

Krankenhausmanagement

Krankenhaus Rating Report 2011: Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

von Dr. Boris Augurzky, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hatte sich 2009 gegenüber 2008 verbessert. Dies ist eines der Ergebnisse des jüngst veröffentlichten „Krankenhaus Rating Report 2011“, der auf Daten aus 1.035 Krankenhäusern beruht. Es zeigt sich aber auch, dass für 12 Prozent der Krankenhäuser Insolvenzgefahr besteht (sogenannter „roter Bereich“), während 75 Prozent aller Häuser wirtschaftlich solide aufgestellt sind („grüner Bereich“). Der Report trifft auch Aussagen zu den zu erwartenden künftigen Entwicklungen.

Wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern

Auffällig sind die erheblichen regionalen Schwankungen. In Rheinland-Pfalz/Saarland, Sachsen-Anhalt/Thüringen und in Sachsen ist die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2009 am besten, gefolgt von Nordrhein-Westfalen. Im Mittelfeld befinden sich Schleswig-Holstein/Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern/Brandenburg/Berlin. Am schwierigsten scheint die Lage in Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen/Bremen und Bayern zu sein.

Die Gründe der Unterschiede sind sehr komplex und können im Rahmen dieses Reports nicht im Detail untersucht werden. Offensichtlich ist aber, dass in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte mehr und kleinere Krankenhäuser vorgehalten werden als in Gebieten mit hoher

Dichte. Unklar ist aber, weshalb zum Beispiel in Bayern mit ähnlicher Bevölkerungsdichte wie Niedersachsen/Bremen 15 Prozent mehr Krankenhäuser je Einwohner benötigt werden und rund 40 Prozent mehr als in den neuen Bundesländern.

Kleine Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als große, wobei kleine Häuser mit einer hohen Konzentration ihres Leistungsportfolios, also Spezialkliniken, ein besseres Rating aufweisen als andere kleine Häuser.

Inhalt

Nuklearmedizin

LG Bonn bestätigt Abrechnung von Szintigraphie und Arztbrief bei PET

Guerbet lädt ein

92. Deutscher Röntgenkongress in Hamburg vom 2. bis 3. Juni 2011

Versicherungsrecht

Zusatzversicherte Patienten in der Privatsprechstunde

Zwar erhöhten sich die Mittel aus der Investitionsförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (= KHG-Mittel) 2009 erstmals spürbar um 6,5 Prozent auf 2,85 Mrd. Euro – und trugen somit einen kleinen Teil dazu bei, dass der Prozentsatz der sich im „roten Bereich“ befindlichen Häuser von 16 Prozent in 2008 auf 12 Prozent in 2009 zurückging. Damit dürfte aber der Trend schrumpfender Mittel nicht durchbrochen sein.

Trägerschaften im Vergleich

Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser schneiden signifikant schlechter ab als private oder freigemeinnützige. 2009 lagen 21 Prozent der kommunalen Häuser im roten Bereich, während es bei freigemeinnützigen 10 Prozent und bei privaten 4 Prozent waren. Die Ausnahme sind ostdeutsche kommunale Kliniken, die genauso gut abschneiden wie nicht-kommunale. Insgesamt ist eine bemerkenswerte Heterogenität bei kommunalen Kliniken festzustellen.

Erstmals wurden Unterschiede innerhalb freigemeinnütziger Krankenhäuser untersucht. Es zeigt sich, dass

- 19 Prozent aller Krankenhäuser in katholischer,
- 11 Prozent in evangelischer und
- 8 Prozent in sonstiger freigemeinnütziger Trägerschaft sind.

Die wirtschaftliche Lage fällt bei katholischen Trägern überdurchschnittlich gut und signifikant besser als bei evangelischen Krankenhäusern aus.

Ausblick: Ohne Gegenmaßnahmen dürfte sich die Situation der Krankenhäuser ab 2011 wieder verschlechtern. Langfristig muss davon ausgegangen werden, dass die Kosten stärker steigen als die Erlöse. Ohne Produktivitätsfortschritte würde der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich bis 2020 auf 22 Prozent steigen. Bei einem jährlichen Produktivitätsfortschritt von 0,25 Prozent (= 0,25 Prozent weniger Kosten pro Jahr, um den gleichen Umsatz zu erzielen) könnte sich die Lage langfristig etwas stabilisieren. Aber auch dann dürften nicht alle Krankenhäuser überleben. Von einem Ausfall besonders betroffen wären

- kleine, manche ländliche Häuser,
- solche mit einem bislang hohen Basisfallwert und
- öffentlich-rechtliche, vor allem in Teilen Bayerns, in Baden-Württemberg, in Südhessen und in Teilen Niedersachsens.

Bettenzahl und Verweildauern

2009 blieben die Zahl der Betten sowie die Zahl der Krankenhäuser praktisch unverändert bei rund 503.000 bzw. 2.084. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sank 2009 auf acht Tage. Die Bettenauslastung stieg leicht auf 77,5 Prozent. Bis 2020 nehmen wir einen weiteren Rückgang der Verweildauer auf rund sechs Tage an.

Inanspruchnahmen von Häusern und Kosten

Die Zahl stationärer Fälle nahm von 2005 bis 2009 um 7,7 Prozent zu. Die Ausgaben für Krankenhäuser

wuchsen in diesem Zeitraum um 15 Prozent auf 71 Mrd. Euro. Damit fiel das Wachstum geringer aus als bei Arztpraxen (22 Prozent) oder in der ambulanten und stationären Pflege (20 Prozent). Es zeigt sich, dass das Erlöswachstum der Krankenhäuser in diesem Zeitraum zu 43 Prozent auf eine wachsende Zahl der Fälle, zu 36 Prozent auf einen steigenden Schweregrad der Fälle (sogenannter CMI = Casemix-Index) und zu 21 Prozent auf steigende Preise (Basisfallwerte) zurückzuführen ist.

Bei der Krankenhausinanspruchnahme zeigen sich gewaltige innerdeutsche Unterschiede. Sie reichen von 14 Prozent weniger Fälle je Einwohner als der Durchschnitt in Baden-Württemberg bis zu 12 Prozent darüber in Thüringen. Die Krankenhauskosten je Einwohner fallen 2009 mit 717 Euro je Einwohner in Baden-Württemberg am niedrigsten und mit 988 Euro im Saarland am höchsten aus. Diese Zahlen sind schon bereinigt um eine unterschiedliche Zusammensetzung der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht.

Personal: Entwicklungen von 2005 bis 2009

Beim Personal sind folgende Entwicklungen zwischen 2005 und 2009 zu beobachten:

- Der Personalkostenanteil der Krankenhäuser war weiter rückläufig. 2005 betrug er 64 Prozent, 2009 noch 60 Prozent der Gesamtkosten.
- Die Zahl der Pflegekräfte (hochgerechnet auf Vollkräfte) stieg von 302.000 im Jahr 2005 auf 304.000 im Jahr 2009.
- Im ärztlichen Dienst nahm die Zahl der Vollkräfte von 122.000 auf 131.000 zu.

- Die Kosten je Vollkraft im ärztlichen Dienst stiegen um 16 Prozent, in den nicht-ärztlichen Diensten um 5 bis 8 Prozent.

Ausblick: Die Löhne für ärztliches Personal dürften auch in den nächsten Jahren weiterhin stärker steigen als für nicht-ärztliches Personal. Unter Berücksichtigung der erwarteten Veränderungen bei Fallzahlen und Personalmenge würden die Personalkosten von 2009 bis 2020 um 44 Prozent bzw. um 3,4 Prozent pro Jahr wachsen, die Sachkosten um 26 Prozent bzw. 2,1 Prozent pro Jahr und die gesamten Kosten um 37 Prozent. Bis 2020 rechnen wir aber nur mit 33 Prozent höheren Gesamterlösen.

Anzahl von Krankenhausträgern

Die Zahl der Krankenhausträger reduzierte sich zwischen 1995 und 2007 um 19 Prozent von 1.583 auf 1.280. In ländlichen Regionen liegt ein signifikant höherer Konzentrationsgrad vor als in Ballungszentren und städtisch geprägten Regionen.

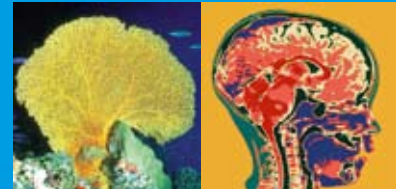
Fazit und Ausblick

Die geodemografische Entwicklung wird dazu führen, dass vor allem strukturschwache ländliche Räume neben der Alterung ihrer Bevölkerung spürbare Bevölkerungseinbußen erleiden werden. Die derzeitige Krankenhausinfrastruktur kann daher in manchen Gebieten nicht in vollem Umfang aufrechterhalten werden. Schließungen sind zu erwarten, insbesondere von ländlichen Grundversorgern, die deutlich gefährdeter sind als ländliche und städtische Spezialisten oder Großversorger.

Um das Gesundheitswesen langfristig finanzierbar zu halten, bedarf es

92. Deutscher Röntgenkongress Hamburg 2011

Lunchsymposium



www.guerbet.de

Freitag, 3. Juni 2011

12:15 – 13:15 Uhr

Raum Donner
Congress Centrum Hamburg

Innovative Kontrastmittel im Fokus

Vorsitz: Prof. Dr. med. Stefan Schönberg, Universitätsmedizin Klinikum Mannheim

⊙ **Moderne MR-Diagnostik der pAVK**

PD Dr. med. Henrik J. Michaely,
Universitätsmedizin Klinikum Mannheim

⊙ **Dotarem®: Neue Daten zur Verträglichkeit und diagnostischen Aussagekraft bei mehr als 84.000 Patienten**

Dr. med. Martin Maurer, Universitätsklinikum Charité Berlin

⊙ **Aktueller Stand und Perspektiven der MR-Mammographie**

Dr. med. Eva M. Fallenberg, Universitätsklinikum Charité Berlin

Guerbet | 

Contrast for Life

einer Marktberingung. Allerdings werden sich betroffene Krankenhäuser und Kommunen sehr lautstark gegen jede Strukturveränderung wehren. Auch die Landespolitik kann hier kaum mit positiven Wählerstimmen rechnen und wird sich zurückhalten.

Ein weiteres Problem sind die regional unterschiedlichen Krankenhausinanspruchnahmen. Hier gilt es, die „Ausreißer nach oben“ zu identifizieren, die Ursachen dafür zu ergründen und Maßnahmen einzuleiten, um die Inanspruchnahme nachhaltig zu reduzieren.

graphie mit der Gammakamera ...“ eingeführt wurde, war die PET „Neuland“. Klinischer Standard war die planare Szintigraphie mit der Gammakamera, gegebenenfalls ergänzt durch SPECT. Im damaligen EBM – der für die GOÄ als Vorbild diente – hieß es zur SPECT, dass die Abrechnung mit der Nummer für die planare Szintigraphie in Kombination mit der Nr. 5467 (SPECT-Zuschlag) erfolge.

Privatliquidation

Nuklearmedizin: LG Bonn bestätigt Abrechnung der Szintigraphie und des Arztbriefes bei PET

von Dr. med. Bernhard Kleinken, PVS Consult, Köln

Die Berechnung der Nr. 5431 GOÄ (Ganzkörper-Szintigraphie) neben der Nr. 5489 GOÄ (PET) ist umstritten. Jetzt gibt es ein neues Urteil des Landgerichts (LG) Bonn vom 11. April 2011, das die Nebeneinanderberechnung dieser beiden Gebührennummern bestätigt (**Az: 9 O 464/09**). Außerdem erkannte das Gericht den Ansatz der Nr. 75 GOÄ (Arztbrief) an: Die in den Berichten vorgenommene Würdigung der Befunde und die Umfänglichkeit der Berichte bei PET würden die Abrechnung der Nr. 75 GOÄ rechtfertigen.

Der Fall

Im Urteilsfall hatte eine private Krankenversicherung in 25 Fällen auf Rückforderung des ihres Erachtens zu viel gezahlten Honorars geklagt. Nach Auffassung der PKV war die Leistung nach Nr. 5431 GOÄ nicht erfüllt, da keine planaren Szintigraphien mittels Gammakamera, sondern nur Schichtaufnahmen mittels PET-Kamera erstellt worden waren. Zum anderen sei, selbst wenn die Leistung nach Nr. 5431 GOÄ erfüllt worden wäre, dies durch das Honorar für die Nrn. 5488 bzw. 5489 GOÄ abgegolten. Darüber hinaus zweifelte die PKV noch die Berechtigung des 2,3-fachen Faktors und die Abrechnung der Nr. 75 GOÄ (Arztbrief) an.

Das Urteil

Ein Sachverständiger hatte dem Landgericht erläutert, wie bei der PET planare Szintigramme erstellt werden und dass diese auch aus-

gedruckt und diagnostisch genutzt wurden. Unter Würdigung der Sachverständigenmeinung erkannte das LG die Nebeneinanderberechnung der Nrn. 5431 und 5489 GOÄ an. Zum einen sah das Gericht den eigenständigen diagnostischen Wert der Szintigramme, zum anderen auch den erheblichen Aufwand des Ganzkörper-PET. Außerdem gebe es in der GOÄ keine Ausschlussbestimmung, die die Nebeneinanderberechnung der Nrn. 5431 GOÄ (Ganzkörper-Szintigraphie) und 5489 verbietet.

Bewertung des Urteils

Das von der PKV angeführte Argument, das Honorar für die Szintigraphie sei mit den Nrn. 5488/5489 abgegolten, ist auch aus unserer Sicht nicht stichhaltig: Als 1996 in die GOÄ in der Allgemeinen Bestimmung vor dem Abschnitt O II der GOÄ der Satz „Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szinti-

SPECT wie PET sind gebührens-systematisch vergleichbare tomographische Untersuchungen, keine planare Szintigraphie. Führt man einen Bewertungsvergleich sowohl im alten als auch im geltenden EBM für die SPECT durch, zeigt sich, dass ein den EBM-Relationen entsprechendes Honorar nur bei Abrechnung der planaren Szintigraphie als „Basisleistung“ mit der SPECT-Ziffer (bzw. in der GOÄ auch der PET-Ziffer) erzielt wird. Genau dies wollte man mit dem Satz „Szintigraphische Basisleistung ...“ in der GOÄ ausdrücken.

Auseinandersetzung geht weiter

Die Auseinandersetzung wird allerdings mit dem Urteil des LG Bonn nicht beendet sein. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Die unterlegene Private Krankenversicherung will – so der Stand bei Redaktionsschluss – Berufung einlegen (was uns aber schriftlich noch nicht vorliegt). Zu erwarten ist, dass letztlich der Bundesgerichtshof ein Urteil sprechen wird.

Praxistipp: Falls Sie von entsprechenden Auseinandersetzungen betroffen sind, sollten Sie (gemeinsam mit Ihrem Rechtsberater) erwägen, ob die Streitigkeit nicht „ausgesetzt“ werden sollte, bis ein höchstrichterliches Urteil vorliegt.

Guerbet lädt ein

92. Deutscher Röntgenkongress in Hamburg vom 2. bis 3. Juni 2011

Wir laden Sie herzlich zu einem Besuch unseres **Ausstellungsstands ein (Halle H, Stand D.11)**. Es erwarten Sie:

- Aktuelle wissenschaftliche Informationen zu unseren Produkten und Forschungsaktivitäten.
- Work-Flow Optimierung der automatischen Kontrastmittel-Injektion; Demo innovativer Systeme durch unsere erfahrenen Applikationsspezialisten.
- Lunch-Symposium „Innovative Kontrastmittel im Fokus“ (Freitag, 3. Juni 2011, 12:15-13:15 Uhr, Raum Donner, Congress Centrum Hamburg).
- Kompetente Beratung und kollegialer Austausch in angenehmer Atmosphäre inklusive kleiner Erfrischungen.
- Online-Registrierung zum Abonnement der Guerbet Wirtschafts-Foren.
- Beginnen Sie den Kongresstag mit einem Frühstück à la France (Donnerstag/Freitag ab 8:00 Uhr).
- Beenden Sie den Kongresstag mit einem Come-Together zu unserer „Happy Hour“ (Donnerstag/Freitag ab 17:00 Uhr).
- Treffen Sie unseren Kooperations-Partner und Mitaussteller VR-Medico Leasing.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und wünschen Ihnen eine gute Anreise nach Hamburg.

Ihre
 Guerbet GmbH

Versicherungsrecht

Zusatzversicherte Patienten in der Privatsprechstunde

Relativ häufig gibt es missliche Situationen, wenn ein zusatzversicherter GKV-Patient in der Privatsprechstunde des Chefarztes war und seine Rechnung von der Zusatzversicherung nicht erstattet bekommt. Die Versicherung beruft sich zum Beispiel darauf, dass ambulante Leistungen, auch vorstationäre Leistungen, nicht versichert seien.

Unterschiede von privater Zusatzversicherung zu Vollversicherung

In der privaten Vollversicherung liegen den Versicherungsverträgen die Musterbedingungen des PKV-Verbandes („MB/KK“) zugrunde. Dadurch ist für den Kern ärztlicher Leistungen ein einheitlicher Standard geschaffen, der auch die Behandlung in der Privatsprechstunde eines Chefarztes einschließt.

Solche Musterbedingungen gibt es für die Zusatzversicherungen nicht. Entsprechend unterscheiden sich die Versicherungsbedingungen – und damit der Erstattungsanspruch des Patienten an die Zusatzversicherung – erheblich.

Erhebliche Unterschiede bei Zusatzversicherungen

So gibt es Zusatzversicherungen, die nur Kosten stationärer Behandlung erstatten, andere leisten auch bei teil-, vor- und nachstationärer Behandlung. Für die privatärztliche Behandlung wird sich teils auf die Regelungen der vor- und nachstationären Behandlung im § 115a des SGB V bezogen („drei Inanspruchnahmen innerhalb von 5 Tagen vor einer stationären Behandlung, sieben innerhalb von 14 Tagen nach stationärer Behandlung“), teils werden individuelle Regelungen getroffen (zum Beispiel „je eine ambulante privatärztliche Behandlung im Zusammenhang mit stationärer

Behandlung“). Der zusatzversicherte Patient muss deshalb den Erstattungsumfang seiner Versicherung genau kennen, um „böse Überraschungen“ zu vermeiden.

Dem Chefarzt empfehlen wir, zusatzversicherte Patienten darauf hinzuweisen, dass seine Versicherung eventuell die Kosten der Behandlung nicht erstattet. Dies sollte dokumentiert sein. Gegebenenfalls kann auch (aus Beweisgründen) mit dem die Sprechstunde des Chefarztes aufsuchenden Zusatzversicherten ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen werden, in dem auch die Zahlungspflicht des Patienten trotz eventuell eingeschränkter Erstattung oder Nichterstattung durch seine Versicherung angesprochen ist.



Impressum

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der
 Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt des Contrast Forum ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Contrast Forum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.