



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

## **Umfrage 2008**

**Krankenhaus  
Barometer**

**kompakt**

### **Inhalt**

Wirtschaftliche Lage - kein Licht am Ende des Tunnels.....	3
Ärztlicher Dienst - Ärzte gesucht .....	6
Beruf und Familie - auf dem Weg zum familienfreundlichen Krankenhaus .....	8
Klinisches Risikomanagement - Einzug einer positiven Fehlerkultur.....	10
MDK-Prüfungen - mehr als nur ein Einzelfall .....	12
Ambulante Behandlung im Krankenhaus - zu viele Hürden .....	14

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Patricia Perner

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Oktober 2008

Das Deutsche Krankenhausinstitut stellt im Folgenden ausgewählte Ergebnisse der Umfrage 2008 des *Krankenhaus Barometers* vor.

**... zur Studie:**

Das *Krankenhaus Barometer* liefert seit dem Jahr 2000 umfangreiche Informationen zum aktuellen Krankenhauseschehen. Die Umfrage 2008 beruht auf den Angaben von 347 Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten, die im April bis Juni dieses Jahres durchgeführt wurden. Die Ergebnisse sind repräsentativ für alle allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland ab 50 Betten, die gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind.

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

Das Deutsche Krankenhausinstitut bedankt sich herzlich bei den Krankenhäusern, die mit ihrer Teilnahme an der Umfrage die Veröffentlichung des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* ermöglicht haben.

**... zum Deutschen Krankenhausinstitut:**

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

Kontakt / Ansprechpartner:

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

Krankenhaus  
Barometer

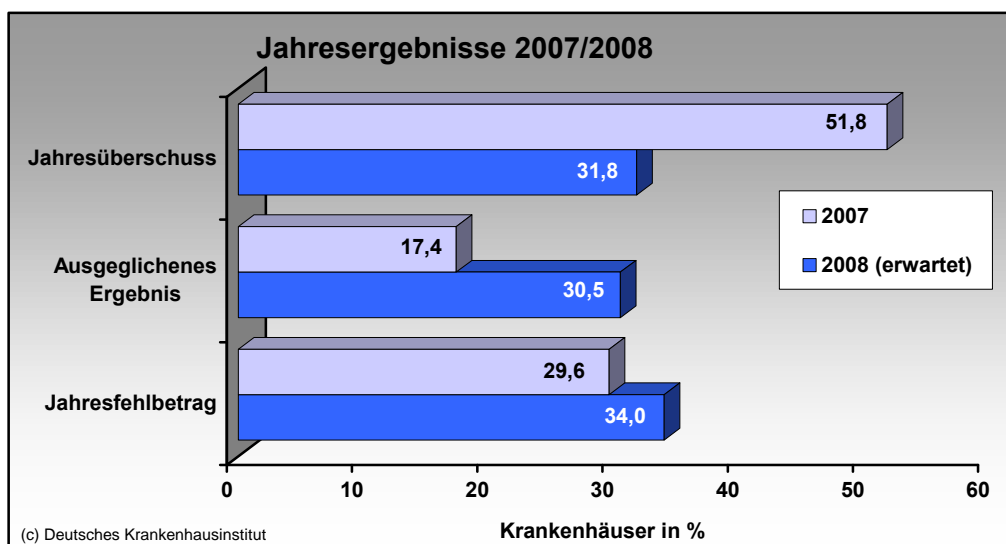
kompakt

## Wirtschaftliche Lage

### –kein Licht am Ende des Tunnels

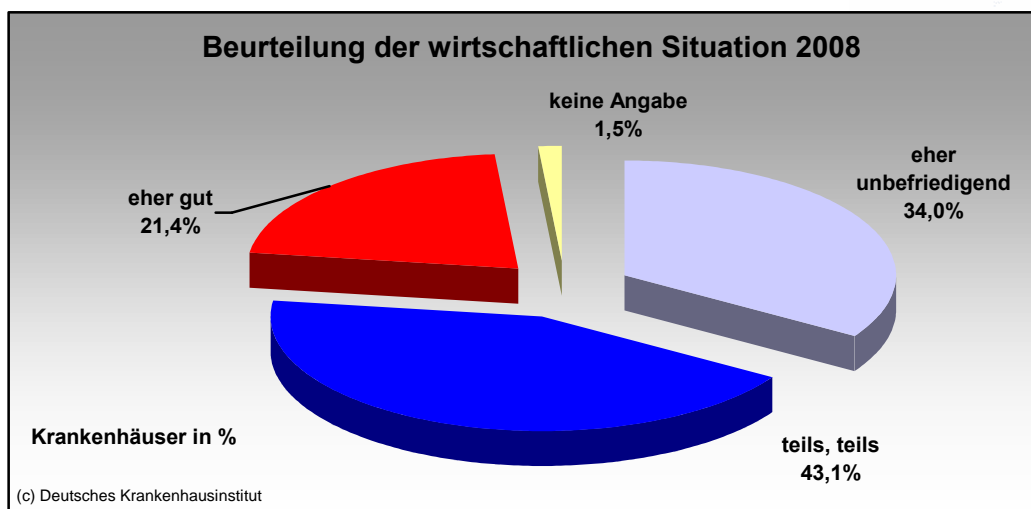
Insgesamt wird die wirtschaftliche Lage in vielen Krankenhäusern zusehends schwieriger. Im Jahr 2007 erzielte nur noch gut die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten einen Jahresüberschuss. Knapp 30% der Häuser schrieben Verluste. Gut 17% wiesen ein ausgeglichenes Ergebnis auf. Im 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%).

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 erwarteten Jahresergebnisse für das Folgejahr fielen damit seit der Einführung des DRG-Systems noch nie so schlecht aus.

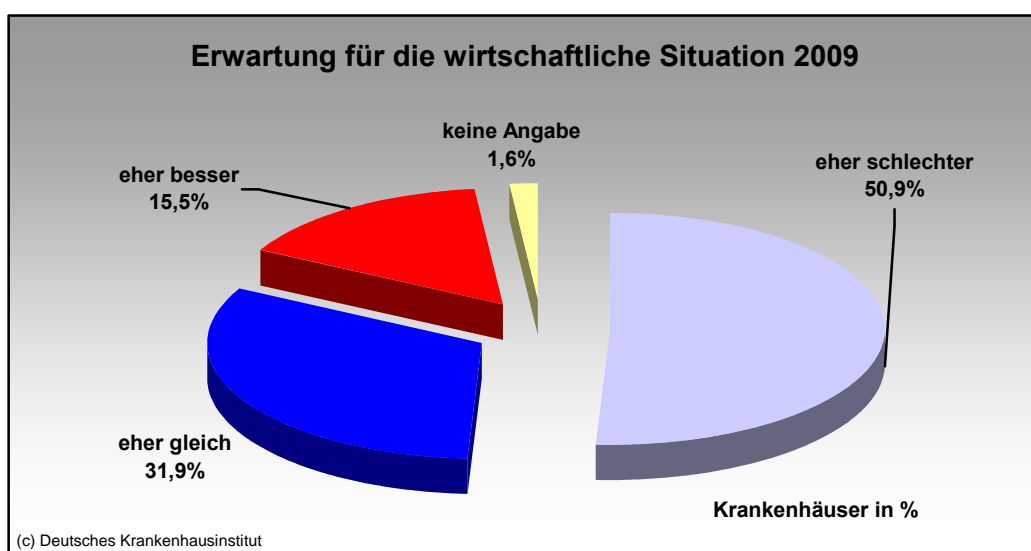


Im Vergleich zu 2006 ist 2007 in jeweils rund einem Drittel der Krankenhäuser das Jahresergebnis gesunken (36%), gestiegen (33%) oder weitgehend gleich geblieben (30%). Der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis ist, verglichen mit dem Vorjahr, um fast 6% zurückgegangen, während der Anteil der Häuser mit rückläufigem Jahresergebnis um gut 6% zugenommen hat. Erstmals seit 2004 ist der Anteil 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.



In den Jahren 2007 bzw. 2008 waren die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit für viele Krankenhäuser erreicht bzw. überschritten: Schon das Jahr 2007 war durch deutliche Kostensteigerungen ohne entsprechende Refinanzierung gekennzeichnet. In den Jahren 2008 und 2009 kommen deutliche Personal- und Sachkostensteigerungen von jeweils rund 4 Mrd. Euro hinzu, mithin geschätzte Mehrkosten in Höhe von ca. 8 Mrd. Euro. Dem stehen erwartete Entlastungen durch bereits bestehende bzw. anstehende gesetzliche Regelungen von nur etwa 3 Mrd. Euro gegenüber.

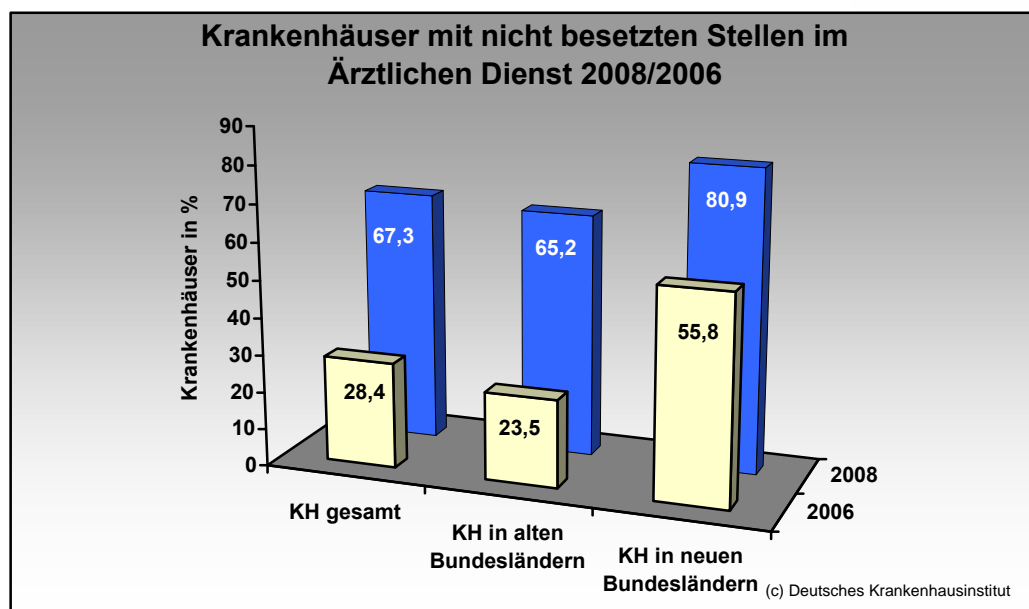
Das strukturelle Defizit der Krankenhäuser für die Jahre 2008 und 2009 würde somit rund 5 Mrd. Euro betragen. Vor diesem Hintergrund sind die kritischen Lageeinschätzungen der Krankenhäuser in hohem Maße nachvollziehbar.

Mit dem Jahresende 2008 ist die Konvergenzphase beendet. Ab 2009 gelten landesweit einheitliche Preise je DRG. Für die Krankenhäuser ist kein Licht am Ende des Tunnels in Sicht: Aller nachweisbaren Bemühungen zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationären Versorgung zum Trotz wird ihre wirtschaftliche Lage zunehmend schwieriger. Der neue Kostenschub im Krankenhaus droht somit zu Lasten von Patienten und Mitarbeitern zu gehen.

## Ärztlicher Dienst – Ärzte gesucht

Angesichts von Problemen bei der Personalrekrutierung und der schwierigen wirtschaftlichen Situation können die Krankenhäuser derzeit viele Arztstellen nicht besetzen. Rund zwei Drittel der Krankenhäuser (67,3%) hat entsprechende Stellenbesetzungsprobleme. Im Vergleich zum Jahr 2006 (28,4%) ist damit eine sehr starke Zunahme zu verzeichnen.

Nach wie vor gibt es hier 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. 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.



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. Hochgerechnet 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. Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Stellen in den jeweiligen Häusern blieben somit 4% ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst unbesetzt.



Das gravierendste Folgeproblem von Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst stellt die Arbeitszeitorganisation dar. Fast jedes betroffene Krankenhaus hat entsprechende Schwierigkeiten. Gut ein Drittel der Häuser berichtet von Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung und gut ein Sechstel 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.

Insgesamt entwickelt sich die Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst allmählich zu einem gravierenden Problem der stationären Versorgung. 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.

# Krankenhaus Barometer

kompakt

## Beruf und Familie

### – auf dem Weg zum familienfreundlichen Krankenhaus

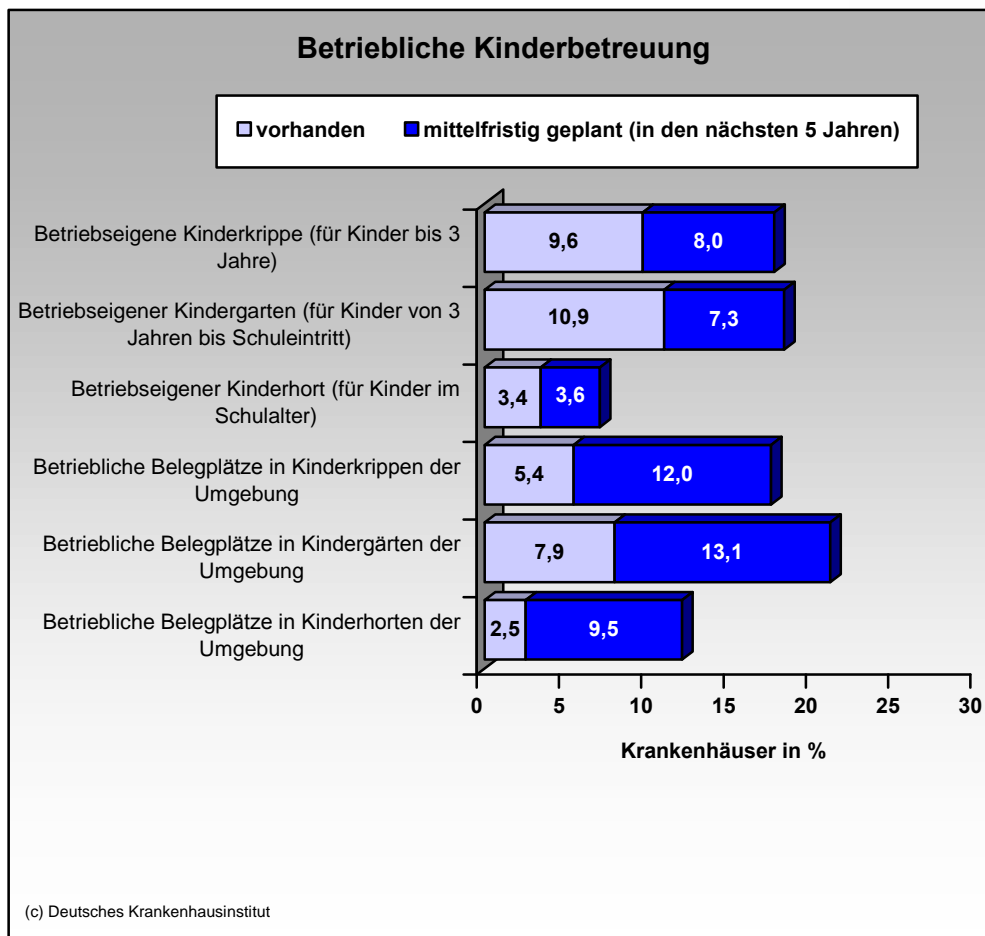
Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird für viele Beschäftigte im Krankenhaus zusehends wichtiger. Familienorientierung im Krankenhaus begünstigt daher die Gewinnung und Bindung von Mitarbeitern. Im Krankenhaus werden künftig familienfreundliche Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Standort-, Image- und Wettbewerbsfaktor bilden.

Schon heute ist die Familienfreundlichkeit im Krankenhaus von großer unternehmensstrategischer Relevanz. Bei rund 80% der Krankenhäuser hat die Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen mehr oder weniger hohen Stellenwert in ihrer Unternehmensstrategie.

Eine bedarfsgerechte Kinderbetreuung bildet dafür die wichtigste Voraussetzung. Fast 20% der Krankenhäuser bieten bereits eine betriebliche Kinderbetreuung an, sei es in Form betriebseigener Kinderkrippen, Kindergärten und Kinderhorte oder über betriebliche Belegplätze in Kinderbetreuungseinrichtungen der Umgebung. Das Angebot an betrieblicher Kinderbetreuung im Krankenhaus liegt damit sogar leicht über dem Durchschnitt der deutschen Wirtschaft (für Unternehmen ab 250 Mitarbeitern). Zusätzlich planen fast 30% der Krankenhäuser mittelfristig in den nächsten 5 Jahren Angebote zur betrieblichen Kinderbetreuung.

Neben den Kapazitäten von Kinderbetreuungseinrichtungen 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. Krankenhäuser mit betrieblicher Kinderbetreuung bieten dabei überwiegend bereits eine Ganztagsbetreuung von ca. 6.00 Uhr bis ca. 17.00 Uhr an. Die Öffnungszeiten der Einrichtungen kommen insofern den Arbeitszeiten der Krankenhausmitarbeiter weit entgegen.

Weitere familienfreundliche Maßnahmen mit sehr hohem Verbreitungsgrad im Krankenhaus sind insbesondere die Arbeitszeitflexibilisierung, die betriebliche Elternzeit, 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. Tagesmutterservice oder Hausaufgabenbetreuung.



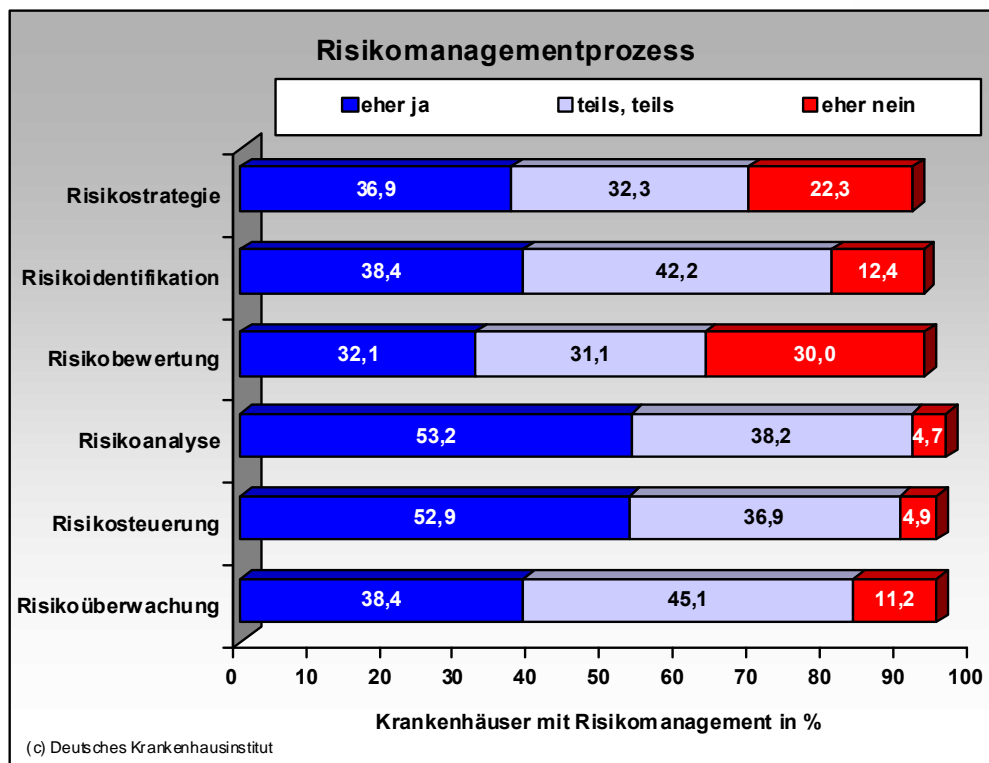
Im Grundsatz sind die Krankenhäuser mit ihren Unterstützungsangeboten für Eltern oder Kinder im Rahmen einer familienorientierten Personalpolitik im branchenübergreifenden Vergleich bereits gut aufgestellt. Mittelfristig ist eine merkliche Zunahme des Angebots zu erwarten, so dass der Weg zu einer familienfreundlichen Unternehmenskultur konsequent weiter beschritten wird.

## Klinisches Risikomanagement

### – Einzug einer positiven Fehlerkultur

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.

In Deutschland verfügt bereits knapp ein Drittel der Krankenhäuser (31,1%) über ein klinisches Risikomanagementsystem zur Vermeidung von Behandlungsfehlern bzw. Behandlungsrisiken, sei es für das Krankenhaus insgesamt (19,9%) oder für ausgewählte Leistungsbereiche (11,2%). Darüber hinaus steht die Thematik zunehmend im Fokus der Krankenhäuser. Denn in 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 (teilweise auch darüber hinaus) 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.

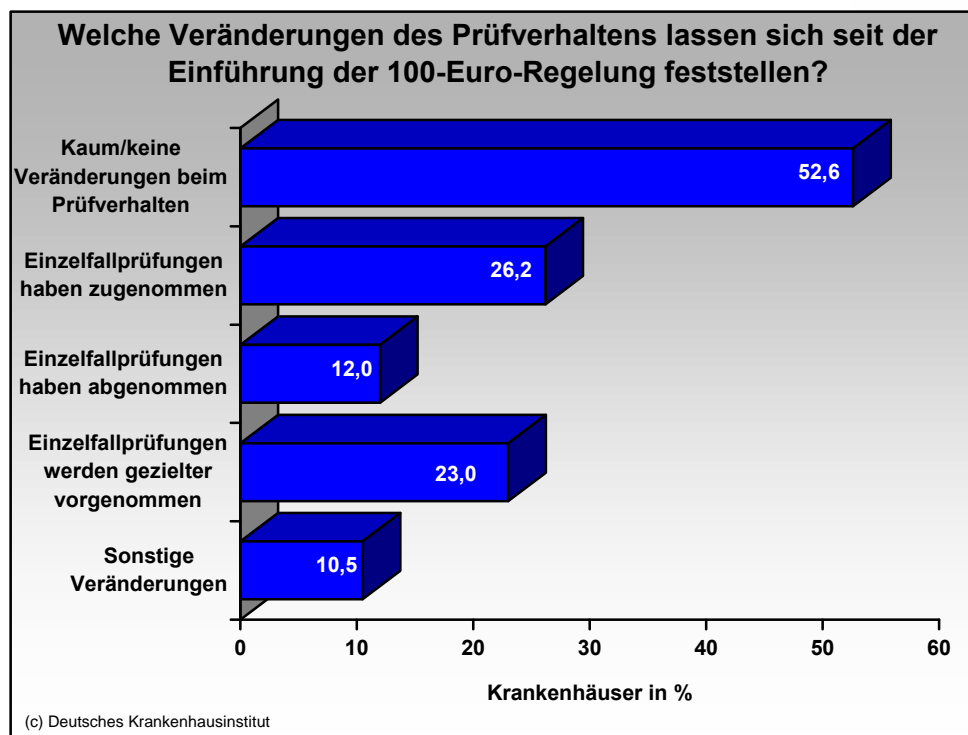
Die Krankenhäuser profitieren zusehends von der krankenhausesweiten Einführung eines klinischen Risikomanagements. So berichten schon jeweils rund 40% der entsprechenden Häuser von einem Rückgang bzw. schwächeren Anstieg von Schadensmeldungen, vergüteten Haftpflichtfällen und Schadenssummen. Und ein Viertel der entsprechenden Häuser hat bislang eine verbesserte Prämienstellung bei seiner Krankenhaushaftpflicht erreicht. 84% der Krankenhäuser sind überdies der Auffassung, dass ihr Risikomanagement die Patientensicherheit merklich erhöht habe.

Das klinische Risikomanagement befindet sich in den deutschen Krankenhäusern zwar vielfach noch im Anfangsstadium bzw. in der Implementierungsphase. In den nächsten Jahren ist jedoch mit einer konsequenten Weiterentwicklung von Quantität und Qualität der Risikomanagementsysteme zu rechnen. Eine positive Fehlerkultur zur Erfassung, Analyse und Vermeidung von Fehlern oder Risiken hält im Krankenhaus zunehmend Einzug.

## MDK-Prüfungen

### – mehr als nur ein Einzelfall

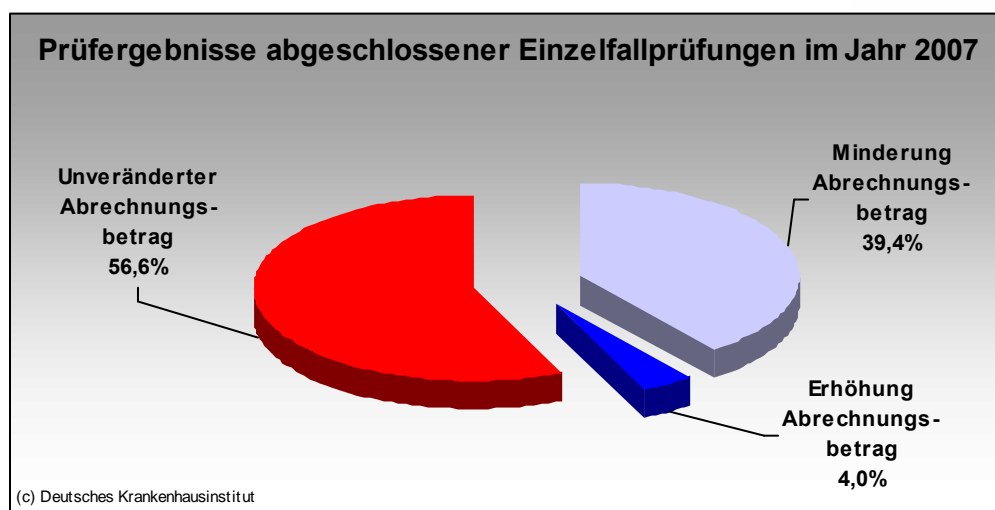
Krankenkassen sind verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es in gesetzlich bestimmten Fällen oder nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder des Erkrankungsverlaufs erforderlich ist. Sinn und Zweck dieser verdachtsabhängigen Einzelfallprüfung gem. § 275 Abs. 1 SGB V werden auf Kostenträgerseite nun schon seit einigen Jahren durch eine übermäßige Einschaltung des MDK in Frage gestellt. Prüfquoten von 11% im Jahr 2007 (das sind rund 2 Mio. Fälle) stellen keine Einzelfälle mehr dar. Vor diesem Hintergrund wird von 70% der Krankenhäuser kritisiert, dass die Prüfungen nicht mehr den Charakter von Einzelfallprüfungen aufweisen, da diese bei manchen Diagnosen oder Prozeduren standardmäßig durchgeführt werden.



Einer ungezielten und übermäßigen Einleitung von Begutachtungen konnte auch durch die Einführung einer Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro nicht entgegengewirkt werden. Diese Pauschale hat der zuständige Kostenträger an das Krankenhaus zu zahlen, wenn die MDK-Prüfung nicht zu einem geminderten Abrechnungsbetrag führt. Über die Hälfte der Krankenhäuser gibt an, dass sich seit der Einführung dieser Regelung im April 2007 kaum etwas am Prüfverhalten ge-

ändert habe. Bei über einem Viertel der Häuser haben die Einzelfallprüfungen seitdem sogar zugenommen.

Die Verdachtsunabhängigkeit der Einzelfallprüfungen kann in jedem Fall problematisiert werden, wenn man sich die Prüfergebnisse vor Augen hält. Bei über der Hälfte der Einzelfallprüfungen (56,6%) blieb der Rechnungsbetrag unverändert und in 3,9% kam es zu einer Erhöhung. Lediglich 39,4% der Einzelfallprüfungen führten zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages. Bei der überwiegenden Anzahl konnten somit keine Fehlbelegungen oder fehlerhaften Abrechnungen zuungunsten der Kostenträger festgestellt werden.



Die Verfahrensdauern sind sehr lang: Bis zum Vorliegen der Prüfergebnisse vergehen durchschnittlich etwa drei Monate. In dieser Zeit muss das Krankenhauspersonal die Prüfungen intern bearbeiten und die Abrechnungen gegenüber dem MDK rechtfertigen. Bei der nicht unerheblichen Anzahl durchgeführter Einzelfallprüfungen kommt es dabei zu einer deutlichen Bindung von Vollkräften im Krankenhaus. Beispielsweise sind in größeren Krankenhäusern mindestens eine Vollkraft im Ärztlichen Dienst und fast zwei Vollkräfte im Verwaltungsdienst allein damit beschäftigt, die Einzelfallprüfungen zu bearbeiten.

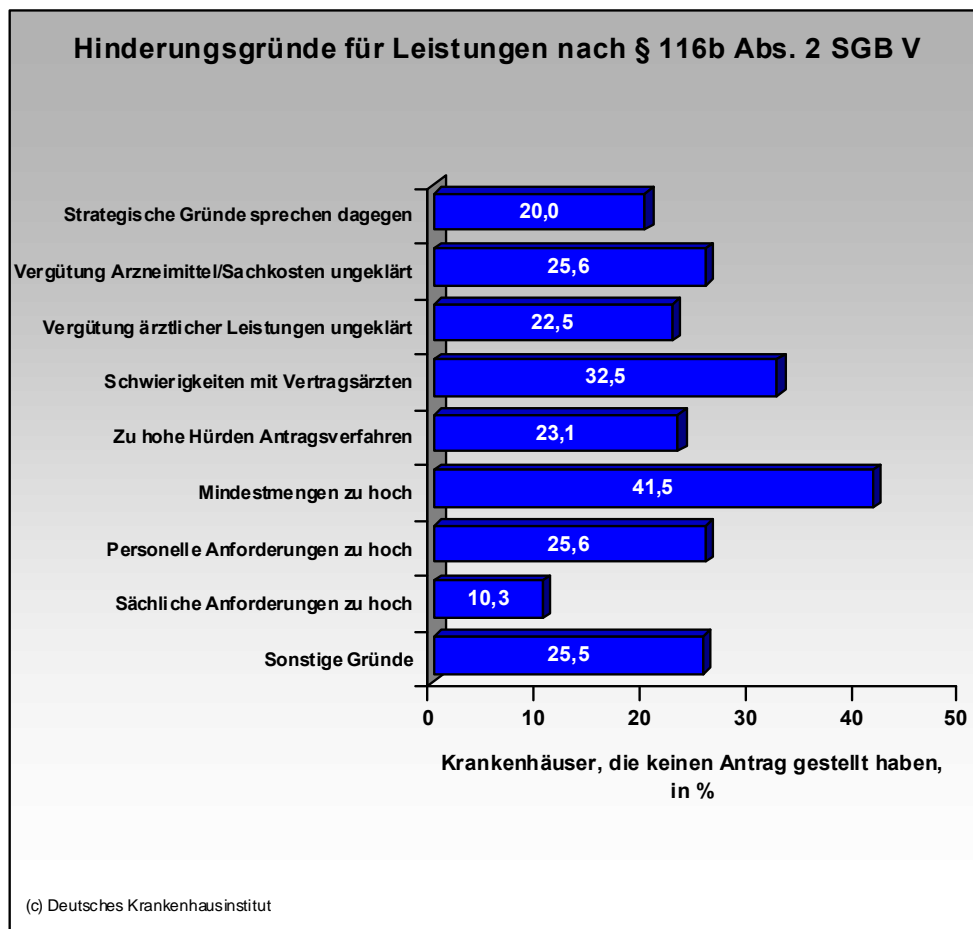
Die jüngsten gesetzlichen Regelungen haben die ungezielte und übermäßige Einleitung von Begutachtungen durch den MDK nicht eingedämmt. Der immense bürokratische Aufwand bei langen Verfahrensdauern, die hohe Personalbindung in den Krankenhäusern sowie die Personalkosten beim MDK selbst stehen in einem Missverhältnis zur Erfolgsquote der Einzelfallprüfungen.

## Ambulante Behandlung im Krankenhaus

### – zu viele Hürden

Die Krankenhäuser sind gemäß § 116b Abs. 2 SGB V berechtigt, die in einem Katalog definierten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant zu erbringen. Voraussetzung hierfür ist ein geeignetes Leistungsspektrum sowie ein von der zuständigen Zulassungsbehörde der Länder positiv beschiedener Antrag der Krankenhäuser.

Fast jedes zweite Krankenhaus (44%) verfügt über ein geeignetes Leistungsspektrum, um die ambulanten Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erbringen zu können. Davon haben 23% keinen Antrag bei der zuständigen Landesbehörde für die ambulante Leistungserbringung gestellt. Als häufigster Grund hierfür wurden die zu hohen Mindestmengen für diese Leistungen genannt. Die ausschließlich für Krankenhäuser geltenden Mindestmengen bilden eine zusätzliche Hürde in der ambulanten Leistungserbringung für Krankenhäuser.



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 vielfach 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.

Von den geeigneten Krankenhäusern haben mehr als drei Viertel einen oder mehrere Anträge für die ambulante Leistungserbringung gemäß § 116b SGB V gestellt oder planen dies zumindest. Hochgerechnet auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland haben somit rund 500 Krankenhäuser ihr Interesse an der Erbringung von ambulanten Leistungen gemäß § 116b SGB V bekundet.

Mit 82% der (geplanten) Anträge lag der Schwerpunkt der interessierten Krankenhäuser bei der Behandlung von onkologischen Erkrankungen. 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.

Insgesamt zeigen die Krankenhäuser 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 auch tatsächlich Leistungen gemäß § 116b SGB V ambulant erbringen.