Bewertungsrelationen und Entgeltbeträge in den Katalogen bedürfen weitergehender Anpassungen. Weiterhin sind die noch nicht in den Katalogen aufgenommenen Leistungen zu spezifizieren, die über krankenhäusindividuelle Entgelte zu vergüten sind. Wichtige Aufgaben, die nicht alle Krankenhäuser erbringen (können) und die damit außerhalb des Vergütungssystems finanziert werden, müssen mittels adäquater Zuschläge abgegolten werden.

## Rechnungsprüfungen - Krankenhäuser im Visier des MDK

Für Krankenkassen besteht neben eigenen Anfragen zu Abrechnungsfällen (die jedoch auf Grund des Datenschutzes nur eingeschränkt möglich sind) die Möglichkeit, auf Antrag verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchführen zu lassen.

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* belegen, dass die Kliniken verstärkt derartigen Prüfungen des von den Krankenkassen beauftragten MDK ausgesetzt sind.

Die Anzahl der verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen des MDK hat seit dem Anfang des Jahres 2004 bei insgesamt 83% der Krankenhäuser zugenommen. Über die Hälfte der Krankenhäuser gab sogar einen deutlichen Zuwachs an. Insbesondere wird die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen kritisch überprüft.



Jeder zehnte Fall eines Krankenhauses wurde im Jahr 2005 einer verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung durch den MDK unterzogen. Hochgerechnet waren damit knapp 1,7 Mio. Fälle in Deutschland betroffen. Hierbei ist zu beachten, dass die Krankenkassen vor einer Beauftragung des MDK selbst eine Rechnungsüberprüfung vornehmen und Anfragen an die Krankenhäuser richten. Nur diejenigen Fälle, die die Krankenkasse nicht selbst überprüfen kann und durch weitere Unterlagen aus den Krankenakten geklärt werden können, werden dem MDK übergeben.

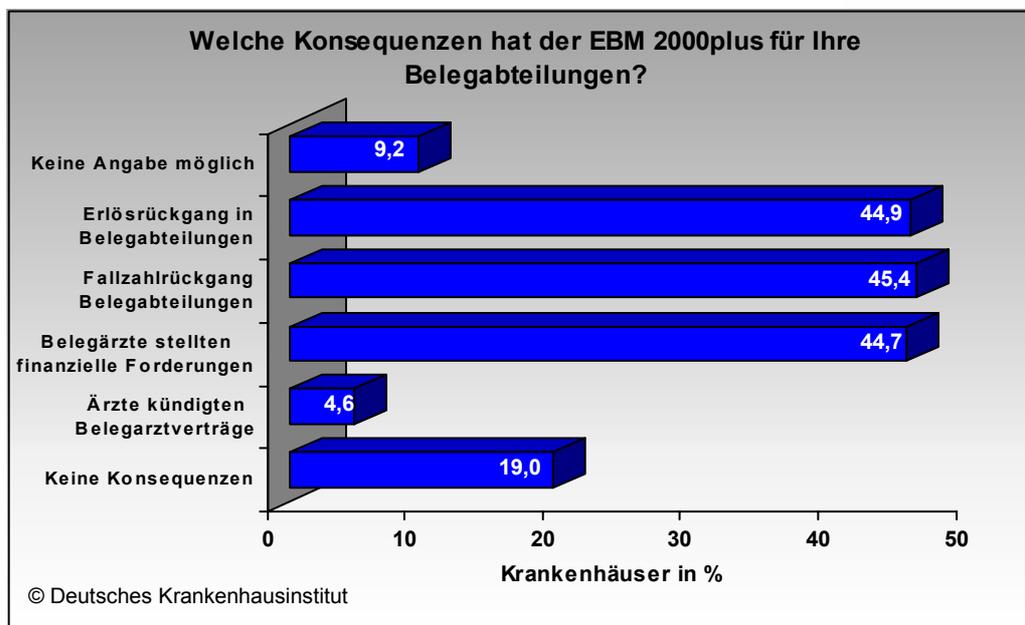
Vor diesem Hintergrund produziert die Überprüfung der Rechnungen einen gewaltigen Aufwand in den Krankenhäusern. Ärzte und Verwaltungspersonal haben sich nunmehr standardmäßig mit bereits entlassenen und abgerechneten Fällen auseinander zu setzen, um das Entgelt für die geleistete Behandlung tatsächlich zu erhalten.

## EBM 2000plus und Belegabteilungen – Vertrag zu Lasten Dritter

Seit dem 1. April 2005 gilt der EBM 2000plus für die Vergütung von Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Betroffen davon sind auch die Belegärzte, da auch ihre ärztlichen Leistungen im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall anhand dieser Gebührenordnung vergütet werden.

Im Bereich der belegärztlichen Operationen (Kapitel 31 des EBM 2000plus) befinden sich eine Reihe von Regelungen, die auf die Belegärzte gesondert eingehen. Diese Regelungen im EBM 2000plus haben zu einer erheblichen Unruhe bei den Belegärzten geführt, da massive Einbrüche in der Vergütung von Belegfällen die Folge waren.

Diese Folgen haben auch die Krankenhäuser mit Belegabteilungen zu spüren bekommen. Fast die Hälfte der Krankenhäuser gab jeweils an, dass ein Erlösrückgang und/ oder ein Fallzahlrückgang in den Belegabteilungen stattgefunden habe. Ebenfalls in knapp der Hälfte der Krankenhäuser stellten die Belegärzte finanzielle Forderungen an das Krankenhaus.



Die Mehrzahl dieser betroffenen Krankenhäuser reagiert bereits auf die Probleme, die sich infolge der geänderten Vergütung durch den EBM 2000plus ergeben. So werden 36% der Krankenhäuser, bei denen die Belegärzte finanzielle Forderungen gestellt haben, neue Belegärzte suchen. Diese Maßnahme wird auch von rund 40% der Krankenhäuser vorgenommen, die rückläufige Fallzahlen oder Erlöse in den Belegabteilungen hinnehmen mussten.

Mit den Maßnahmen, die von den Krankenhäusern mit Belegbetten durchgeführt werden, ist allerdings keine grundsätzliche Änderung der Situation zu erwarten. Die Möglichkeiten einer nachhaltigen Verbesserung der Situation liegt vorrangig bei der Politik und den Verbänden, die eine Neuordnung des Belegarztwesens herbeiführen müssten. Eine Lösung könnte in der Vergütung belegärztlicher Leistungen über einen einheitlichen DRG-Katalog für Beleg- und Hauptabteilungen liegen. Vertragspartner des Belegpatienten für die ärztliche Leistung könnte dabei (wie bisher) der Belegarzt bleiben, aber auch das Krankenhaus sein.

## Arbeitszeit – schwierige Rahmenbedingungen

Zum 1.1.2007 wird das neue Arbeitszeitgesetz auch für die (tarifgebundenen) Krankenhäuser wirksam. Im Unterschied zur alten Rechtslage zählen dann Bereitschaftsdienstzeiten vollständig als Arbeitszeit. Daneben gibt es Neuregelungen für die tägliche und wöchentliche Höchstarbeitszeit sowie für die Ruhezeiten. Zahlreiche Details sind dabei in Tarif-, Betriebs- und Dienstvereinbarungen zu regeln, weil andernfalls das Arbeitszeitgesetz im Krankenhaus nicht umsetzbar wäre.

Zur Jahresmitte 2006 haben 40% der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Bei einem Drittel der Häuser ist eine neue Arbeitszeitorganisation konkret in Planung. Die erheblichen rechtlichen, tariflichen und finanziellen Unsicherheiten und Probleme haben bislang viele Krankenhäuser von der (weiteren) Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation abgehalten.



In den Häusern mit neuer Arbeitszeitorganisation beschränkt sich die Umsetzung nach wie vor auf ausgewählte Bereiche. Im Mittel haben diese Häuser in jeweils drei bettenführenden Fachabteilungen und zwei Funktionsbereichen neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Insofern kann von einer flächendeckenden neuen Arbeitszeitorganisation nicht die Rede sein. Im Gegenteil: Wird der Durchdringungsgrad nach Fachabteilungen berücksichtigt, so wird der Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitorganisation weiter relativiert. Demzufolge sind bislang lediglich in 23% der bettenführenden Fachabteilungen neue Arbeitszeitmodelle eingeführt worden.

Die Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation stellt die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Eine Reihe von Krankenhäusern hat innovative Arbeitszeitmodelle entwickelt und umgesetzt. Haupthindernis für eine umfassende Einführung einer neuen Arbeitszeitorganisation bildete bislang insbesondere das Fehlen tariflicher bzw. betrieblicher Grundlagen für abweichende Regelungen vom Arbeitszeitgesetz; teilweise fehlen sie bis heute.

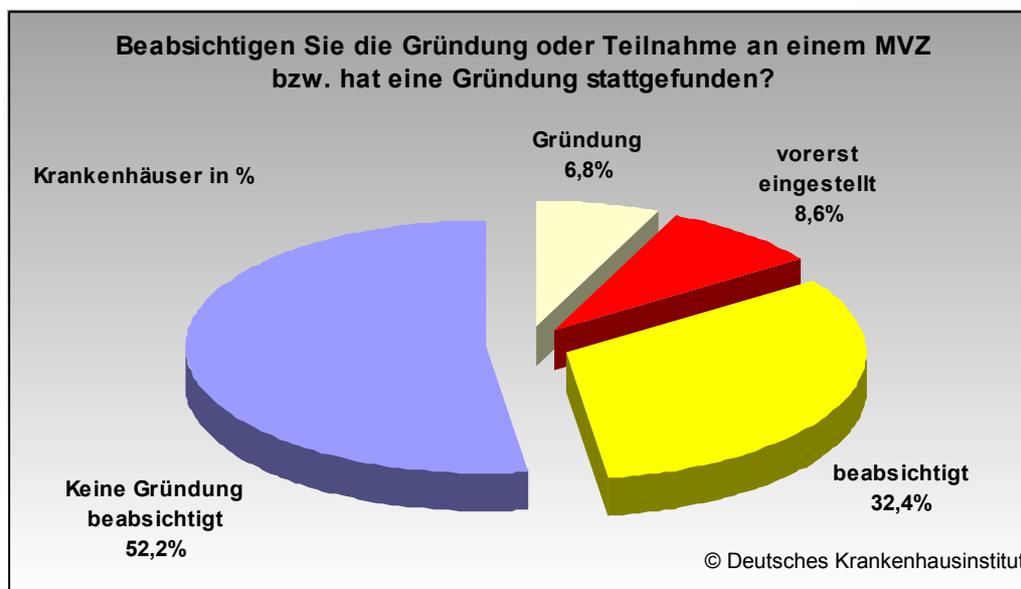
In Zusammenhang mit den deutlichen Tariferhöhungen für Ärzte ist die Einführung einer neuen Arbeitszeitorganisation für viele Krankenhäuser auch mit zu-

sätzlichen finanziellen Problemen verbunden. Die arbeitszeitbedingten Budgetsteigerungen, die den Krankenhäusern noch auf Basis des alten Tarifniveaus in einem gewissen Umfang gesetzlich eingeräumt werden, reichen vor diesem Hintergrund nicht mehr aus.

### Neue Versorgungsformen – alte Probleme

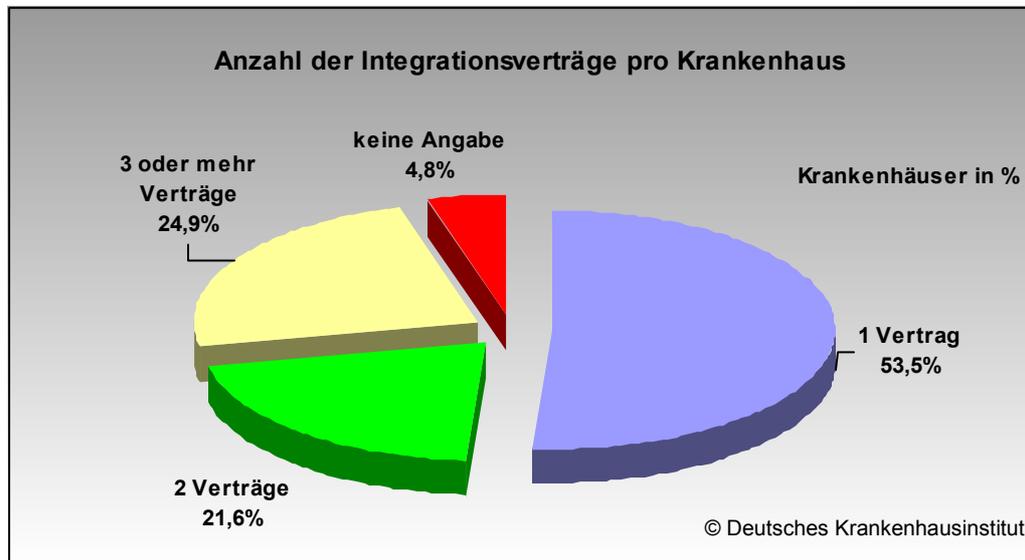
In den letzten Jahren sind verschiedene neue Versorgungsformen eingeführt worden, die eine bessere Verzahnung der Leistungssektoren bezwecken sollen. Dazu zählen u.a. die Integrationsversorgung und die Medizinischen Versorgungszentren. Bei der Integrierten Versorgung handelt es sich um eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.

Bislang haben erst relativ wenige Krankenhäuser ein MVZ gegründet. Die Mehrzahl der Häuser plant auch keine Gründung. Wesentliche Hinderungsgründe für die Einrichtung eines MVZ sind insbesondere Zulassungssperren für bestimmte Fachgebiete, starke Widerstände der niedergelassenen Ärzte sowie juristische, steuerliche und finanzielle Probleme.



Ungleich größer ist die Beteiligung der Krankenhäuser an der Integrationsversorgung. Zur Jahresmitte 2006 nahmen in Deutschland rund 600 Häuser bzw. ein Drittel der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser an der Integrierten Versorgung teil. Im Durchschnitt haben die teilnehmenden Krankenhäuser 2,5 Integrationsverträge. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Häuser mit mehreren Verträgen merklich zugenommen.

Im Durchschnitt (Median) sind 2005 im Rahmen der Integrationsversorgung 24 Fälle pro Haus behandelt worden. Gemessen an den Fallzahlen wird die integrierte Versorgung nach wie vor wenig umgesetzt. Angesichts der bisherigen Ausgestaltung der Integrationsverträge – also enge Indikation und überwiegend einzelne Kostenträger als Vertragspartner – bleiben die Möglichkeiten der Krankenhäuser begrenzt, mit der integrierten Versorgung höhere Fallzahlen zu erzielen.



Unabhängig davon, ob ein Krankenhaus an der integrierten Versorgung teilnimmt, erfolgen Rechnerkürzungen von bis zu 1%, wenn für die entsprechende Region ein Integrationsvertrag vorliegt. Bei mehr als der Hälfte der Integrationshäuser waren die Erlöse aus der Integrationsversorgung geringer als die dadurch induzierten Rechnerkürzungen. Stellt man zusätzlich in Rechnung, dass 66% der Einrichtungen gar nicht teilnehmen, dann ziehen nur 15% der Krankenhäuser einen direkten Nutzen aus der Integrationsversorgung.

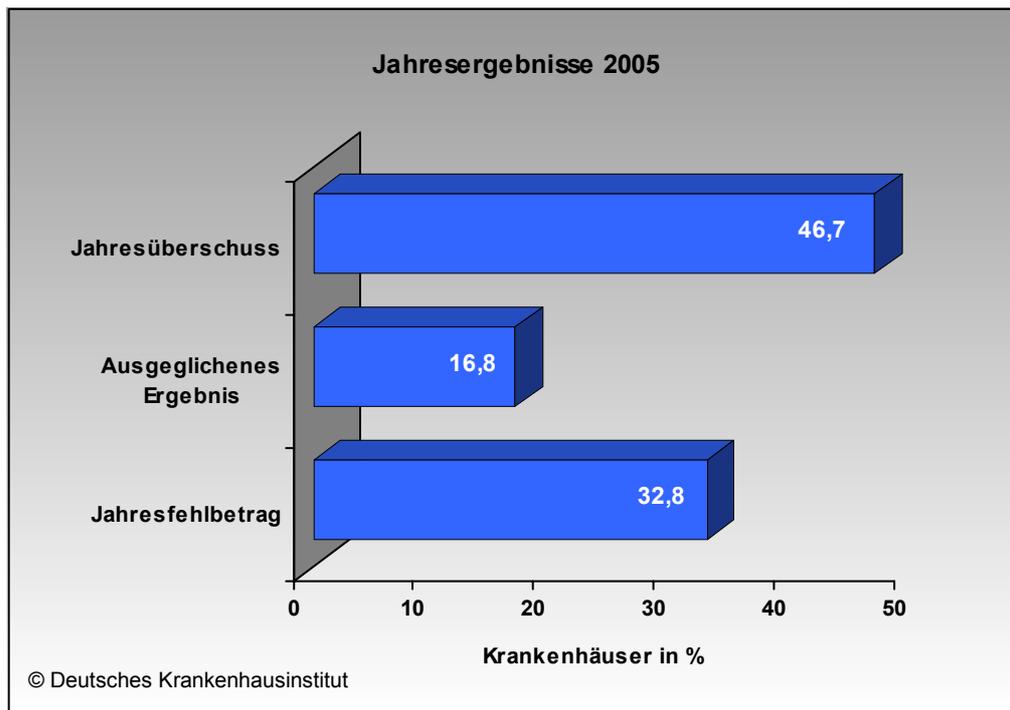
Insgesamt werden die neuen Versorgungsformen im Krankenhaus nur selektiv umgesetzt. Lediglich wenige Krankenhäuser haben Medizinische Versorgungszentren gegründet. Und trotz einer größeren Zahl von Integrationsverträgen bleiben die entsprechenden Fallzahlen und Erlöse der Krankenhäuser gering. Strukturelle, rechtliche und konzeptionelle Probleme erschweren die Umsetzung der neuen Versorgungsformen zusätzlich, so dass bloß relativ wenige Krankenhäuser davon profitieren.

Letztlich sind die neuen Versorgungsformen in der derzeitigen Ausgestaltung ein eher unzureichender Lösungsansatz für ein altes Problem des deutschen Gesundheitswesens, der mangelnden Durchlässigkeit der Leistungssektoren. Bei einer weitergehenden Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung könnten die Verzahnung der Leistungssektoren und die Integration der Versorgung fall- bzw. indikationsübergreifend realisiert werden, anstatt sich wie heute auf wenige Einrichtungen, Patienten oder Leistungsbereiche zu beschränken. Eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser könnte somit Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung nachhaltig erhöhen.

## Wirtschaftliche Lage - Ruhe vor dem Sturm

Traditionell werden die Krankenhäuser im *Krankenhaus Barometer* zu ihrer wirtschaftlichen Situation befragt. In vielen Krankenhäusern ist die wirtschaftliche Lage nach wie vor schwierig. Andererseits haben die Häuser sich zunehmend auf das neue Entgeltsystem eingestellt und personelle und organisatorische Anpassungen vorgenommen. Die anstehende Gesundheitsreform konterkariert die Anstrengungen der Krankenhäuser für eine wirtschaftliche Versorgung.

Im Jahr 2005 erzielte knapp die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland einen Jahresüberschuss. Immerhin ein Drittel der Häuser schrieb Verluste. Knapp 17% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr gab es nur geringe Veränderungen.



Im Frühjahr 2006 – also vor Abschluss der Tarifverhandlungen mit den Ärzten und vor Bekanntwerden der Eckpunkte einer Gesundheitsreform - schätzten gut 30% der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein. Fast ein Viertel bewertete sie als gut, während 44,5% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr hat der Anteil der Häuser mit negativer Einschätzung der wirtschaftlichen Lage merklich abgenommen.



Die Ergebnisse belegen, dass die Krankenhäuser sich zusehends an das DRG-System anpassen und ihre Wirtschaftlichkeitspotenziale ausgeschöpft haben. Vor diesem Hintergrund erscheint es höchst problematisch, dass die Krankenhäuser mit der anstehenden Gesundheitsreform abermals massiv belastet werden sollen.

Allein durch die bis dato geplanten Maßnahmen kommen zusätzliche Kosten auf die Krankenhäuser in Höhe von ca. 750 Mio. Euro zu. Weitere Belastungen resultieren aus der Tarifierhöhung für Klinikärzte, den Mehrkosten durch die Änderung des Arbeitszeitgesetzes, der Mehrwertsteuererhöhung auf 19% sowie weiteren gesetzlichen Vorgaben. Die Belastungen summieren sich nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf fast 5 Milliarden Euro und übersteigen die finanziellen Möglichkeiten vieler Krankenhäuser.