

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2008

Krankenhaus
Barometer

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Patricia Perner

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Zusammenfassung	4
1 Einleitung	9
2 Leistungen.....	10
2.1 Entgeltstruktur.....	10
2.2 Case Mix-Index und Basisfallwert	10
2.3 TOP-30-DRGs	11
2.4 Vereinbarte unterschiedliche DRGs	12
2.5 Leistungsbreite und -tiefe	13
2.6 Umsetzung prozessoptimierender Maßnahmen.....	14
2.7 Ausländische Patienten	16
2.8 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	17
2.9 Ambulante Leistungserbringung nach § 116 b SGB V.....	17
3 MDK-Prüfungen.....	23
3.1 Einzelfallprüfungen	23
3.2 Sechs-Wochen-Frist	25
3.3 Aufwandspauschale	26
3.4 Bearbeitungsaufwand bei Einzelfallprüfungen.....	28
3.5 Stichprobenprüfungen	30
4 Arbeitszeit und Personalsituation	31
4.1 Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit (Opt-Out) .	31
4.2 Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit	32
4.3 Notlagentarifverträge	33
4.4 Unterschiedliche Tarifverträge im Ärztlichen Dienst	34
4.5 Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst.....	36
4.6 Außerhalb der Patientenversorgung tätige Ärzte	38
4.7 Neuordnung von pflegerischen Tätigkeiten	39

5	Familienfreundlichkeit im Krankenhaus	41
5.1	Familienfreundliche Unternehmensstrategie	41
5.2	Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen	42
5.3	Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen	45
5.4	Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder	46
5.5	Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme	47
5.6	Arbeitszeitflexibilisierung	48
6	Klinisches Risikomanagement	50
6.1	Verbreitung des klinischen Risikomanagements	50
6.2	Prozess des klinischen Risikomanagements	51
6.3	Maßnahmen des klinischen Risikomanagements	54
6.4	Externe Beratung zum klinischen Risikomanagement	58
6.5	Risikomanagement und Krankenhaushaftpflicht	59
6.6	Auswirkungen des klinischen Risikomanagements	60
7	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	62
7.1	Jahresergebnis 2007/2008	62
7.2	Entwicklung der Jahresergebnisse 2006/2007	63
7.3	Beurteilung der wirtschaftlichen Situation	64
Anhang	68	

Zusammenfassung

Wesentliches Ziel des Krankenhaus Barometers ist, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnah Informationen zum aktuellen Krankenhausgeschehen zur Verfügung zu stellen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Umfrage 2008 zusammengefasst.

Leistungen

Der Großteil der vollstationären Fälle (97,1%) an Allgemeinkrankenhäusern wurde in den Jahren 2006 wie 2007 mit DRGs abgerechnet. Die Fallzahlen, die mit Entgelten nach § 6 KHEntgG und nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet wurden, liegen ebenfalls in beiden Jahren konstant bei rund 0,7% bzw. 2,2%. Der Case Mix-Index, der die durchschnittliche Fallschwere in den Krankenhäusern wiederspiegelt, lag im Jahr 2007 bei 1,04. Er hat sich damit nur leicht gegenüber dem Vorjahreswert von 1,03 erhöht.

Rund die Hälfte der Fälle (49,5%) wurden im Jahr 2007 von den Krankenhäusern mit TOP-30-DRGs abgerechnet. Der Anteil der vereinbarten DRGs an den maximal zu vereinbarenden DRGs lag im Mittel bei 43,6%. Damit erbrachten die Krankenhäuser im Durchschnitt knapp die Hälfte des DRG-Leistungskatalogs.

Ausländische Patienten, d.h. Patienten mit einer ausländischen Versicherung bzw. mit einem ausländischen Wohnsitz, wenn die Kosten selber getragen wurden, wurden eher selten in den Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten vollstationär behandelt. Der Median liegt bei lediglich 0,1% der vollstationären Fälle.

Durch den § 116b SGB V ist es den Krankenhäusern möglich, hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant zu behandeln. Von Seiten der Krankenhäuser besteht ein großes Interesse an dieser Form der Leistungserbringung. Hochgerechnet auf die allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland haben 500 Krankenhäuser einen Antrag zur Leistungserbringung bei den zuständigen Landesbehörden gestellt oder planen dies zumindest. Fast 82% der Antrag stellenden Häuser beabsichtigen onkologische Erkrankungen ambulant zu behandeln. Bislang haben die zuständigen Landesbehörden wegen verfahrensrechtlicher Bedenken nur wenige Anträge positiv beschieden.

Umsetzung prozessoptimierender Maßnahmen

Rund 90% der Krankenhäuser führten seit der Einführung des DRG-Systems kleine wie größere Veränderungen im Betten- und Belegungsmanagement, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung und in der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern durch. Bei über drei Viertel der Häuser fanden Optimierungsmaßnahmen im OP-Management und bei der Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen und Funktionsbereichen statt.

Größere Veränderungen ergaben sich bei fast der Hälfte der Krankenhäuser durch die Schaffung neuer Organisationseinheiten (z.B. Aufnahmestation, Kurzliegerstation, Intermediate-Care-Bereich). Bei über einem Drittel der Krankenhäuser wurden wesentliche Optimierungsmaßnahmen im Betten- und Belegungsmanagement, im OP-Management, im Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung durchgeführt.

MDK-Prüfungen

Der Anteil der Einzelfallprüfungen an den vollstationären Fällen lag im Jahr 2007 bei 11%. Der häufigste Prüfanlass bildete bei über der Hälfte der Krankenhäuser (56,4%) die Dauer der stationären Behandlung, gefolgt von der Richtigkeit abgerechneter Leistungen (23%) und der generellen Notwendigkeit der stationären Behandlung (16,4%).

Das Vorgehen und der Ablauf im Rahmen der Einzelfallprüfungen wird seitens der Krankenhäuser sehr kritisch gesehen. 70% der Krankenhäuser problematisieren, dass die Prüfungen nicht mehr den Charakter von Einzelfallprüfungen aufweisen, da diese bei manchen Diagnosen oder Prozeduren standardmäßig durchgeführt werden und knapp die Hälfte der Häuser bemängelt, dass ein konkreter Prüfauftrag (Prüfgrund) der Krankenkasse nicht eindeutig ersichtlich ist.

Die Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro, die einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegenwirken soll, hat bislang nicht die erhoffte Wirkung erzielt. Über die Hälfte der Krankenhäuser gibt an, dass sich seit der Einführung dieser Regelung kaum etwas am Prüfverhalten geändert habe. Bei über einem Viertel der Häuser haben die Einzelfallprüfungen seitdem sogar zugenommen.

Der Ausgang von Einzelfallprüfungen deutet darauf hin, dass viele Prüfungen standardmäßig und nicht verdachtsabhängig durchgeführt werden: In der Mehrzahl der Einzelfallprüfungen (56,6%) blieb der Rechnungsbetrag unverändert und in 3,9% kam es zu einer Erhöhung. In weit weniger als der Hälfte der Einzelfallprüfungen (39,4%) ließ sich der Verdacht erhärten, so dass es zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kam.

Die durchschnittliche Länge einer MDK-Prüfung (von der Prüfmitteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung) beträgt rund 13 Wochen, also etwa drei Monate. Der Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung liegt für den ärztlichen Dienst im Mittel bei rund 25 Minuten pro Fall und für den Verwaltungsdienst bei 39 Minuten pro Fall. Diese Personalbindung ist vor dem Hintergrund der hohen Prüfquoten und des Großteils der Einzelfallprüfungen, bei denen der Rechnungsbetrag letztlich unverändert bleibt, kritisch zu sehen.

In eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG wurden bislang 7,6% der Häuser einbezogen. Hierbei wurden vorrangig einzelne Abteilungen begutachtet. Der Prüfauftrag bezog sich vorrangig auf die Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme (primäre Fehlbelegung).

Arbeitszeit und Personal

Abweichungen von der täglichen bzw. wöchentlichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz sind möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einem Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden. Im Frühjahr 2008 lagen in rund einem Fünftel der deutschen Krankenhäuser die rechtlichen Voraussetzungen für die Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit (Opt-Out) noch nicht vor. In gut der Hälfte der Krankenhäuser war eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit an Werktagen auf bis zu 24 Stunden möglich.

Zur Vermeidung bzw. zur Beseitigung wirtschaftlicher Probleme des Krankenhauses oder zur Beschäftigungssicherung können ggf. Abweichungen von den Regelungen eines Tarifvertrages vereinbart werden. Derzeit gilt für gut 9% der

Krankenhäuser ein entsprechender Notlagentarifvertrag. In weiteren gut 3% der Einrichtungen sind solche Verträge darüber hinaus geplant.

In rund 18% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten gelten unterschiedliche Tarifverträge für den Ärztlichen Dienst im selben Haus. Da hierunter große Häuser überrepräsentiert sind, fällt die entsprechende Tarifbindung nach Ärzten insgesamt größer aus. Demzufolge arbeiten rund 25% aller Krankenhausärzte in Einrichtungen mit unterschiedlichen Tarifverträgen für den Ärztlichen Dienst, vor allem in den öffentlichen Krankenhäusern. Relativierend sei hervorgehoben, dass in der Mehrzahl dieser Häuser ein Tarifwerk deutlich vorherrscht.

Rund zwei Drittel der Krankenhäuser hat mittlerweile Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Der entsprechende Durchschnittswert liegt bei vier Stellen pro Haus. Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Stellen in den jeweiligen Häusern konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt 4% ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit konnten bundesweit rund 4000 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Im Vergleich zu 2006 hat sich deren Anzahl somit etwa verdreifacht. Gravierende Folgeprobleme offener Stellen im Ärztlichen Dienst stellen vor allem die Arbeitszeitorganisation, Wartelisten sowie Beeinträchtigungen der Patientenversorgung bis hin zu Schließungen von Stationen oder Bereichen dar.

Im Rahmen einer Bestandsaufnahme wurde ermittelt, welche potenziell an andere Berufsgruppen delegierbare Aufgaben bislang noch von KrankenpflegerInnen bzw. KrankenpflegehelferInnen übernommen werden. In jeweils rund 70% der Krankenhäuser erfolgt die Patientenbegleitung von/ zur Abteilung, die Terminierung von Untersuchungen in Funktionsbereichen, die Versorgungsassistenz sowie die Essensverteilung auf Station üblicherweise ganz oder überwiegend durch KrankenpflegerInnen bzw. KrankenpflegehelferInnen. Nur noch in rund 37% der Krankenhäuser sind diese Mitarbeitergruppen für den Hol- und Bringdienste zuständig.

In den letzten drei Jahren wurden in 44% der Krankenhäuser nicht-pflegerische Berufsgruppen auf den Stationen neu eingesetzt. Bei den Berufsgruppen handelt es sich vor allem um Medizinische Dokumentationsassistenten, Versorgungsassistenten, Stationsassistenten oder Pflegeservicekräfte.

Familienfreundlichkeit im Krankenhaus

Die Familienfreundlichkeit ist im Krankenhaus von unternehmensstrategischer Relevanz. Bei jeweils rund 40% der Einrichtungen hat die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eher oder teilweise einen hohen Stellenwert in der Unternehmensstrategie des Krankenhauses.

Fast 20% der Allgemeinkrankenhäuser bieten eine betriebliche Kinderbetreuung an, sei es in Form betriebseigener Kinderkrippen, Kindergärten und Kinderhorte oder in Form von betrieblichen Belegplätzen in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung. Das Angebot an betrieblicher Kinderbetreuung im Krankenhaus liegt damit leicht über dem Durchschnitt der deutschen Wirtschaft (für Unternehmen ab 250 Mitarbeitern). Krankenhäuser mit betrieblicher Kinderbetreuung bieten dabei überwiegend eine Ganztagsbetreuung von ca. 6 Uhr bis ca. 17 Uhr an.

Weitere familienfreundliche Maßnahmen mit hohem Verbreitungsgrad im Krankenhaus sind insbesondere die Arbeitszeitflexibilisierung, die betriebliche Eltern-

zeit, die Gewährung von Sonderurlaub aus familiären Gründen sowie Arbeitseinsätze und Kontakthalteprogramme während der Elternzeit. Weniger verbreitet sind hingegen vor allem Wiedereinstiegsprogramme nach der Elternzeit sowie ausgewählte Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder, z.B. Tagesmutter-service, Hausaufgabenbetreuung oder das Angebot von haushaltsnahen Dienstleistungen.

Klinisches Risikomanagement

Beim klinischen Risikomanagement handelt es sich um eine Managementmethode mit dem Ziel, in systematischer Form Fehler oder Risiken der Patientenversorgung zu verhindern. In Deutschland hat knapp ein Drittel (31,1%) der Krankenhäuser ein klinisches Risikomanagementsystem, sei es für das Krankenhaus insgesamt oder zumindest für ausgewählte Leistungsbereiche. Die Thematik rückt aber zusehends in den Fokus der Krankenhäuser. Denn in weiteren 41% der Häuser befindet sich ein klinisches Risikomanagementsystem im Aufbau bzw. in der Planung.

In Krankenhäusern mit Risikomanagementsystem ist ein sog. Risikomanagementprozess weitgehend implementiert. Demnach werden ausgehend von einer Risikostrategie Risiken identifiziert, analysiert und bewertet. Im Rahmen der Risikosteuerung sind Maßnahmen zur Risikoreduktion oder -vermeidung zu ergreifen. Deren Wirksamkeit wird mittels einer Risikoüberwachung kontrolliert. Die einzelnen Prozessschritte des Risikomanagements kommen in Krankenhäusern mit Risikomanagementsystem überwiegend zum Einsatz.

Über die grundlegende Organisation des Risikomanagementprozesses hinaus ist eine Reihe konkreter Instrumente in Krankenhäusern mit Risikomanagement relativ weit verbreitet. So verfügt mehr als die Hälfte der entsprechenden Häuser über ein Beschwerdemanagement, Melde- bzw. Erfassungssysteme für manifeste und Beinahe-Fehler, systematische Schadensfallanalysen und schriftliche Dienstanweisungen zum Umgang mit Zwischenfällen.

Bislang hat nur ein Teil der Krankenhäuser von der krankenhausweiten Einführung eines klinischen Risikomanagements profitiert. So berichten jeweils rund 40% der Häuser von einem Rückgang bzw. schwächeren Anstieg von Schadensmeldungen, vergüteten Haftpflichtfällen und Schadenssummen. Und ein Viertel der Häuser hat bislang eine verbesserte Prämienstellung bei seiner Krankenhaushaftpflicht erreicht. 84% der Krankenhäuser sind indes der Auffassung, dass ihr Risikomanagement die Patientensicherheit merklich erhöht habe.

Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Im Jahr 2007 erzielte gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Jahresüberschuss. Knapp 30% der Häuser schrieben Verluste. Gut 17% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss somit rückläufig (-3,5%), während der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag etwas zugenommen hat (+1,6%).

Im Vergleich zu 2006 ist 2007 in jeweils rund einem Drittel der Krankenhäuser das Jahresergebnis gestiegen, gesunken oder weitgehend gleich geblieben. Der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis ist, verglichen mit dem Vorjahr, um fast 6% zurückgegangen, während der Anteil der Häuser mit rückläufigem Jahresergebnis um gut 6% zugenommen hat. Erstmals seit 2004 ist der An-

teil der Krankenhäuser mit verschlechtertem Jahresergebnis somit größer als der Anteil der Häuser mit verbessertem Ergebnis.

Ihre derzeitige wirtschaftliche Lage in 2008 beurteilen die Krankenhäuser eher kritisch. Nur noch gut 21% der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein, während 34% sie als eher unbefriedigend beurteilen und 43% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit merklich verschlechtert.

Mit Blick auf das Jahr 2009 erwartet jedes zweite Krankenhaus eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Nur noch knapp 16% der Einrichtungen gehen von einer Verbesserung aus und 32% erwarten keine nennenswerten Veränderungen im Vergleich zu 2008. Seit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 fielen die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser nicht mehr so pessimistisch aus wie in diesem Jahr.

1 Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt mit dem vorliegenden Bericht wesentliche Ergebnisse der Krankenhauserhebung im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* 2008 vor. Die Ergebnisse beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, die im April bis Juli 2008 durchgeführt worden ist. Die Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung mit einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogener Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Beteiligt haben sich insgesamt 347 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.

Schwerpunkte des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* bilden vor allem die MDK-Prüfungen, die Arbeits- und Personalsituation und das klinische Risikomanagementsystem.

Das Deutsche Krankenhausinstitut möchte sich an dieser Stelle herzlich bei den Krankenhäusern bedanken, die mit ihrer Teilnahme an der Erhebung den vorliegenden Bericht ermöglicht haben.

2 Leistungen

2.1 Entgeltstruktur

Der Großteil der vollstationären Fälle (97,1%) an Allgemeinkrankenhäusern wurde in den Jahren 2006 wie 2007 mit DRGs abgerechnet. Die Fallzahlen, die mit Entgelten nach § 6 KHEntgG und nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet wurden, liegen ebenfalls in beiden Jahren konstant bei rund 0,7% bzw. 2,2% (Abb. 1).

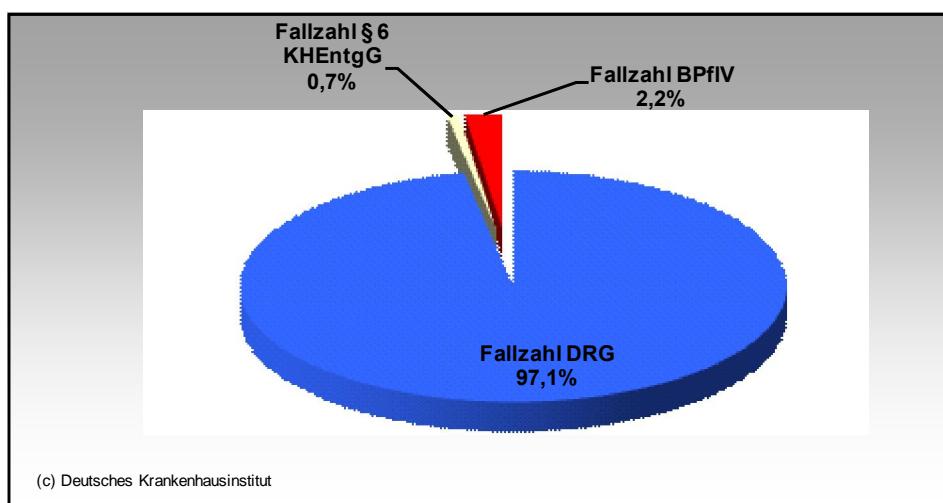


Abb. 1: Stationäre Fallzahl nach Entgeltarten im Jahr 2007

Besteht bei Krankenhäusern mit 50 bis 599 Betten das vollstationäre Leistungsspektrum zu 98% aus Fällen, die mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, sind es bei den Häusern mit über 600 Betten 96%. Größere Krankenhäuser weisen somit einen höheren Anteil an Fällen auf, die über die Bundespflegesatzverordnung (3%) oder die Entgelte nach § 6 KHEntgG (1%) abgerechnet werden.

Die Entgeltstruktur wird auf Grund dessen bei großen Häusern stark von Veränderungen in den Entgeltkatalogen beeinflusst. So sind die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Fälle nach § 6 KHEntgG im Jahr 2007 um 22,2% gesunken. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das G-DRG-System im Jahr 2007 unter anderem in spezifischen medizinischen Themenkomplexen optimiert wurde. Vollstationäre Fälle, die im Jahr 2006 im DRG-System noch nicht abgebildet wurden, konnten im Jahr 2007 über DRGs bzw. Zusatzentgelte abgerechnet werden. Insofern greift das lernende System mit dem Ziel einer 100-prozentigen Abbildung der Leistungen mittels DRGs auch in den spezialisierten Bereichen größerer Krankenhäuser.

2.2 Case Mix-Index und Basisfallwert

Der Case Mix-Index, der die durchschnittliche Fallschwere in den Krankenhäusern wiederspiegelt, lag im Jahr 2007 bei 1,04. Er hat sich damit nur leicht gegenüber dem Vorjahreswert von 1,03 erhöht.

Da in der Regel die durchschnittliche Fallschwere mit der Größe des Krankenhauses positiv korreliert, steigt der Case Mix-Index mit zunehmender Bettengröße an. Er lag im Jahr 2007 bei den Häusern mit 50 bis 299 Betten bei 0,96, bei den Kliniken mit 300 bis 599 Betten bei 1,02 und bei den größeren

Krankenhäusern ab 600 Betten bei 1,18 (Abb. 2). Gegenüber dem Vorjahr ist die Fallschwere über alle Größenklassen hinweg nur geringfügig gestiegen.

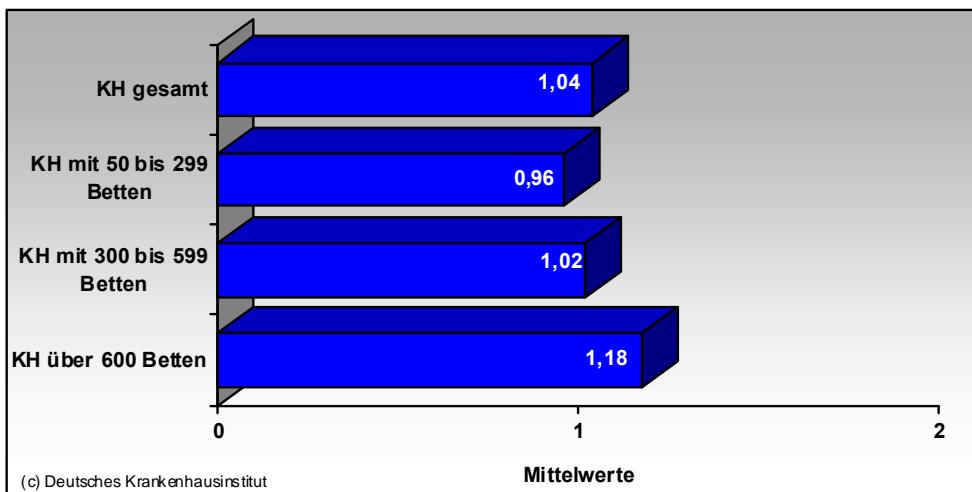


Abb. 2: Case Mix-Index

Der vereinbarte krankenhausindividuelle Basisfallwert (ohne Ausgleiche) lag bei den Krankenhäusern ab 50 Betten im Jahr 2007 bei 2.728 Euro. Hierbei ergibt sich kein bemerkenswerter Unterschied zwischen den Häusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen. Die Spannweite reicht hier von 2.689 Euro bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten bis 2.763 Euro bei den großen Häusern ab 600 Betten (Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten: 2.739 Euro).

2.3 TOP-30-DRGs

Einen Überblick über die Leistungsstruktur eines Krankenhauses bietet die Aufstellung der TOP-30-DRGs eines Krankenhauses. Bei den TOP-30-DRGs handelt es sich um die dreißig häufigsten Leistungen. Der Anteil der TOP-30-DRGs an der Gesamtfallzahl der DRGs gibt Aufschluss darüber, inwieweit sich das Krankenhaus auf bestimmte Leistungen fokussiert. Eine derartige Spezialisierung hat grundsätzlich Vorteile in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit, kann jedoch gleichfalls Risiken enthalten, wenn der Fallpauschalen-Katalog zu Ungunsten dieser Leistungen verändert wird.

Rund die Hälfte der Fälle (49,5%) wurden im Jahr 2007 von den Krankenhäusern mit TOP-30-DRGs abgerechnet (Vorjahreswert 48,3%). Auf Grund des breiteren Leistungsangebots größerer Häuser nimmt dieser Anteil mit steigender Bettengröße ab. Im Jahr 2007 lag er bei den großen Häusern bei 41,3% (2006: 40,9%), bei den mittelgroßen Kliniken bei 50,2% (2006: 48,7%) und den kleinen Krankenhäusern bei 55,2% (2006: 59,2%).

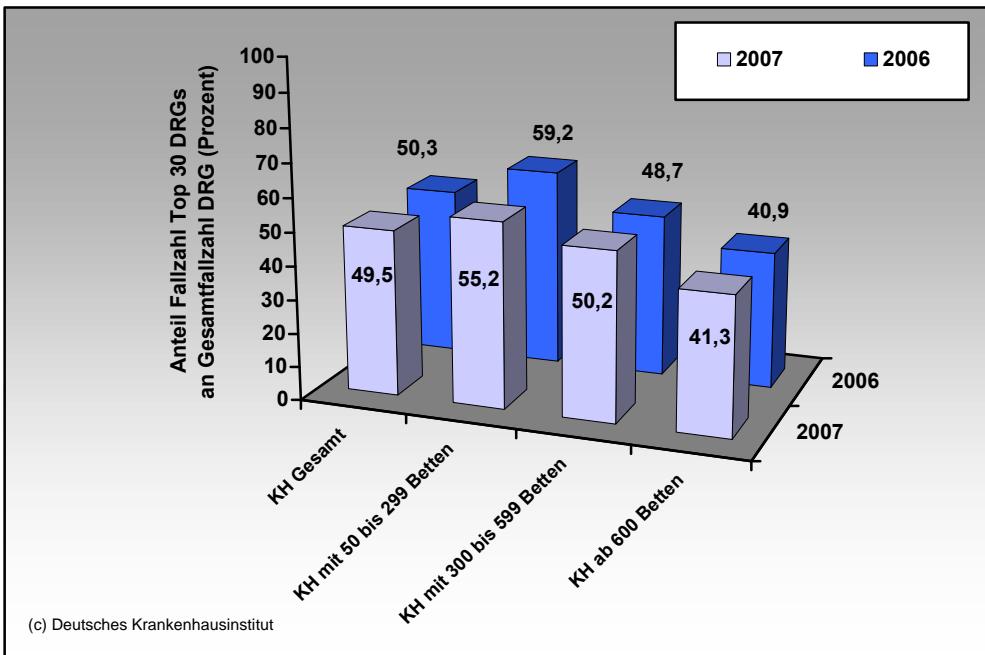


Abb. 3: Anteil TOP-30-DRGs an Gesamtfallzahl DRGs

Da es sich bei den TOP-30-DRGs meist um Standardfälle handelt, liegt der Case Mix-Index der TOP-30-DRGs im Jahr 2007 mit 0,84 deutlich unter dem Case Mix-Index für die gesamten vollstationären Fälle. Der Case Mix der TOP-30-DRGs hat im Durchschnitt einen Anteil von 40% an dem gesamten Case Mix eines Hauses. Deutliche Unterschiede ergeben sich wiederum zwischen größeren und kleineren Krankenhäusern. Der Case Mix-Anteil der TOP-30-DRGs lag im Jahr 2007 bei den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten bei rund 30%, bei den Häusern mit 300 bis 599 Betten bei 40% und bei den kleineren Kliniken mit 50 bis 299 Betten bei 50%.

2.4 Vereinbarte unterschiedliche DRGs

Weitere Hinweise auf die Leistungsstruktur erhält man aus der Anzahl der unterschiedlichen DRGs, die vom Krankenhaus vereinbart wurden. Hierdurch lässt sich feststellen, wie breit das Leistungsspektrum eines Krankenhauses ist bzw. ob sich dieses zwischen den Jahren 2006 und 2007 verändert hat. Konnten im Jahr 2006 nach dem damals geltenden Fallpauschalen-Katalog maximal 912 bewertete DRGs für Hauptabteilungen vereinbart werden, waren es im Jahr 2007 maximal 1.035 DRGs.

Bei den Krankenhäusern, die zu beiden Jahren Angaben machten, wurde der Anteil der vereinbarten DRGs an den maximal zu vereinbarenden DRGs ermittelt. Im Mittel lag dieser Anteil bei 47,9% (2006) bzw. 43,6% (2007). Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser im Durchschnitt knapp die Hälfte des DRG-Leistungskatalogs erbringen.

Mit einem Anteil von 76,7% liegen die größeren Krankenhäuser mit ihrem breiteren Leistungsangebot vorn. Die Häuser mit 300 bis 599 Betten bieten 54,8% des DRG-Leistungsspektrums an und die kleineren Kliniken mit 50 bis 299 Betten beschränken sich im Mittel auf rund 34% des DRG-Katalogs für Hauptabteilungen.

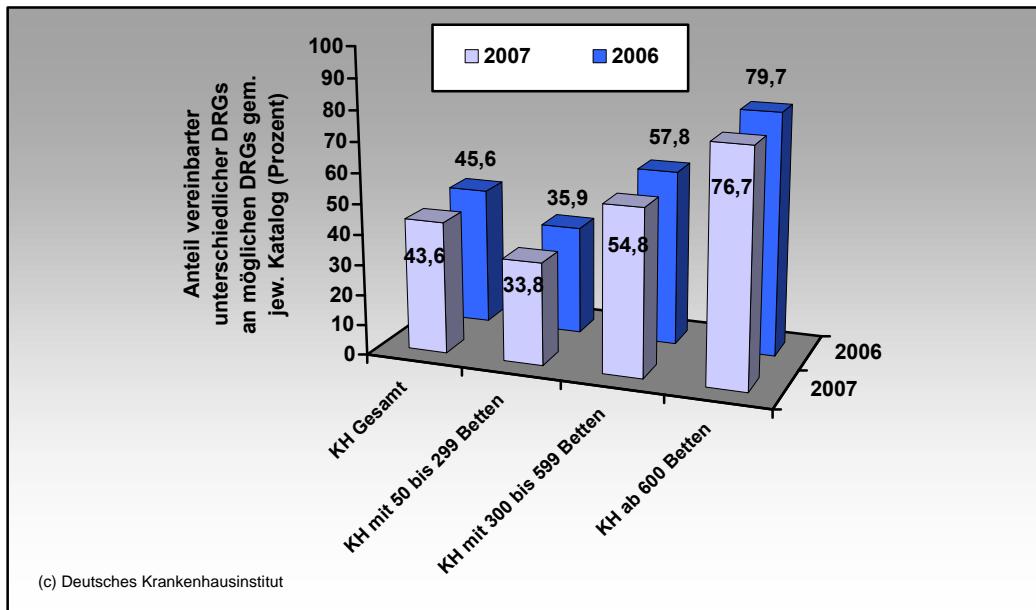


Abb. 4: Anteil vereinbarter unterschiedlicher DRGs an möglichen DRGs

2.5 Leistungsbreite und -tiefe

Anhaltspunkte für die Leistungsbreite der Krankenhäuser liefern die Anteile der vereinbarten DRGs an der Anzahl im Fallpauschalen-Katalog. Die Leistungstiefe bzw. der Spezialisierungsgrad lässt sich an dem Anteil der TOP-30-DRGs an der Gesamtfallzahl der DRGs ablesen. In einem Punktediagramm können die Leistungstiefe und die Leistungsbreite für das Jahr 2007 im Zusammenhang dargestellt werden (Abb. 5).

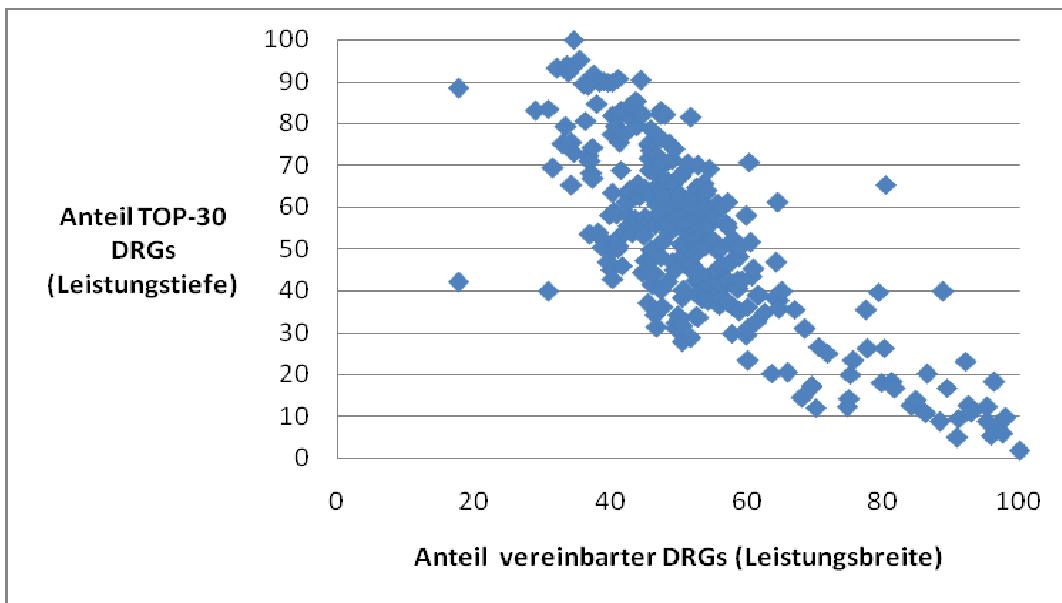


Abb. 5: Anteil vereinbarter und Top 30 DRGs im Jahr 2007 – Krankenhäuser der Stichprobe

Alle Kliniken bewegen sich in einem „Korridor“ zwischen einer sehr niedrigen Leistungsbreite/sehr hohen Leistungstiefe und einer sehr hohen Leistungsbreite/sehr niedrigen Leistungstiefe. Krankenhäuser, die eine sehr niedrige Leistungs-

breite und –tiefe bzw. eine sehr hohe Leistungsbreite und –tiefe aufweisen, treten nicht auf.

In der Abb. 6 ist auf der x-Achse die Anzahl der vereinbarten DRGs abgetragen. Das Maximum liegt hier bei 1.035 bewerteten DRGs, die laut dem Fallpauschalen-Katalog 2007 für Hauptabteilungen vereinbart werden konnten. Auf der y-Achse findet sich die Anzahl der DRG-Fälle je vereinbarter DRG. Die Geraden markieren die jeweiligen Mittelwerte der Stichprobe (Anzahl vereinbarter DRGs = 534, Fälle je vereinbarter DRG = 28,3).

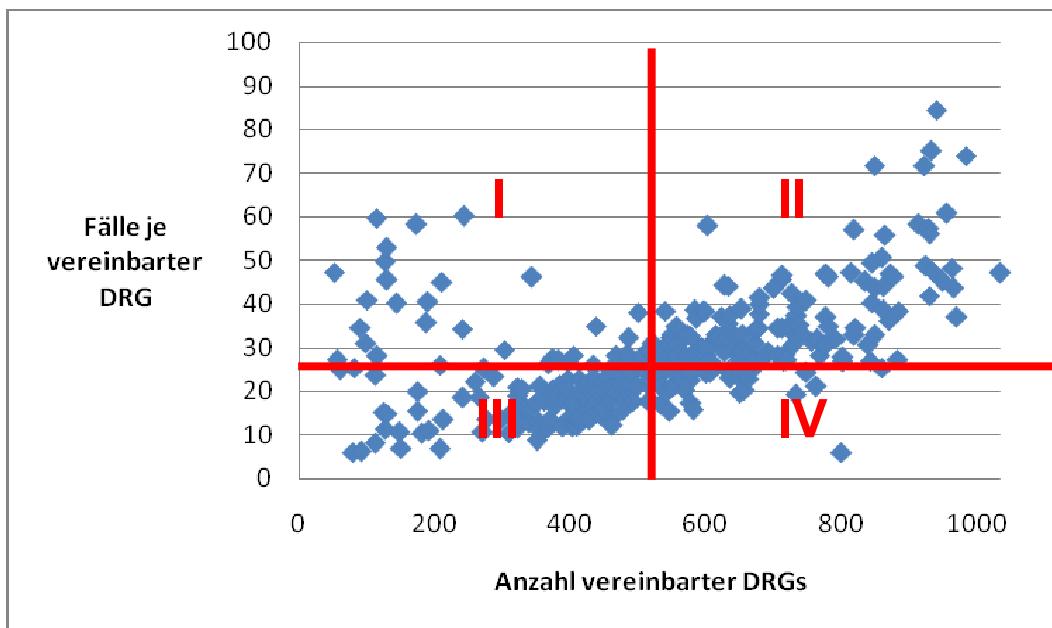


Abb. 6: Fälle je DRG und Anzahl vereinbarter DRGs – Krankenhäuser der Stichprobe

Die Felder sind stark von Krankenhäusern gleicher Bettengrößenklassen besetzt.

In den Feldern I und III befinden sich knapp 90% der kleineren Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie eine vergleichsweise niedrige Anzahl vereinbarter DRGs aufweisen. Über 95% der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten bewegen sich in dem Feld II. Sie weisen eine hohe Anzahl vereinbarter DRGs sowie eine hohe Anzahl von Fällen je vereinbarter DRG auf. Bei den Krankenhäusern der mittleren Bettengrößenklasse ist eine Zuordnung nicht so eindeutig möglich. Sie befinden sich zu jeweils rund 30% in den Feldern II, III oder IV.

2.6 Umsetzung prozessoptimierender Maßnahmen

Prozessoptimierungen sind ein wirksames Mittel zur Erhöhung der Kunden- und Mitarbeiterorientierung sowie zur Reduktion von Durchlaufzeiten und Prozesskosten und damit zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses.

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurde daher erhoben, ob und in welchem Maße speziell seit der Einführung des DRG-Systems Veränderungen mit dem Ziel der Prozessoptimierung eingeleitet wurden. Bei der Interpretation der

Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Prozessoptimierungen vielfach schon vor der Einführung des DRG-Systems durchgeführt worden sind.

Rund 90% der Krankenhäuser führten seit der Einführung des DRG-Systems kleine wie größere Veränderungen im Betten- und Belegungsmanagement, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung und in der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern durch. Bei über drei Viertel der Häuser fanden Optimierungsmaßnahmen im OP-Management und bei der Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen und Funktionsbereichen statt (Abb. 7).

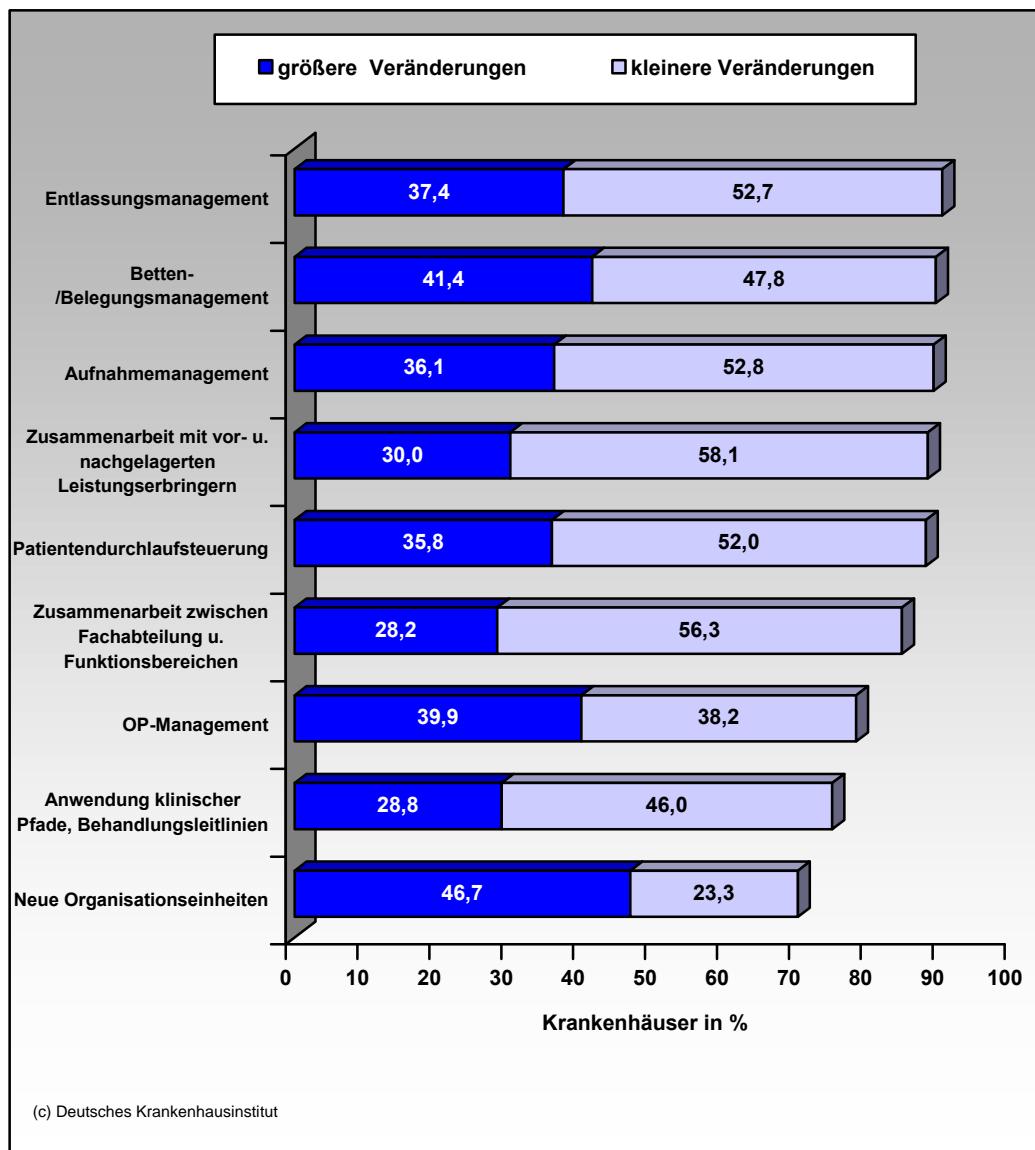


Abb. 7: Prozessoptimierungen seit Einführung des DRG-Systems

Größere Veränderungen ergaben sich bei fast der Hälfte der Krankenhäuser durch die Schaffung neuer Organisationseinheiten (z.B. Aufnahmestation, Kurzliegerstation, Intermediate-Care-Bereich). Bei über einem Drittel der Krankenhäuser wurden wesentliche Optimierungsmaßnahmen im Betten- und Belegungsmanagement, im OP-Management, im Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung durchgeführt.

Traditionell bietet sich der kostenintensive Operationsbereich zur Umsetzung umfangreicher prozessoptimierender Maßnahmen an. Die Optimierung des OP-Managements stellt seit der Einführung des DRG-Systems eine der bedeutendsten Prozessoptimierungsmaßnahmen für Krankenhäuser ab 300 Betten dar. Rund 60% der mittleren Krankenhäuser (300 bis 599 Betten) und 67% der größeren Häuser (ab 600 Betten) gaben an, hier größere Veränderungen vorgenommen zu haben.

Über 80% der Häuser haben seit der Einführung des DRG-Systems mindestens eine größere Prozessoptimierung in den oben aufgeführten Bereichen vorgenommen. Die Mehrzahl dieser Häuser hat seither gleich mehrere Verbesserungsmaßnahmen initiiert: Fast die Hälfte hat mindestens drei der genannten Abläufe neu organisiert (Abb. 8).

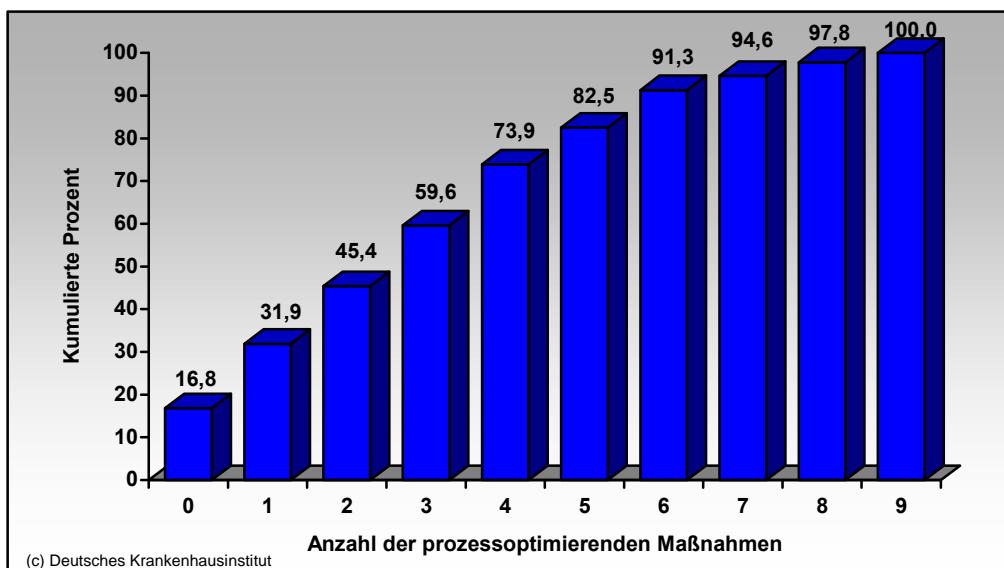


Abb. 8: Anzahl der größeren Prozessoptimierungen seit Einführung des DRG-Systems

Seit der Einführung des DRG-Systems wurden damit fast alle Schlüsselprozesse einer z.T. vollumfänglichen Neuorganisation unterzogen.

2.7 Ausländische Patienten

Auf Grund des zunehmendem Kostendrucks und tendenzieller Belegungsrückgänge in Folge sinkender Verweildauern kann es für Krankenhäuser attraktiv werden, Patienten aus dem Ausland zu behandeln, um somit zusätzliche Erlöse neben dem Krankenhausbudget zu erwirtschaften. Im *Krankenhaus Barometer* wurde erhoben, wie viele Patienten mit einer ausländischen Versicherung bzw. mit einem ausländischen Wohnsitz, wenn die Kosten selber getragen wurden, vollstationär behandelt wurden.

Hier zeigt sich, dass das ausländische Klientel noch recht wenig in den Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten vertreten ist. Der Median liegt bei lediglich 0,1% der vollstationären Fälle. Die Quartilswerte bewegen sich alle im unteren Bereich: 25% der Häuser behandelten gar keine Patienten aus dem Ausland und bei weiteren 25% betrug der Anteil ausländischer Patienten an den vollstationären Patienten über 0,3%. Die Krankenhäuser, bei denen sich diese Quote im oberen Quartil bewegt, liegen vorrangig im grenznahen süddeutschen Raum.

Fast die Hälfte der Patienten mit ausländischer Versicherung bzw. mit einem ausländischem Wohnsitz, wenn die Kosten selber getragen wurden, stammen aus dem EU-Ausland. Über die Hälfte dieser ausländischen Patienten (55,5%) wurden auf Grund eines Notfalls vollstationär behandelt, 44,5% sind zum Zweck der stationären Behandlung eingereist.

Die elektive stationäre Behandlung ausländischer Patienten spielt somit im deutschen Krankenhauswesen eine eher untergeordnete Rolle und kommt einstweilen vor allem für grenznah liegende Krankenhäuser oder für Kliniken mit einem internationalen Ruf in bestimmten Spezialgebieten in Betracht.

2.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Wie die Ergebnisse des letztjährigen *Krankenhaus Barometers* gezeigt haben, hatte die Ausweitung und Umstellung des Katalogs ambulanter Operationen im Jahr 2004 eine deutliche Fallzahlsteigerung bei den ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V zur Folge. Im Jahr 2004 lagen die Steigerungen zum Vorjahr bei 60%, im Jahr 2005 bei 16% und im Jahr 2006 bei rund 9%. Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurde ebenfalls eine Steigerung von rund 9% ermittelt.

Wie in den Vorjahren wurden auch für das Jahr 2007 bei Krankenhäusern aller Größenklassen wachsende Fallzahlen bei ambulanten Operationen festgestellt. Anders als im Jahr 2006 verzeichneten jedoch im letzten Jahr insbesondere die größeren Krankenhäuser mit über 600 Betten Zuwächse bei den ambulanten Operationen nach § 115b SGB V (12%). Bei den übrigen Häusern ab 50 Betten belief sich die Steigerung auf rund 9%.

Fasst man die Anzahl der ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V und die Anzahl der stationären Fälle als Gesamtleistung eines Krankenhauses auf, lag der Anteil der ambulanten Operationen im Jahr 2006 im Mittel über alle Krankenhäuser bei 8,7% und hat sich im Jahr 2007 nur geringfügig auf 9,3% erhöht.

2.9 Ambulante Leistungserbringung nach § 116b SGB V

Durch das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“ von 2003 wurde eine Reihe von neuen Versorgungsformen in das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Darunter befand sich auch die „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ nach § 116b SGB V.

Gemäß amtlicher Begründung sollte für bestimmte Indikationen und hochspezialisierte Leistungen und schwerwiegende Erkrankungen eine Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung erfolgen.

Der Gesetzgeber hat in § 116b Abs. 3 SGB V eine Liste von Leistungen und Erkrankungen aufgeführt, die im Rahmen der Teilöffnung der Krankenhäuser ambulant zu erbringen sein sollten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde verpflichtet, diesen Katalog um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen zu ergänzen.

Sowohl für die ursprünglich aufgeführten Leistungen und Erkrankungen als auch für die neu durch den Gemeinsamen Bundesausschuss aufzunehmenden Leistungen und Erkrankungen gelten bestimmte sachliche und personelle Anforde-

rungen. Die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen erfolgt unmittelbar mit den Krankenkassen.

Durch das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) wurde der § 116b Abs. 2 SGB V wie folgt formuliert:

„Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.“

Sofern die Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen vorliegen und ein Antrag von der Zulassungsbehörde positiv beschieden worden ist, darf ein Krankenhaus demzufolge grundsätzlich die entsprechenden Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen.

Eine Möglichkeit zur Verhinderung der ambulanten Leistungserbringung nach § 116 SGB V durch die Krankenkassen wie noch vor der Neuregelung besteht nunmehr grundsätzlich nicht mehr. Damit übernehmen die Krankenhäuser eine wichtige Funktion in der ambulanten Leistungserbringung für die Versorgung von Patienten.

Eine Schwierigkeit besteht noch darin, dass die Vergütung der ambulanten Leistungen auf dem Einheitlichen Bemessungsmaßstab (EBM) beruht. Damit können Leistungen, für die es keine Leistungsposition im EBM gibt, nicht regelhaft abgerechnet werden.

Mit dem diesjährigen *Krankenhaus Barometer* liegen erstmalig repräsentative Ergebnisse zur Leistungserbringung im Rahmen des § 116b SGB V vor. Konkret sollten die Krankenhäuser angeben, ob ihr Leistungsspektrum geeignet sei, hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b SGB V ambulant zu behandeln.

Rund 44% der Krankenhäuser gehen davon aus, dass ihr Leistungsspektrum für die ambulante Erbringung der entsprechenden Leistungen geeignet sei. Allerdings streut diese Einschätzung deutlich zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größenklassen. Während nur rund ein Viertel der Häuser mit bis zu 299 Betten diese Einschätzung teilen, sind es bei den Häusern ab 600 Betten so gut wie alle Häuser (Abb. 9).

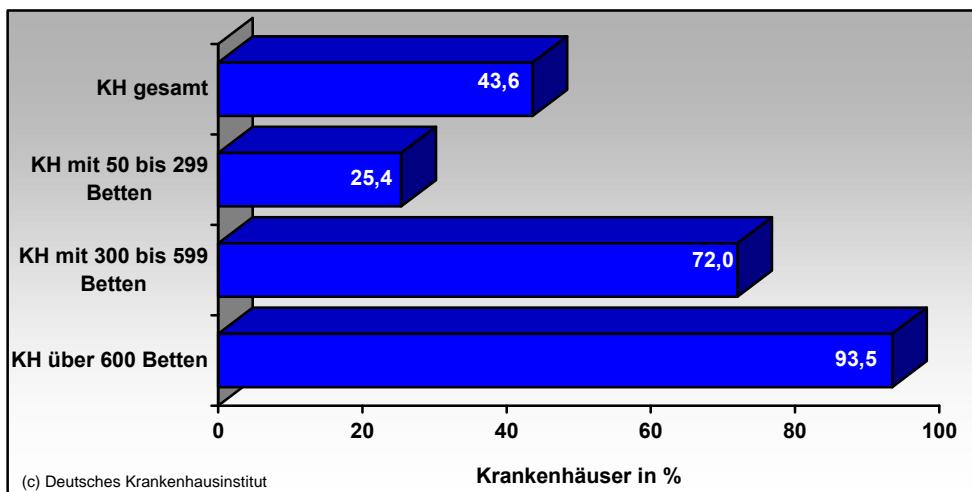


Abb. 9: Krankenhäuser mit geeignetem Leistungsspektrum für Leistungen nach § 116b SGB V

Auch wenn insgesamt rund 44% der Krankenhäuser Leistungen gemäß § 116b SGB V erbringen könnten, haben nicht alle diese Häuser auch einen Antrag bei der zuständigen Landesbehörde gestellt.

77% der Häuser mit geeignetem Leistungsspektrum haben sich für die Erbringung der entsprechenden ambulanten Leistungen entschieden, indem sie einen Antrag bei ihren Landesbehörden gestellt haben oder dies zumindest planen. Hochgerechnet auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland haben somit 500 Krankenhäuser ihr Interesse an der Erbringung von ambulanten Leistungen gemäß § 116b SGB V bekundet. Wiederum ergeben sich großklassenspezifische Unterschiede. Die Antragsquote lag mit 83% bei den Krankenhäusern ab 600 Betten am höchsten, während sie bei 74% der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten lag.

Obgleich sie nach eigenen Angaben über ein geeignetes Leistungsspektrum verfügen, haben 23% der Krankenhäuser keinen Antrag bei der zuständigen Landesbehörde für die ambulante Leistungserbringung gemäß § 116b SGB V gestellt. Über die Gründe hierfür informiert Abb. 10.

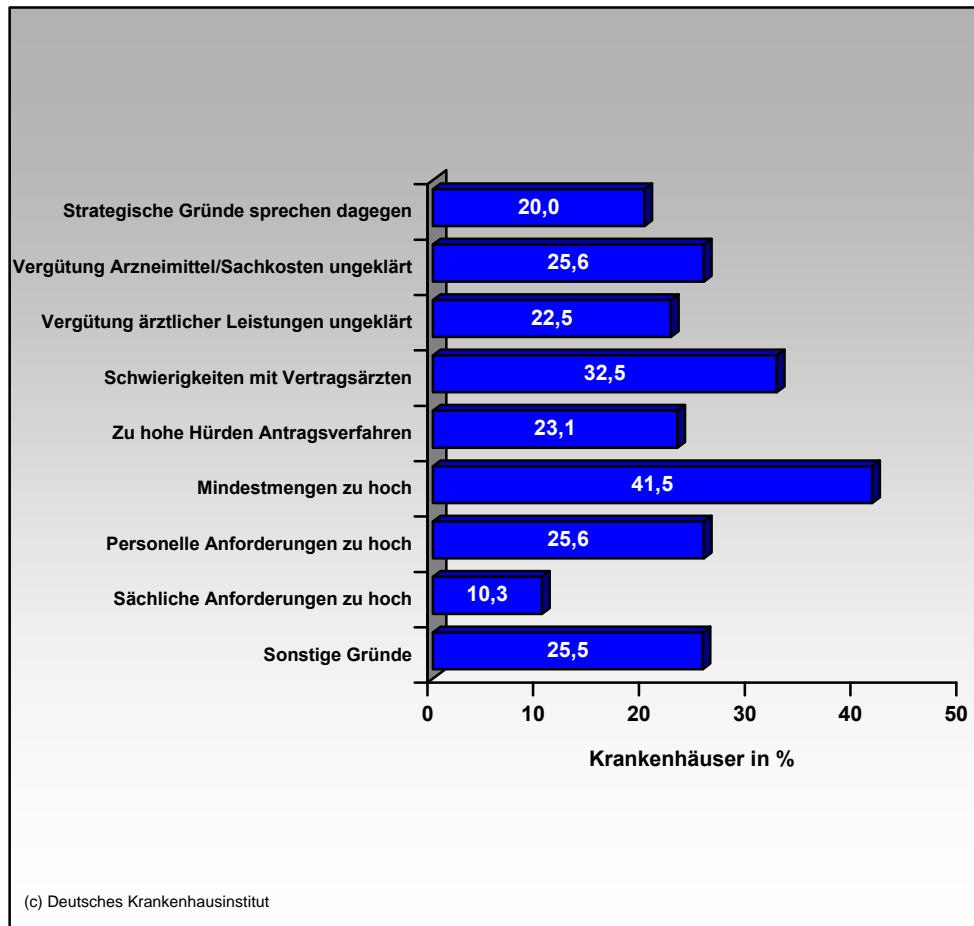


Abb. 10: Gründe, warum Krankenhäuser mit geeignetem Leistungsspektrum keinen Antrag bei der zuständigen Landesbehörde für die Erbringung von Leistungen gemäß § 116b SGB V gestellt haben

Der häufigste Grund waren die zu hohen Mindestmengen für diese Leistungen. So müssen beispielsweise bei der Behandlung von gynäkologischen Tumoren mindestens 330 Patientinnen pro Jahr behandelt werden, damit das Krankenhaus diese onkologische Erkrankung im Rahmen des § 116b SGB V ambulant erbringen darf.

Der an zweiter Stelle genannte Grund betrifft Schwierigkeiten mit Vertragsärzten. Die Vertragsärzte haben durch ihre Interessenvertretungen und diversen Gerichtsverfahren sehr deutlich gemacht, dass sie die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser nicht wünschen. Da Krankenhäuser im gewissen Rahmen abhängig von den zuweisenden Vertragsärzten sind, werden sie dann keinen Antrag auf die § 116b-Leistungen stellen, wenn die Vertragsärzte mit dem erforderlichen Nachdruck intervenieren und die Krankenhäuser in einem intensiven Wettbewerb zu anderen Häusern stehen.

Vergütungsfragen sowie die hohen personellen Anforderungen an die Erbringung von Leistungen wurden ebenfalls häufiger genannt.

Die Problematik der Vergütung von Sachkosten ergibt sich daraus, dass nicht eindeutig ist, ob alle anfallenden Sachkosten tatsächlich über den EBM oder über Verträge mit den Leistungserbringern finanziert werden.

Aufgrund der Detailregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben sich für die unter den § 116b SGB V fallenden Erkrankungen Mindestanforderungen an die personelle Besetzung für die ambulante Behandlung der betroffenen Patienten. Die Anforderungen an die personelle Besetzung sind so hoch, dass ein Viertel der Krankenhäuser sie offensichtlich nicht erfüllen kann.

Als sonstige Gründe wurden u.a. bestehende persönliche Ermächtigungen der leitenden Ärzte oder die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums angegeben.

Abb. 11 zeigt, für welche Erkrankungen die Krankenhäuser einen Antrag zur Erbringung von ambulanten Leistungen gemäß § 116b SGB V gestellt haben.

Rund 82% der Krankenhäuser haben einen Antrag für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen gestellt oder geplant. Mit weitem Abstand folgt die Leistungserbringung im Rahmen der pulmonalen Hypertonie. Die ambulante Behandlung der Multiplen Sklerose und der Mukoviszidose folgen auf den weiteren Plätzen.

Im Durchschnitt hat jedes der Stichprobenkrankehäuser, die sich für eine ambulante Leistungserbringung entschieden haben, zwei Anträge gestellt oder zumindest geplant.

Rechnet man die Zahl der Anträge wieder für die allgemeinen Krankehäuser ab 50 Betten hoch, so haben die schon genannten 500 Krankehäuser insgesamt 950 Anträge gestellt bzw. geplant, davon allein 410 für die onkologischen Erkrankungen.

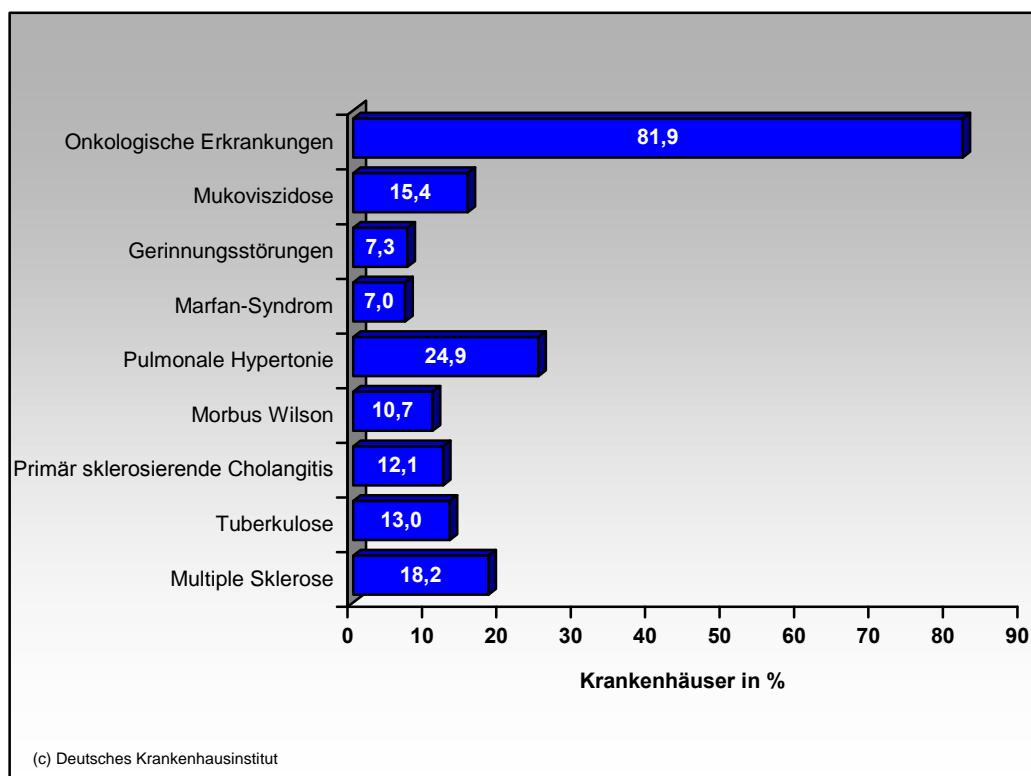


Abb. 11: Gestellter/ geplanter Antrag für hochspezialisierte Leistungen gemäß § 116b SGB V nach Erkrankungen

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren nur 8% der Anträge seitens der zuständigen Landesbehörden genehmigt. Die zögerliche Genehmigungspraxis der Landesbehörden hängt mit der großen rechtlichen Unsicherheit hinsichtlich des Genehmigungsverfahrens, und hier vor allem der Einbindung der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, zusammen. Im Sommer des Jahres 2008 haben die Landesbehörden strittige Fragen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss klären können, so dass zu hoffen bleibt, dass ab Herbst 2008 mit einer zügigen Genehmigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung gemäß § 116b SGB V gerechnet werden kann.

Die Krankenhäuser zeigen ein großes Interesse an der ambulanten Behandlung von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Sie sehen sich hier in der Pflicht, abgestimmte und qualitativ hochwertige Leistungen für ihre Patienten nicht nur stationär, sondern auch ambulant zu erbringen. Der Bundesgesetzgeber unterstützt dies nachhaltig, indem er die Bedingungen für die ambulante Erbringung von Leistungen grundsätzlich erleichtert hat.

Allerdings wurden durch die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Gemeinsamen Bundesausschuss die Ausführungsbestimmungen so verschärft, dass manche Krankenhäuser trotz hoher Qualifikation die Bedingungen nicht erfüllen können. Diese Ausführungsbestimmungen und die daran anknüpfende zögerliche Antragsgenehmigung seitens der zuständigen Landesbehörden führen dazu, dass bis zum Herbst 2008 nur wenige Krankenhäuser in die Lage versetzt worden sind, Leistungen gemäß § 116b SGB V ambulant zu erbringen.

3 MDK-Prüfungen

3.1 Einzelfallprüfungen

Verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen in Krankenhäusern werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf der Grundlage von § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durchgeführt. Demnach sind die Krankenkassen in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Geprüft werden die Voraussetzungen der stationären Behandlung, die Art und der Umfang der Leistungen sowie deren ordnungsgemäße Abrechnung.

Der Anteil der Einzelfallprüfungen an den vollstationären Fällen lag im Jahr 2007 bei 11%. Damit hat sich diese Prüfquote nicht wesentlich zu der des Jahres 2005 (10%) verändert.¹ Wie vor zwei Jahren wurden die Fälle der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern etwas stärker (11,5% der Fälle) einer Einzelfallprüfung unterzogen als die Häuser in den alten Bundesländern (10,6% der Fälle). Nach Größenklassen ergeben sich bei kleineren Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten und größeren Häusern mit über 600 Betten höhere Prüfquoten als bei den mittleren Kliniken mit 300 bis 599 Betten (Abb. 12).

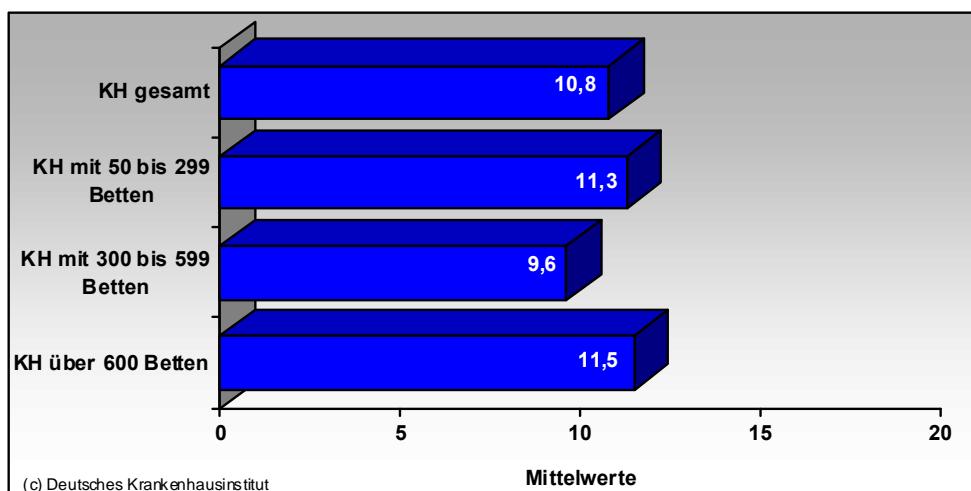


Abb. 12: Anteil Einzelfallprüfungen an vollstationären Fällen im Jahr 2007

Der häufigste Prüfanlass bildete bei über der Hälfte der Krankenhäuser (56,4%) die Dauer der stationären Behandlung, gefolgt von der Richtigkeit abgerechneter Leistungen (23%) und der generellen Notwendigkeit der stationären Behandlung (16,4).² Damit haben die Prüfanlässe eine deutliche Wandlung gegenüber dem Jahr 2005 erfahren. Im *Krankenhaus Barometer* 2006 wurde von fast der Hälfte der Krankenhäuser (44,6%) die Richtigkeit der abgerechneten Leistungen als häufigster Prüfanlass für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen angegeben, gefolgt von der generellen Notwendigkeit der stationären Behandlung (28,4%) und der Dauer der stationären Behandlung (22,1%).³

¹ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer* 2006, Düsseldorf 2006, S. 36.

² Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

³ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer* 2006, Düsseldorf 2006, S. 34.

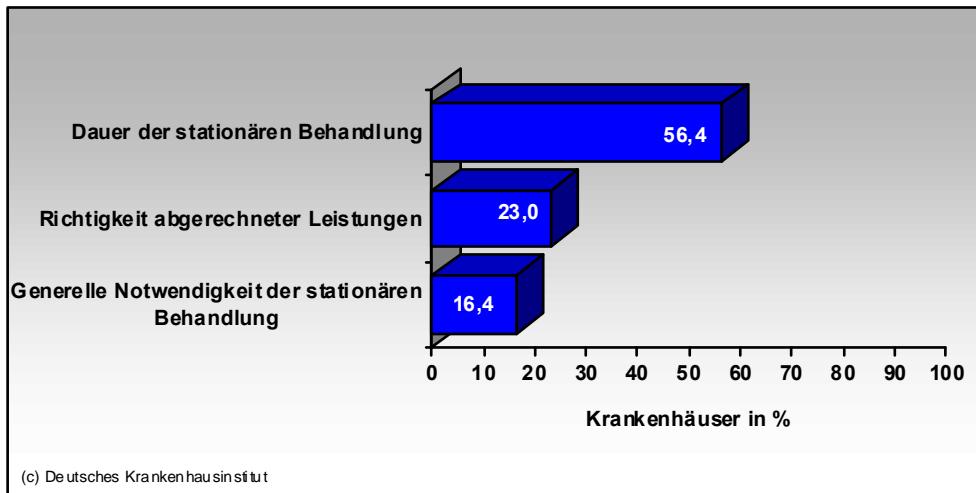


Abb. 13: Häufigster Prüfanlass für verdachtsabhängige Einzelfallprüfungen des MDK

Das Vorgehen und der Ablauf im Rahmen der Einzelfallprüfungen wird seitens der Krankenhäuser sehr kritisch gesehen. 70% der Krankenhäuser problematisieren, dass die Prüfungen nicht mehr den Charakter von Einzelfallprüfungen aufweisen, da diese bei manchen Diagnosen oder Prozeduren standardmäßig durchgeführt werden. Knapp die Hälfte der Häuser kritisiert, dass ein konkreter Prüfauftrag (Prüfgrund) der Krankenkasse nicht eindeutig ersichtlich ist und über ein Drittel der Kliniken ist der Ansicht, dass eine über den Prüfauftrag hinausgehende Übermittlung von Daten gefordert wird. Zudem wir von einem Fünftel der Häuser bemängelt, dass der Prüfauftrag im nachhinein abgeändert oder ergänzt wird (Abb. 14).

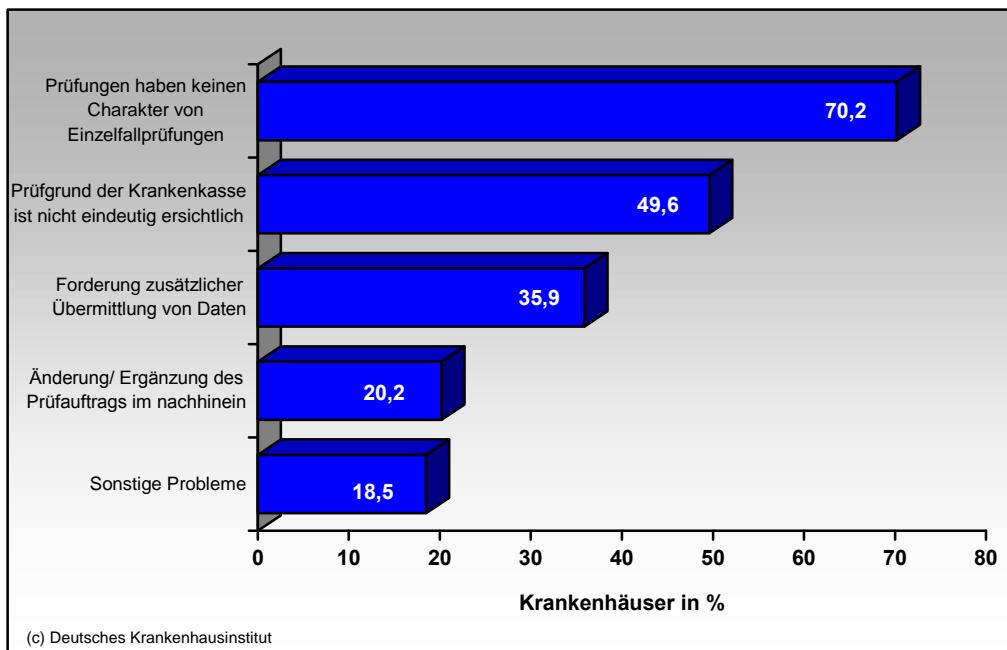


Abb. 14: Probleme im Rahmen von Einzelfallprüfungen

Sonstige Probleme bestehen vorrangig darin, dass die Qualität von MDK-Gutachten bzw. MDK-Gutachtern, die zu lange Bearbeitungszeit und der hohe Aufwand der Bearbeitung von den Krankenhäusern kritisiert werden.

3.2 Sechs-Wochen-Frist

Auf bundesgesetzlicher Ebene ist durch das GKV-WSG zum 1. April 2007 mit dem neu eingefügten § 275 Abs. 1c SGB V eine konkrete Fristenregelung eingeführt worden, wonach eine Einzelfallprüfung „spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus gegenüber anzuzeigen ist“. Bei Überschreitung dieser Sechs-Wochen-Frist ist das Krankenhaus berechtigt, die Prüfung wegen Verfristung als unzulässig abzulehnen.

Dies kam bei den Krankenhäusern jedoch sehr selten vor. Die Quartilswerte in Abb. 15 zeigen, dass ein hoher Anteil an Fristüberschreitungen lediglich bei einzelnen Krankenhäusern auftritt. Der Median liegt bei 0,4%. 25% der Krankenhäuser weisen gar keine Fristüberschreitung auf (unterer Quartils Wert liegt bei Null). Über dem oberen Quartils Wert in Höhe von 1,1% liegt das Viertel der Krankenhäuser mit den höchsten Anteils Werten.

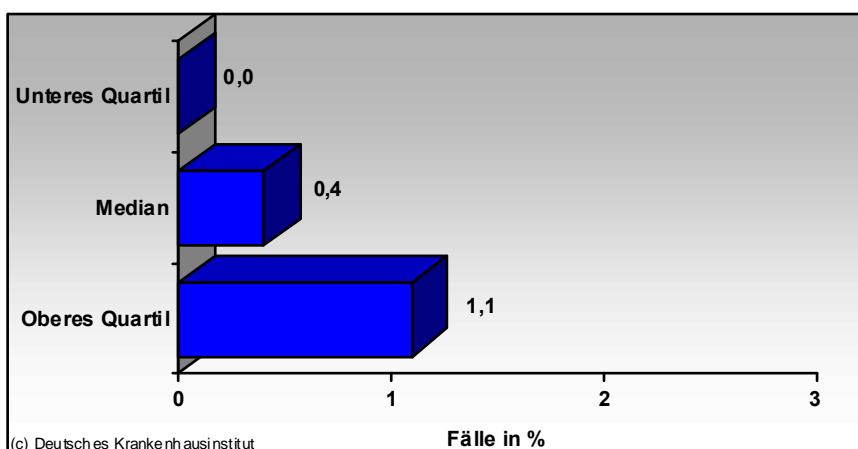


Abb. 15: Anteil Fristüberschreitungen an vollstationären Fällen 2007

Auf Grund des geringen Anteils der Fristüberschreitungen traten Probleme hinsichtlich des Nachweises des Fristanfangs (Eingangsdatum der Krankenhausrechnung bei der Krankenkasse) seitens der Krankenhäuser selten auf. Lediglich rund 3% der Krankenhäuser gaben an, dass dies häufig der Fall war (Abb. 16).

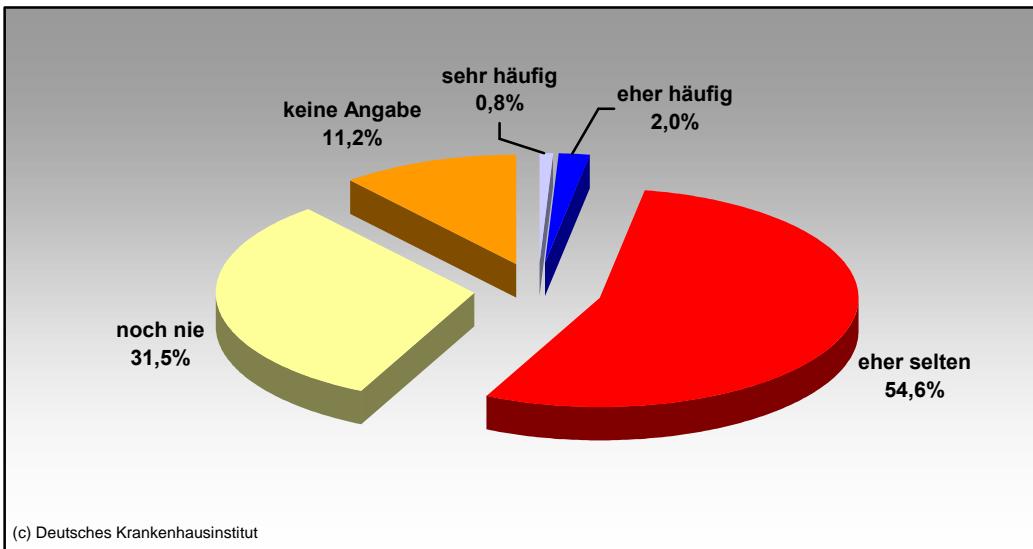


Abb. 16: Probleme hinsichtlich des Nachweises des Fristanfangs der Sechs-Wochen-Frist

3.3 Aufwandspauschale

Das GKV-WSG schreibt zum 1. April 2007 die Zahlung einer Aufwandspauschale von 100 Euro an das Krankenhaus vor, wenn die MDK-Prüfung nicht zu einem geminderten Abrechnungsbetrag führt. Durch diese Regelung soll laut der amtlichen Begründung zum Gesetzentwurf einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen entgegengewirkt werden.

Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser nach den Veränderungen des Prüfverhaltens seit der Einführung der 100-Euro-Regelung befragt. Hier zeigt sich, dass die 100-Euro-Regelung nicht die erhoffte Wirkung erzielt hat. Über die Hälfte der Krankenhäuser gibt an, dass sich seit der Einführung dieser Regelung kaum etwas am Prüfverhalten geändert habe. Bei über einem Viertel der Häuser haben die Einzelfallprüfungen seitdem sogar zugenommen. Diese Wirkung ist ggf. auf die Strategie der Krankenkassen zurückzuführen, mehr Fälle zu prüfen, um die Zahlung der Aufwandspauschale wieder auszugleichen. Bei lediglich 12% der Kliniken haben die Einzelfallprüfungen abgenommen und bei 23% werden sie gezielter vorgenommen.

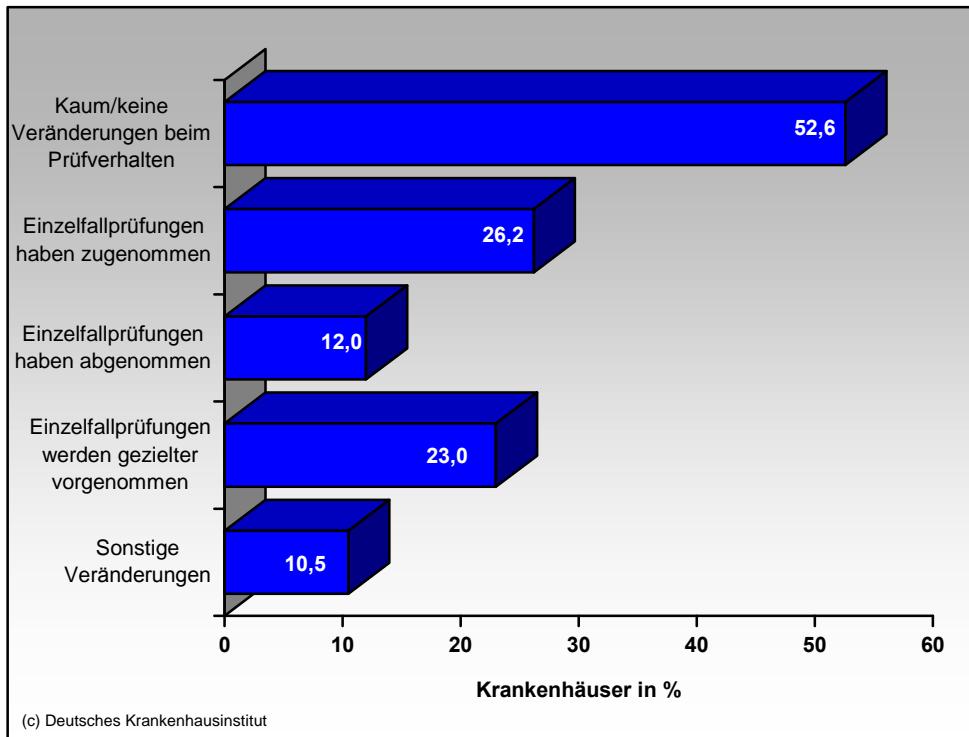


Abb. 17: Veränderungen im Prüfverhalten seit Einführung der 100-Euro-Regelung

Rund 11% der Krankenhäuser gaben an, dass es zu anderweitigen Veränderungen im Prüfverhalten seit Einführung der 100-Euro-Regelung gekommen ist. Die Nennungen der Häuser bezogen sich insbesondere darauf, dass einige Krankenkassen ohne MDK-Einschaltung die Einzelfälle zu klären versuchten.

Probleme mit der 100-Euro-Regelung (z.B. durch die Verweigerung der Kostenträger zur Zahlung dieser Aufwandspauschale) traten bei der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhäuser (72,8%) eher selten oder noch nie auf. Bei weniger als einem Fünftel der Häuser kam dies häufiger vor (Abb. 18).

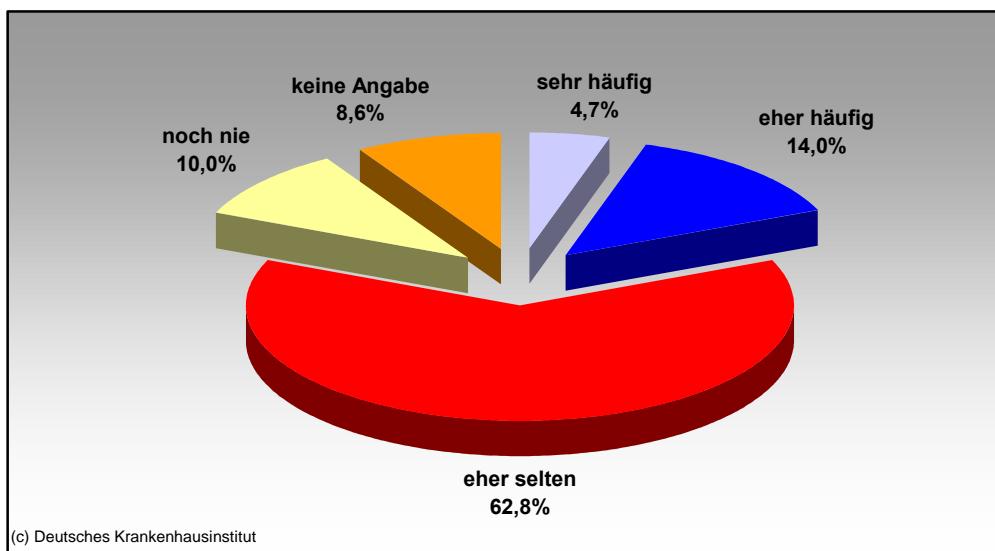


Abb. 18: Probleme mit der 100-Euro-Regelung

Probleme mit der Aufwandspauschale traten bei größeren Häusern häufiger auf als bei kleineren Kliniken. Kam eine wiederholte Verweigerung der Kostenträger zur Zahlung der 100 Euro nur bei 17% der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten vor, waren es in der nächsthöheren Bettengrößenklasse bereits ein Fünftel und in der Gruppe der Kliniken mit 600 und mehr Betten sogar fast ein Drittel.

Hierbei ist zu beachten, dass diese Regelung nur in den Einzelfallprüfungen Anwendung findet, die zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrags geführt haben. Vor diesem Hintergrund wurde erhoben, wie viel Prozent der Einzelfallprüfungen des Jahres 2007 zu Gunsten des Kostenträgers oder Krankenhauses ausgegangen sind. Von zahlreichen Häusern wurde darauf hingewiesen, dass noch nicht alle Einzelfallprüfungen aus dem Jahr 2007 abschließend geklärt werden konnten. Die nachfolgenden Auswertungen und Abb. 19 beziehen sich nur auf die bereits abgeschlossenen Einzelfallprüfungen.

In der Mehrzahl der Einzelfallprüfungen (56,6%) blieb der Rechnungsbetrag unverändert und in 3,9% kam es zu einer Erhöhung. In weit weniger als der Hälfte der Einzelfallprüfungen (39,4%) ließ sich der Verdacht erhärten, so dass es zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages kam. Diese Prüfergebnisse untermauern ggf. die kritische Äußerung der Krankenhäuser, dass Einzelfallprüfungen vielfach standardmäßig und nicht verdachtsabhängig von den Kostenträgern durchgeführt werden.

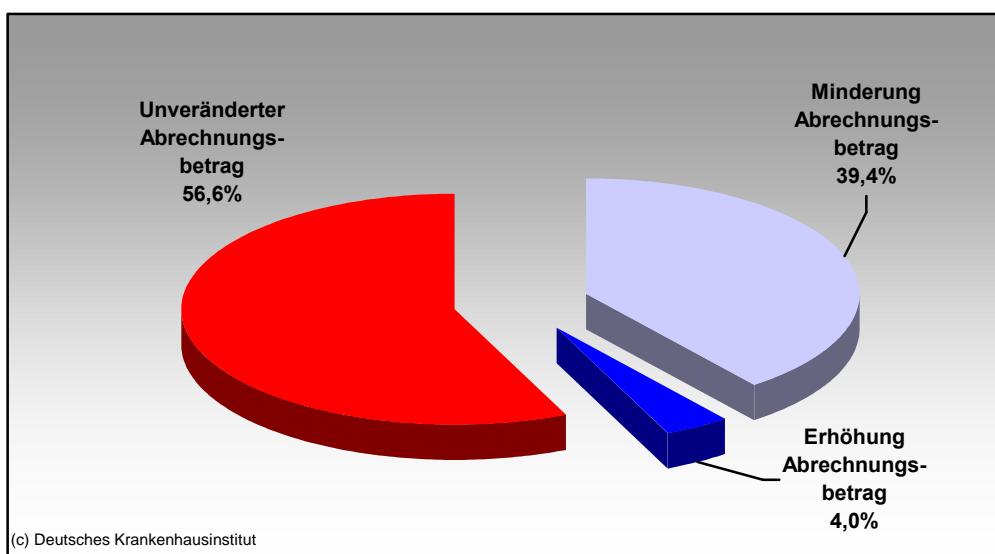


Abb. 19: Ausgang der Einzelfallprüfungen

3.4 Bearbeitungsaufwand bei Einzelfallprüfungen

Betrachtet man die durchschnittliche Länge einer MDK-Prüfung, ist es nachvollziehbar, dass zur Zeit der Befragung im zweiten Quartal 2008 die Einzelfallprüfungen des Jahres 2007 noch nicht bei allen Krankenhäusern abgeschlossen waren. Über alle Krankenhäuser ab 50 Betten dauert es von der Prüfmitteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung durchschnittlich rund 13 Wochen, also etwa drei Monate. Bei 25% der Krankenhäuser ist die Einzelfallprüfung spätestens in der sechsten Woche nach Prüfmitteilung des MDK abgeschlossen. Bei einem Viertel der Häuser dauert es hingegen 16 Wochen oder länger. Der Median liegt bei 10 Wochen (Abb. 20).

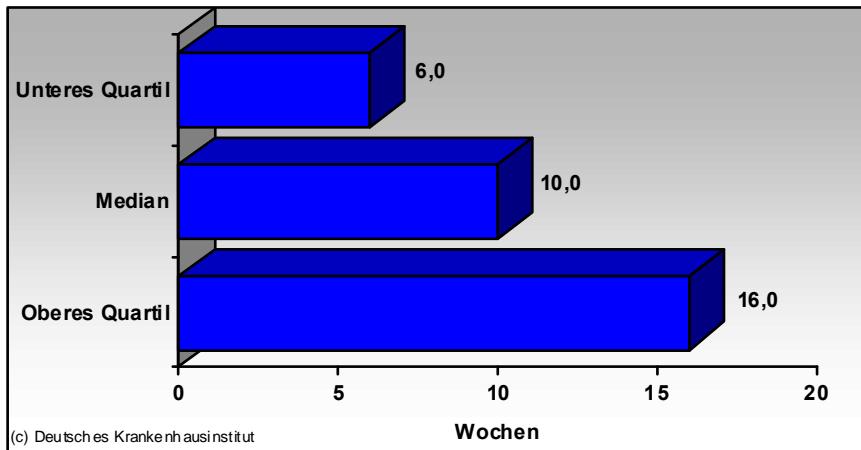


Abb. 20: Durchschnittliche Dauer von der Prüfmitteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung

Diese Werte liegen bei den kleineren Häusern mit 50 bis 299 Betten etwas niedriger als bei den Kliniken mit einer höheren Bettenanzahl.

Der durchschnittliche Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung liegt für den Ärztlichen Dienst bei rund 25 Minuten pro Fall und für den Verwaltungsdienst bei 39 Minuten pro Fall. Mit zunehmender Größe des Krankenhauses steigt der Minutenwert pro Fall für den Verwaltungsdienst wie für den Ärztlichen Dienst an.

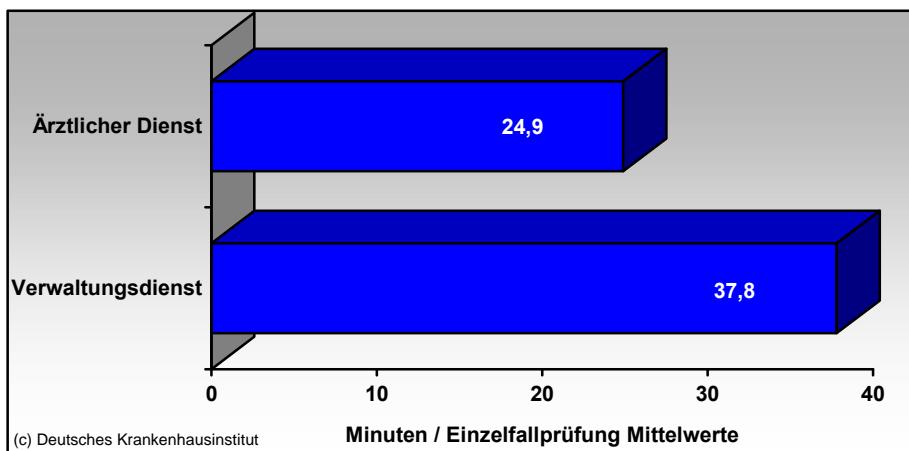


Abb. 21: Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung

Dieser Arbeitsaufwand führt bei der nicht unerheblichen Anzahl durchgeföhrter Einzelfallprüfungen zu einer deutlichen Bindung von Vollkräften. Beispielsweise dürften diesen Angaben zufolge in großen Krankenhäusern mindestens eine Vollkraft im Ärztlichen Dienst und fast zwei Vollkräfte im Verwaltungsdienst allein damit beschäftigt sein, die Einzelfallprüfungen zu bearbeiten. Vor dem Hintergrund dieser Personalbindung ist noch einmal kritisch anzumerken, dass bei der Masse der Einzelfallprüfungen der Rechnungsbetrag unverändert bleibt und die Prüfquoten trotz gesetzlich vorgeschriebener Verdachtsabhängigkeit sehr hoch sind.

3.5 Stichprobenprüfungen

Mit Einführung des DRG-Systems wurde ein neues Prüfinstrument für die gesetzlichen Krankenkassen, die so genannte „Stichprobenprüfung“ im Krankenhaus (§ 17c KHG), implementiert. Danach können die Krankenkassen durch den MDK akute oder abgeschlossene Fälle mittels Stichproben prüfen lassen, die sich auf bestimmte Organisationseinheiten oder Diagnosen, Prozeduren oder Entgelte beziehen. Diese im Gegensatz zu den Einzelprüfungen wesentlich umfassendere Prüfung wurde durch eine auf der Bundesebene abgeschlossenen Empfehlung konkretisiert, welche zum 15. April 2004 in Kraft getreten ist. Seit dem Ablauf der Schonfrist für die Umsetzung der Datenübermittlung zum 1. Oktober 2005 ist dieses Instrument voll einsatzfähig.⁴

Im Frühjahr 2006 wurden noch bei 3% der Krankenhäuser dieses Prüfinstrument von den Krankenkassen angewendet.⁵ Zwei Jahre später gaben nunmehr 7,6% der Häuser an, schon einmal in eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG einbezogen worden zu sein (Abb. 22). Nur in Ausnahmefällen wurden bereits mehrere Stichprobenprüfungen durchgeführt. Die Einbeziehung in eine Stichprobenprüfung nimmt mit steigender Bettengröße der Krankenhäuser zu.

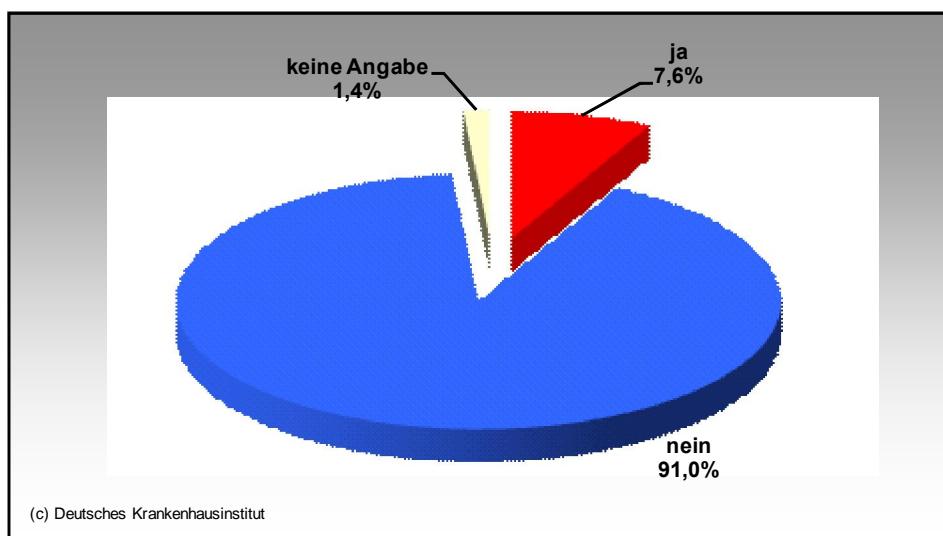


Abb. 22: Einbeziehung in eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG

Bei den Krankenhäusern, die in eine Stichprobenprüfung nach § 17c KHG einbezogen waren und die Angaben zum Umfang machen konnten, wurden vorrangig einzelne Abteilungen begutachtet. Einige Krankenhäuser gaben auch an, dass das gesamte Krankenhaus, einzelne DRGs oder einzelne Prozeduren in die Stichprobe einbezogen wurde. Seltener wurden einzelne Diagnosen oder MDCs mit Hilfe dieser Prüfinstrumentariums fokussiert.

Wie im Jahr 2006 bezog sich der Prüfauftrag der Stichprobenprüfung nach § 17c KHG vorrangig auf die Überprüfung der Notwendigkeit der stationären Aufnahme (primäre Fehlbelegung). Die sekundäre Fehlbelegung (Notwendigkeit eines jeden weiteren Behandlungstages) und die ordnungsgemäße Abrechnung (Kodierung) wurden häufiger überprüft als die vorzeitige Entlassung oder Verlegung.

⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.: Stichprobenprüfung im Krankenhaus nach § 17c KHG – Materialien und Hinweise, 1. Aufl., Düsseldorf 2005, S. 5.

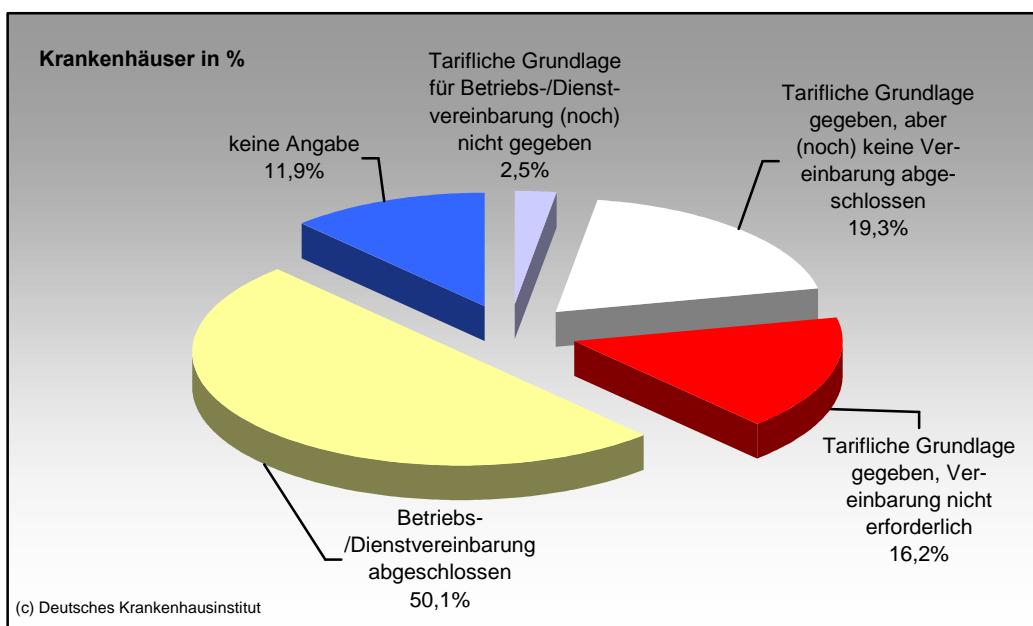
⁵ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer 2006*, Düsseldorf 2006, S. 37.

4 Arbeitszeit und Personalsituation

4.1 Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit (Opt-Out)

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der wöchentlichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz (48 Stunden) möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden und der Arbeitnehmer schriftlich eingewilligt hat (sog. Opt-Out-Regelung). Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit für den Ärztlichen Dienst ihres Krankenhauses die entsprechenden tariflichen und ggf. erforderlichen betrieblichen Grundlagen vorliegen.

Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2008 lagen zumindest die tarifvertraglichen Voraussetzungen für die Opt-Out-Regelung in den deutschen Krankenhäusern weitgehend vor. Lediglich bei 2,5% der Einrichtungen war die tarifliche Grundlage dafür noch nicht gegeben. Darüber hinaus hatten rund 19% der Einrichtungen, trotz vorhandener tariflicher Grundlage, noch keine Betriebs- oder Dienstvereinbarung abgeschlossen.



**Abb. 23: Umsetzungsstand der Opt-Out-Regelung im Ärztlichen Dienst
- Frühjahr 2008 -**

Fasst man diese Werte zusammen, so lagen im Frühjahr 2008 in rund einem Fünftel der deutschen Krankenhäuser die rechtlichen Voraussetzungen für die Anwendung von Opt-Out noch nicht vor. In dieser Hinsicht gab es keine nennenswerten Unterschiede nach Krankenhausgröße respektive Krankenhaussträgerschaft und im Ost-West-Vergleich.

Bei insgesamt rund zwei Dritteln der deutschen Krankenhäuser (66,3%) wird die Opt-Out-Regelung umgesetzt, weil tarifliche Grundlagen dafür ausreichen oder die erforderlichen Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen vorliegen. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Umsetzungsstand der Opt-Out-Regelung im Ärztlichen Dienst somit fortgeschritten.

4.2 Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der täglichen Höchstarbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden. Die Einzelheiten und Bedingungen für entsprechende Arbeitszeitverlängerungen im Krankenhaus sind in den Tarifverträgen höchst unterschiedlich geregelt. Eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit auf bis zu 24 Stunden ist dabei unter bestimmten Voraussetzungen grundsätzlich möglich:

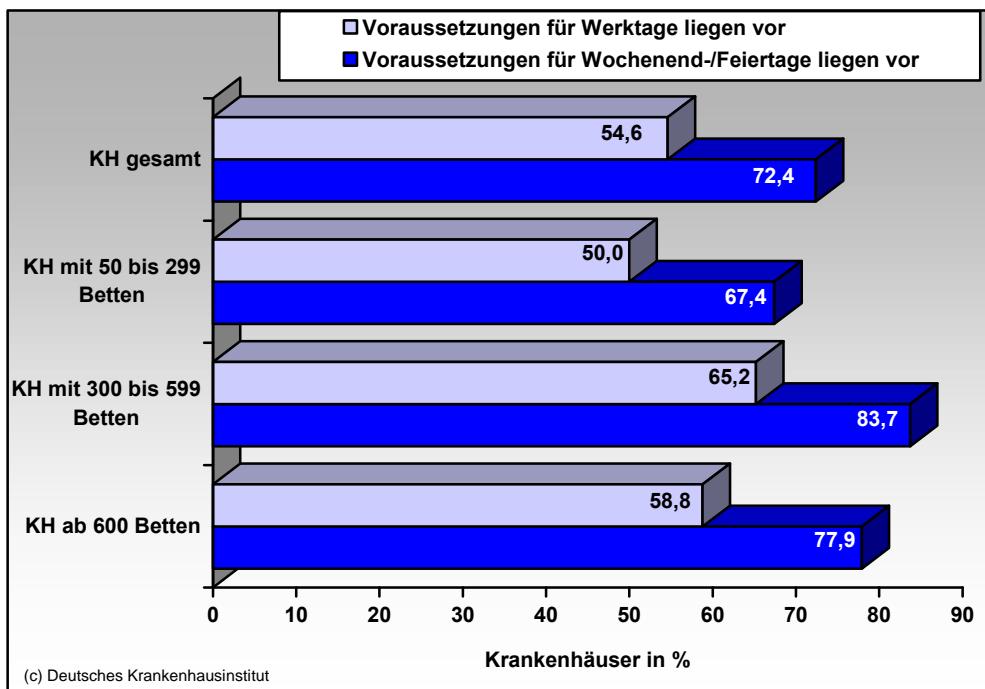
Teilweise ist dafür eine tarifliche Grundlage ausreichend, teilweise sind dafür zusätzliche Betriebs- oder Dienstvereinbarungen im Krankenhaus erforderlich. Für Wochenend- und Feiertage sind Sonderregelungen vorgesehen, welche die Leistungen von 24-Stunden-Diensten erleichtern, etwa die Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit auf 24 Stunden, wenn ausschließlich Bereitschaftsdienst anfällt.

Vor dem Hintergrund dieser insgesamt heterogenen Tarifsituation sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit in ihrem Krankenhaus sowohl die tariflichen als auch die ggf. erforderlichen betrieblichen Voraussetzungen für eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit im Ärztlichen Dienst auf bis zu 24 Stunden vorliegen. Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2008 lagen die entsprechenden Voraussetzungen nicht flächendeckend vor:

Bis dahin war in gut der Hälfte der Krankenhäuser (54,6%) eine Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit an Werktagen auf bis zu 24 Stunden möglich. Bedingt durch die entsprechenden Sonderregelungen fällt der Anteilwert zumindest für die Wochenend- und Feiertage merklich höher aus (72,4%). Im Vergleich zum Vorjahr ist mit Blick auf die Werkstage eine stärkere Zunahme zu verzeichnen (+9,7%), für die Wochenend- bzw. Feiertage eine moderate Zunahme (+3,7%).

In diesem Zusammenhang muss offen bleiben, inwieweit 24-Stunden-Dienste (vor allem an Werktagen) im Rahmen einer ggf. neuen Arbeitszeitorganisation von Krankenhäusern vorgesehen oder zwischen Krankenhausträgern und Mitarbeitervertretungen überhaupt konsensfähig sind.

Nach wie vor liegen die erforderlichen Voraussetzungen zur Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten seltener vor (Abb. 24). Insofern kleinere Häuser eher größere Probleme haben, das neue Arbeitszeitgesetz bzw. innovative Arbeitszeitmodelle umzusetzen, sind sie von fehlenden Flexibilisierungsmöglichkeiten bei der täglichen Höchstarbeitszeit auch stärker betroffen.



**Abb. 24: Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit im Ärztlichen Dienst
- Vorliegen erforderlicher Voraussetzungen**

4.3 Notlagentarifverträge

Zur Vermeidung bzw. Beseitigung wirtschaftlicher Probleme eines Krankenhauses oder zur Beschäftigungssicherung können ggf. Abweichungen von den Regelungen eines Tarifvertrages vereinbart werden, in der Regel auf überbetrieblicher Ebene. Die Einzelheiten sind in den jeweiligen Tarifwerken geregelt.

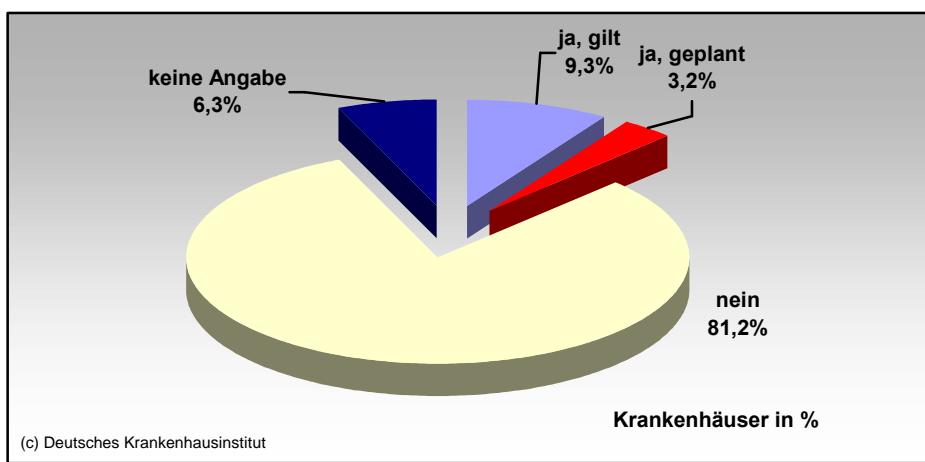


Abb. 25: Vorliegen/Planung eines Notlagentarifvertrages

Derzeit gilt für gut 9% der Krankenhäuser ein entsprechender Notlagentarifvertrag bzw. ein Tarifvertrag zur Zukunftssicherung des Krankenhauses. In weiteren gut 3% der Einrichtungen sind solche Verträge darüber hinaus geplant.

Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Häuser mit Notlagentarifvertrag leicht rückläufig (-1,7%). Darüber hinaus werden entsprechende Verträge auch seltener geplant (-4,8%). Während im Vorjahr gültige Notlagentarifverträge in den

neuen Bundesländern überrepräsentiert und in kleinen Krankenhäusern mit 50 bis 300 Betten unterrepräsentiert waren, haben sich die Unterschiede nach regionaler Lage und Krankenhausgröße zwischenzeitlich merklich angeglichen. Generell zeichnen sich die betroffenen Krankenhäuser aus naheliegenden Gründen durch eine schlechtere wirtschaftliche Lage aus.

4.4 Unterschiedliche Tarifverträge im Ärztlichen Dienst

Traditionell gibt es im Krankenhaus, insbesondere in Abhängigkeit vom Krankenhausträger, unterschiedliche Tarifverträge bzw. ein unterschiedliches Tarifrecht. Speziell im Ärztlichen Dienst hat sich durch das Ausscheiden des Marburger Bundes aus der Verhandlungsgemeinschaft mit ver.di die Tariflandschaft noch mehr zersplittert. Vor diesem Hintergrund wurde im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* speziell untersucht, inwieweit es im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser ggf. ein Nebeneinander unterschiedlicher Tarifwerke im selben Haus gibt. Häuser mit unterschiedlichen Tarifwerken im Ärztlichen Dienst sollten darüber hinaus angeben, welche konkreten Tarifverträge für wie viele Ärzte im jeweiligen Haus gelten.

Demnach gelten in 18,2% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten unterschiedliche Tarifverträge für den Ärztlichen Dienst. Vor allem in größeren Häusern ab 600 Betten ist mit fast einem Drittel (30,9%) ein Nebeneinander unterschiedlicher Tarifverträge deutlich häufiger anzutreffen (Abb. 26). Da hier große Häuser überrepräsentiert sind, fällt die entsprechende Tarifbindung nach Ärzten insgesamt größer aus: D. h. rund 25% aller Krankenhausärzte arbeiten in Einrichtungen mit unterschiedlichen Tarifverträgen für den Ärztlichen Dienst.

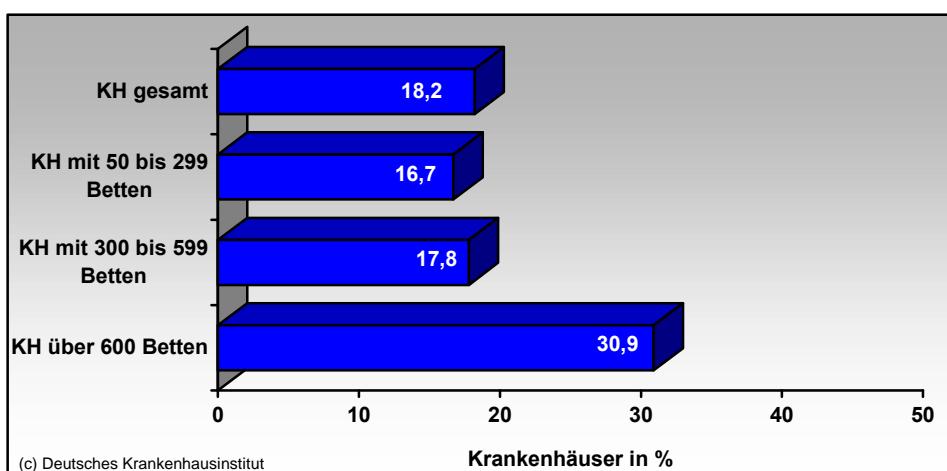


Abb. 26: Krankenhäuser mit unterschiedlichen Tarifverträgen im Ärztlichen Dienst

Die häufigsten Konstellationen unterschiedlicher Tarifwerke können der Abb. 27 entnommen werden.

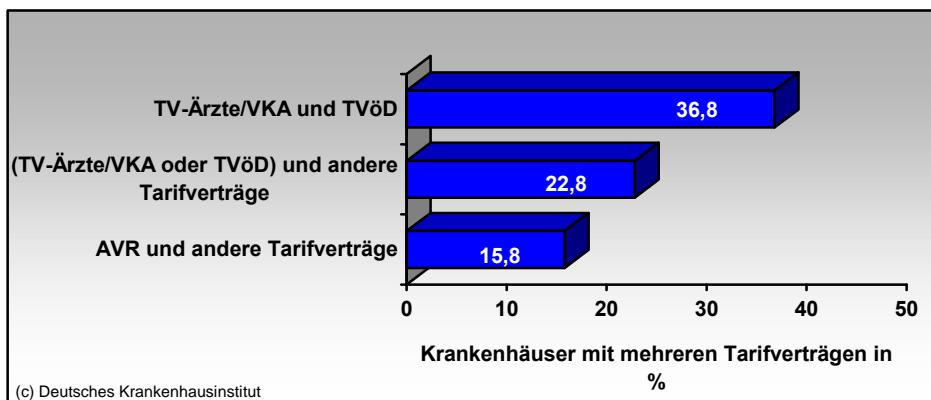


Abb. 27: Krankenhäuser mit mehreren Tarifwerken im Ärztlichen Dienst - Häufigste Varianten

Am häufigsten ist die Kombination des Tarifvertrages für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern zwischen der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und dem Marburger Bund (TV-Ärzte/VKA) sowie des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst für Krankenhäuser zwischen ver.di und der VKA (TVöD BT-K). In gut einem Drittel der Krankenhäuser mit unterschiedlichen Tarifwerken gelten beide Tarifverträge. Allerdings ist in diesen Häusern eindeutig der TV-Ärzte/VKA das vorherrschende Tarifwerk. Nach Tarifbindung der Ärzte betrachtet, gilt hier für rund 90% der Ärzte dieser Tarifvertrag.

In gut 20% der Krankenhäuser mit unterschiedlichen Tarifwerken gilt entweder der TV-Ärzte/VKA oder der TVöD BT-K in Verbindung mit anderen Tarifwerken, vor allem den "Vorgängern" des BAT bzw. BAT-Ost oder Haustarifverträgen. In den jeweiligen Häusern herrscht zwar jeweils ein Tarifvertrag mit Bindungsquoten von 70-99% der Ärzte vor. Über alle Häuser dieser Gruppe hinweg gibt es jedoch kein eindeutig vorherrschendes Tarifwerk.

In fast 16% der Häuser mit unterschiedlichen Tarifwerken gelten die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der kirchlichen Krankenhausträger in Verbindung mit anderen Tarifverträgen. Die häufigsten Kombinationen sind die AVR für das Diakonische Werk und der BAT bzw. der TV-Ärzte jeweils in der kirchlichen Fassung oder Haustarifverträge. Auch hier herrscht pro Krankenhaus wiederum ein Tarifvertrag mit Bindungsquoten von 60-98% der Ärzteschaft vor.

Alle anderen Varianten sind quantitativ von eher untergeordneter Bedeutung. Sie betreffen vor allem verschiedene Kombinationen von Haus- bzw. Unternehmensgruppen-Tarifverträgen sowie dem Verbandstarifvertrag der Privaten Krankenanstalten (ggf. noch in Verbindung mit weiteren Tarifwerken). Des Weiteren gilt in rund 20% der Universitätskliniken der Tarifvertrag für Ärzte an Universitätskliniken zwischen der Tarifgemeinschaft der deutschen Länder und dem Marburger Bund (TV-Ä) vor allem in Verbindung mit verschiedenen Haustarifverträgen.

Das Nebeneinander unterschiedlicher Tarifverträge kann einen administrativen Mehraufwand verursachen (z.B. mit Blick auf die Gehaltsabrechnung, die Arbeitszeitorganisation und -erfassung), Einigungs- und Abstimmungsprobleme in den Mitarbeitervertretungen begünstigen (etwa wegen Rivalitäten zwischen einzelnen Gewerkschaften oder Mitarbeitervertretern) und zu Konflikten und Akzeptanzschwierigkeiten in der Mitarbeiterschaft führen (vor allem auf Grund unterschiedlicher Tarifbedingungen bei vergleichbarer Arbeit).

4.5 Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst

Angesichts von Problemen bei der Personalrekrutierung und der schwierigen wirtschaftlichen Situation sollten die Krankenhäuser im diesjährigen *Krankenhaus Barometer*, wie schon 2006, angeben, wie viele offene Stellen im Ärztlichen Dienst sie derzeit nicht besetzen können. Rund zwei Drittel der Krankenhäuser (67,3%) hat demnach Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist damit eine sehr starke Zunahme zu verzeichnen. Seinerzeit lag der entsprechende Anteilswert noch bei 28,4%.

Nach wie vor gibt es beim Problem der Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst ein Ost-West-Gefälle. Während in den neuen Bundesländern fast 81% der Krankenhäuser Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, fiel der entsprechende Anteil im alten Bundesgebiet mit rund 65% niedriger aus (Abb. 28). Allerdings hat sich die Differenz zwischen dem Osten und dem Westen des Landes im Vergleich zu 2006 nahezu halbiert. Die Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst stellt also mittlerweile ein gesamtdeutsches Problem dar.

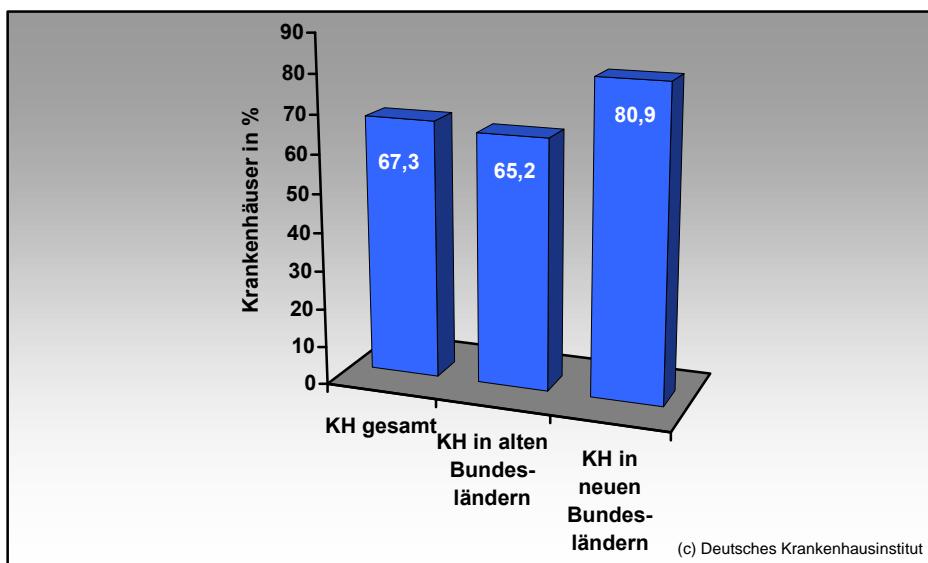


Abb. 28: Krankenhäuser mit nicht besetzten Stellen im Ärztlichen Dienst

Die Krankenhäuser mit entsprechenden Problemen konnten im Mittel fast vier Stellen nicht besetzen. Im Jahr 2006 lag der entsprechende Durchschnittswert noch bei 2,5 Stellen, also um etwa ein Drittel niedriger. Auch mit Blick auf die Stellenzahl resultiert wiederum ein deutliches Ost-West-Gefälle. Während die ostdeutschen Krankenhäuser durchschnittlich 5,6 Stellen nicht besetzen konnten, waren es in den westdeutschen Einrichtungen im Mittel 3,5 Stellen (Abb. 29).

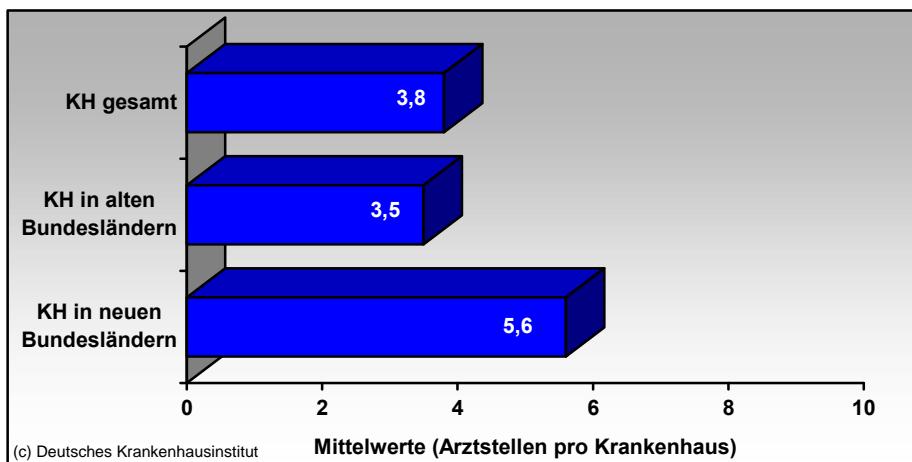


Abb. 29: Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst
- Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, konnten bundesweit rund 4.000 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Im Vergleich zu 2006 (mit 1.300 unbesetzten Stellen) hat sich die Anzahl somit etwa verdreifacht. Rund 23% der nicht besetzten Stellen im Ärztlichen Dienst entfielen auf die neuen Bundesländer, obwohl deren Anteil an der Krankenhausärzteschaft insgesamt nur bei rund 16% liegt.

Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Stellen in den jeweiligen Häusern konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt 4% ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Im Vergleich zu den alten Bundesländern (3,7%) fiel der entsprechende Anteilswert in den neuen Bundesländern (5,7%) wiederum merklich überproportional aus.

Angesichts dieser Zahlen stellt sich die Frage nach den Auswirkungen von Stellenbesetzungsproblemen im Krankenhausalltag. Hierzu sollten die Krankenhäuser angeben, welche Probleme *primär* auf Grund der Nichtbesetzung offener Stellen im Ärztlichen Dienst bereits aufgetreten sind. Die Prozentsätze in der Abb. 30 beziehen sich nur auf Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen.

Das gravierendste Folgeproblem stellt demnach die Arbeitszeitorganisation dar. Fast jedes betroffene Krankenhaus (91,8%) hat - auch vor dem Hintergrund des novellierten Arbeitszeitgesetzes - entsprechende Schwierigkeiten. Gut ein Drittel berichtet von Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung und gut ein Sechstel der Häuser von der Einführung oder dem Ausbau von Wartelisten. Bei rund 8% der Einrichtungen wird die Nichtbesetzung offener Stellen im Ärztlichen Dienst für die Schließung von Stationen oder Bereichen primär verantwortlich gemacht; in diesen Häusern lag der Anteil der unbesetzten Stellen sogar bei 6,3%. Gemäß den Antworten auf eine offene Frage dominiert unter den sonstigen Problemen vor allem eine noch höhere Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte.

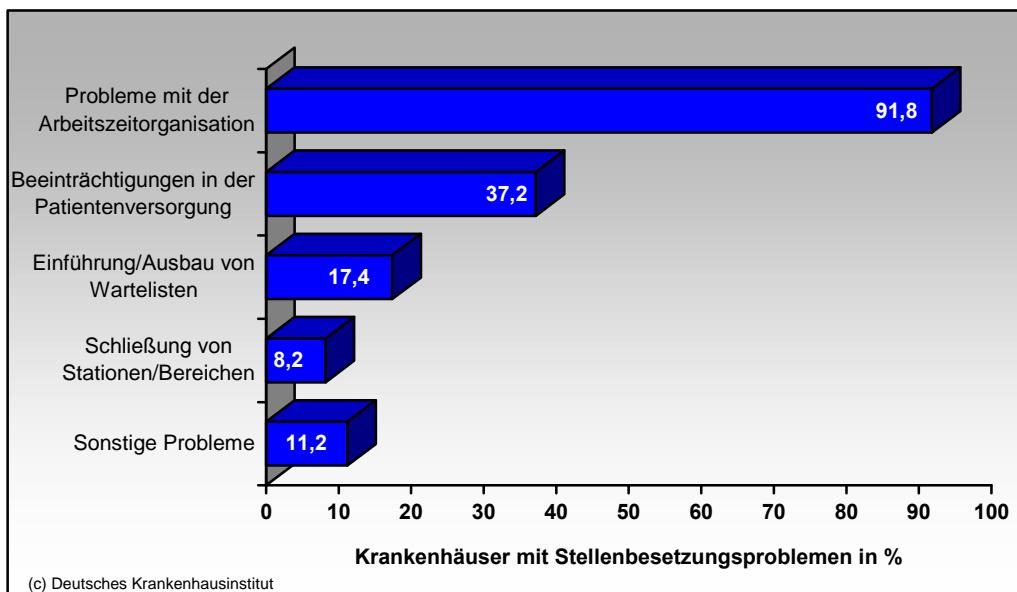


Abb. 30: Auswirkungen von Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich die Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst allmählich zu einem gravierenden Problem der stationären Versorgung entwickelt. Sowohl der Anteil der Häuser mit offenen Stellen als auch die Anzahl nicht besetzter Stellen haben binnen zwei Jahren drastisch zugenommen. Die Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst haben mittlerweile gleichermaßen Auswirkungen auf die Krankenhausorganisation und die Patientenversorgung.

4.6 Außerhalb der Patientenversorgung tätige Ärzte

Ärzte bzw. Mediziner sind im Krankenhaus nicht mehr ausschließlich in der Patientenversorgung tätig, sondern kommen zusehends auch in Bereichen des strategischen und operativen Managements zum Einsatz, vor allem in der Geschäftsführung, im Medizincontrolling, im Prozess-, Risiko- oder Qualitätsmanagement. Mit dem diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wird erstmalig die entsprechende Größenordnung quantifiziert. Zu diesem Zweck sollten die Krankenhäuser angeben, wie viele Ärzte/ Mediziner - ganz oder teilweise - außerhalb der bettenführenden Abteilungen und Funktionsbereiche, also nicht unmittelbar in der Patientenversorgung, tätig sind.

Demnach sind in deutschen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten im Durchschnitt rund zwei Mediziner außerhalb der Patientenversorgung tätig. Allerdings sind die Werte sehr schief verteilt. Fast ein Drittel der Krankenhäuser (31,1%) setzt Mediziner nicht außerhalb der bettenführenden Abteilungen und Funktionsbereiche ein. Jeweils rund ein Viertel der Einrichtungen verfügt über einen (27,5%) bzw. über zwei (24,9%) nicht unmittelbar in der Patientenversorgung tätige Ärzte, 16,5% über drei oder mehr solcher Mediziner.

Mit zunehmender Krankenhausgröße steigt deren Anzahl stark überproportional an (Abb. 31). Während die kleineren Häuser mit 50 bis 299 Betten im Durchschnitt nur einen Mediziner und Häuser der mittleren Bettengrößenklasse zwei Mediziner außerhalb der Patientenversorgung beschäftigen, sind es in den großen Einrichtungen ab 600 Betten durchschnittlich 9,5 Ärzte. Hier gibt es zudem

nur wenige Häuser (5,9%), welche Mediziner nicht außerhalb der bettenführenden Abteilungen oder Funktionsbereiche einsetzen.

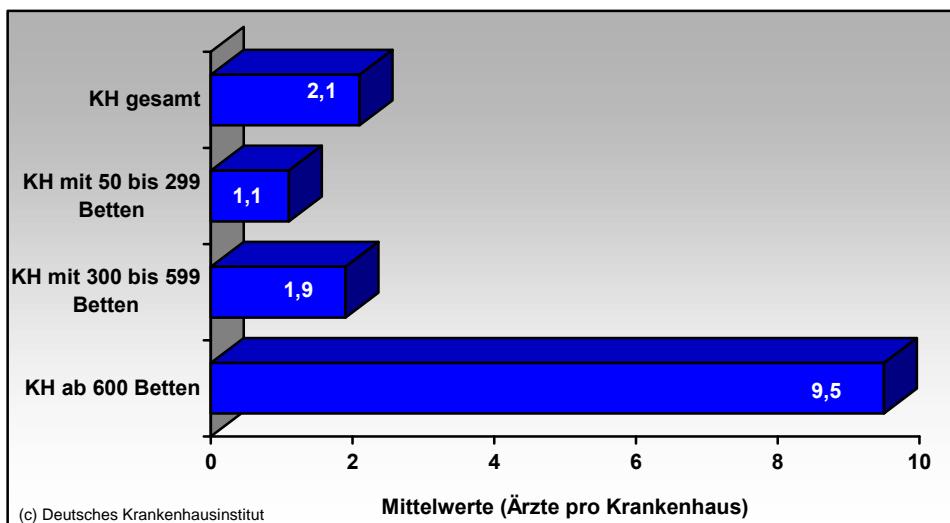


Abb. 31: Außerhalb der Patientenversorgung tätige Ärzte

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten gibt es insgesamt rund 3.200 Ärzte bzw. Mediziner, die - ganz oder teilweise - nicht unmittelbar in der Patientenversorgung tätig sind. Bezogen auf die entsprechende Gesamtzahl der Ärzte entspricht dies einem Anteilswert von rund 2,5%.

Angesichts des relativ hohen Anteils von Krankenhäusern ohne entsprechende Mediziner sowie des zunehmenden Bedarfs an medizinischem Know-how auch außerhalb der Patientenversorgung ist in den nächsten Jahren mit einer weiteren Steigerung zu rechnen.

4.7 Neuordnung von pflegerischen Tätigkeiten

In den Krankenhäusern findet seit einiger Zeit eine intensive Diskussion um die Zuordnung von Tätigkeiten auf verschiedene Berufsgruppen statt. Im *Krankenhaus Barometer* 2007 wurde über die Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten berichtet.

Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* stand die Delegation pflegerischer Tätigkeiten im Fokus. Anhand von fünf potentiell zur Verlagerung an andere Berufsgruppen geeigneter Tätigkeiten sollte exemplarisch deutlich gemacht werden, wo Krankenhäuser ggf. noch Potenzial für eine Neuordnung von Aufgaben im Pflegedienst haben könnten.

In jeweils rund 70% der Krankenhäuser erfolgt die Patientenbegleitung von/ zur Abteilung, die Terminierung von Untersuchungen in Funktionsbereichen, die Versorgungsassistenz sowie die Essensverteilung auf der Station üblicherweise ganz oder überwiegend durch KrankenpflegerInnen bzw. KrankenpflegehelferInnen. Nur noch in rund 37% der Krankenhäuser sind diese Mitarbeitergruppen für Hol- und Bringdienste zuständig.

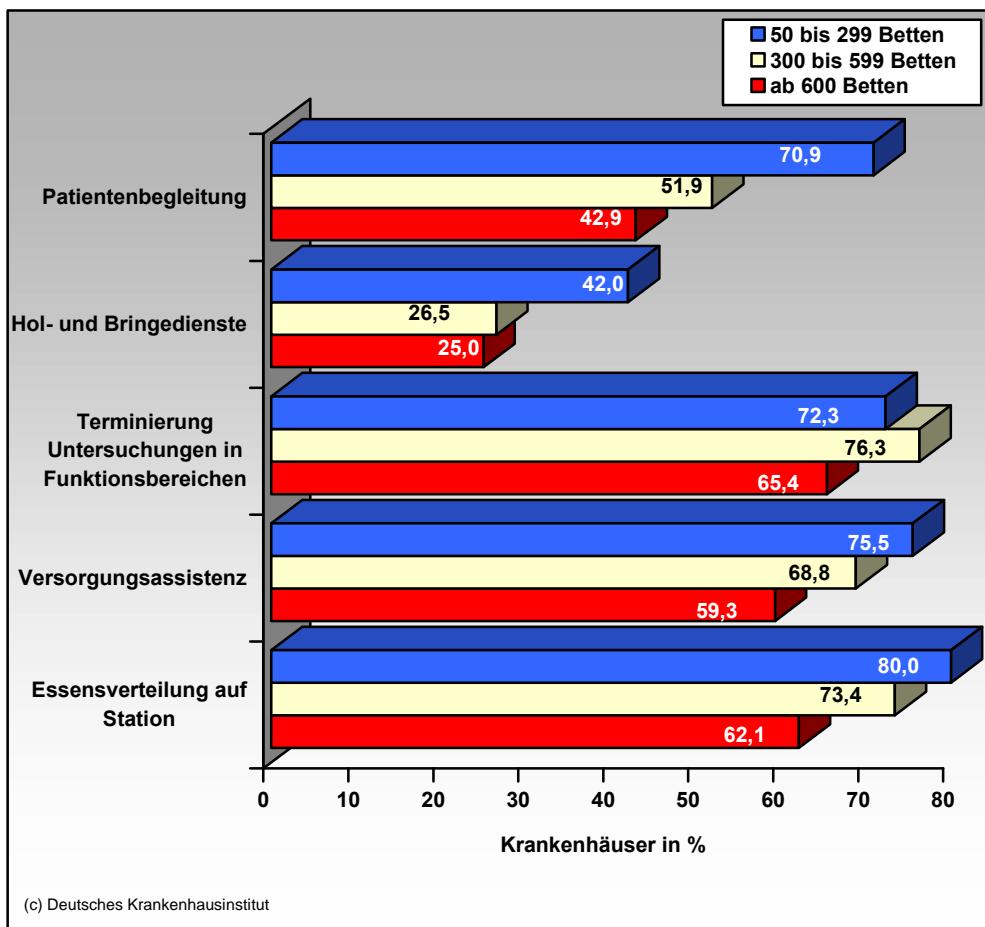


Abb. 32: Übernahme von Tätigkeiten durch KrankenpflegerInnen bzw. KrankenpflegehelferInnen

Allerdings zeigen sich bei diesen fünf Tätigkeiten deutliche bis sehr deutliche Unterschiede zwischen den Größenklassen (Abb. 32). Beispielsweise erfolgt in 71% der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten die Patientenbegleitung durch Mitarbeiter dieser Berufsgruppen. Dagegen ist dies nur in rund 43% der Häuser ab 600 Betten der Fall.

Vergleichbar hierzu ist auch die Übernahme der Versorgungsassistenz. In drei Viertel der Häuser zwischen 50 und 299 Betten, aber nur in 59% der Krankenhäuser ab 600 Betten, wird diese Aufgabe durch KrankenpflegerInnen/ KrankenpflegehelferInnen wahrgenommen.

In den letzten drei Jahren wurden in 44% der Krankenhäuser nicht-pflegerische Berufsgruppen auf den Stationen neu eingesetzt, insbesondere in den großen Häusern ab 600 Betten (63%).

Von den Krankenhäusern wurden in diesem Zusammenhang folgende Berufsgruppen häufiger genannt:

- Medizinische Dokumentationsassistenten
- Versorgungsassistenten
- Stationsassistenten
- Stationssekretärinnen

- Medizinische Fachangestellte
- Pflegeservicekräfte.

In vielen Krankenhäusern wurden somit in den letzten drei Jahren neue Berufsgruppen in die Patientenversorgung integriert. Es liegt eine große Dynamik vor. Allerdings zeigt sich auch, dass in den Bereichen Patientenbegleitung, Terminierung von Untersuchungen oder der Versorgungsassistenz noch ein Verlagerungspotenzial vorliegt, welches von den Krankenhäusern erschlossen werden kann.

5 Familienfreundlichkeit im Krankenhaus

5.1 Familienfreundliche Unternehmensstrategie

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird für viele Beschäftigte im Krankenhausbereich zusehends wichtiger. Familienorientierung im Krankenhaus begünstigt daher die Gewinnung und Bindung von Mitarbeitern. Am Arbeitsplatz Krankenhaus wird künftig die Schaffung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Standort-, Image- und Wettbewerbsfaktor bilden.⁶ Vor diesem Hintergrund wurde im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* eine Bestandsaufnahme der Familienorientierung im stationären Sektor vorgenommen.

Zunächst sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit die Familienfreundlichkeit in ihrem Krankenhaus überhaupt von unternehmensstrategischer Relevanz ist. Bei jeweils rund 40% der Krankenhäuser hat die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eher oder teilweise einen hohen Stellenwert in der Unternehmensstrategie des Krankenhauses. 12,6% der Befragten verneinen die entsprechende Frage (Abb. 33).

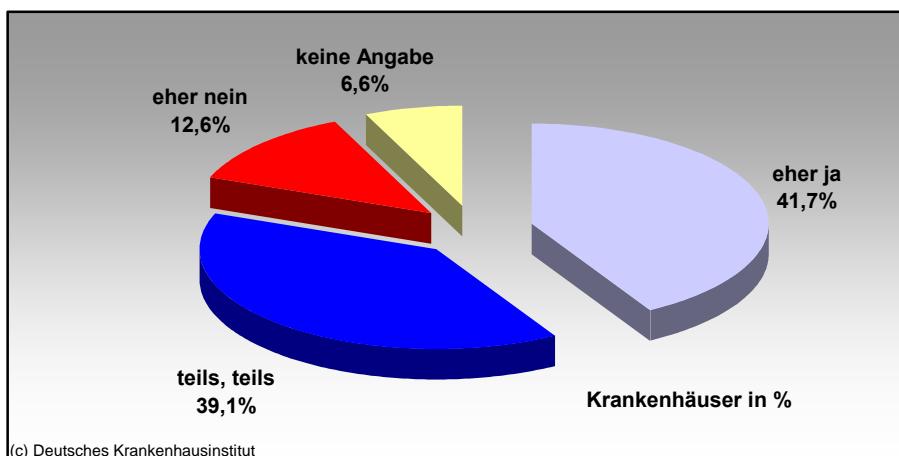


Abb. 33: Verbreitung einer familienfreundlichen Unternehmensstrategie

Der Stellenwert einer familienfreundlichen Unternehmensstrategie variiert signifikant in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße: Während rund zwei Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen eher hohen Stellenwert einräumen, ist dies in Häusern mit 50 bis 299 Betten nur bei einem Drittel der Einrichtungen der Fall und in der mittleren Bettengrößenklasse zur Hälfte.

⁶ Vgl. Büren, A.: Das familienfreundliche Krankenhaus. Arzt & Krankenhaus, 6/2008, S. 173-175.

Bei einer explizit familienfreundlichen Unternehmensstrategie handelt es sich nicht nur um eine unverbindliche Absichtserklärung. Vielmehr hat sie auch praktische Konsequenzen, insofern sie positiv mit der Verbreitung von Maßnahmen der betrieblichen Familienpolitik korreliert. So weisen die entsprechenden Krankenhäuser eine betriebliche Kinderbetreuung bzw. sonstige Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder, Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme sowie flexible Arbeitszeiten signifikant häufiger auf als Häuser, in denen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen geringeren Stellenwert einnimmt.⁷

5.2 Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen

Eine bedarfsgerechte Kinderbetreuung ist die wichtigste Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die öffentlichen Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen reichen nicht aus oder genügen hinsichtlich ihrer Infrastruktur (z.B. Öffnungszeiten) teilweise nicht den Anforderungen berufstätiger Mütter und Väter. Eine Alternative hierzu bildet eine betriebseigene Kinderbetreuung. Davon profitieren beiden Seiten: Die Mitarbeiter erhalten mehr Spielraum zwischen Privatleben und Arbeit; die Unternehmen fördern eine schnelle Rückkehr aus der Elternzeit, verringern Fehlzeiten, erzielen Imageeffekte und verbessern ihre Position auf dem Bewerbermarkt.⁸

Im Sinne ihrer Mitarbeiterorientierung und Personalakquise gewinnt die betriebliche Kinderbetreuung daher auch für die Krankenhäuser zusehends an Bedeutung. Abb. 34 zeigt, wie es heute um die betriebliche Kinderbetreuung im Krankenhaus bestellt ist. Dabei wird grundsätzlich zwischen betriebseigenen Kinderbetreuungseinrichtungen, betrieblichen Belegplätzen in externen Einrichtungen sowie nach Angeboten für verschiedene Altersgruppen unterschieden.

Knapp 10% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten verfügen demnach über eine betriebseigene Kinderkrippe (für Kinder bis 3 Jahre, ggf. im Verbund mit anderen Unternehmen). Darüber hinaus planen 8% der Krankenhäuser mittelfristig, d.h. in den nächsten 5 Jahren, eine betriebseigene Kinderkrippe. Die Mehrheit der Krankenhäuser (70,7%) hat weder eine Kinderkrippe noch plant sie eine solche Einrichtung. Zu beachten ist, dass hier und bei den anderen Merkmalen ein relevanter Anteil der Krankenhäuser zu ihren Planungen keine Angaben gemacht hat.

⁷ Vgl. im Einzelnen Kap. 6.2-6.5.

⁸ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Familienbewusste Personalpolitik. Berlin 2008.

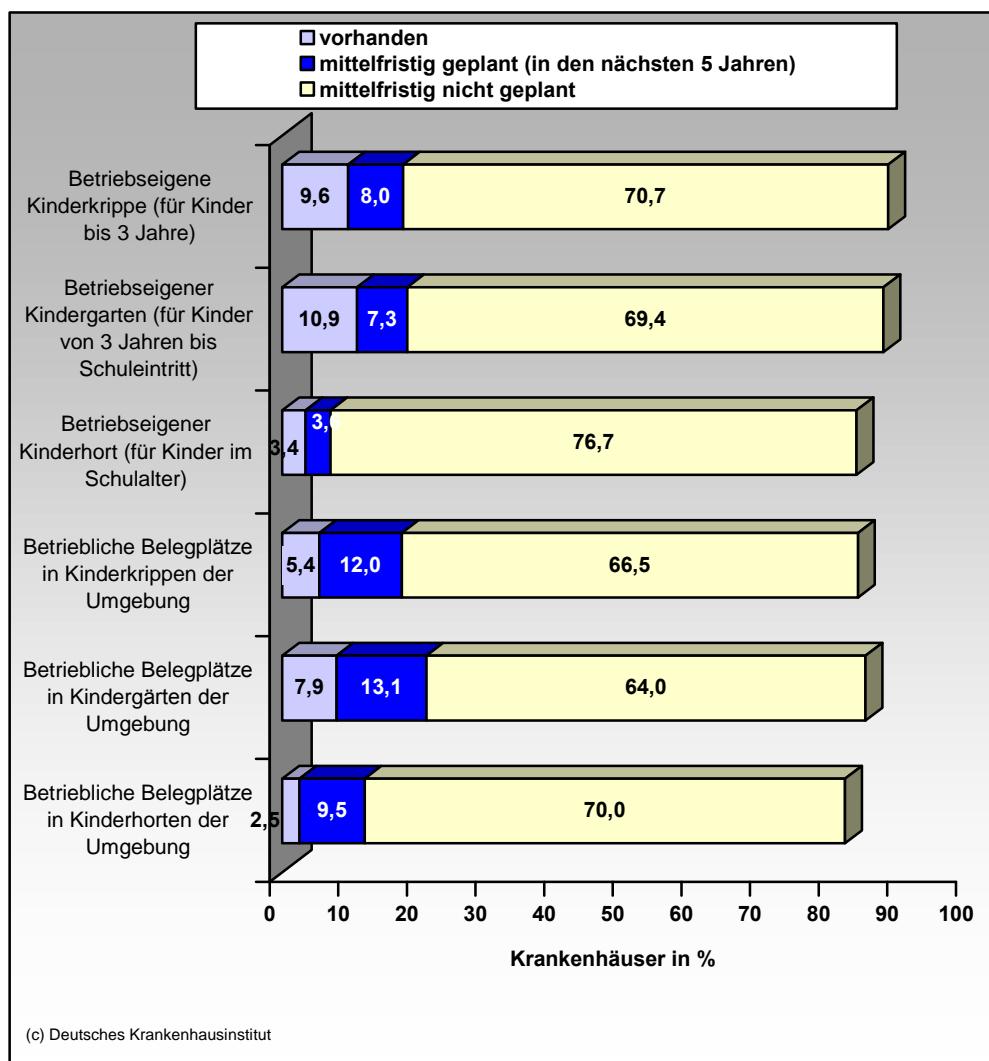


Abb. 34: Betriebliche Kinderbetreuungseinrichtungen⁹

Für betriebseigene Kindergärten (für Kinder von 3 Jahren bis Schuleintritt, ggf. im Verbund mit anderen Unternehmen) resultieren ähnliche Werte wie für die Kinderkrippen: Knapp 11% der Krankenhäuser haben und gut 7% planen ein entsprechendes Angebot. Im Übrigen verfügen rund vier Fünftel der Krankenhäuser mit betriebseigenem Kindergarten und damit rund 8% der Krankenhäuser insgesamt gleichzeitig über eine eigene Kinderkrippe.

Noch relativ selten in deutschen Krankenhäusern sind betriebseigene Kinderhorte (für Kinder im Schulalter, ggf. im Verbund mit anderen Unternehmen). Nur jeweils gut 3% der Krankenhäuser haben oder planen mittelfristig einen Kinderhort. Die Mehrzahl der Krankenhäuser mit betriebseigenem Kinderhort hat auch eine eigene Kinderkrippe bzw. einen Kindergarten. Bundesweit halten somit rund 3% der Krankenhäuser alle drei Einrichtungen gleichzeitig vor.

Die Vorhaltung betriebseigener Kindereinrichtungen variiert sehr stark in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße: So verfügt jeweils etwa jedes zweite Krankenhaus ab 600 Betten über eine Kinderkrippe bzw. einen Kindergarten. Bei Krankenhäusern unter 300 Betten sind es hingegen jeweils knapp 5% und bei

⁹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Häusern mit 300 bis 599 Betten jeweils gut 10%. Auch Kinderhorte sind in großen Krankenhäusern deutlich überrepräsentiert (16,1%), während es sie in kleineren Krankenhäusern kaum gibt (0,9%).

Neben der Vorhaltung eigener Kinderbetreuungseinrichtungen besteht die Möglichkeit von betrieblichen Belegplätzen in Einrichtungen der Umgebung. Diese Option nutzen zwischen 2,5% (Kinderhorte) und 7,9% (Kindergärten) der Befragungsteilnehmer. Auch hier steigen die Anteilswerte mit zunehmender Krankenhausgröße. Darüber hinaus planen jeweils rund 10% der Krankenhäuser mittelfristig betriebliche Belegplätze in Kinderkrippen, -gärten oder -horten.

Nach krankenhausbezogener Aufsummierung haben insgesamt 19,2% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten mindestens ein Angebot der betrieblichen Kinderbetreuung gemäß Abb. 34. Die betriebliche Kinderbetreuung hängt maßgeblich von der Krankenhausgröße ab: Während in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten rund zwei Drittel eine betriebseigene Kinderbetreuung aufweisen, sind es in kleineren Häusern unter 300 Betten weniger als 10% und in der mittleren Bettengrößenklasse knapp 30% (Abb. 35).

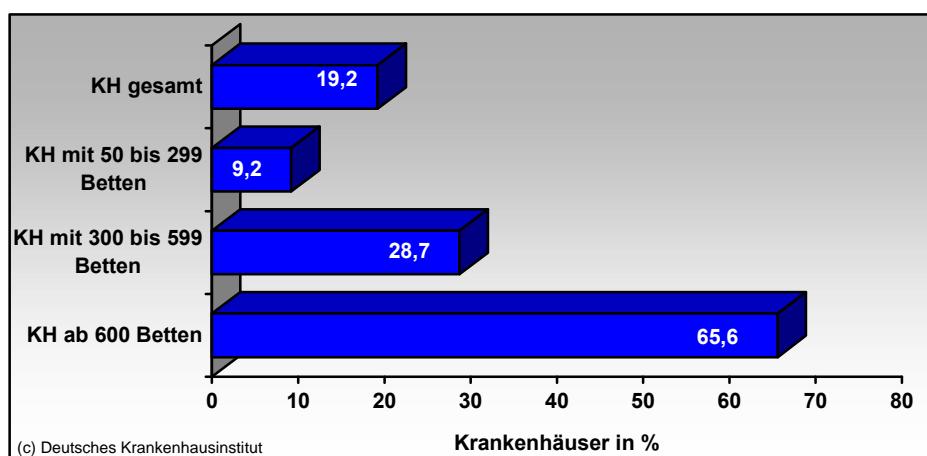


Abb. 35: Krankenhäuser mit betrieblicher Kinderbetreuung

Insgesamt 53% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten verfügen derzeit über keine betriebliche Kinderbetreuung im definierten Sinne und planen auch mittelfristig keine entsprechenden Einrichtungen. Hierunter sind kleinere Häuser mit 50 bis 299 Betten überrepräsentiert (65,4%) und Häuser ab 600 Betten unterrepräsentiert (6,5%). Fasst man die Häuser ohne (geplante) Kinderbetreuung (53%) und mit vorhandener betrieblicher Kinderbetreuung (19,2%) zusammen, dann lässt sich schlussfolgern, dass zusätzlich bis zu 28% der Krankenhäuser mittelfristig in den nächsten fünf Jahren Angebote zur betrieblichen Kinderbetreuung planen.

Wie sind nun die Ergebnisse zur betrieblichen Kinderbetreuung im Krankenhaus zu bewerten? Zur besseren Einordnung erscheint ein Vergleich mit der betrieblichen Kinderbetreuung in der deutschen Wirtschaft insgesamt sinnvoll. Nach einer Repräsentativerhebung des Instituts der Deutschen Wirtschaft verfügen 3,5% der deutschen Unternehmen über eine betriebliche Kinderbetreuung. Der entsprechende Wert von 19,2% für die deutschen Krankenhäuser wäre demzufolge deutlich überdurchschnittlich. Allerdings erfasst die Erhebung auch sehr viele kleinere Unternehmen, die aus naheliegenden Gründen nicht mit den Krankenhäusern zu vergleichen sind.

Beschränkt man sich auf Unternehmen mit mindestens 250 Mitarbeitern - eine Zahl, welche die Mehrzahl der Krankenhäuser erreicht oder überschreitet -, dann liegt der Prozentsatz der Unternehmen mit betrieblicher Kinderbetreuung bundesweit bei 18,4%.¹⁰ Die Verbreitung betrieblicher Kinderbetreuung im Krankenhaus läge somit leicht über dem Durchschnitt der deutschen Wirtschaft.

Über die Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der vorhandenen Kinderbetreuung im Krankenhaus können im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* allerdings ausdrücklich keine Aussagen getroffen werden. Im Grundsatz stehen die Krankenhäuser mit ihrer betrieblichen Kinderbetreuung jedoch keineswegs schlechter da als andere Branchen, zumal wenn man in Rechnung stellt, dass mittelfristig eine merkliche Zunahme des Angebots zu erwarten ist. Dabei steht außer Frage, dass in Deutschland die Infrastruktur der betrieblichen Kinderbetreuung im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf branchenübergreifend noch deutlich ausbaufähig ist.

5.3 Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen

Neben den Kapazitäten von Kinderbetreuungseinrichtungen (Plätze und Betreuungspersonal) sind elternfreundliche Öffnungszeiten entscheidend für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das gilt insbesondere für das Krankenhaus, das seine Leistungen rund um die Uhr vorhalten muss bzw. im Mehrschichtbetrieb arbeitet. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser mit betrieblicher Kinderbetreuung¹¹ nach den normalen Öffnungszeiten dieser Einrichtungen an Werktagen gefragt.

Tab. 1 kann entnommen werden, wann die Einrichtungen im Durchschnitt (Median) öffnen respektive schließen. Über alle internen bzw. externen Betreuungsangebote hinweg sind die Ergebnisse demnach in hohem Maße vergleichbar: Die Kinderbetreuungseinrichtungen der deutschen Krankenhäuser öffnen in der Regel zwischen 6.00 Uhr und 7.00 Uhr. Im Schnitt schließen sie gegen 17.00 Uhr. Nur jeweils rund 5% der Einrichtungen schließen früher als 16.00 Uhr.

Kinderbetreuungseinrichtungen	Öffnungszeit (Median)	Schließzeit (Median)
Betriebseigene Kinderkrippe	6.00 Uhr	17.00 Uhr
Betriebseigener Kindergarten	6.20 Uhr	17.00 Uhr
Betriebseigener Kinderhort	6.40 Uhr	17.00 Uhr
Betriebliche Belegplätze in Kinderkrippen der Umgebung	6.30 Uhr	17.00 Uhr
Betriebliche Belegplätze in Kindergärten der Umgebung	7.00 Uhr	17.00 Uhr
Betriebliche Belegplätze in Kinderhorten der Umgebung	6.25 Uhr	17.05 Uhr

Tab. 1: Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen

Eine Reihe von Einrichtungen ist aber auch noch in den Abendstunden geöffnet:

¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Institut der Deutschen Wirtschaft: Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2006. Berlin 2006. Die Ergebnisse für größere Unternehmen wurden dankenswerterweise vom Institut der Deutschen Wirtschaft auf Basis einer Sonderauswertung zur Verfügung gestellt.

¹¹ Vgl. Kap. 6.2.

Beispielsweise schließen jeweils rund 20% der betriebseigenen Kinderkrippen und Kindergärten erst zwischen 19.00 Uhr und 21.00 Uhr.

Somit ist zu konstatieren, dass Krankenhäuser mit betrieblicher Kinderbetreuung überwiegend bereits eine Ganztagesbetreuung im genannten Sinne anbieten. Die Öffnungszeiten der Einrichtungen kommen insofern den Arbeitszeiten der Krankenhausmitarbeiter weit entgegen. In jedem Fall gilt dies mit Blick auf die Früh- bzw. Regeldienste, für die Spätdienste jedoch nur mit Einschränkungen.

5.4 Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder

Über die Vorhaltung betrieblicher Kinderbetreuungseinrichtungen und Belegplätze hinaus gibt es eine Reihe weiterer einschlägiger Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder im Rahmen einer familienorientierten Personalpolitik.¹² Die im *Krankenhaus Barometer* erhobenen sonstigen Unterstützungs- und Serviceangebote für Familien können der Abb. 36 entnommen werden.

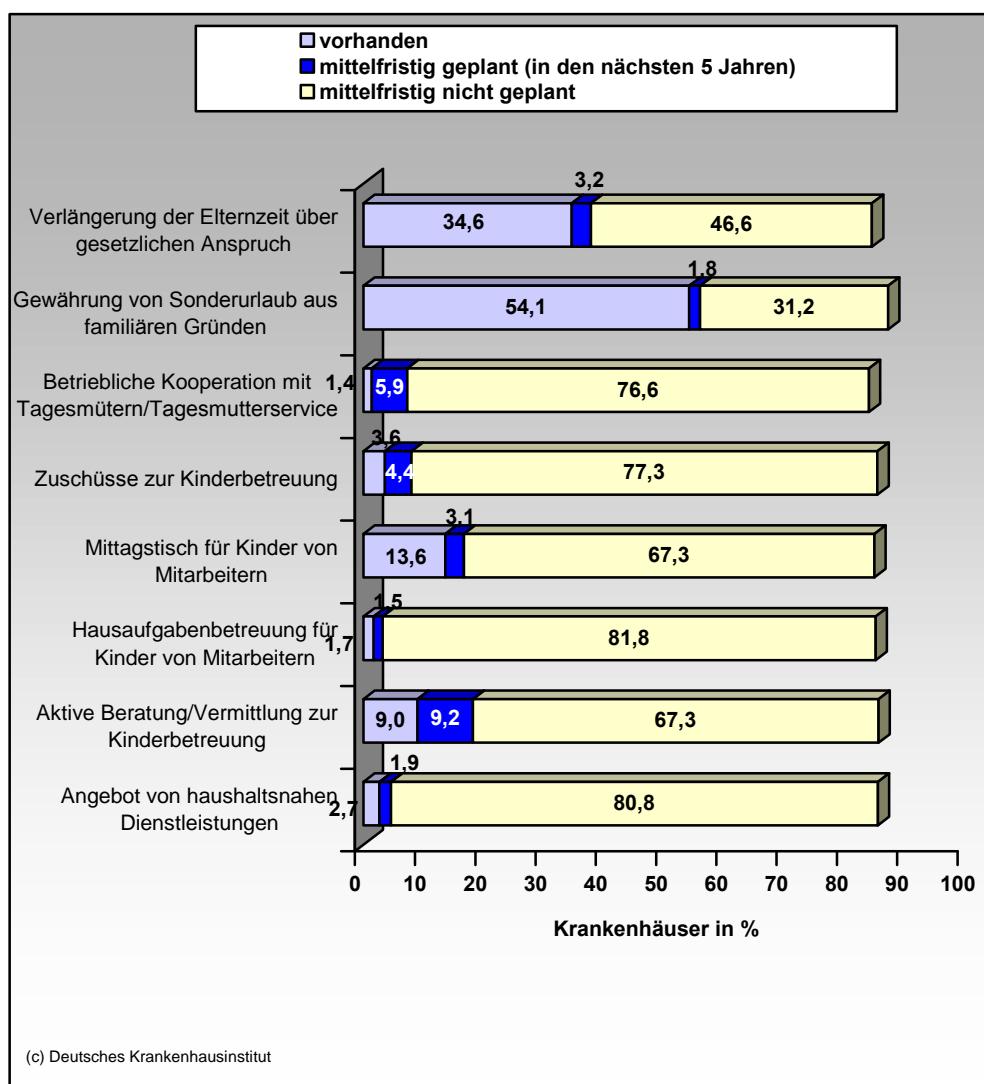


Abb. 36: Unterstützungsangebote für Eltern oder Kinder¹³

¹² Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008.

¹³ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Am stärksten verbreitet sind demnach betriebliche Sonderregelungen bzw. Verlängerungen von gesetzlich geregelten Ausfallzeiten. So gewährt etwa jedes zweite Krankenhaus Sonderurlaub aus familiären Gründen über die gesetzliche Krankengeldregelung bei Kindeserkrankung gemäß § 45 SGB V hinaus. Jedes dritte Krankenhaus verlängert auf Wunsch die Elternzeit über den gesetzlichen Anspruch von 3 Jahren (sog. betriebliche Elternzeit).

In der Liste der Unterstützungs- und Serviceangebote folgen der Mittagstisch für Kinder von Mitarbeitern (13,6%) und die aktive Beratung und Vermittlung zur Kinderbetreuung (9%). Alle anderen Maßnahmen werden nur von wenigen Krankenhäusern angeboten, z.B. ein Tagesmutterservice, die Hausaufgabenbetreuung oder das Angebot von haushaltsnahen Dienstleistungen (wie Wäsche-/ Bügelservice, Lieferdienste etc.). Darüber hinaus planen auch nur relativ kleine Minderheiten von Krankenhäusern die mittelfristige Einführung der verschiedenen Angebote. Bei den sonstigen Unterstützungs- und Serviceangeboten für Familien schneiden die kleineren Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten abermals am schlechtesten ab.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in den deutschen Krankenhäusern - von Sonderurlaub und betrieblicher Elternzeit abgesehen - spezifische Unterstützungs- und Serviceangebote für Eltern oder Kinder eher wenig verbreitet sind. Auch im Vergleich zur deutschen Wirtschaft insgesamt fallen die Werte hier tendenziell unterdurchschnittlich aus.¹⁴ Die Krankenhäuser fokussieren eine familienorientierte Personalpolitik einstweilen stärker auf die betriebliche Kinderbetreuung sowie die nachfolgend dargestellten Ansätze zum Wiedereinstieg in den Beruf bzw. zur Arbeitszeitflexibilisierung.

5.5 Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme

Eine weitere Möglichkeit der betrieblichen Elternförderung bilden Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme. Sie haben den Zweck, die Mitarbeiterbindung während der Elternzeit zu stärken, die Rückkehrquoten der Beschäftigten zu erhöhen und einer Dequalifizierung entgegenzuwirken. Der besondere Vorteil für das Krankenhaus wie für die Mitarbeiter besteht im Erhalt von Wissen, Erfahrungen und Kontakten und damit einer Erleichterung des Wiedereinstiegs.¹⁵

Da Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme ggf. berufsgruppenspezifisch variieren können, wurde nach den drei größten Berufsgruppen im Krankenhaus differenziert. Konkret sollten die Befragten angeben, welche Qualifizierungsmöglichkeiten für den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und den Medizinisch-technischen Dienst während bzw. nach der Elternzeit *standardmäßig* angeboten werden.

Vergleichsweise selten sind spezielle Wiedereinstiegsprogramme in den Beruf während bzw. nach der Elternzeit, welche eine Einarbeitung und Qualifizierung für diese Klientel bezwecken. Nur jeweils gut 6% der Krankenhäuser bieten sie für Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes bzw. des Medizinisch-technischen Dienstes an. Der Anteilswert für den Pflegedienst fällt dagegen etwa doppelt so hoch aus (13,6%). Da es nachweislich vor allem im Pflegedienst relativ hohe Rückkehrquoten gibt, erfolgt demzufolge der Wiedereinstieg in den Beruf vielfach ohne entsprechende Programme mittels einer normalen Einarbeitung.

¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Institut der Deutschen Wirtschaft, 2006.

¹⁵ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2008.

Auch Fort- und Weiterbildungsangebote während der Elternzeit bietet nur ein Teil der Krankenhäuser standardmäßig an. Hier fällt abermals der Anteilswert für den Pflegedienst (28,8%) merklich höher aus als die Werte für den Ärztlichen und Medizinisch-technischen Dienst (jeweils rund 20%).

Die häufigste Maßnahme zum Erhalt der Qualifizierung bilden Arbeitseinsätze während der Elternzeit, z.B. als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung. Berufsgruppenübergreifend bietet die Mehrheit der Krankenhäuser solche Einsätze standardmäßig an. Im Pflegedienst fällt der Anteil mit 78% abermals überdurchschnittlich hoch aus.

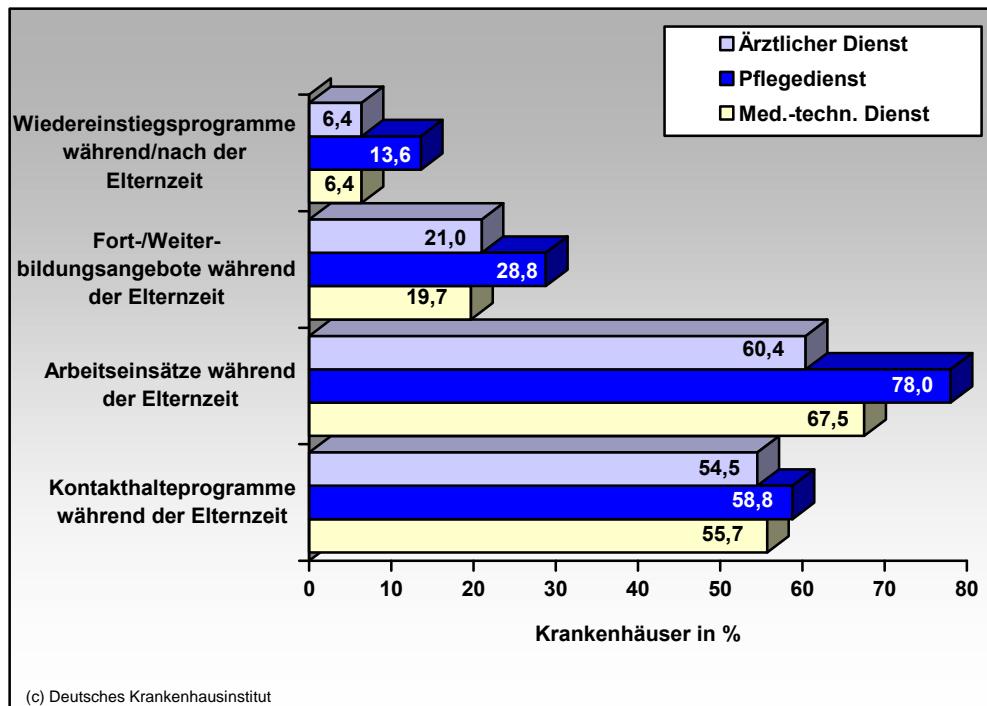


Abb. 37: Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogramme

Über spezifische Qualifizierungsmaßnahmen hinaus versucht die Mehrheit der Krankenhäuser mittels entsprechender Kontakthalteprogramme die Mitarbeiter auch während der Elternzeit an das Unternehmen zu binden. Inhalte solcher Programme sind beispielsweise Patenschaften oder Einladungen zu Betriebsfeiern, Mitarbeiterbesprechungen oder -versammlungen. Gut die Hälfte der Einrichtungen bietet solche Kontakthalteprogramme standardmäßig an. Bei diesem Merkmal gibt es faktisch keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Diensten.

Mit einer Ausnahme sind die Ergebnisse für die Krankenhäuser mit den Werten der deutschen Wirtschaft für Betriebe ab 250 Mitarbeiter insgesamt vergleichbar. Einzig bei den Wiedereinstiegsprogrammen schneiden die Krankenhäuser weniger gut ab. Während bundesweit fast 60% der größeren Unternehmen solche Programme anbieten, sind es in den Krankenhäusern nur rund 15%.

5.6 Arbeitszeitflexibilisierung

Arbeitszeitflexibilisierung ist ein zentrales Instrument zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Flexible Arbeitszeiten erlauben es den Mitarbeitern, ihre Präsenz im Betrieb den individuellen Wünschen und Bedingungen der Kinder-

betreuung anzupassen und bei unvorhersehbaren Ereignissen (Krankheit des Kindes, Ausfall von Betreuungsperson etc.) flexibel zu reagieren. Sie entlasten aber auch die Unternehmen von unvorhersehbaren Fehlzeiten und dadurch bedingten organisatorischen und finanziellen Problemen. Vor diesem Hintergrund wurde erhoben, welche Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung sie *standardmäßig* für verschiedene Dienste anbieten.

Vor allem Teilzeitangebote kommen nahezu flächendeckend zum Einsatz. Berufsgruppenübergreifend bieten 90% der Häuser Teilzeitarbeitsplätze standardmäßig an. Darüber hinaus besteht bei über 80% der Häuser die Möglichkeit zu einer befristeten oder vorübergehenden Teilzeit. Diese Möglichkeit erleichtert insbesondere den Wiedereinstieg in den Beruf nach der Elternzeit, etwa zur Ein gewöhnung oder wegen eines höheren Betreuungsbedarfs gerade kleinerer Kinder.

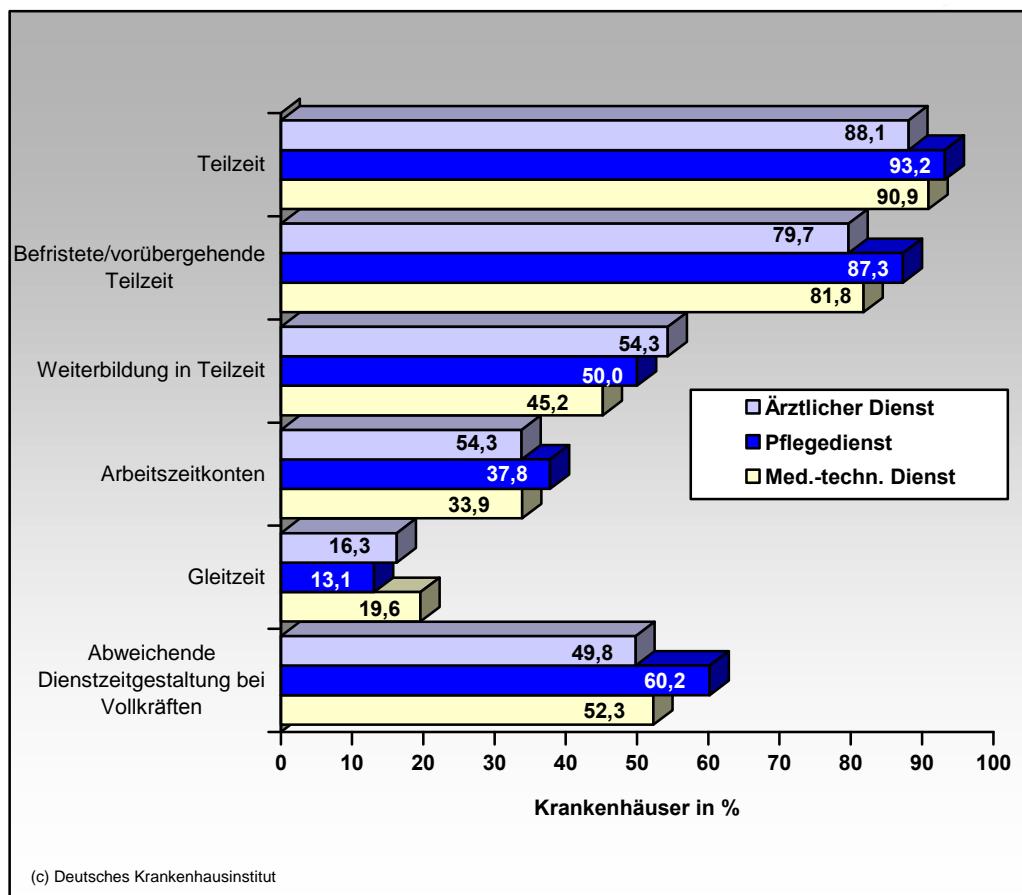


Abb. 38: Arbeitszeitflexibilisierung

Allerdings besteht erst in etwa jedem zweiten Krankenhaus standardmäßig die Möglichkeit zur Weiterbildung in Teilzeit. Diese Option ist nicht nur, aber vor allem für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung von besonderer Wichtigkeit, um Familie und Beruf besser vereinbaren zu können.

Im Krankenhaus vergleichsweise selten umgesetzt sind Gleitzeitmodelle. Dabei können die Mitarbeiter innerhalb bestimmter Zeitspannen (Rahmenzeit) über Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit selbst entscheiden. Eine Mindestbesetzung bzw. eine Kernarbeitszeit mit Präsenzpflicht sollten definiert sein. Die übrige Arbeitszeit richtet sich nach dem jeweiligen Arbeitsanfall bzw. dem Bedarf. Aller-

dings sind die Möglichkeiten zur Einführung von Gleitzeitmodellen in patientennahen Bereichen wegen der Erfordernis einer verlässlichen Dienstplangestaltung eng begrenzt. Bislang praktiziert daher weniger als ein Fünftel der Krankenhäuser Gleitzeitmodelle in den verschiedenen Diensten.

Wegen der besseren Planbarkeit und des geringeren Koordinationsaufwandes wird zur Flexibilisierung der individuellen Tagesarbeitszeit stattdessen eine vom normalen Regel-/Schichtdienst abweichende Dienstzeitgestaltung bei Vollkräften präferiert, beispielsweise in Form eines späteren Dienstbeginns oder zeitversetzter Dienste. Zwischen 50% (Ärztlicher und Medizinisch-technischer Dienst) und 60% (Pflegedienst) der Krankenhäuser ermöglichen standardmäßig eine solche abweichende Dienstzeitgestaltung.

Flexible Arbeitszeiten bei Vollkräften sind somit auch im Krankenhaus auf dem Vormarsch. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass im Krankenhaus, zumindest in den patientennahen Bereichen, flexible Arbeitszeiten teilweise später Einzug gehalten haben als in anderen Branchen, was auch mit Besonderheiten der Leistungserbringung zu erklären ist. Im Zuge der Einführung des DRG-Systems und der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes hat die Arbeitszeitflexibilisierung in den deutschen Krankenhäusern deutlich zugenommen.¹⁶ Davon profitieren zusehends auch Väter und Mütter im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

6 Klinisches Risikomanagement

6.1 Verbreitung des klinischen Risikomanagements

In den letzten Jahren ist das Thema des klinischen Risikomanagements zusehends in den Blickpunkt der Fachöffentlichkeit gerückt. Beim klinischen Risikomanagement handelt es sich um eine Managementmethode, die das Ziel verfolgt, in systematischer Form Fehler oder Risiken der Patientenversorgung zu verhindern und somit die Patientensicherheit zu erhöhen bzw. die Haftungsrisiken des Krankenhauses zu reduzieren.

Unter einem Risikomanagementsystem versteht man dementsprechend die Gesamtheit aller organisatorischen Maßnahmen, die zur Erkennung, Analyse und Verhinderung von Risiken getroffen werden.¹⁷ Mit dem diesjährigen *Krankenhaus Barometer* erfolgt erstmalig eine repräsentative Bestandsaufnahme zum klinischen Risikomanagement in deutschen Krankenhäusern.

In Deutschland verfügt jedes fünfte Allgemeinkrankenhaus ab 50 Betten laut eigenen Angaben über ein klinisches Risikomanagementsystem für das Krankenhaus insgesamt. Bei weiteren gut 11% der Einrichtungen ist das Risikomanagement in ausgewählten Leistungsbereichen implementiert. Insgesamt hat somit knapp ein Drittel (31,1%) der Krankenhäuser - ganz oder teilweise - ein Risikomanagementsystem zur Vermeidung von Behandlungsfehlern bzw. Behandlungsrisiken.

¹⁶ Vgl. Deutsches Krankenhausinstitut: *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf 2005ff.

¹⁷ Vgl. Kahla-Witzsch, H.A.: Praxis des klinischen Risikomanagements. Landsberg 2005, S. 13ff.

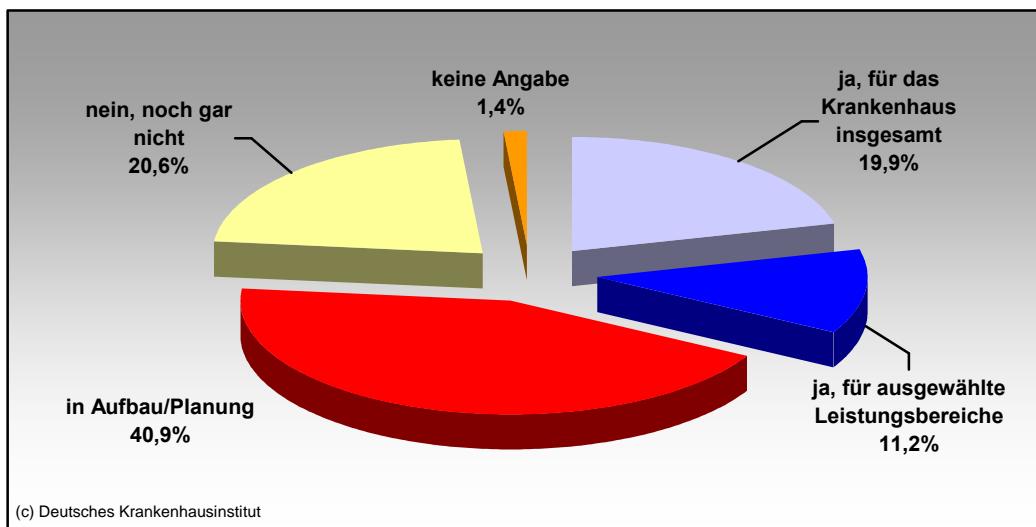


Abb. 39: Verbreitung des klinischen Risikomanagements

Entsprechende Systeme sind in größeren Häusern ab 600 Betten überrepräsentiert: Hier haben 28% der Einrichtungen ein klinikweites Risikomanagementsystem und fast 18% ein Risikomanagement in ausgewählten Bereichen.

Die Erhebungsergebnisse belegen darüber hinaus, dass die Thematik zusehends in den Fokus der Krankenhäuser rückt. Denn in 41% der Häuser befindet sich ein klinisches Risikomanagementsystem im Aufbau bzw. in der Planung. In gut 20% der Einrichtungen steht dessen Implementation vorerst nicht an; hierunter sind kleinere Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten überproportional vertreten (24,3%).

Die Ergebnisse basieren letztlich auf einer Selbsteinschätzung der beteiligten Krankenhäuser. Somit stellt sich die Frage nach der externen Validität bzw. wann von einem systematischen Risikomanagement oder einem Risikomanagementsystem die Rede sein kann. Ein systematisches Risikomanagement liegt demnach vor, wenn der Prozess des Risikomanagements standardisiert im Sinne bestimmter Prozesselemente erfolgt und einschlägige Instrumente und Maßnahmen des Risikomanagements standardmäßig zum Einsatz kommen. Wie die nachfolgenden Analysen zeigen, liegen entsprechende Ansätze in den jeweiligen Häusern mehr oder weniger breit vor.

6.2 Prozess des klinischen Risikomanagements

Grundlage eines Risikomanagementsystems bildet der sog. Risikomanagement-Prozess, der sich in einzelne Prozessschritte untergliedern lässt (Abb. 40).¹⁸ Demnach müssen ausgehend von einer Risikostrategie Risiken identifiziert, analysiert und bewertet werden. Im Rahmen der Risikosteuerung sind Maßnahmen zur Risikoreduktion oder -vermeidung zu ergreifen. Deren Wirksamkeit bzw. die kontinuierliche Kontrolle des Risikomanagement-Prozesses bezeichnet die Risikoüberwachung.

¹⁸

Vgl. ausführlich Kahla-Witzsch, H.A.: Praxis des klinischen Risikomanagements, Landsberg 2005, S. 50ff.

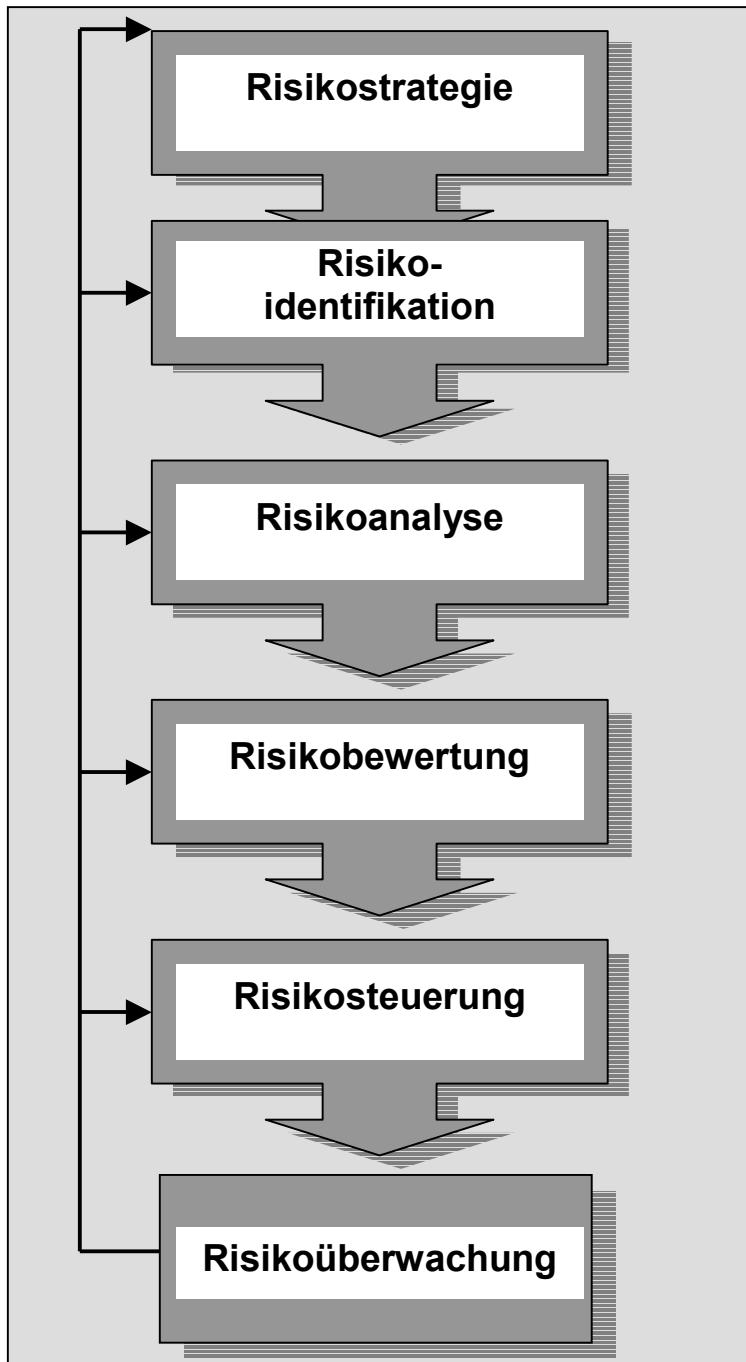


Abb. 40: Der Risikomanagement-Prozess

Aus naheliegenden Gründen konzentriert sich die nachfolgende Auswertung auf die (31% der) Krankenhäuser, die gemäß ihrer Selbsteinschätzung überhaupt über ein systematisches Risikomanagement verfügen, sei es für das Krankenhaus insgesamt oder für einzelne Leistungsbereiche.¹⁹ Dies schließt nicht aus, dass entsprechende Prozesselemente ansatzweise auch in Häusern vorhanden sind, in denen sich das Risikomanagement erst im Aufbau befindet. Im Barometer sollten die Krankenhäuser mit Risikomanagement angeben, inwieweit zentrale Elemente des Risikomanagement-Prozesses bei ihnen *standardmäßig* zum Einsatz kommen (Abb. 41).

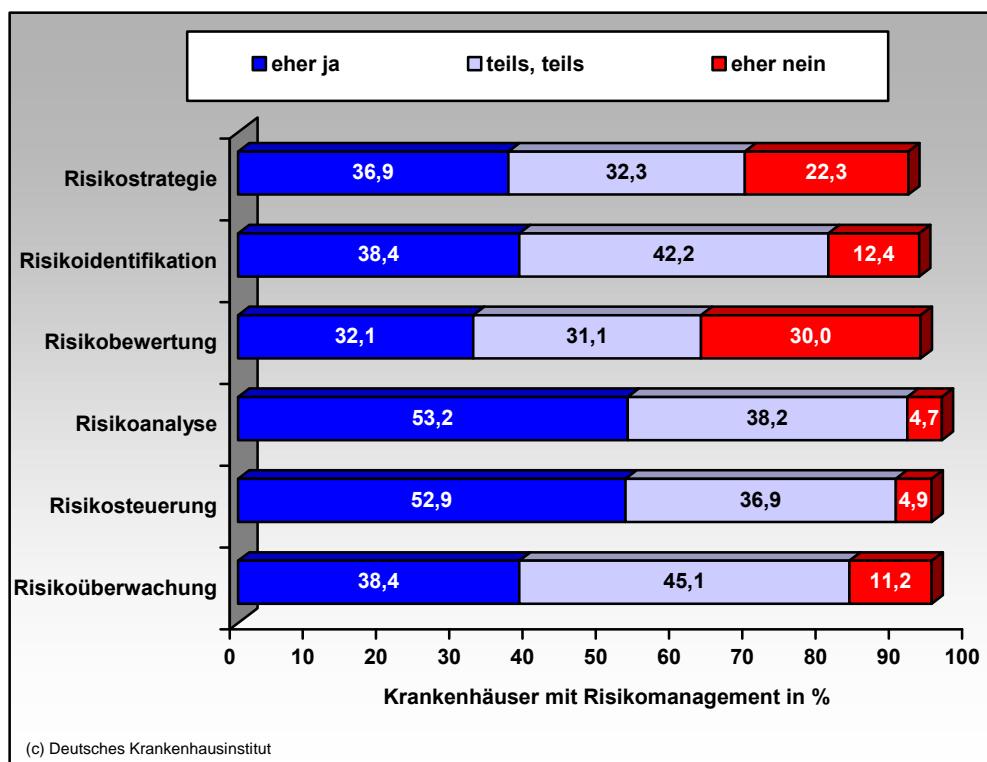


Abb. 41: Standardmäßiger Einsatz von Prozesselementen des Risikomanagements - Krankenhäuser mit Risikomanagement²⁰

Mit Blick auf die Risikostrategie wurde konkret gefragt, inwieweit das Risikomanagement in der Unternehmensstrategie schriftlich festgelegt ist. Dies ist mehrheitlich der Fall. Allerdings hat auch gut ein Fünftel der Häuser das Risikomanagement noch nicht explizit in der Unternehmensstrategie verankert.

Die Risikoidentifikation zielt auf eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme von Behandlungs- oder Fehlerrisiken, etwa mittels eines Risiko-Audits, einer Risiko-Inventur o.ä. In rund 80% der Krankenhäuser mit Risikomanagement kommen entsprechende Maßnahmen umfassend (38,4%) oder teilweise (42,2%) zum Einsatz. Gut 10% der Häuser verneinen die entsprechende Frage. Hier stellt sich möglicherweise am ehesten die Frage, ob ohne eine umfassende Risikoidentifikation im definierten Sinne überhaupt von einem Risikomanagementsystem die Rede sein kann. Immerhin verfügen die entsprechenden Häuser aber über

¹⁹ Vgl. Kap. 7.1.

²⁰ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Melde- oder Erfassungssysteme für manifeste oder Beinahe-Fehler²¹, so dass zumindest Ansätze einer systematischen Risikoidentifikation vorhanden sind.

Die Risikobewertung meint die Bewertung von Eintrittswahrscheinlichkeiten sowie der potenziellen Auswirkungen von Risiken, etwa hinsichtlich der Schadenshöhe oder der Patientengefährdung. Die Durchführung solcher Risikobewertungen ist methodisch bzw. statistisch relativ aufwendig. Dies dürfte ein maßgeblicher Grund sein, warum dieses Prozesselement den geringsten Umsetzungsgrad unter allen erfassten Elementen aufweist.

Dagegen lässt sich für die Risikoanalyse der höchste Umsetzungsgrad nachweisen. Dabei geht es um Risikoursachenanalysen, Fehlermöglichkeits- und Einflussanalysen und andere Methoden der systematischen Risikoanalyse. Laut Angaben der Befragten kommen sie in über 90% der Krankenhäuser mit Risikomanagement mehr oder weniger häufig zum Einsatz.

Für die Risikosteuerung werden vergleichbare Ergebnisse erzielt. Dabei handelt es sich um gezielte Maßnahmen zur Vermeidung oder Reduktion der identifizierten und analysierten Risiken. Die Resultate würden insofern einen grundsätzlichen Praxisnutzen des Risikomanagements in den entsprechenden Krankenhäusern belegen.²²

Dies unterstreichen auch die Ergebnisse zur Risikoüberwachung, also die Wirksamkeitsanalyse von Steuerungsmaßnahmen sowie das kontinuierliche Monitoring des Risikomanagementsystems. In rund 85% der Einrichtungen mit Risikomanagement erfolgt ganz oder teilweise eine Kontrolle und Wirksamkeitsprüfung der Risikomanagement-Prozesse. Das Risikomanagement ist in den genannten Häusern somit auf einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung ausgerichtet.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die meisten zentralen Elemente eines klinischen Risikomanagement-Prozesses in den Krankenhäusern mit Risikomanagement standardmäßig zum Einsatz kommen: Im Durchschnitt finden fünf der sechs erhobenen Prozesselemente Anwendung und in über 90% der Häuser mindestens drei Elemente. In diesem Sinne kann in der Tat von einem systematischen Risikomanagement bzw. einem Risikomanagementsystem die Rede sein.

Eine Aussage über das Entwicklungsniveau oder die Ergebnisqualität dieser Risikomanagementsysteme wird damit ausdrücklich nicht getroffen. In einem Teil der Häuser beschränkt sich das Risikomanagement noch auf ausgewählte Leistungsbereiche. Unabhängig davon dürften sich die Risikomanagementsysteme deutscher Krankenhäuser vielfach noch im Anfangsstadium befinden, da das Thema erst in den letzten Jahren in den Fokus der Fachöffentlichkeit und der Krankenhauspraxis gerückt ist. Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* zum Risikomanagement-Prozess legen jedoch nahe, dass in den nächsten Jahren mit einer konsequenten Weiterentwicklung der Risikomanagementsysteme zu rechnen ist.

6.3 Maßnahmen des klinischen Risikomanagements

Über die grundlegende Organisation des Risikomanagementprozesses hinaus gibt es eine Reihe konkreter Maßnahmen und Instrumente, die üblicherweise oder vielfach im Risikomanagement zur Anwendung kommen. Dies gilt selbst für

²¹ Vgl. im Einzelnen Kap. 7.3.

²² Vgl. auch Kap. 7.6.

den Fall, dass noch kein entwickeltes Risikomanagementsystem besteht. Im *Krankenhaus Barometer* sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit ausgewählte Maßnahmen und Instrumente des klinischen Risikomanagements bei ihnen *standardmäßig* zum Einsatz kommen.²³ In Abb. 42 wird dabei zwischen der Verbreitung in den Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten insgesamt sowie der Verbreitung in Krankenhäusern mit einem Risikomanagementsystem unterschieden. Dazu zählen die (31% der) Krankenhäuser, die laut eigenen Angaben entweder im gesamten Krankenhaus oder in einzelnen Leistungsbereichen über ein systematisches Risikomanagement verfügen.²⁴

Das im Risikomanagement am häufigsten genutzte Instrument bildet das Beschwerdemanagement. In fast jedem Krankenhaus mit Risikomanagement (90,9%) bzw. in gut 60% aller Krankenhäuser kommt es zum Einsatz. Teilweise dürfte das Beschwerdemanagement allerdings schon vor bzw. unabhängig von der Einführung eines Risikomanagements vorgelegen haben sowie nicht nur Behandlungsrisiken zum Gegenstand haben.

Am wenigsten verbreitet ist ein Risikomanagementhandbuch, welches die Organisation und die Prozesse im Risikomanagement eines Krankenhauses grundlegend und verbindlich festlegt. Nur 10% der Krankenhäuser insgesamt bzw. 15% der Häuser mit Risikomanagement haben ein solches Handbuch. Die Risikodokumentation erfolgt bislang überwiegend anhand von (turnusmäßigen) Risikomanagementberichten und Fehlermeldesystemen:

Risikomanagementberichte beschreiben den hausindividuellen Entwicklungsstand des Risikomanagements, inklusive diesbezüglicher Verbesserungspotenziale. In 18% aller Krankenhäuser sowie bei 41,5% der Häuser mit Risikomanagement werden solche Berichte standardmäßig genutzt.

Ein Kernstück des Risikomanagements bilden sog. Fehlermeldesysteme. Dabei ist grundsätzlich zwischen der Erfassung bereits eingetretener bzw. manifester Fehler oder Schäden und der Erfassung von Beinahe-Fehlern oder kritischen Ereignissen zu unterscheiden, die zu Fehlern oder Schäden hätten führen können. Mit Fehlermeldesystemen sollen Behandlungsfehler oder -risiken identifiziert, analysiert und mittels entsprechender Präventionsmaßnahmen vermieden werden. Jeweils jedes zweite Krankenhaus mit Risikomanagement bzw. je gut ein Drittel der Krankenhäuser insgesamt verfügt laut eigenen Angaben über ein Melde-/Erfassungs-System für manifepte Fehler respektive Beinahe-Fehler.

²³ Die Auswahl beschränkt sich dabei auf zentrale Elemente eines Risikomanagementsystems als solches. Spezifische Maßnahmen des Risikomanagements, etwa hinsichtlich der Patientenbehandlung oder -aufklärung, der Dokumentation und Archivierung, der Aufbau- und Ablauforganisation, wurden nicht erhoben, weil entsprechend differenzierte Abfragen den Rahmen der Umfrage gesprengt hätten.

²⁴ Vgl. Kap. 7.1.

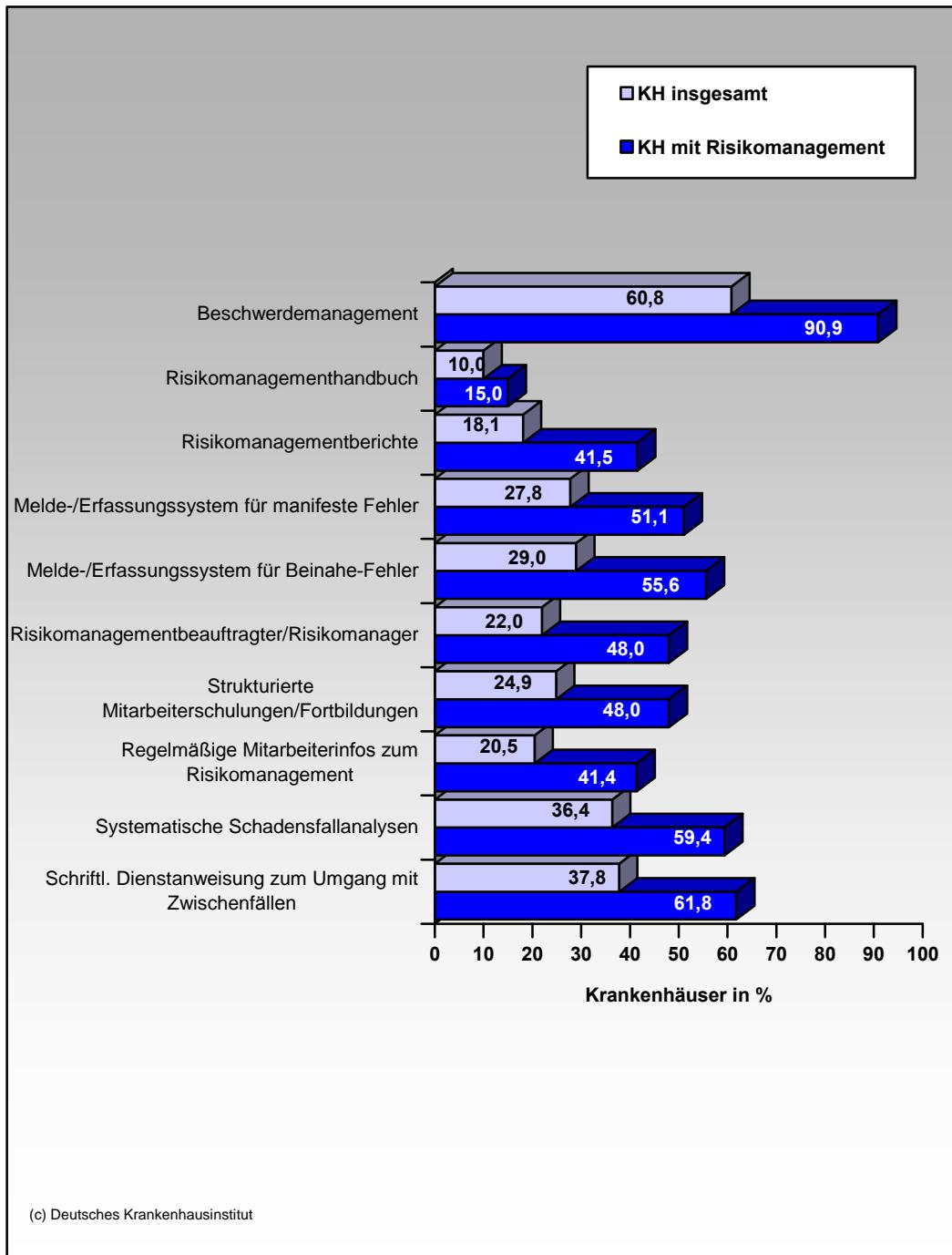


Abb. 42: Maßnahmen und Instrumente des klinischen Risikomanagements

Fast jedes zweite Haus mit entwickeltem Risikomanagement hat bereits die spezifische Funktion eines Risikomanagementbeauftragten, Risikomanagers o.ä. geschaffen. Nicht explizit erhoben wurde hierbei, inwieweit die entsprechende(n) Person(en) hauptamtlich und ausschließlich für das Risikomanagement zuständig sind oder noch andere Funktionen und Tätigkeiten haben. Es liegt jedoch auf der Hand, dass zumindest Teilbereiche des Risikomanagements (noch) von den Qualitätsmanagementbeauftragten der Krankenhäuser wahrgenommen werden dürfen.

Bislang finden in weniger als der Hälfte der Krankenhäuser mit Risikomanagement strukturierte Mitarbeiterschulungen oder Fortbildungen zum Risikomanagement standardmäßig statt bzw. werden die Mitarbeiter regelmäßig zum Risikomanagement informiert. Eine ausgeprägte Risikokommunikation gegenüber den Mitarbeitern, die für die Verbreitung und Akzeptanz des Risikomanagements elementar ist, gibt es somit bei weitem noch nicht in allen Krankenhäusern.

Relativ weit verbreitet sind hingegen systematische Schadensfallanalysen, also Häufigkeits- und Ursachenanalysen bzw. Bewertungen von Schadensfällen der Vergangenheit, sowie schriftliche Dienstanweisungen zum Umgang mit Zwischenfällen. Dabei handelt es sich um kritische Ereignisse von potenziell zivil- oder strafrechtlicher Relevanz für das Krankenhaus oder einzelne Mitarbeiter.²⁵ In jeweils rund 60% der Krankenhäuser mit Risikomanagement sowie gut einem Drittel der Krankenhäuser insgesamt kommen Schadensfallanalysen und Dienstanweisungen zu Zwischenfällen standardmäßig zum Einsatz.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die ausgewählten Maßnahmen und Instrumente des Risikomanagements zwar bislang erst in einer Minderheit aller Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz kommen. In Häusern mit Risikomanagement sind sie jedoch schon weiter verbreitet: Nach krankenhausbezogener Aufsummierung nutzen die Krankenhäuser mit Risikomanagement im Durchschnitt 5 der 10 erhobenen Instrumente standardmäßig und über 90% dieser Einrichtungen mindestens 3 Instrumente. Auch diese Zahlen belegen insofern die Existenz eines systematischen Risikomanagements in den jeweiligen Häusern.

Die Ergebnisse des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* stellen dabei nur eine Momentaufnahme im Rahmen der Implementierungsphase dar. Wie auch die o.g. Ergebnisse zur Verbreitung von Risikomanagementsystemen zeigen²⁶, steht in den nächsten Jahren eine Zunahme der Quantität und Qualität von Risikomanagementsystemen in deutschen Krankenhäusern zu erwarten.

²⁵ Die Grenzen zu den Fehlermeldesystemen sind hierbei fließend. Entsprechende Dienstanweisungen können Teil eines Meldesystems sein. Sie können aber auch eine Vorstufe oder Variante entsprechender Systeme bilden.

²⁶ Vgl. Kap. 7.1.

6.4 Externe Beratung zum klinischen Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement erfordert spezifisches Know-how, das in den Krankenhäusern nicht ohne weiteres verfügbar ist. Für die Einführung, Umsetzung und Evaluation eines Risikomanagementsystems kann es daher ggf. sinnvoll sein, externe Berater mit einschlägiger Qualifikation hinzu zu ziehen. Das klinische Risikomanagement ist dabei eine Domäne von Beratungsfirmen, die vielfach aus dem Bereich der Krankenhaustypflichtversicherungen hervorgegangen sind.²⁷ Vor diesem Hintergrund kann - mit Einschränkungen - die Einschaltung externer Berater ggf. selbst als ein Qualitätsindikator des klinischen Risikomanagements betrachtet werden.

Jedes dritte Krankenhaus in Deutschland hat bereits einmal eine externe Risikoberatung in Anspruch genommen; bei Häusern mit einem klinikweiten Risikomanagementsystem sind es sogar fast zwei Drittel (Abb. 43). Allerdings konnte eine relevante Minderheit der Krankenhäuser ein klinisches Risikomanagement auch ohne externe Unterstützung nur mit eigenen Fachkräften implementieren.

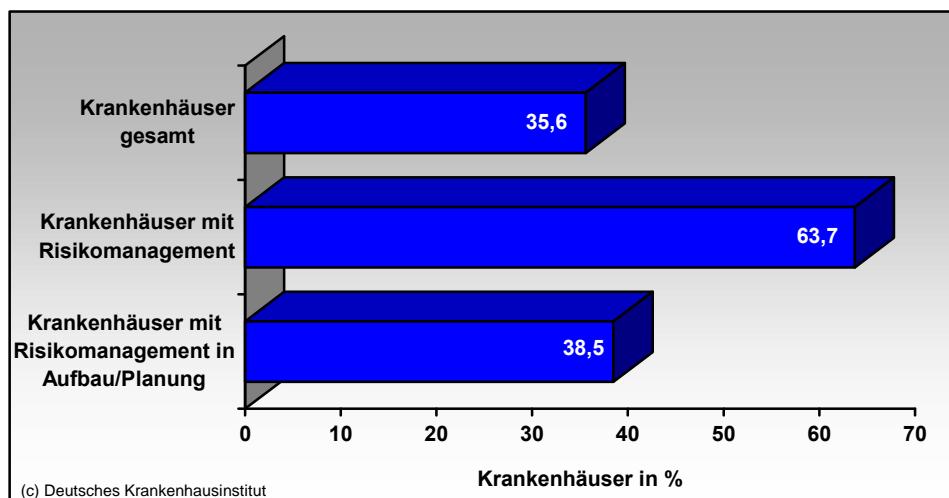


Abb. 43: Inanspruchnahme externer Risikoberatung

Bei Krankenhäusern mit externer Risikoberatung wurde zudem nach den konkreten Beratungsleistungen gefragt (Abb. 44). Demnach leisten die Beratungsfirmen vor allem Unterstützung zur Einführung des Risikomanagements (78,3%). In jeweils jedem zweiten beratenen Haus führen sie eine Risikoanalyse oder ein Risiko-Audit bzw. einschlägige Fortbildungen von Mitarbeitern durch. Bislang relativ selten erfolgt eine Überprüfung des Risikomanagementsystems nach Einführung, z.B. in Form eines Re-Audits (17,4%). Dies geschieht bislang primär im Rahmen der krankenhausinternen Risikoüberwachung.²⁸

²⁷

Vgl. Kahla-Witzsch, H.A.: Praxis des klinischen Risikomanagements, Landsberg 2005, S. 96ff.

²⁸

Vgl. Kap. 7.2.

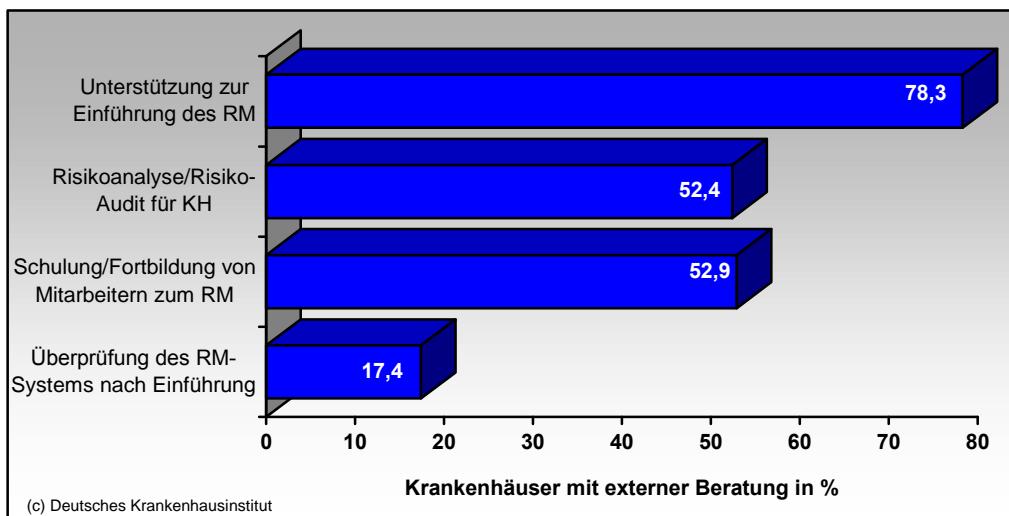


Abb. 44: Beratungsleistungen in Krankenhäusern mit externer Risikoberatung

6.5 Risikomanagement und Krankenhaushaftpflicht

Die Anzahl der gemeldeten bzw. vergüteten Haftpflichtfälle im Krankenhaus nimmt seit Jahren zu. Es ist offen, inwieweit dahinter ein realer Anstieg von Behandlungsfehlern bzw. Schadensfällen steht oder eine gestiegene Meldehäufigkeit. Unabhängig davon hat diese Entwicklung Einfluss auf die Vertrags- und Prämiengestaltung der Haftpflichtversicherungen im Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß ein klinisches Risikomanagementsystem mit dem Ziel der Reduktion von Behandlungs- und Haftungsrisiken Einfluss auf die Versicherungsbedingungen hat.

Die Krankenhäuser sollten daher angeben, ob ihr Haftpflichtversicherer ein nachgewiesenes klinisches Risikomanagement bzw. eine nachgewiesene Strategie zur Schadens- oder Fehlerprävention zur Voraussetzung für bestimmte Aspekte des Versicherungsschutzes macht. Rund ein Viertel der Befragungsteilnehmer hat hier keine Angaben gemacht; die Angaben in Abb. 45 beziehen sich daher nur auf Häuser mit Angaben.

Zumindest mit Blick auf den Abschluss bzw. die Verlängerung, die Laufzeit und den Umfang der Haftpflichtversicherung sind entsprechende Nachweise, den Befragten zufolge, in der Regel noch nicht erforderlich. Nur jeweils knapp 10% der Häuser mit Angaben berichten von entsprechenden Voraussetzungen. Da die Versicherungskonditionen im Prinzip einheitlich gestaltet sind, sind diese Antworten ggf. vor allem mit Besonderheiten im Einzelfall zu erklären (z.B. besondere Risiken, hohe Schadenssummen in der Vergangenheit, Neuverträge etc.).

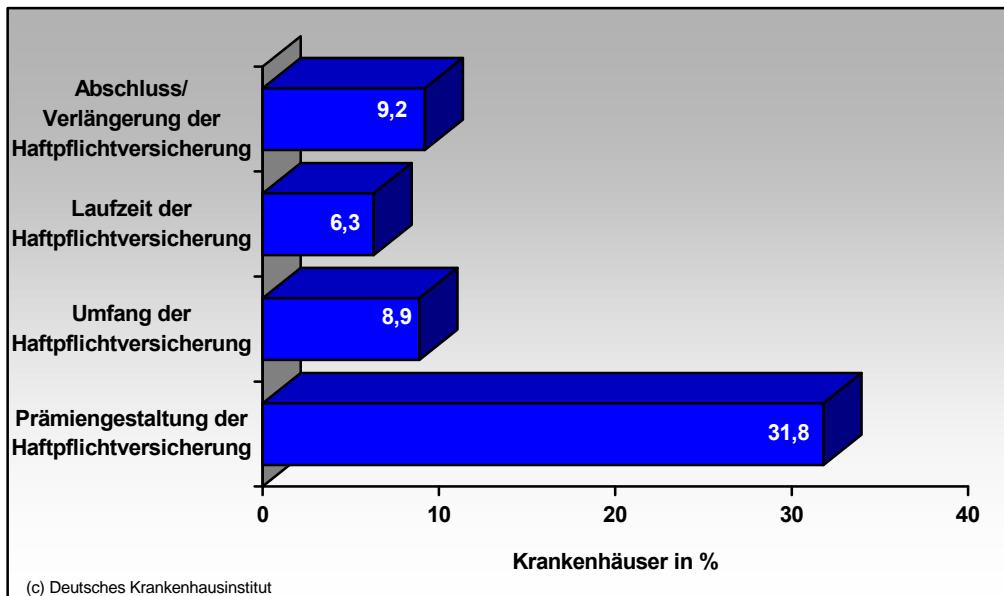


Abb. 45: Nachweis eines klinischen Risikomanagements und Krankenhaushaft-pflicht

Bei fast einem Drittel der Krankenhäuser haben ein nachgewiesenes klinisches Risikomanagement bzw. einschlägige Maßnahmen zur Schadensprävention bereits Einfluss auf die Prämien gestaltung der Haftpflichtversicherung, aus naheliegenden Gründen vor allem in Form günstigerer Prämien.²⁹

Gleichwohl ist insgesamt festzuhalten, dass ein klinisches Risikomanagement hinsichtlich der Versicherungsbedingungen der Haftpflichtversicherer bislang noch nicht so große Relevanz besitzt, wie teilweise angenommen. Allerdings ist davon auszugehen, dass ein funktionierendes klinisches Risikomanagement mit Blick auf den Abschluss und die Vertragsgestaltung der Haftpflichtversicherungen künftig merklich an Bedeutung gewinnen wird.

6.6 Auswirkungen des klinischen Risikomanagements

Das maßgebliche Ziel eines klinischen Risikomanagementsystems besteht darin, Behandlungsfehler oder Behandlungsrisiken zu verhindern bzw. zu reduzieren. Davon sollten gleichermaßen die Patienten in Form einer höheren Patientensicherheit als auch das Krankenhaus durch geringere Haftungsrisiken profitieren. Vor diesem Hintergrund sollten die Teilnehmer angeben, welche Auswirkungen ihrer Einschätzung nach primär aufgrund der Einführung des Risikomanagements in ihrem Krankenhaus aufgetreten sind.

In der folgenden Auswertung sind nur Häuser einbezogen, die ein klinisches Risikomanagement bereits für das Krankenhaus insgesamt umgesetzt haben. Die Ergebnisse stehen unter dem Vorbehalt, dass jeweils ein Drittel der Befragten zu den verschiedenen Fragestellungen keine Angaben machen konnte. Deswegen sind in der Abb. 46 nur die Teilnehmerkrankenhäuser mit Angaben aufgeführt. Vorbehaltlich der geringen Anzahl und fehlender Angaben hat mit Blick auf die Haftungsrisiken bislang nur ein Teil der Krankenhäuser von der krankenhausweiten Einführung eines klinischen Risikomanagements profitiert:

²⁹ Vgl. auch Kap. 7.6.

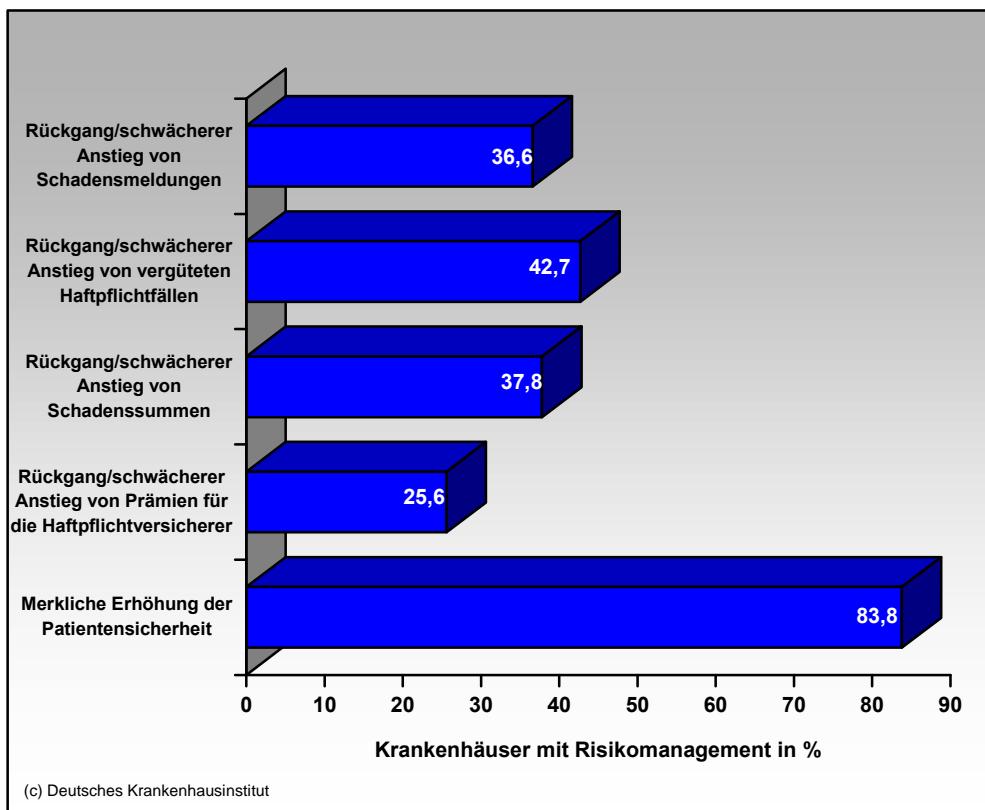


Abb. 46: Auswirkungen des Risikomanagements
- Krankenhäuser mit Risikomanagement

So berichten jeweils rund 40% der Häuser mit Angaben von einem Rückgang bzw. schwächerem Anstieg von Schadensmeldungen, vergüteten Haftpflichtfällen und Schadenssummen. Und ein Viertel der Häuser hat bislang eine verbesserte Prämienstellung bei seiner Krankenhaushaftpflicht erreicht. In diesem Zusammenhang ist jedoch das Entwicklungsstadium des Risikomanagements ebenso zu berücksichtigen wie die Tatsache, dass die Entwicklung von Haftungsrisiken nicht nur vom Risikomanagement abhängt.

Nichtsdestotrotz ist die überwältigende Mehrheit der Krankenhäuser mit klinischem Risikomanagement der Auffassung, dass ihr Risikomanagement die Patientensicherheit merklich erhöht habe. Fast 84% der genannten Häuser bejahten eine entsprechende Frage. Allerdings ist zu bedenken, dass Haftungsrisiken leichter zu messen sind als die Patientensicherheit im allgemeinen. Die Auswirkungen des Risikomanagements im Einzelnen sind daher künftig in differenzierteren Analysen anhand konkreter Prozess- und Ergebnisindikatoren zu evaluieren.

7 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

7.1 Jahresergebnis 2007/2008

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2007 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2008 taxieren (Abb. 47).

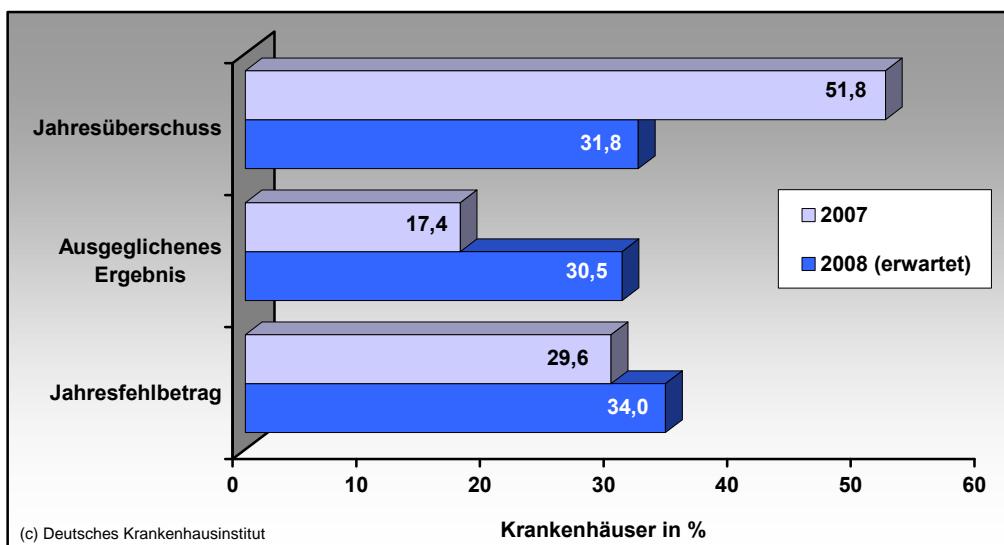


Abb. 47: Jahresergebnisse 2007/2008 (erwartet)

Im Jahr 2007 erzielte gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Jahresüberschuss. Knapp 30% der Häuser schrieben Verluste. 17,4% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss somit rückläufig (-3,5%), während der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresfehlbetrag etwas zugenommen hat (+1,6%).

Bei insgesamt eher geringen Unterschieden nach Bettengrößenklassen (Abb. 48) wiesen die Häuser mittlerer Größe am häufigsten einen Jahresüberschuss (57,8%) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (24,4%). Der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss fiel in den neuen Bundesländern (71,6%) merklich höher aus als im Westen (48,7%). Demgegenüber war hier der Anteil der Häuser mit Verlusten (32,8%) mehr als dreimal so hoch wie im Osten (9,1%).

Für das Jahr 2008 erwarten die Krankenhäuser eine merkliche Verschlechterung ihrer Jahresergebnisse. Beispielsweise würde der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss um 20% auf dann 31,8% zurückgehen. Gemäß den Erwartungswerten würde jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser einen Überschuss, ein ausgeglichenes Ergebnis oder einen Fehlbetrag erzielen. Die Ergebnisse für die erwarteten Jahresergebnisse fielen seit der Einführung des DRG-Systems noch nie so schlecht aus wie in diesem Jahr.

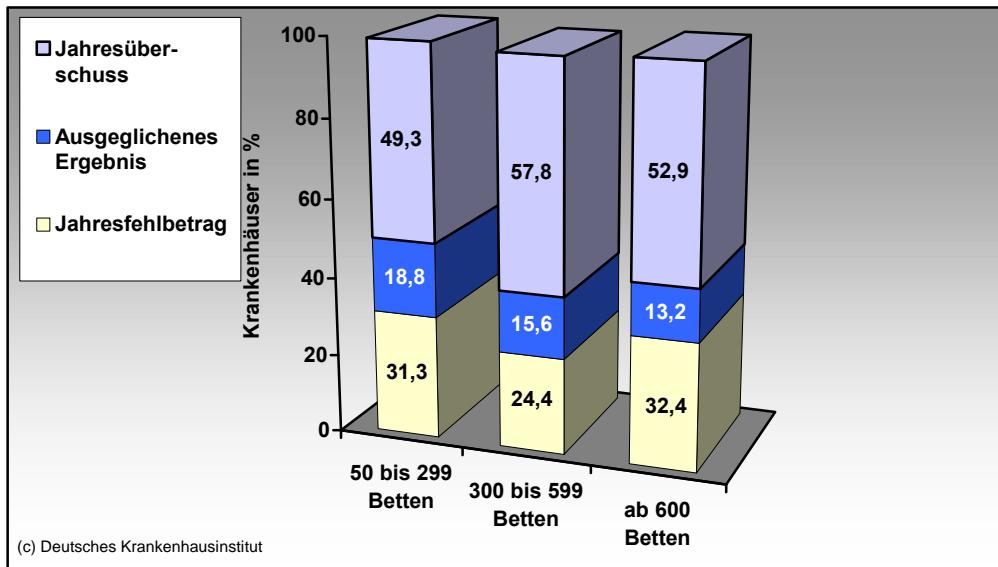


Abb. 48: Jahresergebnis 2007 nach Bettengrößenklassen³⁰

7.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2006/2007

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung ihrer Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2006 und 2007 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2007 im Vergleich zu 2006 in jeweils rund einem Drittel der Krankenhäuser gestiegen, gesunken oder weitgehend gleich geblieben (Abb. 49). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis um fast 6% zurückgegangen, während der Anteil der Häuser mit rückläufigem Jahresergebnis um gut 6% zugenommen hat. Erstmals seit 2004 ist der Anteil der Krankenhäuser mit verschlechtertem Jahresergebnis größer als der Anteil der Häuser mit verbessertem Ergebnis.

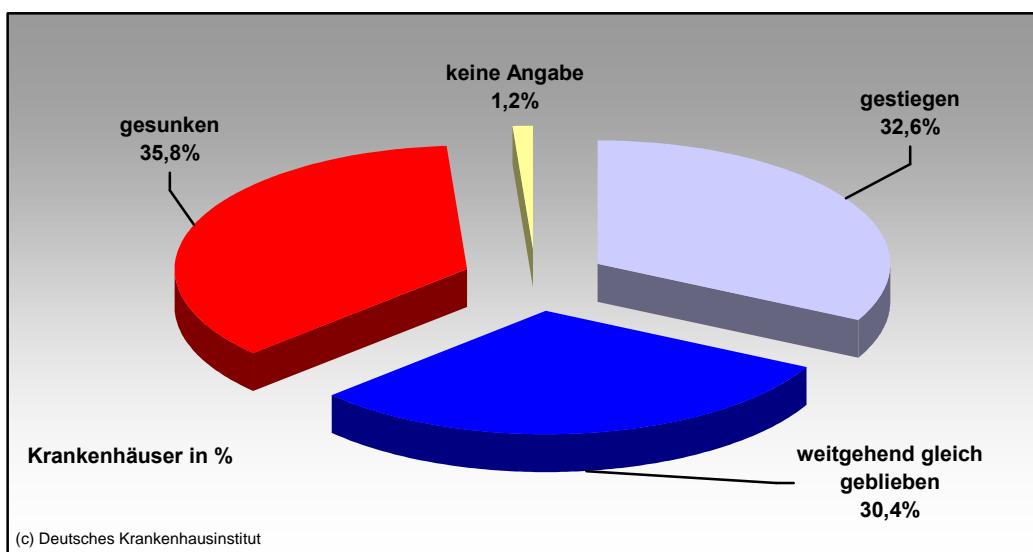


Abb. 49: Entwicklung des Jahresergebnisses in 2007 im Vergleich zu 2006

³⁰ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert signifikant in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während rund 44% der Krankenhäuser ab 600 Betten ihr Jahresergebnis verbessern konnten, waren es bei den Krankenhäusern unter 300 Betten nur knapp 30% und in der mittleren Bettengrößenklasse gut 35% (Abb. 50).

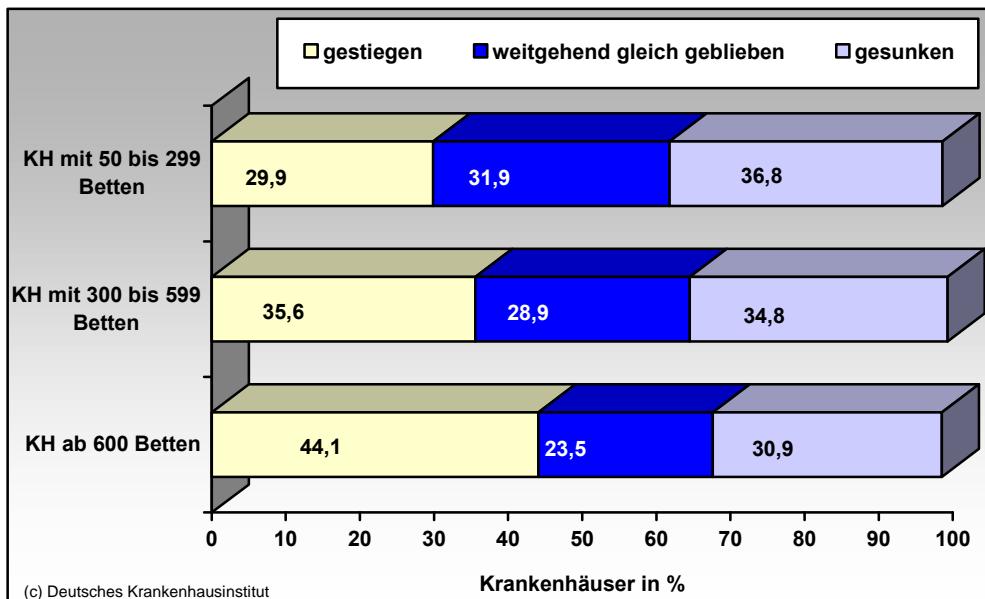


Abb. 50: Entwicklung der Jahresergebnisse in 2007 im Vergleich zu 2006 nach Bettengrößenklassen³¹

7.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre derzeitige wirtschaftliche Situation beurteilen. Nur noch 21,4% der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein, während 34% sie als eher unbefriedigend beurteilen und 43% in dieser Hinsicht unentschieden sind. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit merklich verschlechtert. Seinerzeit stufte noch jeweils gut ein Viertel der Krankenhäuser die wirtschaftliche Situation als eher gut bzw. eher unbefriedigend ein.

³¹ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

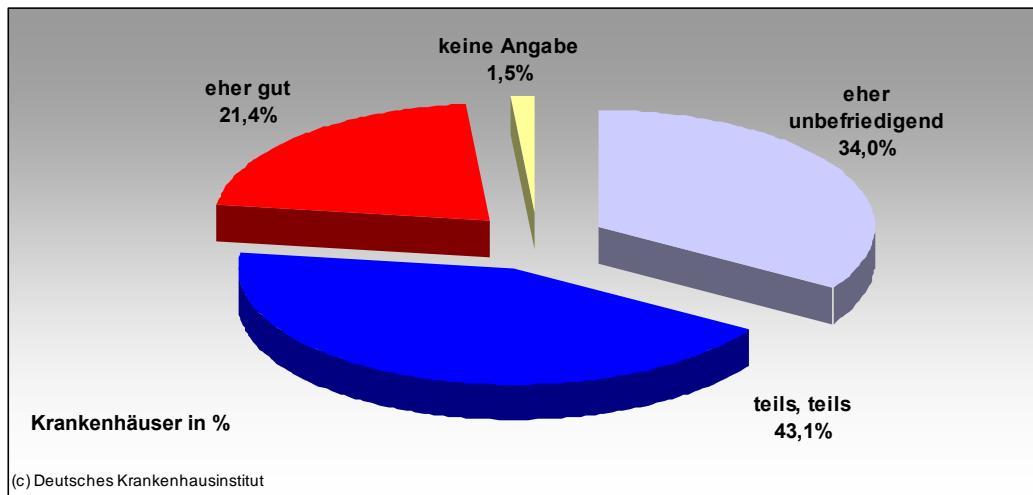


Abb. 51: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2008

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in der mittleren Bettengrößenklasse (300-599 Betten) am besten aus (Abb. 52). Hier hat der Anteil der Krankenhäuser mit positiver Lageeinschätzung sogar leicht zugenommen (+1,5%). Deutlich kritischer sehen dagegen die kleinen und großen Häuser ihre derzeitige Lage. Hier ist der Anteil der Krankenhäuser mit positiver Einschätzung um jeweils mehr als 10% im Vergleich zum Vorjahr gesunken.

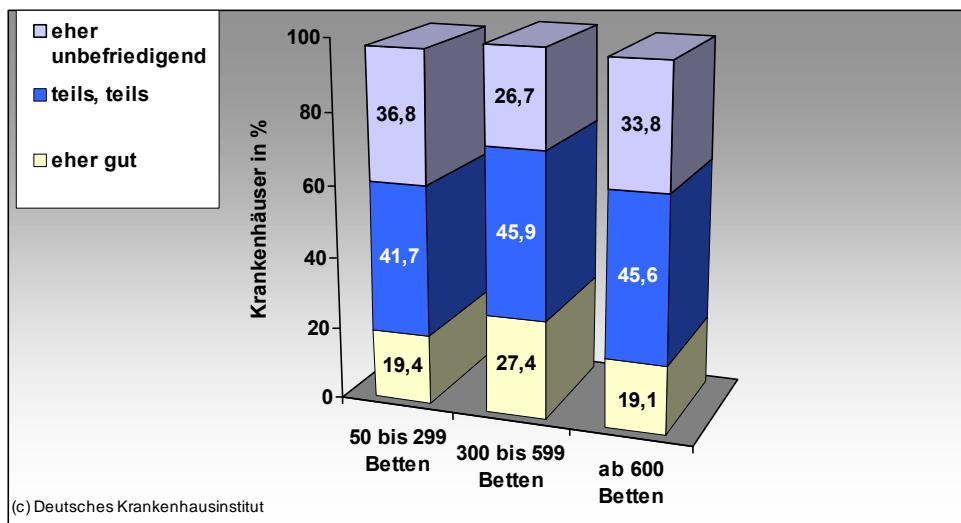


Abb. 52: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2008 nach Bettengrößenklassen³²

Unterschiedlich ist nach wie vor die Beurteilung der Häuser in den alten und neuen Bundesländern: Einerseits schätzen 24,4% der Häuser in den neuen Bundesländern die wirtschaftliche Situation als eher unbefriedigend ein, während 35,5% der westdeutschen Häuser zu dieser Einschätzung gelangen. Andererseits ist der Anteil der ostdeutschen Häuser mit positiver Lageeinschätzung (34,9%) fast doppelt so hoch wie im Westen (19,3%).

³² Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

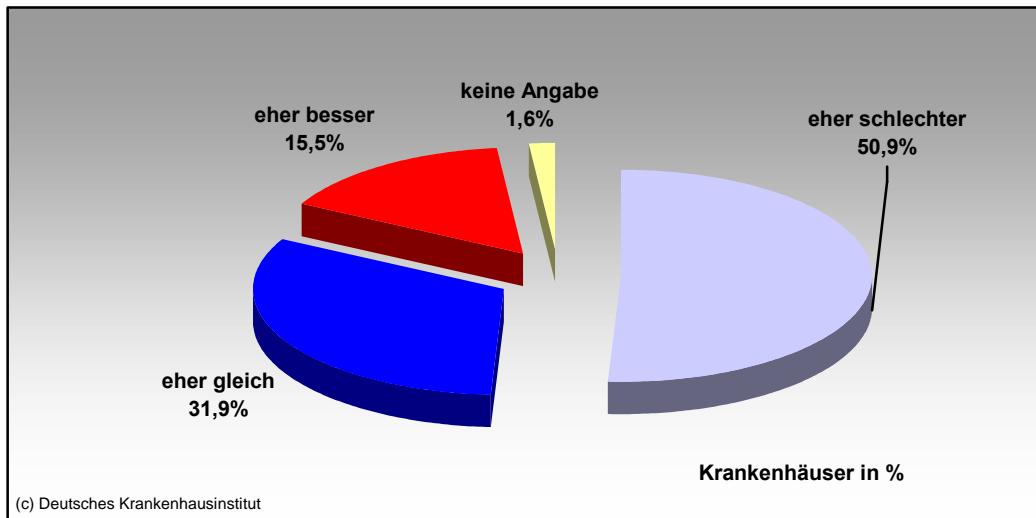


Abb. 53: Erwartungen für das Jahr 2009

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus sollten sich die Krankenhäuser auch zu den Erwartungen für das kommende Jahr äußern (Abb. 53): Demnach erwartet jedes zweite Krankenhaus für das Jahr 2009 eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Nur noch 15,5% der Einrichtungen gehen von einer Verbesserung aus und 31,9% erwarten keine nennenswerten Veränderungen im Vergleich zu 2008. Seit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 fielen die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser nicht mehr so pessimistisch aus wie in diesem Jahr.

Nach Bettengrößenklassen sind die Unterschiede in den wirtschaftlichen Erwartungen alles in allem eher gering (Abb. 54). Tendenziell fallen die Erwartungen in den kleinen und großen Krankenhäusern etwas kritischer aus als in Häusern der mittleren Bettengrößenklasse. Im Ost-West-Vergleich erwarten jeweils rund 50% der Häuser in den alten und neuen Bundesländern eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Allerdings fällt der Anteil der Häuser mit positiven Erwartungen im Westen (16,9%) merklich höher als im Osten (6,8%).

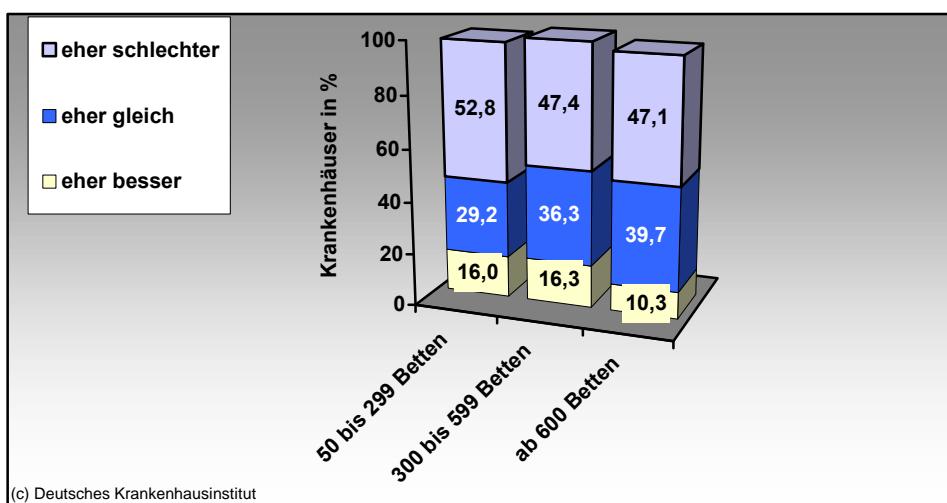


Abb. 54: Erwartungen für das Jahr 2009 nach Bettengrößenklassen³³

³³ Fehlende Angaben zu 100% = keine Angabe.

Die Erwartungen für das kommende Jahr müssen jedoch auch im Zusammenhang mit der Einschätzung der wirtschaftlichen Situation für dieses Jahr gesehen werden. Zu diesem Zweck wurden die entsprechenden Merkmale kreuztabelliert. Aus Tab. 2 ist erkennbar, dass zwei Drittel der Krankenhäuser mit einer ohnehin schon unbefriedigenden Situation eine Verschlechterung erwarten, während dies in Häusern mit einer guten wirtschaftlichen Situation eher unterproportional der Fall ist. Demzufolge würden sich im kommenden Jahr die Disparitäten in der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser weiter verschärfen.

2008		Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation		
2009		ehler unbefriedigend	teils, teils	ehler gut
		66,9%	55,1%	23,0%
Erwartungen für das nächste Jahr	ehler schlechter	17,8%	34,7%	48,6%
	ehler gleich	15,3%	10,2%	28,4%
	Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

**Tab. 2: Vergleich – Wirtschaftliche Situation 2008 und
Erwartungen für das Jahr 2009**

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. Zudem wurden Krankenhäuser unter 50 Betten nicht in die Erhebung miteinbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z.B. zahlreiche Privatkliniken, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogener Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Bei der Stichprobenbildung ist berücksichtigt worden, dass für unterschiedliche Bettengrößenklassen jeweils repräsentative Aussagen getroffen werden können. Falls eine Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern vorgenommen wurde, erfolgte aus sachlichen Gründen eine Zuordnung der Krankenhäuser aus „West-Berlin“ zu den alten Bundesländern und der Krankenhäuser aus „Ost-Berlin“ zu den neuen Bundesländern.

Hinsichtlich der Bettengrößenklassen wurden drei Abstufungen vorgenommen, so dass sich für die Stichprobenbildung drei Krankenhausgruppen ergaben.

Die Größe der jeweiligen Teilstichprobe in den Bettengrößenklassen von 50 bis 299 Betten und von 300 bis 599 Betten wurde unter Beachtung der Gesamtzahl in der Grundgesamtheit sowie der erfahrungsgemäßen Ausschöpfungsquoten ermittelt. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten wurde auf Grund der geringen Besetzung eine Vollerhebung durchgeführt.

Die Bruttostichprobe lag insgesamt bei 845 Krankenhäusern (vgl. Tab. A1).

Bettengrößenklassen	KH gesamt
50 bis 299 Betten	400
300 bis 599 Betten	300
ab 600 Betten	145
insgesamt	845

Tab. A1: Bruttostichprobe der Krankenhauserhebung

Die bereinigte Bruttostichprobe (d.h. abzüglich neutraler Ausfälle etwa durch Schließung von Krankenhäusern, Fusionen, Umwandlung in Rehabilitations-Einrichtungen) lag bei 833 Krankenhäusern. Die Umfrage wurde von April bis Juli 2008 durchgeführt. Nach einer Nachfassaktion wurde eine Teilnahme von 347 Krankenhäusern oder 41,7% der Krankenhäuser erreicht (vgl. Tab. A2).

Krankenhäuser	KH gesamt
Bruttostichprobe	845
bereinigte Bruttostichprobe	833
Teilnehmer	347
Rücklauf in %	41,7

Tab. A2: Ausschöpfungsquote

Da die Auswahlsätze und die Ausschöpfungsquoten in Abhängigkeit von der Bettengrößenklasse variierten, musste eine entsprechende Korrektur (Gewichtung) der realisierten Stichprobe durchgeführt werden, um ein repräsentatives Abbild der Grundgesamtheit wiedergeben zu können.