

KRANKENHAUS

BAROMETER

Umfrage 2017

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



KRANKENHAUS BAROMETER 2017

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax: 0211 / 47 051 – 67
E-Mail: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, November 2017

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
1 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER	6
1.1 JAHRESERGEBNIS 2016.....	6
1.2 ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2015/2016	7
1.3 BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION.....	9
1.4 BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN	11
2 AMBULANTE NOTALLVERSORGUNG IM KRANKENHAUS	13
2.1 VORHALTUNG VON NOTFALLAMBULANZ	13
2.2 ORGANISATION DER NOTFALLAMBULANZ	13
2.3 ÜBERNAHME VON TÄTIGKEITEN WÄHREND DES DIENSTES IN DER NOTFALLAMBULANZ	15
2.4 ANZAHL DER AMBULANTEN KV-NOTFÄLLE	16
2.5 ERLÖSE UND KOSTEN BEI AMBULANTEN KV-NOTFÄLLEN	18
2.6 VERTEILUNG DER AMBULANTEN KV-NOTFÄLLE AUF WOCHENTAGE.....	21
2.7 VERTEILUNG DER AMBULANTEN KV-NOTFÄLLE AUF TAGESZEITEN.....	23
2.8 KV-NOTDIENSTPRAXIS AM KRANKENHAUS	24
2.9 ÖFFNUNGSZEITEN DER KV-NOTDIENSTPRAXIS AM KRANKENHAUS	25
2.10 NUTZUNG DER KRANKENHAUSINFRASTRUKTUR DURCH KV-NOTDIENSTPRAXIS	26
3 WAHLÄRZTLICHE BEHANDLUNG UND MEDIZINISCHE WAHLEISTUNGEN	29
3.1 WAHLÄRZTLICHE BEHANDLUNG	29
3.2 ANGEBOT VON MEDIZINISCHEN WAHLEISTUNGEN	31
3.3 ARTEN MEDIZINISCHER WAHLEISTUNGEN	32
3.4 FALLZAHL UND ERLÖSE BEI MEDIZINISCHEN WAHLEISTUNGEN	33
4 STRUKTUR VON CHEFARZTVERTRÄGEN	35
4.1 GESTALTUNGSFORMEN DES VARIABLEN EINKOMMENS	35
4.2 ZIELVEREINBARUNGEN IN CHEFARZTVERTRÄGEN.....	37
4.3 AUSGESTALTUNG VON NEUEN CHEFARZTVERTRÄGEN	40
5 AUSLÄNDISCHE PFLEGEKRÄFTE IM KRANKENHAUS	43
5.1 BESCHÄFTIGUNG VON PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND.....	43
5.2 ANWERBUNG VON PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND	46
5.3 PROBLEME MIT PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND	47
5.4 BEDARF AN PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND	49



6	KULTURSENSIBLE VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT MIGRATIONSHINTERGRUND	51
6.1	PATIENTEN MIT MIGRATIONSGESCHICHTE	51
6.2	DOKUMENTATION DES MIGRATIONSTATUS.....	53
6.3	BERÜCKSICHTIGUNG IN DER STRATEGISCHEN AUSRICHTUNG	54
6.4	KONTINUIERLICHER VERBESSERUNGSPROZESS.....	55
6.5	PERSONELLE ZUSTÄNDIGKEITEN.....	57
6.6	ORGANISATORISCHE ASPEKTE	58
6.7	KOOPERATIONEN	61
6.8	INFORMATION UND KOMMUNIKATION	63
6.9	ORGANISATION UND UMSETZUNG VON ÜBERSETZUNGEN	66
6.10	ZAHLUNGS AUSFÄLLE BEI PATIENTEN AUS DEM AUSLAND	71
6.11	EINSCHÄTZUNG DER HÄUSER ZUR KULTURSENSIBILITÄT.....	73
7	MDK-PRÜFUNGEN	76
7.1	ÜBERBLICK ÜBER DIE PRÜFVERFAHRENSVEREINBARUNG.....	76
7.2	EINLEITUNG EINES PRÜFVERFAHRENS 2016	79
7.3	VORVERFAHREN GEMÄß DER PRÜFVERFAHRENSVEREINBARUNG	81
7.4	DIREKTE BEAUFTRAGUNG DES MDK DURCH DIE KRANKENKASSEN	88
7.5	PROCEDURE DES SCHRIFTLICHEN VERFAHRENS	91
7.6	ERLÖSVERLUSTE DURCH MDK-PRÜFUNGEN	95
7.7	VORGEHEN NACH DEN MDK-PRÜFUNGEN	98
7.8	VERWEIGERUNG DER ZAHLUNG DER AUFWANDSPAUSCHALEN GEMÄß § 275 ABSATZ 1 C SGB V	103
7.9	ZURÜCKWEISUNG VON RECHNUNGEN.....	105
8	INFORMATIONSTECHNIK IM KRANKENHAUS	107
8.1	EINSATZ DER IT-SYSTEME	107
8.2	PERSONALSITUATION	109
8.3	IT-AUSFÄLLE	111
8.4	WECHSEL DES KRANKENHAUSINFORMATIONSSYSTEMS	112
8.5	ANWENDUNG DES IT-SICHERHEITSGESETZES	113
8.6	ANWENDUNG DES E-HEALTH-GESETZES	115
8.7	IT-KOSTEN.....	118
8.8	ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN	119
9	LITERATURVERZEICHNIS	121





Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2017 vor.

Beim *Krankenhaus Barometer* handelt es sich um eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu aktuellen gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen. Das *Barometer* wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt; das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK).

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhaugeschehen zur Verfügung zu stellen. Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das *Krankenhaus Barometer* zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet. Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometers* sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de).

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2017 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von April bis Mitte Juli 2017 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 234 Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 4 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

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.



KRANKENHAUS BAROMETER 2017

1 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

1.1 Jahresergebnis 2016

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2016 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach hat fast jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (29 %) im Jahr 2016 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 61 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 10 % (Abb. 1).

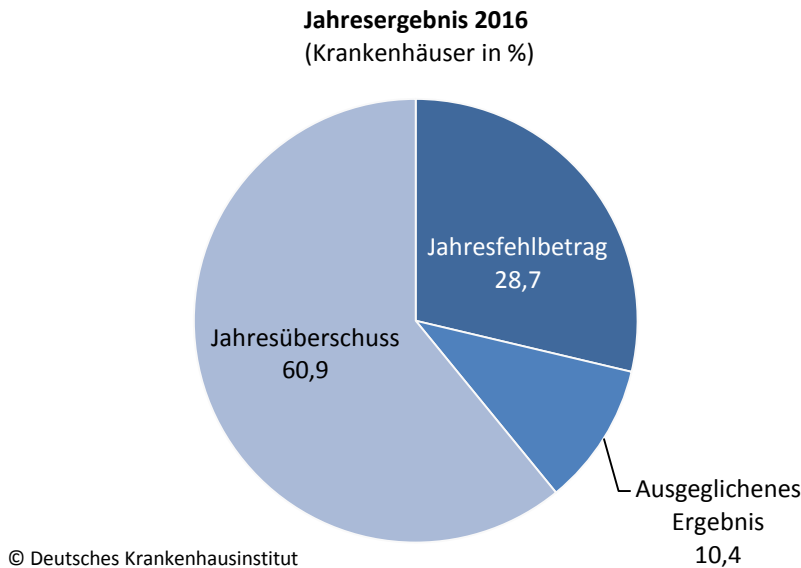
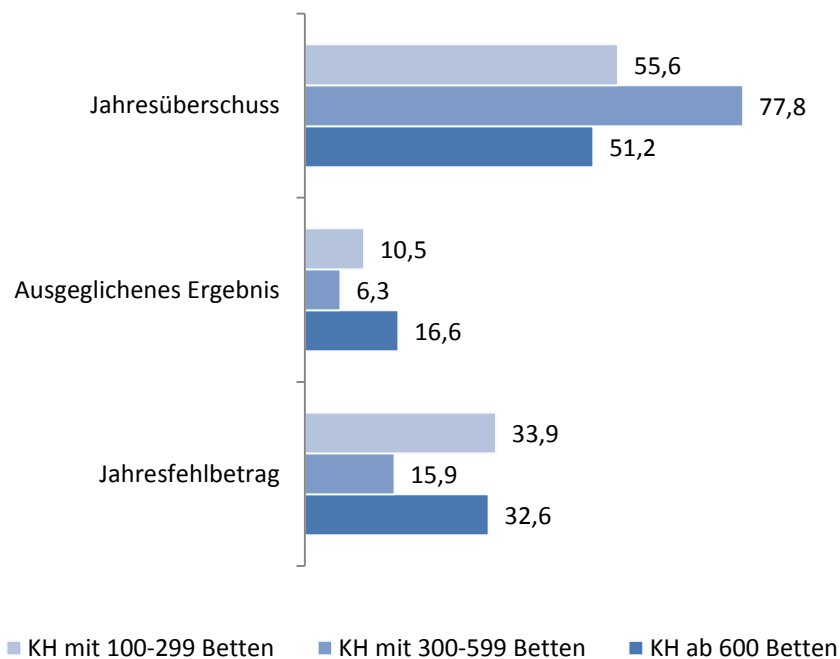


Abb. 1: Jahresergebnis 2016

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Ergebnisse leicht verbessert. Im Jahr 2016 hatten 33 % der Krankenhäuser Verlust geschrieben und 58 % Überschüsse erzielt. Gleichwohl war die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2016 nach wie vor problematisch.

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die Häuser der mittleren Bettengrößenklasse mit 300 – 599 Betten am häufigsten einen Jahresüberschuss (78 %) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (16 %). Verglichen damit fällt die wirtschaftliche Lage der kleinen und großen Krankenhäuser schlechter aus (Abb. 2).

Jahresergebnis 2016 nach Bettengrößenklassen
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

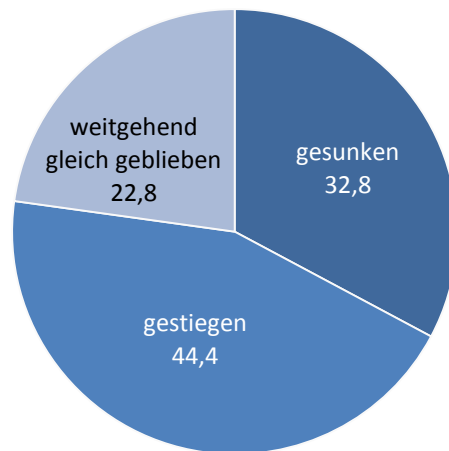
Abb. 2: Jahresergebnis 2016 nach Bettengrößenklassen

1.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2015/2016

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2015 und 2016 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015 in 33 % der Krankenhäuser gesunken und bei 44 % der Häuser gestiegen. Bei den übrigen ist es konstant geblieben (Abb. 3).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2016 im Vergleich zu 2015
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Entwicklung des Jahresergebnisses 2016 im Vergleich zu 2015

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert stark in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Vor allem in der Bettengrößenklasse ab 600 Betten fällt der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis mit 61 % deutlich überproportional und der Anteil der Häuser mit rückläufigem Jahresergebnis mit 21 % stark unterproportional aus (Abb. 4).

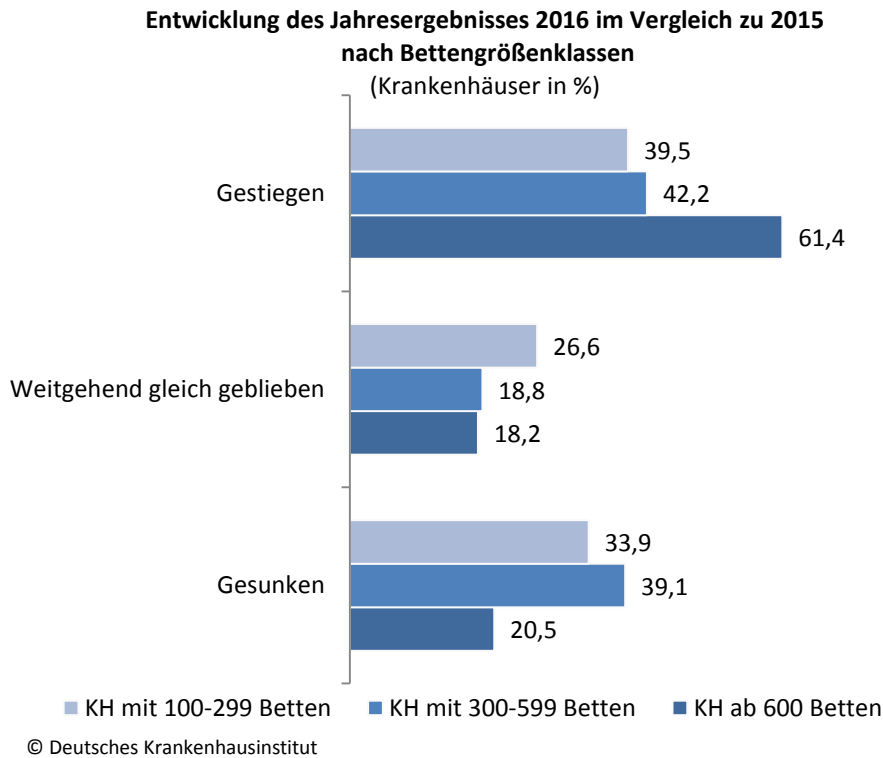


Abb. 4: Entwicklung des Jahresergebnisses 2016 im Vergleich zu 2015 nach Bettengrößenklassen

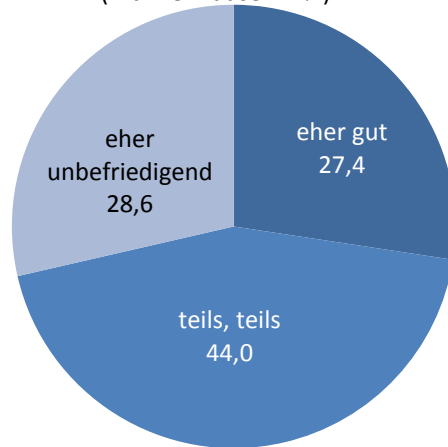
1.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2016 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2017 beurteilen. Demnach schätzen nur 27 % der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage als eher gut ein. 29 % der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während 44 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 5).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sowohl der Anteil der Häuser mit guter wirtschaftlicher Lage (34 %) als auch der Anteil der Häuser mit unbefriedigender Lage (38 %) abgenommen.

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in der mittleren Bettengrößenklasse am besten und in den großen Krankenhäusern tendenziell am schlechtesten aus (Abb. 6).

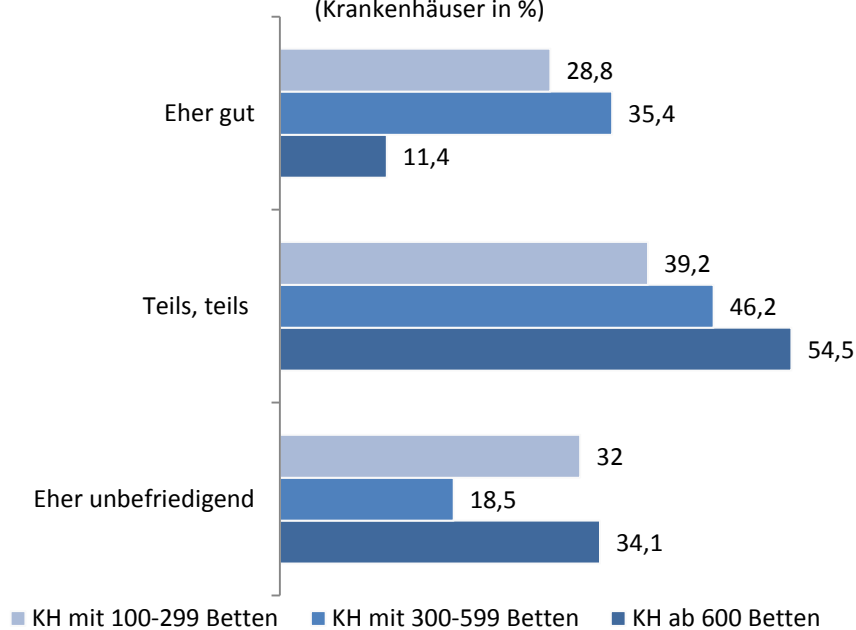
Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses

Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen
(Krankenhäuser in %)



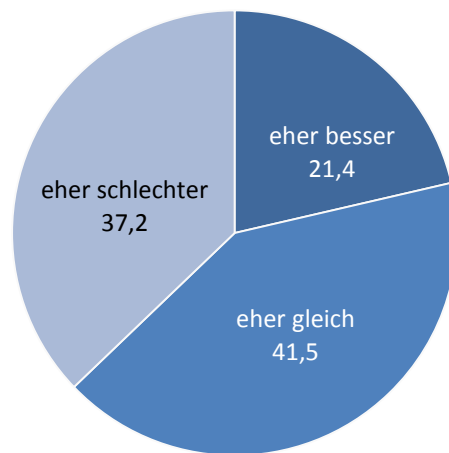
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen

1.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2018 äußern: Nur gut ein Fünftel der Häuser (22 %) erwartet eine Verbesserung und 37 % der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation, während die übrigen in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 7). Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser fallen also insgesamt ambivalent aus.

Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2018
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2018

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen in Häusern der mittleren Bettengrößenklasse tendenziell etwas schlechter aus als in den beiden unteren Bettengrößenklassen (Abb. 8).

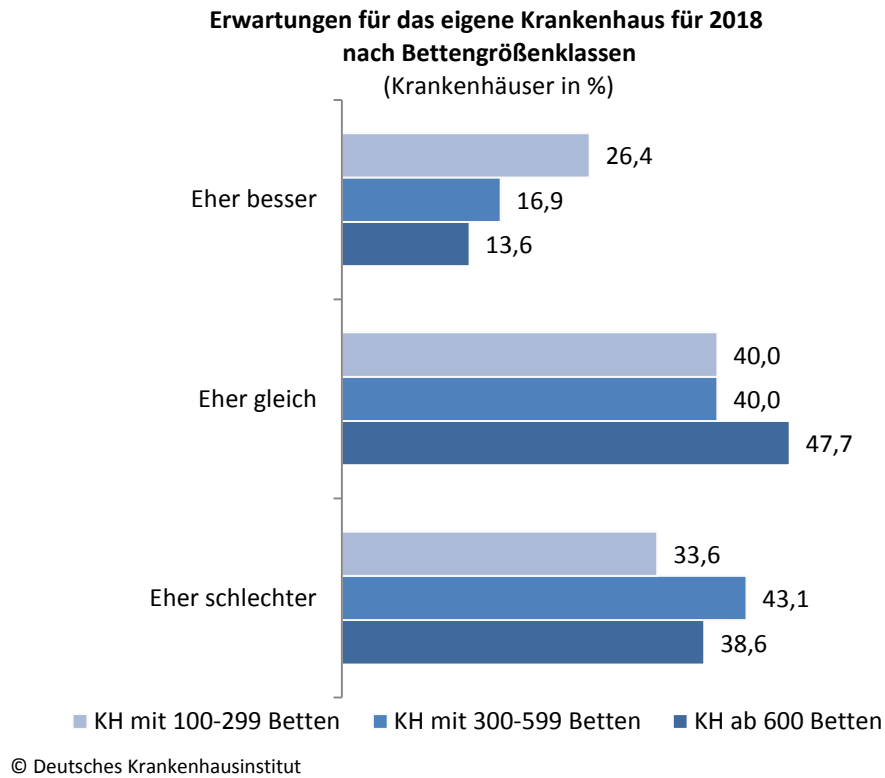


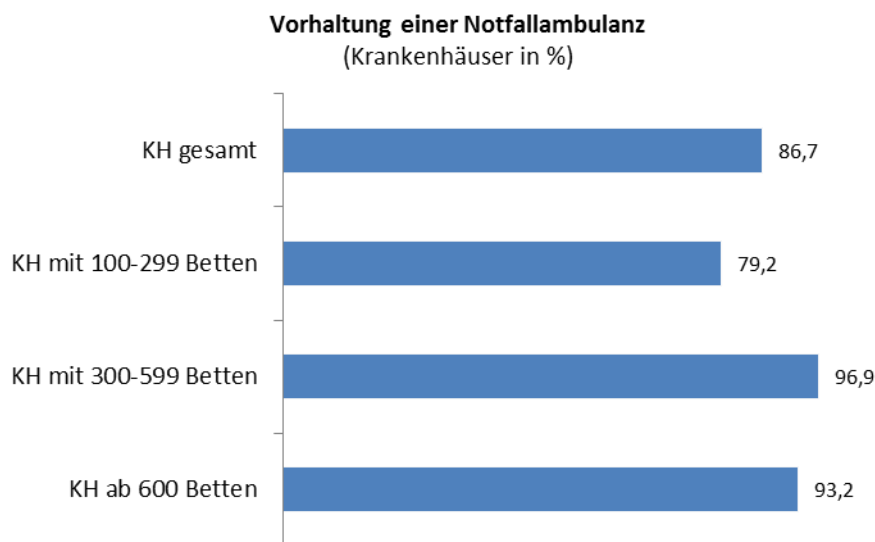
Abb. 8: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2018 nach Bettengrößenklassen

2 Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus

2.1 Vorhaltung von Notfallambulanz

Einleitend sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie über eine Notfallambulanz verfügen. Dies ist bei 87 % der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten der Fall. Mit knapp 80 % sind die Notfallambulanzen in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten unterrepräsentiert, in den übrigen Bettengrößenklassen mit Anteilswerten über 90 % überrepräsentiert (Abb. 9).

Nach den Regionsgrundtypen der amtlichen Raumordnung resultierten hingegen kaum Unterschiede. In Agglomerationsräumen (89 %), städtischen Räumen (83 %) und in ländlichen Räumen (87 %) entsprach der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser mit Notfallambulanzen in etwa dem Bundesdurchschnitt (Ergebnisse nicht dargestellt).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Vorhaltung einer Notfallambulanz

2.2 Organisation der Notfallambulanz

Was die Organisation der Notfallambulanz angeht, setzt sich die Entwicklung zur Zentralisierung der Notfallambulanz fort (Abb. 10). Gut zwei Drittel (68 %) der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten haben eine zentrale Notfallambulanz, sei es mit eigenständiger, fachlich unabhängiger ärztlicher Leitung

(45 %), sei es mit wechselnden ärztlichen Leitungen (23 %). Auch bei der Restkategorie "Sonstige Organisation der Notfallambulanz" (9 %) wurden im Rahmen einer offenen Frage vielfach Varianten einer zentralen Notfallambulanz genannt (z. B. interdisziplinäre Notfallambulanz, standortübergreifende Notfallambulanz, Notfallambulanz an zwei Standorten mit einheitlicher Leitung).

Zum Vergleich: 2010 hatte weniger als die Hälfte der Krankenhäuser eine zentrale Notfallambulanz, 2014 waren es 63 % der Krankenhäuser (DKI, 2010, 2014).

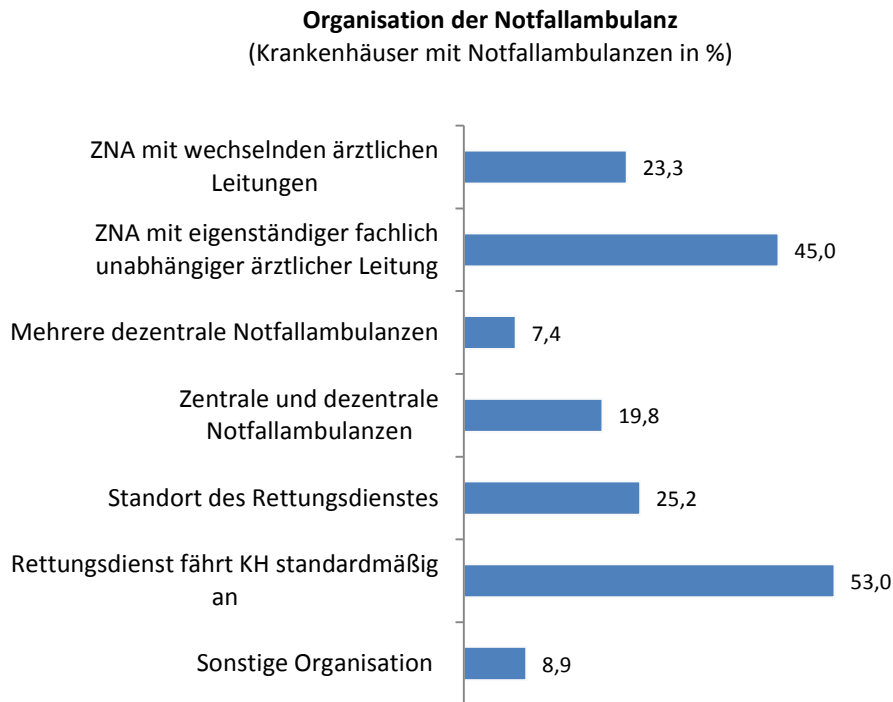
Weitere 20 % der Krankenhäuser gaben an, sowohl über zentrale als auch über dezentrale Notfallambulanzen zu verfügen. Mehrere dezentrale Notfallambulanzen, also als Teil einer Fachabteilung, haben lediglich 7 % der Häuser.

Nach Krankenhausgrößen gab es kaum Unterschiede hinsichtlich der Organisation der Notfallambulanz (Ergebnisse nicht dargestellt).

Ein Viertel der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten verfügt über einen Standort des Rettungsdienstes am Krankenhaus. Bei weiteren 53 % der Häuser fährt der Rettungsdienst das Krankenhaus regelmäßig an.

Größere Krankenhäuser ab 600 Betten sind mit 42 % deutlich häufiger Standort des Rettungsdienstes als kleine Krankenhäuser unter 300 Betten (18 %) und mittelgroße Krankenhäuser (26 %).





© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Organisation der Notfallambulanz

2.3 Übernahme von Tätigkeiten während des Dienstes in der Notfallambulanz

Krankenhausärzte in der Notfallambulanz haben häufig eine Mehrfachbelastung. Auf der einen Seite sind sie zuständig für die Aufrechterhaltung der Versorgung dort, auf der anderen Seite übernehmen sie ärztliche Tätigkeiten in anderen Bereichen des Krankenhauses.

Lediglich 17 % der befragten Krankenhäuser gaben an, dass Ärzte, die ihren Dienst in der Notfallambulanz ableisten, keiner weiteren Tätigkeit nachgehen (Abb. 11).

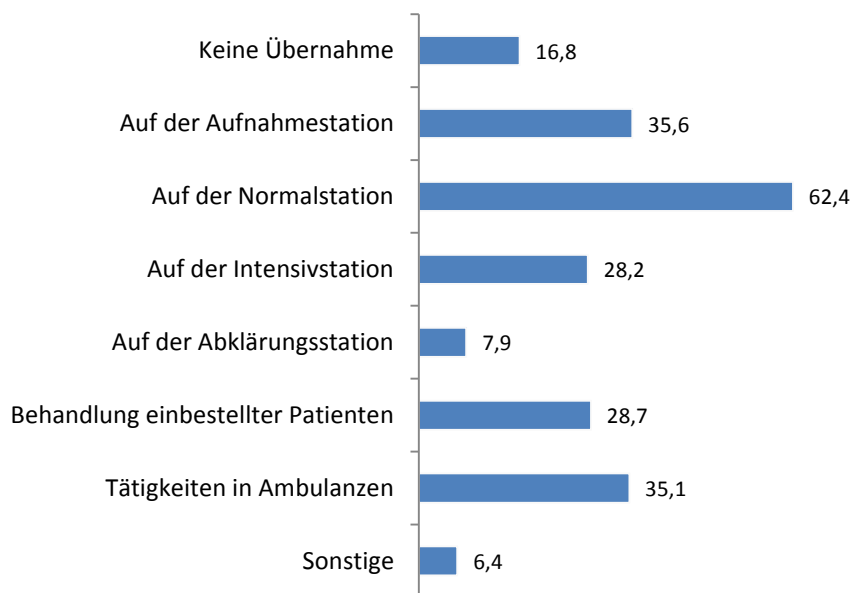
In 62 % der Häuser üben diese Ärzte üblicherweise zusätzlich zur Tätigkeit in der Notfallambulanz auch Tätigkeiten im Rahmen der stationären Krankenversorgung auf der Normalstation aus. In rund 28 % der Häuser erfolgt ein Einsatz auf der Intensivstation. In jeweils rund einem Drittel der Krankenhäuser über-



nehmen die Ärzte während ihres Dienstes in der Notaufnahme auch die Behandlung einbestellter Patienten bzw. Tätigkeiten in der Aufnahme-Station oder in anderen Ambulanzen wie z. B. der BG-Ambulanz.

Nach Krankenhausgröße nimmt vor allem der Anteil der Krankenhäuser, in denen Ärzte während ihres Dienstes in der Notfallambulanz keiner weiteren Tätigkeit nachgehen, mit steigender Krankenhausgröße zu bzw. der Anteil mit parallelem Einsatz auf den Normalstationen ab (Ergebnisse nicht dargestellt).

Übernahme von Tätigkeiten durch Krankenhausärzte während des Dienstes in der Notfallambulanz
(Krankenhäuser mit Notfallambulanz in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Übernahme von Tätigkeiten während des Dienstes in der Notfallambulanz

2.4 Anzahl der ambulanten KV-Notfälle

Gemäß § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten, also den organisierten Notfalldienst. Die Krankenhäuser sind über die freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) in die ambulante Notfallversorgung eingebunden.



Somit dürfen die Patienten im Notfall auch die Leistungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen.

Vor diesem Hintergrund sollten die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten mit Notfallambulanz angeben, wie viele ambulante Notfälle sie im Jahr 2016 mit einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet haben. Berechnungsbasis bildet die Anzahl der in den vier Quartalabrechnungen insgesamt eingesetzten EBM-Ziffer 01210 (Notfallpauschale I zwischen 7 und 19 Uhr, außer an Samstagen, Sonn- und Feiertagen und am 24. und 31.12.) und eingesetzten EBM-Ziffer 01212 (Notfallpauschale II zwischen 19 und 7 Uhr, ganztägig an Samstagen, Sonn- und Feiertagen und am 24. und 31.12.).

Im Mittel (Median) sind 2016 in den Notfallambulanzen 10.500 ambulante KV-Fälle behandelt worden. Der untere Quartilswert lag bei rund 5.700 Fällen und der obere Quartilswert bei knapp 18.400 Fällen pro Krankenhaus. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt die Anzahl der ambulanten KV-Notfälle merklich zu (Tab. 1). So ist etwa in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten die durchschnittliche Anzahl der KV-Notfälle fast viermal größer als in kleineren Häusern unter 300 Betten bzw. fast doppelt so hoch wie in der mittleren Bettengrößenklasse.

Pro Tag werden in den Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten im Mittel (Median) rund 29 ambulante KV-Notfälle behandelt. Der Interquartilsbereich liegt zwischen knapp 16 Fällen und gut 50 Fällen. Auch tagesbezogen gibt es eine deutliche Abstufung nach Krankenhausgröße. In der unteren Bettengrößenklasse werden durchschnittlich rund 20 ambulante KV-Notfälle pro Tag behandelt, in der mittleren Bettengrößenklasse sind es 33 Fälle und in der oberen Bettengrößenklasse 60 Fälle (Tab. 1).

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit aller Notfallambulanzen in den genannten Krankenhäusern lag die Fallzahl für die ambulanten KV-Notfälle im Jahr 2016 bundesweit bei schätzungsweise 11,9 Mio. Fällen. Zum Vergleich: Die stationäre Fallzahl betrug im selben Jahr rund 19,5 Mio. Fälle. Somit kommen auf 100 stationäre Fälle etwa 61 ambulante Notfälle.

Tab 1: Ambulante KV-Notfälle 2016

Ambulante KV-Notfälle 2016	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert
KV-Notfälle pro KH insgesamt			
KH gesamt	10.500	5.706	18.384
KH mit 100-299 Betten	6.109	4.100	10.093
KH mit 300-599 Betten	12.000	7.014	15.966
KH ab 600 Betten	21.943	17.429	30.640
KV-Notfälle pro KH und Tag			
KH gesamt	28,8	15,6	50,4
KH mit 100-299 Betten	11,2	16,7	27,7
KH mit 300-599 Betten	32,9	19,2	43,7
KH ab 600 Betten	60,1	47,7	83,9

2.5 Erlöse und Kosten bei ambulanten KV-Notfällen

Für die oben definierten ambulanten KV-Notfälle sollten die Befragungsteilnehmer ihre Erlöse für das Jahr 2016 quantifizieren. Dabei waren alle für diese Fälle abgerechneten Leistungen einzubeziehen, also nicht nur die Erlöse für die EBM-Ziffern 01210 und 01212. Die jeweilige Erlössumme wurde dann auf die entsprechende Fallzahl pro Jahr und Krankenhaus bezogen, um den durchschnittlichen Erlös je ambulanten KV-Notfall zu ermitteln.

2016 lagen die Erlöse pro ambulanten KV-Notfall und Krankenhaus im Mittel (Median) bei 34,60 €. Der Interquartilsbereich variiert mit Werten zwischen knapp 30 € und gut 40 € in einem relativ kleinen Intervall um diesen Wert. Nach Bettengrößenklassen betrachtet, nehmen die durchschnittlichen Fallerelöse mit steigender Krankenhausgröße leicht zu (Tab. 2).



Tab. 2: Erlöse aus ambulanten KV-Notfällen in 2016

Erlöse bei ambulanten KV-Notfällen 2016	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert
Erlöse pro KV-Notfall und KH in €			
KH gesamt	34,60	29,50	40,40
KH mit 100-299 Betten	32,10	27,10	40,00
KH mit 300-599 Betten	35,80	31,50	40,20
KH ab 600 Betten	37,90	31,40	42,00

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit die Erlöse kostendeckend sind. Kostenunterdeckungen bei den ambulanten Notfällen im Krankenhaus stehen seit langem im Fokus der Fachdiskussion (vgl. z. B. MCK/DGINA 2015). Mit dem *Krankenhaus Barometer 2017* wird die Problematik erstmals auf breiter und repräsentativer statistischer Basis untersucht.

Die Ergebnisse belegen eindeutig, dass die Versorgung der ambulanten KV-Fälle faktisch flächendeckend nicht kostendeckend erbracht werden kann. 96 % der befragten Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten gaben an, dass im Jahr 2016 die Erlöse aus ambulanten KV-Notfällen im Durchschnitt nicht kostendeckend waren.

Krankenhäuser aller Größenklassen sind von diesem Problem nahezu gleichmäßig betroffen (Abb. 12). Lediglich in der mittleren Bettengrößenklasse fällt der Anteil der Häuser mit Kostenunterdeckung in der ambulanten Notfallversorgung mit 91 % etwas niedriger aus als im Bundesdurchschnitt.

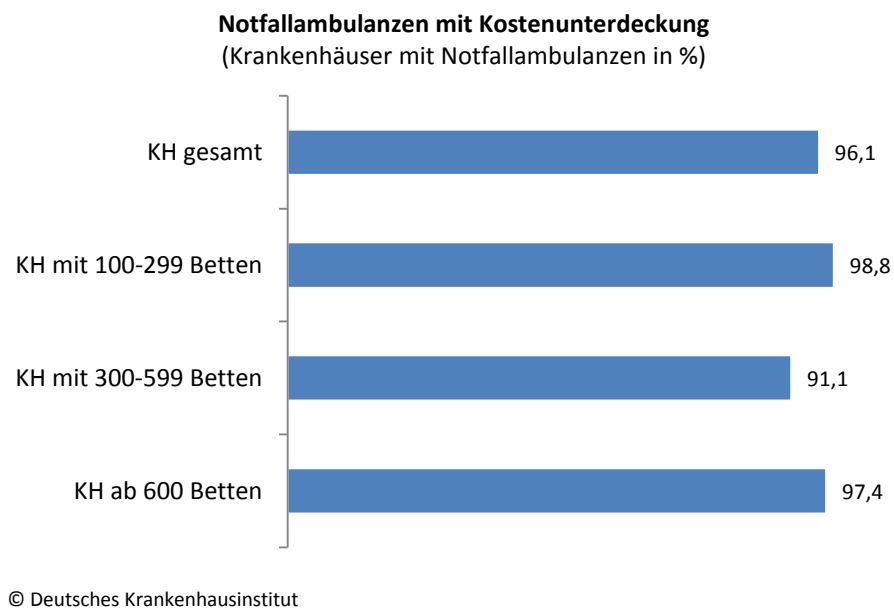


Abb. 12: Notfallambulanzen mit Kostenunterdeckung

Diejenigen Krankenhäuser, bei denen die Erlöse aus ambulanten KV-Fällen im Durchschnitt nicht kostendeckend waren, sollten die Höhe ihrer Kostenunterdeckung taxieren. Konkret sollten sie angeben, wie hoch im Jahr 2016 die durchschnittliche Kostenunterdeckung je ambulantes KV-Fall gemäß interner Kalkulation ausfiel.

Demnach lag in diesem Jahr die Kostenunterdeckung je ambulantes KV-Notfall im Durchschnitt (Median) bei 80 €. Die Streuung fällt hier relativ groß aus. Bei einem Viertel der Krankenhäuser betrug die Kostenunterdeckung höchstens 40 € (unterer Quartilswert), bei einem weiteren Viertel mindestens 100 € (oberer Quartilswert).

Nach Bettengrößenklassen betrachtet, fiel die Kostenunterdeckung in der mittleren Bettengrößenklasse unterdurchschnittlich und in den kleinen Häusern leicht überdurchschnittlich aus, während der Wert für die großen Häuser dem Bundesdurchschnitt entspricht (Tab. 3).

Tab. 3: Kostenunterdeckung bei ambulanten KV-Notfällen in 2016

Kostenunterdeckung bei ambulanten KV-Notfällen 2016	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert
Kostenunterdeckung pro KV-Notfall und KH in €			
KH gesamt	80,00	40,00	100,00
KH mit 100-299 Betten	84,00	48,80	96,30
KH mit 300-599 Betten	60,00	28,50	90,00
KH ab 600 Betten	80,00	50,00	100,00

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit aller Notfallambulanzen in Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten, bei denen die Erlöse aus ambulanten KV-Notfällen im Durchschnitt nicht kostendeckend waren, lag die Kostenunterdeckung in der ambulanten Notfallversorgung der Krankenhäuser bundesweit bei 0,9 Mrd. €.¹

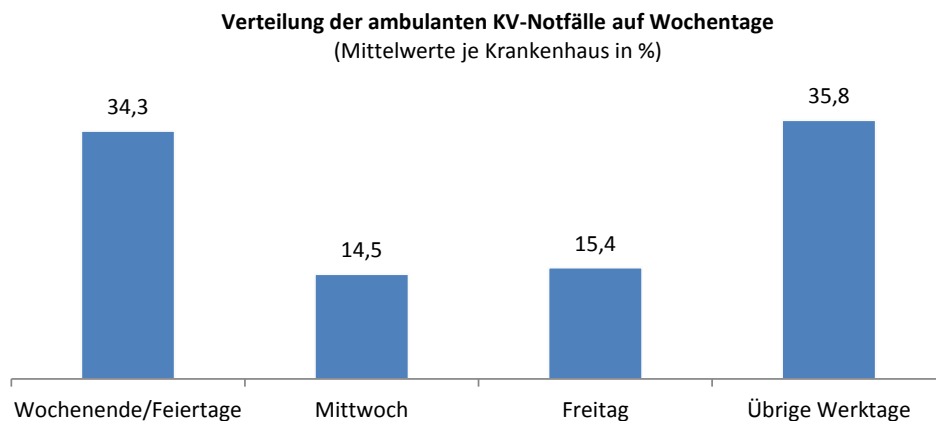
2.6 Verteilung der ambulanten KV-Notfälle auf Wochentage

Die Krankenhäuser mit Notfallambulanz sollten angeben, wie sich ihre ambulanten KV-Notfälle üblicherweise prozentual auf verschiedene Wochentage verteilen. Dabei wurden vier Kategorien unterschieden:

- Wochenende/Feiertage, wenn die Praxen der niedergelassenen Ärzte nicht geöffnet haben;
- Mittwoch, wenn die Praxen der niedergelassenen Ärzte nachmittags geschlossen sind;
- Freitag, wenn viele niedergelassene Ärzte ihre Praxen nachmittags schließen;
- Übrige Wochentage.

¹ Das *Krankenhaus Barometer* bestätigt insofern im Wesentlichen die Ergebnisse der Studie von MCK und DGINA (2015) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die auf Basis einer deutlich kleineren Teilnehmerzahl, einer anderen Methodik und der zusätzlichen Taxierung von Investitionskosten für die Notfallambulanzen von einem Gesamtdefizit für die ambulanten KV-Fälle der Krankenhäuser von schätzungsweise 1 Mrd. € ausgeht.

Demnach entfällt gut ein Drittel (35 %) der ambulanten KV-Notfälle auf das Wochenende bzw. die Feiertage. Jeweils rund 15 % der ambulanten Notfälle entfallen auf den Mittwoch und den Freitag. Die restlichen 36 % verteilen sich auf die drei übrigen Wochentage (Abb. 13). Nach Krankenhausgröße gab es kaum Unterschiede in der Verteilung (Ergebnisse nicht dargestellt).



© Deutsches Krankenhausinstitut

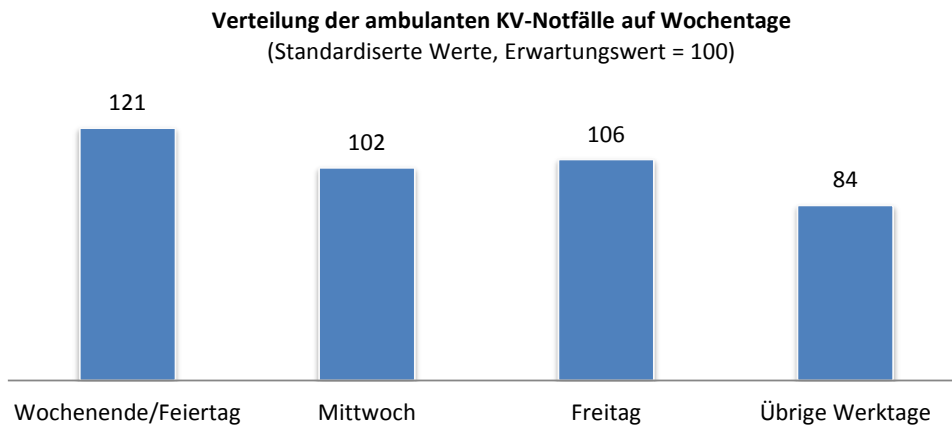
Abb. 13: Verteilung der ambulanten KV-Notfälle auf Wochentage

Würde man hypothetisch eine Gleichverteilung der ambulanten KV-Notfälle über die einzelnen Wochentage unterstellen, dann liegt der erwartete Anteilswert an entsprechenden Fällen bei 14,3 % je Wochentag. Durch Vergleich mit diesem Erwartungswert lässt sich taxieren, wie sehr die tatsächliche Verteilung der ambulanten KV-Notfälle über die Wochentage von der erwarteten Verteilung abweicht.

Zur besseren Vergleichbarkeit der vier Kategorien wurden die jeweiligen Erwartungswerte auf den Wert 100 standardisiert. Vor allem am Wochenende liegt die Anzahl der ambulanten KV-Notfälle deutlich, konkret um 21 % über dem Erwartungswert bei Gleichverteilung.

Mittwochs, wenn die Praxen der niedergelassenen Ärzte geschlossen sind, liegt die Anzahl der ambulanten KV-Notfälle leicht über dem Erwartungswert (2 %), aber immer noch deutlich über dem Wert der meisten anderen Werktag. Am Freitag, wenn viele niedergelassene Ärzte ihre Praxen nachmittags

schließen, steigt die Anzahl der ambulanten Fälle um 6 % über den Erwartungswert. An den drei übrigen Wochentagen sinkt die Anzahl der ambulanten KV-Notfälle um 16 % unter den Erwartungswert bei Gleichverteilung (Abb. 14).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Verteilung der ambulanten KV-Notfälle auf Wochentage (standardisiert)

2.7 Verteilung der ambulanten KV-Notfälle auf Tageszeiten

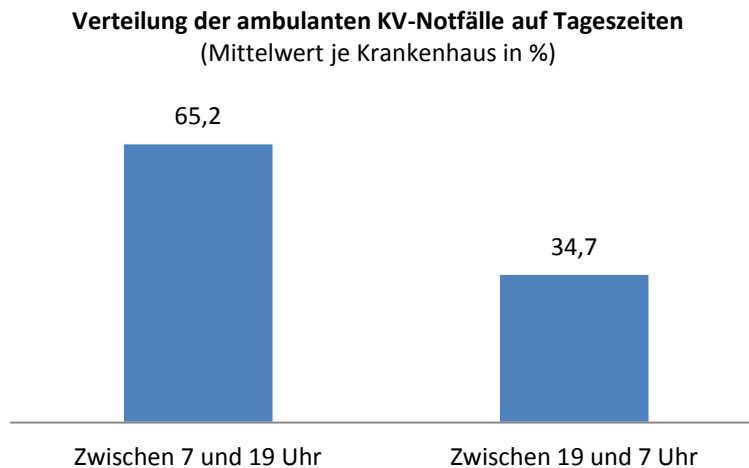
Analog zur Verteilung nach Wochentagen sollten die Befragungsteilnehmer auch die Verteilung ihrer ambulanten KV-Notfälle nach Tageszeiten quantifizieren. Konkret lautete die Fragestellung, wie sich die ambulanten KV-Notfälle an typischen Werktagen üblicherweise auf verschiedene Tageszeiten verteilen. Dabei wurden zwei Kategorien unterschieden:

- 7:00 – 19:00 Uhr, also tagsüber näherungsweise zu den üblichen Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte;
- 19:00 – 7:00 Uhr, also abends oder nachts, wenn die Praxen der niedergelassenen Ärzte geschlossen sind.

Die Ergebnisse belegen, dass die Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser deutlich überproportional während der üblichen Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte in Anspruch nehmen (Abb. 15). Konkret werden knapp zwei Drittel (65 %) der ambulanten KV-Notfälle tagsüber zwischen

7:00 – 19:00 Uhr behandelt. Das restliche Drittel (35 %) entfällt auf die Abend- und Nachtstunden bis zum nächsten Morgen.

Nach Krankenhausgrößen resultierten diesbezüglich keine nennenswerten Unterschiede (Ergebnisse nicht dargestellt).



© Deutsches Krankenhausinstitut

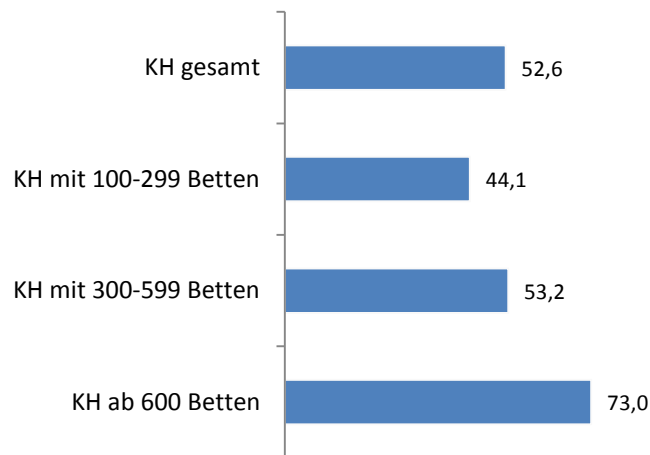
Abb. 15: Verteilung der ambulanten KV-Notfälle auf Tageszeiten

2.8 KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus

Zur besseren Abstimmung der ambulanten Notfallversorgung zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Bereich kann es sinnvoll sein, wenn eine KV-Notdienstpraxis (oder Notfallpraxis) am Krankenhaus angesiedelt ist. Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmer gefragt, ob sich eine KV-Notdienstpraxis auf dem Krankenhaugelände oder in unmittelbarer räumlicher Nähe (ca. 1 – 2 km) befindet.

Jedes zweite Allgemeinkrankenhaus ab 100 Betten mit eigener Notfallambulanz bejahte diese Frage. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil der Einrichtungen mit KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus merklich zu. Beispielsweise gibt es in drei Vierteln (73 %) der großen Krankenhäuser ab 600 Betten eine entsprechende Praxis auf dem Krankenhaugelände oder in unmittelbarer Nähe (Abb. 16).

Krankenhäuser mit KV-Notdienstpraxis auf dem Krankenhausgelände oder in unmittelbarer Nähe
(Krankenhäuser mit Notfallambulanz in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Krankenhäuser mit KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus

Nach Regionsgrundtypen der amtlichen Raumordnung fällt auf, dass KV-Notdienstpraxen bei Krankenhäusern in Agglomerationsräumen (44 %) und ländlichen Räumen (48 %) leicht unterrepräsentiert sind und in städtischen Räumen (66 %) überrepräsentiert.

2.9 Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus

Die Krankenhäuser mit KV-Notdienstpraxis am Krankenhaus sollten angeben, wann üblicherweise die Öffnungszeiten dieser Praxen sind. Dabei wurden wiederum vier Kategorien unterschieden (Wochenende, Mittwoch, Freitag, übrige Werktage).

Am Wochenende sind 14 % der KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus rund um die Uhr geöffnet. Lediglich 2 % der Praxen öffnen am Wochenende überhaupt nicht. Die Öffnungszeiten von 84 % der KV-Notdienstpraxen liegen im Mittel (Median) zwischen 8:00 Uhr und 22:00 Uhr.



Am Mittwoch haben wiederum 14 % der KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus im Mittel (Median) von Mittwochnachmittag 14:00 Uhr bis zum nächsten Morgen um 7:00 Uhr geöffnet. 86 % der Praxen haben üblicherweise von nachmittags 14:45 Uhr bis zum späteren Abend um 22:00 Uhr geöffnet. Für den Freitag resultieren im Prinzip vergleichbare Ergebnisse.

Ähnlich wie mittwochs und freitags haben auch an den übrigen Werktagen 15 % der KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus über Nacht geöffnet. Allerdings öffnen die Praxen an diesen Tagen in der Regel erst um 19:00 Uhr und schließen am nächsten Morgen um 7:00 Uhr. 85 % der Praxen sind dagegen zumeist nur kurz zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr besetzt (Tab. 4).

Tab. 4: Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen

Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus	Durchgehend geöffnete KV-Notdienstpraxen während sprechstundenfreier Zeiten in %	Übliche Öffnungszeiten der übrigen KV-Notdienstpraxen von... (Median)	Übliche Öffnungszeiten der übrigen KV-Notdienstpraxen bis... (Median)
Wochenende	14,0 %	8:00	22:00
Mittwochs	14,0 %	14:45	22:00
Freitags	13,0 %	15:00	22:00
Übrige Werktage	15,0 %	19:00	22:00

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass rund 15 % der KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte weitestgehend über die gesamte Woche besetzt sind. Die übrigen Praxen haben während der sprechstundenfreien Zeiten zumindest tagsüber (am Wochenende) bzw. in den Nachmittags- und Abendstunden (an Werktagen) geöffnet.

2.10 Nutzung der Krankenhausinfrastruktur durch KV-Notdienstpraxis

Neben der räumlichen Nähe von KV-Notdienstpraxis und Notfallambulanz des Krankenhauses ist auch eine direkte Kooperation zwischen diesen Einrichtungen möglich, insbesondere durch eine gemeinsame Nutzung ihrer Infrastruk-

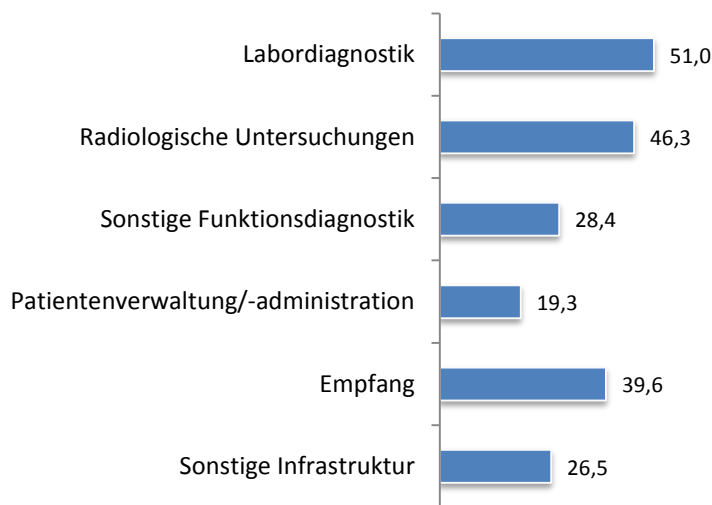


tur. Im *Krankenhaus Barometer* sollten die Teilnehmer daher konkret angeben, in welchen Bereichen KV-Notdienstpraxen auf oder in räumlicher Nähe des Krankenhausgeländes die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen.

Im Fokus stehen hier eindeutig das Labor und die Radiologie. Jeweils etwa jede zweite KV-Notdienstpraxis nutzt die Infrastruktur des Krankenhauses für die Labordiagnostik und radiologische Untersuchungen (Abb. 17).

Daneben nutzen die KV-Notdienstpraxen die Krankenhausinfrastruktur für sonstige Funktionsdiagnostik (28 %), den Empfang (40 %) und für die Patientenverwaltung (19 %). Bei der Nutzung der sonstigen Infrastruktur (27 %) wurden im Rahmen einer offenen Frage insbesondere die gemeinsame Nutzung von weiteren Räumlichkeiten sowie die gemeinsame Nutzung von Personal (Ärzte, Pflegekräfte) genannt.

Nutzung der KH-Infrastruktur durch KV-Notdienstpraxis
(Krankenhäuser mit Notfallambulanzen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Nutzung der Krankenhausinfrastruktur durch KV-Notdienstpraxis

Aggregiert über alle erfragten Bereiche greifen etwa zwei Drittel der KV-Notdienstpraxen in mindestens einen Bereich auf die Krankenhausinfrastruktur zu.

Nach Bettengrößenklassen nutzen KV-Notdienstpraxen an großen Krankenhäusern ab 600 Betten häufiger das Labor und die Radiologie des Hauses, hingegen seltener den Empfang und die Patientenverwaltung. Bei den kleineren Häusern unter 300 Betten verhält es sich umgekehrt (Ergebnisse nicht dargestellt).





3 Wahlärztliche Behandlung und medizinische Wahlleistungen

3.1 Wahlärztliche Behandlung

Krankenhäuser können gemäß § 17 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnen, wenn eine entsprechende Vereinbarung mit dem Patienten getroffen worden ist (Wahlleistungsvereinbarung). Darunter fällt die wahlärztliche Behandlung, also die Möglichkeit im Rahmen der stationären Behandlung die persönliche Leistungserbringung durch in der Regel leitende Ärzte auszuwählen (sog. „Chefarztbehandlung“).

Bei den Fällen mit wahlärztlichen Leistungen ist zu unterscheiden zwischen Privatversicherten bzw. Selbstzahlern und gesetzlich Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung für wahlärztliche Behandlung. Im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* wurden die Teilnehmer nach der Fallzahl und dem Erlösvolumen für die wahlärztliche Behandlung befragt.

Im Mittel hatten 2016 die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten 2.861 Fälle mit wahlärztlicher Behandlung; davon waren knapp die Hälfte (47 %) gesetzlich Versicherte mit einer privaten Zusatzversicherung. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt die Anzahl der Fälle mit wahlärztlichen Leistungen merklich zu (Abb. 18).

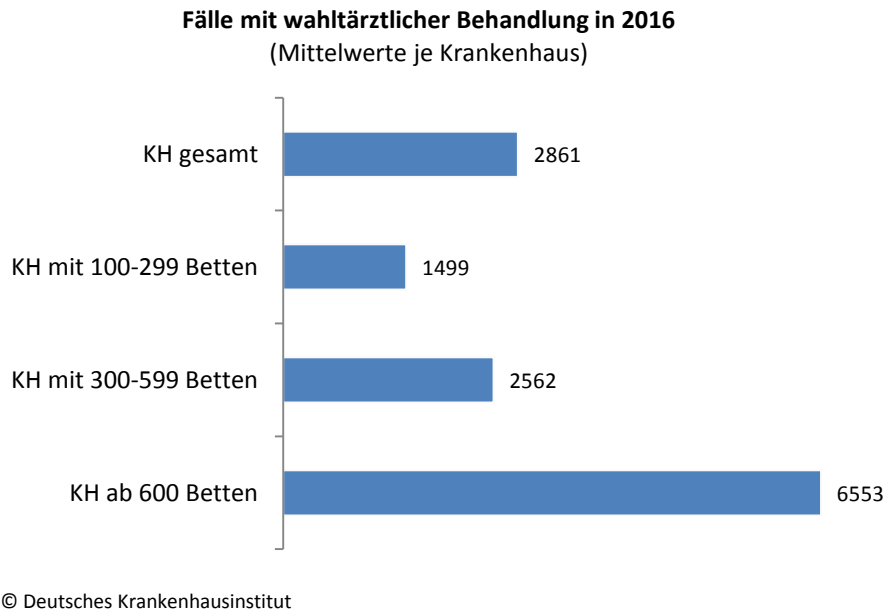


Abb. 18: Fälle mit wahlärztlicher Behandlung in 2016

Das durchschnittliche Erlösvolumen für wahlärztliche Behandlung lag 2016 im Mittel bei 1.021 € je entsprechendem Fall (Netto-Erlöse).² In den kleinen Häusern unter 300 Betten und den großen Häusern ab 600 Betten fällt das durchschnittliche Erlösvolumen für wahlärztliche Leistungen überdurchschnittlich, in der mittleren Bettengrößenklasse unterdurchschnittlich aus (Abb. 19).

² Es sollten nur die Erlöse angegeben werden, die dem Krankenhaus aus wahlärztlicher Leistung verbleiben (so genannte Netto-Erlöse). Beim Liquidationsrecht sind dies die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung/ Vorteilsausgleich gemäß Konto 430 KHBV) bzw. bei der Teilungsvergütung die Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung gemäß Konto 410 KHBV, die das Krankenhaus in Rechnung stellt, abzüglich der gezahlten Arzthonorare.

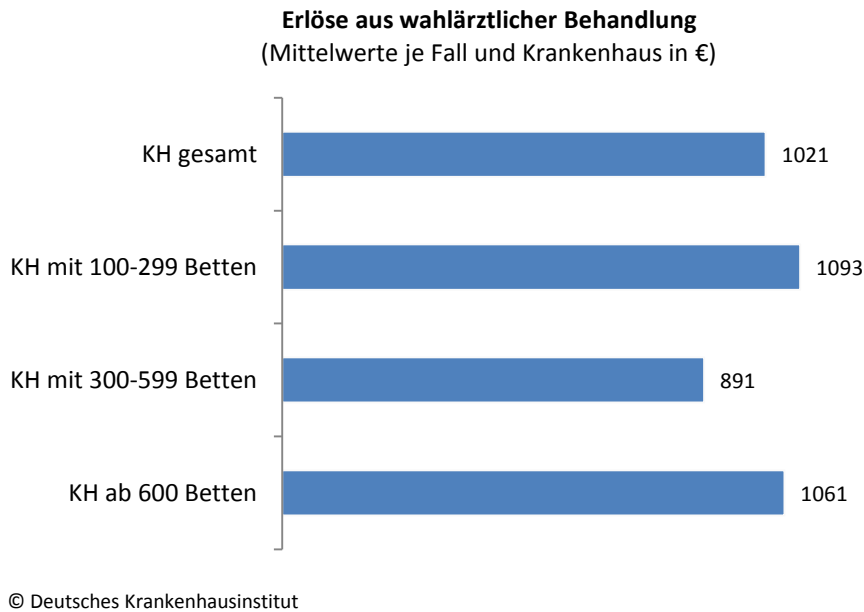


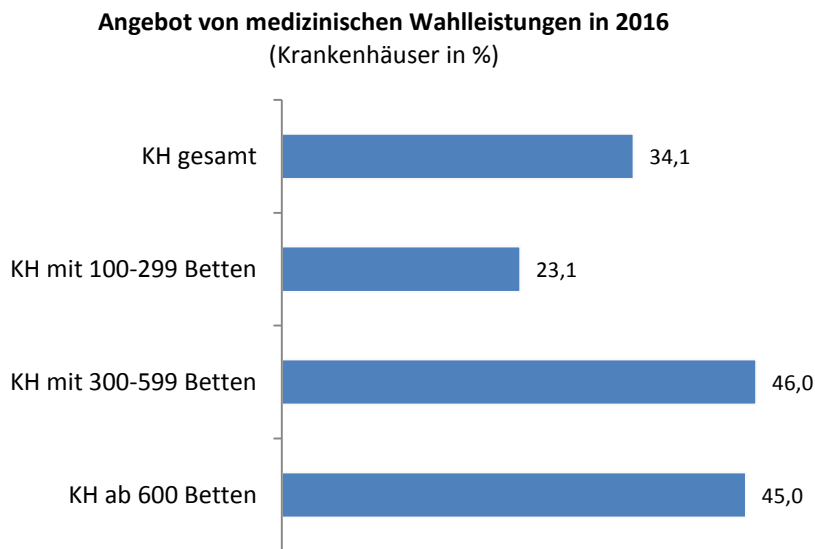
Abb. 19: Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung

3.2 Angebot von medizinischen Wahlleistungen

Neben den gesetzlichen Regelleistungen, die vom Leistungsanspruch sämtlicher Patienten umfasst werden, und der wahlärztlichen Behandlung bilden medizinische Wahlleistungen eine weitere Kategorie von Wahlleistungen. Bei medizinischen Wahlleistungen handelt es sich um Krankenhausleistungen, die gerade nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG zählen, auf die der Patient insofern auch keinen Rechtsanspruch gegenüber seiner Krankenversicherung hat, oder nicht von der wahlärztlichen Behandlung nach § 17 Abs. 3 KHEntgG erfasst werden.

Vielmehr fallen darunter etwa medizinisch nicht indizierte Behandlungen oder medizinisch nicht indizierte besondere Zusatzleistungen (vgl. Kap. 3.3). Am ehesten sind diese Leistungen mit den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) im ambulanten Bereich vergleichbar, die ebenfalls nicht zum Leistungskatalog der Krankenversicherungen zählen und deswegen auch nicht von ihnen bezahlt und vom Patienten nicht beansprucht werden können.

Im Jahr 2016 hat jedes dritte Allgemeinkrankenhaus ab 100 Betten medizinische Wahlleistungen im oben definierten Sinne angeboten. Während erst knapp ein Viertel der kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten entsprechende Leistungen offeriert, sind es in den übrigen Bettengrößenklassen schon jeweils knapp die Hälfte der Einrichtungen (Abb. 20).



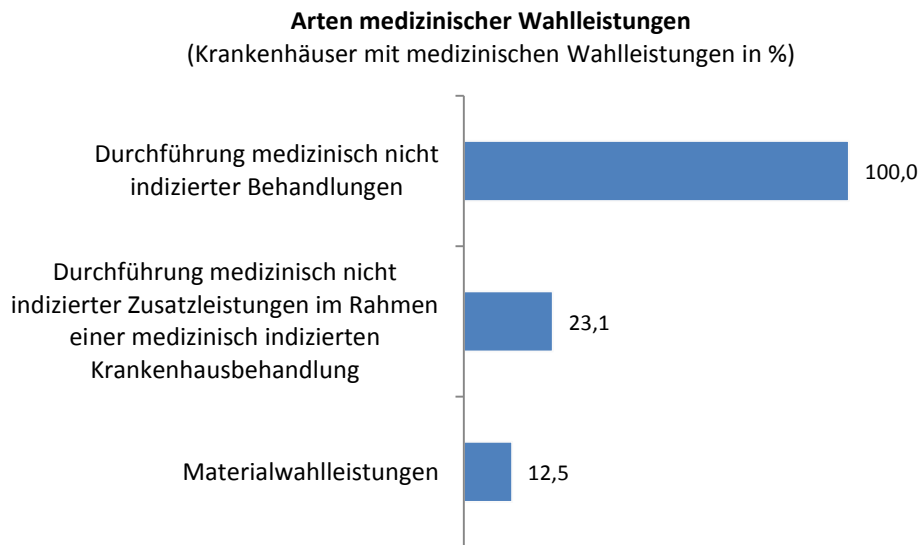
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 20: Angebot von medizinischen Wahlleistungen

3.3 Arten medizinischer Wahlleistungen

Den Schwerpunkt medizinischer Wahlleistungen in den deutschen Krankenhäusern bilden eindeutig medizinisch nicht indizierte Behandlungen, wie z. B. Schönheitsoperationen oder Fettabsaugungen. Jedes Stichprobenkrankenhaus mit medizinischen Wahlleistungen gab an, im Jahr 2016 entsprechende Leistungen offeriert zu haben.

Andere Angebote sind dagegen deutlich weniger verbreitet. 23 % der genannten Häuser führten die Durchführung medizinisch nicht indizierte Zusatzleistungen im Rahmen einer medizinisch indizierten Krankenhausbehandlung an, z. B. erweiterte Labordiagnostik oder naturheilkundliche Verfahren. Materialwahlleistungen, etwa besondere Implantate oder Prothesen, bieten nur 13 % der Krankenhäuser mit medizinischen Wahlleistungen an (Abb. 21).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Arten medizinischer Wahlleistungen

3.4 Fallzahl und Erlöse bei medizinischen Wahlleistungen

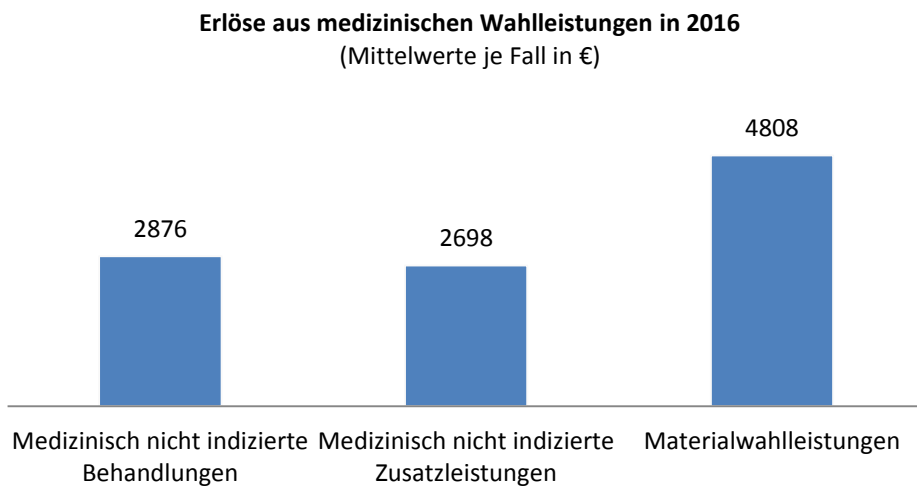
Bislang fallen die Fallzahlen und die Erlöse für medizinische Wahlleistungen sehr niedrig aus. So verzeichneten die Häuser mit medizinisch nicht indizierten Behandlungen wie Schönheitsoperationen oder Fettabsaugungen im Jahr 2016 im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) gut 28 Fälle; der Median der Verteilung lag bei lediglich 14 Fällen.

Bei den übrigen Arten medizinischer Wahlleistungen haben die Teilnehmer kaum Angaben gemacht. Bei den fünf Stichprobenkrankenhäusern mit medizinisch nicht indizierten Zusatzleistungen (z. B. erweiterte Labordiagnostik oder naturheilkundliche Verfahren) im Rahmen einer medizinisch indizierten Krankenhausbehandlung lag der Mittelwert bei gut 14 Fällen und der Median bei zwölf Fällen. Der Wert für das einzige Stichprobenkrankenhaus, das Angaben zu den Materialwahlleistungen gemacht hat, lag bei 26 Fällen.

Entsprechend der sehr geringen Fallzahlen ist das Erlösvolumen für medizinische Wahlleistungen insgesamt bislang zu vernachlässigen. Allerdings fallen die Erlöse pro Fall vergleichsweise hoch aus (Abb. 22). So lag der durchschnittliche Erlös für medizinisch nicht indizierte Behandlungen bei fast



2.900 € pro Fall. Bei den fünf Stichprobenkrankenhäusern mit Angaben zu medizinisch nicht indizierten Zusatzleistungen betrug der durchschnittliche Fallerlös rund 2.700 €. Das einzige Stichprobenkrankenhaus mit Angaben zu Erlösen aus Materialwahlleistungen erzielte durchschnittliche Fallerlöse von gut 4.800 €.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Erlöse aus medizinischen Wahlleistungen in 2016



4 Struktur von Chefarztverträgen

4.1 Gestaltungsformen des variablen Einkommens

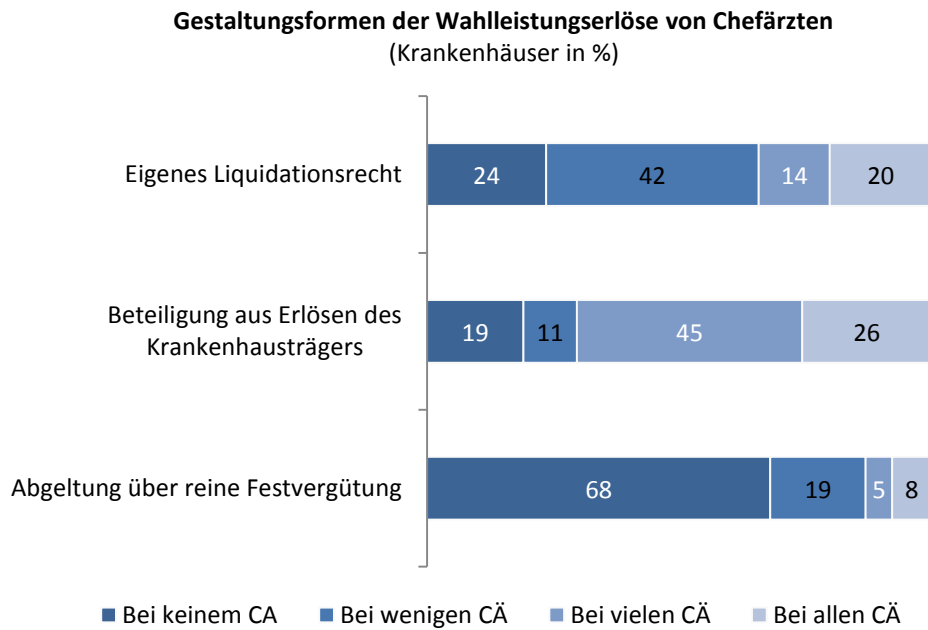
In den Chefarztverträgen wird insbesondere die Gestaltung des variablen Einkommens der Chefarzte festgelegt. Das variable Einkommen betrifft hauptsächlich die Erlöse aus Wahlleistungen und die Erlöse aus den Chefarztambulanzen. Wesentliche Gestaltungsformen des variablen Einkommens sind zum einen das eigene Liquidationsrecht des Arztes; danach hat der Chefarzt das Recht, im eigenen Namen wahlärztliche Leistungen abzurechnen. Zum anderen kann die ärztliche Leistung über eine Fest- oder Beteiligungsvergütung des Chefarztes abgegolten werden, also in Form einer festen oder prozentualen Beteiligung des Arztes an den Liquidationserlösen des Krankenhausträgers aus wahlärztlichen Leistungen.

Im *Krankenhaus Barometer* wurde die Gestaltung des variablen Chefarzteinkommens in Form eines Ratings abgefragt (von „Bei keinem Chefarzt“ bis „Bei allen Chefarzten“).

Bei den Wahlleistungserlösen gibt es in der Mehrzahl der Krankenhäuser bei den meisten Chefarzten kein eigenes Liquidationsrecht mehr (Abb. 23). In gut zwei Dritteln der Krankenhäuser haben nur wenige Chefarzte (42 % der Krankenhäuser) bzw. kein Chefarzt (24 % der Krankenhäuser) noch ein eigenes Liquidationsrecht. Bei allen Chefarzten gibt es ein eigenes Liquidationsrecht lediglich noch in 20 % der Krankenhäuser.

Umgekehrt verhält es sich bei der Beteiligungsvergütung, die mittlerweile die überwiegende Gestaltungsform des variablen Einkommens in den Chefarztverträgen darstellt. Bei gut 70 % der Krankenhäuser werden alle Chefarzte (26 %) bzw. viele Chefarzte (45 %) an den Liquidationserlösen des Krankenhausträgers aus wahlärztlichen Leistungen beteiligt.

Eine Abgeltung wahlärztlicher Leistungen über eine reine Festvergütung des Chefarztes bildet hingegen die Ausnahme. Nur in 13 % der Krankenhäuser ist sie mit allen oder vielen Chefarzten vertraglich vereinbart.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Gestaltungsformen der Wahlleistungserlöse von Chefärzten

Für die Erlöse aus der Chefarztambulanz resultieren vergleichbare Ergebnisse. In rund zwei Dritteln der Krankenhäuser haben wenige Chefärzte (44 % der Krankenhäuser) bzw. kein Chefarzt (19 % der Krankenhäuser) noch ein eigenes Liquidationsrecht für ihre Ambulanz. Umgekehrt sind in zwei Dritteln der Häuser alle Chefärzte (21 %) bzw. viele Chefärzte (45 %) an den Erlösen des Krankenhausträgers aus der Chefarztambulanz beteiligt.

Gestaltungsformen der Erlöse aus der Chefarztambulanz
(Krankenhäuser in %)

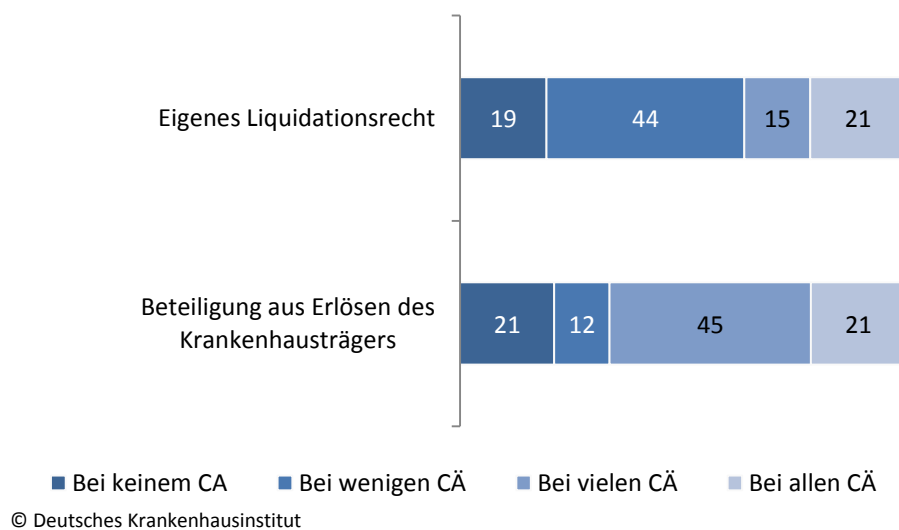


Abb. 24: Gestaltungsformen der Erlöse aus der Chefarztambulanz

Diese Ergebnisse belegen signifikante Veränderungen in der Ausgestaltung der variablen Einkommensanteile von Chefarzten. Vor zehn Jahren bildete das eigene Liquidationsrecht noch die vorherrschende Gestaltungsform des variablen Einkommens in den Chefarztverträgen sowohl bei den wahlärztlichen Leistungen als auch bei den Erlösen aus der Chefarztambulanz (vgl. DKI, 2007).³ Im Jahr 2007 hatten noch 70 % der Chefarzte ein eigenes Liquidationsrecht bei wahlärztlichen Leistungen und lediglich 26 % eine Beteiligungsvergütung. Für die Erlöse aus der Chefarztambulanz lagen die entsprechenden Werte bei 76 % (Liquidationsrecht) und 22 % (Beteiligungsvergütung).

4.2 Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

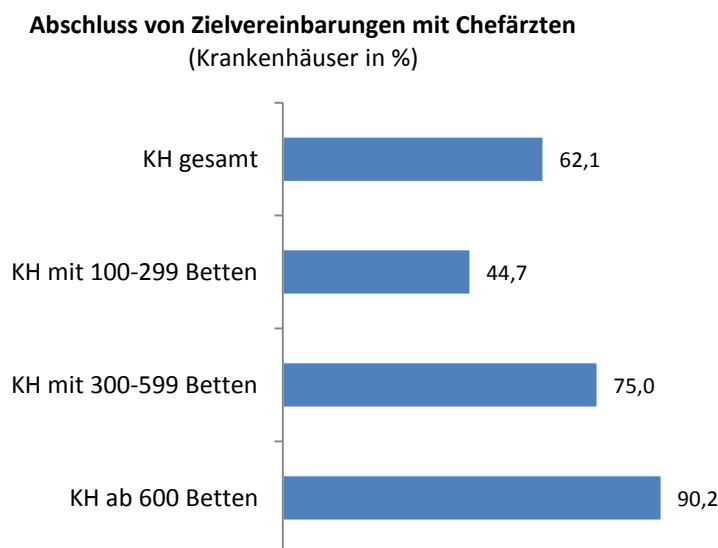
Krankenhäuser können auf Grundlage der Chefarztverträge auch Zielvereinbarungen mit Chefarzten schließen. Empfehlungen hierzu hat nach § 135c SGB V die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Rahmen ihrer Beratungs-

³ Seinerzeit ist die Frage nach der Gestaltungsform des variablen Einkommens zwar anders operationalisiert worden. Konkret wurde nach der Anzahl der Chefarzte mit den jeweiligen Gestaltungsformen gefragt. Nichtsdestotrotz belegt der Zeitvergleich den eindeutigen Trend hin zur Beteiligungsvergütung.



und Formulierungshilfen für Chefarztverträge abzugeben. Danach sind Zielvereinbarungen einschließlich Regelungen zur Personal- und Sachkostensteuerung, bei einvernehmlicher Festlegung der entsprechenden Budgets Gesamterlösbeteiligungen und Qualitätsoptimierungen unter Beachtung berufrechtlicher Regelungen grundsätzlich legitim und sachgerecht. Zielvereinbarungen mit ökonomischen Inhalten sind also ausdrücklich statthaft. Ausgeschlossen sind lediglich Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für einzelne Leistungen, Leistungsmengen oder Case-Mix-Volumina abstellen

Zielvereinbarungen mit den Chefärzten gibt es in insgesamt 62 % der Krankenhäuser. Entsprechende Vereinbarungen nehmen mit steigender Krankenhausgröße merklich zu. Vor allem in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten (90 %) und der mittleren Bettengrößenklasse (75 %) werden sie standardmäßig abgeschlossen (Abb. 25).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Zielvereinbarungen mit Chefärzten

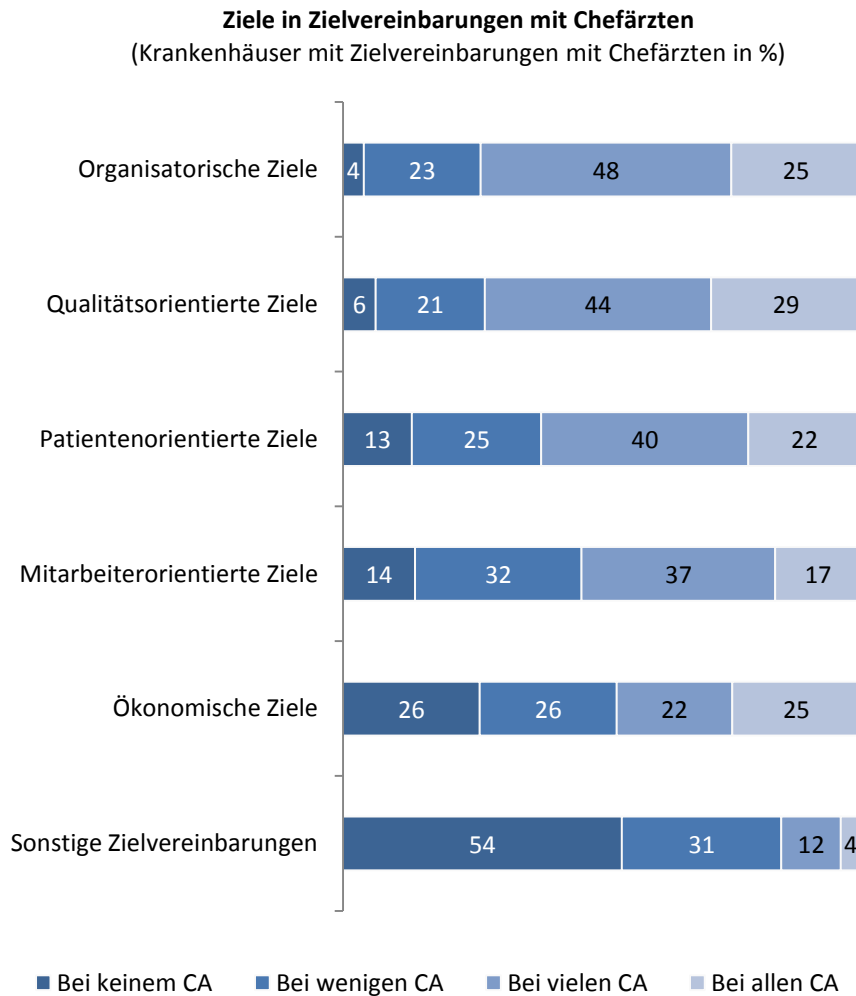
Krankenhäuser mit Zielvereinbarungen wurden gefragt, inwieweit sie hier konkrete und messbare Ziele für ausgewählte Zielgrößen vereinbart haben. Am häufigsten werden demnach organisatorische Ziele vereinbart, z. B. Prozessverbesserungen oder Projektumsetzungen. In fast drei Vierteln der Häuser mit

Zielvereinbarungen werden sie mit allen Chefärzten (25 % der Krankenhäuser) bzw. vielen Chefärzten (48 % der Krankenhäuser) vereinbart.

Zielvereinbarungen zu qualitätsorientierten Zielen, also der Verbesserung der medizinischen Leistungsqualität, und zu patientenorientierten Zielen, z. B. die Erhöhung der Patientenzufriedenheit oder der Patientenbindung, sind ähnlich weit verbreitet.

Eine deutlich geringere Verbreitung haben Zielvereinbarungen mit mitarbeiterorientierten Zielen, etwa zur Personalentwicklung, sowie vor allem Vereinbarungen mit ökonomischen Zielen, etwa zum Abteilungsergebnis. So vereinbart etwa nur gut die Hälfte der Häuser mit Zielvereinbarungen mitarbeiterorientierte Ziele mit allen oder vielen Chefärzten. Mit Blick auf die ökonomischen Ziele gibt es nahezu eine Gleichverteilung über die vier Antwortkategorien (Abb. 26).





© Deutsches Krankenhausinstitut

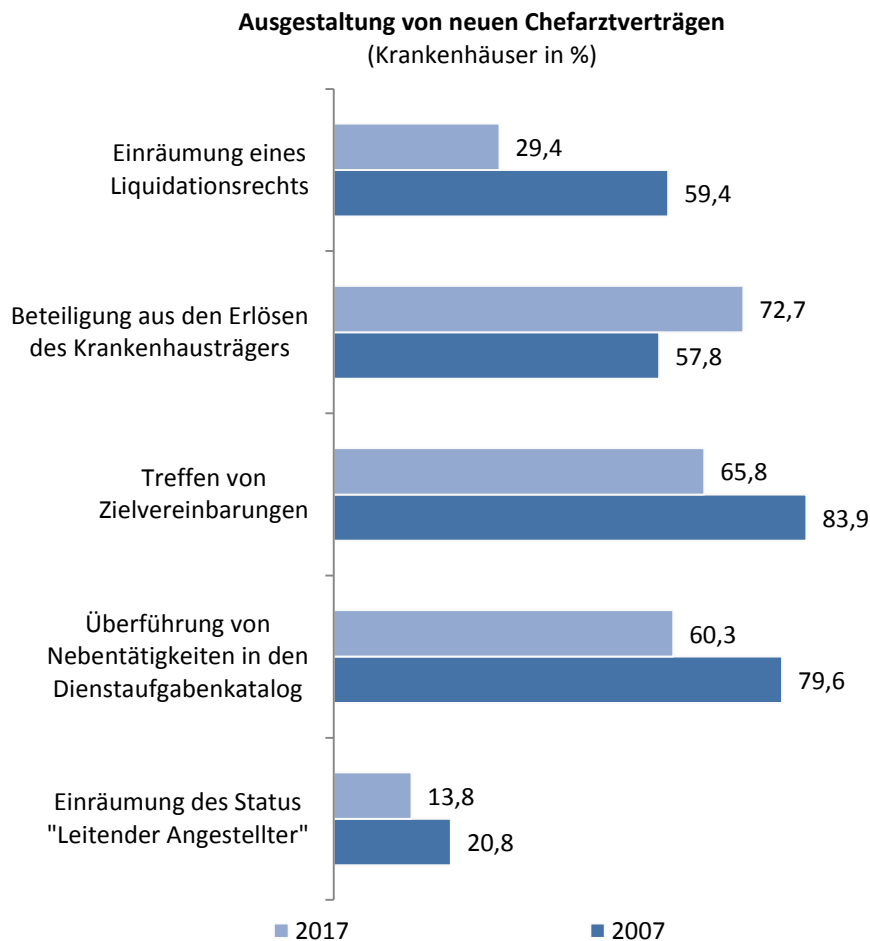
Abb. 26: Ziele in Zielvereinbarungen mit Chefärzten

In knapp drei Vierteln der Krankenhäuser mit Zielvereinbarungen erhalten alle Chefärzte (32 % der Krankenhäuser) bzw. viele Chefärzte (41 % der Krankenhäuser) eine Gratifikation, wenn sie ihre Zielvereinbarung erfüllen. Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier weitestgehend monetäre Gratifikationen genannt.

4.3 Ausgestaltung von neuen Chefarztverträgen

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten sich die Krankenhäuser dazu äußern, wie sie in den letzten drei Jahren neue Chefarztverträge grundsätzlich

gestaltet haben. Bei dieser Fragestellung stehen Vergleichsdaten aus dem Jahr 2007 zur Verfügung (DKI, 2007).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Ausgestaltung neuer Chefarztverträge

Auch die Ausgestaltung neuer Chefarztverträge belegt den grundsätzlichen Trend weg vom Liquidationsrecht und hin zur Beteiligungsvergütung (Abb. 27). Nur noch 29 % der Krankenhäuser räumen neuen Chefarzten ein eigenes Liquidationsrecht ein. In 73 % der Einrichtungen bildet die Beteiligung an Erlösen des Krankenhausträgers den Standard bei Neuverträgen. 2007 hatten noch jeweils knapp 60 % der Krankenhäuser ein Liquidationsrecht bzw. eine Beteiligungsvergütung bei neuen Chefarztverträgen vereinbart.

Zwei Drittel der Krankenhäuser treffen Zielvereinbarungen mit neuen Chefärzten. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist hier der Trend deutlich rückläufig, ggf. auch infolge der zwischenzeitlich erfolgten gesetzlichen Neuregelung zu Zielvereinbarungen mit Chefärzten nach § 135c SGB V bzw. der darauf basierenden Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft hierzu.

Gut die Hälfte der Einrichtungen überführt Nebentätigkeiten der Chefärzte in ihren Dienstaufgabenkatalog. Nur 14 % räumen den Chefärzten den Status des „Leitenden Angestellten“ im Sinne des Kündigungsschutzgesetzes mit der Übertragung umfangreicher Personalbefugnisse ein. Im Vergleich zu 2007 ist auch bei diesen Regelungen ein leichter Rückgang zu beobachten. Dies dürfte maßgeblich an der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes der letzten Jahre liegen, welche es Krankenhausträgern deutlich erschwert hat, Chefärzte zu „Leitenden Angestellten“ nach dem Kündigungsschutzgesetz und dem Betriebsverfassungsgesetz zu machen.





5 Ausländische Pflegekräfte im Krankenhaus

Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme sind ein zentrales Thema der Gesundheitswirtschaft. Das *Krankenhaus Barometer* befragt die Krankenhäuser regelmäßig zu möglichen entsprechenden Problemen und Engpässen. Nachdem zunächst das Augenmerk auf den Ärztemangel gerichtet war, betrifft dieser nun vor allem auch das Pflegepersonal. Beispielsweise gab im *Krankenhaus Barometer 2013* rund ein Drittel und im *Krankenhaus Barometer 2016* ungefähr die Hälfte der Einrichtungen an, offene Stellen in der Pflege nicht besetzen zu können. Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Durchschnitt rund fünf bzw. sieben Pflegestellen nicht besetzen (DKI, 2016; DKI, 2013).

Eine Möglichkeit, dem Fachkräftemangel in der Pflege in Deutschland zu begegnen, ist die Anwerbung und Einstellung von Pflegekräften aus dem Ausland. Die Krankenhäuser wurden bereits im Jahr 2015 danach gefragt, ob und inwiefern sie ausländische Pflegekräfte beschäftigen. Um aktuelle Zahlen nennen und mögliche Veränderungen aufzeigen zu können, ist dies im *Krankenhaus Barometer 2017* erneut Thema.

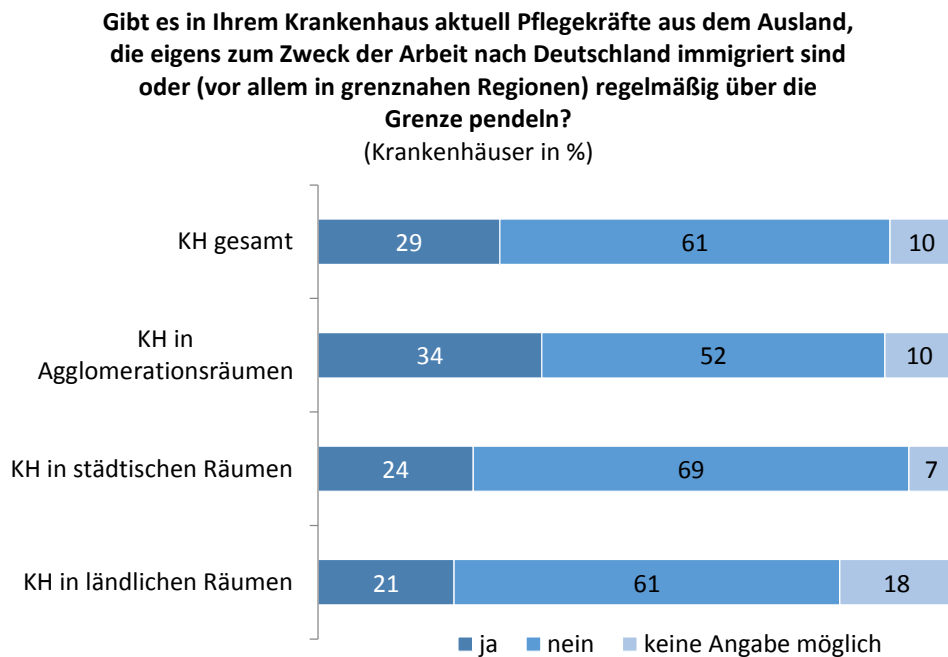
5.1 Beschäftigung von Pflegekräften aus dem Ausland

Mehr als ein Viertel der Krankenhäuser beschäftigt zum Befragungszeitpunkt Pflegekräfte aus dem Ausland, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder (vor allem in grenznahen Regionen) regelmäßig über die Grenze pendeln.⁴ In 61 % der Häuser sind gemäß dieser Definition derzeit keine Pflegekräfte aus dem Ausland beschäftigt, 10 % der Häuser wählte die Antwortkategorie „keine Angabe möglich“ (Abb. 28).

Im Vergleich zum Jahr 2015 haben im Jahr 2017 mehr deutsche Krankenhäuser Pflegekräfte aus dem Ausland beschäftigt. Der Anteilwert lag im Jahr 2015 bei 22 %. 71 % der Häuser hatten die Beschäftigung von ausländischen Pflegekräften verneint (DKI, 2015).

⁴ Hier sind hiesige Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ausdrücklich nicht berücksichtigt.

Im Vergleich nach Regionsgrundtypen⁵ zeigen sich leichte Effekte: Der Anteil von Pflegekräften aus dem Ausland ist in Häusern, die in Agglomerationsräumen verortet sind, am höchsten und in ländlichen Räumen am geringsten (Abb. 28).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Beschäftigung von Pflegekräften aus dem Ausland

Die Krankenhäuser mit Pflegekräften aus dem Ausland beschäftigen im Durchschnitt (5 % getrimmtes Mittel) 33 Pflegekräfte, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder in grenznahen Regionen regelmäßig über die Grenze pendeln. Betrachtet man den Median, der relativ unabhängig von Extremwerten ist, so sind es dreizehn Pflegekräfte. Damit ist eine Zunahme des Einsatzes von ausländischen Pflegekräften zu konstatieren (Tab. 5).

⁵ Hierzu wird der sog. Regionsgrundtyp des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zugrunde gelegt, der eher städtische von ländlichen Regionen differenziert. Das BBSR unterscheidet in Abhängigkeit von den Kriterien der zentralen Lage, der Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte drei Regionsgrundtypen: sog. Agglomerationsräume, verstädterte Räume und ländliche Räume. Agglomerationsräume sind im Vergleich zu verstädterten Räumen beispielsweise Ballungsgebiete oder sehr dicht besiedelte Gebiete. 48 % der Häuser, die am *Krankenhaus Barometer 2017* teilgenommen haben, befinden sich in Agglomerationsräumen, 39 % in städtischen Räumen und 13 % in ländlichen Räumen.

Tab. 5: Anzahl ausländischer Pflegekräfte

Ausländische Pflegekräfte im KH	2017
Mittelwert	52,1
5 % getrimmte Mittelwert	33,0
Median	13,0
Unterer Quartilswert	6,0
Oberer Quartilswert	56,0

Für die Einordnung der Ergebnisse ist auch die Frage nach der Entwicklung der ausländischen Pflegekräfte in den letzten fünf Jahren relevant. Knapp zwei Drittel der Häuser gibt an, dass der Anteil von Pflegekräften aus dem Ausland in den letzten fünf Jahren im eigenen Haus ungefähr gleichgeblieben ist. Etwas weniger als ein Drittel nimmt einen Zuwachs an ausländischen Pflegekräften wahr, während ein sehr geringer Teil eine Abnahme konstatiert.

Die Zahl der Pflegekräfte aus dem Ausland ist in Krankenhäusern in Agglomerationsräumen überproportional angestiegen, während vor allem Häuser in ländlichen Räumen eine Konstanz angeben (Abb. 29).

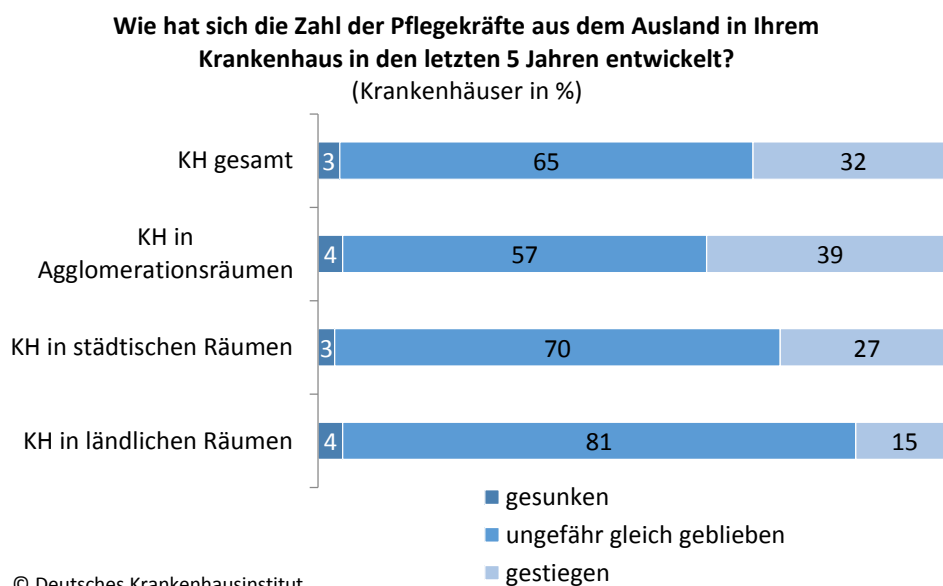


Abb. 29: Entwicklung der Zahl der Pflegekräfte aus dem Ausland

5.2 Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland

Eine gezielte Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland erfolgte in den letzten fünf Jahren in gut einem Fünftel der Krankenhäuser ab 100 Betten (21 %). Dies ist im Vergleich zu den Ergebnissen des *Krankenhaus Barometers* 2015 ein leichter Anstieg (18 %) (DKI, 2015).

Im regionalen Vergleich zeigen sich erwartungsgemäß recht deutliche Unterschiede bei der gezielten Ansprache von ausländischen Pflegekräften. Mit zunehmender regionaler Dichte werden häufiger Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben. So ist dies in 28 % der Krankenhäuser, die in Agglomerationsräumen angesiedelt sind, und nur in 7 % der Kliniken, die in ländlichen Räumen verortet sind, der Fall (Abb. 30).

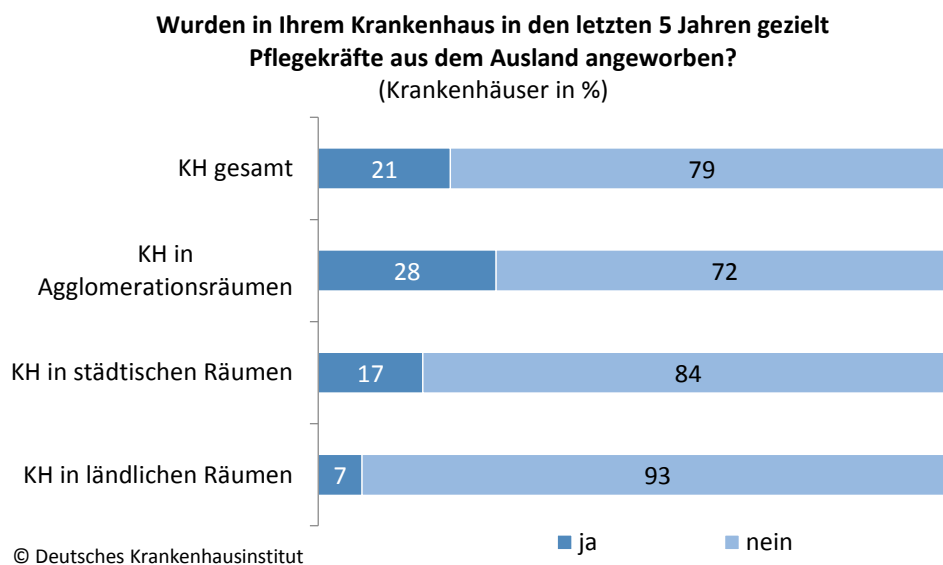
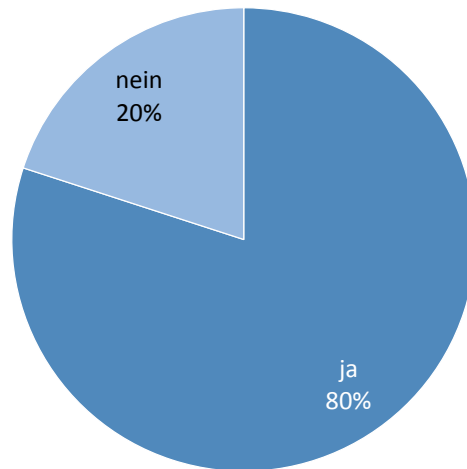


Abb. 30: Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland im Jahr 2017

Ein Großteil der Krankenhäuser, die in den letzten fünf Jahren gezielt Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben haben, kooperiert in diesem Zusammenhang mit in- oder ausländischen Organisationen (80 %) (Abb. 31). Dies ist ein deutlicher Unterschied zu den Ergebnissen des Jahres 2015. Hier kooperierten 35% der Häuser mit Anwerbung ausländischer Pflegekräften mit entsprechenden Organisationen (DKI, 2015).

Kooperiert Ihr Krankenhaus mit Organisationen im In- oder Ausland, um Pflegekräfte aus dem Ausland zu akquirieren?
(Krankenhäuser mit Anwerbung von ausländischen Pflegekräften in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Kooperation zur Akquise ausländischer Pflegekräfte

5.3 Probleme mit Pflegekräften aus dem Ausland

Pflegekräfte aus dem Ausland stammen häufig aus anderen Sprach- und/oder Kulturkreisen. Aus diesem Grund kann der Einsatz von ausländischen Pflegekräften Krankenhäuser vor besondere Herausforderungen stellen. Dies kann sowohl die Zusammenarbeit unter den Kollegen als auch die Betreuung der Patienten betreffen. Die Krankenhäuser, die zum Befragungszeitpunkt Pflegekräfte aus dem Ausland beschäftigt haben, sollten das Auftreten möglicher Probleme bewerten.

Sprachliche Probleme stellen die größte Herausforderung für die Häuser dar. In knapp zwei Dritteln der Kliniken treten entsprechende Verständigungsprobleme „sehr oft“ oder „oft“ auf. Dies ist ein marginaler Anstieg im Vergleich zu den Ergebnissen des *Krankenhaus Barometers* 2015 (Mittelwert⁶ 2017: 2,9, 2015: 2,8) (DKI, 2015).

Verglichen mit dem den sprachlichen Herausforderungen treten die anderen erfragten Probleme deutlich seltener auf. Fachlich-qualifikatorische Probleme werden von 30 % der Häuser als problematisch erachtet, wobei auch hier ein

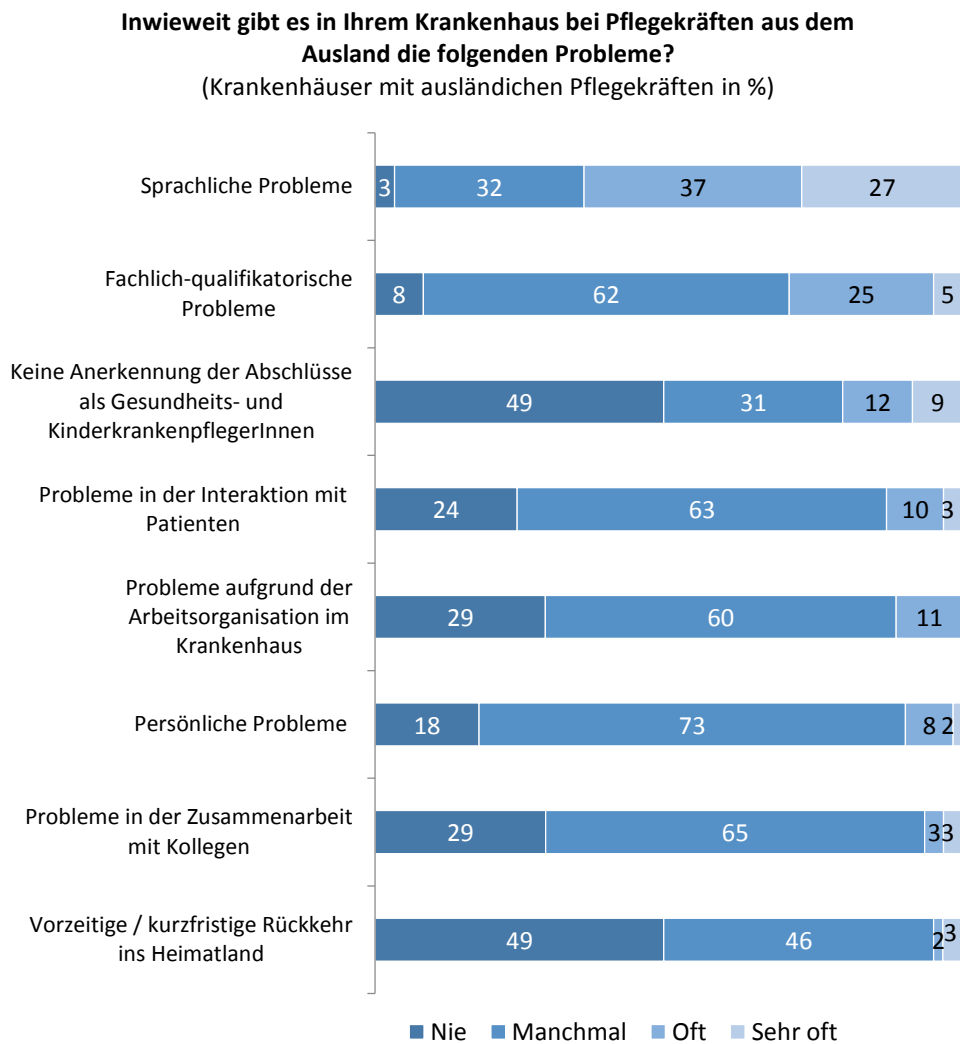
⁶ Die Antwortkategorien wurden auf einer 4-stufigen Skala wie folgt codiert: 1=nie bis 4=sehr oft.



leichter Anstieg im Vergleich zu den Ergebnissen des Jahres 2015 zu konstatieren ist (Mittelwert⁷ 2017: 2,3, 2015; 2,1) (DKI, 2015).

Eine fehlende Anerkennung der Abschlüsse als Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen ist für gut ein Fünftel der Kliniken mit ausländischen Pflegekräften ein Problem. Probleme in der Interaktion mit Patienten, z. B. durch kulturelle Unterschiede oder aufgrund der Arbeitsorganisation nehmen jeweils gut zehn Prozent der Häuser wahr. Persönliche Probleme, wie Heimweh oder Depressionen, betreffen – gemäß ihrer Fremdwahrnehmung – lediglich gut ein Zehntel der Krankenhäuser. Probleme in der Zusammenarbeit mit Kollegen sowie eine vorzeitige oder kurzfristige Rückkehr ins Heimatland geben fünf bzw. sechs Prozent der Kliniken an (Abb. 32). Damit hat sich das Problem, dass ausländische Pflegekräfte vorzeitig oder kurzfristig in ihr Heimatland zurückkehren, im Vergleich zu den Ergebnissen 2015 noch weiter reduziert (Mittelwert 2017: 1,6, 2015; 1,7) (DKI, 2015).

⁷ Die Mittelwerte beziehen sich auf die *Krankenhaus Barometer 2017* und 2015 und die jeweils für diese Jahre erfragten Einschätzungen und Probleme.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Probleme bei ausländischen Pflegekräften

5.4 Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland

Nach Einschätzung der Krankenhäuser dürfte der Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland in Zukunft merklich zunehmen. 42 % der Häuser hat bereits zum Befragungszeitpunkt sowie auch zukünftig Bedarf an ausländischen Pflegekräften. Dies ist ein deutlicher Zuwachs im Vergleich zu den Ergebnissen des *Krankenhaus Barometers* 2015, wo knapp ein Viertel diese Einschätzung abgab (DKI, 2015). 38 % der Einrichtungen hat zwar aktuell keinen Bedarf, geht aber davon aus, dass sie zukünftig Pflegekräfte aus dem Ausland beschäftigen werden. Nur 19 % der Häuser geben an, aktuell und auch zukünftig keinen Bedarf an ausländischen Pflegekräften zu haben.



Krankenhäuser, die in Agglomerationsräumen verortet sind, setzen bereits heute häufiger Pflegekräfte aus dem Ausland ein und schätzen auch ihren zukünftigen Bedarf höher ein als die Häuser anderer Regionsgrundtypen. Häuser in ländlichen Räumen haben zwar derzeit keinen Bedarf, schätzen aber ihren zukünftigen Bedarf vergleichsweise überproportional hoch ein, während Kliniken in städtischen Räumen im Vergleich am häufigsten weder aktuell noch zukünftig von einem Einsatz ausländischer Pflegekräfte ausgehen (Abb. 33).

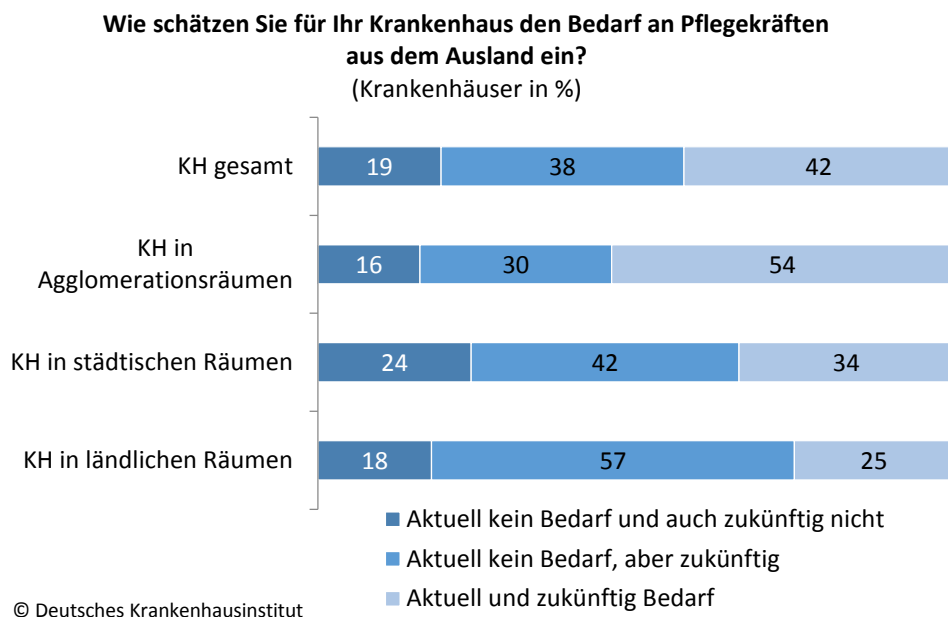


Abb. 33: Bedarf an ausländischen Pflegekräften



6 Kultursensible Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund

Der Anteil der Personen mit Migrationsgeschichte bzw. der Ausländeranteil in der Bevölkerung nehmen sukzessive zu. Dies stellt das Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen. Hier sind insbesondere sprach- und kulturspezifische Besonderheiten zu nennen, die die Interaktion von Leistungserbringern und Patienten erschweren können. Dies kann beispielsweise zu Missverständnissen in der Kommunikation mit Migranten bzw. zu Problemen in der Diagnostik, Therapie und Pflege führen.

Mit Blick auf eine kultursensible oder migrantenspezifische Versorgung nimmt das Krankenhaus eine besondere Stellung ein. Zum einen stellt es den größten Versorgungssektor im Gesundheitswesen dar, der nicht nur eine stationäre Akutversorgung sondern auch ambulante ärztliche und andere Leistungen vorhält. Zum anderen ist das Krankenhaus sowohl nach der Mitarbeiterstruktur als auch nach der Patientenstruktur sehr stark diversifiziert, was spezifische Anforderungen an die Leistungserbringung und Interaktion stellt. Die Krankenhausversorgung trägt zwar der kulturellen Vielfalt schon vielerorts Rechnung, es fehlte allerdings bislang an einer dezidierten bundesweiten Bestandsaufnahme der Kultursensibilität von Krankenhäusern, so dass dies im *Krankenhaus Barometer 2017* zum Thema gemacht wurde (vgl. auch Blum/ Steffen, 2012).

Bei der Einordnung und Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass eine Umsetzung kulturspezifischer Aspekte stark von der Patientenklientel des Krankenhauses beeinflusst sein kann. Für Häuser, die wenig Migranten versorgen, kann und muss eine kulturspezifische Ausrichtung nicht immer oberste Priorität haben.

6.1 Patienten mit Migrationsgeschichte

Laut Amtlicher Statistik lag nach Angaben des Mikrozensus der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in der Gesamtbevölkerung bei 22,5 %. Dabei handelt es sich um zugewanderte und in Deutschland geborene Ausländer sowie hier geborene Deutsche, die mit zumindest einem Elternteil im selben

Haushalt leben, der zugewandert ist oder als Ausländer in Deutschland geboren wurde. Dieser Anteilswert variiert mit Werten zwischen 6 und 30 % in den verschiedenen Bundesländern. Das Bundesland mit dem geringsten Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund war Thüringen, der mit dem höchsten Hessen (Statistisches Bundesamt, 2016).

Im *Krankenhaus Barometer 2017* haben die Befragungsteilnehmer für ihr Haus den Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund bzw. von Asylbewerbern / Flüchtlingen für das Jahr 2016 taxiert. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass ein Großteil der Antwortenden „keine Angabe“ machen konnte (62,0 % bzw. 35,9 %). Im Mittel lagen die entsprechenden Anteilswerte bei 11,3 % bzw. 1,6 %. Erwartungsgemäß variierte vor allem der prozentuale Anteilswert von Patienten mit Migrationshintergrund zwischen den Häusern, was durch die verschiedenen Kennwerte deutlich wird (Tab. 6). In Agglomerationsräumen (14,9 %) ist der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund insgesamt deutlich höher als in ländlichen Räumen (4 %), hier ist jedoch die Datenbasis auch sehr gering. Der prozentuale Anteil von Asylbewerbern oder Flüchtlingen fällt in ländlichen Regionen merklich geringer aus als in den anderen Regionsgrundtypen.

Im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt würde der Migrantenanteil unter den Krankenhauspatienten somit unterproportional ausfallen. In diesem Zusammenhang ist zum einen zu bedenken, dass Personen mit Migrationsgeschichte im Durchschnitt jünger sind als die übrige Bevölkerung und insofern auch eine geringere Krankenhausinanspruchnahme aufweisen. Zum anderen wird das Geburtsland der Patienten oder ihrer Eltern in vielen Krankenhäusern nicht standardmäßig erfragt (vgl. Blum/ Steffen, 2012), so dass für den Migrationsstatus der Patienten vielfach keine Routinedaten vorliegen; eine Unterschätzung des entsprechenden Anteilswerts ist somit nicht völlig auszuschließen.





Tab. 6: Anteile von Patienten mit Migrationshintergrund bzw. Asylbewerbern / Flüchtlingen

	Prozentualer Anteil von	
	Patienten mit Migrationshintergrund	Asylbewerbern / Flüchtlingen
Mittelwert	11,3	1,6
5 % getrimmte Mittelwert	9,9	1,3
Median	5,0	1,0
Unterer Quartilswert	2,0	0,6
Oberer Quartilswert	18,9	1,6

6.2 Dokumentation des Migrationsstatus

Eine zielgruppenorientierte Versorgung der Patienten setzt ausreichende Informationen zur Migrationsgeschichte bzw. zu migrationsspezifischen Bedürfnissen voraus. Deswegen wurden die Krankenhäuser gefragt, inwieweit sie ausgewählte Informationen zum Migrationsstatus ihrer Patienten standardmäßig (z. B. im Rahmen der Anamnese oder auf Station) dokumentieren und auswerten.

Standardmäßig werden vor allem die Nationalität und die Konfession der Patienten erfasst. Jeweils gut drei Viertel der Häuser führten an, die Nationalität sowie die Religionszugehörigkeit ihrer Patienten regelmäßig zu erfragen und zu dokumentieren. Gut die Hälfte der Einrichtungen dokumentiert das Geburtsland der Patienten. Der Übersetzungsbedarf sowie die Muttersprache bzw. Sprachkenntnisse, inklusive Deutschkenntnisse, werden in etwas mehr als 40 % der Häuser regelhaft dokumentiert. Eine Auswertung der Daten erfolgt eher selten (Abb. 34).

**Inwieweit werden folgende Informationen Ihrer Patienten
üblicherweise dokumentiert und / oder ausgewertet?**
(Krankenhäuser in %)

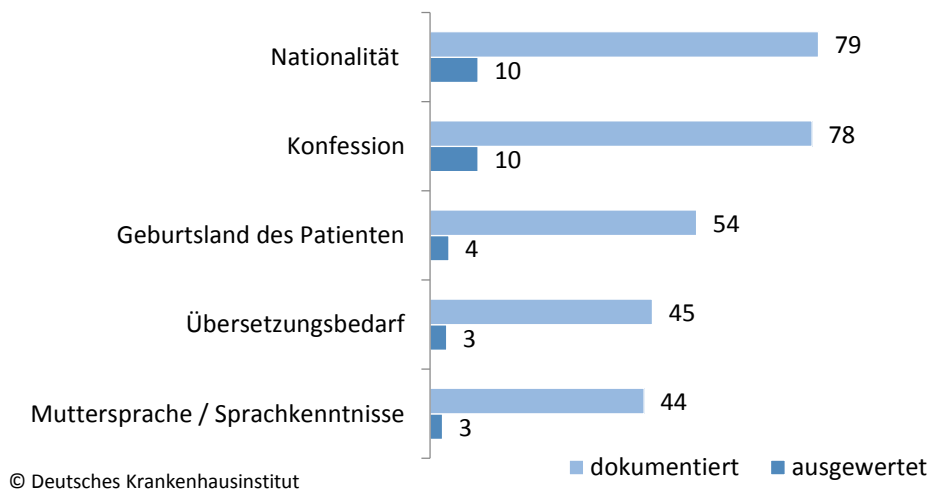


Abb. 34: Erfassung des Migrationsstatus von Patienten

6.3 Berücksichtigung in der strategischen Ausrichtung

Die Umsetzung von Kultursensibilität erfordert eine entsprechende strategische Ausrichtung bzw. die Umsetzung zielgerichteter Maßnahmen des Krankenhausmanagements (Saladin, 2006). Daher sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit die Berücksichtigung kultursensibler Aspekte für sie von strategischer Bedeutung ist⁸. In gut einem Drittel der Häuser sind migrationsspezifische Aspekte bereits im Krankenhausleitbild bzw. im Pflegeleitbild umgesetzt oder konkret in Planung. Für 28 bzw. 31 % ist eine entsprechende Umsetzung ein Zukunftsthema, während es in gut einem Drittel der Häuser nicht angedacht ist.

In 29 % der Häuser sind migrationsspezifische Aspekte im Qualitätsmanagement bereits berücksichtigt bzw. in konkreter Planung. Für weitere 37 % ist dies zukünftig angedacht, während gut ein Drittel auch perspektivisch nicht plant, kulturspezifische Aspekte im Qualitätsmanagement zu verorten.

Eine Berücksichtigung migrationsspezifischer Aspekte in der Unternehmensstrategie ist in etwa einem Fünftel der Häuser bereits umgesetzt bzw. in der Umsetzung. Eine zukünftige Aufnahme entsprechender Perspektiven ist in gut

⁸ Der Anteil fehlender Werte ist bei einigen Items erhöht.

einem Drittel der Häuser angedacht. Für 44 % der Kliniken spielt dies auch zukünftig keine Rolle (Abb. 35).

Im Vergleich der Regionsgrundtypen zeigt sich, dass migrationspezifische Aspekte für Krankenhäuser in ländlichen Regionen von geringerer strategischer Relevanz sind als in Einrichtungen der Agglomerations- bzw. Städtischen Räume. So ist die Berücksichtigung migrationspezifischer Aspekte in der Unternehmensstrategie, dem Krankenhaus- bzw. Pflegeleitbild sowie im Qualitätsmanagement in ländlichen Regionen deutlich seltener umgesetzt oder auch (zukünftig) geplant.

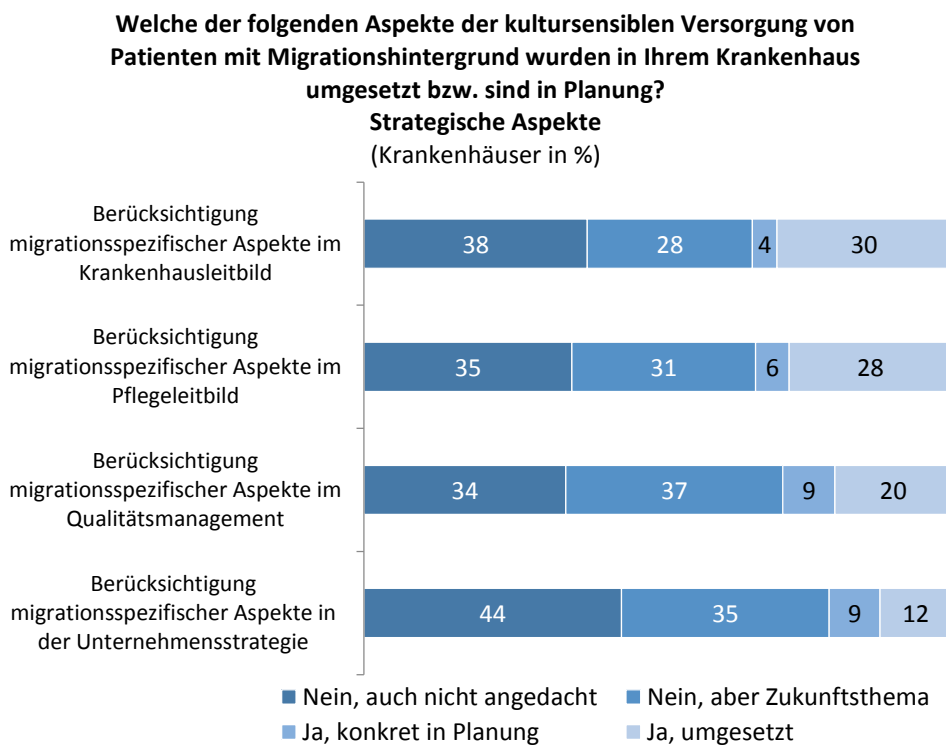


Abb. 35: Umsetzung strategischer Aspekte der Kultursensibilität

6.4 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Frage, ob und wie weit die Kultursensibilität in der Krankenhausorganisation systematisch umgesetzt ist, lässt sich auch daran ablesen, inwieweit sie Gegenstand eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist. Eine hohe Systematik bei diesem Thema wird demnach durch eine strukturierte Planung,



Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen und Projekten zur Kultursensibilität deutlich.

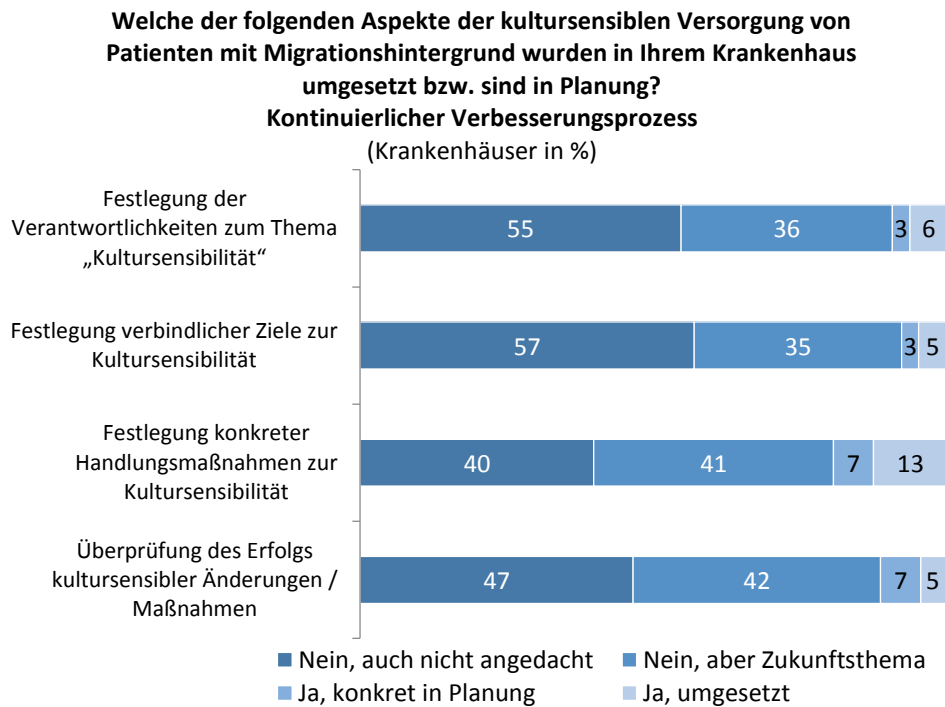
Ausgangspunkt eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bildet üblicherweise die Festlegung von Verantwortlichkeiten zum Thema „Kultursensibilität“. Eine Zuordnung von Verantwortlichen zu migrationsspezifischen Fragen ist in den Krankenhäusern bislang noch wenig entwickelt: In knapp einem Zehntel der Häuser ist dies bereits erfolgt (6 %) oder konkret in Planung (3 %). Für gut ein Drittel der Einrichtungen ist dies ein Zukunftsthema, während der größte Teil der Häuser dies nicht auf der Agenda hat.

Der nächste Schritt im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses stellt die Festlegung verbindlicher Ziele zur Kultursensibilität dar. Lediglich ein geringer Teil der Häuser gibt an, in dieser Hinsicht strategische Ziele festgelegt zu haben (5 %) oder dies derzeit zu planen (3 %). In den meisten Einrichtungen ist die strategische Zielplanung zu migrationsspezifischen Aspekten jedoch perspektivisch wichtig (35 %) oder gar nicht angedacht (57 %).

Die Festlegung konkreter Handlungsmaßnahmen zur Kultursensibilität ist in knapp einem Fünftel der Häuser bereits erfolgt (13 %) bzw. konkret in Umsetzung (7 %). Für etwa 40 % der Krankenhäuser ist die Festlegung definierter Handlungsmaßnahmen zukünftig relevant bzw. spielt gar keine Rolle.

Den Erfolg kultursensibler Änderungen oder Maßnahmen misst gut ein Zehntel der Einrichtungen bereits bzw. plant dies konkret. Für den weitaus größten Teil der Häuser stellt dies entweder ein Zukunfts- (42 %) bzw. gar kein Thema (47 %) dar (Abb. 36).

Kontinuierliche Verbesserungsprozesse zur Kultursensibilität sind in den Häusern, die in Agglomerationsräumen vergleichsweise am häufigsten, in ländlichen Räumen am seltensten etabliert.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess zur Kultursensibilität

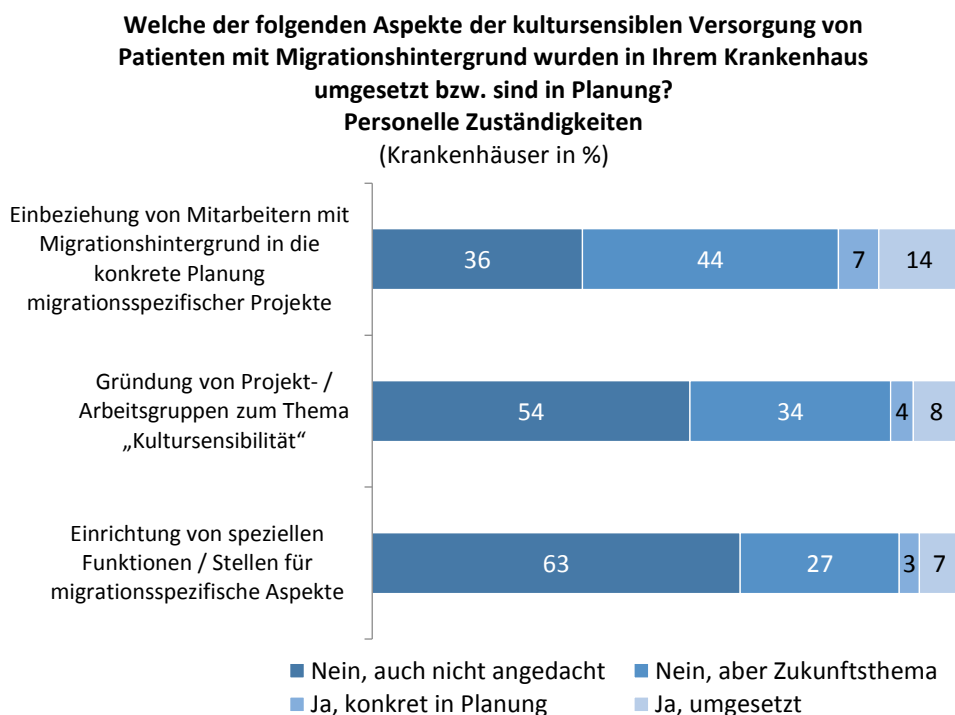
6.5 Personelle Zuständigkeiten

In weiterer Differenzierung der Fragestellung nach den Verantwortlichkeiten für migrantenspezifische Angelegenheiten sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie die personellen Zuständigkeiten für die Kultursensibilität in ihren Einrichtungen konkret ausgestaltet sind. In gut einem Fünftel der Krankenhäuser werden Mitarbeiter mit Migrationshintergrund in die konkrete Planung migrationsspezifischer Projekte bereits derzeit (14 %) bzw. kurzfristig (7 %) einbezogen. In weniger als der Hälfte der Häuser ist dies ein Zukunftsthema, für gut ein Drittel spielt dies weder aktuell noch zukünftig eine Rolle.

Projekt- oder Arbeitsgruppen zum Thema „Kultursensibilität“ sind in gut einem Zehntel der Häuser bereits realisiert oder konkret angedacht. Der weitaus größte Teil der Einrichtungen (54 %) sieht von einer Gründung entsprechender Gruppen ab, während mehr als ein Drittel der Häuser sich dies in Zukunft vorstellen kann.

Bislang gibt es noch kaum eine spezifische Stelle oder Funktion für migrationspezifische Aspekte. In 7 % der Häuser ist dies umgesetzt, in 3 % ist dies konkret in Planung. Für die überwältigende Mehrzahl der Krankenhäuser ist die Einrichtung einer spezifischen Beauftragtenfunktion bis auf weiteres kein (63 %) oder allenfalls ein Zukunftsthema (27 %) (Abb. 37).

Personelle Zuständigkeiten sind in Krankenhäusern in Agglomerationsräumen nahezu durchgängig am häufigsten und in ländlichen Räumen am seltensten bereits umgesetzt bzw. konkret in Planung.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Personelle Zuständigkeiten zur Kultursensibilität

6.6 Organisatorische Aspekte

Inwieweit migrationspezifische Aspekte in der Krankenhausorganisation verortet sind, stellt der nächste Themenblock dar. Erwartungsgemäß sind bei einem Großteil der Häuser kulturelle oder religiöse Aspekte bei der Verpflegung, wie der Zubereitung der Speisen nach religiösen Vorschriften, bereits umgesetzt (76 %). Auch bei der Unterbringung berücksichtigen viele Einrichtungen

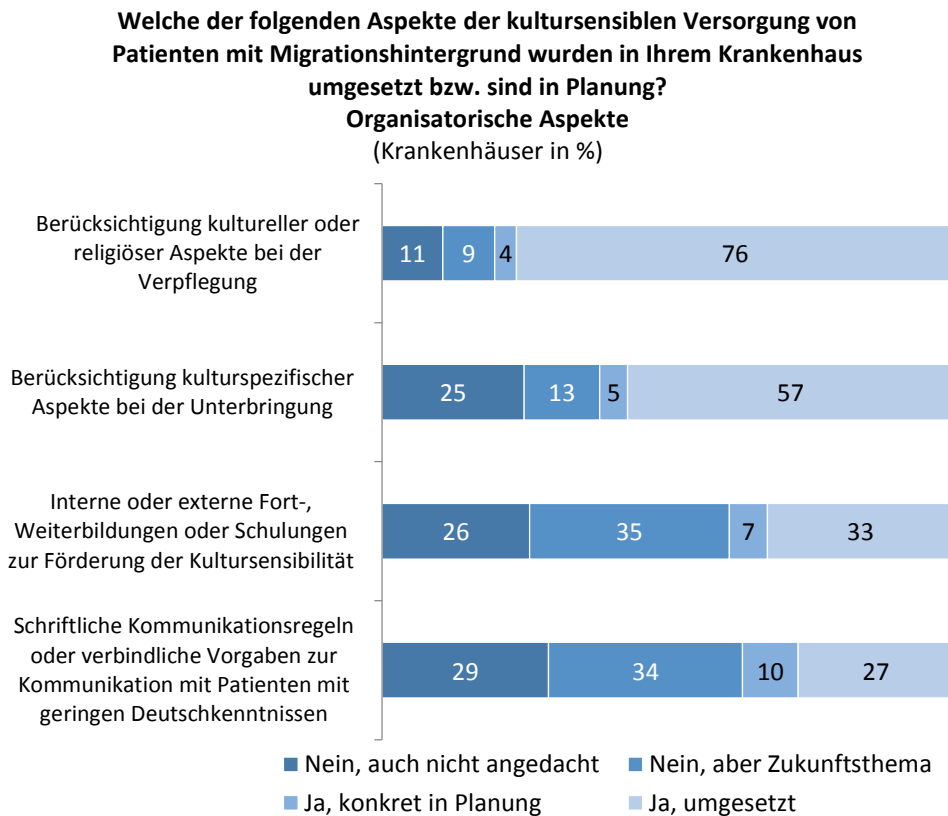
(57 %) bereits kulturspezifische Aspekte, wie Gebets- oder Verabschiedungsräume, oder planen derzeit diese zu realisieren (5 %). In etwa einem Viertel der Häuser ist dies nicht angedacht, während es für 13 % ein Zukunftsthema darstellt.

Interne oder externe Weiterbildungen oder Schulungen zur Förderung der Kultursensibilität setzt ein Drittel der Krankenhäuser bereits um, 7 % der Einrichtungen plant dies derzeit. Für ein gutes weiteres Drittel steht dies zukünftig auf der Agenda, während gut ein Viertel hier keinen Handlungsbedarf sieht.

Schriftliche Kommunikationsregeln oder verbindliche Vorlagen zur Kommunikation mit Patienten mit geringen Deutschkenntnissen setzt gut ein Viertel der Einrichtungen bereits um. In knapp der Hälfte der Krankenhäuser wird es derzeit umgesetzt (10 %) bzw. ist ein Zukunftsthema (34 %). 29 % der Häuser plant keinerlei Aktivitäten in dieser Richtung (Abb. 38).

Eine Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte in organisatorischen Belangen ist in Häusern der Agglomerationsräume in der Regel am häufigsten und in Einrichtungen der ländlichen Räume am seltensten realisiert.

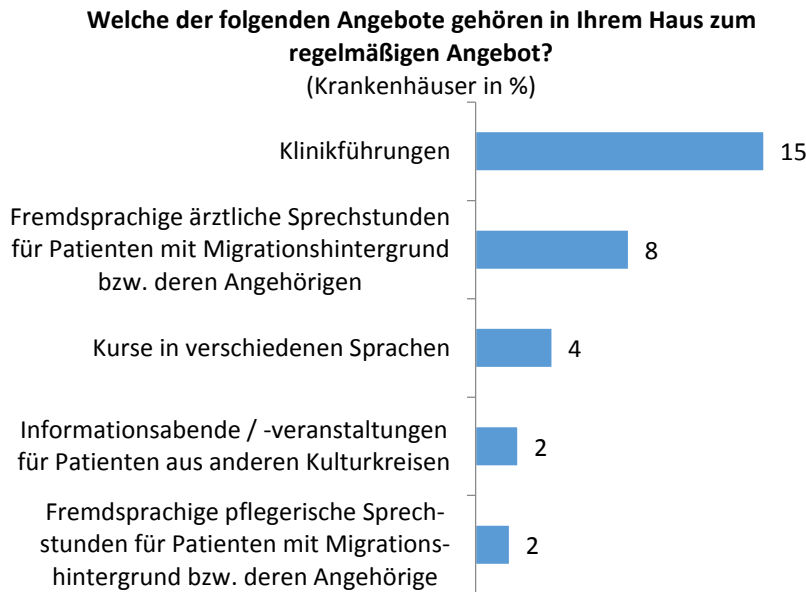




© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Organisatorische Aspekte zur Kultursensibilität

Neben den genannten organisatorischen Aspekten kann die Versorgung von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen durch weitere, spezifische Angebote in verschiedenen Sprachen auf diese Klientel zugeschnitten sein. Die Krankenhäuser nutzen diese bisher eher selten. Am häufigsten werden Klinikführungen, z. B. durch die Küche oder Notaufnahme, angeboten (15 %). Des Weiteren werden fremdsprachige ärztliche Sprechstunden für Patienten mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörige in 8 % der Häuser umgesetzt. Kurse, z. B. Geburtsvorbereitungskurse, in verschiedenen Sprachen, Informationsabende bzw. -veranstaltungen für Patienten aus anderen Kulturkreisen sowie fremdsprachige pflegerische Sprechstunden für Patienten mit Migrationshintergrund bzw. deren Angehörige gehören bisher eher selten zum Angebot der Krankenhäuser (Abb. 39).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Spezifisches Angebot für Patienten mit Migrationshintergrund

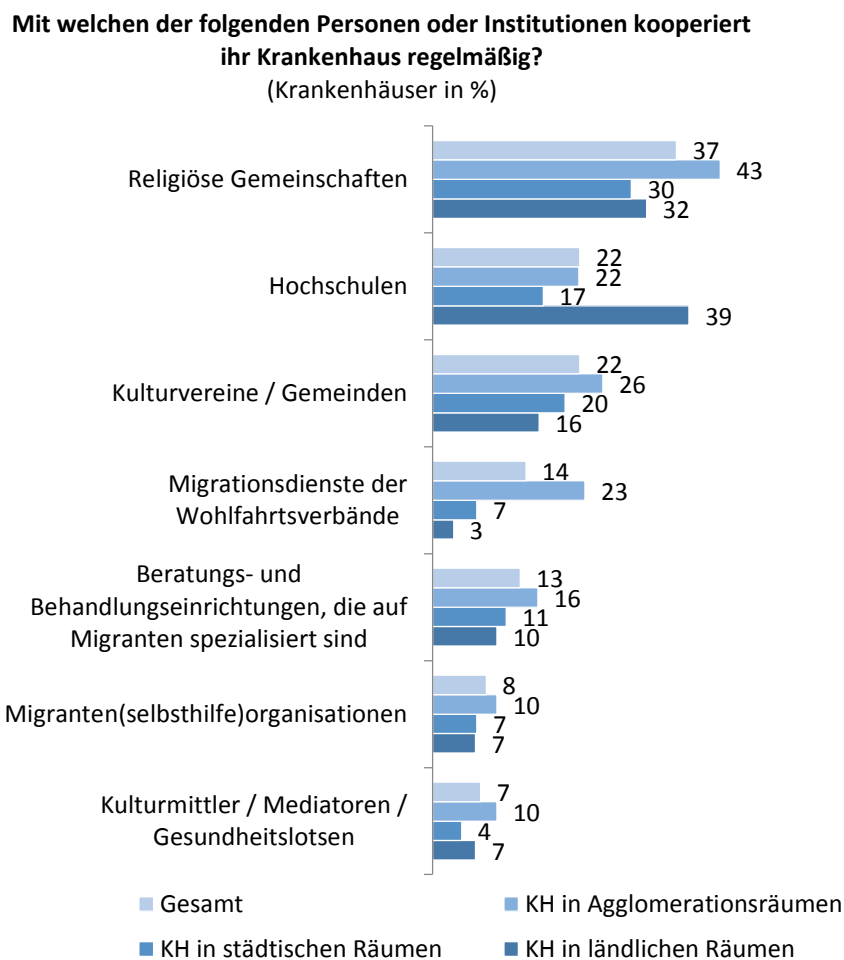
6.7 Kooperationen

Zur Förderung der Kultursensibilität können die Krankenhäuser gezielt mit Organisationen oder Vertretern zusammenarbeiten, die kulturspezifische Belange repräsentieren. Dies kann etwa mit Blick auf kultursensible Informations- und Beratungsangebote, gesundheitsbezogene Dienstleistungen oder religiöse Fragen erfolgen. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, mit welchen Personen oder Institutionen sie regelmäßig zusammenarbeiten. Im Mittel kooperieren die Häuser mit zwei verschiedenen Personen oder Institutionen.

Krankenhäuser arbeiten demnach vor allem mit religiösen Gemeinschaften zusammen (37 %), wobei dies überproportional häufig in Agglomerationsräumen realisiert wird. Jeweils gut ein Fünftel der Häuser pflegt Kooperationen mit Hochschulen, z. B. mit ausländischen Medizinstudenten oder sprachlichen Fakultäten, sowie mit Kulturvereinen oder Gemeinden. Eine Zusammenarbeit mit Hochschulen wird insbesondere in ländlichen Regionen häufig realisiert. Eine Kooperation mit Kulturvereinen oder Gemeinden ist im Vergleich zu Agglomerationsräumen in ländlichen Gebieten seltener vorzufinden.

Zu Migrationsdiensten der Wohlfahrtsverbände sowie Beratungs- und Behandlungseinrichtungen, die auf Migranten spezialisiert sind, pflegen jeweils mehr als 10 % der Einrichtungen regelmäßige Kontakte. Kooperationen mit den Migrationsdiensten der Wohlfahrtsverbände sind regelhaft vor allem in Agglomerationsräumen umgesetzt.

Krankenhäuser arbeiten bei der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund vergleichsweise selten mit Migranten(selbsthilfe)organisationen sowie Kulturmittlern, Mediatoren bzw. Gesundheitslotsen zusammen (Abb. 40).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 40: Kooperationen im Rahmen der Kultursensibilität



6.8 Information und Kommunikation

Eine patientenorientierte Versorgung von Personen mit Migrationsgeschichte setzt ein entsprechendes Informationsniveau der Krankenhausmitarbeiter zu den spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen dieser Patientenklientel voraus. Hier ist insbesondere auf die möglichen sprachlichen Probleme sowie denkbaren Hilfestellungen zu verweisen. Die Krankenhäuser wurden befragt, inwieweit für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einschlägige Dokumente oder Informationsmaterialien, z. B. im Intranet, gut zugänglich sind. Die Krankenhäuser nutzen im Durchschnitt drei der Möglichkeiten.

Sehr weit verbreitet sind demnach vor allem Listen von Mitarbeitern mit Fremdsprachenkenntnissen. In 83 % der Krankenhäuser liegen sie gut verfügbar vor. Bei Bedarf ist somit gewährleistet, dass bei mangelnden Deutschkenntnissen von Patienten oder deren Angehörigen auf entsprechend sprachkundiges Personal zurückgegriffen werden kann. Darüber hinaus liegt in 40 % der Einrichtungen eine Liste anerkannter Dolmetscher standardmäßig und in ländlichen Räumen vergleichsweise deutlich häufiger vor. 37 % der Häuser stellt ihren Mitarbeitern Kommunikationshilfen, Bilder oder Modelle zur Verfügung, die z. B. in Form von Körperatlanten, genutzt werden können, um sprachliche Barrieren zu überwinden. Eine Übersicht über verfügbare Video-Dolmetscher wird nur in wenigen Häusern standardmäßig vorgehalten.

Fort- und Weiterbildungsangebote zu interkulturellen Themen sowie Informationen über kulturelle oder religiöse Besonderheiten hält je knapp ein Drittel der Krankenhäuser gut verfügbar für die Mitarbeiter vor. Ein Viertel der Einrichtungen stellt ihrem Personal Listen von regionalen Ansprechpartnern der großen Religionen zur Verfügung. Krankenhausmitarbeiter, die in Agglomerationsräumen tätig sind, finden im regionalen Vergleich am häufigsten entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote oder zuletzt genannte Listen, z. B. im Intranet, vor.

Nützliche Links, wie z. B. Selbsthilfegruppen für Migranten, oder Listen auf Migrantengruppen spezialisierter ambulanter oder komplementärer Dienste oder Pflegeeinrichtungen werden den Mitarbeitern vergleichsweise selten zur Verfügung gestellt. Entsprechende Listen werden fast nur in Agglomerationsräumen vorgehalten (Abb. 41).

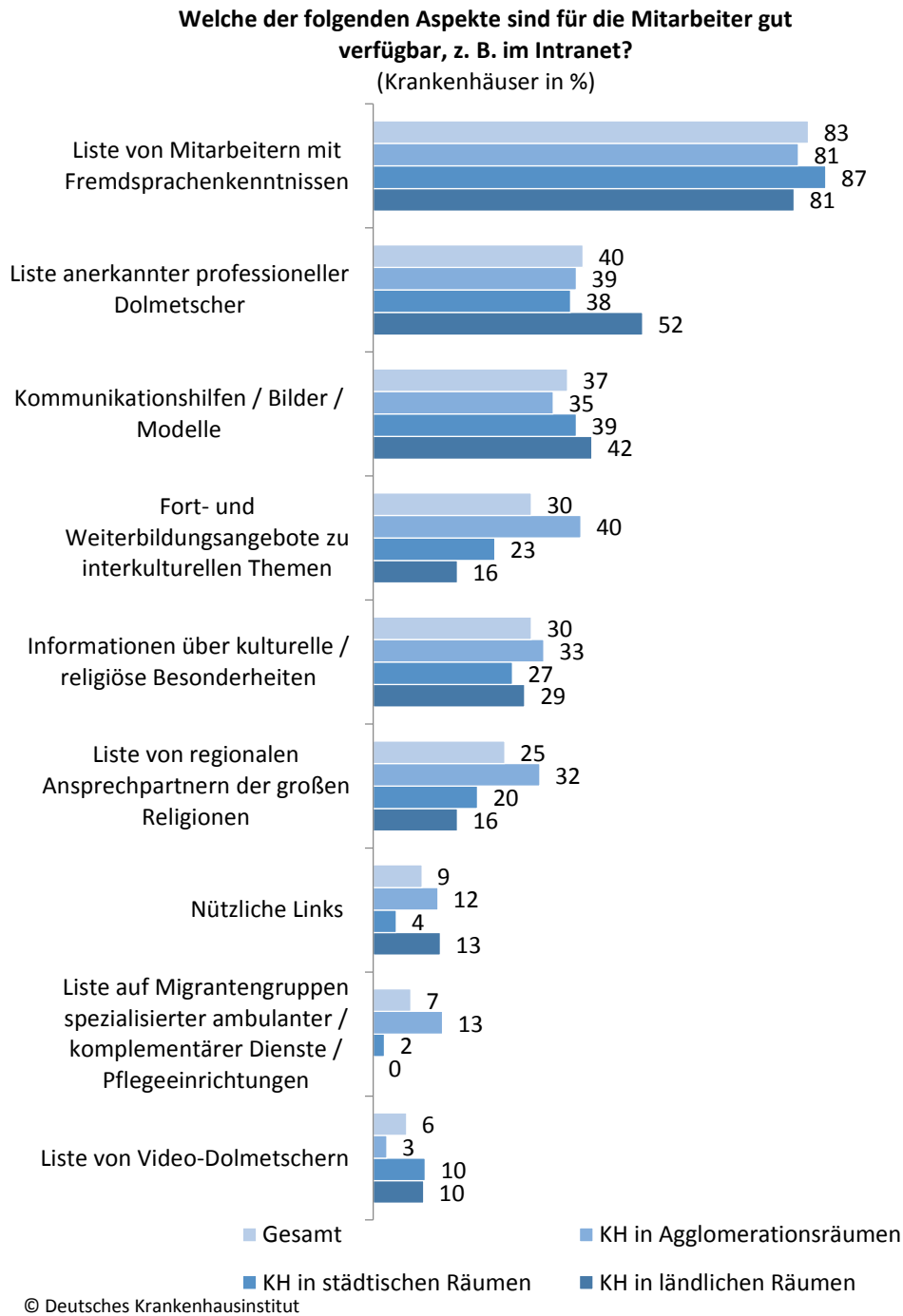


Abb. 41: Informationsmaterial zur Kultursensibilität für Mitarbeiter

Neben Gesprächen erfolgen Information und Kommunikation mit Patienten auch über schriftliche Informationsmaterialien. Für die Versorgung von Patienten mit geringen oder keinen Deutschkenntnissen ist daher relevant, welche Materialien oder Formulare die Krankenhäuser in verschiedenen Sprachen



vorhalten⁹. Im Schnitt halten die Häuser drei Materialien in einer oder mehreren Fremdsprachen vor.

Von allen erfragten Materialien, Formularen oder Angeboten sind Einverständniserklärungen (z. B. zu einer OP) oder Informationsmaterialien über medizinische Eingriffe, also insbesondere die grundlegenden Informationen zur Behandlung oder zum Haupteingriff, am häufigsten in den Kliniken vorhanden. Fremdsprachige Einverständniserklärungen liegen in 80 % der Häuser in mehreren Sprachen vor, in 8 % werden sie in einer Fremdsprache vorgehalten. Informationsmaterialien über medizinische Eingriffe liegen in 72 % Einrichtungen in verschiedenen Sprachen und in 7 % in einer Fremdsprache vor. In Häusern ländlicher Regionen finden Patienten seltener übersetzte Informationsmaterialien zu medizinischen Eingriffen in mehreren Sprachen vor als in anderen Regionen.

Ebenfalls noch weit verbreitet sind Form- oder Merkblätter zum Krankenhausaufenthalt (z.B. Patienteninformationsmappen) (46 % in verschiedenen Sprachen, 14 % in einer Fremdsprache) und fremdsprachige Informationsmaterialien zu verschiedenen Erkrankungen (37 % in verschiedenen, 12 % in einer Sprache). Zudem stehen entsprechende Angebote bei einem größeren Anteil der Einrichtungen zukünftig auf der Agenda. Form- oder Merkblätter zum Aufenthalt, wie z. B. Patienteninformationsmappen, stehen in städtischen Räumen am häufigsten und in ländlichen Räumen am seltensten in verschiedenen Fremdsprachen zur Verfügung.

Speisepläne werden in den Krankenhäusern vergleichsweise selten in verschiedenen (9 %) oder einer Fremdsprache (10 %) vorgehalten, wobei dies in städtischen Räumen überproportional häufig der Fall ist. 25 % planen dies für die Zukunft. Der größte Teil der Häuser sieht hier jedoch keinerlei Bedarf (57 %) (Abb. 42).

⁹ Der Anteil fehlender Werte ist bei den einzelnen Items zum Teil erhöht.

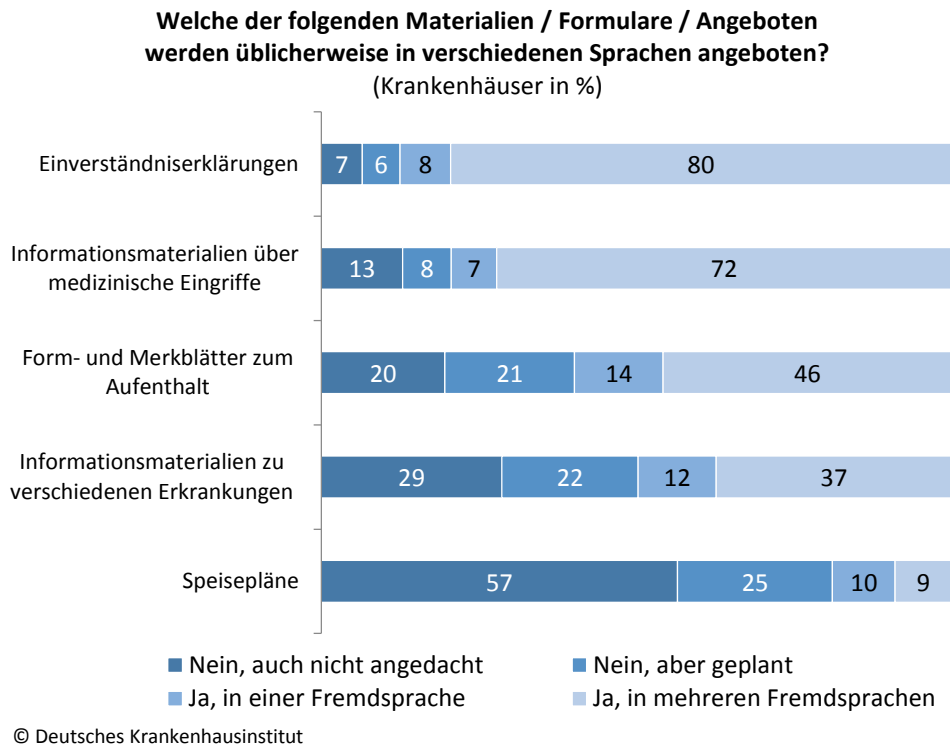


Abb. 42: Vorhaltung von fremdsprachigen Materialien / Formularen / Angeboten

6.9 Organisation und Umsetzung von Übersetzungen

Übersetzungen für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen können mit Hilfe ihrer Angehörigen oder Bekannten, des Krankenhauspersonals oder von professionellen Dolmetschern erfolgen. Im *Krankenhaus Barometer 2017* wurden die Einrichtungen gefragt, wer bei ihnen in diesen Fällen als Übersetzer oder Dolmetscher hinzugezogen wird und welche Kosten ggf. daraus resultierten.

Demnach wird für Übersetzungen bei Patienten mit geringen Deutschkenntnissen vor allem krankenhauseigenes Personal aus dem Ärztlichen und dem Pflegedienst mit gleicher Muttersprache genutzt. In etwa die Hälfte der Krankenhäuser setzen fremdsprachige Ärzte und Pflegekräfte oft für Übersetzungen ein. In 25 bzw. 20 % der Einrichtungen ist dies immer der Fall. Auch sonstiges Personal mit der gleichen Muttersprache fungiert gelegentlich als Übersetzer. Dahingegen sind speziell ausgebildete, professionelle Dolmetscher

oder Übersetzer sehr selten in den Krankenhäusern direkt, als interne Mitarbeiter, vorzufinden. In 59 % der Häuser ist dies nie, in knapp einem Drittel gelegentlich der Fall. Pflegerisches oder sonstiges Personal mit gleicher Muttersprache sowie auch professionelle Krankenhausdolmetscher werden in Häusern ländlicher Räume deutlich seltener für Übersetzungen herangezogen als in den anderen Regionen.

Neben dem Krankenhauspersonal greifen die Häuser vor allem auf Angehörige, Freunde oder Bekannte des Patienten als Übersetzer zurück. In 44 % der Häuser erfolgt dies oft, knapp ein Viertel realisiert dies immer. Zimmernachbarn oder andere Patienten des Krankenhauses werden dahingegen gar nicht oder gelegentlich für Übersetzungen herangezogen.

Speziell ausgebildete, professionelle Dolmetscher, also Übersetzer außerhalb des Krankenhauses, z. B. Gemeindedolmetscher oder professionelle Büros, werden in gut der Hälfte der Häuser gelegentlich hinzugezogen, etwas mehr als ein Viertel der Einrichtungen setzt diese nie ein. Einrichtungen, die in Agglomerationsräumen verortet sind, greifen seltener auf professionelle Dolmetscher zurück als Kliniken der anderen Regionen (Abb. 43).



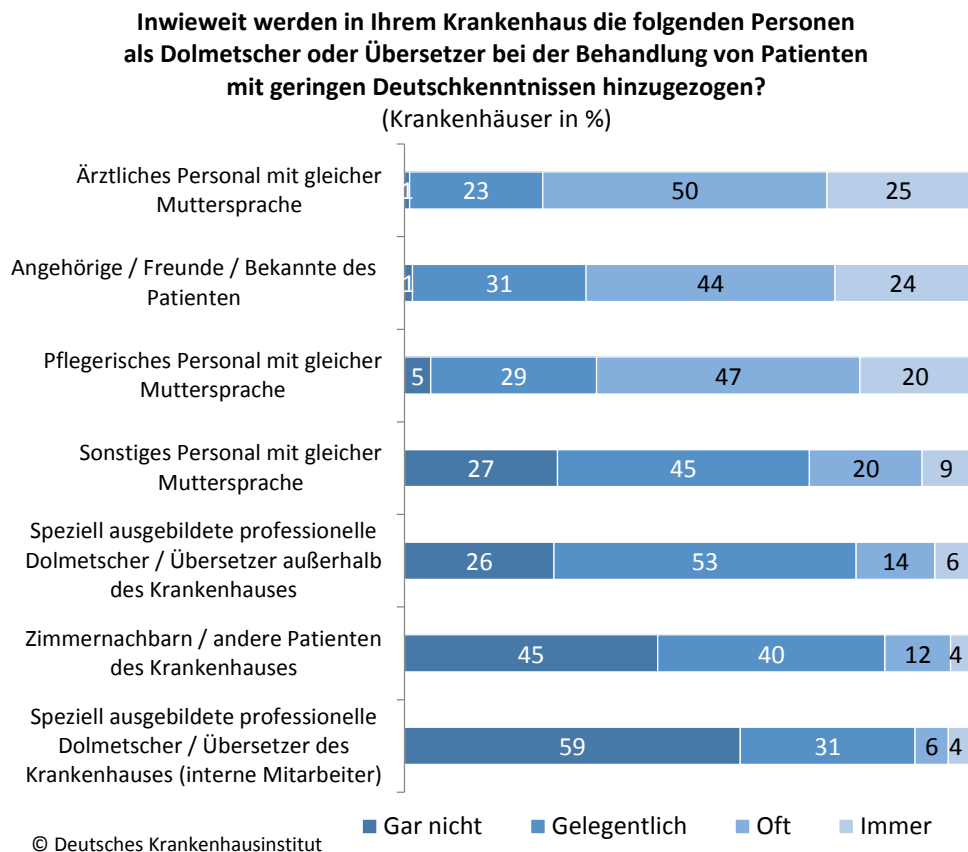
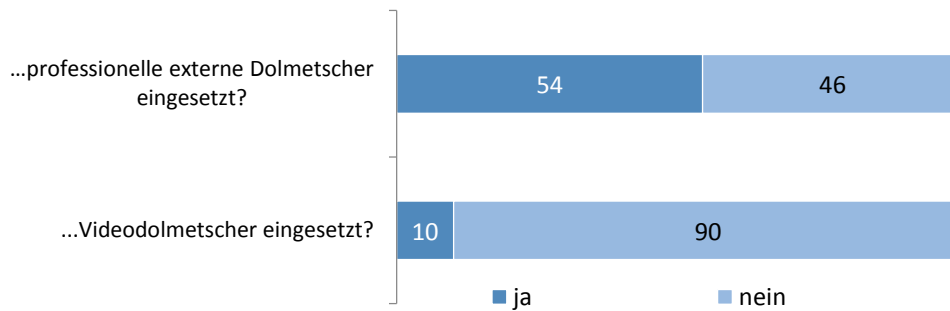


Abb. 43: Übersetzer bei der Behandlung von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen

Ergänzend wurden die Krankenhäuser danach gefragt, ob sie im Jahr 2016 (Video-)Dolmetscher bei der Versorgung von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen eingesetzt haben. Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen hat 2016 professionelle externe Dolmetscher, ein Zehntel hat Videodolmetscher bei der Verständigung mit Patienten mit geringen Deutschkenntnissen hinzugezogen (Abb. 44).

Häuser in Agglomerationsräumen griffen häufiger als Einrichtungen in städtischen oder ländlichen Räumen auf externe Dolmetscher zurück, diese setzten dafür öfter Videodolmetscher ein.

Haben Sie im Jahr 2016 im Rahmen der Versorgung von Patienten mit geringen Deutschkenntnissen...
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 44: Einsatz von Dolmetschern im Jahr 2016

Der Einsatz von professionellen externen bzw. Video-Dolmetschern ist für die Krankenhäuser immer mit Kosten verbunden. Bisher liegen keine Daten vor, wie hoch diese Kosten sind. Im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* konnte ein großer Teil der Befragten hierzu keine Angabe machen (Keine Angabe möglich: 32,9 %) ¹⁰ Gut ein Viertel der Häuser gibt an, dass im Jahr 2016 keine Dolmetscherkosten angefallen sind.

In den Häusern, die Kosten für Dolmetschertätigkeiten angegeben haben, war die Varianz sehr groß, so dass der Mittelwert wenig aussagekräftig ist. Betrachtet man das 5 % getrimmte Mittel, bei dem jeweils die 5 % höchsten und geringsten Werte nicht berücksichtigt werden, so lagen diese im Jahr 2016 im Schnitt bei etwas mehr als 9.000 €. Der Median betrug 2.250 € (Tab. 7).

¹⁰ Darüber hinaus hat 18 % der Häuser gar keine Angabe bei der Frage gemacht, was vermutlich aus einer Unkenntnis resultiert.-



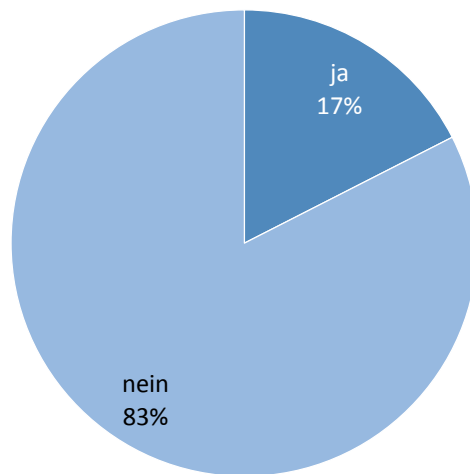
Tab. 7: Dolmetscherkosten im Jahr 2016

Kosten für Dolmetschertätigkeiten im Jahr 2016 in Euro	
Mittelwert	18.877
5 % getrimmte Mittelwert	9.172
Median	2.250
Unterer Quartilswert	608
Oberer Quartilswert	6.934
Keine Kosten	28,6 %

Unabhängig von der Höhe der Kosten für Dolmetschertätigkeiten ist es relevant, dass die Ausgaben der Krankenhäuser für entsprechende Dienste vollständig refinanziert werden. Dies ist für das Jahr 2016 überwiegend, d. h. in 83 % der Einrichtungen, nicht der Fall. Nur 17 % der Häuser gaben an, dass sie die Einsätze von externen professionellen und / oder Videodolmetschern vollständig erstattet bekommen haben (Abb. 45).

Als Gründe für eine mangelnde Kostenerstattung wurde vor allem eine fehlende Berücksichtigung in den DRG`s bzw. im Budget genannt. Die Kostenträger – Krankenkassen oder Sozialämter – würden die entstandenen Kosten für Dolmetschertätigkeiten aus unterschiedlichen Gründen gar nicht oder nur teilweise übernehmen. Beispielsweise gaben Krankenhäuser an, dass sie von den Kostenträgern eine Kostenübernahmeablehnung erhalten hätten, weil die Kosten in den DRG`s enthalten seien. Weiterhin hätten die Kliniken die Erfahrung gemacht, dass eine Kostenerstattung nur bei genehmigter Vorabkostenübernahme erfolge, was nicht in allen Fällen möglich wäre.

Waren die Kosten für Dolmetschertätigkeiten im Jahr 2016 vollständig refinanziert?
(Krankenhäuser mit Kosten für Dolmetscher, in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 45: Refinanzierung der Dolmetschertätigkeiten im Jahr 2016

6.10 Zahlungsausfälle bei Patienten aus dem Ausland

Zahlungsausfälle bei Patienten aus dem Ausland stellen Krankenhäuser immer wieder vor große Herausforderungen. Darauf deuten auch die Daten des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* hin. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, ob es im Jahr 2016 Zahlungsausfälle bei stationären Patientengruppen aus dem Ausland gab. Mehr als zwei Drittel der Häuser, die diese Frage beantwortet hat¹¹, hatten Zahlungsausfälle bei mindestens einer der drei erfragten Patientengruppen aus dem Ausland zu verzeichnen. Knapp ein Drittel der Einrichtungen hatte keine Zahlungsausfälle zu beklagen. Häuser mit Zahlungsausfällen haben im Schnitt bei zwei verschiedenen ausländischen Patientengruppen keine oder geringere Zahlungen erhalten. Der Anteil der Häuser, die keine Zahlungsausfälle zu verzeichnen hatten, war in den ländlichen Räumen überproportional hoch. In Häusern städtischer Räume traten Zahlungsrückstände am häufigsten auf.

Die Zahlungsausfälle des Jahres 2016 betrafen insbesondere EU-Bürger mit Wohnsitz im Ausland. Gut die Hälfte der Krankenhäuser war davon betroffen, wobei dies in Häusern ländlicher Räume deutlich seltener der Fall war als in

¹¹ Ein großer Anteil der Häuser hat bei den Fragen zu den Zahlungsausfällen keine Angabe gemacht.

Häusern anderer Regionen. Gut ein Drittel der Einrichtungen gab an, dass Zahlungen bei Asylbewerbern bzw. Flüchtlingen säumig waren. Dies betraf Kliniken in Agglomerationsräumen am häufigsten, Häuser in ländlichen Regionen am seltensten. Bei sonstigen Patientengruppen, hier wurden insbesondere Nicht-EU-Bürger oder Urlauber genannt, verzeichneten zwei Drittel der Häuser fehlende Zahlungen (Abb. 46). Hier waren Häuser städtischer Räume überproportional häufig betroffen.

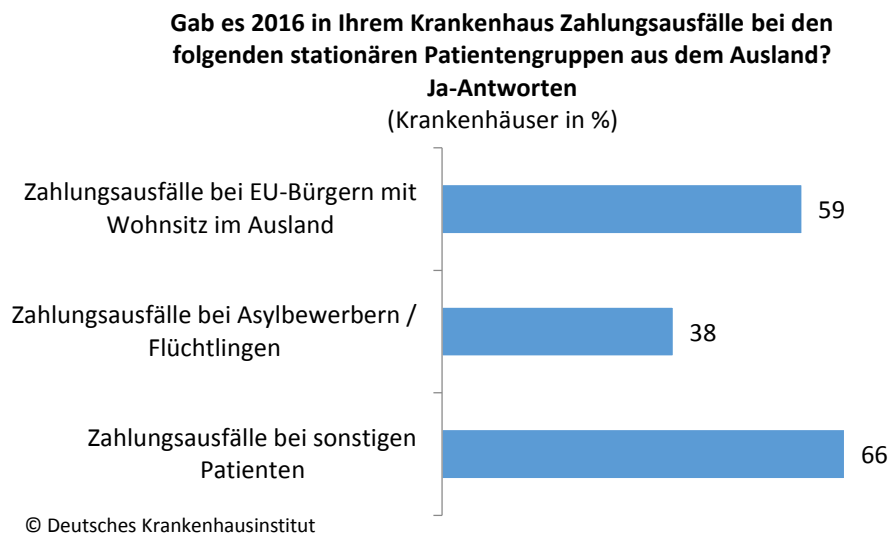


Abb. 46: Zahlungsausfälle bei Patienten aus dem Ausland

Die Anzahl der Patienten mit Zahlungsausfällen sowie die Höhe der Zahlungsausfälle können im Einzelnen der Tab. 8 entnommen werden: Bei durchschnittlich rund 20 EU-Bürgern mit Wohnsitz im Ausland lag die Höhe der Zahlungsausfälle im Jahr 2016 durchschnittlich bei 45.107 € pro betroffenem Krankenhaus. Das entspricht einem durchschnittlichen Zahlungsausfall von 2.233 € Euro pro entsprechendem Fall.

Bei durchschnittlich knapp 15 Asylbewerbern mit Zahlungsausfällen belief sich deren Höhe auf 20.718 € pro betroffenem Krankenhaus. Pro entsprechendem Fall resultierte ein Zahlungsausfall von 1.390 €.



In den Stichprobenkrankenhäusern mit Zahlungsausfällen bei sonstigen Patientengruppen aus dem Ausland betrafen diese im Schnitt rund dreizehn Patienten. Die Ausfallsumme lag hier bei 36.592 € je betroffenem Haus. Der Zahlungsausfall je Patient fiel hier mit 2.927 € im Vergleich am höchsten aus.

Tab. 8: Häufigkeit und Höhe der Zahlungsausfälle bei ausländischen Patienten

Patientengruppen aus dem Ausland (5 %Mittelwerte je KH) ¹²	Anzahl Fälle mit Zahlungsausfällen in 2016	Höhe der Zahlungsausfälle in 2016	Zahlungsausfälle je Fall in 2016
EU-Bürger mit Wohnsitz im Ausland	20,2	45.107 €	2.233 €
Asylbewerber / Flüchtlinge	14,9	20.718 €	1.390 €
Sonstige Patientengruppen aus dem Ausland	12,5	36.592 €	2.927 €

6.11 Einschätzung der Häuser zur Kultursensibilität

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser noch allgemein zur Kultursensibilität äußern. Zunächst wurden sie gebeten, verschiedene Aspekte, die eine kultursensible Ausrichtung der Häuser beeinflussen könnten, einzuschätzen.

Demnach sind die Befragungsteilnehmer mehrheitlich der Auffassung, dass eine kultursensible Ausrichtung der Häuser aufgrund des demographischen Wandels zukünftig eine wichtige Rolle spielen wird. 67 % stimmen der Aussage eher, 15 % voll und ganz zu.

Die Bedeutung der regionalen Lage schätzen die Einrichtungen ebenfalls als relevant ein. 71 % sind der Ansicht, dass Häuser vor allem auf Grund ihrer regionalen Lage einen Fokus auf Kultursensibilität richten.

Aus Sicht der Krankenhäuser kann die angespannte wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser eine kultursensible Ausrichtung ihres Versorgungsangebotes erschweren. Zwei Drittel der Krankenhäuser bejaht die Aussage, wonach

¹² Es wurden jeweils nur die Häuser einbezogen, die Zahlungsausfälle bei den entsprechenden Patientengruppen zu verzeichnen hatten.

eine kultursensible Ausrichtung auf Grund der derzeitigen finanziellen Situation für viele Häuser nicht erschwert ist (Abb. 47).

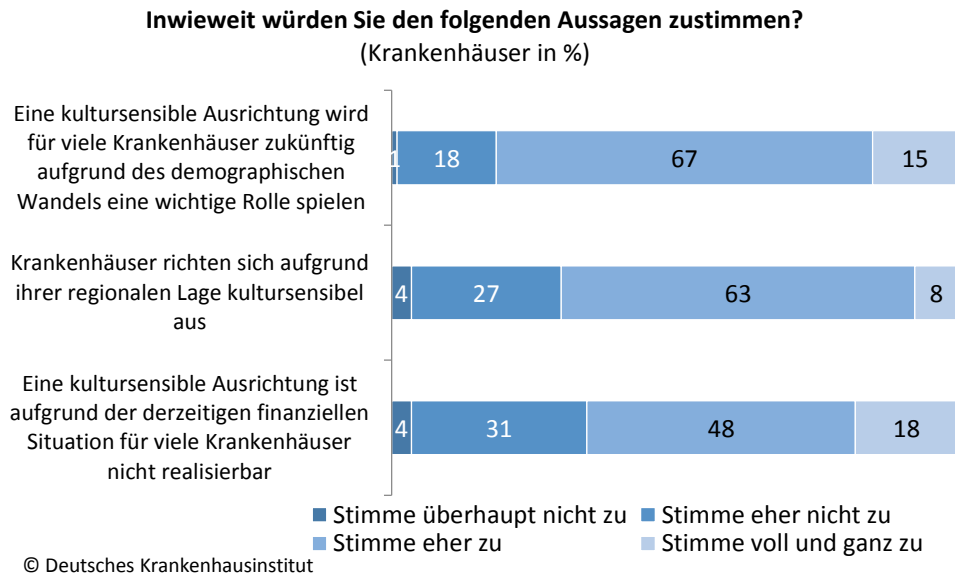


Abb. 47: Einschätzungen zur Kultursensibilität

Die Krankenhäuser wurden zudem gebeten, die derzeitige wie auch zukünftige Bedeutung einer interkulturellen Öffnung bzw. der Kultursensibilität für ihr eigenes Haus einzuschätzen. Während die meisten Krankenhäuser die derzeitige Bedeutung des Themas für ihr Haus als eher gering einstufen, gehen sie aber davon aus, dass für sie langfristig eine interkulturelle Öffnung wichtig ist. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen schätzt die Relevanz langfristig als „eher hoch“ (45 %) oder „sehr hoch“ (7 %) ein (Abb. 48).

Die Bedeutung einer kultursensiblen Krankenhausversorgung nimmt mit sinkender regionaler Dichte ab: Häuser in Agglomerationsräumen messen einer interkulturellen Öffnung sowohl derzeit als auch langfristig die größte, Einrichtungen ländlicher Regionen die geringste Bedeutung zu.

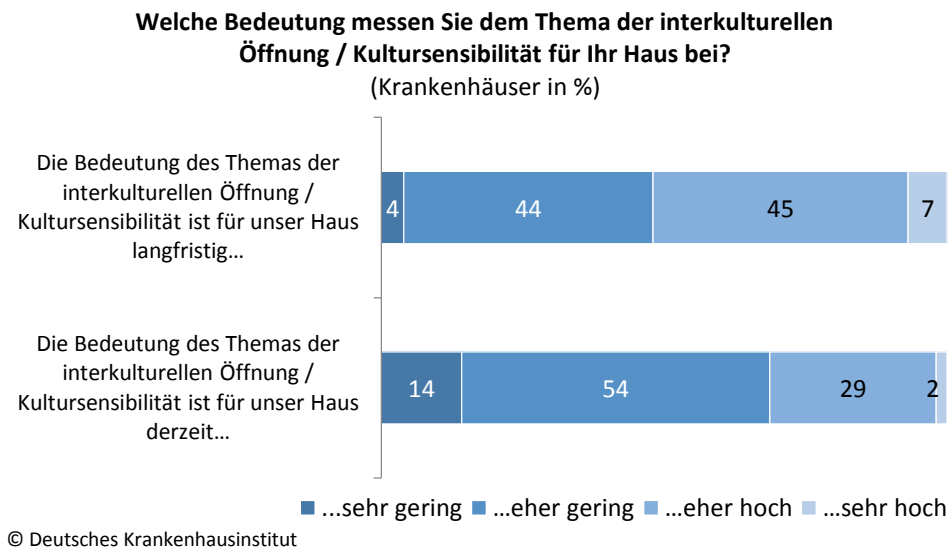


Abb. 48: Bedeutung der Kultursensibilität



7 MDK-Prüfungen

7.1 Überblick über die Prüfverfahrensvereinbarung

Die Selbstverwaltung auf der Bundesebene wurde 2013 gesetzlich dazu verpflichtet, Vereinbarungen zu Fragen der Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern zu treffen. Ziel sollte es sein, Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

Ein Ergebnis dieser Verpflichtung stellt die „Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG“ dar. Die Prüfverfahrensvereinbarung trat erstmalig im September 2014 in Kraft. Diese Fassung galt bis Ende Dezember 2016, ehe sie zum 01.01.2017 durch eine überarbeitete Fassung der PrüfvV ersetzt wurde.

Mit der Prüfverfahrensvereinbarung werden zwei verschiedene Prüfverfahren etabliert, die bei Abrechnungsstreitigkeiten herangezogen werden können:

- ein optionales Vorverfahren sowie
- die MDK-Prüfung, die sofort oder im Nachgang zum Vorverfahren zum Tragen kommt.

Beiden Prüfverfahren geht eine Rechnungsprüfung durch die Krankenkassen voraus, die bei Auffälligkeiten das Prüfverfahren in Gang setzen.

Das Vorverfahren stellt ein optionales Verfahren da. Sowohl die Krankenkassen als auch die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, vor Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ein Vorverfahren zu fordern. Ist die jeweils andere Seite dazu bereit, beginnt das Vorverfahren, das entweder als Datensatzkorrektur und/oder als Falldialog durchgeführt werden kann.

Die nachfolgende Abb. 49 zeigt in vereinfachter Form und ohne die zugehörigen Fristen die Regelungen des Vorverfahrens.

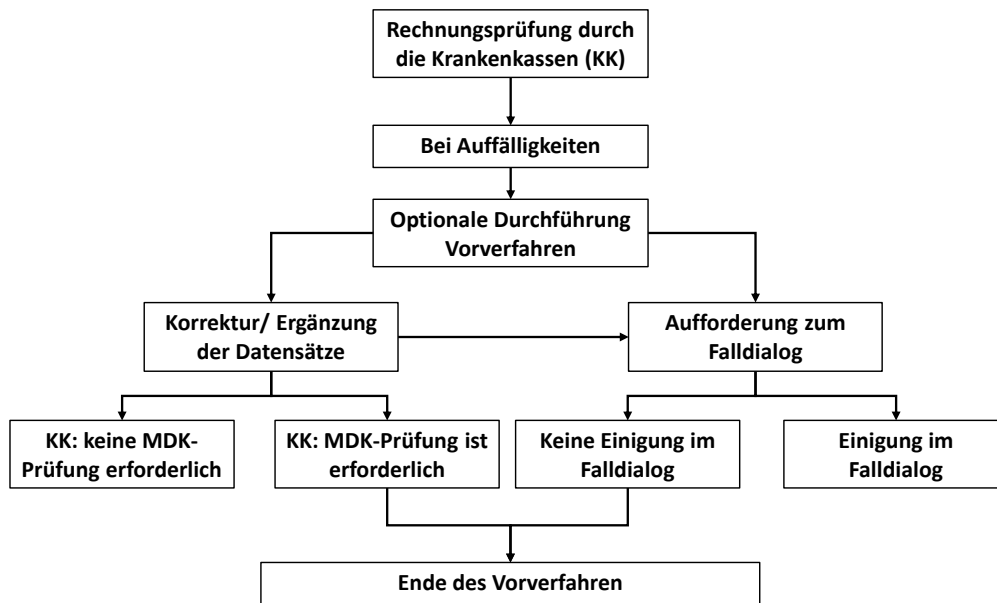


Abb. 49: Das Vorverfahren bei der MDK-Prüfung

Das Vorverfahren endet ohne eine MDK-Prüfung, sofern die Korrektur oder Ergänzung der Datensätze zur Zufriedenheit der Krankenkassen ausfällt bzw. bei einer Einigung im Falldialog zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Die Beauftragung des MDK kann in den folgenden Fällen erfolgen:

- Im Vorverfahren erfolgt keine Datenkorrektur oder -ergänzung.
- Es erfolgt im Vorverfahren zwar eine Datenkorrektur oder -ergänzung, die Notwendigkeit zur Begutachtung durch den MDK ist dadurch jedoch aus Sicht der Krankenkasse nicht entfallen.
- Es wird trotz Aufforderung kein Falldialog durchgeführt.
- Es wird ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt.
- Aus Sicht der Krankenkasse bedarf es der direkten Beauftragung des MDK.

Wiederum in vereinfachter Form zeigt die nachstehende Abb. 50 den Ablauf der MDK-Prüfung.

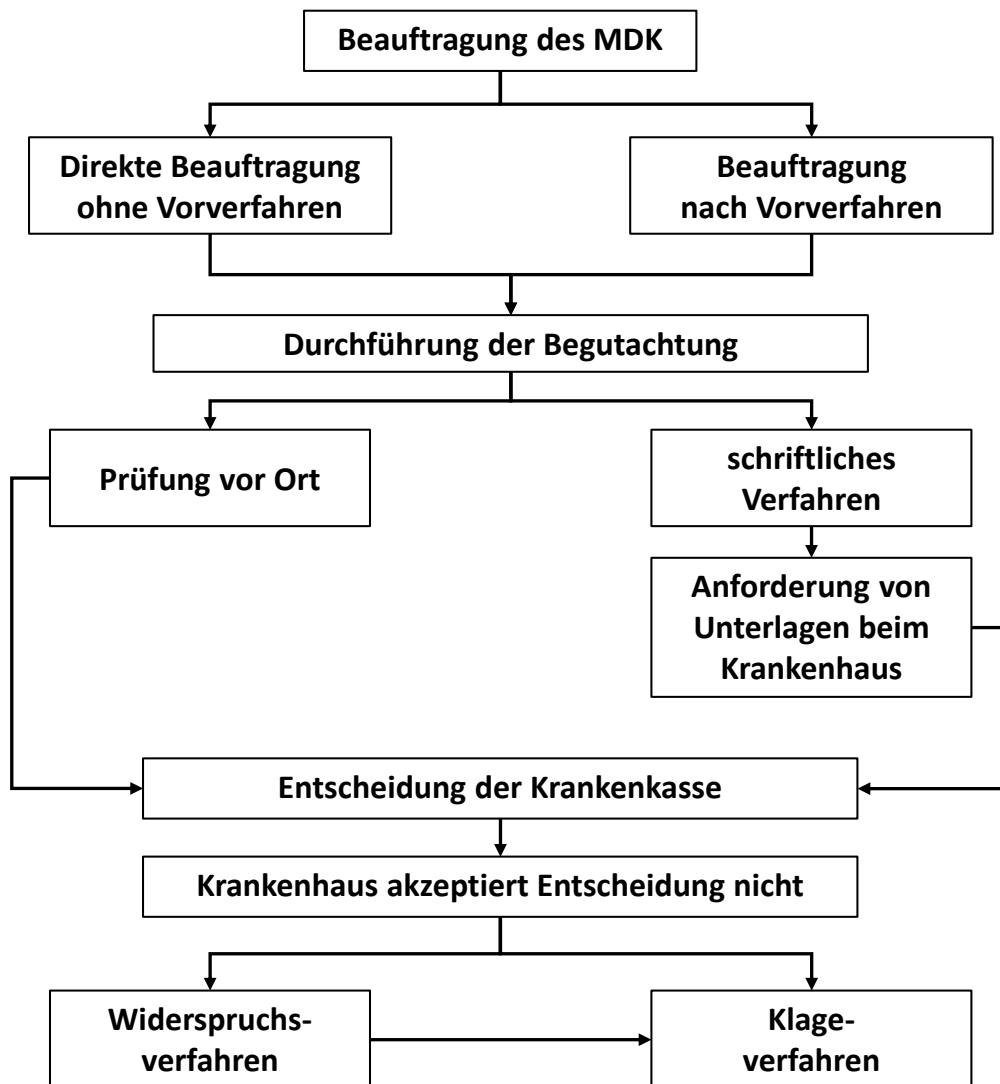


Abb. 50: Die Beauftragung des MDK durch die Krankenkassen

Die Durchführung der Begutachtung kann als Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgen. MDK und das Krankenhaus sollen sich auf eines der beiden Verfahren verständigen. Sofern keine Verständigung erfolgt, entscheidet der MDK über das Verfahren.

Im Rahmen des schriftlichen Verfahrens fordert der MDK Unterlagen vom Krankenhaus an, die der MDK „zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt“ (§ 7 Abs. 2 PrüfV).

Im Nachgang zur MDK-Prüfung entscheidet die Krankenkasse über die Wirtschaftlichkeit der Leistung bzw. der Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch.

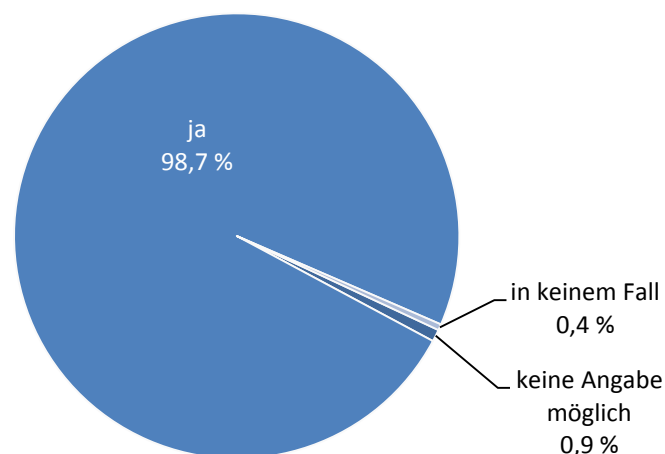
Das Krankenhaus kann die Entscheidung der Krankenkasse akzeptieren. Oder es kann ein Widerspruchsverfahren und ggf. ein Klageverfahren anstrengen.

7.2 Einleitung eines Prüfverfahrens 2016

Die Krankenhäuser sollten zunächst angeben, ob bei den vollstationären Fällen des Jahres 2016 (mindestens) ein Prüfverfahren entsprechend der Prüfverfahrensvereinbarung von den Krankenkassen eingeleitet worden ist.

Rund 99 % der befragten Krankenhäuser gaben an, dass (mindestens) ein Prüfverfahren eingeleitet wurde. Lediglich in 0,4 % der Krankenhäuser fand überhaupt keine Prüfung statt (Abb. 51).

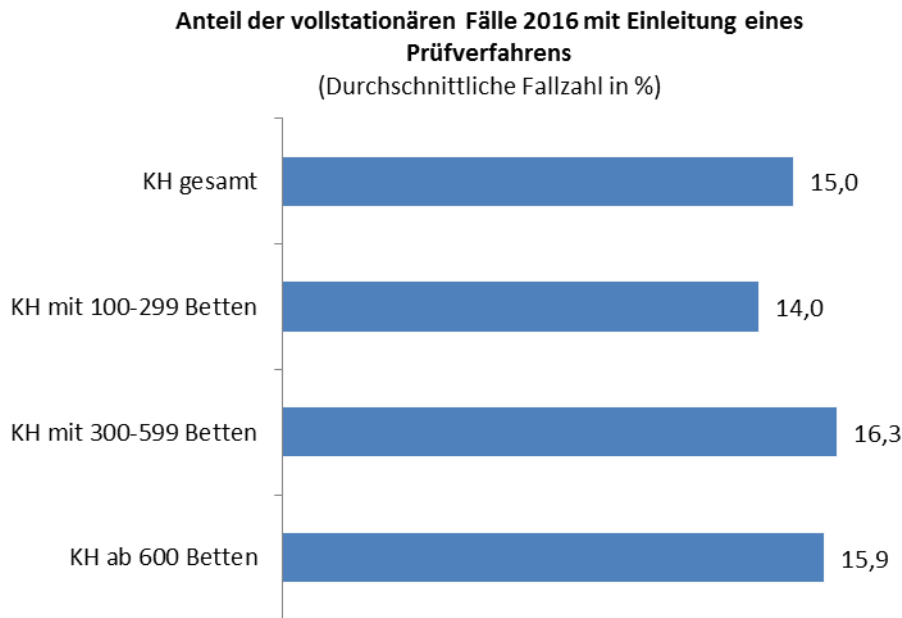
Wurde 2016 ein Prüfverfahren entsprechend der Prüfverfahrensvereinbarung eingeleitet?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 51: Einleitung Prüfverfahren gemäß Prüfverfahrensvereinbarung

Bei den Krankenhäusern mit Prüfverfahren waren durchschnittlich 15 % der vollstationären Fälle von Prüfungen betroffen (Abb. 52). Das entspricht hochgerechnet rund 2,7 Millionen vollstationäre Fällen des Jahres 2016.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 52: Anteil der vollstationären Fälle 2016 mit Einleitung eines Prüfverfahrens

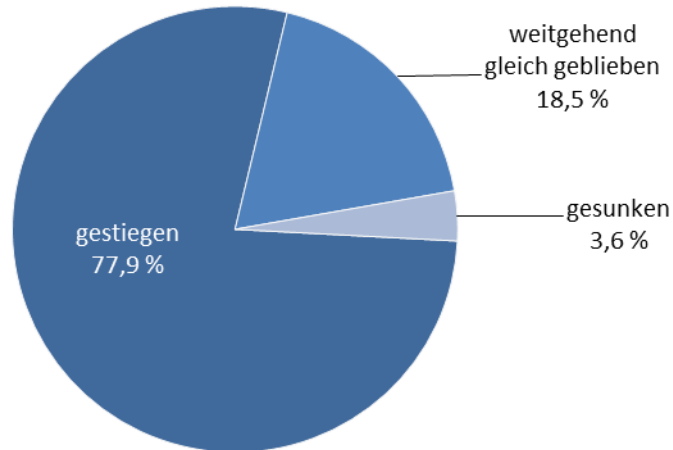
Differenziert man die Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen, dann haben die Krankenhäuser unter 300 Betten einen etwas niedrigeren Anteil und die Krankenhäuser ab 300 Betten einen etwas höheren Anteil an Fällen mit der Einleitung eines Prüfverfahrens.

Wie hat sich nun der Anteil der Fälle mit der Einleitung eines Prüfverfahrens zwischen 2015 und 2016 entwickelt?

Durch die PrüfV ist es nicht zu einer Reduktion der MDK-Prüfungen gekommen. Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser gaben an, dass der Anteil der Fälle mit Einleitung eines Prüfverfahrens von 2015 auf 2016 gestiegen ist. Bei weniger als einem Fünftel der Häuser ist der Anteil der Fälle mit Einleitung eines Prüfverfahrens gleichgeblieben. Nur bei wenigen Krankenhäusern kam es zu einem Rückgang (Abb. 53).

Wie hat sich der Anteil der Fälle mit Einleitung eines Prüfverfahrens im Vergleich zu 2015 entwickelt?

(Krankenhäuser mit Einleitung eines Prüfverfahrens in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 53: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit Einleitung eines Prüfverfahrens

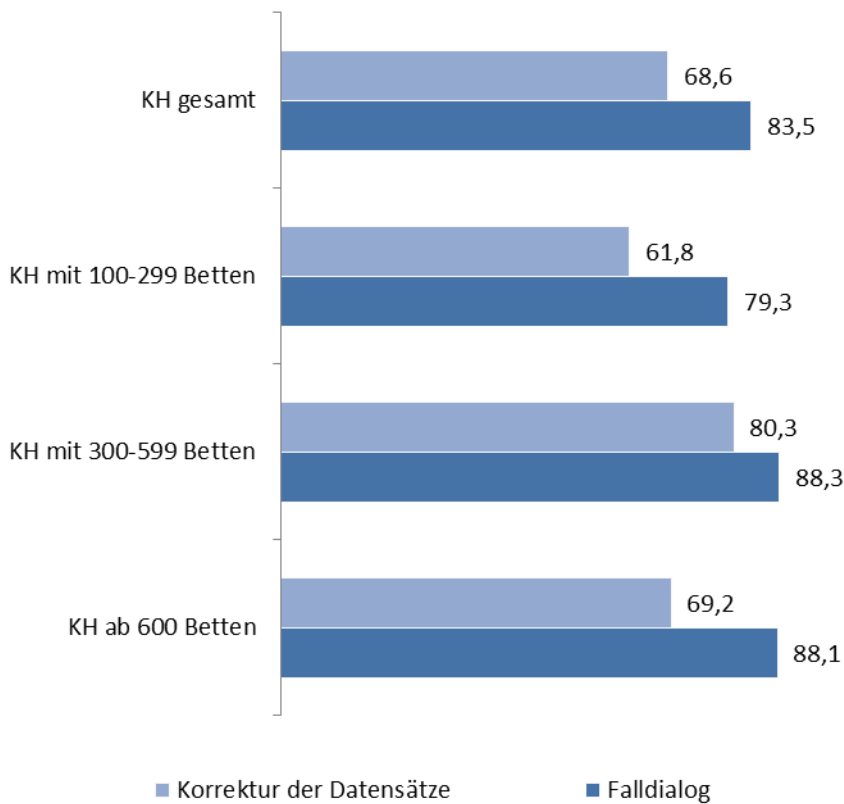
Überdurchschnittlich stark von der Ausweitung der Prüfungen sind die Krankenhäuser ab 600 Betten betroffen. Bei diesen Häusern gaben 93 % an, dass sich im Vergleich zu 2015 im Jahr 2016 der Anteil der Fälle mit der Einleitung eines Prüfverfahrens erhöht hat. Die restlichen 7 % gaben an, dass der Anteil weitgehend gleichgeblieben sei.

7.3 Vorverfahren gemäß der Prüfverfahrensvereinbarung

Die Prüfverfahrensvereinbarung sieht die Möglichkeit eines Vorverfahrens vor. Die Krankenhäuser wurden nach ihren Erfahrungen mit den verschiedenen Regelungen des Vorverfahrens befragt. Gleichzeitig sollte eine Quantifizierung der Prüfungen erfolgen.

In einem Großteil der Krankenhäuser, bei denen 2016 ein Prüfverfahren seitens der Krankenkassen eingeleitet wurde, fand ein Vorverfahren statt (Abb. 54).

Fand im Jahr 2016 (mindestens) ein Vorverfahren gemäß der Prüfverfahrenvereinbarung statt?
(Krankenhäuser mit Ja-Angaben in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 54: Anteil Krankenhäuser mit Vorverfahren

In 69 % der Krankenhäuser erfolgte eine Korrektur oder Ergänzung der Datensätze. In den Krankenhäusern unter 300 Betten ist der Anteil der Häuser mit diesem Vorverfahren etwas geringer, während er bei den Häusern mit 300 bis 599 Betten mit 80 % der Häuser höher als der bundesweite Durchschnitt ist.

Insgesamt höher ist der Anteil der Krankenhäuser, bei denen (mindestens) ein Falldialog stattfand: In 83 % der Krankenhäuser wurde mindestens ein Falldialog durchgeführt. Hierbei war der Anteil in den Krankenhäusern ab 300 Betten mit jeweils 88 % deutlich höher als in den Häusern unter 300 Betten, bei denen 79 % mindestens einen Falldialog führten.

Bei zwei Dritteln der Krankenhäuser mit Einleitung eines Prüfverfahrens wurde sowohl eine Korrektur/ Ergänzung der Datensätze als auch ein Falldialog durchgeführt.

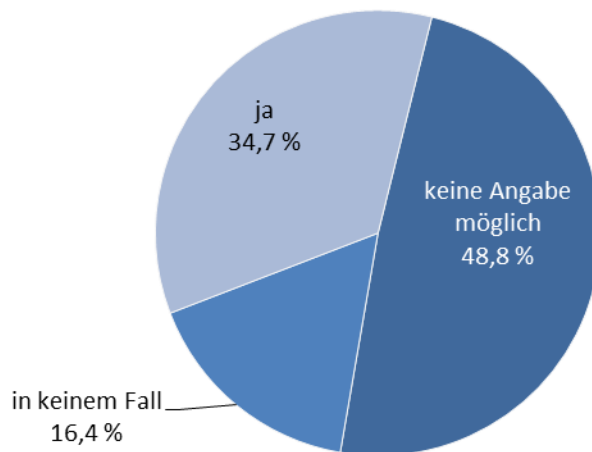
Das Vorverfahren kann beendet werden

- nach der Weiterleitung von korrigierten/ ergänzten Datensätzen bzw.
- bei Einigung im Rahmen des Falldialogs.

Die Krankenhäuser sollten Angaben dazu machen, in wie vielen vollstationären Fällen das Vorverfahren in der einen oder anderen Form beendet wurde.

Mindestens ein Vorverfahren endete in rund 35 % der Krankenhäuser nach der Weiterleitung von korrigierten bzw. ergänzten Datensätzen. Allerdings gaben auch rund 16 % der Krankenhäuser an, dass das Vorverfahren in keinem Fall nach der Weiterleitung endete (Abb. 55).

Wurde das Vorverfahren nach der Weiterleitung von korrigierten/ ergänzten Datensätzen an die Krankenkassen beendet?
(Krankenhäuser in %)

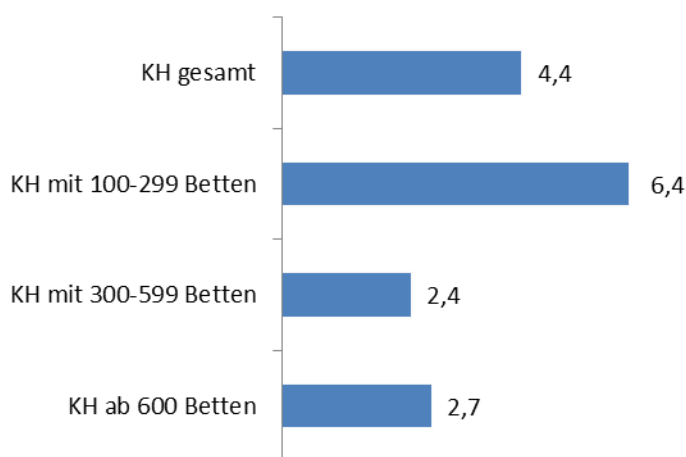


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 55: Beendigung Vorverfahren nach Weiterleitung korrigierten/ ergänzter Datensätze

Die durchschnittliche Anzahl der Fälle, bei denen das Vorverfahren nach der Korrektur der Datensätze beendet wurde, lag bei 4 % aller vollstationären Fälle des Jahres 2016 (Abb. 56). Das entspricht hochgerechnet rund 730.000 aller Fälle dieses Jahres in den Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten.

Anteil der vollstationären Fälle 2016, bei denen das Vorverfahren nach der Weiterleitung von korrigierten/ergänzten Datensätzen an die Krankenkassen beendet wurde
(Durchschnittliche Fallzahl in %)

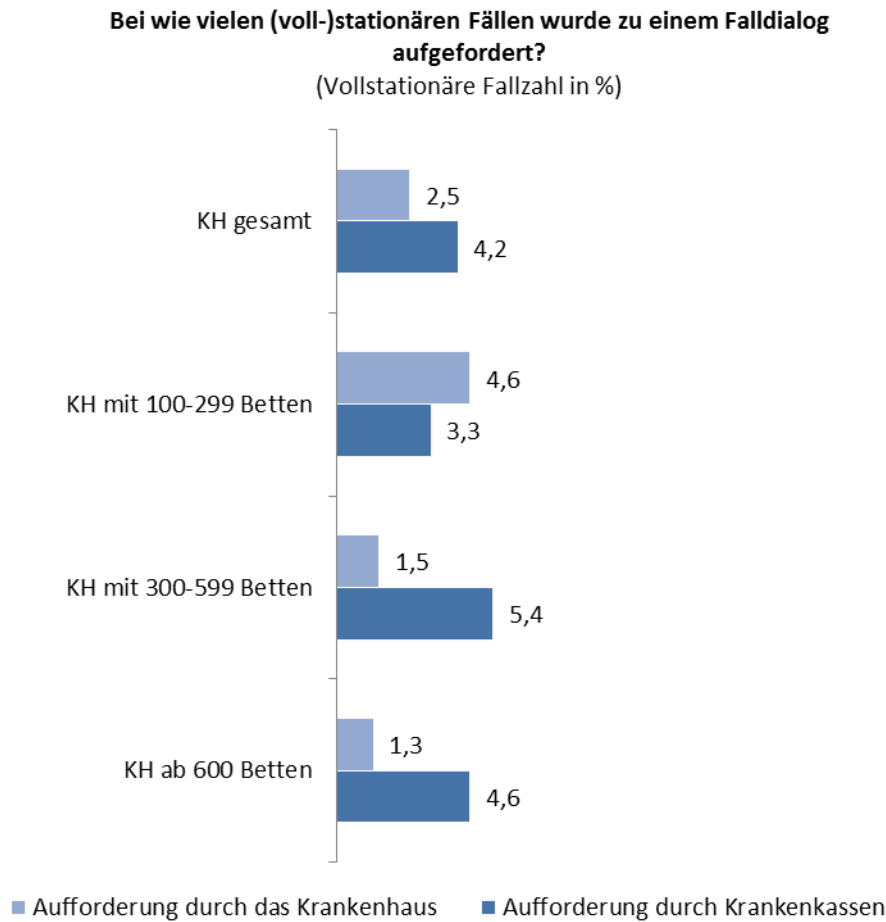


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 56 Anteil vollstationäre Fälle mit Beendigung des Vorverfahren nach Weiterleitung korrigierter/ ergänzter Datensätze

Allerdings differiert der Anteil deutlich zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe. In rund 6 % der Fälle endete so das Vorverfahren bei den Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten. Bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten lag der entsprechende Anteil bei 2 %. In den großen Häusern ab 600 Betten wurde in 3 % der Fälle das Vorverfahren nach der Weiterleitung korrigierter bzw. ergänzter Datensätze beendet.

Zum Falldialog können sowohl Krankenhäuser als auch Krankenkassen auffordern. Der Anteil der vollstationären Fälle des Jahres 2016, bei denen die Krankenkassen zum Falldialog aufgefordert haben, lag bei 4,2 %. Dagegen forderten die Krankenhäuser bei 2,5 % der vollstationären Fälle zu dieser Form des Vorverfahrens auf (Abb. 57).



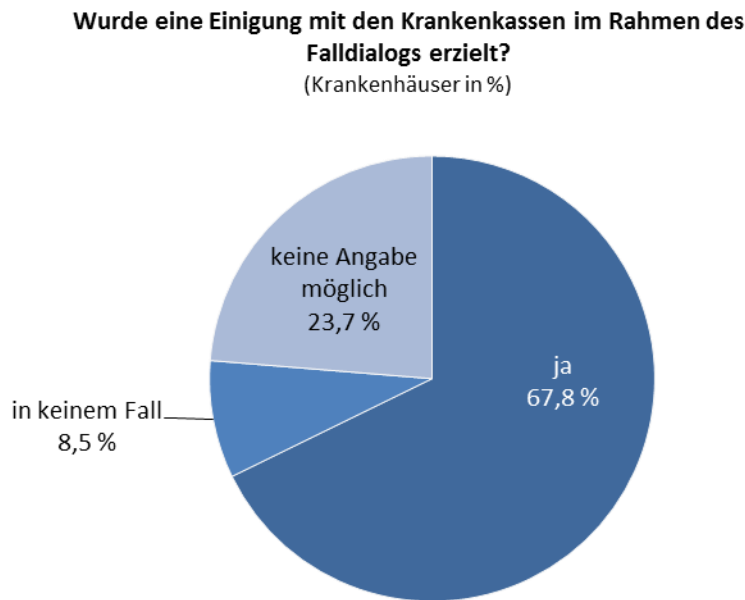
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 57: Aufforderung zum Falldialog

Insbesondere in den mittleren und großen Krankenhäusern ist die Bereitschaft der Krankenhäuser zum Falldialog nicht sonderlich ausgeprägt. In jeweils rund 1 % der vollstationären Fälle wurden die Krankenkassen von den Krankenhäusern zum Falldialog aufgefordert. Dagegen lag der Anteil der Fälle mit Aufforderung zum Falldialog durch die Krankenkassen bei 5 % in den kleineren Häusern.

Das Vorverfahren kann, wie erwähnt, durch eine Einigung mit den Krankenkassen im Rahmen des Falldialogs beendet werden. In 68 % der Krankenhäuser wurde bei mindestens einem vollstationären Fall das Vorverfahren durch eine Einigung im Falldialog beendet.

9 % der Krankenhäuser gaben an, dass in keinem Fall das Vorverfahren durch eine Einigung beendet wurde (Abb. 58).

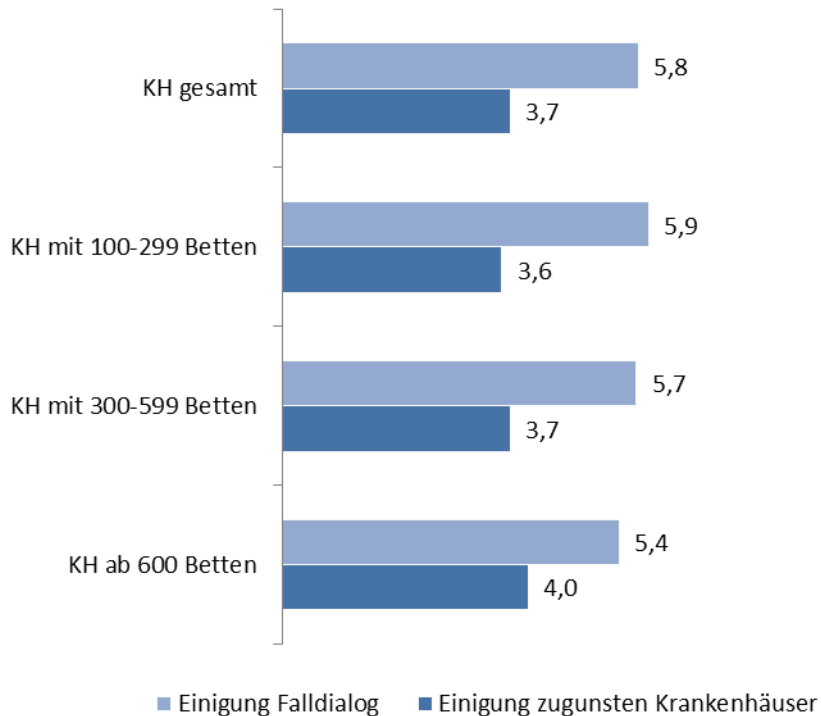


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 58: Beendigung des Vorverfahrens durch Einigung im Rahmen des Falldialogs

Der durchschnittliche Anteil von Fällen, die durch den Falldialog beendet wurden, lag bei rund 6 % aller vollstationären Fälle. Das entspricht hochgerechnet rund 1,1 Millionen stationärer Fälle der Krankenhäuser ab 100 Betten. Dieser Anteil variiert kaum zwischen den Krankenhäusern unterschiedlicher Größe (Abb. 59).

Anteil der vollstationären Fälle 2016, bei denen das Vorverfahren durch Einigung im Rahmen des Falldialogs beendet wurde und zugunsten des Krankenhauses entschieden wurde
(Vollstationäre Fallzahl in %)

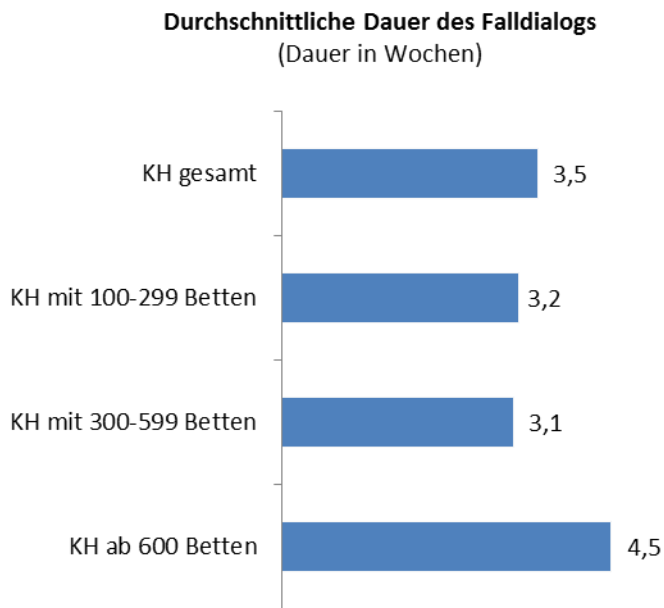


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 59: Anteil der vollstationären Fälle, bei denen das Vorverfahren durch Einigung im Rahmen des Falldialogs beendet wurde und zugunsten des Krankenhauses entschieden wurde

Im Durchschnitt wurden rund 4 % aller stationären Fälle des Jahres 2016 im Falldialog zugunsten der Krankenhäuser entschieden. Das bedeutet, dass fast zwei Drittel aller stationären Fälle, bei denen zu einem Falldialog aufgerufen wird, zugunsten der Krankenhäuser entschieden wird. Auch hier gibt es kaum Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in den drei Bettengrößenklassen.

Die durchschnittliche Dauer des Falldialogs lag bei 3,3 Wochen. Hier bestehen nur leichte Abweichungen nach oben bei den Krankenhäusern ab 600 Betten, wo der durchschnittliche Falldialog 4,3 Wochen dauerte (Abb. 60).



© Deutsches Krankenhausinstitut

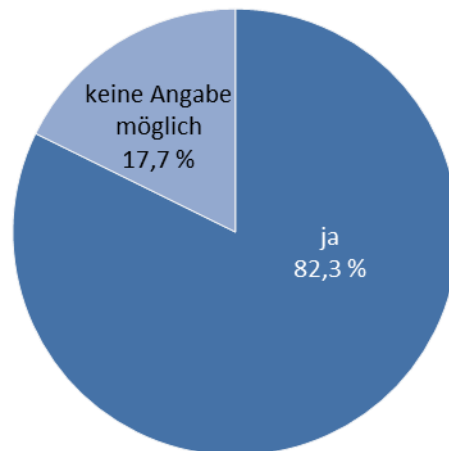
Abb. 60: Durchschnittliche Dauer des Falldialogs

7.4 Direkte Beauftragung des MDK durch die Krankenkassen

Das Vorverfahren stellt ein optionales Verfahren dar. Die Krankenkassen können auf das Vorverfahren verzichten und direkt den MDK beauftragen.

Von einer solchen direkten Beauftragung waren 2016 insgesamt 82 % der Krankenhäuser mindestens einmal betroffen (Abb. 61).

Erfolgte eine direkte Beauftragung des MDK durch die Krankenkassen?
(Krankenhäuser in %)

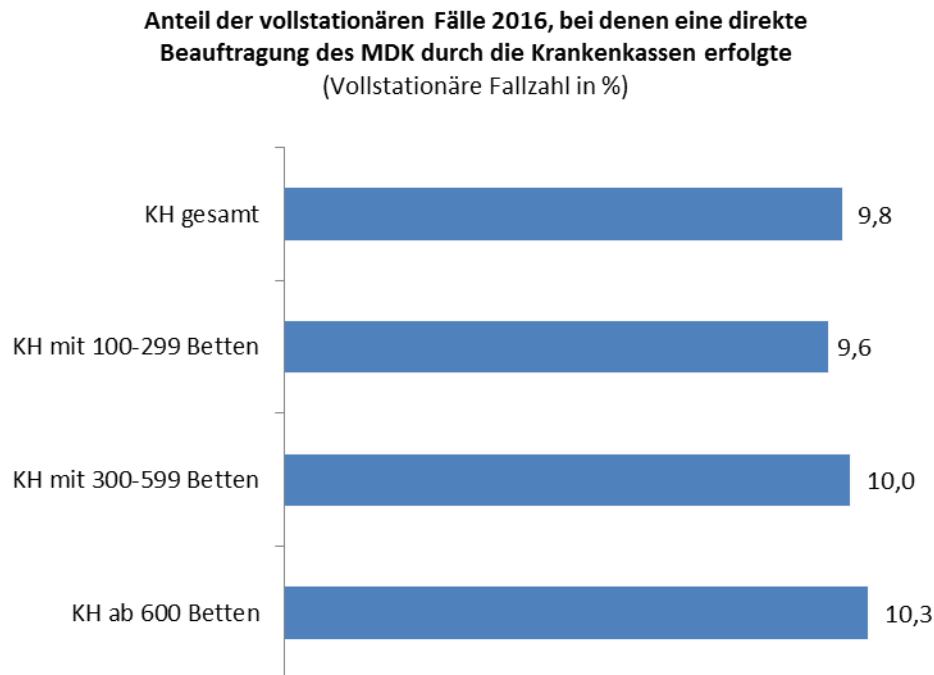


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 61: Von einer direkten Beauftragung betroffene Krankenhäuser

Im Durchschnitt 10 % aller stationären Fälle der betroffenen Krankenhäuser waren von einer direkten Beauftragung des MDK durch die Krankenkassen betroffen. Mit anderen Worten: Hochgerechnet bei rund 1,4 Millionen stationärer Fälle des Jahres 2016 wurde von den Krankenkassen eine MDK-Prüfung durch eine direkte Beauftragung veranlasst.

Bei den Krankenhäusern unter 300 Betten waren weniger Fälle Gegenstand einer solchen Prüfung als bei den Häusern ab 600 Betten (Abb. 62).



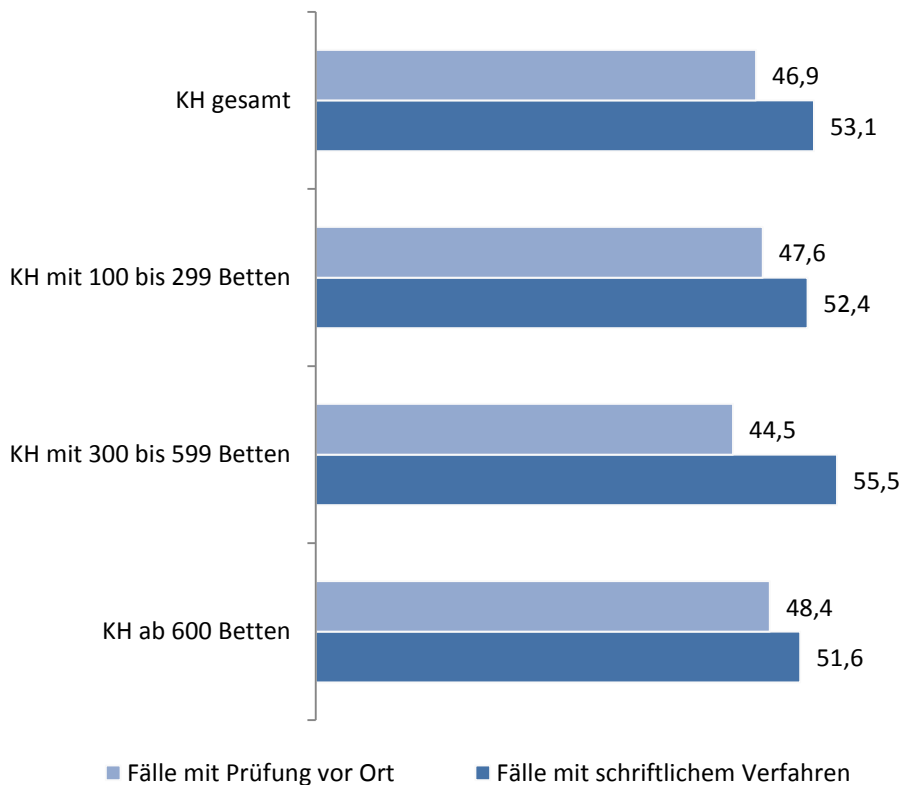
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 62: Anteil der vollstationären Fälle mit direkter Beauftragung des MDK

Das MDK-Prüfverfahren, welches durch eine direkte Beauftragung des MDK durch die Krankenkassen in Gang gesetzt wird, kann durch eine Prüfung vor Ort oder in einem schriftlichen Verfahren erfolgen. MDK und Krankenhaus sollen sich auf das jeweilige Verfahren verständigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet der MDK, welches Prüfverfahren er anwendet.

Die Krankenhäuser gaben an, dass sich die beiden Prüfverfahren in etwa die Waage halten. In 47 % der MDK-Prüfungen wurde eine Prüfung vor Ort und in 53 % der Verfahren ein schriftliches Verfahren durchgeführt (Abb. 63).

In welcher Form wurde das MDK-Prüfverfahren durchgeführt?
(Anteil vollstationärer Fälle mit MDK-Prüfverfahren in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 63: Art der Durchführung der MDK-Prüfungen

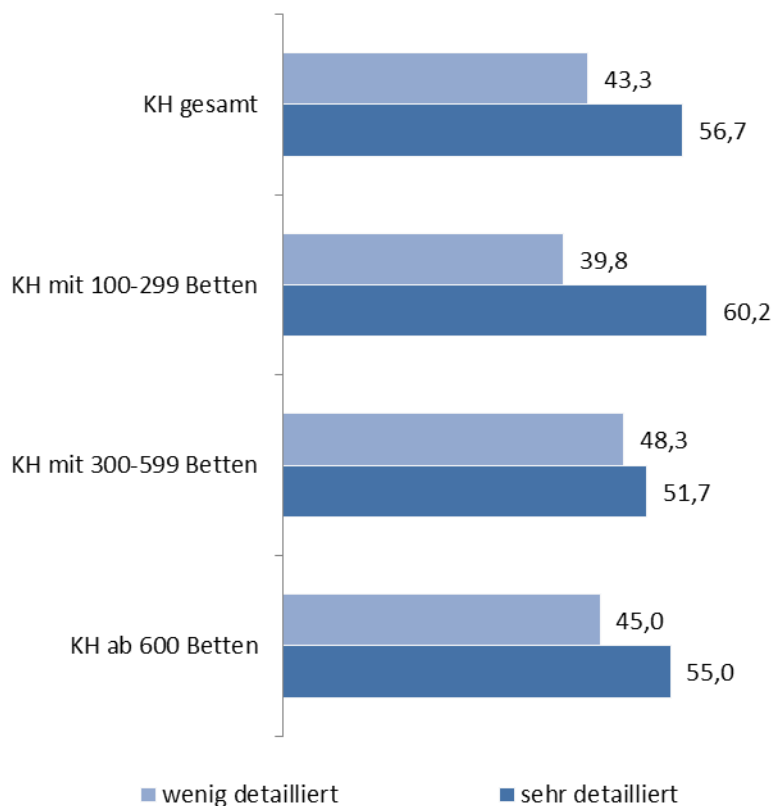
In Bezug auf die Größe der Krankenhäuser bestehen keine größeren Unterschiede im Anteil und der Art der durchgeführten MDK-Prüfungen.

7.5 Procedere des schriftlichen Verfahrens

In den Fällen, in denen eine Prüfung im schriftlichen Verfahren erfolgt, kann der MDK die „Übersendung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt“ (§ 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfVV).

Befragt wurden die Krankenhäuser danach, wie detailliert die Unterlagenanforderung durch den MDK im Rahmen des schriftlichen Verfahrens war.

Wie detailliert war die Unterlagenanforderung durch den MDK im Rahmen des schriftlichen Verfahrens?
(Krankenhäuser mit MDK-Prüfverfahren in %)



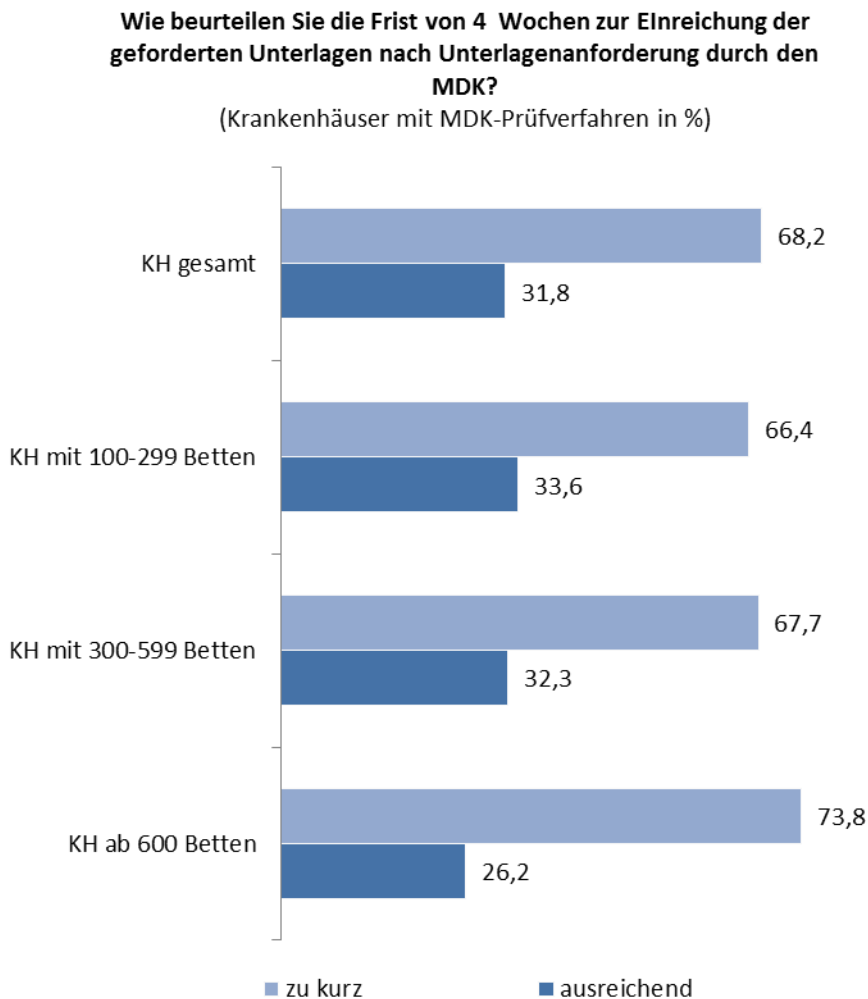
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 64: Detaillierung der Unterlagenanforderung durch den MDK

Die Mehrzahl der Krankenhäuser, nämlich 57 %, hält die Unterlagenanforderung des MDK für sehr detailliert. Allerdings konstatieren auch 43 % der Häuser einen geringen Detaillierungsgrad der Anforderung von Unterlagen seitens des MDK. Bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten ist fast die Hälfte der Krankenhäuser dieser Ansicht (Abb. 64).

Nach dem Zugang der Anforderung zur Übermittlung von Unterlagen an den MDK haben die Krankenhäuser vier Wochen Zeit, die geforderten Unterlagen an den MDK zu übermitteln. Die Einhaltung dieser Frist ist für die Krankenhäuser wichtig, da sie bei Überschreiten der 4-Wochen-Frist gemäß § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV dann nur noch Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag haben.

Aus diesem Grunde wurden die Krankenhäuser danach gefragt, wie sie die 4-Wochen-Frist beurteilen.



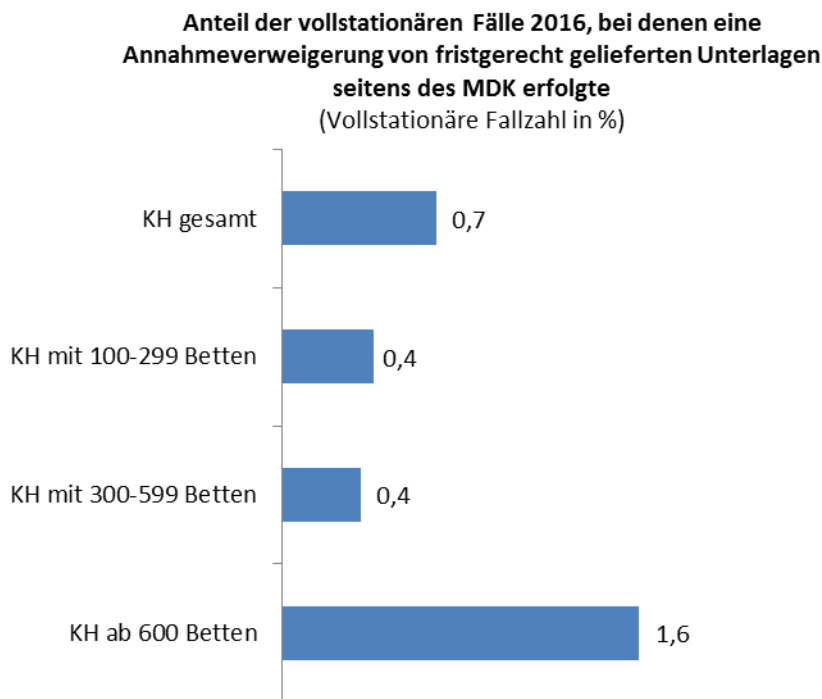
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 65: Beurteilung der 4-Wochen-Frist zur Einreichung von Unterlagen

Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser halten die 4-Wochen-Frist zur Einreichung von Unterlagen beim MDK für zu kurz. Je größer die Krankenhäuser sind, desto größer ist der Anteil der Häuser, die diese Auffassung teilen. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten beurteilen fast drei Viertel die Frist als zu kurz (Abb. 65). Die Kritik an der 4-Wochen-Frist war einer der wesentlichen Beweggründe, die PrüfV zu kündigen. In der ab 01.01.2017 geltenden überarbeiteten Fassung der PrüfV wurde diese Frist auf 8 Wochen verlängert (mit

der Option einer weiteren Verlängerung um nochmals 6 Wochen gegen Zahlung einer Pauschale in Höhe von 300 €, § 7 Absatz 2 Sätze 4 bis 7 PrüfvV).

Sind die von MDK angeforderten Unterlagen fristgerecht von den Krankenhäusern geliefert worden, kann es vorkommen, dass der MDK die Annahme der Unterlagen verweigert. Von einer solchen Annahmeverweigerung war im Jahr 2016 ein Anteil von 15 % der Krankenhäuser betroffen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 66: Anteil der Fälle, bei denen der MDK die Annahme von fristgerecht gelieferten Unterlagen verweigerte

Von einer solchen Annahmeverweigerung sind anteilmäßig nur wenige Fälle betroffen. Im Durchschnitt über alle betroffenen Krankenhäuser betrifft eine Annahmeverweigerung nur 0,7 % der stationären Fälle des Jahres 2016 (Abb. 66).

Die Größenordnung der betroffenen Fälle wird allerdings deutlich, wenn man die Fallzahl des Jahres 2016 der Allgemeinen Krankenhäuser ab 100 Betten heranzieht, die von einer Annahmeverweigerung betroffen waren. Wendet



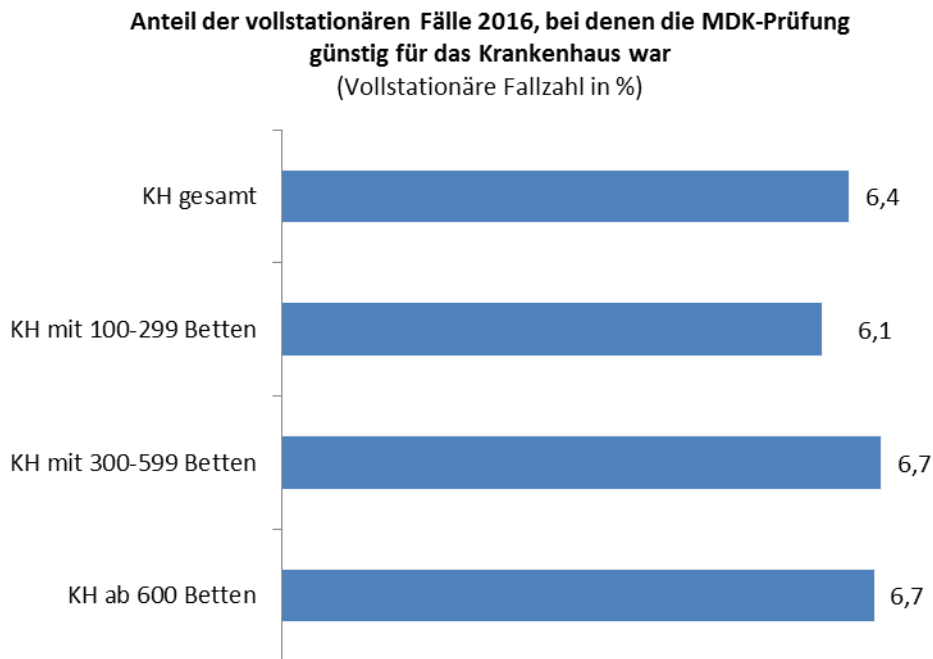
man die 0,7 % Fälle mit einer Annahmeverweigerung seitens des MDKs darauf an, so waren 2016 rund 30.000 Fälle betroffen. Das bedeutet, dass die Krankenhäuser in 30.000 Fällen fristgerecht ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt haben, aber der MDK die Unterlagen nicht angenommen hat. Aus dieser Situation heraus entstand dann für die Krankenhäuser weiterer Handlungszwang, damit die Leistungen, die sie für PatientInnen erbracht haben, auch refinanziert bekommen.

Betroffen von dieser Situation waren vor allem die großen Krankenhäuser, ab 600 Betten, und dies in doppelter Weise. Auf der einen Seite wurden 2016 in diesen Krankenhäusern mehr als ein Drittel aller PatientInnen behandelt. Auf der anderen Seite ist hier der Anteil der Fälle mit Annahmeverweigerung mit durchschnittlich 1,6 % deutlich höher als bei den Krankenhäusern mit weniger als 600 Betten.

7.6 Erlösverluste durch MDK-Prüfungen

Die Krankenkassen leiten ein Prüfverfahren ein, wenn sie meinen, Auffälligkeiten bei der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung oder der Korrektheit der Abrechnung erkannt zu haben. Das bedeutet nun nicht, dass die MDK-Prüfungen immer zugunsten der Krankenkassen und damit zulasten der Krankenhäuser ausfallen. Dass mindestens eine MDK-Prüfung im Jahr 2016 günstig für das Krankenhaus ausgefallen ist, gaben 82 % der Krankenhäuser an. In 2 % der Häuser ist in keinem geprüften Fall ein für sie vorteilhaftes Ergebnis zustande gekommen.

Bei 6,4 % der vollstationären Fälle kam bei einer MDK-Prüfung ein für das Krankenhaus günstiges Ergebnis zustande (Abb. 67). Da 9,8 % aller vollstationären Fälle des Jahres 2016 von einer MDK-Prüfung betroffen waren, bedeutet das, dass rund 65 % aller MDK-Prüfverfahren zugunsten der Krankenhäuser ausgehen.



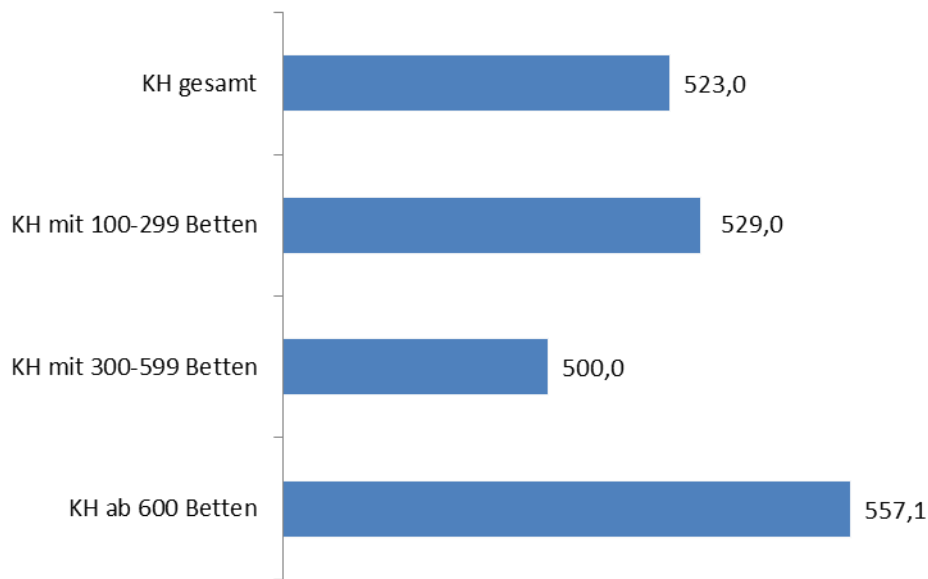
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 67: Anteil der Fälle, bei denen das Ergebnis der MDK-Prüfung günstig für das Krankenhaus war

Auf der anderen Seite gaben 82 % der Krankenhäuser auch an, dass es 2016 durch die MDK-Prüfungen zu einem Erlösverlust kam.

Der durchschnittliche Erlösverlust (Median) je Fall lag hier bei 523 Euro (Abb. 68).

Durchschnittlicher Erlösverlust je geprüfem Fall bei MDK-Prüfungen in Euro - Median



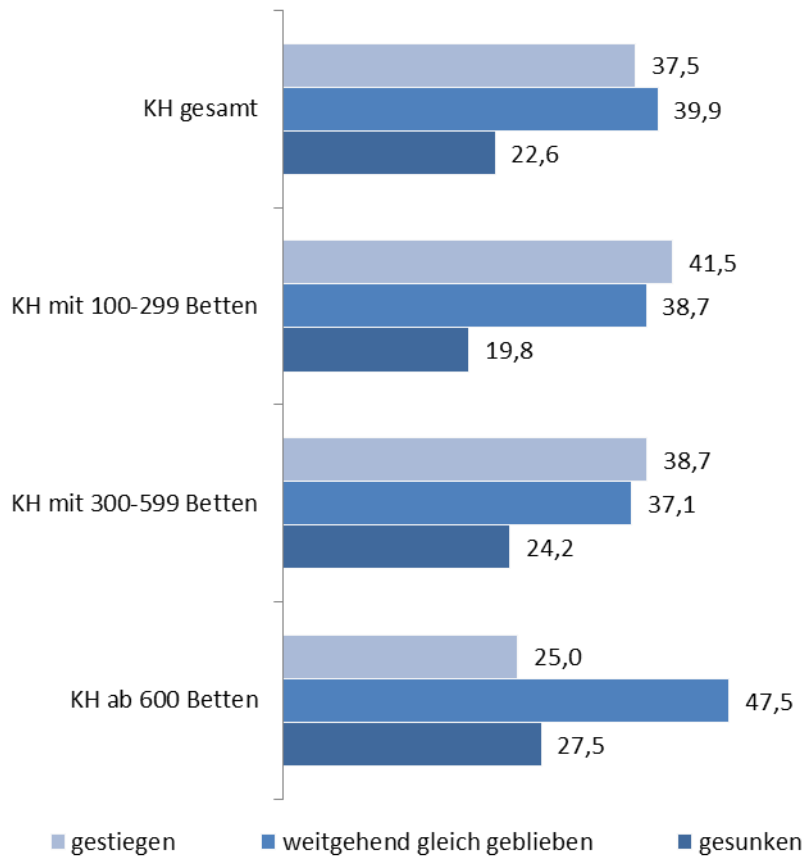
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 68: Durchschnittlicher Erlösverlust je geprüfem Fall bei MDK-Prüfungen

Mit 500 Euro je Fall lag der durchschnittliche Erlösverlust bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten am niedrigsten. Den höchsten mittleren Verlust mit 557 Euro hatten die Krankenhäuser ab 600 Betten.

Im Vergleich zum Vorjahr ist in 38 % der Krankenhäuser der Erlösverlust gestiegen. Dagegen gaben rund 40 % an, dass er weitgehend gleichgeblieben sei. Nur rund 23 % der Krankenhäuser gaben an, dass der Erlösverlust 2016 niedriger als 2015 gewesen sei (Abb. 69).

Wie hat sich der Erlösverlust im Vergleich zum Vorjahr entwickelt?
(Krankenhäuser mit MDK-Prüfverfahren in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

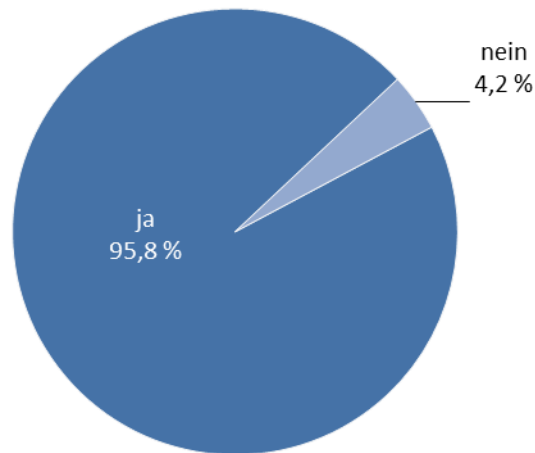
Abb. 69: Entwicklung des Erlösverlusts

Abweichend davon ist die Entwicklung in den Krankenhäusern ab 600 Betten. Hier gab fast die Hälfte an, dass bei ihnen der Erlösverlust im Vergleich zu 2015 weitgehend gleich geblieben sei. Ein Viertel der Krankenhäuser nannte einen höheren Erlösverlust 2016 als 2015.

7.7 Vorgehen nach den MDK-Prüfungen

Mehr als 95 % der Krankenhäuser gaben an, dass sie nach der MDK-Prüfung auch das Gutachten des MDK zur Verfügung gestellt bekommen. Nur 4 % der Häuser erhielten kein Gutachten (Abb. 70).

Erhält Ihr Krankenhaus das MDK-Gutachten in Kopie zugesandt?
(Krankenhäuser mit MDK-Prüfverfahren in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

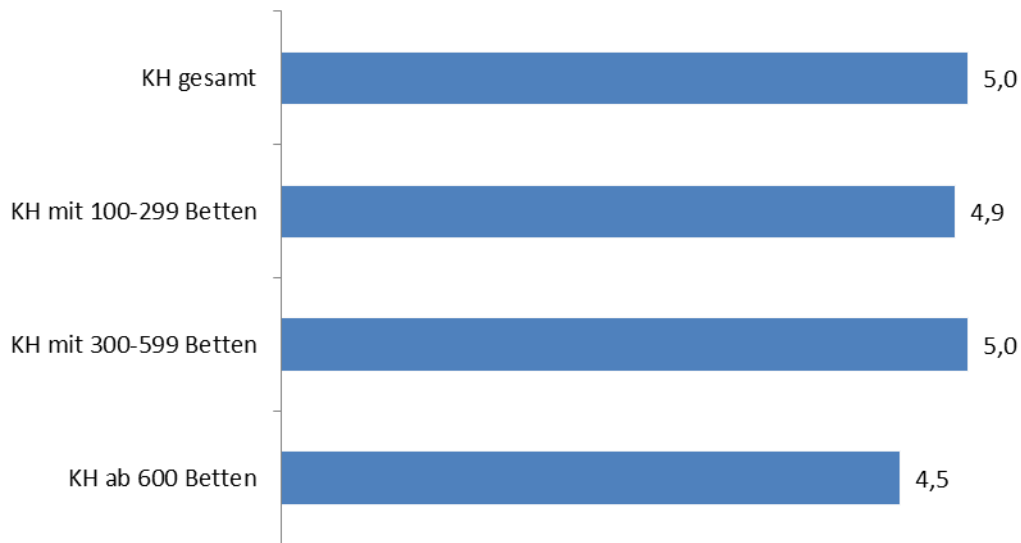
Abb. 70: Übermittlung des MDK-Gutachtens

Nach der Beendigung des MDK-Prüfverfahrens und der Entscheidung der Krankenkasse kann das Krankenhaus die Entscheidung akzeptieren oder Widerspruch gegen die Entscheidung einlegen.

Im Jahr 2016 haben 61 % der Krankenhäuser mindestens ein Widerspruchsverfahren eingeleitet. Davon betroffen waren im Durchschnitt (Median) 5 % der Fälle, bei denen es zu einer MDK-Prüfung gekommen ist (Abb. 71).



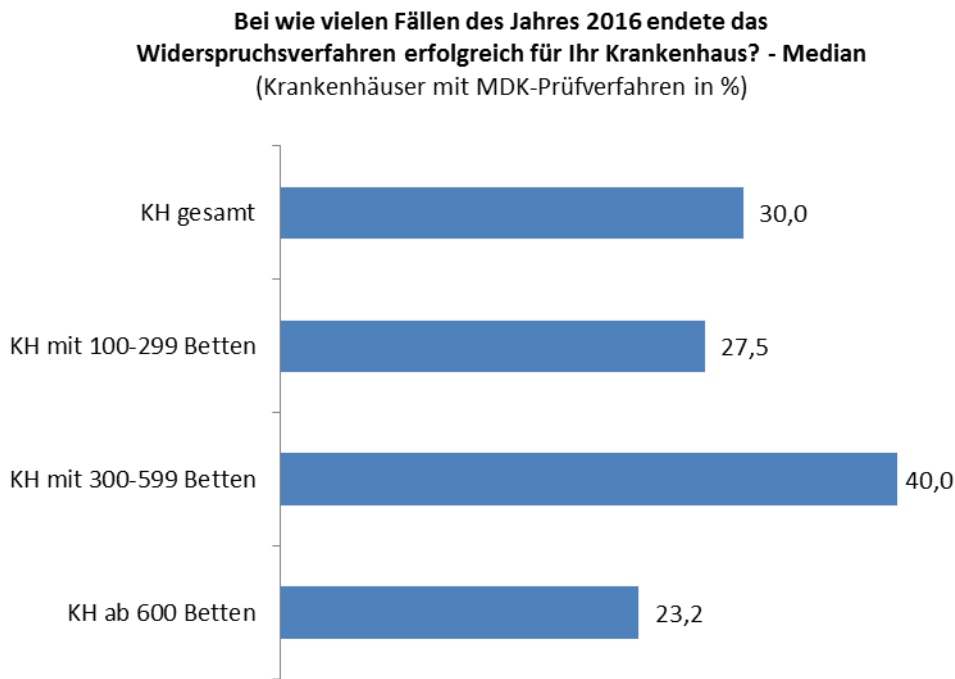
Bei wie vielen MDK-Prüfungen hat Ihr Krankenhaus 2016 ein
Widerspruchsverfahren eingeleitet? - Median
(Krankenhäuser mit MDK-Prüfverfahren in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 71: Anteil der MDK-Prüfungen, bei denen ein Widerspruchsverfahren eingeleitet wurde

Rund 30 % der Widerspruchsverfahren endeten erfolgreich für das Krankenhaus. Allerdings bestehen hier Unterschiede zwischen den Größenklassen (Abb. 72).

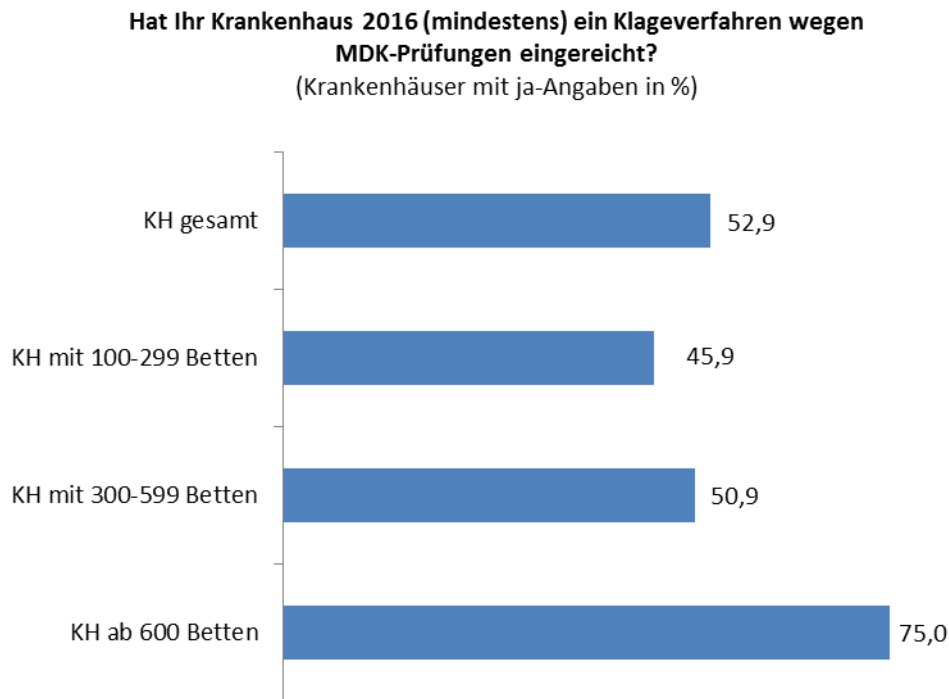


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 72: Anteil der für das Krankenhaus erfolgreichen Widerspruchsverfahren

Während bei den Krankenhäusern ab 600 Betten 23 % der Widerspruchsverfahren zum Ziel führten, waren es 40 % bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten.

Neben dem Widerspruchsverfahren steht den Krankenhäusern auch noch die Option der Einleitung eines Klageverfahrens zur Verfügung. Von dieser Option machten 53 % der Krankenhäuser im Nachgang zu mindestens einer MDK-Prüfung Gebrauch (Abb. 73).

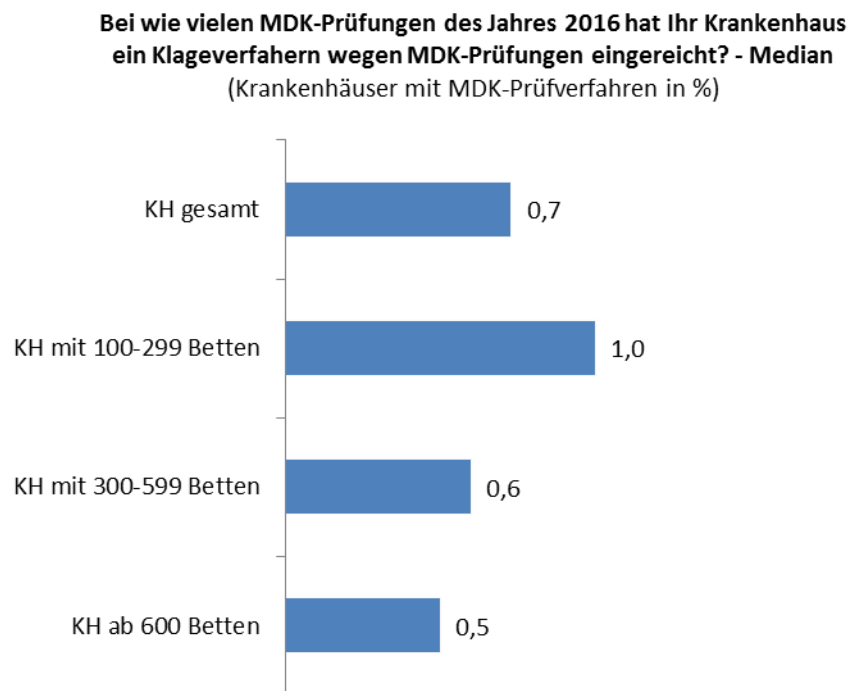


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 73: Anteil der Krankenhäuser, die mindestens ein Klageverfahren einreichten

Weniger als die Hälfte der Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten reichte eine entsprechende Klage gegen die Entscheidung der Krankenkassen ein. Bei den Häusern ab 600 Betten waren es schon drei Viertel.

Allerdings betreffen die Klageverfahren vergleichsweise wenige Fälle. Lediglich in 0,7 % der Fälle mit einer MDK-Prüfung haben die Krankenhäuser ein Klageverfahren angestrengt (Abb. 74).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 74: Anteil der MDK-Prüfungen, bei denen ein Klageverfahren eingereicht wurde

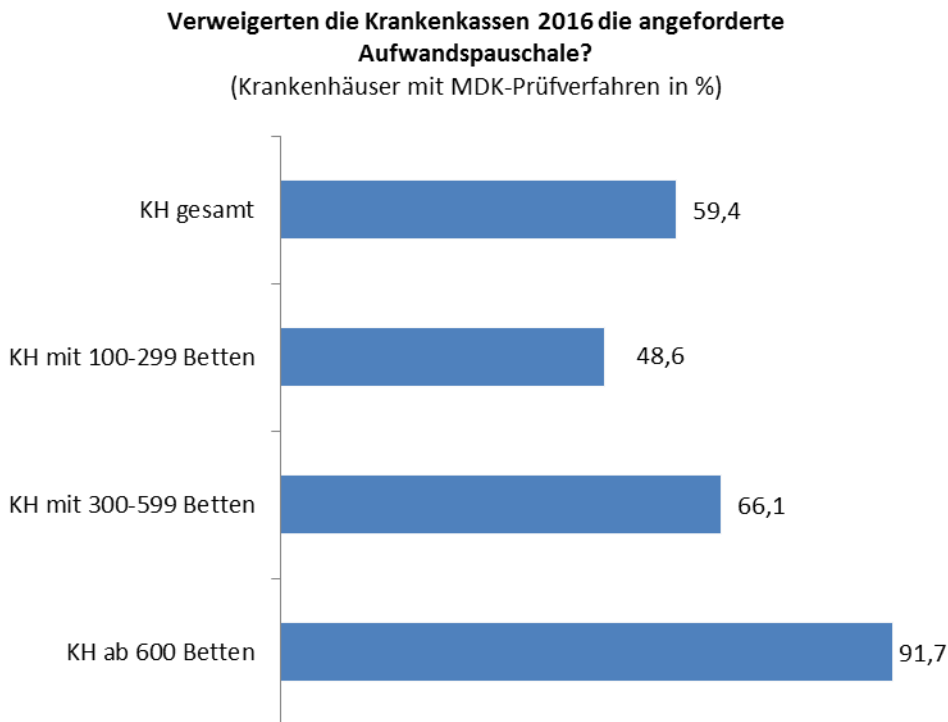
7.8 Verweigerung der Zahlung der Aufwandspauschalen gemäß § 275 Absatz 1 c SGB V

Ein wichtiges Ziel der Prüfverfahrensvereinbarung war die Reduktion oder gar Vermeidung von Abrechnungstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Schon im Jahr 2007 hat der Gesetzgeber durch die Einführung einer Aufwandspauschale in § 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V gehofft, die Zahl der Prüfungen reduzieren zu können. Falls nämlich die MDK-Prüfung der Krankenhausrechnung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führte, sollte die jeweilige Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von zunächst 100 Euro, später 300 Euro zahlen.

Das Bundessozialgericht hat die Regelungen zur Entrichtung der Aufwandspauschale durch seine Rechtsprechung so weit relativiert, dass die Krankenkassen sich vielfach weigern, die Aufwandspauschale zu zahlen.

Die Krankenhäuser wurden daher gefragt, ob die Krankenkassen sich im Jahr 2016 weigerten, die angeforderte Aufwandspauschale zu erstatten.

Annähernd 60 % der Krankenhäuser gaben an, dass die Krankenkassen im Nachgang zu mindestens einer MDK-Prüfung die Zahlung der angeforderten Aufwandspauschale verweigerten (Abb. 75).



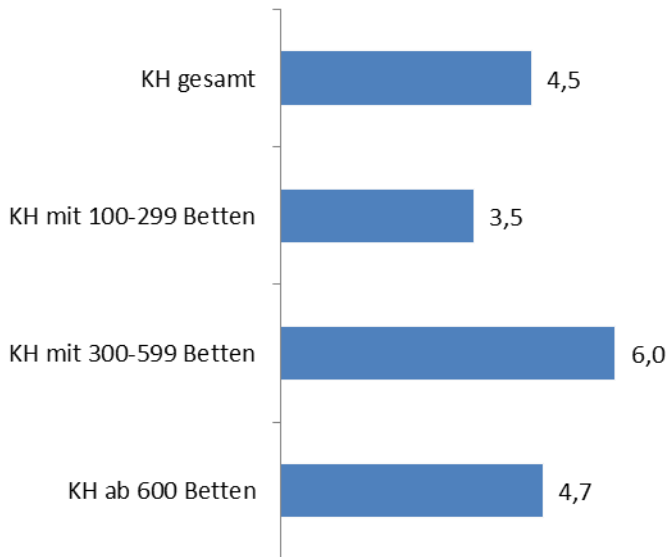
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 75: Anteil der Krankenhäuser, bei denen die Krankenkassen die Zahlung einer Aufwandspauschale verweigerten

Bei den Krankenhäusern mit weniger als 300 Betten gab dies weniger als die Hälfte der Häuser an. Bei den Krankenhäusern ab 600 kam es dagegen in 91 % der Häuser zur Zahlungsverweigerung.

Im Mittel (Median) waren rund 4 % der MDK-Prüfungen von einer Verweigerung der Zahlung der Aufwandspauschale betroffen (Abb. 76).

Bei wie vielen MDK-Prüfungen des Jahres 2016 verweigern die Krankenkassen die angeforderte Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V? - Median
(Krankenhäuser mit MDK-Prüfverfahren in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 76: Anteil der MDK-Prüfungen, bei denen die Krankenkassen die Zahlung einer Aufwandspauschale verweigerten

7.9 Zurückweisung von Rechnungen

Die Krankenhäuser haben bei der Rechnungstellung auf die Vollständigkeit der Übermittlung der Daten zu achten. Auch müssen sie gesetzlich oder vertraglich festgelegte Übermittlungsobliegenheiten beachten.

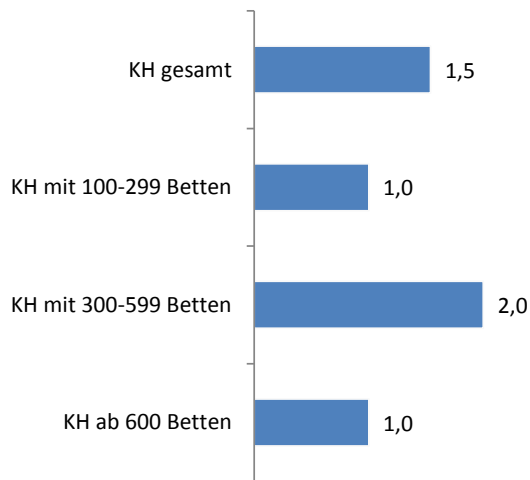
Sofern bei einer Rechnungstellung die Daten nicht vollständig sind oder aber die Übermittlungsobliegenheiten nicht eingehalten wurden, weisen die Krankenkassen die Rechnung zurück.

Die Krankenhäuser sollten angeben, wie oft dies im Jahr 2016 erfolgt ist.

Dass (mindestens) eine Rechnung aus den genannten Gründen von den Krankenkassen zurückgewiesen wurde, gaben 36 % der Krankenhäuser an.

Betroffen davon waren im Durchschnitt (Median) 1,5 % der vollstationären Fälle des Jahres 2016 (Abb. 77). Das entspricht hochgerechnet rund 273.000 Fälle der Krankenhäuser ab 100 Betten.

Bei wie vielen Fällen des Jahres 2016 wiesen die Krankenkassen Rechnungen wegen Unvollständigkeit oder Nicht-Einhaltung der Übermittlungsobliegenheiten zurück? - Median (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 77: Anteil der stationären Fälle, bei denen eine Rechnung von den Krankenkassen zurück gewiesen wurde

Bei den kleinen und den großen Krankenhäusern war nur jeweils ein Prozent der stationären Fälle des Jahres 2016 betroffen. Bei den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten 2 %.



8 Informationstechnik im Krankenhaus

Informationstechnik nimmt im Krankenhaus eine immer wichtigere Rolle ein. Die Digitalisierung der Gesellschaft macht nicht vor den Türen der Krankenhäuser halt. Moderne Versorgungsprozesse werden durch die Informationstechnik unterstützt. Viele der Versorgungsprozesse benötigen eine Öffnung der IT-Systeme und einen internen oder auch externen Datenaustausch. Diese Öffnung parallel mit der wachsenden Anzahl an Cyberattacken führt zusätzlich dazu, dass der Bereich der IT-Sicherheit im Krankenhaus ausgebaut werden muss. Insgesamt wächst die Bedeutung der IT in den strategischen Planungen der Krankenhäuser.

8.1 Einsatz der IT-Systeme

Für einen allgemeinen Überblick über den Stand der IT in den Krankenhäusern wurden die teilnehmenden Kliniken im *Krankenhaus Barometer 2017* nach dem derzeitigen Einsatz der IT-Systeme in ihren Häusern gefragt (Abb. 78).

Fast sämtliche Krankenhäuser haben eine Homepage (91 %) und eine elektronische Bildverwaltung (88 %). In der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen werden das digitale Diktat (78 %) und ein Auftragsmanagementsystem (74 %) verwendet. WLAN für Patienten bieten knapp drei Viertel der Befragten an, ein flächendeckendes WLAN für die interne Nutzung dahingegen gut jede zweite Klinik. Obwohl 60 % der Krankenhäuser eine hausinterne elektronische Patientenakte vorhalten, ist die komplette Umsetzung der mobilen Visite erst bei 40 % der Kliniken erfolgt. Jede vierte Einrichtung nutzt die elektronische Medikationsunterstützung sowie die elektronische Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung. Im Gegensatz zu den bereits weitreichend genutzten IT-Systemen, finden derzeit das Internetportal für Patienten sowie Patientenbetten mit RFID-Transpondern noch kaum Anwendung in deutschen Krankenhäusern (jeweils 7 %).

Bei den Telemedizinischen Anwendungen nutzen 41 % der Befragten die Möglichkeit eines Tele-Konsils und knapp jede fünfte Klinik führt Tele-Monitoring durch. Telemedizinische Trainings- oder Therapieanwendungen spielen derzeit in den Krankenhäusern jedoch nur eine untergeordnete Rolle (4 %).

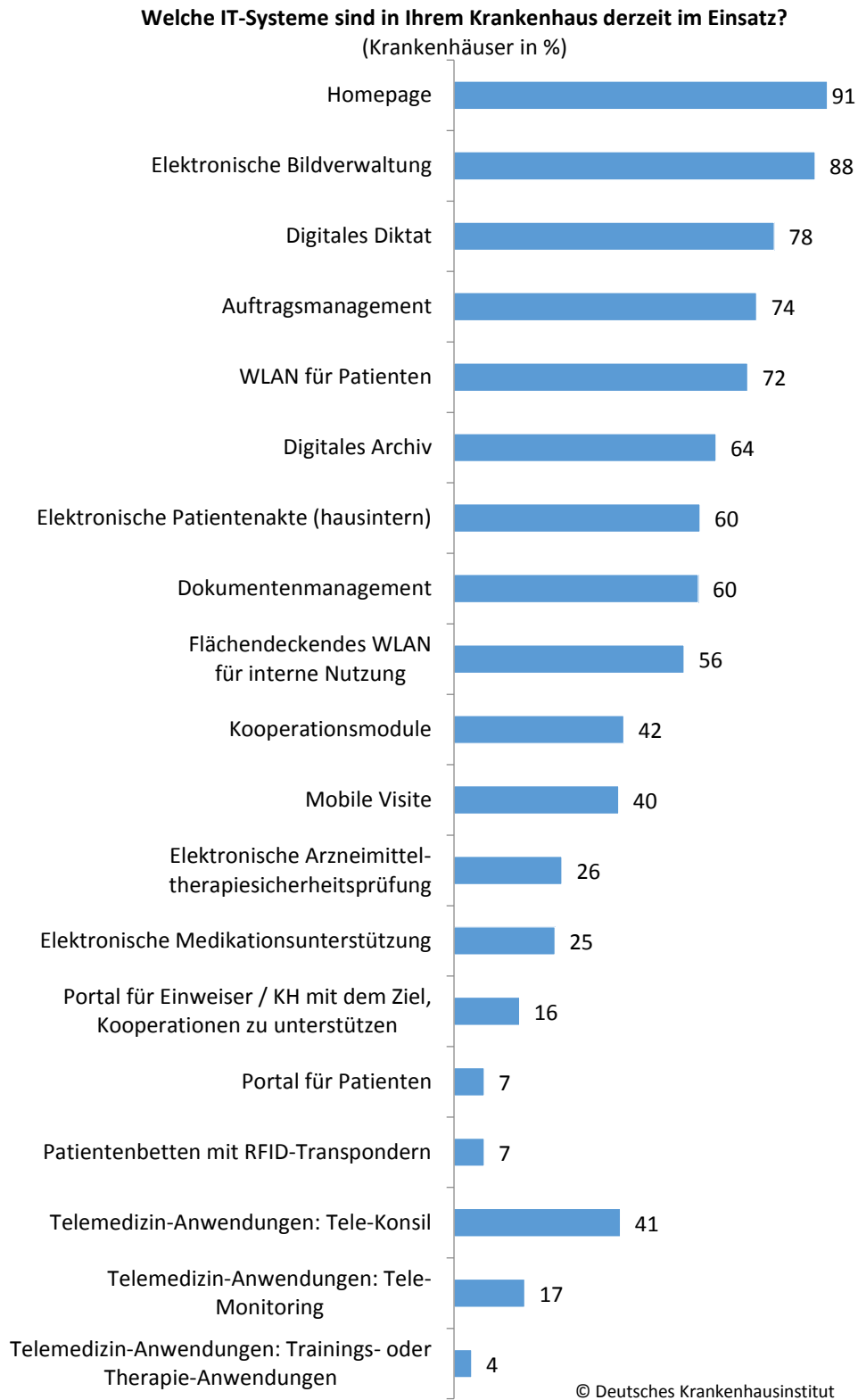
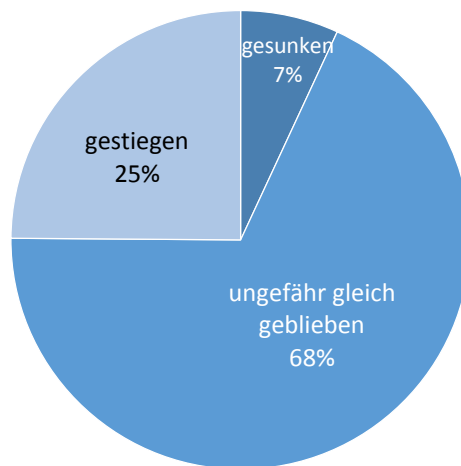


Abb. 78: Einsatz der IT-Systeme im Krankenhaus

8.2 Personalsituation

Gefragt nach der Entwicklung der Anzahl der IT-Mitarbeiter im Jahr 2016 im Krankenhaus, berichtete jede vierte teilnehmende Einrichtung von gestiegenen Mitarbeiterzahlen. In 68 % der Häuser war 2016 keine Veränderung zu verzeichnen, während in wenigen Einrichtungen (7 %) ein Rückgang bei den IT-Mitarbeitern festzustellen war (Abb. 79).

Wie hat sich die Anzahl der IT-Mitarbeiter in Ihrem Krankenhaus im Jahr 2016 entwickelt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

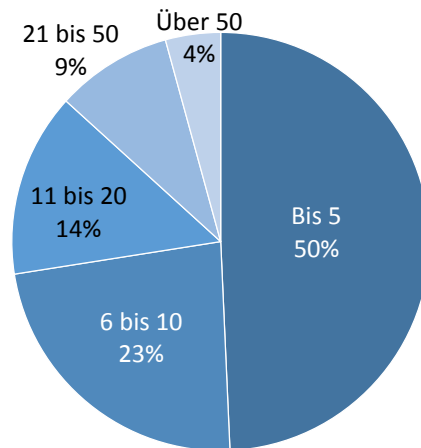
Abb. 79: Entwicklung der Anzahl der IT-Mitarbeiter im Jahr 2016

Die Anzahl der am vorgegebenen Stichtag (31.12.2016) beschäftigten haus-eigenen IT-Mitarbeiter unterlag dabei deutlichen Schwankungen - erwartungs-gemäß in Abhängigkeit von der Größe der befragten Einrichtung. Im Median wurden am Stichtag sechs IT-Mitarbeiter (in Köpfen) pro Krankenhaus be-schäftigt (5 % getrimmter Mittelwert: 8,4). Kleine Kliniken mit 100 bis 299 Bet-ten hielten drei IT-Mitarbeiter (Median) vor, mittlere Kliniken mit 300 bis 599 Betten beschäftigen sieben IT-Mitarbeiter und Häuser ab 600 Betten wiesen 19,5 IT-Mitarbeiter vor.

Insgesamt haben 50 % der Befragten angegeben, bis zu fünf hauseigene IT-Mitarbeiter am 31.12.2016 beschäftigt zu haben. Knapp jedes vierte Kran-kenhaus hatte sechs bis zehn IT-Mitarbeiter, 14 % bis zu 20 Angestellte im

IT-Bereich. Lediglich 4 % der Einrichtungen gaben 50 IT-Beschäftigte oder mehr pro Krankenhaus an (Abb. 80).

Anzahl der IT-Mitarbeiter am 31.12.2016 im Krankenhaus in Köpfen
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

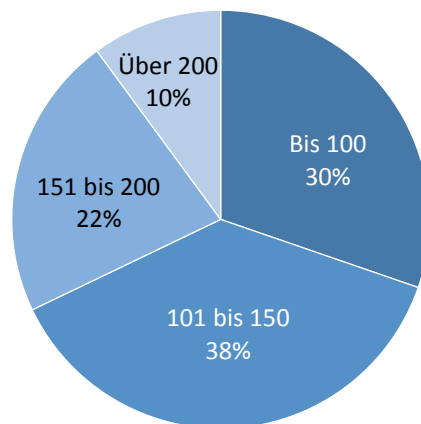
Abb. 80: Anzahl IT-Mitarbeiter am 31.12.2016 im Krankenhaus in Köpfen

Die Anzahl der Krankenhausmitarbeiter, die am 31.12.2016 jeweils pro IT-Mitarbeiter betreut wurden, variiert ebenfalls deutlich. Im Mittel (Median) wurden 126 Krankenhausmitarbeiter von einem IT-Mitarbeiter betreut (5 % getrimmter Mittelwert: 132,4). In den kleinen Kliniken (100 bis 299 Betten) wurden im Durchschnitt (Median) 118,8 Mitarbeiter, in den mittelgroßen Einrichtungen (300 bis 599 Betten) 154,2 und in den Einrichtungen ab 600 Betten 105,3 Mitarbeiter von einem hauseigenen IT-Angestellten versorgt.

Zusätzlichen IT-Support durch externe Anbieter nahmen dabei 60 % aller Kliniken in Anspruch.

Insgesamt wurden in 30 % der Krankenhäuser am Stichtag bis zu 100 Mitarbeiter von einem IT-Mitarbeiter versorgt (Abb. 81). In 38 % der Kliniken wurden zwischen 101 und 150 Mitarbeiter pro IT-Mitarbeiter betreut, in jeder fünften Einrichtung sogar 151 bis 200 Mitarbeiter. Jedes zehnte Krankenhaus berichtete von über 200 Mitarbeitern im Zuständigkeitsbereich eines IT-Mitarbeiters.

Anzahl der Krankenhausmitarbeiter am 31.12.2016, die pro IT-Mitarbeiter betreut wurden
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 81: Anzahl der Krankenhausmitarbeiter pro IT-Mitarbeiter am 31.12.2016

8.3 IT-Ausfälle

In den letzten Jahren hat die Unterstützung der Krankenhausprozesse durch IT derart zugenommen, dass neben der gewünschten Effizienzsteigerung auch eine zwangsläufig erhöhte Abhängigkeit von der IT entstanden ist. Bei einem IT-Ausfall müssen die wichtigsten Prozesse manuell aufrechterhalten werden, um vor allem die Patientenversorgung, die zunehmend geforderte Dokumentation und die erwartete Detaillierung der Abrechnung sicherzustellen.

Gefragt nach dem Umfang der schwerwiegenden Ausfälle ihrer IT-Systeme im Jahr 2016, berichteten 14 % der Krankenhäuser, dass sie „manchmal“ Ausfälle ihrer Krankenhausinformationssysteme zu verzeichnen hatten, die länger als sieben Stunden andauerten. 85 % der Kliniken hatten keinerlei Probleme mit schwerwiegenden KIS-Ausfällen in 2016.

Rund jede fünfte Einrichtung meldete „manchmal“ Ausfälle der Abrechnung, die länger als sieben Stunden dauerten. 81 % der Häuser verzeichneten in 2016 keine schwerwiegenden Ausfälle ihrer Abrechnung (Abb. 82).

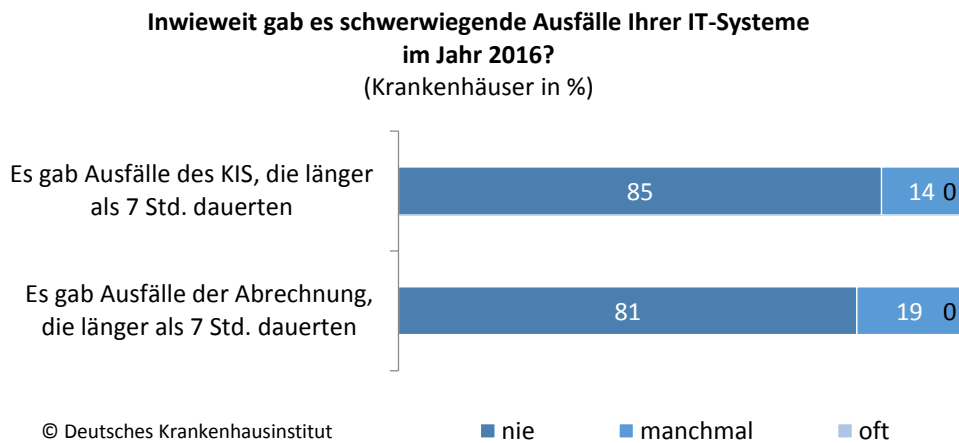


Abb. 82: IT-Ausfälle im Jahr 2016

8.4 Wechsel des Krankenhausinformationssystems

Ein Krankenhausinformationssystem ist ein hochkomplexes System, das in fast sämtlichen Arbeitsbereichen einer Klinik Aufgaben übernimmt. Der Wechsel eines KIS-Systems ist praktisch nur unter enormen Schwierigkeiten möglich und bedarf einer langfristigen und strategischen Planung.

Geplanter oder stattgefundener Wechsel des KIS-Systems in Ihrem Krankenhaus?
(Krankenhäuser in %)

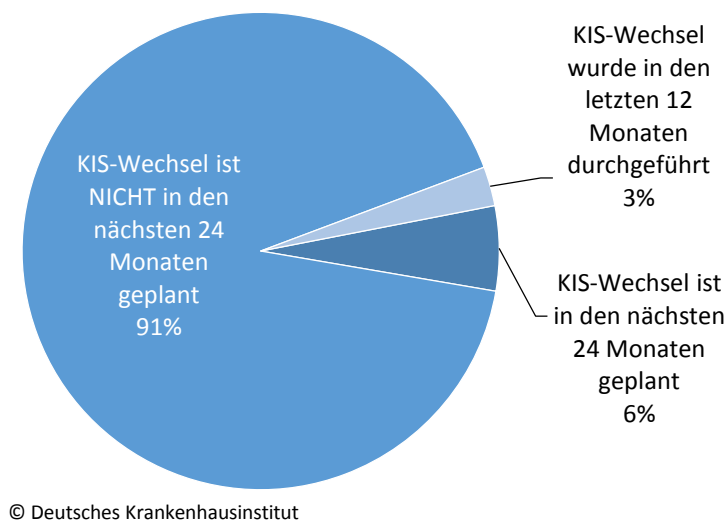


Abb. 83: Geplante oder stattgefundene Wechsel des KIS-Systems

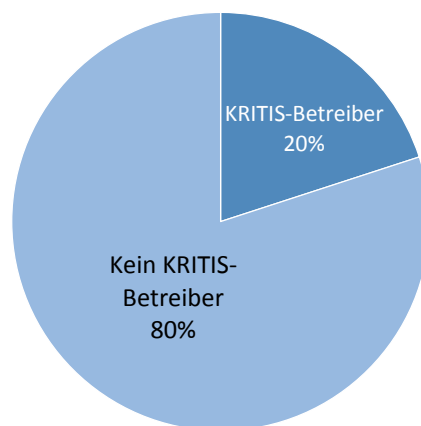
Lediglich 3 % der befragten Krankenhäuser haben in den letzten 12 Monaten einen KIS-Wechsel durchgeführt. Bei 6 % der Kliniken steht in den nächsten 24 Monaten ein Wechsel des Krankenhausinformationssystems an. 91 % der Einrichtungen haben keinerlei Pläne hinsichtlich eines KIS-Wechsels in den nächsten zwei Jahren.

8.5 Anwendung des IT-Sicherheitsgesetzes

Das IT-Sicherheitsgesetz sieht für als Kritische Infrastruktur eingestufte Krankenhäuser (KRITIS-Betreiber¹³) besondere Anforderungen vor. Für einen Überblick wurden die teilnehmenden Krankenhäuser um eine Eingruppierung ihrer Zugehörigkeit zu den Betreibern einer Kritischen Infrastruktur gebeten.

Demnach betreiben 20 % der befragten Kliniken eine Kritische Infrastruktur im Sinne von § 2 Absatz 10 BSIG (Abb. 84).

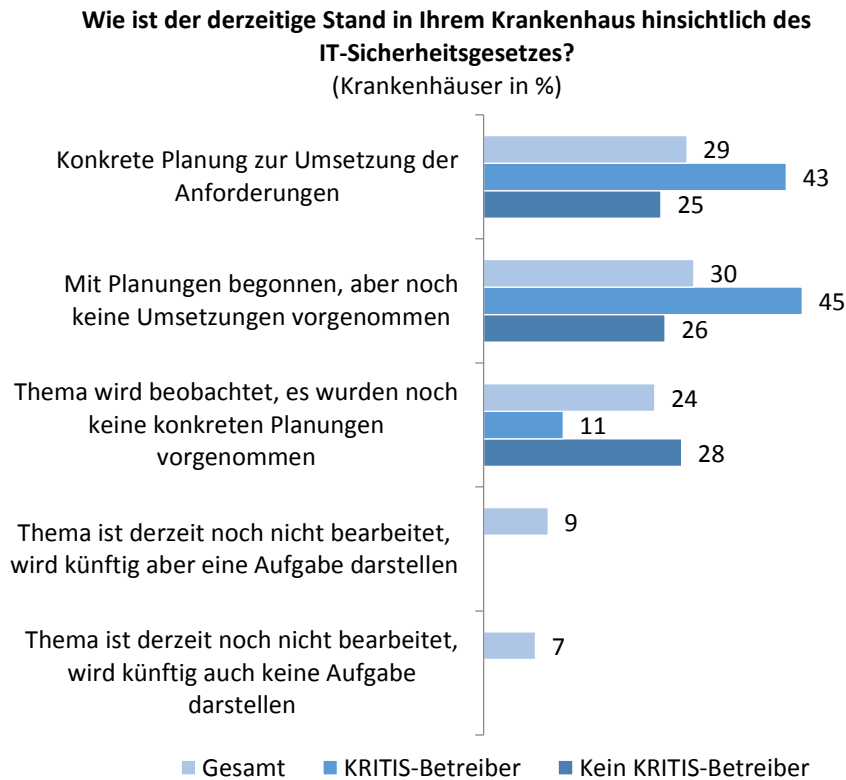
Betreiber einer Kritischen Infrastruktur (KRITIS) in 2017
gem. § 2 Abs. 10 BSIG
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 84: KRITIS-Betreiber in 2017

¹³ Im Juli 2015 hat die Bundesregierung das Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme (IT-Sicherheitsgesetz) in Kraft gesetzt. Krankenhäuser mit Kritischer Infrastruktur (mindestens 30.000 vollstationäre Fälle pro Jahr) werden demnach – sofern nicht andere Spezialregelungen bestehen – verpflichtet, die für die Erbringung ihrer wichtigen Dienste erforderliche IT nach dem Stand der Technik angemessen abzusichern und diese Sicherheit mindestens alle zwei Jahre überprüfen zu lassen (BSI, 2016,2017).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 85: Umsetzungsstand hinsichtlich des IT-Sicherheitsgesetzes

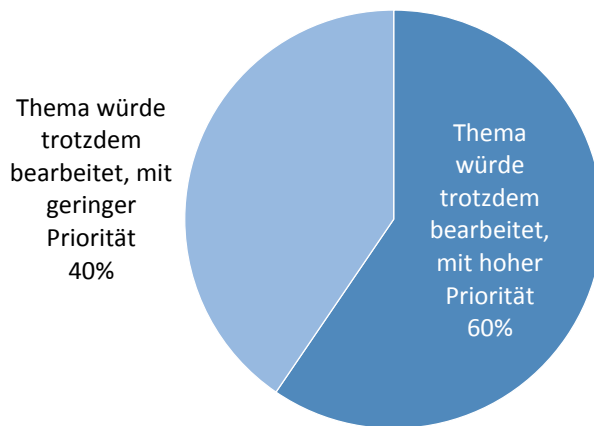
Gefragt zum Umsetzungsstand der vorgegebenen Anforderungen des IT-Sicherheitsgesetzes (Abb. 85) haben bereits 29 % der Krankenhäuser mit konkreten Planungen begonnen. Die KRITIS-Betreiber liegen hier mit 43 % deutlich vor den Kliniken, die keine KRITIS-Betreiber sind (25 %). Insgesamt hat knapp ein Drittel der Häuser mit den notwendigen Planungen begonnen, aber noch keine Umsetzungen vorgenommen. Auch hier liegen die KRITIS-Betreiber mit 45 % wieder deutlich vor den übrigen Einrichtungen (26 %).

Jede vierte Klinik berichtet, das Thema zu beobachten, aber noch keine konkreten Planungen vorgenommen zu haben. KRITIS-Betreiber liegen mit 11 % sichtbar unter den Nicht-Betreibern (28 %).

Nur 7 % der Krankenhäuser berichten, dass konkrete Umsetzungen zum IT-Sicherheitsgesetz derzeit noch nicht bearbeitet werden und auch künftig keine Aufgabe in ihrem Haus darstellen wird, da sie keine Kritische Infrastruktur betreiben.

Wie würden Sie sich positionieren, wenn Sie von der Regelung nicht betroffen wären?

(Krankenhäuser mit Kritischer Infrastruktur gem. § 2 Abs. 10 BSIG in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

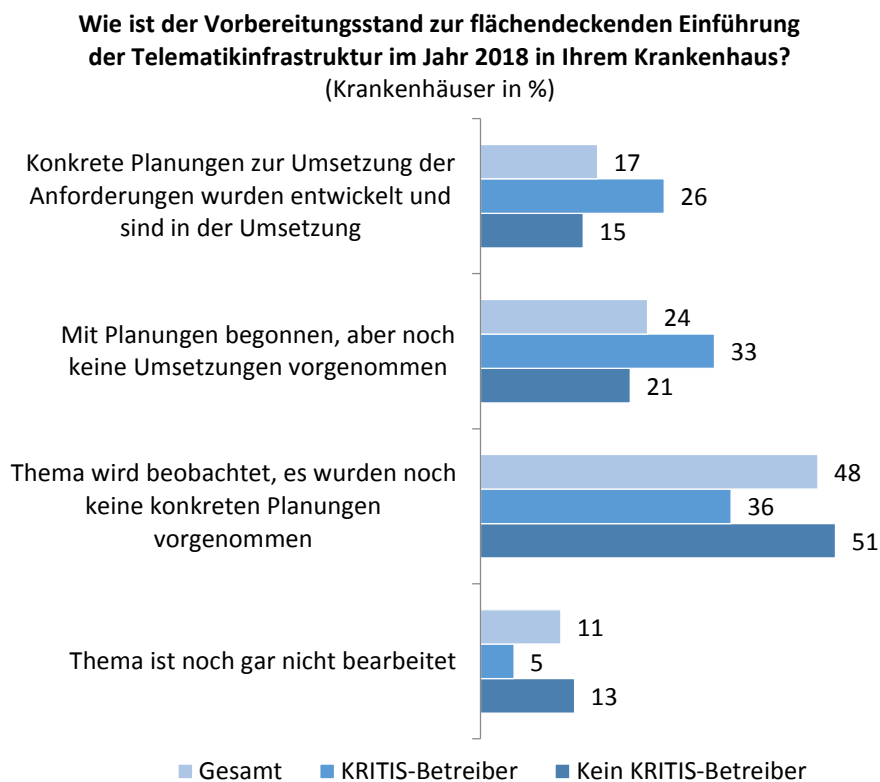
Abb. 86: Positionierung der KRITIS-Betreiber

Alle teilnehmenden Krankenhäuser, die eine Kritische Infrastruktur betreiben, haben angegeben, dass die Umsetzung der besonderen Anforderungen für sie auch ein Thema wäre, wenn sie nicht von der Regelung betroffen wären. 60 % dieser Häuser würden das Thema sogar mit hoher Priorität bearbeiten (Abb. 86). Insofern ist die Absicherung der eigenen IT-Infrastruktur vor den neuen Bedrohungen aus dem Cyberraum ein dem Grunde nach alle Krankenhäuser betreffendes Problem, unabhängig von der konkreten Einstufung als Kritische Infrastruktur.

8.6 Anwendung des E-Health-Gesetzes

Im Jahr 2004 hatte der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz die Grundlagen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematik-Infrastruktur gelegt. Heute ist die eGK flächendeckend bei den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung angekommen, wohingegen die Anwendungen der Telematik-Infrastruktur unterschiedlich weit umgesetzt sind. Bis Mitte 2018 sollen alle Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken sukzessive an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein.

Im *Krankenhaus Barometer 2017* wurden die teilnehmenden Einrichtungen gefragt, wie der derzeitige Vorbereitungsstand zur flächendeckenden Einführung der Telematik-Infrastruktur in 2018 in ihrem Haus ist. Demnach haben 17 % der Häuser schon konkrete Planungen zur Umsetzung der Anforderungen entwickelt und sind bereits in der Umsetzung. Hier liegen die KRITIS-Betreiber mit 26 % mit ihren Bemühungen deutlich vor den übrigen Häusern (15 %). Jede vierte Klinik hat bereits mit den Planungen begonnen, aber bis heute noch keine Umsetzungen vorgenommen. Knapp die Hälfte der Einrichtungen beobachtet das Thema, hat aber bisher noch keine konkreten Planungen entwickelt. Nur 11 % der Befragten haben das Thema noch gar nicht bearbeitet (Abb. 87).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 87: Vorbereitungsstand zur Einführung der Telematikinfrastruktur 2018

Ab dem 01.10.2016 haben Patienten, denen mindestens drei Medikamente gleichzeitig verordnet werden, den Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch ihren Hausarzt. Gut die Hälfte der befragten Krankenhäuser, die von dieser Regelung formaljuristisch

nicht betroffen sind, hat diese Anforderung dennoch in ihrem Bereich umgesetzt. Darunter haben 20 % der Kliniken den Medikationsplan nur im ambulanten Bereich eingeführt, während 32 % eine freiwillige Umsetzung in allen Bereichen durchgeführt haben (Abb. 88). Bei als Kritische Infrastruktur eingestuftes Krankenhäusern hat sogar jede zweite Klinik freiwillig den Medikationsplan für Patienten in allen Bereichen etabliert (nicht KRITIS-Betreiber: 26 %).

Wie wird in Ihrem Krankenhaus mit der Anwendung des Medikationsplans für den vertragsärztlichen Bereich aus dem E-Health-Gesetz umgegangen?
(Krankenhäuser in %)

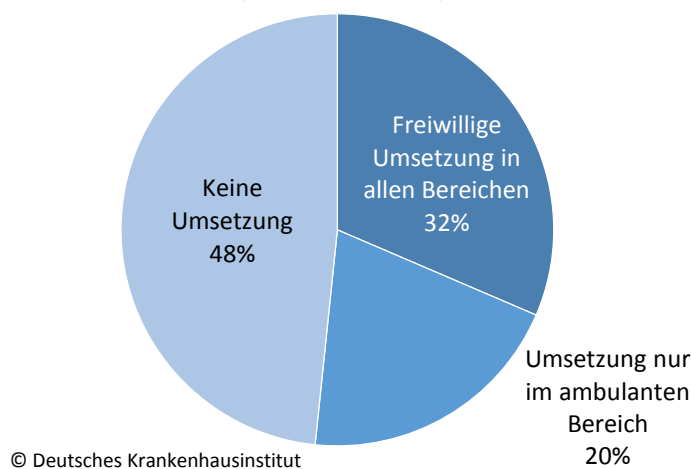


Abb. 88: Anwendung des Medikationsplans für den vertragsärztlichen Bereich (E-Health-Gesetz)

Ein Drittel der Krankenhäuser hat zusätzlich den elektronischen Versand von Arztbriefen eingeführt. Darunter haben lediglich 5 % die alleinige Umsetzung im ambulanten Bereich berichtet, während 29 % der Kliniken eine freiwillige Umsetzung in allen Bereichen melden. Auch hier liegen die KRITIS-Betreiber mit der freiwilligen Umsetzung in allen Bereichen von 40 % wieder deutlich vor den übrigen Krankenhäusern mit 25 % (Abb. 89).

Wie wird in Ihrem Krankenhaus mit dem elektronischen Arztbrief für den vertragsärztlichen Bereich als Anwendung aus dem E-Health-Gesetz umgegangen?
(Krankenhäuser in %)

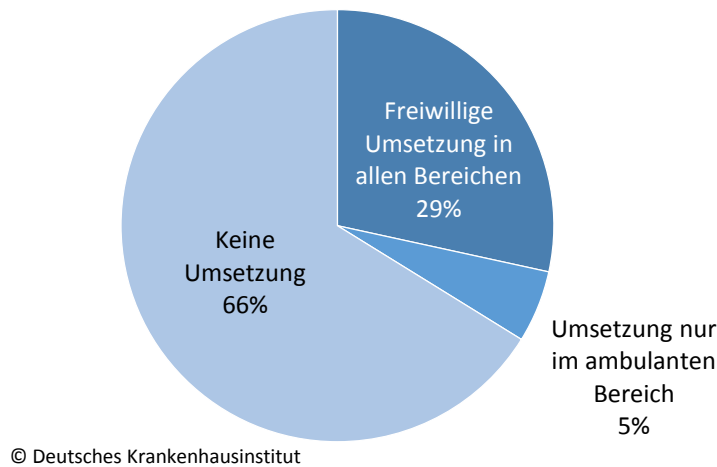


Abb. 89: Umgang mit dem elektronischen Arztbrief für den vertragsärztlichen Bereich (E-Health-Gesetz)

8.7 IT-Kosten

Bei einem Vergleich der IT-Kosten bezogen auf das Gesamt-IT-Budget im Jahr 2016 liegen die Kosten für Software deutlich vor den Kosten für Hardware und Personal (Abb. 90): Im Einzelnen hatten 50 % der Häuser „sehr hohe“ und „hohe“ Kosten für Kauf, Leasing oder Miete von Software. 51 % der Kliniken beschrieben „sehr hohe“ und „hohe“ Kosten für Installation und Wartung von Software. Für den Kauf, Leasing oder Miete von Hardware berichteten 42 % der Einrichtungen „sehr hohe“ und „hohe“ Kosten. Im Bereich der Personalkosten von IT-Mitarbeitern lag der Anteil der Häuser mit „sehr hohen“ und „hohen“ Kosten bei insgesamt 30 %. Jede vierte Klinik berichtete derweil noch über „sehr hohe“ und „hohe“ Kosten im Bereich der Installation und Wartung von Hardware.

„Keine“ bis „geringe“ Kosten meldete jeweils rund die Hälfte der Befragten für Datenverbindungen oder Leistungen externer Dienstleister. „Geringe sonstige Kosten“ entstanden in vielen Kliniken beispielsweise durch Umsetzungen von IT-Security-Maßnahmen, Fortbildung von Mitarbeitern oder sonstigen Unterhaltskosten, z. B. Strom oder Telekommunikation.

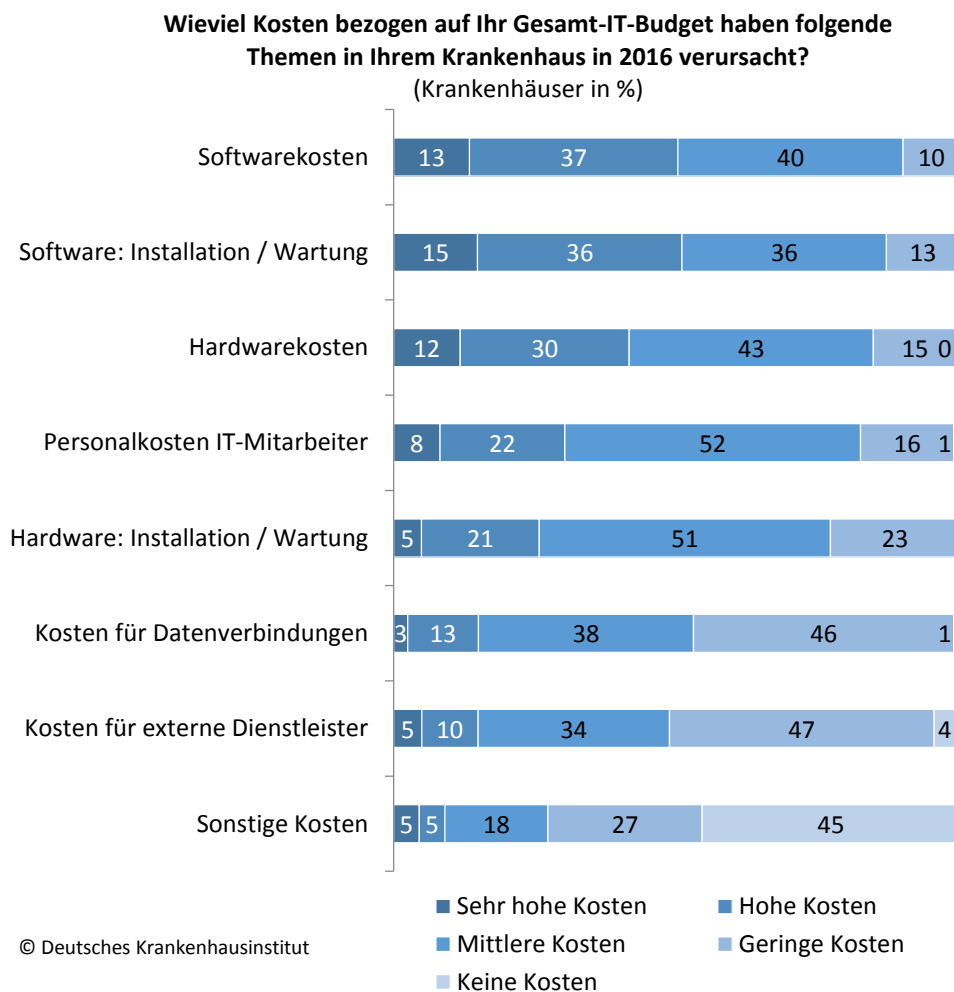


Abb. 90: IT-Kosten in 2016

8.8 Zukünftige Herausforderungen

Gefragt nach den größten Herausforderungen der kommenden drei Jahre im Bereich IT in ihrem Krankenhaus, gaben die Befragten eine Vielzahl von unterschiedlichen Einschätzungen an.

Die insgesamt 250 Einzelnennungen wurden inhaltlich zusammengefasst und in Tab. 9 dargestellt. Demnach sehen die Beteiligten die Umsetzung des IT-Sicherheitsgesetzes verbunden mit der Gewährleistung der IT- bzw. Datensicherheit als größte Herausforderung der unmittelbaren Zukunft (26,8 % der Nennungen). Ebenfalls fast jede vierte Nennung bezog sich auf die Digitale Patientenakte inklusive der Verwendung von Mobile Devices und der Durchführung der Mobilen Visite. Die generelle Umsetzung der Digitalisierung bzw.



die Bewältigung der Folgen der zunehmenden Digitalisierung wie beispielsweise die stetig ansteigende Komplexität und Geschwindigkeit der Prozesse wurde als drittgrößte Herausforderung der nächsten Jahre gesehen.

7 % aller Nennungen fielen auf die unzureichenden Ressourcen sowie die schlechte finanzielle Ausstattung. Verbunden mit fehlenden Fachkräften und schwieriger Personalgewinnung (4,4 %) wurde die besondere Herausforderung betont, die künftigen Aufgaben wie beispielsweise die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben (4,8 %) trotz dieser Lage bewältigen zu müssen.

Auch der Umgang mit bzw. der Schutz vor der Cyber-Kriminalität ist in den Krankenhäusern ein Thema (4,4 %). In einigen Häusern steht ein Wechsel oder eine Erweiterung des KIS an (5,6 %), bei andern Kliniken steht die Vernetzung, z. B. die Einbindung von externen Partnern, Zuweisern, Patienten oder internen Bereichen in der nächsten Zeit im Vordergrund (4,4 %).

Tab. 9: Die größten Herausforderungen der nächsten drei Jahre im IT-Bereich

(Basis: 250 Einzelnennungen)	% der Nennungen
Umsetzung IT-Sicherheitsgesetz / Gewährleistung der IT-/Datensicherheit	26,8
Digitale Patientenakte inkl. Verwendung von Mobile Devices und Mobile Visite	23,2
Umsetzung der Digitalisierung und Folgen zunehmender Digitalisierung (Komplexität, Geschwindigkeit)	13,2
Unzureichende Ressourcen / schlechte finanzielle Ausstattung	6,8
Wechsel / Erweiterungen des KIS	5,6
Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben (z.B. Datenschutz, Entlassmanagement)	4,8
Umgang mit / Schutz vor Cyber-Kriminalität / Viren	4,4
Fehlende Fachkräfte / Personalgewinnung	4,4
Vernetzung (intern, Einbindung externer Partner, Zuweiser, Patienten)	4,4
Erneuerung Hardware / Schaffung notwendiger / neuer Infrastrukturen	2,8
Umgang mit BIG DATA	2,0
Anschaffung / Ausbau WLAN	1,2
Auslagerung von IT-Services in die Cloud	0,4



9 Literaturverzeichnis

- Blum, K./ Stefen, P./ Golisch, A.(2012.). Kultursensibilität der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. www.dki.de
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) (2016). Das IT-Sicherheitsgesetz Kritische Infrastrukturen schützen. www.bsi.bund.de
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) (2017). Schutz Kritischer Infrastrukturen durch IT-Sicherheitsgesetz und UP KRITIS. www.bsi.bund.de
- Deutsches Krankenhausinstitut (2007 ff.). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf. www.dki.de
- Management Consult Kestermann (MCK)/ Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) (2015). Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. www.dkgev.de
- Saladin, P. (Hrsg.) (2006): Diversität und Chancengleichheit. Bundesamt für Gesundheit: Bern
- Statistisches Bundesamt (2016). Mikrozensus 2016. Wiesbaden. www.destatis.de
- Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfVV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG“, in der Fassung von September