KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2015

Dr. Karl Blum
Dr. Sabine Löffert
Dr. Matthias Offermanns
Dr. Petra Steffen

DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

KRANKENHAUS BAROMETER 2015

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

Düsseldorf, November 2015

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG 4

1 GESCHÄFTSFÜHRUNG / KAUFMÄNNISCHE LEITUNG 6

1.1 SOZIODEMOGRAFIE 6
1.2 VERTRAGSMODALITÄTEN 8
1.3 PERSONALAKQUISE 10
1.4 AMTSZEITEN 11
1.5 FÜHRUNGSERFAHRUNG 12
1.6 FLUKTUATION 15

2 PFLEGEKRÄFTE UND PATIENTEN AUS DEM AUSLAND 20

2.1 ANWERBUNG VON PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND 20
2.2 BESCHÄFTIGUNG VON PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND 22
2.3 ANZAHL UND STRUKTUR AUSLÄNDISCHER PFLEGEKRÄFTE 23
2.4 PROBLEME MIT PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND 24
2.5 BEDARF AN PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND 25
2.6 ZAHLUNGSAUSFÄLLE BEI PATIENTEN AUS DEM AUSLAND 26

3 SKILL UND GRADE MIX IN DER PFLEGE 30

3.1 IST-BESETZUNG IN DER INNEREN MEDIZIN UND DER CHIRURGIE 30
3.2 ERWARTUNGEN FÜR DIE BESETZUNG IM JAHR 2020 39
3.3 GRÜNDE FÜR DIE ÄNDERUNG DES SKILL UND GRADE MIX 43

4 OP-MANAGEMENT 46

4.1 ORGANISATION DES OP-BEREICHS 46
4.2 KENNZAHLEN 51
4.3 AUFGETRETENE PROBLEME MIT DEN LEISTUNGSZAHLEN 2014 55
4.4 STÖRUNGEN IM OP-ABLAUF 56
4.5 VERÄNDERUNGEN IM OP-MANAGEMENT 59

5 EINWEISERBEFRAGUNGEN 64

5.1 VERBREITUNG VON EINWEISERBEFRAGUNGEN 64
5.2 DURCHFÜHRUNG DER EINWEISERBEFRAGUNGEN 67
5.3 ZUFRIEDENHEIT DER EINWEISER 73
5.4 ERGEBNISVERWERTUNG DER EINWEISERBEFRAGUNGEN 75
5.5 MÖGLICHE GRÜNDE FÜR DEN VERZICHT AUF EINWEISERBEFRAGUNGEN 82

6 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DES KRANKENHAUSES 84

6.1 JAHRESERGEBNIS 2014 84

6.2 ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2013/2014 85

6.3 BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION 87

6.4 BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN 89

LITERATURVERZEICHNIS 91

Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2015 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 Krankenhausgeschehen 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). Seit 2010 gibt es ein Buch zum *Krankenhaus Barometer,* in dem namhafte Experten aus der Krankenhauspraxis ausgewählte Themen des Barometers aufgreifen und vertiefen.[1]

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2015 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von März bis Juni 2015 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 233 Krankenhäuser.

[1] Vgl. für 2015 Blum, K./ Weigand, A (Hrsg.) (2015): Sanierungsfall Krankenhaus – Erkennen, Vorbeugen, Abwenden. Düsseldorf: DKVG.

Die Krankenhäuser unter 50 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. 1% 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.

1 Geschäftsführung / Kaufmännische Leitung

Die Besetzung der Geschäftsführung ist eine wichtige Personalie in den Krankenhäusern, insofern die Geschäftsführung mit ihren strategischen und operativen Entscheidungen maßgeblich den Unternehmenserfolg beeinflusst. Vor diesem Hintergrund wurde erstmalig im *Krankenhaus Barometer* die Besetzung der Geschäftsführung in den deutschen Krankenhäusern eingehender untersucht.

1.1 Soziodemografie

Bei der Kaufmännischen Leitung handelt es sich definitionsgemäß um den (Kaufmännischen) Geschäftsführer oder, falls nicht vorhanden, den Kaufmännischen Leiter oder Verwaltungsleiter des Krankenhauses. Diese Definition war im Erhebungsbogen des Krankenhaus Barometers ausdrücklich so aufgeführt.

Tab. 1 zeigt zunächst die soziodemografischen Merkmale der Kaufmännischen Leitungen. Nach der beruflichen Qualifikation dominieren erwartungsgemäß Betriebswirte oder Kaufleute in den Geschäftsführungen der deutschen Allgemeinkrankenhäuser. 85% der Geschäftsführer haben eine ökonomische Qualifikation. Vor allem in kleineren Häusern unter 300 Betten sind die Geschäftsführer überproportional Betriebswirte oder Kaufleute (91%). In den übrigen Größenklassen hat etwa jeder vierte Geschäftsführer eine andere Qualifikation. Dort sind teilweise auch Juristen, Mediziner, Krankenpfleger oder sonstige Qualifikationen (wie Verwaltungswirte, Wirtschaftsingenieure, Psychologen) stärker vertreten (Ergebnisse nicht dargestellt).

Nach dem Bildungsabschluss haben rund 87% der Krankenhausgeschäftsführer ein (Fach-)Hochschulstudium absolviert, darunter 13% mit anschließender Promotion. Geschäftsführer mit (Fach-)Abitur, Mittlerer Reife o.ä. als höchstem Bildungsabschluss bilden die Ausnahme, die eher in kleineren Häusern anzutreffen ist.

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) sind die Kaufmännischen Leitungen der Krankenhäuer 51 Jahre alt. Jeweils ein Viertel der Geschäftsführer ist 46 Jahre oder jünger (unterer Quartilswert) oder 56 Jahre oder älter (oberer Quartilswert). Jeweils gut 10% sind unter 40 oder über 60 Jahre alt.

Tab 1: Soziodemografie der Kaufmännischen Leitung

Berufliche Qualifikation	Kennwerte
Betriebswirt / Kaufmann / Ökonom	84,7%
Jurist	5,4%
Mediziner	5,2%
Gesundheits- und Krankenpfleger	6,7%
Sonstiges	9,2%
Bildungsabschluss	
(Fach-)Abitur, Mittlere Reife o.ä.	12,7%
(Fach-)Hochschulabschluss	87,3%
Promotion	12,5%
Alter	
Mittelwert	51 Jahre
Median	52 Jahre
Unterer Quartilswert	56 Jahre
Oberer Quartilswert	46 Jahre
Geschlecht	
Weiblich	18,8%
Männlich	81,2%

Bislang ist nur etwa jede fünfte Kaufmännische Leitung (19%) in deutschen Allgemeinkrankenhäusern weiblichen Geschlechts. In der Geschäftsführung der oberen wie vor allem der unteren Bettengrößenklasse sind Frauen etwas stärker vertreten als in der mittleren Bettengrößenklasse.

Auch alters- oder generationenabhängig gibt es keinen Trend zu einer stärkeren „Feminisierung“ der Krankenhausgeschäftsführung: Im Gegenteil sind die weiblichen Geschäftsführer (Altersmedian: 54 Jahre) im Durchschnitt sogar etwas älter als ihre männlichen Kollegen (Altersmedian: 51 Jahre). Der Frauenanteil fällt bei den Geschäftsführern in der Alterskohorte von 52 Jahren oder älter (geschlechtsübergreifender Altersmedian) mit 25% merklich höher aus als in der Kohorte der unter 52-Jährigen mit 13%. Auch bei den Geschäftsführungen, die in dieser Funktion fünf Jahre oder weniger im jeweiligen Krankenhaus tätig sind (Median der Leitungsdauer), ist der Frauenanteil mit 17% niedriger als bei den länger amtierenden Geschäftsführern mit 20%.

1.2 Vertragsmodalitäten

Jeder dritte Krankenhausgeschäftsführer in Deutschland hat einen befristeten Vertrag (Abb. 1). Mit Blick auf die Befristung der Geschäftsführerverträge gibt es eine deutliche Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während in den kleineren Krankenhäusern bis 300 Betten nur rund 21% der Geschäftsführer einen befristeten Vertrag haben, sind es in den größeren Häusern ab 600 Betten über 70%. Dazwischen liegen die Geschäftsführer in der mittleren Bettengrößenklasse mit 42% befristeter Verträge.

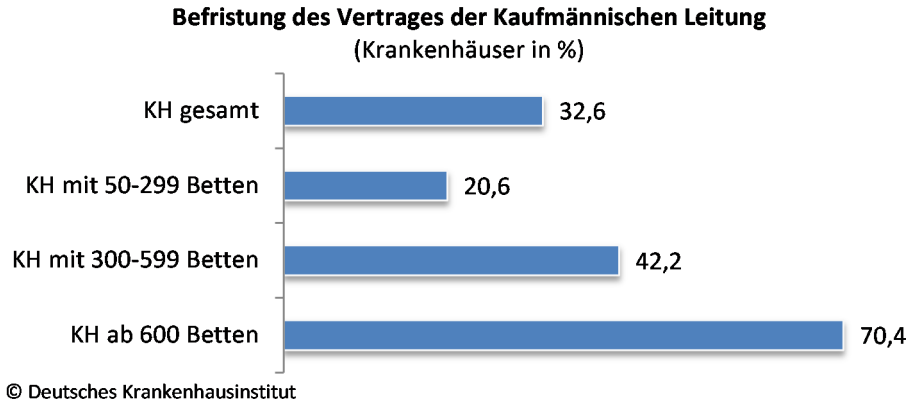


Abb. 1: Befristung des Vertrages der Kaufmännischen Leitung

Bei rund drei Vierteln dieser Verträge bemisst sich die Befristung auf fünf Jahre. Kürzere bzw. längere Vertragslaufzeiten bilden insofern eher die Ausnahme.

Alters- oder generationenabhängig lässt sich anhand der Daten kein Trend zu einer stärkeren Befristung von Geschäftsführerverträgen ausmachen. Jüngere Geschäftsführer bzw. Geschäftsführer mit kürzeren Amtszeiten in der aktuellen Funktion sind nicht häufiger befristet eingestellt als ältere oder länger amtierenden Führungskräfte.

Erfolgsabhängige Vergütungen sind in den deutschen Krankenhäusern mittlerweile weit verbreitet (Abb. 2). In zwei von drei Krankenhäusern (63%) ist die Vergütung der Geschäftsführung in diesem Sinne flexibilisiert. Mit steigender Krankenhausgröße steigt auch der Anteil der Geschäftsführer, die erfolgsabhängig vergütet werden. So erhalten beispielsweise in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten 81% aller Kaufmännischen Leitungen eine erfolgsabhängige Vergütung.

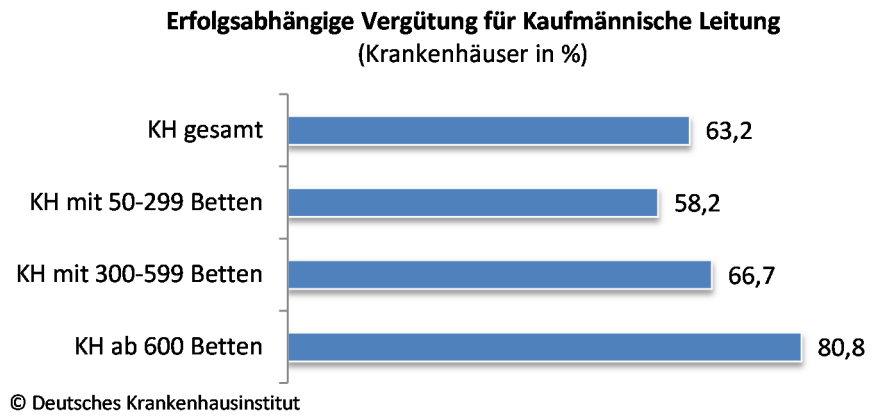


Abb. 2: Erfolgsabhängige Vergütung für die Kaufmännische Leitung

Im Rahmen einer offenen Frage gaben die meisten Befragungsteilnehmer an, dass sich die erfolgsabhängige Vergütung in erster Linie am Betriebsergebnis bemisst. Je nach individueller Vertragsgestaltung wird das Betriebsergebnis anhand verschiedener Indikatoren oder Kennzahlen erfasst, z.B. Jahresergebnis, Jahresüberschuss (EBITDA, EBIT), Bilanzergebnis, Einhaltung des

Wirtschaftsplans etc. Seltener sind individuelle Zielvereinbarungen oder Zielvorgaben, die auch nicht-ökonomische Kenngrößen umfassen, wie eine Balanced Scorecard oder die Umsetzung bestimmter Projekte.

Im Übrigen sind mittlerweile fast 40% der Kaufmännischen Leitungen nicht nur für einen Krankenhausstandort zuständig, sondern gleichzeitig auch für andere Standorte ihres Krankenhausträgers.[2] Eine Zuständigkeit der Kaufmännischen Leitung für mehrere Standorte desselben Krankenhausträgers ist in den großen Häusern seltener anzutreffen als in den übrigen Bettengrößenklassen (Abb. 3).

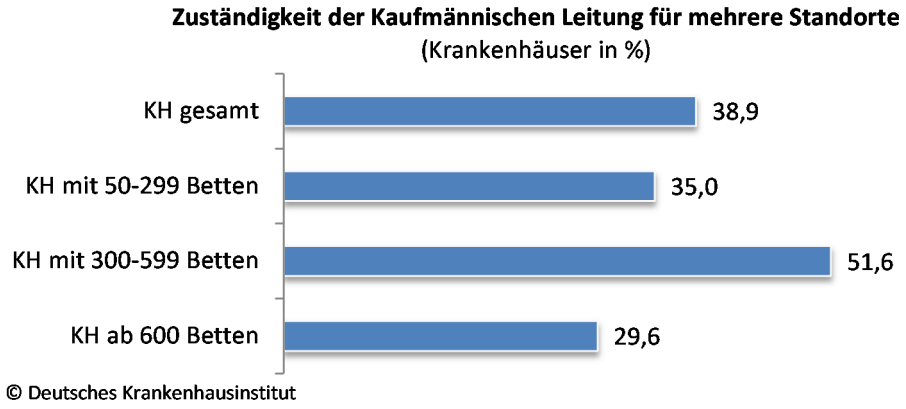


Abb. 3: Zuständigkeit der Kaufmännischen Leitung für mehrere Standorte

1.3 Personalakquise

Für die aktuelle Kaufmännische Leitung im jeweiligen Krankenhaus war anzugeben, wie die Personalakquise erfolgt ist (Abb. 4, Mehrfachnennungen möglich). In dieser Hinsicht gibt es keinen eindeutigen Trend.

In 39% der Krankenhäuser erfolgt die Personalakquise für die Kaufmännische Leitung durch eine gezielte Ansprache seitens des Krankenhausträgers

[2] In diesem Zusammenhang ist zu problematisieren, ob alle Befragungsteilnehmer ein einheitliches Verständnis des Standortbegriffes hatten. Weitergehende Analysen zeigten, dass eine Reihe von Teilnehmern mit nur einem Standort im Sinne der Qualitätsberichte gemäß § 137 Abs.3 SGB V angaben, für mehrere Standorte zuständig zu sein.

selbst. In etwa jedem dritten Krankenhaus (34%) wird die Stelle öffentlich ausgeschrieben. 20% der Häuser arbeiten mit Personalagenturen zusammen. Der Rest entfällt auf andere Akquisewege, insbesondere, so die Antworten auf eine offene Frage, auf interne Besetzungen oder interne Nachfolgeregelungen.

Die Auswertung nach Krankenhausgröße zeigt, dass in größeren Häusern die Personalakquise für die Kaufmännischen Leitungen häufiger über öffentliche Ausschreibungen oder Personalagenturen erfolgt, während kleinere Häuser ihre Kaufmännischen Leitungen häufiger intern besetzen.

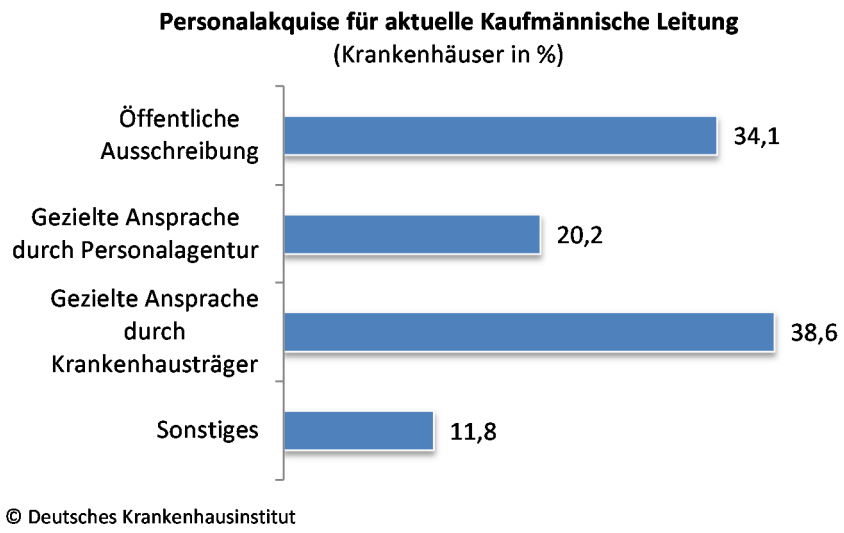


Abb. 4: Personalakquise für die aktuelle Kaufmännischen Leitung

1.4 Amtszeiten

Mit Blick auf die Amtszeit der Krankenhausgeschäftsführung sollten die Befragten konkret angeben, seit welchem Jahr die aktuelle Kaufmännische Leitung in dieser Funktion tätig ist. Die entsprechenden Jahresangaben wurden dann in Amtszeiten umgerechnet (durch Differenzbildung zwischen dem Jahr des Amtsantritts und dem Erhebungsjahr 2015).

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) sind die aktuellen Kaufmännischen Leitungen deutscher Allgemeinkrankenhäuser rund sieben Jahre im Amt. Der Median der Verteilung liegt bei einer Amtszeit von fünf Jahren. Jeweils ein

Viertel der Kaufmännischen Leitungen ist elf Jahre oder länger im Amt (oberer Quartilswert) oder höchstens zwei Jahre (unterer Quartilswert).

In Abhängigkeit von der Krankenhausgröße resultieren deutliche Unterschiede in den Amtszeiten (Tab. 2). Mit durchschnittlich zehn Jahren haben die Kaufmännischen Leitungen in der mittleren Bettengrößenklasse mit 300-599 Betten die längsten Amtszeiten. In kleineren Häusern bis 300 Betten (sechs Jahre) und größeren Häusern ab 600 Betten (fünf Jahre) fallen die durchschnittlichen Amtszeiten hingegen deutlich niedriger aus. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass in den Häusern mittlerer Größe, wie auch die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* regelmäßig zeigen, die wirtschaftliche Lage und die wirtschaftlichen Ergebnisse zumeist besser ausfallen als in den übrigen Größenklassen.

Tab. 2: Amtszeit der aktuellen Kaufmännischen Leitung

Amtszeit der aktuellen Kaufmännischen Leitung	KH gesamt	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Mittelwert	7	6	10	5
Median	5	5	6	4
Oberer Quartilswert	11	9	19	8
Unterer Quartilswert	2	1	3	2

1.5 Führungserfahrung

Hinsichtlich der Führungserfahrung ist zwischen Funktion und Dauer zu unterscheiden (Tab. 3). Aktuell war mehr als jede zweite Kaufmännische Leitung in den deutschen Krankenhäusern (53%) schon in vergleichbarer Funktion in einem anderen Krankenhaus tätig, in den großen Häusern ab 600 Betten waren es sogar zwei Drittel.

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) waren diese Führungskräfte 6,7 Jahre in vergleichbarer Funktion beim letzten Arbeitgeber tätig. Der Median der Verteilung liegt bei fünf Jahren Amtszeit. Jeweils ein Viertel dieser Klientel war zehn Jahre oder mehr (oberer Quartilswert) oder höchstens gut drei Jahre in

vergleichbarer Funktion in einem anderen Krankenhaus tätig (unterer Quartilswert). Kaufmännische Leitungen in großen Häusern ab 600 Betten können mit im Schnitt 8,7 Jahren auf eine längere Amtszeit beim letzten Arbeitgeber zurückblicken als Geschäftsführer in kleineren Häusern mit durchschnittlich gut sechs Jahren.

Im Durchschnitt verfügen die aktuellen Kaufmännischen Leitungen der deutschen Krankenhäuser über eine langjährige Führungserfahrung von insgesamt fast 18 Jahren. Der Median der Führungserfahrung liegt bei 19 Jahren. Jeweils rund ein Viertel der Geschäftsführer hat bis zu zwölf Jahre Führungserfahrung oder mindestens 24 Jahre Führungserfahrung. Nach der Krankenhausgröße fällt die Führungserfahrung in kleineren Häusern bis 300 Betten mit durchschnittlich rund 15 Jahren merklich niedriger aus als in den übrigen Bettengrößenklassen mit jeweils mehr als 20 Jahren.

Die Führungserfahrung als Kaufmännische Leitung eines Krankenhauses, sei es im aktuellen Haus oder zuvor in anderen Häusern, liegt bei gut zwölf Jahren. Die Quartilswerte variieren hier zwischen fünf Jahren (unteres Quartil) und rund 18 Jahren (oberes Quartil).

Etwa jeder zweite aktuelle Geschäftsführer kann im Schnitt noch auf knapp acht Jahre Führungserfahrung in einer anderen Leitungsfunktion im Krankenhaus als der Kaufmännischen Leitung zurückblicken.[3] Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier in erster Linie verschiedene Abteilungsleiterfunktionen in der Krankenhausverwaltung genannt, z.B. Controlling, Finanzbuchhaltung, Personal und Patientenmanagement.

[3] Nur Kaufmännische Leitungen mit Angaben hierzu.

Tab. 3: Führungserfahrung der aktuellen Kaufmännischen Leitung

Führungserfahrung der aktuellen Kaufmännischen Leitung	KH gesamt	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Amtszeit beim letzten Arbeitgeber				
Mittelwert	6,7	6,5	6,3	8,7
Median	5,0	5,0	5,0	7,3
Unterer Quartilswert	3,1	3,0	4,0	4,2
Oberer Quartilswert	10,0	9,6	9,5	12,2
Führungserfahrung insgesamt*				
Mittelwert	17,7	15,4	20,6	21,3
Median	19,0	15,0	21,0	22,1
Unterer Quartilswert	12,0	8,0	14,5	14,4
Oberer Quartilswert	24,0	20,0	25,0	29,5
Erfahrung als kaufmännische Leitung im Krankenhaus*				
Mittelwert	12,1	10,9	14,4	12,5
Median	11,0	10,0	14,0	13,0
Unterer Quartilswert	5,0	4,0	6,0	5,2
Oberer Quartilswert	18,1	15,0	21,6	17,5
Erfahrung in anderer Krankenhaus-Leitungsfunktion*				
Mittelwert	7,7	7,2	7,2	11,5
Median	6,0	6,0	5,1	9,3
Unterer Quartilswert	3,0	3,0	3,0	5,9
Oberer Quartilswert	10,0	10,0	10,0	18,3
Führungserfahrung außerhalb des Krankenhauses*				
Mittelwert	7,2	6,5	9,1	4,6
Median	6,9	8,0	8,4	3,0
Unterer Quartilswert	2,0	2,0	4,2	1,8
Oberer Quartilswert	10,0	10,0	11,7	7,0

* Die Werte beziehen sich jeweils nur auf Führungskräfte mit entsprechenden Angaben bzw. entsprechender Führungserfahrung. Deswegen summieren sich die Teilmengen nicht zur Führungserfahrung insgesamt.

Etwa jeder fünfte aktuelle Krankenhausgeschäftsführer hat überdies Führungserfahrung außerhalb des Krankenhauses von im Schnitt rund 7 Jahren gesammelt, vor allem als Geschäftsführer oder Abteilungsleiter in anderen Branchen (nähere Angaben wurden hierzu im Rahmen einer offenen Frage jedoch kaum gemacht).

1.6 Fluktuation

Die Fluktuation in der Krankenhausgeschäftsführung lässt sich nicht nur an der Führungserfahrung der aktuellen Kaufmännischen Leitungen ablesen, sondern auch an den Amtszeiten ihrer Vorgänger sowie der Häufigkeit von Führungswechseln in der Vergangenheit. Mit Blick auf die letztgenannte Fragestellung sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Kaufmännische Leitungen es in den letzten zehn Jahren in ihrem Krankenhaus insgesamt gab, inklusive der aktuellen Kaufmännischen Leitung.

Demnach hatten gut 30% der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland in den letzten zehn Jahren nur eine Kaufmännische Leitung. Knapp 37% der Einrichtungen hatten zwei Kaufmännische Leitungen in diesem Zeitraum, inklusive der aktuellen Leitung. Jeweils rund ein Sechstel der Krankenhäuser hatte in den letzten zehn Jahren drei bzw. vier oder mehr Kaufmännische Leitungen (Abb. 5).

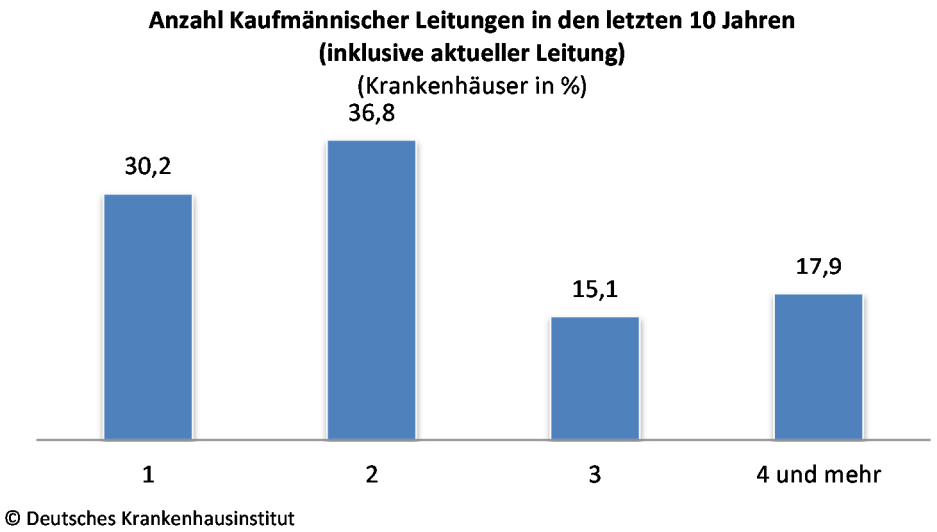


Abb. 5: Anzahl Kaufmännischer Leitungen in den letzten 10 Jahren

Ähnlich wie bei den Amtszeiten der aktuellen Leitung gibt es auch hinsichtlich der Personalfluktuation in der Geschäftsführung eine deutliche Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Abb. 6). Während die in der Tendenz wirtschaftlich besser gestellten Krankenhäuser der mittleren Bettengrößenklasse mit 300-599 Betten im Durchschnitt zwei Kaufmännische Leitungen in den letzten zehn Jahren hatten, waren es in den kleineren und größeren Häusern durchschnittlich jeweils rund 2,5 Leitungen.

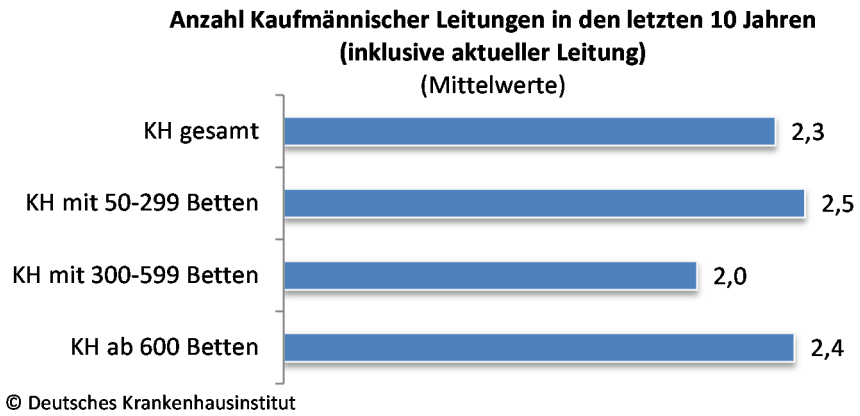


Abb. 6: Durchschnittliche Anzahl Kaufmännischer Leitungen in den letzten 10 Jahren

Der vergleichsweise hohen Fluktuation zum Trotz, waren die jeweiligen Vorgänger der aktuellen Kaufmännischen Leitung im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) elf Jahre im Amt. Der Median der Verteilung lag noch bei neun Amtsjahren. Schaut man sich die Verteilung im Detail an, resultiert ein differenzierteres Bild (Tab. 4).

Tab. 4: Amtszeit des Vorgängers der aktuellen Kaufmännischen Leitung

Amtszeit des Vorgängers der aktuellen Kaufmännischen Leitung	KH gesamt	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
Mittelwert	11,0	11,0	11,7	9,3
Median	9,0	10,0	8,0	7,6
Unterer Quartilswert	3,5	3,4	3,0	4,0
Oberer Quartilswert	17,4	16,5	20,0	15,0

Auf der einen Seite gibt es eine vergleichsweise große Gruppe von Krankenhausgeschäftsführern mit langen Amtszeiten. Beispielsweise waren fast 40% der Vorgänger der aktuellen Kaufmännischen Leitungen zehn Jahre oder länger im Amt; bei einem Viertel betrug die Amtszeit sogar rund 17 Jahre oder mehr (oberer Quartilswert). Auf der anderen Seite hatten aber auch relativ viele Kaufmännische Leitungen vergleichsweise kurze Amtszeiten. So waren rund 40% der Vorgänger fünf Jahre oder kürzer im Amt; bei einem Viertel lag die Amtszeit bei lediglich 3,5 Jahren oder weniger (unterer Quartilswert).

Gefragt nach den Gründen für das Ausscheiden des Vorgängers der aktuellen Kaufmännischen Leitung, zeigt sich das folgende Bild (Abb. 7) 37% der Vorgänger sind in Rente oder Vorruhestand gegangen. Auf eigenen Wunsch des Vorgängers erfolgte der Führungswechsel in 22% der Krankenhäuser. Bei knapp jedem zehnten Geschäftsführer wurde der Vertrag gekündigt oder nicht mehr verlängert. Bei weiteren 19% erfolgte die Trennung, laut Angabe der Befragungsteilnehmer, in beiderseitigem Einvernehmen. Als sonstige Gründe wurden im Rahmen einer offenen Frage unter anderem gesundheitliche Gründe und trägerinterne Versetzungen oder Beförderungen genannt, etwa in eine Konzernzentrale oder Holding.

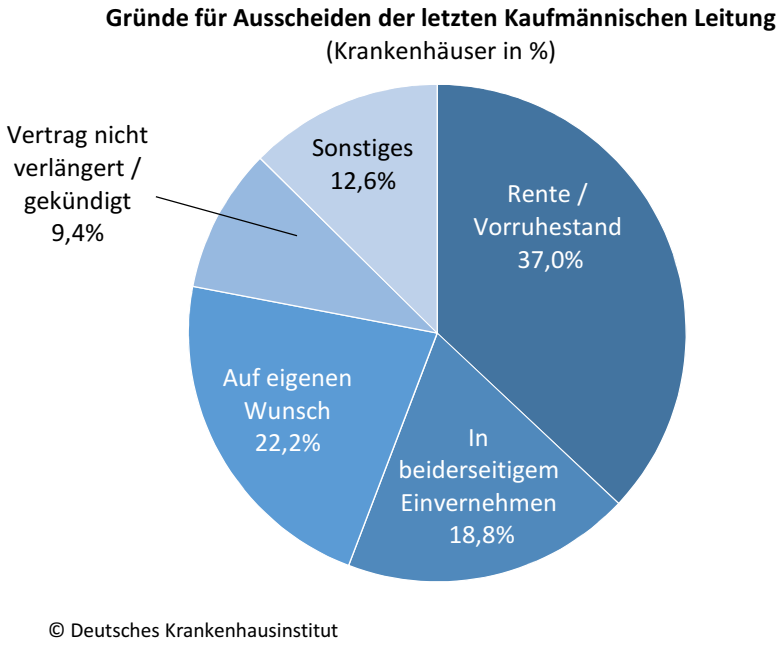


Abb. 7: Gründe für Ausscheiden der letzten Kaufmännischen Leitung

Nach Größenklassen differenziert, gehen Kaufmännische Leitungen in den großen Häusern ab 600 Betten seltener altersbedingt in den Ruhestand als die Geschäftsführer in kleineren Einrichtungen. Umgekehrt verlassen sie ein Krankenhaus häufiger auf eigenen Wunsch oder weil ihr Vertrag nicht verlängert oder gekündigt wurde (Abb. 8).

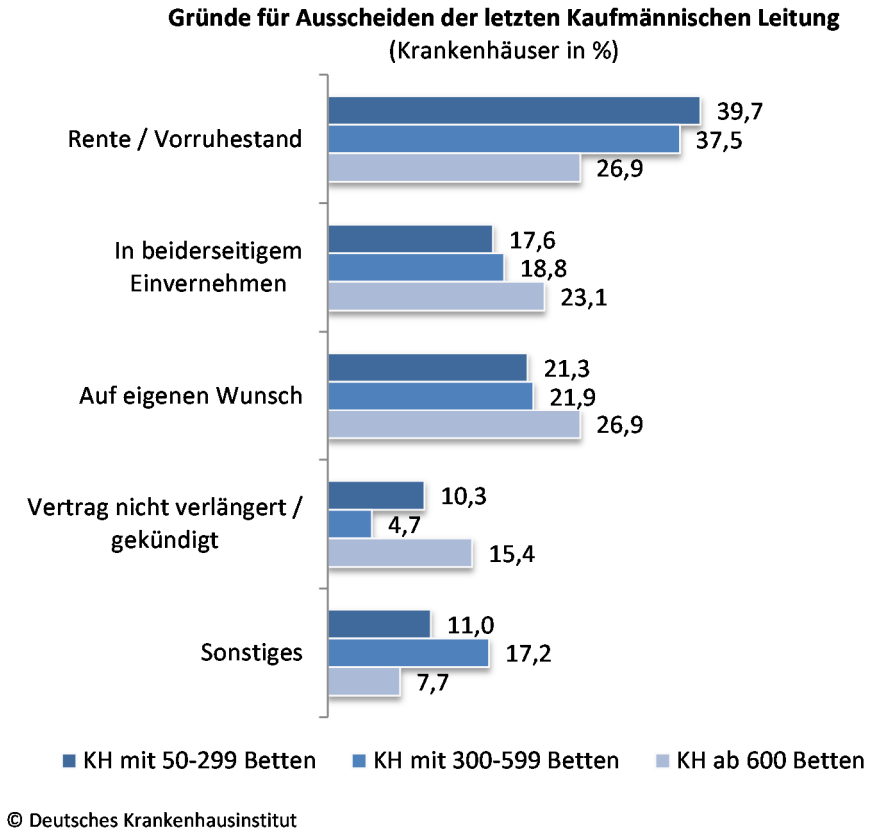


Abb. 8: Gründe für Ausscheiden der letzten Kaufmännischen Leitung nach Bettengrößenklassen

2 Pflegekräfte und Patienten aus dem Ausland

2.1 Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland

Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme bilden eine der zentralen Herausforderungen der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland. Dies betrifft nicht nur den Ärztlichen Dienst im Krankenhaus, sondern auch zusehends das Pflegepersonal. So gab im *Krankenhaus Barometer* 2013 rund ein Drittel der Krankenhäuser an, offene Stellen in der Pflege nicht besetzen zu können. Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten demnach im Durchschnitt rund fünf Pflegestellen nicht besetzen (DKI, 2013).

Eine Möglichkeit, den Fachkräftemangel in der Pflege zu beheben, besteht in der Anwerbung und Einstellung von Pflegekräften aus dem Ausland. Deswegen wurden die Krankenhäuser im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* nach der diesbezüglichen Praxis befragt.

Demnach gab fast jedes fünfte Allgemeinkrankenhaus ab 50 Betten in Deutschland an (18%), in den letzten fünf Jahren gezielt Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben zu haben. Die entsprechenden Anteilswerte fallen in den kleineren Häusern unter 300 Betten sowie in den großen Häusern ab 600 Betten höher aus als in der mittleren Bettengrößenklasse (Abb. 9). Diese Praxis deckt sich insofern mit den Ergebnissen des *Krankenhaus Barometers* 2013, als die Stellenbesetzungsprobleme in den Krankenhäusern mit 300-599 Betten unterdurchschnittlich ausfielen.

Als Kanäle oder Maßnahmen zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte wurden im Rahmen einer offenen Frage insbesondere Personalvermittlungen oder externe Personalagenturen genannt, daneben Kooperationspartner im Ausland (zum Beispiel ausländische Kommunen oder Pflegekammern) und hiesige Organisationen wie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Bundesagentur für Arbeit.

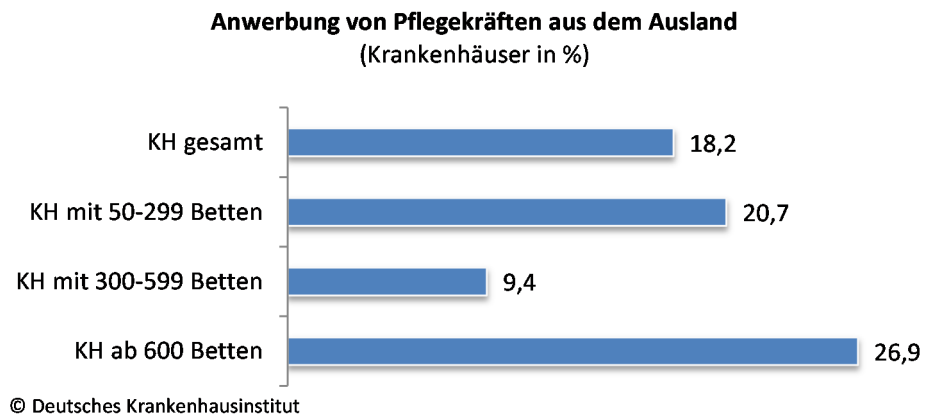


Abb. 9: Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland

Allerdings gaben nur 9% der Befragungsteilnehmer explizit an, mit Organisationen im In- oder Ausland zu kooperieren, um Pflegekräfte aus dem Ausland zu akquirieren. Auch in dieser Hinsicht sind Einrichtungen der unteren und oberen Bettengrößenklasse deutlich überrepräsentiert.

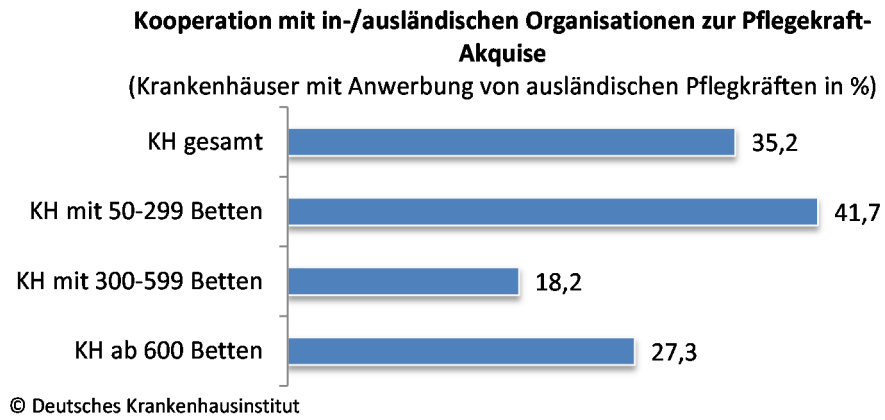


Abb. 10: Kooperationen zur Pflegekraft-Akquise

2.2 Beschäftigung von Pflegekräften aus dem Ausland

Unabhängig von einer aktiven Akquise ausländischer Pflegekräfte gibt es aktuell in 22% der deutschen Krankenhäuser 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] 71% der Einrichtungen beschäftigen in diesem Sinne derzeit keine Pflegekräfte aus dem Ausland. Weitere 7% der Einrichtungen konnten hierzu keine Angaben machen.

Analog zur gezielten Anwerbung ausländischer Pflegekräfte bzw. zur Kooperation mit Organisationen im In- und Ausland, beschäftigen die kleinen Häuser unter 300 Betten und die großen Häusern ab 600 Betten überproportional Pflegekräfte aus dem Ausland (Abb. 11).

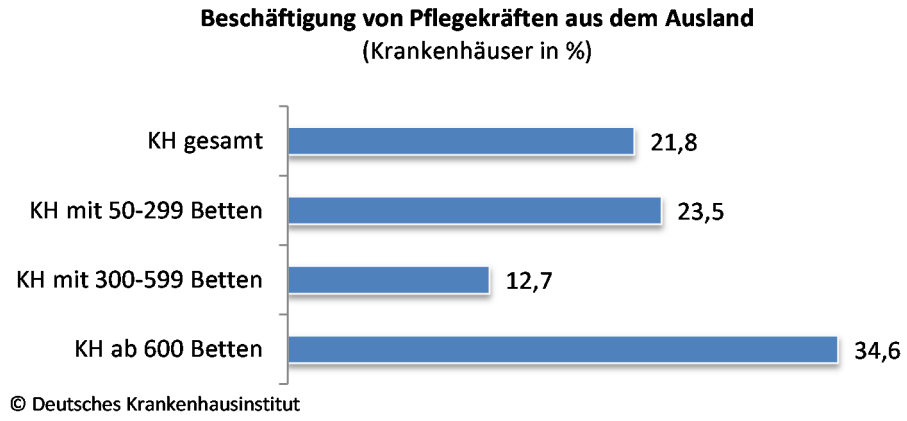


Abb. 11: Beschäftigung von Pflegekräften aus dem Ausland

Gefragt nach den überwiegenden Herkunftsländern dieser ausländischen Pflegekräfte, wurden im Rahmen einer offenen Frage vor allem EU-Staaten genannt. Überproportional wurden hier insbesondere die Länder Polen, Spanien sowie die Staaten Ex-Jugoslawiens angeführt. Die meisten Nennungen für Staaten außerhalb der EU betrafen die Türkei und Russland bzw. ehemalige Sowjetrepubliken.

[4] Ausdrücklich nicht berücksichtigt sind hier hiesige Pflegekräfte mit Migrationshintergrund.

2.3 Anzahl und Struktur ausländischer Pflegekräfte

Nachfolgend erfolgt eine Strukturanalyse des Pflegepersonals in den Krankenhäusern, welche ausländische Pflegekräfte beschäftigen. Definitionsgemäß handelt es sich dabei um Pflegekräfte, die eigens zum Zweck der Arbeit nach Deutschland immigriert sind oder (vor allem in grenznahen Regionen) regelmäßig über die Grenze pendeln. Alle Angaben beziehen sich auf Pflegekräfte in Köpfen. Die maßgeblichen statistischen Kennwerte können im Einzelnen der Tab. 5 entnommen werden.

Demnach beschäftigen die Krankenhäuser mit Pflegekräften aus dem Ausland im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) knapp 18 Pflegekräfte. Allerdings ist dieser Durchschnittswert in hohem Maße durch Extremwerte beeinflusst. Der davon unabhängige Median der Verteilung liegt bei knapp sieben Pflegekräften. Nichtsdestotrotz sind in einem Viertel der genannten Krankenhäuser mindestens 15 Pflegekräfte aus dem Ausland angestellt (oberer Quartilswert). Hochgerechnet gab es 2014 in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern rund 5.000 Pflegekräfte aus dem Ausland.

Rund 60% der ausländischen Pflegekräfte hatten auch ausländische Pflegeabschlüsse. 15% absolvieren aktuell eine Pflegeausbildung in Deutschland. Für die übrigen liegen entweder keine Angaben vor oder sie sind nach einer hier abgeschlossenen Pflegeausbildung in Deutschland verblieben.

Gut die Hälfte der Pflegekräfte (54%) aus dem Ausland stammt aus den EU-Staaten, die übrigen, wie oben erwähnt, zum großen Teil aus Russland und der Türkei. Zumindest in grenznahen Regionen pendeln gut 13% der ausländischen Pflegekräfte regelmäßig über die Grenzen.

Auch die Strukturanalyse zu Qualifikation und Herkunft ausländischer Pflegekräfte ist wegen der Extremwertproblematik und vieler fehlender Angaben mit Vorbehalt zu interpretieren.

Tab. 5: Anzahl und Struktur ausländischer Pflegkräfte

Ausländische Pflegekräfte im KH	Kennwerte
Mittelwert	17,7
Median	6,7
Unterer Quartilswert	3,3
Oberer Quartilswert	15,0
Anteil ausländischer Pflegkräfte	
Mit ausländischen Pflegeabschlüssen	59,8%
In deutscher Pflegausbildung	15,1%
Aus EU-Staaten	53,9%
Pendler (nur KH in Grenzregionen)	13,3%

2.4 Probleme mit Pflegekräften aus dem Ausland

Da Pflegekräfte aus dem Ausland teilweise aus einem anderen Sprach- oder Kulturkreis stammen, stellt ihre Beschäftigung die Krankenhäuser möglicherweise vor besondere Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit es in ihrem Krankenhaus besondere Probleme bei und mit Pflegekräften aus dem Ausland gibt. Die Mittelwerte der entsprechenden Fragen können der Abb. 12 entnommen werden.

Das zentrale Problem bei ausländischen Pflegekräften bilden dabei sprachliche Schwierigkeiten. Fast zwei Drittel der Krankenhäuser, die Pflegekräfte aus dem Ausland beschäftigen, gaben an, dass entsprechende Verständigungsprobleme oft oder sehr oft vorkommen.

Verglichen damit treten die übrigen Probleme merklich seltener auf. Beispielsweise berichten 25% der Krankenhäuser, dass es bei ihnen oft fachlich-qualifikatorische Probleme mit ausländischen Pflegekräften gibt, und 17% von häufigeren Problemen aufgrund der Arbeitsorganisation. Größere Probleme in der Interaktion mit Patienten und Kollegen gibt es hingegen in weniger als 10% der Einrichtungen mit ausländischen Pflegekräften.

Rund ein Fünftel der befragten Krankenhäuser gab an, dass es – gemäß ihrer Fremdwahrnehmung – oft oder sehr oft persönliche Probleme bei ausländischen Pflegekräften gebe (zum Beispiel Heimweh oder Depressionen). Ein annähernd gleicher Anteil der Befragten führte eine vorzeitige oder kurzfristige Rückkehr ins Heimatland an.

Im Rahmen einer offenen Frage wurde überdies ein abweichendes oder anderes Pflegeverständnis ausländischer Pflegekräfte als gelegentliche Herausforderung für hiesige Krankenhäuser genannt.

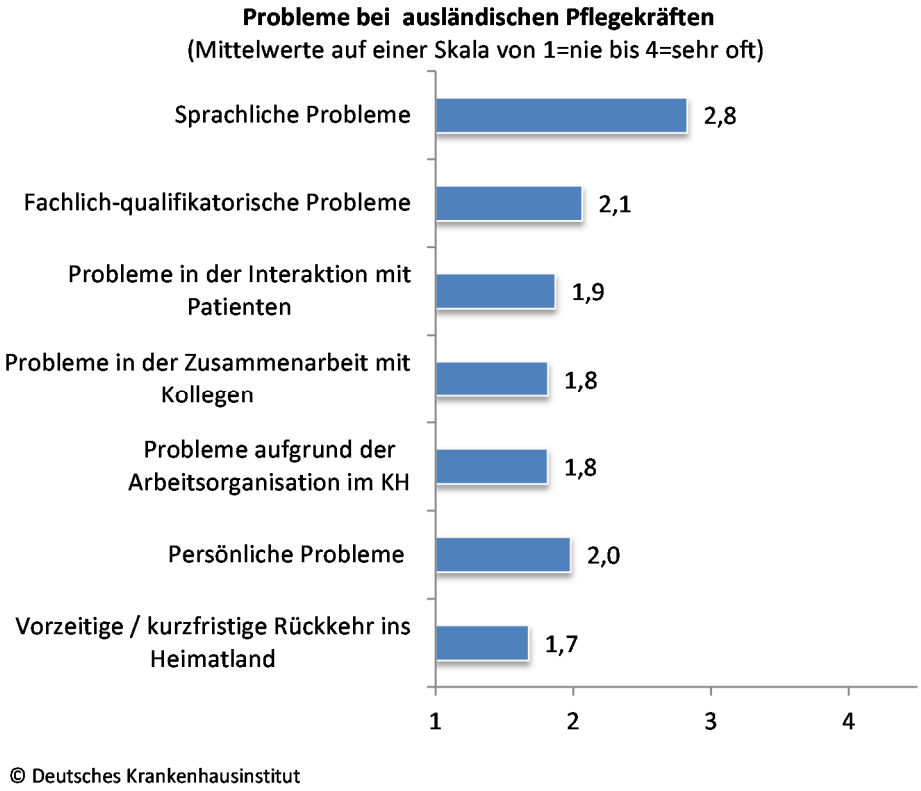


Abb. 12: Probleme bei ausländischen Pflegekräften

2.5 Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland

Künftig dürfte der Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland merklich zunehmen (Abb. 13). Nur 30% der Krankenhäuser gaben an, aktuell wie zukünftig keinen Bedarf an ausländischen Pflegekräften zu haben. Etwa ein Viertel der Einrichtungen (24%) hat bereits heute einen entsprechenden Bedarf und wird ihn auch in Zukunft haben. Relativ gesehen haben die meisten Krankenhäuser

(46%) zwar aktuell keinen Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland, gehen aber von einem Bedarf in der Zukunft aus.

Nach Krankenhausgröße fällt auf, dass die Krankenhäuser in der mittleren Bettengrößenklasse mit 300-599 Betten aktuell zwar einen unterproportionalen Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland haben, zukünftig dürfte aber hier der entsprechende Bedarf überproportional zunehmen.

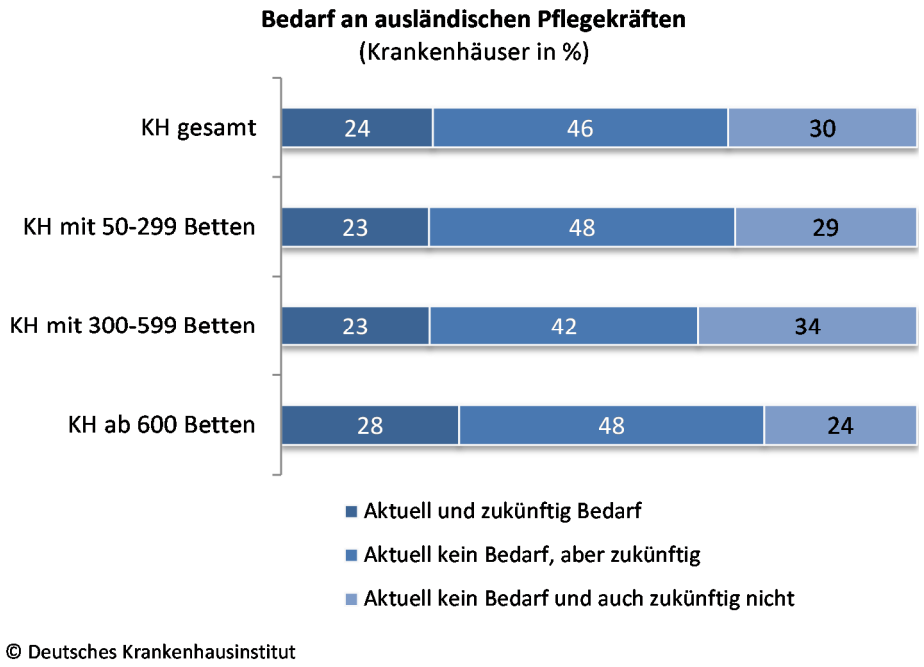


Abb. 13: Bedarf an ausländischen Pflegekräften

2.6 Zahlungsausfälle bei Patienten aus dem Ausland

Neben Mitarbeitern aus dem Ausland wurden im *Krankenhaus Barometer* auch wiederholt die Patienten aus dem Ausland thematisiert (DKI 2014, 2008). Auf der einen Seite bietet die Behandlung ausländischer Patienten Chancen für die Krankenhäuser, etwa mit Blick auf Erlössteigerung und Imagegewinn; auf der anderen Seite birgt die Behandlung ausländischer Patienten aber auch Risiken, vor allem in Form von Abrechnungsproblemen.

Aus der Praxis werden in letzter Zeit vermehrt Fälle berichtet, wonach es gerade bei dieser Patientenklientel zu Zahlungsausfällen gekommen sei (DKG,

2014, 2015a, 2015b): So behandeln die Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrages Flüchtlinge und sonstige Drittstaatsangehörige in größerer Zahl. Nach der sog. Nothelferregelung im Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsrecht ist vorgesehen, dass die Krankenhäuser die Erstattung ihrer Kosten vom jeweils zuständigen Sozialleistungsträger verlangen können. Entsprechende Forderungen scheitern aber ggf. an der Feststellung der Identität oder der grundsätzlichen Leistungsberechtigung der behandelten Personen. Des Weiteren werden in deutschen Krankenhäusern - aktuell und in der Vergangenheit - Kriegsversehrte aus ausländischen Kriegsgebieten behandelt (z.B. Libyen, Ukraine), ohne dass Rechnungen beglichen werden. Darüber hinaus werden Fälle kolportiert, wonach Schleuser behandlungsbedürftige Patienten aus dem Ausland als Notfälle in deutsche Krankenhäuser verbringen, wo sie teilweise massive Kostenausfälle verursachen.

Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* gezielt nach Zahlungsausfällen bei verschiedenen Gruppen ausländischer Patienten befragt.

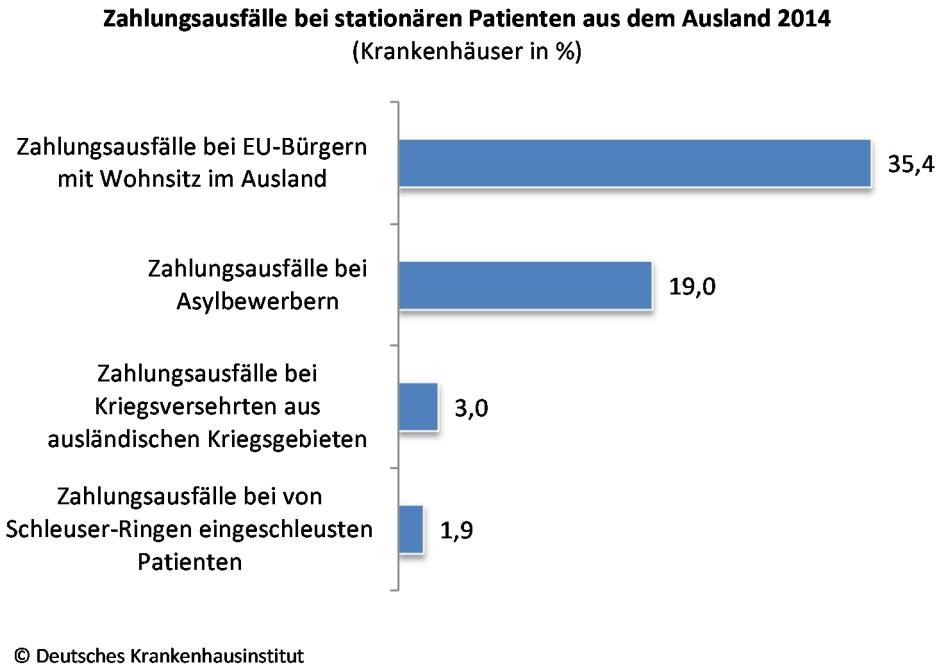


Abb 14: Zahlungsfälle bei stationären Patienten aus dem Ausland

Danach hatte im Jahr 2014 etwa jedes dritte Krankenhaus (35%) Zahlungsausfälle bei EU-Bürgern mit Wohnsitz im Ausland zu verzeichnen. 19% der Befragungsteilnehmer führten Zahlungsausfälle bei Asylbewerbern an. Aufgrund des Bezugszeitraums 2014 konnten die Auswirkungen der aktuellen Flüchtlingswelle jedoch noch nicht erfasst werden

Lediglich fünf Stichprobenkrankenhäuser führten Zahlungsausfälle bei Kriegsversehrten aus ausländischen Kriegsgebieten an. Drei Stichprobenkrankenhäuser berichteten von Zahlungsausfällen infolge von (mutmaßlich) von Schleuser-Ringen zum Zwecke der Krankenhausbehandlung eingeschleusten Patienten.

Die Anzahl der Patienten mit Zahlungsausfällen sowie die Höhe der Zahlungsausfälle können im Einzelnen der Tab. 6 entnommen werden: Bei durchschnittlich rund elf EU-Bürgern mit Wohnsitz im Ausland lag die Höhe der Zahlungsausfälle im Jahr 2014 durchschnittlich bei knapp 29.780 € pro betroffenem Krankenhaus. Das entspricht einem durchschnittlichen Zahlungsausfall von 2.809 € Euro pro entsprechendem Fall.

Tab 6: Häufigkeit und Höhe der Zahlungsausfälle bei ausländischen Patienten

Patientengruppen aus dem Ausland (Mittelwerte je KH)	Anzahl Fälle mit Zahlungsausfällen in 2014	Höhe der Zahlungsausfälle in 2014	Zahlungsausfälle je Fall in 2014
EU-Bürger mit Wohnsitz im Ausland	10,6	29.779 €	2.809 €
Asylbewerber	11,9	42.746 €	3.592 €
Kriegsversehrte	4,3	41.262 €	9.596 €
(Mutmaßlich) eingeschleuste Patienten	1	20.000 €	20.000 €

Bei durchschnittlich knapp zwölf Asylbewerbern mit Zahlungsausfällen belief sich deren Höhe auf rund 42.750 € pro betroffenem Krankenhaus. Pro entsprechendem Fall resultierte ein Zahlungsausfall von 3.592 €.

Hochgerechnet lagen die Zahlungsausfälle in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2014 bei EU-Bürgern bei 14 Mio. € und bei Asylbewerbern bei 11 Mio. €.

In den Stichprobenkrankenhäusern mit Kriegsversehrten aus ausländischen Kriegsgebieten gab es im Schnitt rund vier Patienten mit Zahlungsausfällen. Die Ausfallsumme lag hier bei 41.260 € je betroffenem Haus. Der Zahlungsausfall je Patient fiel hier mit 9.596 € insofern außerordentlich hoch aus.

Von den drei Stichprobenkrankenhäusern mit (mutmaßlich) von Schleuser-Ringen eingeschleusten Krankenhauspatienten hat nur ein Haus diesbezüglich Angaben gemacht. Hier wurde der Zahlungsausfall für einen entsprechenden Patienten auf 20.000 € beziffert.

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass die Anzahl der von Zahlungsausfällen betroffenen Krankenhäuser und damit die Anzahl der entsprechenden Patienten bei EU-Bürgern mit Wohnsitz im Ausland am höchsten sind. Die durchschnittliche Höhe der Zahlungsausfälle fällt hingegen bei Asylbewerbern, Kriegsversehrten und eingeschleusten Patienten größer aus.

3 Skill und Grade Mix in der Pflege

Die Krankenhäuser stehen heute vor dem Problem, bei einem sich abzeichnenden Fachkräftemangel im Pflegebereich die Qualität der Patientenversorgung auf einem hohen Niveau zu halten. Eine Möglichkeit dazu besteht darin, die Zusammensetzung des Personals nach Fähigkeiten und Berufserfahrungen (skills) und formellen Qualifikationen (grades) auf die im Krankenhaus vorliegende Situation anzupassen.

Die Veränderung der Personalzusammensetzung von Fachabteilungen und Stationen stellt allerdings i.d.R. einen mittel- bis langfristigen Prozess dar, wenn man nur die Personalfluktuation z.B. durch Familienphase und Verrentung einplant. Welcher Personalmix angestrebt wird, hängt von den Gegebenheit vor Ort, vor allem der Zusammensetzung der Patienten nach Art, Alter und Schwere der Erkrankung, ab.

Um einen Eindruck von der derzeitigen Situation in den beiden größten Krankenhausabteilungen – Innere Medizin und Chirurgie – zu erhalten, wurden die Krankenhäuser nach der Anzahl der Vollkräfte, die in der Krankenpflege tätig sind, gefragt. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurden die Begrifflichkeiten verwendet, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Erstellung der Qualitätsberichte vorgegeben worden sind.

An die Ermittlung der Ist-Situation schließt sich eine Einschätzung für die Veränderung der Personalzusammensetzung bis zum Jahr 2020 an.

Abschließend sollten die möglichen Gründe für eine Änderung des Skill und Grade Mix angegeben werden.

3.1 Ist-Besetzung in der Inneren Medizin und der Chirurgie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Regelungen zu den Qualitätsberichten u.a. auch eine Vorgabe für die auf Station im Pflegedienst eingesetzten Personen gemacht. Insbesondere die Aufgliederung des Assistenz-

und Hilfspersonals ist hier hilfreich, um zu einheitlichen Angaben der Krankenhäuser zu gelangen.

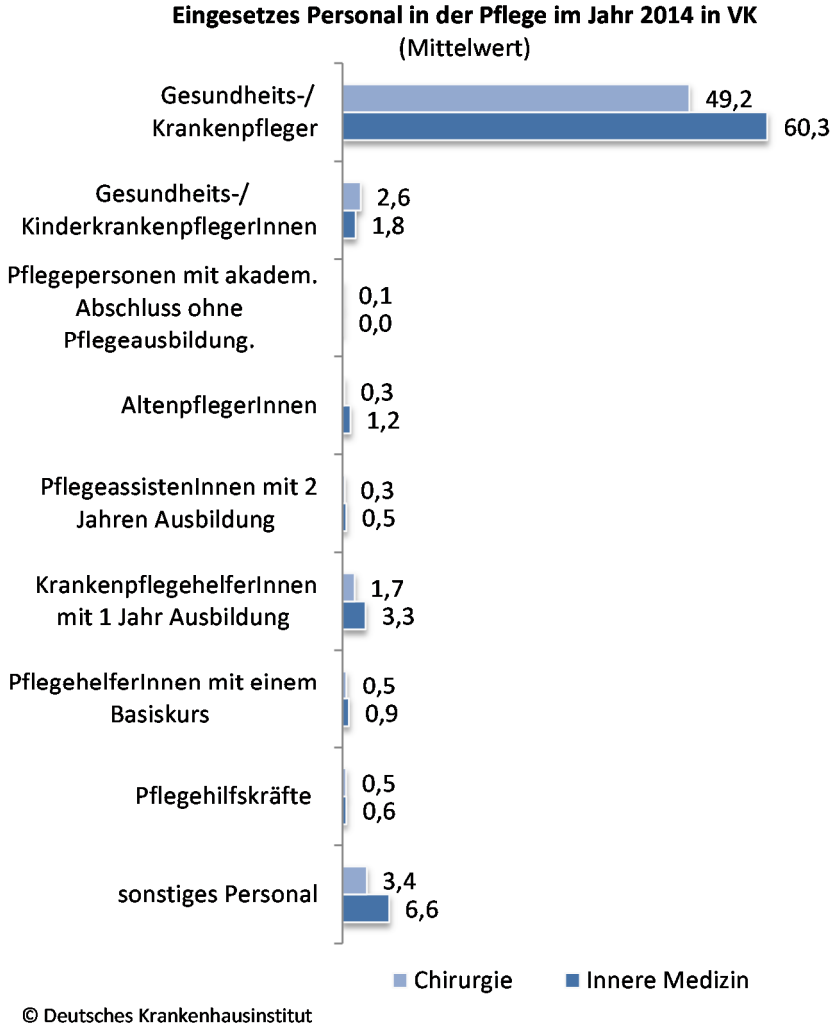


Abb 15: Anzahl der Vollkräfte, die im Jahr 2014 in der Krankenpflege tätig waren – alle Krankenhäuser und gesamtes Personal

Ergänzt wurden diese Vorgaben zum einen durch eine weitere Aufgliederung der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen/Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, zum anderen durch die Möglichkeit, akademisches Personal ohne Pflegeausbildung angeben zu können.

Im Durchschnitt über alle Krankenhäuser waren im Jahr 2014 in der Inneren Medizin 60,3 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen tätig. In der Chirurgie waren es im Mittel 49,2 Vollkräfte.[5]

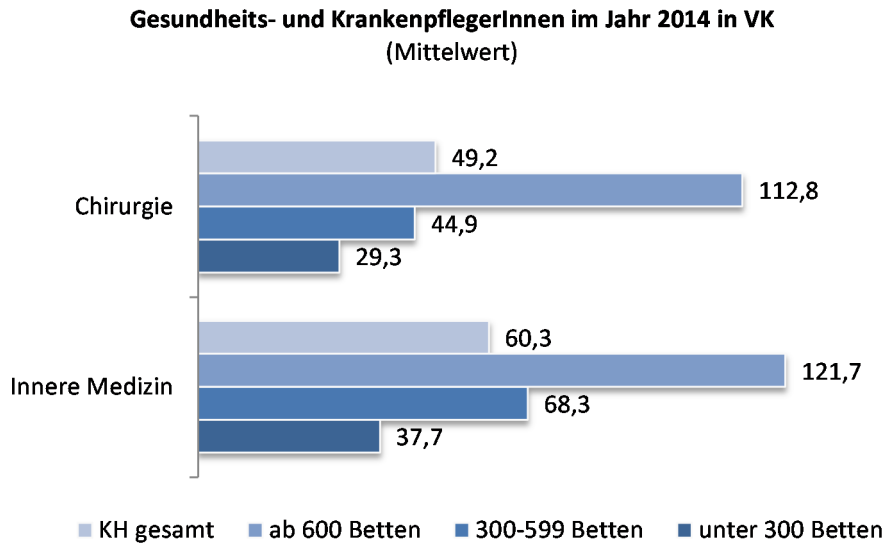
Eine nennenswerte Anzahl an Vollkräften wurde darüber hinaus beim sonstigen Personal (z.B. Medizinische Fachangestellte oder VersorgungsassistentInnen) sowie bei den Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und den KrankenpflegerhelferInnen eingesetzt.

Im Durchschnitt kommen in der Inneren Medizin 0,6 Pflegepersonen auf ein Bett. In der Chirurgie liegt der Wert bei 0,7.

Differenziert man die größte Personalgruppe, die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, nach den Krankenhäusern unterschiedlicher Größenordnung, so zeigen sich die erwarteten Unterschiede.

Je größer die Krankenhäuser sind, desto mehr Gesundheits- und KrankenpflegerInnen werden in den Abteilungen eingesetzt. Dies reicht von 29,3 Vollkräften in chirurgischen Abteilungen in Häusern mit weniger als 300 Betten bis hin zu rund 122 Vollkräften in der Inneren Medizin in den Krankenhäusern ab 600 Betten.

[5] Berücksichtigt wurden nur Krankenhäuser, die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in der Inneren Medizin bzw. der Chirurgie angegeben haben.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb 16: Anzahl der Vollkräfte, die im Jahr 2014 in der Krankenpflege tätig waren nach Bettengrößenklassen

In der Inneren Medizin werden im Durchschnitt mehr Vollkräfte eingesetzt als in der Chirurgie.

Wie sieht es nun mit der Qualifikation der eingesetzten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen aus?

Der Anteil der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit einer grundständigen 3-jährigen Ausbildung an allen Pflegepersonen, die auf einer Station eingesetzt werden, liegt in der Inneren Medizin bei rund 81%, in der Chirurgie bei rund 86%.

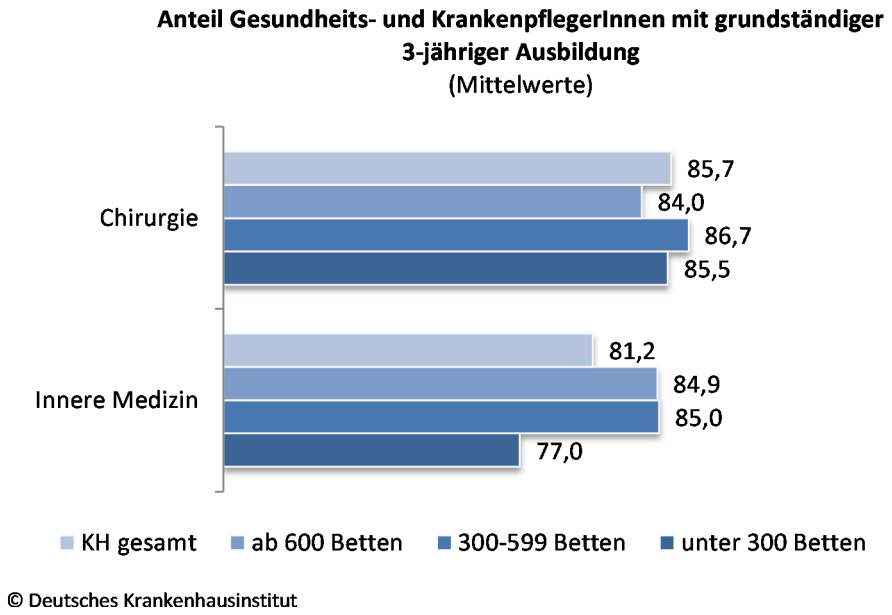


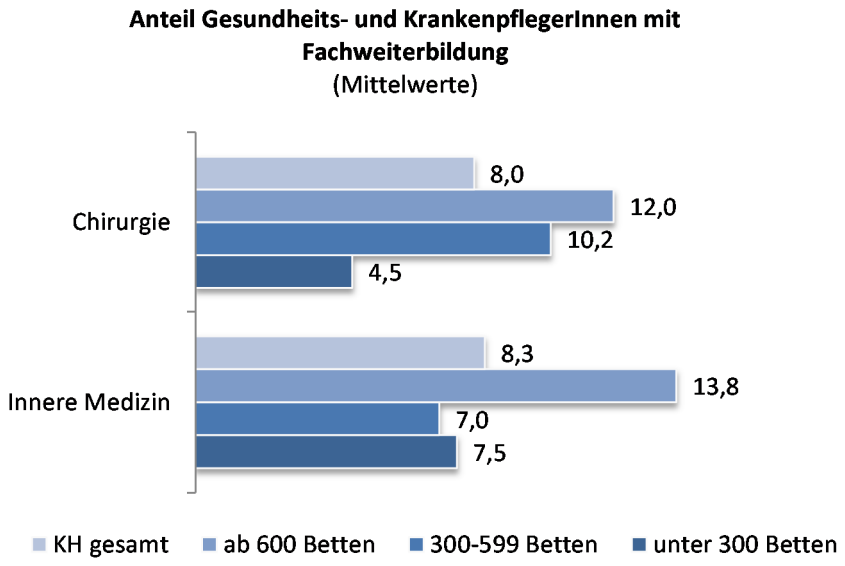
Abb 17: Anteil Gesundheits- und Krankenpfleger mit grundständiger 3-jähriger Ausbildung

Über die drei unterschiedenen Bettengrößenklassen variiert diese „Examiniertenquote". In der Inneren Medizin steigt der Anteil der Fachkräfte mit 3-jähriger Ausbildung mit der Größe des Krankenhauses.

Die Krankenhäuser sollten außerdem angeben, wie viele Vollkräfte mit einer Fachweiterbildung mit mindestens 720 Stunden Weiterbildungsdauer in pflegerischen Fachgebieten oder für Leitungsqualifikation auf bettenführenden Stationen eingesetzt werden. Es ging explizit nicht um fachweitergebildete Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die in Funktionsbereichen eingesetzt werden.

Im Durchschnitt werden sowohl in der Inneren Medizin als auch in der Chirurgie rund 8% Vollkräfte eingesetzt, die über eine entsprechende Fachweiterbildung verfügen.

Auch hier zeigen sich größenbedingte Unterschiede. In den Krankenhäusern ab 600 Betten liegt sowohl in der Inneren Medizin als auch in der Chirurgie der Anteil der fachweitergebildeten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen am höchsten. Er beträgt 12% in der Chirurgie und in der Inneren Medizin rund 14%.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb 18: Anteil Gesundheits- und Krankenpfleger mit Fachweiterbildung von mindestens 720 Stunden Dauer

Die Ausdifferenzierung des Skill und Grade Mix zeigt sich u.a. auch daran, dass auf der einen Seite akademisch aus- und weitergebildetes Pflegepersonal auf einer Station eingesetzt wird, auf der anderen Seite der Einsatz von Assistenz- und Hilfskräften (vgl. *Krankenhaus Barometer* 2014).

Der Einsatz von akademisch aus- und weitergebildetem Pflegepersonal ist eher noch die Ausnahme in den Krankenhäusern. Folgende Pflegepersonen wurden unter diese Kategorie gefasst:

- Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit akademischem Abschluss
- Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen mit akademischem Abschluss
- Pflegepersonen mit akademischem Abschluss ohne Pflegeausbildung.

In lediglich einem Fünftel der Krankenhäuser werden akademische Pflegepersonen eingesetzt. Im Durchschnitt über alle Krankenhäuser, die über eine Abteilung für Innere Medizin verfügen, werden rd. 0,7 Akademiker eingesetzt. Bei den Krankenhäusern, die über eine chirurgische Fachabteilung verfügen, liegt die durchschnittliche Anzahl bei 0,5.

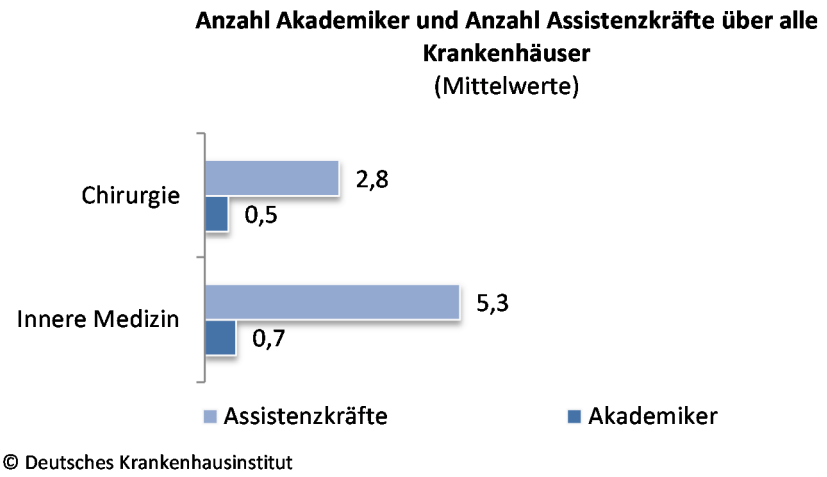


Abb 19: Durchschnittliche Anzahl Akademiker und Assistenzkräfte über alle Krankenhäuser

Betrachtet man nur die Krankenhäuser, die solche Pflegepersonen auch einsetzten, dann liegt die mittlere VK-Zahl in der Inneren Medizin bei 3,6. In der Chirurgie werden durchschnittlich weniger akademisch qualifizierte Pflegepersonen auf den Stationen eingesetzt. Der Mittelwert liegt hier bei 0,5.

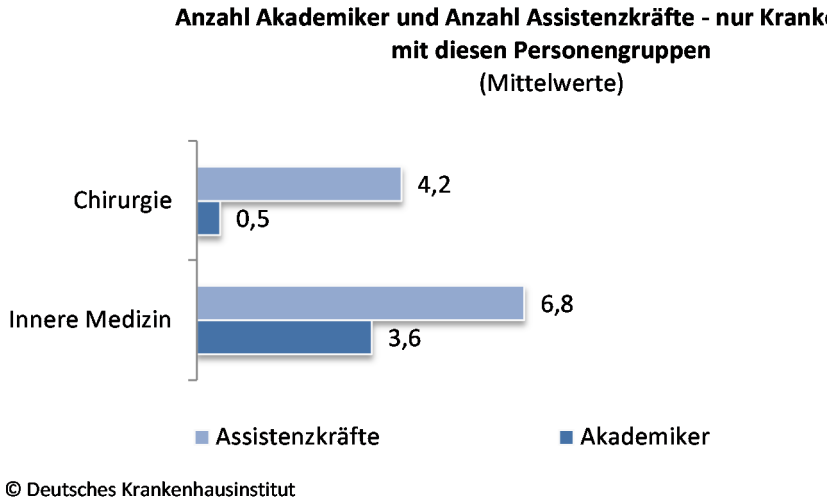


Abb 20: Durchschnittliche Anzahl Akademiker und Assistenzkräfte – nur Krankenhäuser mit dem Einsatz der entsprechenden Personengruppe

In zwei Krankenhäusern werden in der Inneren Medizin akademisch ausgebildete Pflegepersonen im zweistelligen VK-Bereich eingesetzt. In dem Großteil

der Häuser findet sich in dieser Abteilung nur eine Vollkraft mit dieser Qualifikation.

In der Chirurgie gibt es ebenfalls zwei Krankenhäuser, die akademisch ausgebildete Pflegepersonen im zweistelligen Bereich einsetzen. Ansonsten werden i.d.R. nur ein bis zwei Vollkräfte beschäftigt.

In den meisten Krankenhäusern werden entweder in der Inneren Medizin oder in der Chirurgie akademische Pflegepersonen eingesetzt. Nur 7% aller Krankenhäuser setzen sie in beiden Abteilungen parallel ein.

Während die akademisch ausgebildeten Pflegepersonen das eine Ende des Grade Mix ausmachen, befinden sich die Assistenz- und Hilfskräfte am anderen Ende.

Unter Assistenz- und Hilfskräfte werden hier folgende Personengruppen verstanden:

- PflegeassistentInnen mit 2 Jahren Ausbildung,
- KrankenpflegehelferInnen mit 1 Jahr Ausbildung,
- PflegehelferInnen mit einem Basiskurs von mindestens 200 Stunden Dauer sowie
- Pflegehilfskräfte mit einem Kurs von unter 200 Stunden Dauer.

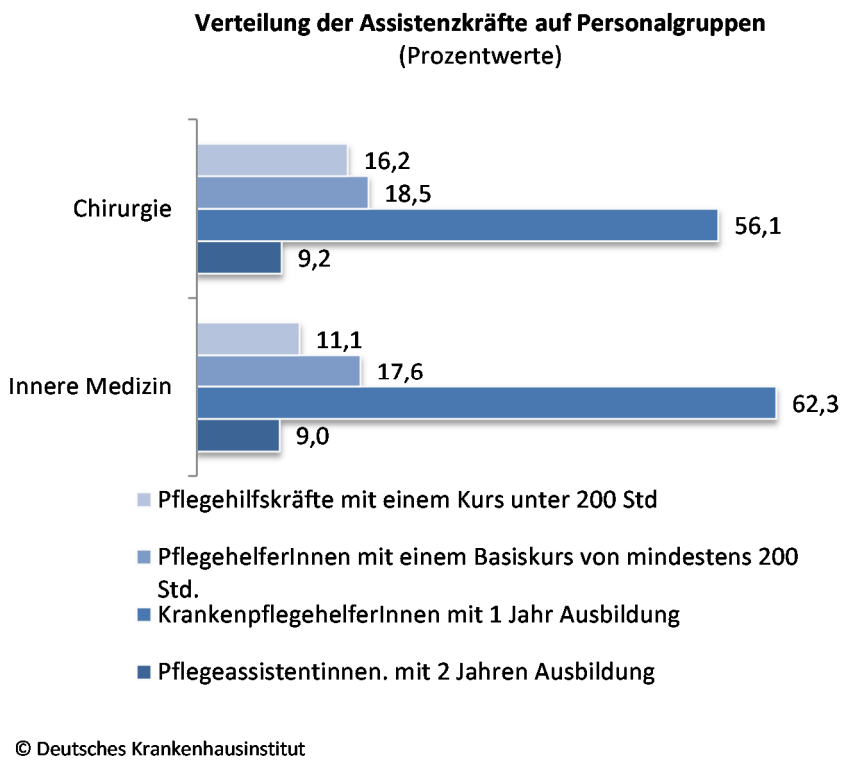


Abb 21: Verteilung der Assistenz- und Hilfskräfte auf die Personalgruppen

In mehr als der Hälfte der Krankenhäuser werden Assistenz- und Hilfskräfte in der Inneren Medizin eingesetzt. In rund 45% der Chirurgischen Abteilungen finden sich Pflegepersonen mit dieser Qualifikation.

Die mittlere Anzahl der eingesetzten Assistenz- und Hilfskräfte, die in der Inneren Medizin eingesetzt werden, liegt bei 5,7 Vollkräften. In der Chirurgie liegt der Wert bei 3,1.

Schaut man sich an, welche Personalgruppe in den Krankenhäusern am häufigsten vertreten ist, dann handelt es sich um die KrankenpflegehelferInnen mit 1-jähriger Ausbildung. Die anderen drei genannten Personalgruppen sind dagegen eher selten in den Häusern vertreten.

3.2 Erwartungen für die Besetzung im Jahr 2020

Neben dem Ist- Zustand hinsichtlich des Skill und Grade Mix in den beiden Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie sollten die Krankenhäuser auch angeben, welche Erwartungen sie für das Jahr 2020 in Bezug auf die Anzahl der Vollkräfte in den unterschiedenen Berufsgruppen haben.

Aus diesen Angaben ergibt sich nicht nur der Personalbedarf für die kommenden fünf Jahre, sondern in der Gesamtbetrachtung auch eine mögliche Veränderung in der Zusammensetzung des Personals.

Es wurde auch explizit danach gefragt, ob sich der Skill und Grade Mix in der Pflege bis zum Jahr 2020 deutlich ändern wird.

Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser gehen somit davon aus, dass sich bis zum Jahr 2020 der Skill und Grade Mix in der Pflege in ihrem Hause deutlich ändern wird.

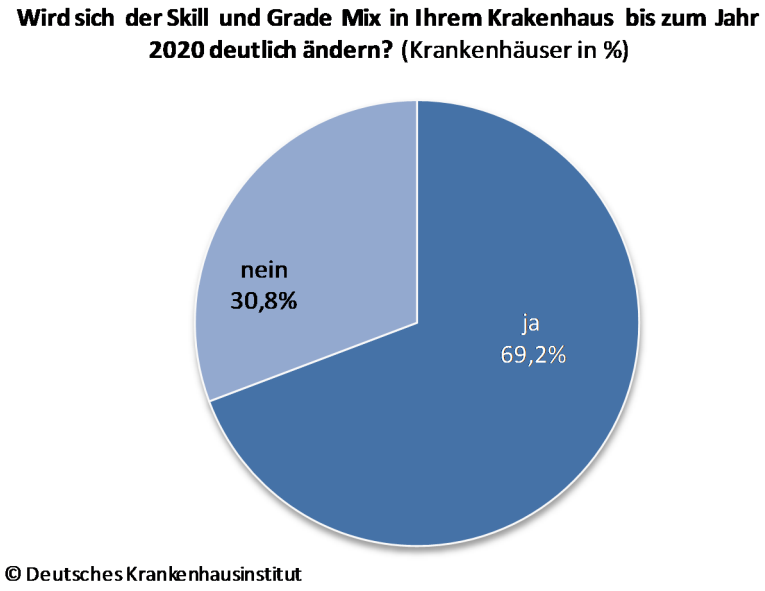


Abb 22: Änderung des Skill und Grade Mix

Für die beiden schon betrachteten Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie wurden Erwartungen für die Änderung der Zusammensetzung der Vollkräftezahl abgefragt. Für die Auswertungen wurden nur die Krankenhäuser

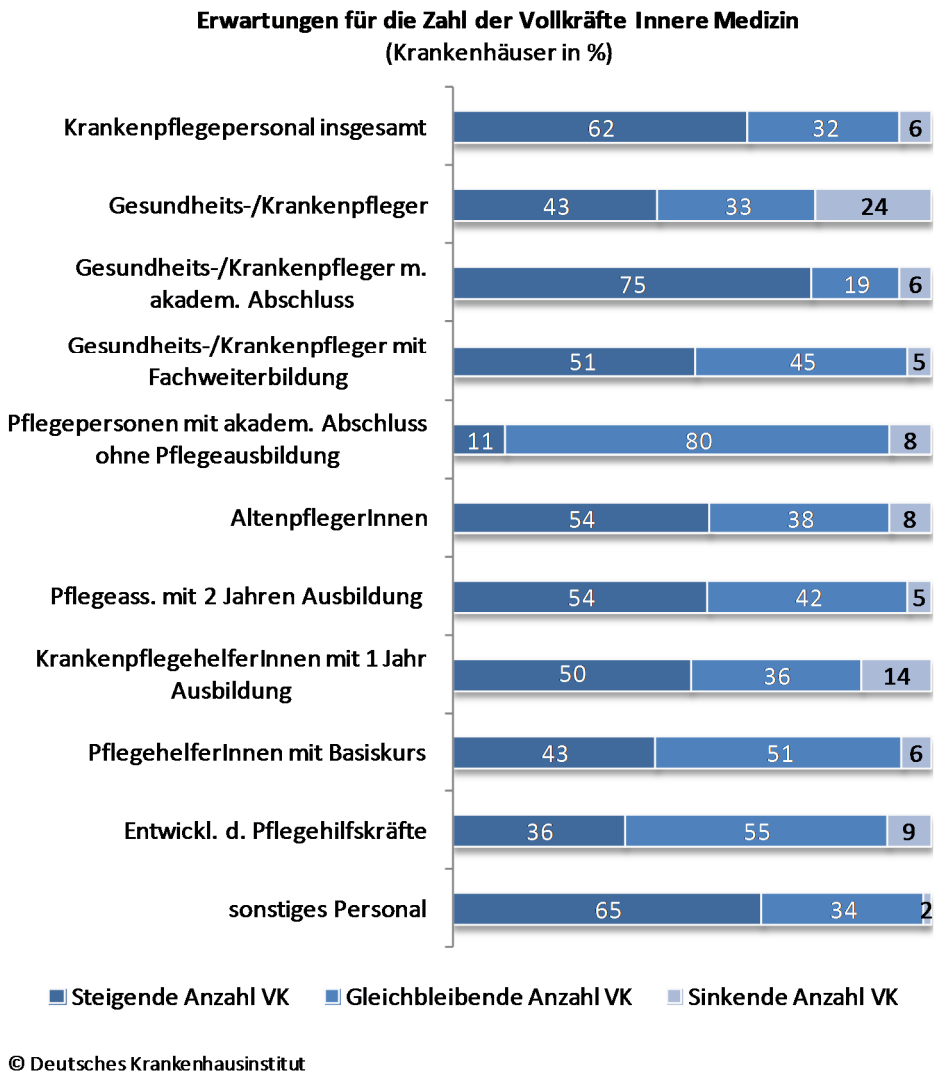
berücksichtigt, die schon aktuell über eine Abteilung Innere Medizin bzw. Chirurgie verfügen.

Es gehen 62% der Krankenhäuser davon aus, dass sie im Jahr 2020 mehr Vollkräfte im Bereich des Krankenpflegepersonals in der Inneren Medizin benötigen als im Jahr 2014. Rund ein Drittel der Häuser geht von einem gleichbleibenden Stand der Vollkräfte aus.

Für die Fachabteilung Chirurgie geht auch über die Hälfte der Krankenhäuser von einem Zuwachs des Pflegepersonals aus. Rund 39% der Häuser nehmen allerdings an, dass sich die Zahl der Vollkräfte nicht erhöhen wird.

Bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ist die Meinung aber geteilt, ob es zu einer Zunahme der Vollkraftstellen kommen wird. Für die Innere Medizin erwarten dies lediglich 43% der Krankenhäuser. Ein Drittel geht von einer gleichbleibenden Anzahl aus, während fast ein Fünftel der Häuser gar von einer sinkenden Anzahl von Vollkräften ausgeht.

In der Chirurgie herrscht fast eine Gleichverteilung der Erwartungen. Je 36% sehen eine Zunahme bzw. einen gleichbleibenden Stand der Zahl der Vollkräfte. Rund 28% nehmen eine abnehmende Zahl von Vollkräften an.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb 23: Erwartungen für das Jahr 2020 – Innere Medizin

Weitere deutliche Zuwächse werden bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit akademischem Abschluss gesehen. Sowohl in der Inneren Medizin als auch in der Chirurgie erwartet eine deutliche Mehrheit der Krankenhäuser hier eine Veränderung.

Für beide Fachabteilungen zeigt sich, dass eine steigende Zahl von Vollkräften nicht nur von denjenigen erwartet wird, die schon Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit akademischem Abschluss einsetzen.

In die gleiche Richtung zielt auch die Erwartung der Krankenhäuser, dass die Zahl der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit Fachweiterbildung zunehmen werde. Das erwartet jeweils die Hälfte der Häuser für die beiden Fachabteilungen.

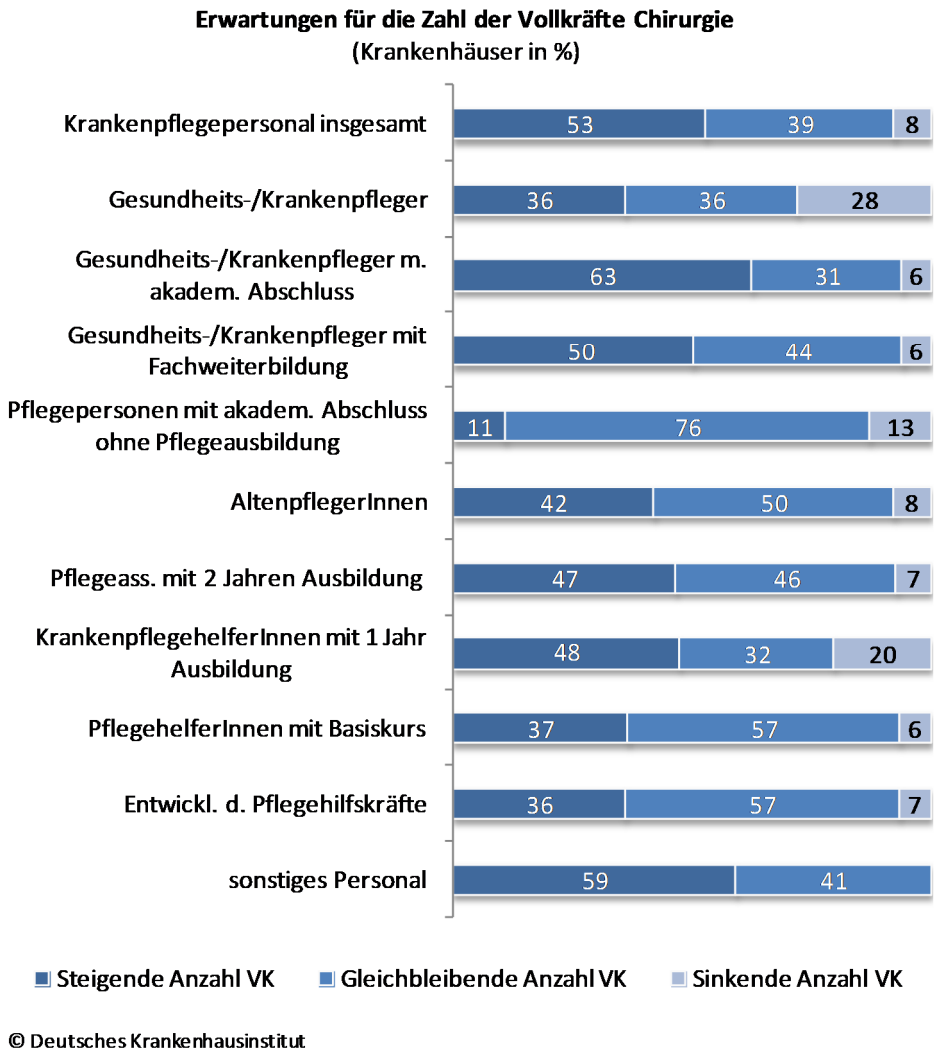


Abb 24: Erwartungen für das Jahr 2020 – Chirurgie

Hinsichtlich der Assistenz- und Hilfskräfte zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Bei den PflegeassistentInnen mit 2-jähriger Ausbildung und den KrankenpflegehelferInnen mit 1jähriger Ausbildung geht etwa die Hälfte der Krankenhäuser sowohl in der Chirurgie als auch in der Inneren Medizin von einer Zunahme der Vollkraftstellen aus. Dagegen geht wiederum die Hälfte der Häuser für beide Fachabteilungen von einem gleichbleibenden Stand der Vollkräfte bei

den PflegehelferInnen mit einem Basiskurs von unter 200 Stunden bzw. den Pflegehilfskräften mit einem Kurs unter 200 Stunden Dauer aus.

Hier scheint sich eine leichte Präferenz für eine bestimmte Form des Assistenz- und Hilfskraftpersonals abzuzeichnen.

In die gleiche Richtung zeigt auch die erwartete Entwicklung beim sonstigen Personal (z.B. Medizinische Fachangestellte oder VersorgungsassistentInnen). Hier geht eine deutliche Mehrheit der Häuser von einer weiteren Zunahme der sonstigen Kräfte aus.

Von einer Zunahme der auf Station eingesetzten AltenpflegerInnen geht über die Hälfte der Krankenhäuser für die Innere Medizin aus. Im Bereich der Chirurgie prognostizieren das 42% der Befragten.

Die Krankenhäuser erwarten für das Jahr 2020 einen anderen Skill und Grade Mix als heute. Sie gehen von einer weiteren Differenzierung der Fähigkeiten und Qualifikationen aus. Auf der einen Seite wird eine stärkere Professionalisierung durch eine Zunahme der fachweitergebildeten bzw. akademisierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen gesehen. Auf der anderen Seite werden bestimmte Formen der Assistenz- und Hilfskräfte stärker als heute auf den Stationen vertreten sein. Darüber hinaus werden andere Berufsgruppen, wie AltenpflegerInnen oder sonstiges Personal häufiger in den Fachabteilungen anzutreffen sein.

3.3 Gründe für die Änderung des Skill und Grade Mix

Abschließend wurden die Krankenhäuser nach den Gründen für die erwartete Änderung des Skill und Grade Mix in der Pflege gefragt.

Eine monokausale Begründung für die Änderung gibt es nicht. Stattdessen werden fast gleichgewichtig eine Vielzahl von Gründen angegeben, die die Krankenhäuser erwarten lassen, dass sich die Zusammensetzung der Personen in der Pflege bis zum Jahr 2020 ändern wird.

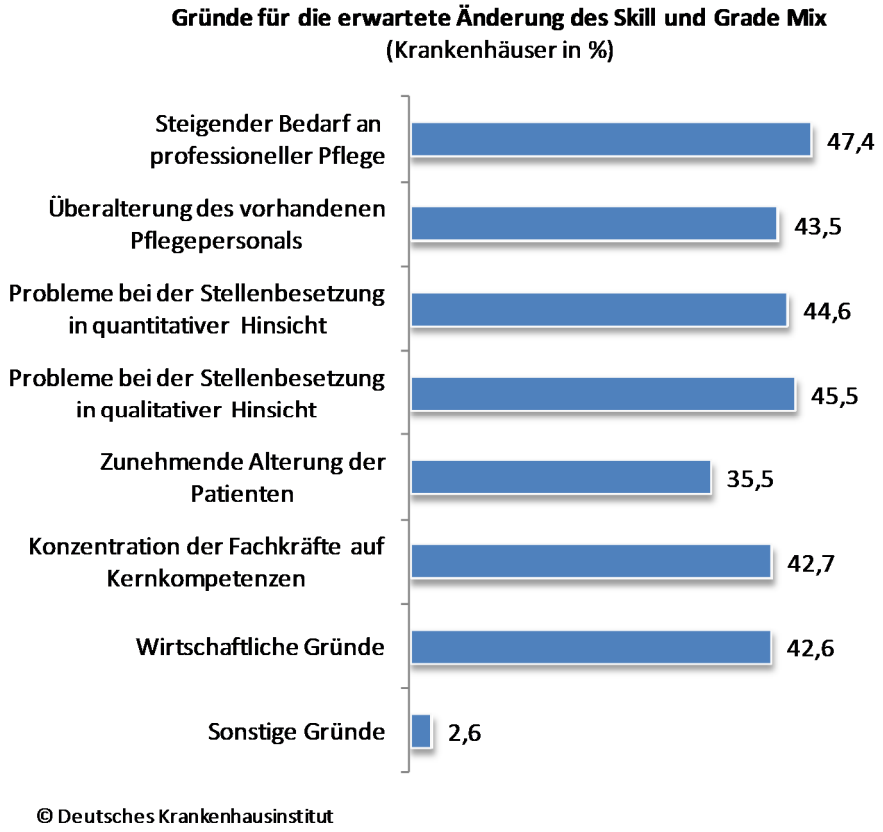


Abb 25: Gründe für die erwartete Änderung des Skill und Grade Mix

Aus patienteninduzierten Gründen wird vor allem ein steigender Bedarf an professioneller Pflege erwartet. Rd. 47% der Krankenhäuser gaben dies als Grund an. Die Krankenhäuser ab 600 Betten liegen mit rund 58% Zustimmung deutlich über dem Durchschnitt, während die Häuser mit 300 bis 599 Betten mit 44,8% etwas unterhalb des Mittelwertes liegen.

Der weitere patientenbedingte Grund, nämlich die zunehmende Alterung der Patienten, wird weitaus seltener genannt. Auch hier liegen die großen Krankenhäuser mit 48% deutlich über dem Mittelwert.

Als hausinterne Gründe für eine Änderung des Skill und Grade Mix können zum einen die Überalterung des vorhandenen Pflegepersonals angesehen werden, zum anderen wirtschaftliche Gründe. Beide Gründe wurden von rund 43% der Krankenhäuser angegeben. Wirtschaftliche Gründe werden von den Krankenhäusern der unterschiedlichen Größe ähnlich häufig genannt. Bei der

Überalterung des vorhandenen Pflegepersonals liegen die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten mit 37% Angaben und die Häuser ab 600 Betten mit 52% Angaben deutlich auseinander.

Stellenbewerberbezogene Gründe wurden annähernd gleich häufig genannt. Von 44,6% der Krankenhäuser wurden Probleme bei der Stellenbesetzung in quantitativer Hinsicht als Grund für die Änderung erwähnt. Fast gleich viele Häuser gaben Probleme in qualitativer Hinsicht an. Vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten haben mit diesen Problemen zu kämpfen.

Ein wichtiger pflegebezogener Grund, nämlich die Konzentration der Fachkräfte auf ihre Kernkompetenzen, nannten rund 43% der Krankenhäuser als Grund für die erwartete Änderung des Skill und Grade Mix. Je größer die Häuser sind, desto häufiger wurde dieser Grund erwähnt. Während 37% der Krankenhäuser unter 300 Betten dies angaben, waren es schon 61% der Häuser ab 600 Betten.

4 OP-Management

Der Operations-(OP-)Bereich ist der kostenintensivste Arbeitsbereich in einem Krankenhaus und stellt zugleich ein bedeutendes Nadelöhr für die Versorgung von chirurgischen Patienten dar. Interessant ist insofern die Betrachtung, ob durch eine effiziente Koordination der Arbeitsabläufe und Prozesse im OP-Bereich beispielsweise die Qualität der Patientenversorgung, die Arbeitszufriedenheit aller beteiligten Mitarbeiter oder die Kosten beeinflusst werden können. Daher wird dem OP-Management häufig eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die zentrale Aufgabe des OP-Managements besteht in der Planung und Steuerung der Abläufe im OP-Bereich im Sinne eines Kapazitäts- und Patientenmanagements mit dem Ziel, die Leistung qualitativ hochwertig sowie wirtschaftlich und wettbewerbsfähig zu erbringen. Ein Teil der deutschen Krankenhäuser setzt hierfür ein hauptamtliches OP-Management ein, andere Kliniken organisieren ihren OP-Bereich durch ein nebenamtliches OP-Management. Dabei gilt das OP-Management heute als eine der zentralen Herausforderungen einer jeden Krankenhausführung. In kaum einem andern Leistungsbereich arbeiten so viele fachlich hoch qualifizierte Mitarbeiter im Krankenhaus auf engstem Raum zusammen wie im OP-Bereich.

Im *Krankenhaus Barometer* 2015 wurden die teilnehmenden Kliniken nach den wesentlichen Kennzahlen ihres OP-Managements befragt.

4.1 Organisation des OP-Bereichs

Dazu wurden zu Beginn die Krankenhäuser unter den Teilnehmern identifiziert, welche Operationssäle in ihrem Haus vorhalten. Knapp zwei Drittel der Befragten gaben an, über Operationssäle zu verfügen (Abb. 26). Dementsprechend beziehen sich alle weiteren Antworten bzw. Auswertungen zum OP-Management auch nur auf diese Krankenhäuser.

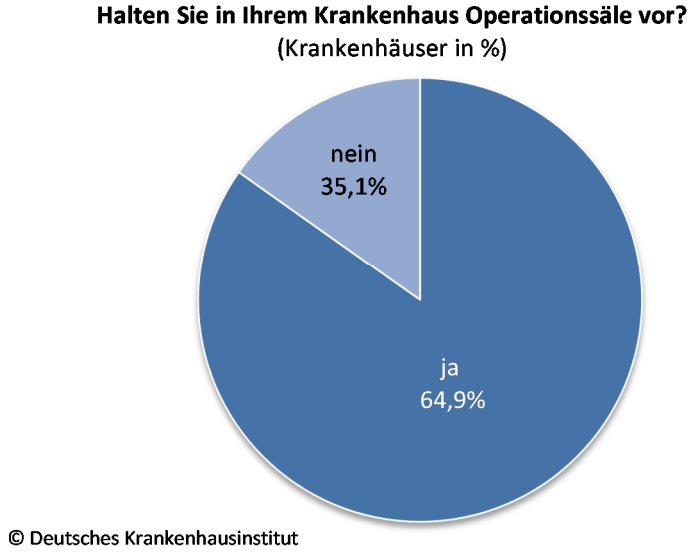


Abb 26: Prozentsatz der Krankenhäuser mit Operationssälen

Gefragt nach der Anzahl der vorgehaltenen Operationssäle berichteten die Einrichtungen im Mittel 3,9 Säle in dezentralen OP-Einheiten, 6,2 Säle in zentralen OP-Einheiten und einen speziell ausgewiesenen OP nur für Notfälle vorzuhalten. Dabei ist die Varianz der vorgehaltenen Säle bei einem Maximum von bis zu 61 Sälen in dezentralen OP-Einheiten und bis zu 41 Sälen in zentralen OP-Einheiten erheblich (Tab. 7).

Tab 7: Anzahl vorgehaltener OP-Säle in den Krankenhäusern

	Säle insgesamt in dezentralen OP-Einheiten	Säle insgesamt in zentralen OP-Einheiten	Speziell ausgewiesener OP nur für Notfälle
Mittelwert	3,9	6,2	1,0
Median	2,0	5,0	1,0
Minimum	0,0	1,0	0,0
Maximum	61,0	41,0	6,0

Unabhängig von der Organisation der OP-Säle, melden 31% der Krankenhäuser eine Saalöffnungsdauer von bis zu 8 Stunden am Wochentag zurück. 61% der Kliniken haben ihre Operationssäle zwischen 8 und 10 Stunden pro Tag

geöffnet. Nur 8% der Einrichtungen haben ihre OP-Säle länger als 10 Stunden täglich in Betrieb (Abb. 27).

Während im Allgemeinen nur 3% aller Krankenhäuser wochentags eine Saalöffnung von über 12 Stunden vorweisen, ist dies überdurchschnittlich oft in ländlichen Räumen (12,3%) vorzufinden.

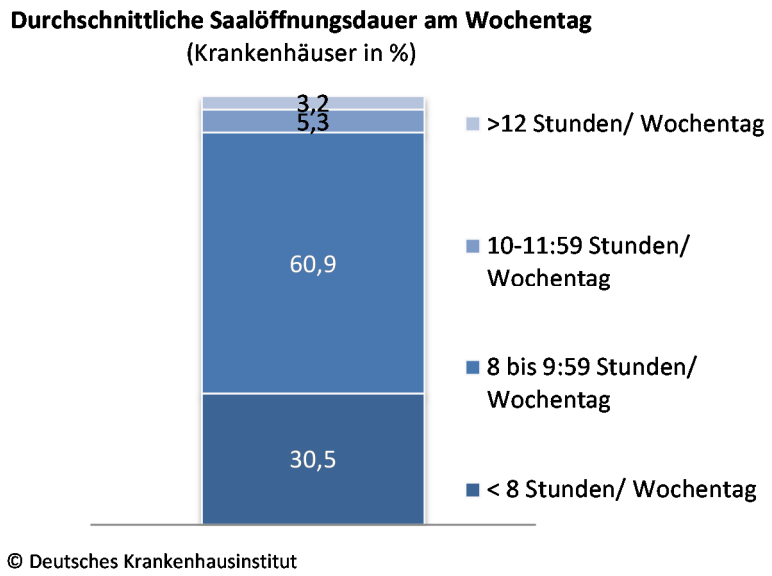


Abb 27: Durchschnittliche Saalöffnungsdauer am Wochentag

Nur wenige Kliniken (8%) führen ihre Operationssäle am Wochenende im Elektivbetrieb. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser (92%) stellen am Wochenende nur einen Notfallbetrieb sicher (Abb. 28). Lediglich Häuser in ländlichen Regionen gaben überproportional häufig (23,8%) auch einen Elektivbetrieb ihrer OP-Säle am Wochenende an.

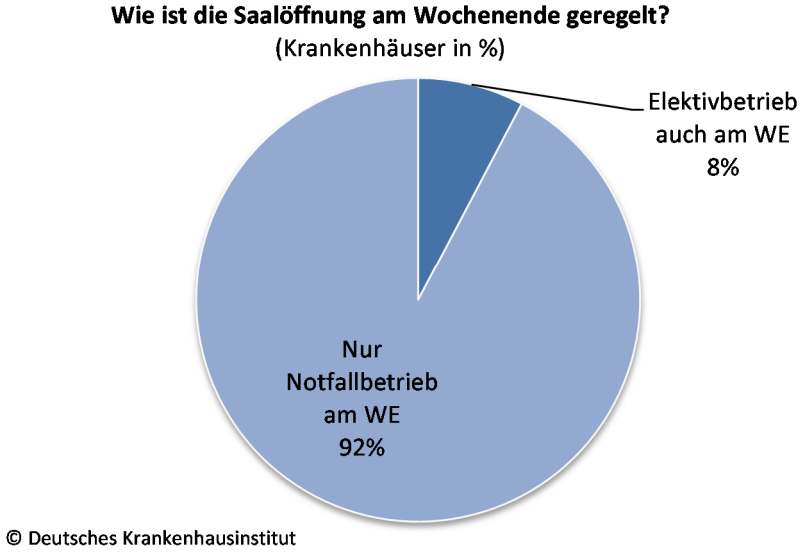


Abb 28: Regelung der Saalöffnung am Wochenende

Das Management des OP-Bereichs besteht in gut einem Drittel der Krankenhäuser aus einer Doppelspitze mit z.B. „Ärztlichem- / OP-Koordinator“ und „OP-Dienstleitung“ bzw. „Funktioneller- / Pflegerischer Leistung“. Ein weiteres Drittel der Häuser hat einen Gesamt- / OP-Manager im Hauptamt, der sich dieser Aufgabe annimmt. In 23% der Kliniken wird das OP-Management von einem Gesamt- / OP-Manager im Nebenamt ausgeführt. 6% der Einrichtungen haben ein Team für ihr OP-Management etabliert, welches aus mindestens drei Mitgliedern besteht. Dieses Management-Team setzt sich beispielsweise nur aus Ärzten zusammen / aus Ärzten, Pflegekräften, Krankenhaus-Management / Pflege, Management / Ärzten, Management / oder Ärzten, Pflege (Abb. 29).

Unter den sonstigen Besetzungen eines OP-Managements wurden beispielsweise ein Arzt-Pflege-Koordinator oder ein Team aus OP-Manager und Dispatcher genannt.

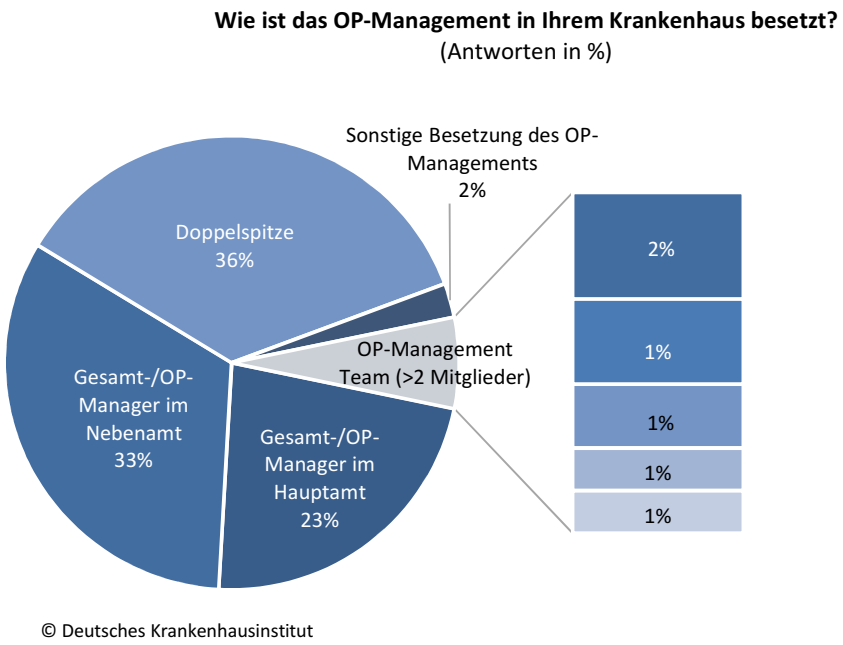


Abb 29: Besetzung des OP-Managements

Die Aufgaben, welche in den einzelnen Krankenhäusern standardmäßig in den Zuständigkeitsbereich eines OP-Managements fallen, sind sehr vielfältig (Abb. 30). Nahezu sämtliche Kliniken übertragen ihrem OP-Management das Durchführen tagesaktueller Änderungen im OP-Plan (95%) sowie das Kapazitätsmanagement (92%). Der überwiegende Teil der OP-Manager kümmert sich des Weiteren um die strategische Planung (84%) wie beispielsweise die Erstellung und Freigabe des OP-Plans sowie das Schnittstellenmanagement in den Krankenhäusern (83%; z.B. Anästhesie, Chirurgie, Pflege, Transport, Zulieferung, Reinigung). Häufige Aufgaben sind ebenfalls das Kommunikations-, Informations- und Konfliktmanagement (66%), die Mitwirkung bei der Planung von Bau- und Reparaturmaßnahmen (62%) und die Verantwortung für die Einhaltung der Hygienevorschriften (61%).

Gut ein Drittel der Krankenhäuser teilen ihrem OP-Management auch die Aufgabe der Steuerung von perioperativen Patientenströmen zu. Das Finanz- und Budgetmanagement gehört dahingegen nur in wenigen Einrichtungen (10%) standardmäßig zum Aufgabenbereich des OP-Managements.

Abb 30: Standardmäßige Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des OP-Managements

4.2 Kennzahlen

Eine zentrale Aufgabe des OP-Managements ist es stets, die vorhandenen Ressourcen leistungsgerecht auf alle Nutzer so zu verteilen, dass eine optimale Leistungserbringung erfolgen kann. Um den Nutzern gleichermaßen gerecht zu werden und größtmögliche Transparenz zu schaffen, werden häufig

Ergebnisse bzw. Ziele (z.B. Beginn-Zeiten, Auslastungsgrade etc.) der Nutzung des OP-Bereichs in einem regelmäßig aufbereiteten OP-Reporting verankert und mit vorher definierten Zielkennzahlen abgeglichen.

Im *Krankenhaus Barometer* 2015 wurden die teilnehmenden Krankenhäuser gefragt, welche Kennzahlen in ihrem Haus im Rahmen einer verbesserten OP-Effizienz durch das OP-Management oder Controlling standardmäßig erhoben werden.

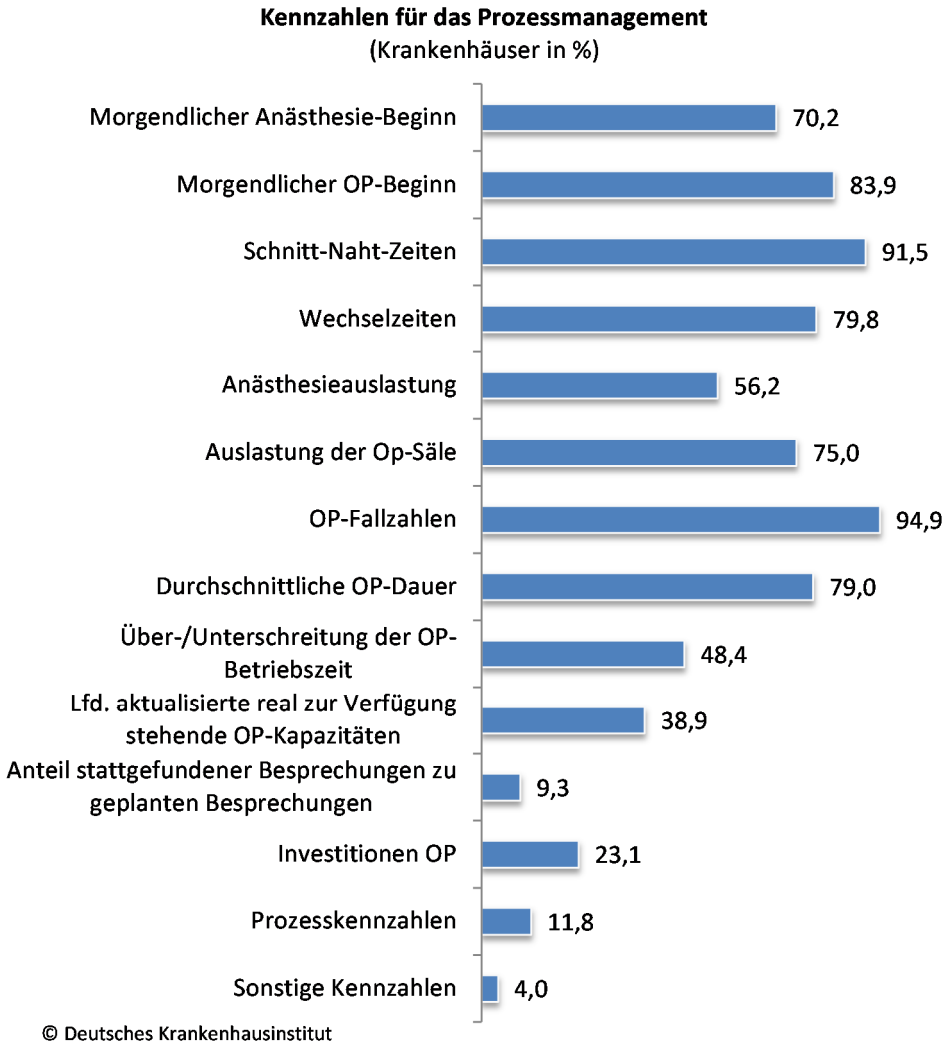


Abb 31: Kennzahlen im Rahmen einer verbesserten OP-Effizienz: Prozessmanagement

Die häufigsten Kennzahlen, die die Krankenhäuser im Rahmen ihres OP-Reportings berichten, betreffen das Prozessmanagement des OP-Bereichs (Abb. 32). So erheben standardmäßig fast sämtliche Kliniken die OP-Fallzahlen (95%) und die Schnitt-Naht-Zeiten (92%). Der überwiegende Teil der Krankenhäuser hält zudem den morgendlichen OP-Beginn (84%; erste dokumentierte Schnittzeit pro Saal und Tag), die Wechselzeiten (80%), die durchschnittliche OP-Dauer (79%), die Auslastung der OP-Säle (75%; Summe Schnitt-Naht-Zeiten durch Betriebszeiten des OP-Saals) sowie den morgendlichen Anästhesie-Beginn (70%) fest.

Prozesskennzahlen, wie beispielsweise die Quote der Schulungen pro Jahr bezogen auf die Anzahl der Mitarbeiter (12%) und der Anteil stattgefundener (Routine-)Besprechungen zu geplanten (Routine-)Besprechungen (9%), spielen dagegen eine eher untergeordnete Rolle.

Unter den sonstigen Kennzahlen, die im Rahmen des OP-Reportings in den Einrichtungen nachgehalten werden, befanden sich beispielsweise die Nachmeldestatistik oder die Auslastung der Nicht-Regelarbeitszeit.

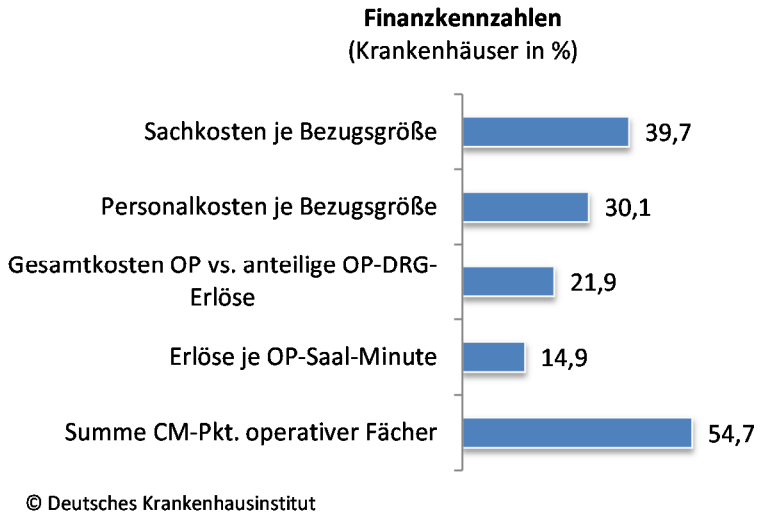


Abb 32: Kennzahlen im Rahmen einer verbesserten OP-Effizienz: Finanzkennzahlen

Gut die Hälfte der Krankenhäuser, die über Operationssäle verfügen, halten die Summe der Case Mix (CM)-Punkte aller operativen Fächer nach (Abb. 33).

40% der Einrichtungen berechnen die Sachkosten je Bezugsgröße (z.B. je CM-Punkt) und 30% zusätzlich die Personalkosten je Bezugsgröße (z.B. je CM-Punkt).

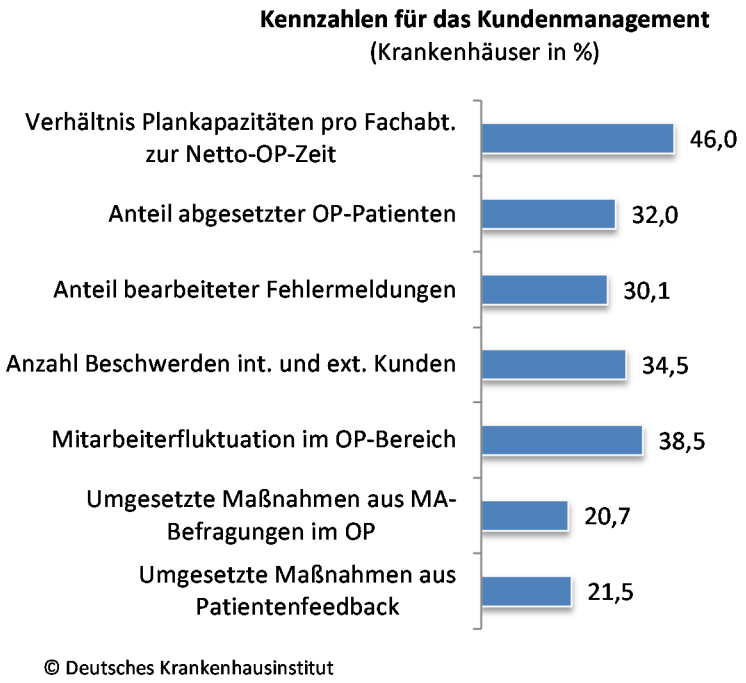


Abb 33: Kennzahlen im Rahmen einer verbesserten OP-Effizienz: Kennzahlen für das Kundenmanagement

Für ein effizientes Kundenmanagement im OP-Bereich erhebt knapp die Hälfte der Krankenhäuser das Verhältnis der Plankapazitäten pro Fachabteilung zur Netto-OP-Zeit (Abb. 33). 40% der Kliniken überprüfen ihre Mitarbeiterfluktuation speziell im OP-Bereich. Des Weiteren wird in rund jedem dritten Krankenhaus der Anteil abgesetzter OP-Patienten an der Gesamtzahl der Operationen nach Einschleusung ermittelt und der Anteil bearbeiteter Fehlermeldungen (z.B. CIRS) sowie die Anzahl von Beschwerden interner und externer Kunden nachgehalten.

Hinsichtlich des Mitarbeitermanagements wird in gut jedem zweiten Krankenhaus im Rahmen des OP-Reportings der Anteil des Pflegepersonals mit Fachweiterbildung (Anästhesie oder OP) sowie in 38% der Kliniken die Anzahl der jährlich dokumentierten Zielgespräche festgehalten (Abb. 34).

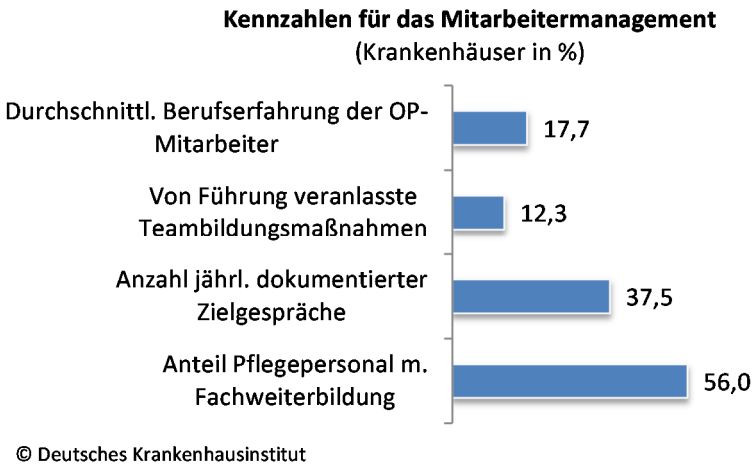


Abb 34: Kennzahlen im Rahmen einer verbesserten OP-Effizienz: Kennzahlen für das Mitarbeitermanagement

4.3 Aufgetretene Probleme mit den Leistungszahlen 2014

Der Fachkräftemangel im Krankenhaus hat insbesondere im Operationsdienst eine große Relevanz, wenn Besetzungsschwierigkeiten einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit eines OP-Bereichs und somit auf die Leistungsfähigkeit eines gesamten Krankenhauses haben. Als Folge werden Schließungen von OP-Sälen, die Verminderung der Anzahl der Operationen oder Mehrarbeit beobachtet.

Dies war auch im Jahr 2014 der Fall (Abb. 35). Gut die Hälfte der Teilnehmer berichtete von Mehrarbeit bei einigen Mitarbeitern im Funktionsdienst des OP-Bereichs, in 29% der Krankenhäuser leisteten alle Mitarbeiter im Funktionsdienst Mehrarbeit. Honorarkräfte wurden in 39% der Einrichtungen zum Personalausgleich engagiert und jedes vierte Krankenhaus nahm den notwendigen Personalausgleich durch einen standortübergreifenden Personaleinsatz vor.

Als weitere Beeinträchtigungen im Jahr 2014 gab rund ein Drittel der Kliniken an, in einigen, ausgewählten OP-Sälen die Anzahl der durchgeführten Operationen gesenkt sowie zeitweise einige ausgewählte OP-Säle geschlossen zu haben. Nur knapp 20% der Kliniken berichteten über keine nennenswerten Beeinträchtigungen im Operationsdienst.

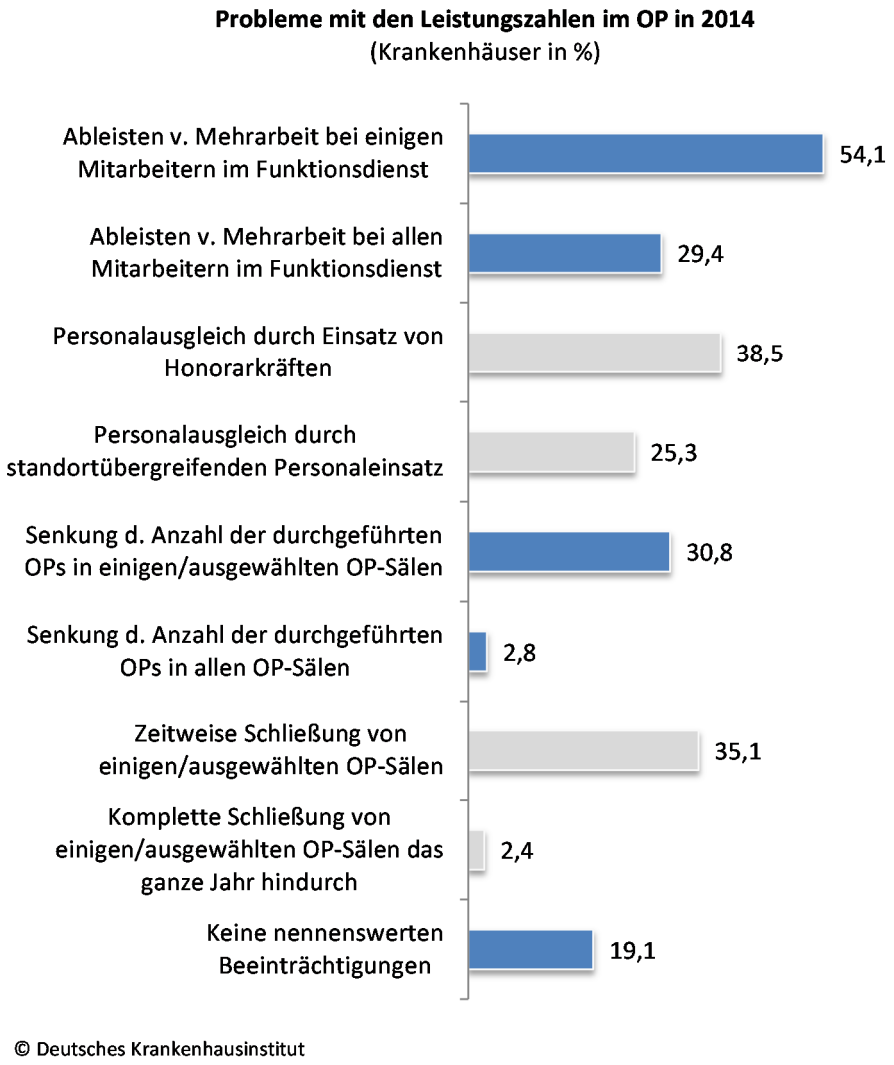


Abb 35: Probleme mit den Leistungszahlen im OP im Jahr 2014

4.4 Störungen im OP-Ablauf

Störungen im OP-Ablauf sind in den Kliniken eher die Ausnahme und nicht die Regel. Praktisch störungsfrei funktioniert die Vorbereitung der OP-Säle inklusive Reinigung, Desinfektion, Instrumentenvorbereitung und Eintreffen des Funktionspersonals. Wenn Störungen im OP-Ablauf auftreten, dann am ehesten durch einen verzögerten morgendlichen OP-Beginn aufgrund von verspätetem Eintreffen des Operateurs im OP. Dem folgen Wechselzeitenverluste zwischen den Operationen aufgrund von Verzögerungen bei bzw. Warten auf die Operateure und allgemeine Verzögerungen durch personelle Engpässe (z.B. Krankheit, Urlaub).

Im Einzelnen berichteten insgesamt 86% der Krankenhäuser keine Probleme durch apparative Störungen zu haben und rund zwei Drittel der Häuser zeigten keine Probleme mit Leerzeiten zu Dienstende oder unvollständigen Patientenunterlagen. 21% der befragten Kliniken gaben jedoch an, dass Verzögerungen im OP-Ablauf durch personelle Engpässe häufig oder sehr häufig vorkommen, während dies bei 40% der Häuser noch manchmal auftritt. Ebenso führen Leerzeiten zu Dienstende bei 11% der Einrichtungen häufig und 28% der Kliniken manchmal zu Störungen, da folgende OPs über den Dienstschluss hinaus gehen würden oder alle geplanten OPs bereits beendet wurden (Abb. 36).

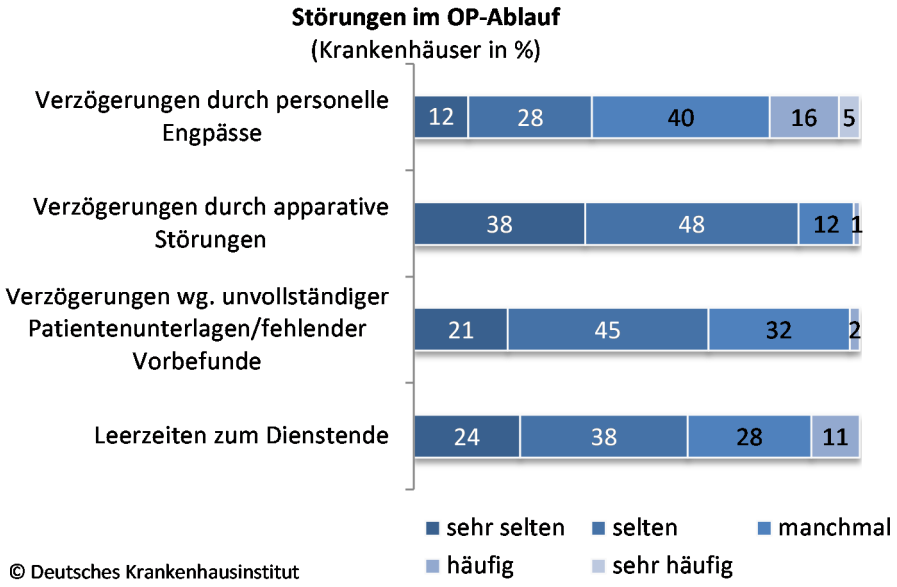


Abb 36: Störungen im OP-Ablauf

Auch wenn das morgendliche Vorbereiten des OP-Saals und das Funktionspersonal keine Verzögerungen des OP-Beginns hervorrufen, treten vereinzelt Störungen auf, die eine Verspätung auslösen. Gründe dafür sind in insgesamt 26% der Krankenhäuser häufig und sehr häufig das verspätete Eintreffen des Operateurs. Ebenso führt das verspätete Eintreffen des Patienten im OP in 10% der Häuser (häufig/sehr häufig) sowie kurzfristige OP-Planumstellungen in 9% der Einrichtungen (häufig/sehr häufig) zu einem verzögerten morgendlichen OP-Beginn (Abb. 37).

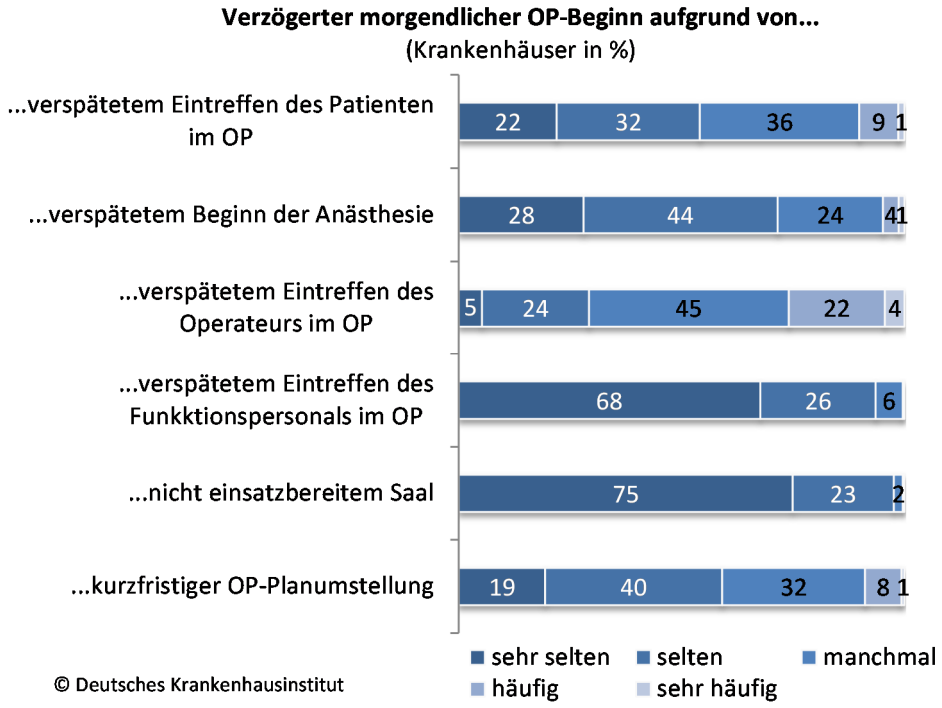


Abb 37: Störungen im OP-Ablauf durch verzögerten morgendlichen OP-Beginn

Störungen im OP-Ablauf durch Wechselzeitverluste sind ebenfalls ein eher seltenes Ereignis im OP-Bereich der Krankenhäuser. Verzögerungen durch Warten auf die Operateure gaben 16% der Kliniken (häufig/sehr häufig) an. Insgesamt nur 7% der Teilnehmer berichteten (häufig/sehr häufig) von Wechselzeitverlusten durch Verzögerungen bei der Patientenvorbereitung und 6% (häufig/sehr häufig) aufgrund von Verzögerungen bei der Narkoseeinleitung (Abb. 38).

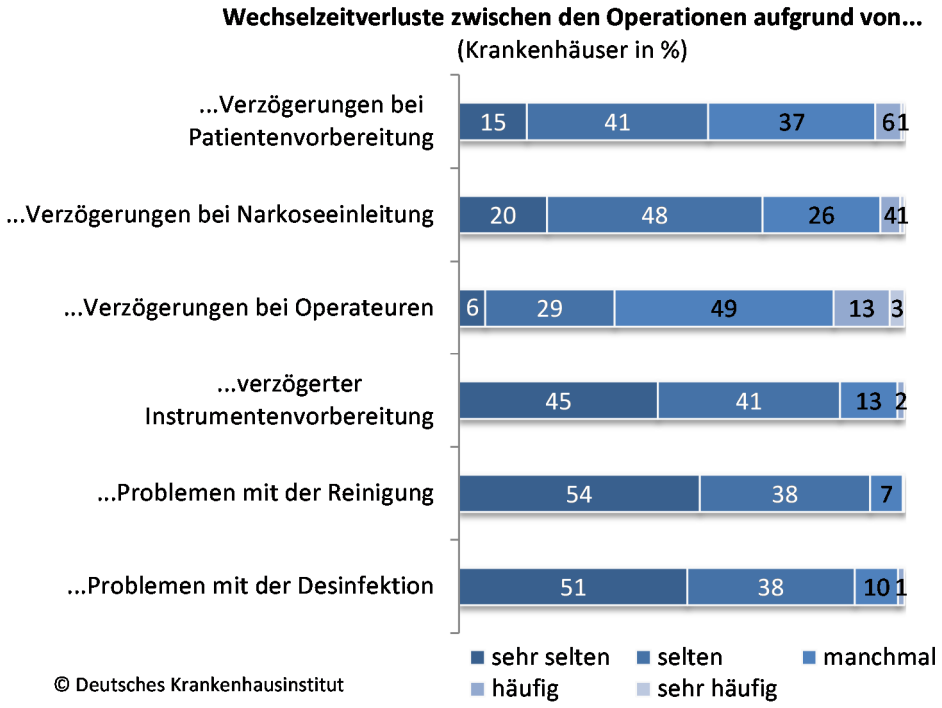


Abb 38: Störungen im OP-Ablauf durch Wechselzeitverluste zwischen den Operationen

4.5 Veränderungen im OP-Management

Kapitel 4.2 hat gezeigt, dass die Krankenhäuser die unterschiedlichsten Kennzahlen im Rahmen des OP-Reportings erheben und berichten. Daher wurden die Teilnehmer im Folgenden gefragt, inwieweit sie die erhobenen Kennzahlen zur Optimierung ihrer Prozesse im OP-Bereich verwenden.

Gut die Hälfte der Kliniken (55% häufig/sehr häufig) gab an, erhobene OP-Kennzahlen zur Ableitung von Maßnahmen oder Problemlösungen zur Prozessverbesserung zu verwenden. Jedes zweite Krankenhaus hat zudem (häufig/sehr häufig) konkrete Ziele definiert, die mit den Maßnahmen bzw. Prozessverbesserungen erreicht werden sollen. Ebenso viele Einrichtungen gaben an (häufig/sehr häufig), die festgelegten Ziele auch zu überprüfen bzw. zu evaluieren (Abb. 39).

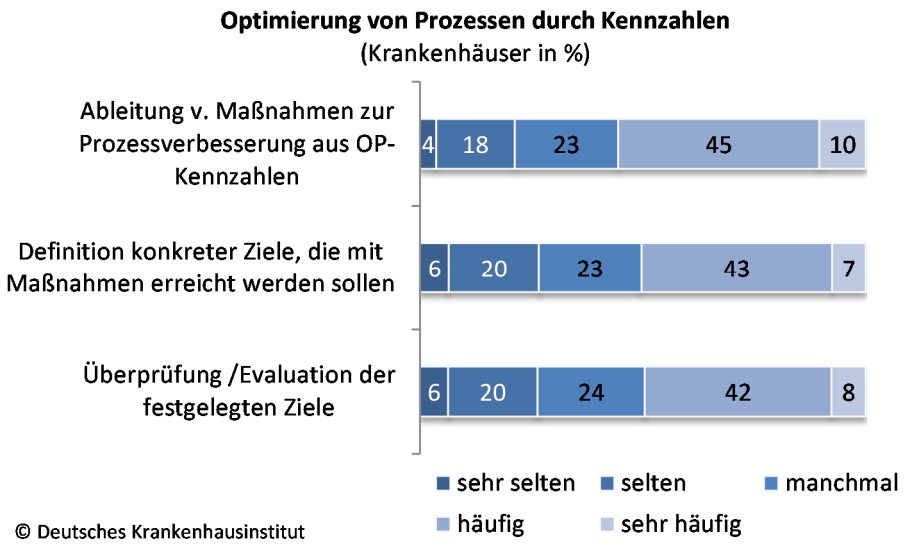


Abb 39: Optimierung von Prozessen durch Kennzahlen

Die Optimierung von Prozessen und die allgemeinen Veränderungen im OP-Management zeigen unterschiedliche Auswirkungen auf den gesamten OP-Bereich. So berichtet jeweils ein Drittel der Krankenhäuser von einer Kostenreduktion und Erhöhung der Erlöse im OP-Bereich (ziemlich/sehr) als Folge von Veränderung im Management (Abb. 40), während jeweils ein weiteres Drittel diese Veränderungen gar nicht/ziemlich oder wenig wahrnimmt.

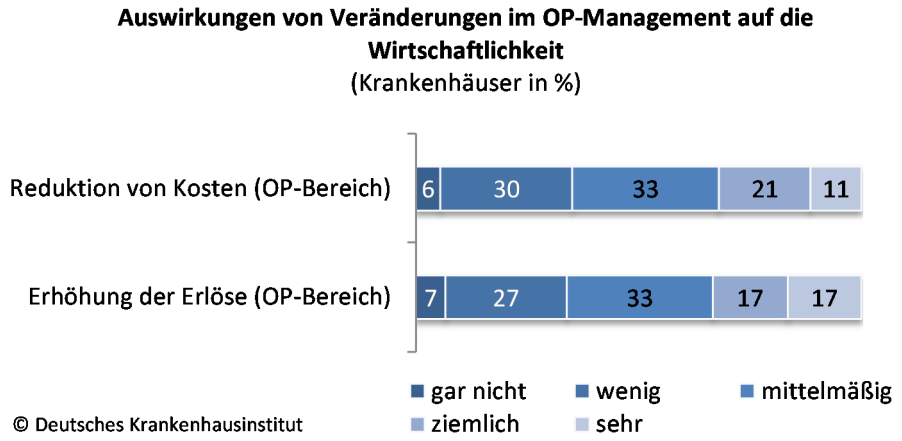


Abb 40: Auswirkungen von Veränderungen im OP-Management auf die Wirtschaftlichkeit

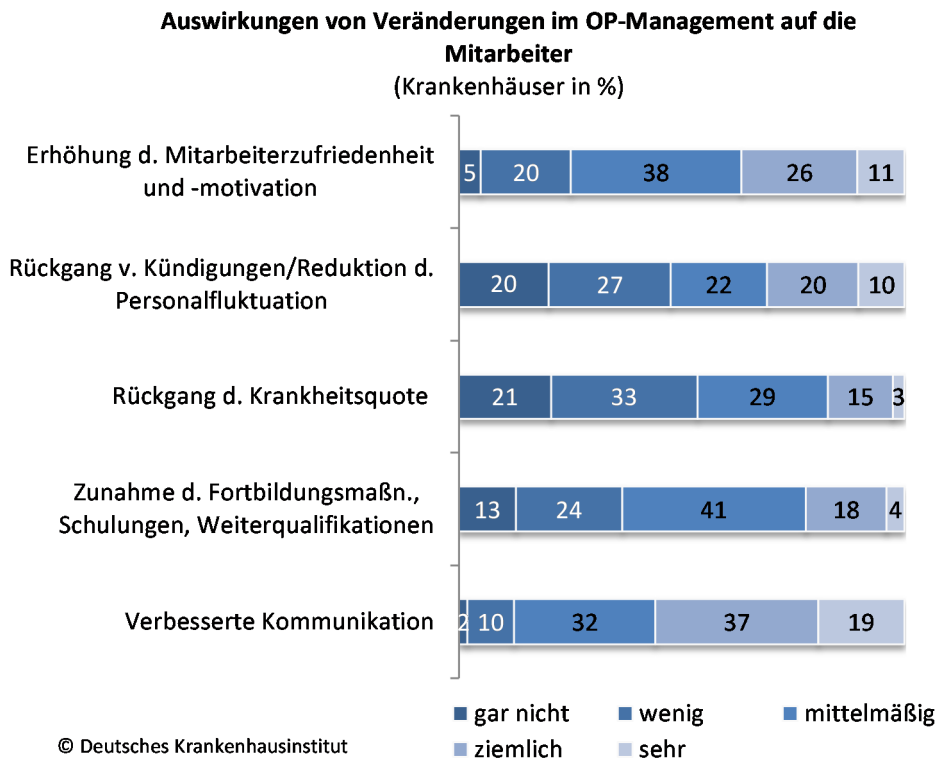


Abb 41: Auswirkungen von Veränderungen im OP-Management auf die Mitarbeiter

Die deutlichste Folge von Änderungen im Management des OP-Bereichs ist eine verbesserte Kommunikation unter den Mitarbeitern. 56% der Krankenhäuser bestätigen dies (ziemlich/sehr). Eine Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und –motivation können 37% der Krankenhäuser (ziemlich/sehr) aufgrund von Veränderungen im OP-Management beobachten (Abb. 41).

Keine Auswirkungen eines veränderten Managements berichtet dahingegen rund jedes fünfte Krankenhaus auf den Rückgang der Krankheitsquote der Mitarbeiter sowie auf den Rückgang von Kündigungen bzw. Reduktion der Personalfluktuation.

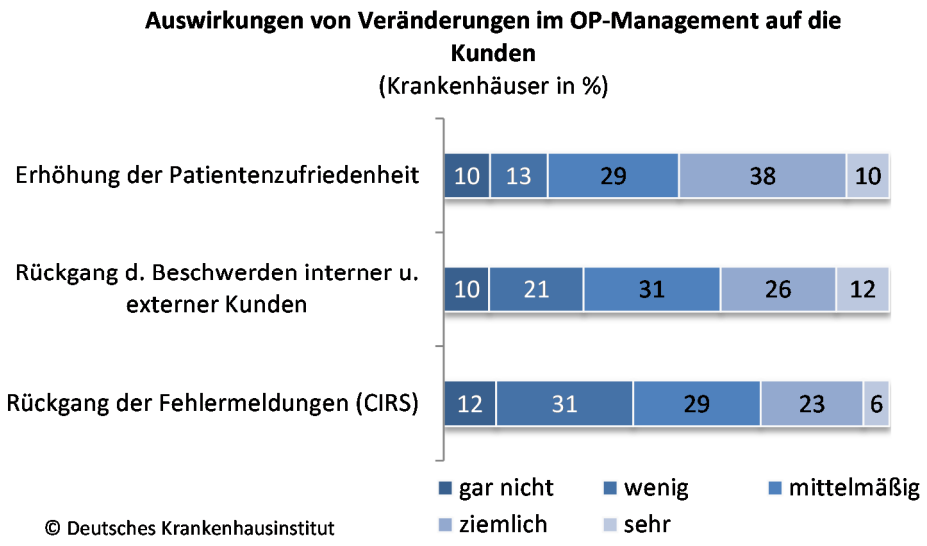


Abb 42: Auswirkungen von Veränderungen im OP-Management auf die Kunden

Deutlich positive Wirkungen haben Veränderungen im OP-Management auf die Patienten bzw. Kunden des OP-Bereichs (Abb. 42): 48% der Kliniken berichten von einer Erhöhung der Patientenzufriedenheit (ziemlich/sehr) durch Managementänderungen und 38% der Einrichtungen (ziemlich/sehr) von einem Rückgang der Beschwerden (interner und externer Kunden). Kaum Auswirkungen wurden jedoch auf den Rückgang der Fehlermeldungen (CIRS) wahrgenommen (43% der Krankenhäuser: gar nicht/wenig).

Insgesamt die größte Wirkung zeigen Neuerungen im Management des Operationsdienstes auf die Prozesse in den betreffenden Bereichen (Abb. 43). So erklärten 60% der Krankenhäuser eine Verbesserung in Ablauf und Organisation wahrgenommen zu haben (ziemlich/sehr) und rund die Hälfte der Einrichtungen berichtet über eine verbesserte Auslastung der OP-Säle sowie der Anästhesie (ziemlich/sehr).

Weniger Auswirkungen auf eine Parallelisierung von Prozessen um Wechselzeiten zu vermeiden sowie auf eine Verkürzung der Wechselzeitgen insgesamt haben dagegen jeweils gut ein Drittel der Krankenhäuser (gar nicht/wenig) durch Veränderungen im OP-Management beobachtet.

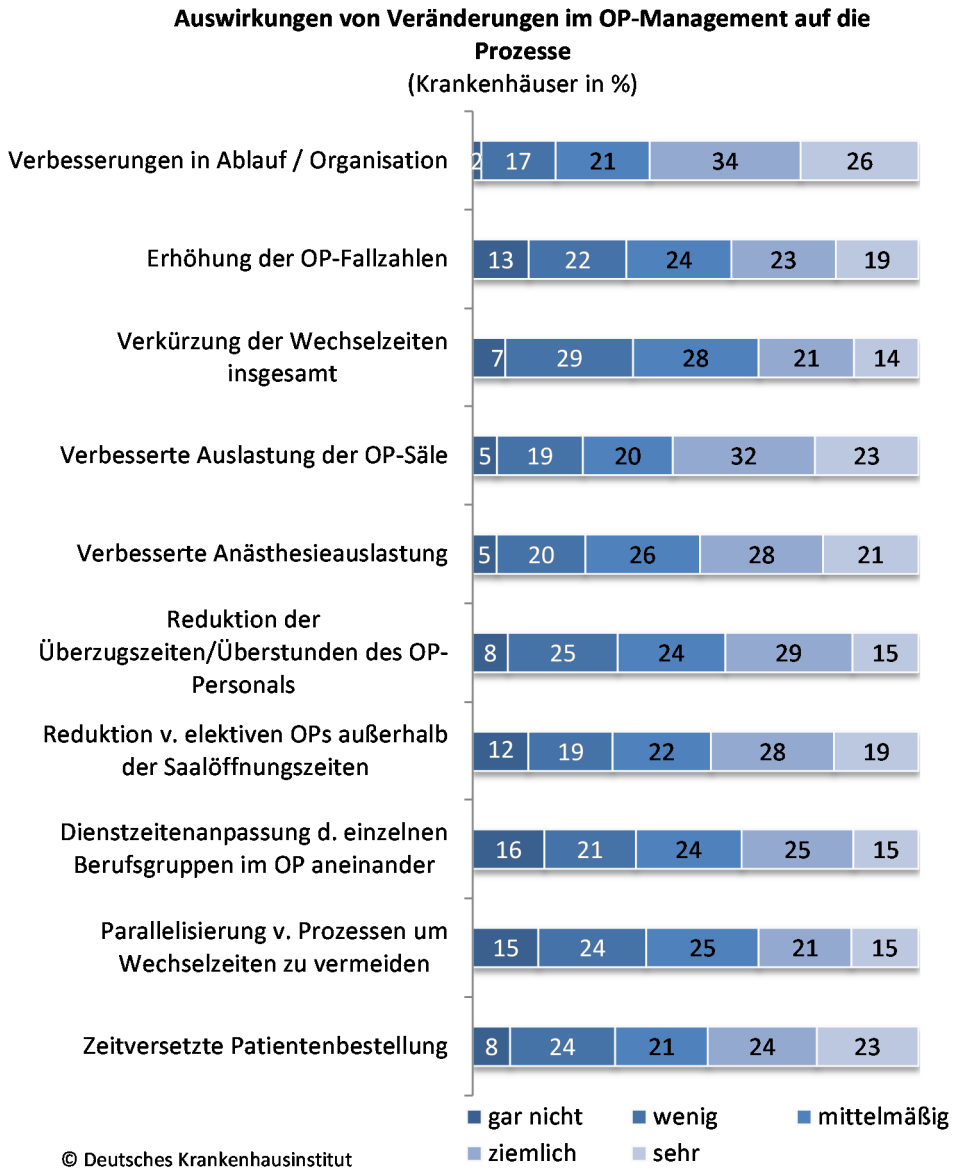


Abb 43: Auswirkungen von Veränderungen im OP-Management auf die Prozesse

5 Einweiserbefragungen

Niedergelassene Ärzte sind neben den Patienten für die Krankenhäuser eine zentrale Zielgruppe. Sie bestimmen z.B. über ihre Empfehlungen von Krankenhäusern bzw. Einweisungen maßgeblich die Patientenströme. Für die Krankenhäuser ist es daher im Sinne des strategischen Managements wichtig, etwas über die Meinung der Zuweiser zu erfahren.

Befragungen von niedergelassenen Vertragsärzten (Einweisern) sind ein gutes Mittel, um etwas über die Stärken, aber auch Schwächen und Potenziale des eigenen Krankenhauses aus Sicht der einweisenden Ärzte zu erfahren. Die Einweiser können mittels der verschiedenen Methoden der empirischen Sozialforschung befragt werden. Ebenso können unterschiedliche Aspekte, wie der Zeitpunkt, Inhalte oder die ausgewählte Stichprobe, im Rahmen von Einweiserbefragungen in Abhängigkeit von Fragestellungen oder Befragungszielen variiert werden. Die Ausgestaltung der Einweiserbefragungen kann Einflüsse auf die Ergebnisse, die damit verbundenen Handlungskonsequenzen sowie die Möglichkeiten des strategischen Einweisermanagements haben.

Im Vergleich zu Mitarbeiter- oder Patientenbefragungen werden Einweiserbefragungen bisher etwas seltener von Krankenhäusern eingesetzt. Im Jahr 2009 haben beispielsweise knapp zwei Drittel der befragten Häuser des *Krankenhaus Barometers* angegeben, „schriftliche Zuweiserbefragungen“ durchzuführen. Diese erfolgten in der Regel sporadisch (Blum & Offermanns, 2011). Um zu erfahren, ob sich hier Veränderungen ergeben haben sowie um weitere Informationen zu erhalten, waren die Ausgestaltung, Organisation, Durchführung und Verwertung von Einweiserbefragungen Gegenstand des *Krankenhaus Barometers* 2015.

5.1 Verbreitung von Einweiserbefragungen

Die Krankenhäuser wurden zunächst danach befragt, ob sie regelmäßig oder sporadisch – ggf. auch mit Hilfe anderer – Befragungen von niedergelassenen Vertragsärzten (Einweisern) durchführen. Die vergleichsweise geringere Verbreitung von Einweiserbefragungen wurde bestätigt: Knapp zwei Drittel der

befragten Krankenhäuser holen die Meinung ihrer niedergelassenen Vertragsärzte ein (Abb. 44). Seit 2009 hat sich die Zahl der Häuser, die ihre Zuweiser befragt, nicht merklich verändert. Im Vergleich dazu gaben beim *Krankenhaus Barometer* 2014 nahezu alle befragten Häuser an, Patientenbefragungen einzusetzen.

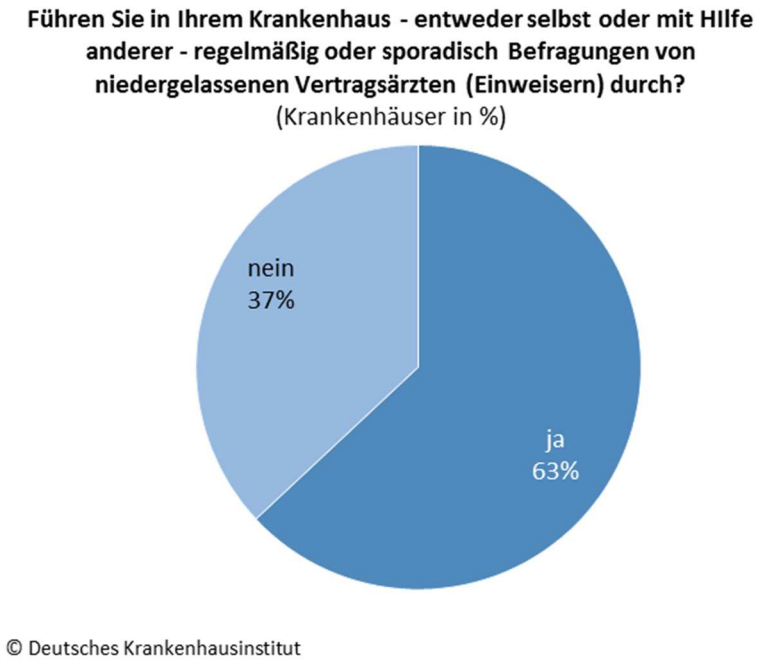


Abb 44: Verbreitungsgrad von Einweiserbefragungen

In die weiteren Analysen wurden nur die Häuser einbezogen, die Einweiserbefragungen realisieren (n=146).

Die Krankenhäuser haben ihre einweisenden Ärzte zuletzt mehrheitlich in den letzten zwei Jahren befragt. Konkret heißt dies, dass der größte Teil der Häuser die letzte Befragung von Einweisern im Jahr 2014 (38%) durchgeführt hat. Gut ein Viertel (26%) hat im Jahr 2013 und 10% im Jahr 2012 das letzte Mal die einweisenden Ärzte befragt. Bei 15% der Häuser lag der letzte Befragungszeitpunkt mit Angaben zwischen dem 2005 und 2011 schon etwas länger zurück.

Bei der Frage nach der Anzahl der bei der letzten Befragung eingeschlossenen Einweiser zeigte sich erwartungsgemäß eine große Varianz. Das Minimum der in die Befragung einbezogenen niedergelassenen Vertragsärzte lag bei 20, das Maximum bei 13.300[6] Einweisern. Im Mittel erhielten 425, im Median 211 Einweiser einen Fragebogen. Der 5% getrimmte Mittelwert[7] liegt bei 303 Einweisern, die von den Krankenhäusern in die letzte Befragung eingeschlossen wurden (Tab. 8).

Die Krankenhäuser wurden auch danach gefragt, wie viele Einweiser bei der letzten Befragung geantwortet haben. Auch hier variierten die Antworten der Krankenhäuser – teilweise in Abhängigkeit von der Anzahl der befragten Einweiser – erwartungsgemäß. Die Varianz reichte von 10 bis zu 2.098 Einweisern, die die Befragung beantwortet haben. Im Mittel haben sich 94, im Median 58 einweisende Ärzte an den Befragungen beteiligt. Das auf 5% getrimmte Mittel betrug 74 (Tab. 8).

Die Aussagekraft von Befragungen ist besser einzuordnen, wenn man die Rücklaufquote berechnet. Diese lässt sich aus der Relation der eingeschlossenen Einweiser zur Anzahl der Einweiser, die den Fragebogen ausgefüllt haben, ermitteln. Die Rücklaufquote schwankte bei den befragten Krankenhäusern zwischen acht und 100%. Mittelwert, 5% getrimmtes Mittel und Median bewegten sich zwischen 29 und 36% (Tab. 8).

---

[6] Der Maximalwert wurde von einer großen Klinik angegeben und liegt deutlich höher als die Angaben der anderen Häuser.

[7] Der 5% getrimmte Mittelwert ist um Ausreißer oder Extremwerte bereinigt. Der Mittelwert wird unter Vernachlässigung der kleinsten und größten 5% der Werte berechnet.

Tab 8: Angaben zu der von den Krankenhäusern zuletzt durchgeführten Einweiserbefragung (nur Krankehäuser mit Einweiserbefragung)

	In Befragung eingeschlossene Einweiser (Anzahl)	Einweiser, die die Befragung beantwortet haben (Anzahl)	Rücklaufquote (Prozent)
Minimum	20	10	7,5
Maximum	13.300	2.098	100
Mittelwert	425	94	35,8
5% getrimmtes Mittel	303	74	34,1
Median	211	58	28,6
Unterer Quartilswert	80	34	18,6
Oberer Quartilswert	500	105	50

5.2 Durchführung der Einweiserbefragungen

Bei der konkreten Realisierung von Einweiserbefragungen müssen verschiedene Aspekte vorab bedacht werden. Hier sind beispielsweise neben der Frage nach dem Grund bzw. dem Anlass der Befragung, auch die Fragen, welche einweisenden Ärzte, wie oft und auf welche Art und Weise befragt werden sollen, zu nennen. Entsprechende Entscheidungen haben Einfluss auf die späteren Verwertungsmöglichkeiten im Rahmen des Einweisermanagements. Die Krankenhäuser wurden gebeten, entsprechende Angaben zu den oben genannten Kriterien zu machen.

Für den überwiegenden Teil der Krankenhäuser mit Einweiserbefragungen zählt eine Befragung der niedergelassenen Ärzte zum Standard und wird nicht nur sporadisch realisiert. So nutzen 84% der Häuser Einweiserbefragungen z.B. standardmäßig im Rahmen des Qualitätsmanagements (Abb. 45).

Je um die 10% der Häuser geben an, ihre einweisenden Ärzte aus akuten Gründen, wie rückläufige Einweisungen pro Arzt oder sporadisch ohne festen Rhythmus zu befragen. In 11% der Häuser trifft ein „sonstiger Grund“ für die Befragung von einweisenden Ärzten zu. Hier wurden überwiegend Zertifizierungsanforderungen genannt (Abb. 45).

Die verschiedenen Befragungsmöglichkeiten können zum Teil auch kombiniert werden. So ist beispielsweise denkbar, dass Häuser mit standardisierter Einweiserbefragung, ihre einweisenden Ärzte z.B. aufgrund rückläufiger Einweisungszahlen zusätzlich befragen. In knapp 13% der Häuser werden entsprechend zwei der vier erfragten Antwortkategorien zum Anlass genommen, um ihre niedergelassenen Ärzte zu befragen. In der Mehrheit der Häuser wird nur eine der genannten Alternativen gewählt (86%), um ein Meinungsbild der Einweiser einzuholen.

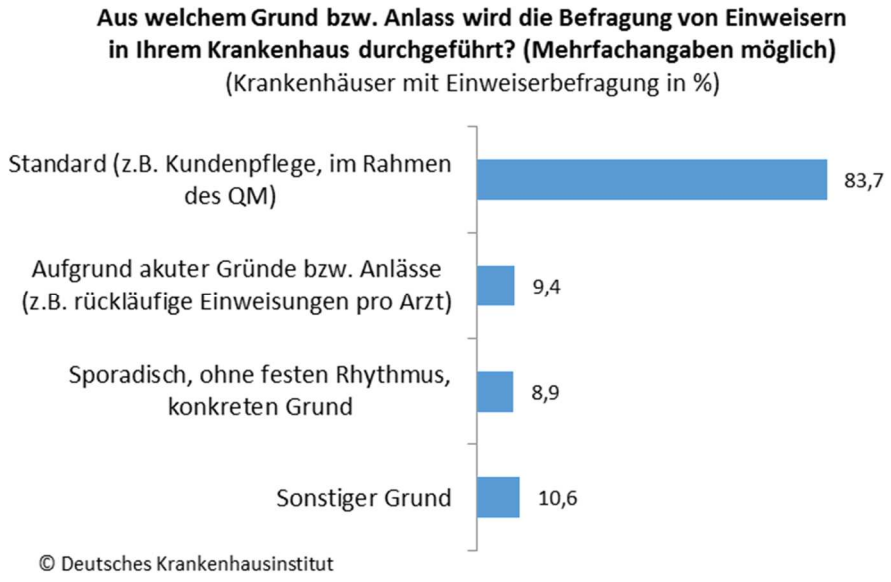


Abb 45: Gründe bzw. Anlässe von Einweiserbefragungen

Die einweisenden Ärzte eines Krankenhauses können aufgrund unterschiedlichster Merkmale, wie z.B. Fachabteilungen, Anzahl der Einweisungen oder regionaler Nähe, differenziert werden. Je nach Ausrichtung und Ziel der Befragung kann es sinnvoll sein, zu erfahren, wie spezifische Einweiser(gruppen) das Haus beurteilen. Aus diesem Grund sollten die Krankenhäuser angeben, wen bzw. welche Einweiser regelmäßig befragt werden. Denkbar ist, dass die Häuser nicht nur eine, sondern eine Kombination der genannten Antwortmöglichkeiten realisieren.

Knapp 40% der Kliniken wählt nicht spezifische Einweiser aus, sondern befragt alle Einweiser des Hauses. Erfolgt eine Auswahl der Einweiser, so werden in erster Linie ihre Haupteinweiser oder Viel-Einweiser (50%) bzw. Einweiser einiger ausgewählter Fachabteilungen (32%), um ihre Einschätzung gebeten (Abb. 46).

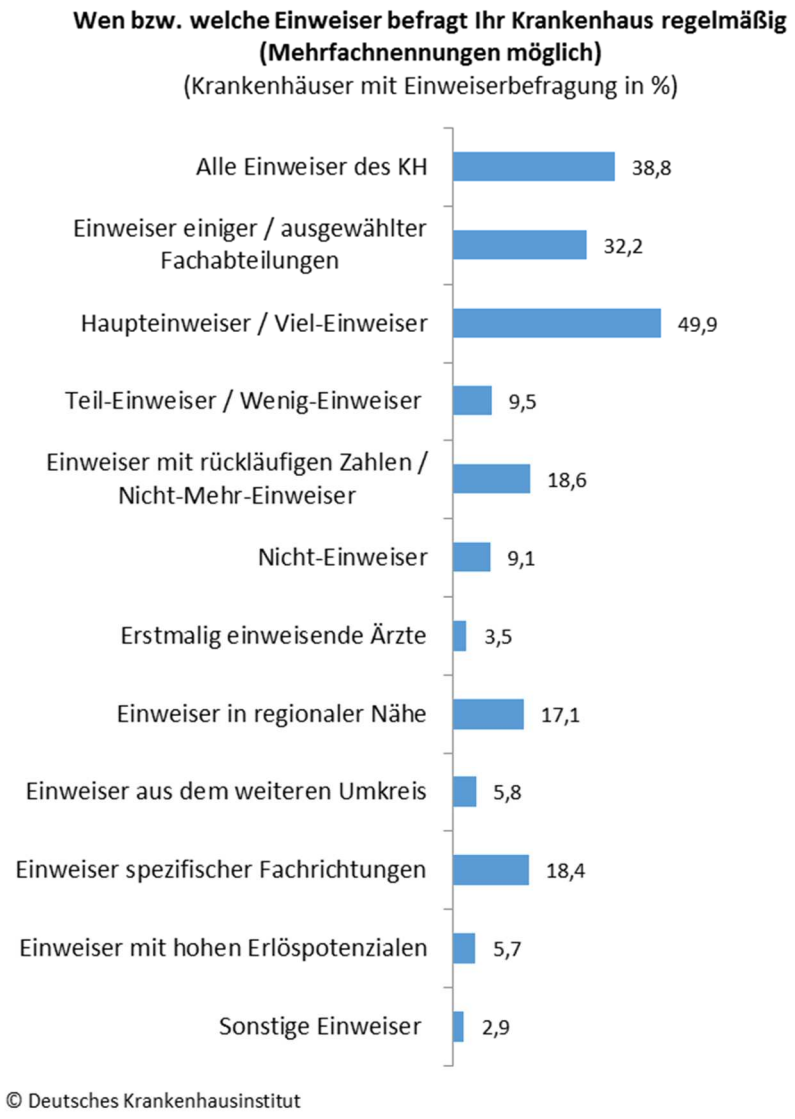


Abb 46: Befragte Einweisergruppen

Etwas seltener werden Einweiser mit rückläufigen Zahlen bzw. Nicht-Mehr-Einweiser (19%), Einweiser spezifischer Fachrichtungen (18%) oder einweisende Ärzte in regionaler Nähe in die Einweiserbefragungen eingeschlossen (17%). Etwas weniger als 10% der Häuser befragen ihre Teil- bzw. Wenig-Einweiser oder die Nicht-Einweiser. Einweiser aus dem weiteren Umkreis, Einweiser mit hohen Erlöspotenzialen sowie erstmalig einweisende Ärzte zählen eher seltener zur Zielgruppe von Einweiserbefragungen (Abb. 46).

In 45% der Häuser wird eine der erfragten Einweisergruppen regelmäßig befragt. Entsprechend holt etwas mehr als die Hälfte der Krankenhäuser im Rahmen von Befragungen die Einschätzung von zwei oder mehr Einweisergruppen ein. 22% der Häuser befragen zwei unterschiedliche, 19% drei verschiedene Gruppen von einweisenden Ärzten. Im Mittel erfragen die Kliniken von zwei verschiedenen Einweiserzielgruppen ihre Meinung.

Die Häufigkeit von Einweiserbefragungen sagt etwas über die Verwendungsmöglichkeiten aus. Je kontinuierlicher ein Krankenhaus die Einschätzung der Einweiser einholt, desto besser kann es auf etwaige Probleme reagieren. Die von uns befragten Krankenhäuser holen die Meinung ihrer einweisenden Ärzte eher sporadisch ein. Die Befragung von Einweisern erfolgt in den Krankenhäusern in der Regel seltener als einmal pro Jahr bzw. alle paar Jahre (82%) (Abb. 47).

Befragungen, die mindestens jährlich erfolgen, sind in 18% der Häuser realisiert. 10% der Häuser holen regelmäßig einmal im Jahr die Meinung ihrer einweisenden Ärzte in Form einer Befragung ein. Kontinuierliche Befragungen über das ganze Jahr oder mehrmalige Befragungen innerhalb eines Jahres sind die Ausnahme (Abb. 47).

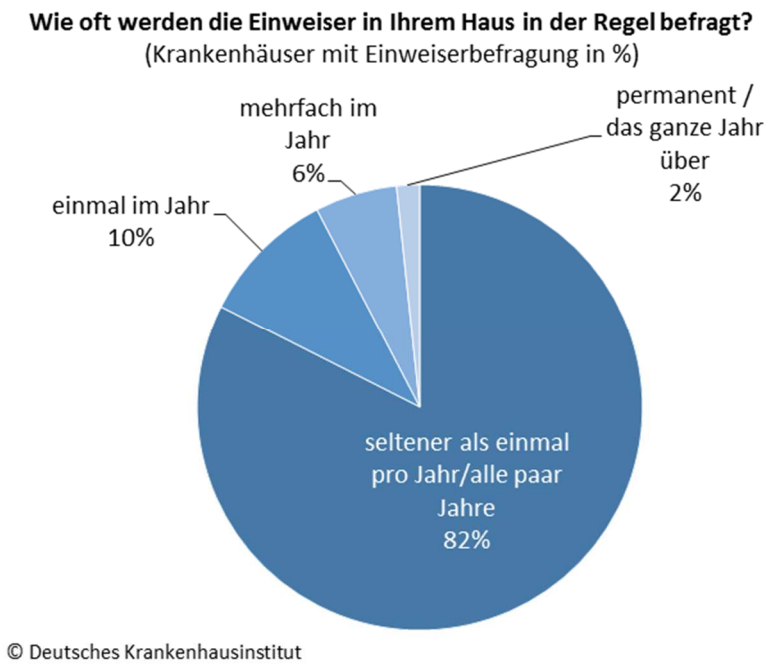


Abb 47: Häufigkeit von Einweiserbefragungen

Bei der Durchführung von Einweiserbefragungen stehen verschiedene Möglichkeiten mit entsprechenden Vor- und Nachteilen zur Verfügung. Informelle persönliche und telefonische Befragungen in Form eines Gesprächs, stehen standardisierten Befragungen gegenüber. Standardisierte Befragungen erfolgen mit einem für alle gleichen Fragebogen und können z.B. telefonisch, schriftlich per Post oder als Onlinebefragung realisiert werden. Der Vorteil von standardisierten Befragungen ist, dass man die Ergebnisse problemlos auswerten und vergleichen kann. Dahingegen profitiert man in der Regel von informellen Befragungen, wenn man eher qualitative Informationen über die Hintergründe des Antwortverhaltens erfahren möchte.

Die Krankenhäuser führen die Einweiserbefragungen in der Regel standardisiert mit einem für allen gleichen Papierfragebogen durch (86%), den die einweisenden Ärzte schriftlich per Post erhalten. In jedem zehnten Haus werden die Einweiser persönlich, z.B. in Form eines Gesprächs durch den behandelnden Arzt, um ihre Einschätzung des Krankenhauses gefragt. In Ausnahmefällen wählen die Häuser telefonische Befragungen – entweder als Gespräch

durch den Arzt oder standardisierte Befragung mit einem für alle gleichen Fragebogen. Onlinebefragungen wurden von keinem Haus genannt (Abb. 48).

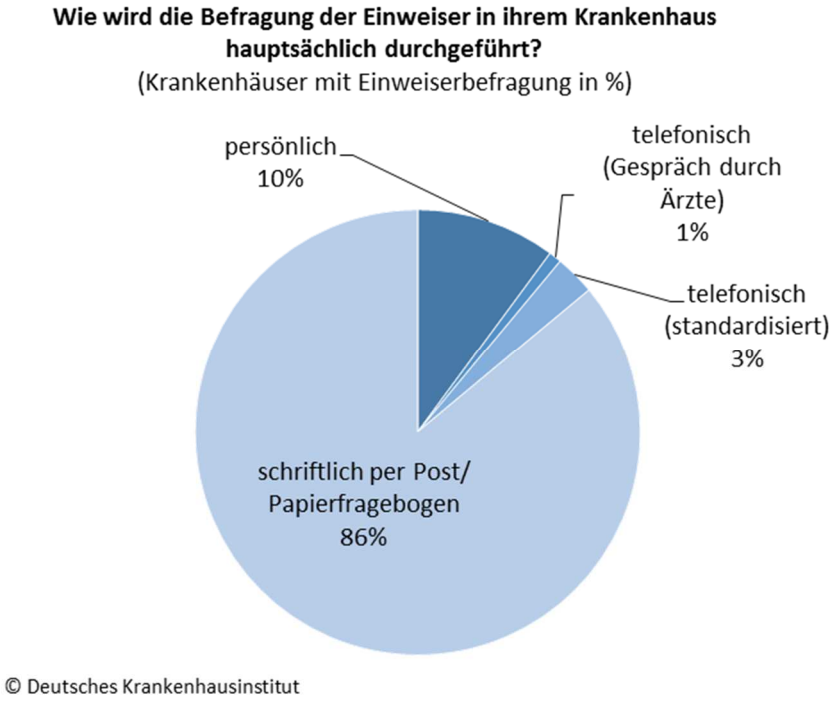


Abb 48: Art der Einweiserbefragung

Die Organisation und Durchführung von Einweiserbefragungen ist zeitlich und personell sehr aufwändig. Verschiedene externe Anbieter haben sich auf Befragungen im Krankenhaussektor spezialisiert und bieten Unterstützung an. Die Krankenhauslandschaft teilt sich bei der Frage, ob bei der Befragung von einweisenden Ärzten auf externe Anbieter zurückgegriffen wird, in zwei Hälften: Die eine Hälfte führt die Einweiserbefragungen alleine, die andere mit Hilfe von Externen durch (Abb. 49).

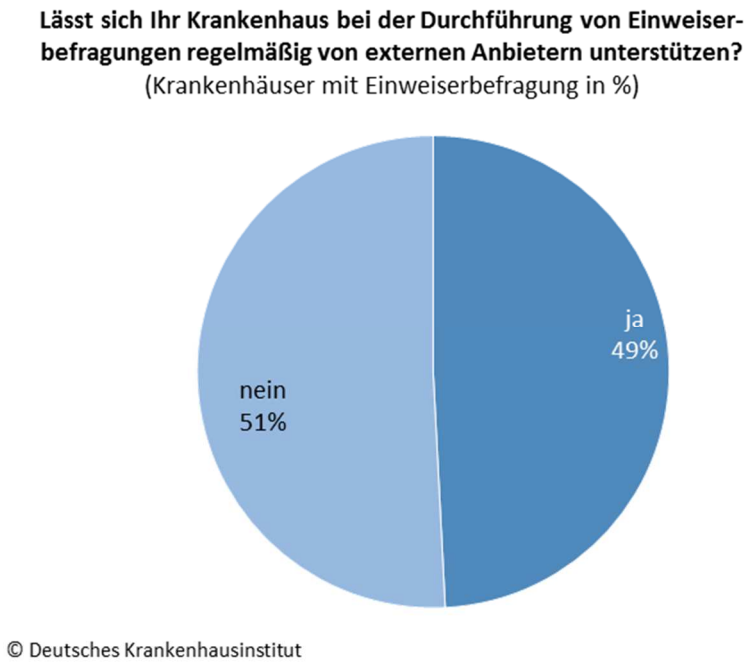


Abb 49: Unterstützung durch externe Anbieter bei Einweiserbefragungen

5.3 Zufriedenheit der Einweiser

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, wie sie die Zufriedenheit der in ihr Krankenhaus einweisenden Ärzte einschätzen. In Summe gehen die Häuser davon aus, dass die Einweiser mit den Leistungen zufrieden sind. Nur vereinzelt wurde die Antwortkategorie „unzufrieden“ gewählt. Keines der Krankenhäuser schätzte die Zufriedenheit der Einweiser mit einem der erfragten Aspekte als „sehr unzufrieden“ ein.

In der Detailbetrachtung zeigt sich folgendes Bild. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit der Patientenversorgung wird von den Krankenhäusern am höchsten eingeschätzt: 37% der Häuser geben an, dass die Einweiser „sehr zufrieden“, 59%, dass sie „zufrieden“, mit der Art und Weise wie ihre Patienten versorgt werden, sind. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte insgesamt sowie mit der persönlichen Zusammenarbeit (z.B. kollegialer Umgang) schätzen jeweils 93% der Häuser als zufriedenstellend bzw. sehr zufriedenstellend ein. Die Krankenhäuser gehen auch davon aus, dass die Ein-

weiser mit der fachlichen Zusammenarbeit, hier beispielsweise mit Rücksprachen, Abstimmung der Medikation oder Einbeziehung der Befunde, (sehr) zufrieden sind (91%) (Abb. 50).

Das Aufnahmemanagement (z.B. schnelle, unkomplizierte Termine) ist ein Bereich, in dem die Krankenhäuser die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte etwas weniger hoch einschätzen als bei den zuvor genannten Aspekten. Knapp zwei Drittel der Häuser denken, dass die Einweiser „zufrieden“ sind, knapp ein Fünftel ist ambivalent (Abb. 50).

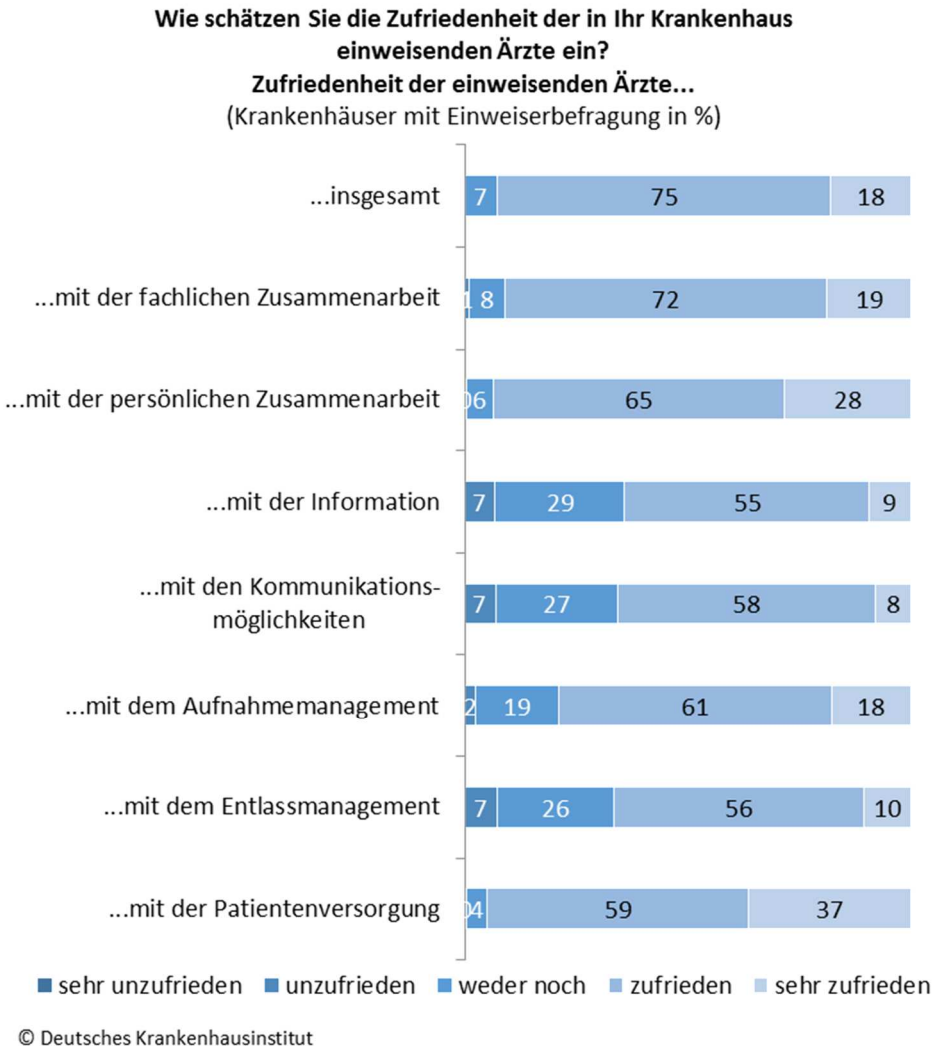


Abb 50: Zufriedenheit der einweisenden Ärzte

Die Krankenhäuser gehen davon aus, dass die einweisenden Ärzte bei dem Entlassmanagement (z.B. frühzeitige Information), den Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. feste Telefonsprechzeiten) und der Information (z.B. elektronischer Arztbrief) im Vergleich aller erfragten Bereiche das größte Verbesserungspotenzial sehen. Die Häuser schätzen die Zufriedenheit bei den drei Aspekten mit Werten zwischen 64 und 67% der Krankenhäuser insgesamt hoch ein. Der Anteil derjenigen, die „weder noch“ angegeben hat, liegt mit 26 bis 29% vergleichsweise höher als bei den anderen Aspekten (Abb. 50).

5.4 Ergebnisverwertung der Einweiserbefragungen

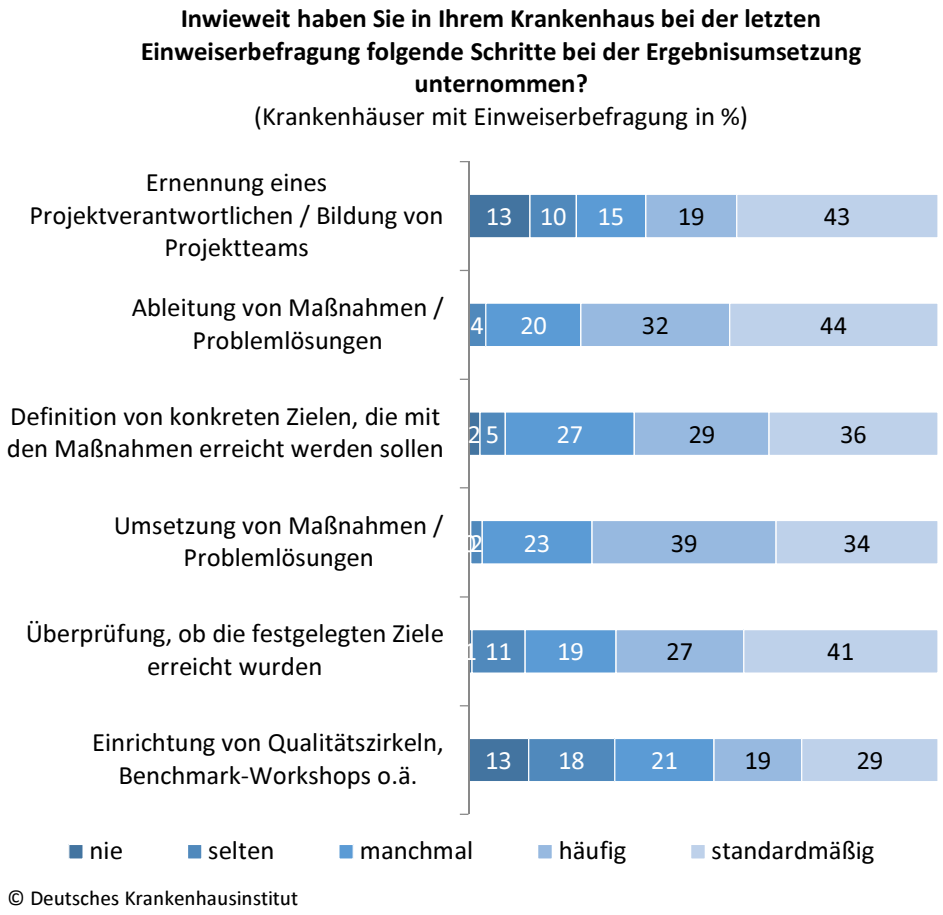
Einweiserbefragungen bieten Möglichkeiten einer Stärken-Schwächen-Analyse des Krankenhauses aus Sicht der einweisenden Ärzte. Daraus können ggf. Veränderungen der Zusammenarbeit, der Patientenversorgung oder des Prozessmanagements abgeleitet werden. Trotz dieser Bedeutung verzichten Krankenhäuser auf Stärken-Schwächen-Analysen (Blum/Offermanns, 2009) bzw. Verwertung der Ergebnisse. Dies ist auch bei Patientenbefragungen ein häufiger Kritikpunkt.

Die Krankenhäuser wurden zunächst gefragt, welche der erfragten Schritte sie bei der Ergebnisumsetzung der letzten Einweiserbefragung unternommen haben[8].

Wie die Befragungsresultate zeigen, sind in den Krankenhäusern bei der Ergebnisumsetzung von Einweiserbefragungen bereits verschiedene Schritte etabliert. Von den erfragten Möglichkeiten wird die Ableitung von Maßnahmen und Problemlösungen in den Häusern am häufigsten realisiert: In gut drei Vierteln der Häuser ist dies häufig oder standardmäßig der Fall. Die Umsetzung von Maßnahmen und Problemlösungen erfolgt in 73% der Häuser standardmäßig oder häufig (Abb. 51).

[8] Bei der Beantwortung der Frage waren die Anteile fehlender Werte bei einigen Items auffällig hoch. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die erfragten Schritte nicht umgesetzt sind.

Die Überprüfung, ob die Ziele erreicht wurden, sowie die Definition von konkreten Zielen, die mit den Maßnahmen erreicht werden sollen, werden im Anschluss an Einweiserbefragungen jeweils in ungefähr zwei Dritteln der Häuser häufig oder standardmäßig verwirklicht. Die Ernennung eines Projektverantwortlichen bzw. die Bildung von Projektteams erfolgt in 62% der Häuser häufig oder standardmäßig, in 13% der Kliniken wird sie nie realisiert. Die Einrichtung von Qualitätszirkeln oder Benchmark-Workshops zur Verwertung der Befragungsergebnisse ist in den Häusern vergleichsweise wenig verbreitet: In knapp der Hälfte der Häuser wird dies häufig oder standardmäßig, in 13% nie umgesetzt (Abb. 51).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb 51: Erfolgte Schritte bei der Ergebnisumsetzung der Einweiserbefragungen

Interessant im Rahmen von Einweiserbefragungen ist, welche konkreten Veränderungen aufgrund der Ergebnisse identifiziert und umgesetzt werden. Aus diesem Grund wurden die Krankenhäuser gefragt, inwieweit bei ihnen aufgrund der letzten Einweiserbefragung Verbesserungen in verschiedenen Bereichen realisiert wurden[9]. Bei der Ergebnisinterpretation ist zu berücksichtigen, dass die Angaben davon abhängen, welche Inhalte in den jeweiligen Befragungen erhoben wurden. Zudem ist eine Verbesserung nur dann angezeigt, wenn dies möglich ist. Geringe Zustimmungen oder Werte lassen daher keine Rückschlüsse über die Qualität zu, sondern können bedeuten, dass kein Veränderungsbedarf gegeben war. Die Ergebnisse geben nur Auskunft darüber, in welchen Bereichen es Verbesserungen gegeben hat (Abb. 52).

Die meisten Verbesserungen aufgrund von Einweiserbefragungen gab es aus Sicht der Krankenhäuser bei der Gestaltung der persönlichen Zusammenarbeit (z.B. kollegialer Umgang): In 63% der Häuser wurden oft oder sehr oft Verbesserungen im persönlichen Umgang mit den einweisenden Ärzten realisiert (Abb. 52). Noch einmal zum Vergleich: Gefragt nach der Zufriedenheit der einweisenden Ärzte schätzen die Krankenhäuser die Zufriedenheit mit der persönlichen Zusammenarbeit sehr hoch ein (Abb. 50).

Dahingegen ist die Information der einweisenden Ärzte ein Bereich, bei dem die Häuser die Zufriedenheit zwar auch noch hoch, aber etwas geringer einstufen (Abb. 58). Die Information der einweisenden Ärzte (z.B. elektronischer Arztbrief) wurde in gut der Hälfte der Kliniken sehr oft oder oft aufgrund der Befragungsergebnisse optimiert, in 10% war dies nie der Fall (Abb. 58).

Die fachliche Zusammenarbeit, das Aufnahmemanagement (z.B. schnelle, unkomplizierte Termine) sowie die Patientenversorgung wurden jeweils in etwas mehr als der Hälfte der Häuser sehr oft bzw. oft verändert. In knapp der

[9] Bei der Frage nach den Verbesserungen sind die Anteile fehlender Werte durchgängig erhöht. Dies könnte darauf zurück zu führen sein, dass die Krankenhäuser die entsprechenden Informationen nicht in den Einweiserbefragungen erhoben haben.

Hälfte der Krankenhäuser wurden sehr oft oder oft Verbesserungen im Entlassmanagement (z.B. frühe Information) und den Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. feste Telefonsprechzeiten) realisiert (Abb. 52).

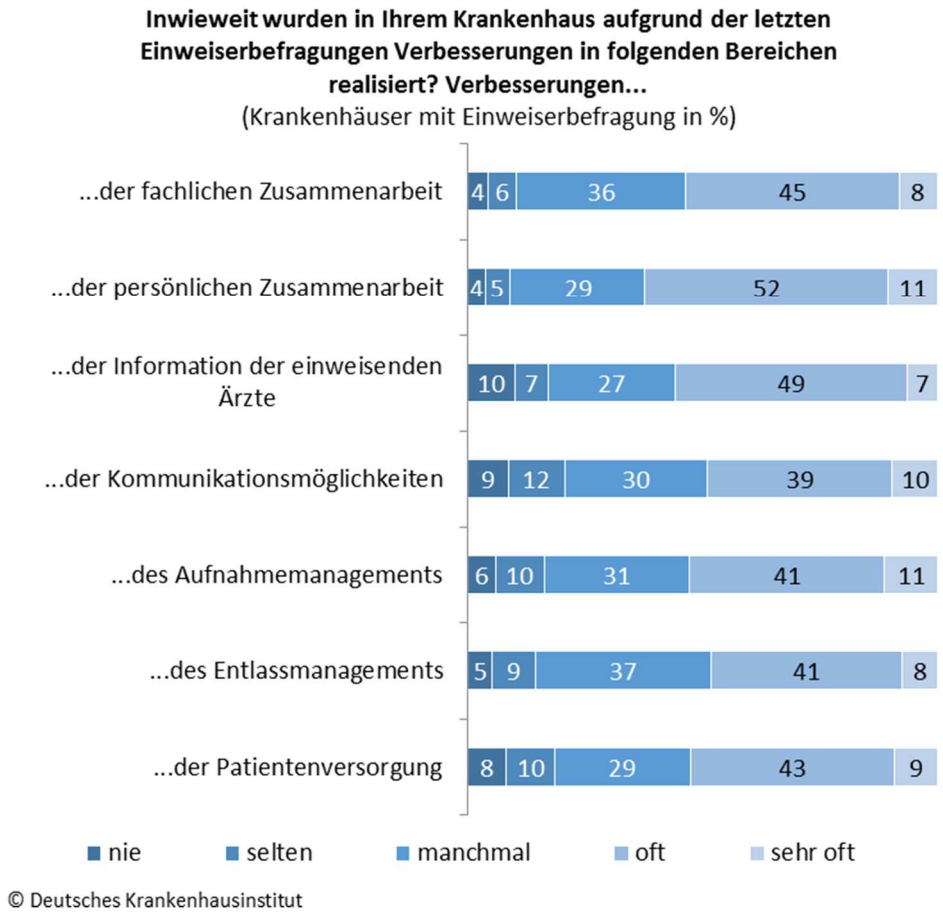


Abb 52: Realisierte Verbesserungen aufgrund von Einweiserbefragungen

Neben den realisierten Veränderungen ist es interessant zu erfahren, welche konkreten Maßnahmen aufgrund der letzten Einweiserbefragung von den Krankenhäusern umgesetzt wurden. Von den erfragten Möglichkeiten wurden einige nach der letzten Einweiserbefragung von den Krankenhäusern implementiert[10]. Hier ist insbesondere die persönliche Kontaktaufnahme mit den Einweisern zu nennen, wenn Probleme oder unerwartete Verläufe auftreten.

[10] Es ist anzunehmen, dass einige der Möglichkeiten auch unabhängig von konkreten Befragungsergebnissen umgesetzt wurden.

77% der Häuser haben diese Maßnahme konkret umgesetzt. Der Versand von Newslettern oder Informationsbroschüren sowie informelle Treffen von Krankenhaus- und Vertragsärzten, wie Ärztestammtisch oder Ärztetreffen, wurden von jeweils ungefähr 60% der Häuser aufgrund der letzten Einweiserbefragung realisiert (Abb. 53).

Besuche von Krankenhausmitarbeitern bei Einweisern (47%) oder die Erstellung einer Übersicht mit Kontaktdaten aller (relevanten) Krankenhausärzte (42%) wurden von den Krankenhäusern ebenfalls recht häufig initiiert (Abb. 53).

Die weiteren erfragten Maßnahmen wurden von den Krankenhäusern vergleichsweise selten speziell aufgrund von Einweiserbefragungen umgesetzt. 18% der Häuser qualifizierten ihre Mitarbeiter, 16% etablierten Zurückgewinnungsmaßnahmen für Einweiser, die nicht mehr einweisen, je 14% erstellten ein elektronisches Arztportal bzw. ein Online-Portal für Einweiser oder entwickelten gemeinsame Standards mit Einweisern, z.B. beim Überleitungsmanagement, 12% melden den betreuenden Praxen Selbsteinweisungen oder Notfälle (Abb. 53).

Der Einsatz von Personen, die für die Kontaktpflege mit Einweisern zuständig sind, wie z.B. Vertriebler, wurde aufgrund der Ergebnisse von Einweiserbefragungen in 9% und die Einrichtung fester Einweisersprechstunden in 7% der Häuser realisiert (Abb. 53).

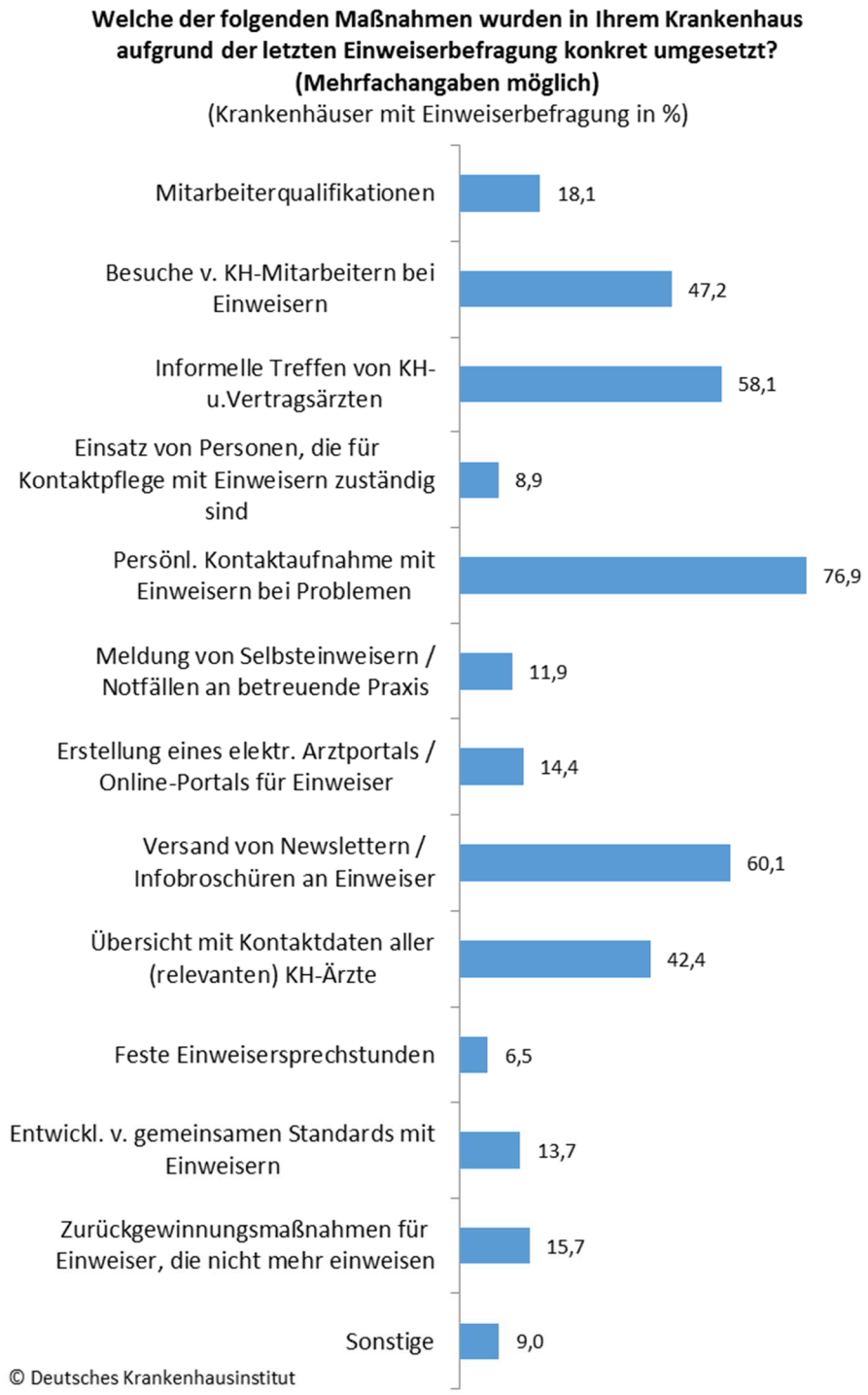


Abb 53: Konkret umgesetzte Maßnahmen aufgrund von Einweiserbefragungen

Aus den Ergebnissen von Einweiserbefragungen können nicht nur allgemeine Schritte abgeleitet werden, sondern auch gezielte Maßnahmen für unterschiedliche Einweisergruppen generiert werden[11]. Die Krankenhäuser haben diese Möglichkeiten vergleichsweise wenig ausgeschöpft. 32% der Häuser haben sehr oft oder oft, ein Drittel nie oder selten spezielle Maßnahmen für Einweiser unterschiedlicher Facharztrichtungen realisiert (Abb. 54).

Knapp ein Viertel der Häuser hat selten, gut ein Fünftel hat nie aufgrund von Einweiserbefragungen Veränderungen für Einweiser unterschiedlicher Einweisungskategorien implementiert. In 22% der Häuser war dies sehr oft oder oft der Fall. Je um die 30% der Krankenhäuser hat aus den Befragungsergebnissen nie oder selten Maßnahmen für Einweiser unterschiedlicher regionaler Lage, wie z.B. krankenhausferne und krankenhausnahe Einweiser, verwirklicht (Abb. 54).

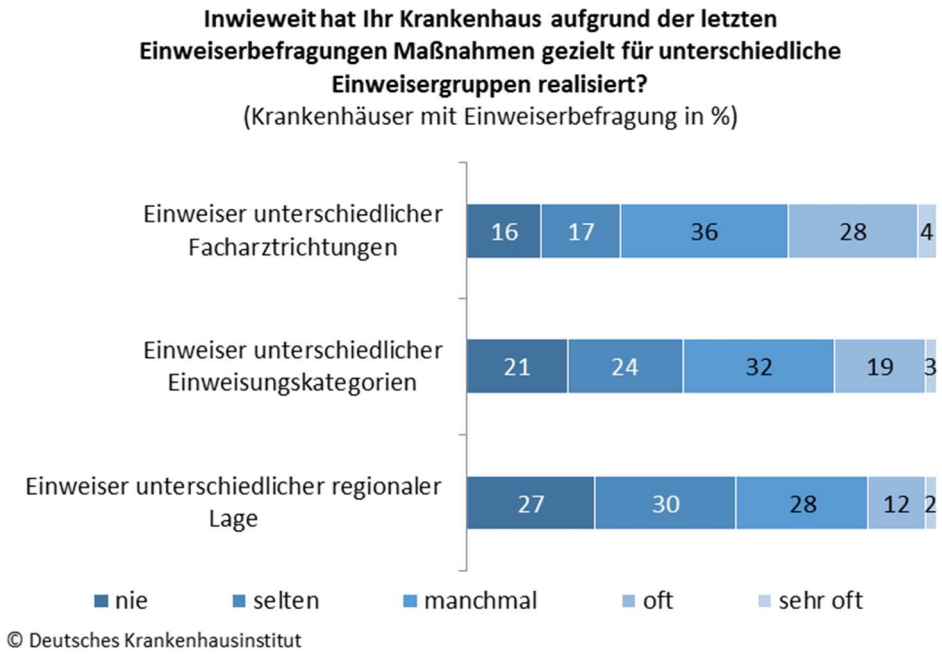


Abb 54: Maßnahmen für unterschiedliche Einweisergruppen aufgrund von Einweiserbefragungen

[11] Bei der Frage nach den gezielten Maßnahmen für unterschiedliche EInweisergruppen aufgrund der letzten Einweiserbefragung war der Anteil der fehlenden Werte überdurchschnittlich hoch. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die Zahl der Häuser, die entsprechende Maßnahmen realisiert hat, noch etwas höher ist, als berichtet.

5.5 Mögliche Gründe für den Verzicht auf Einweiserbefragungen

Einweiserbefragungen sind bereits ein häufig genutztes Instrument, um etwas über oder von den einweisenden Ärzten zu erfahren. Gut ein Drittel der Krankenhäuser verzichtet derzeit auf diese Möglichkeit. Alle Krankenhäuser wurden danach gefragt, inwieweit es bestimmte Gründe dafür gibt, dass Krankenhäuser derzeit noch keine Einweiserbefragungen durchführen.

Der Verzicht auf Einweiserbefragungen ist nicht darauf zurückzuführen, dass Einweiser nicht als primäre Zielgruppe angesehen werden. 90% der Krankenhäuser stimmen dieser Aussage überhaupt nicht oder eher nicht zu. Vielmehr wird vermutet, dass die Häuser ggf. ihre einweisenden Ärzte nicht befragen, weil die Response früherer Befragungen zu schlecht (70% zutreffend) oder die Einweiserbefragungen zu aufwändig (68% zutreffend) sind. Knapp zwei Drittel der Häuser ist der Ansicht, dass das Einweisermanagement in den Kliniken ohne Befragung in anderer Form erfolgt (Abb. 55).

Keine Verwertung der Ergebnisse von früheren Befragungen sowie die Kosten schätzen jeweils 59% als Ursache für den Verzicht auf Einweiserbefragungen ein. Einen unklaren Nutzen (43%) sowie die fehlende Unterstützung externer Anbieter werden von den Häusern vergleichsweise selten als Gründe für die Nicht-Befragung von einweisenden Ärzten genannt (Abb. 55).

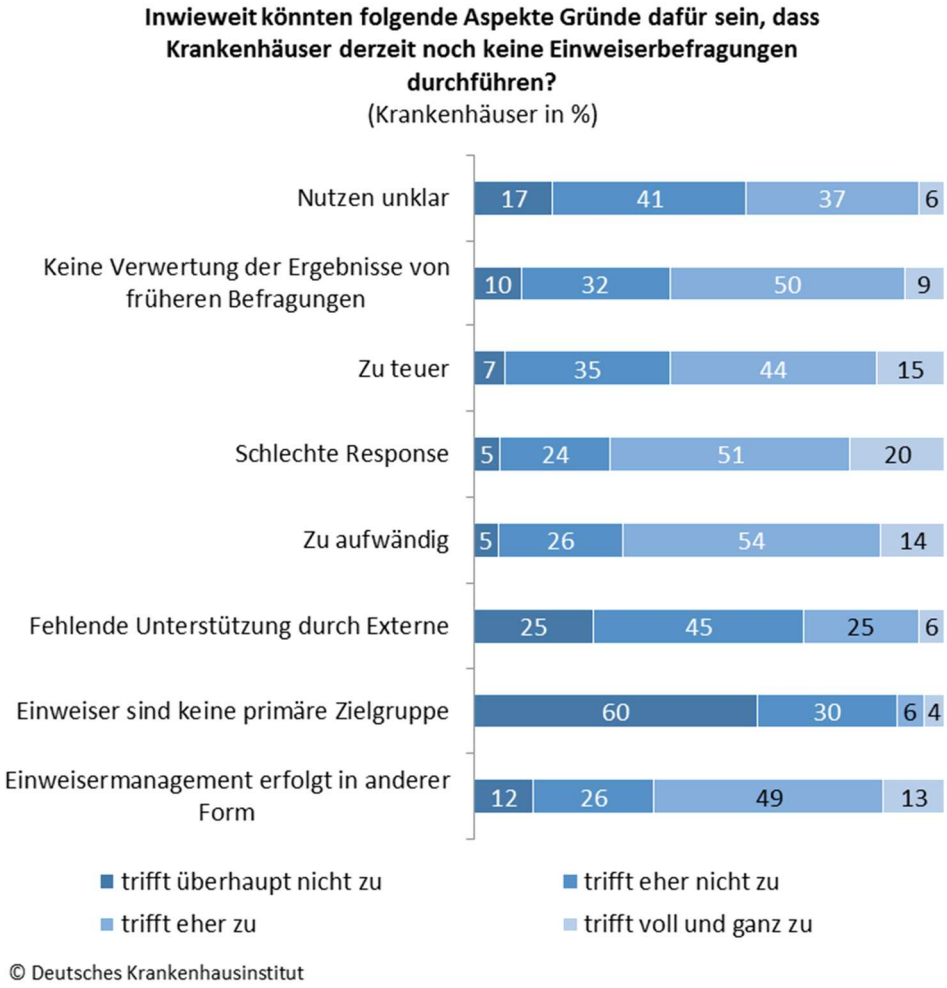


Abb 55: Mögliche Gründe, keine Einweiserbefragung durchzuführen

6 Wirtschaftliche Situation des Krankenhauses

6.1 Jahresergebnis 2014

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2014 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach hat etwa jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (32%) im Jahr 2014 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 56% und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 13% (Abb. 56).

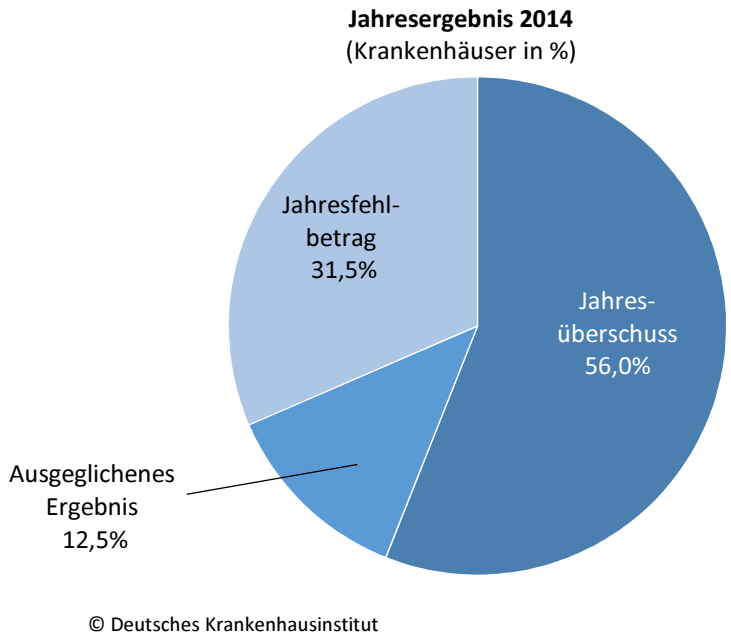


Abb. 56: Jahresergebnis 2014

Insgesamt war die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2014 somit nach wie vor kritisch.

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die Häuser der mittleren Bettengrößenklasse mit 300-599 Betten am häufigsten einen Jahresüberschuss (64%) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (21%). Verglichen damit

fällt der Anteil der Krankenhäuser mit Jahresfehlbetrag in den kleineren Krankhäusern unter 300 Betten (35%) und den größeren Einrichtungen ab 600 Betten (39%) merklich höher aus (Abb. 57).

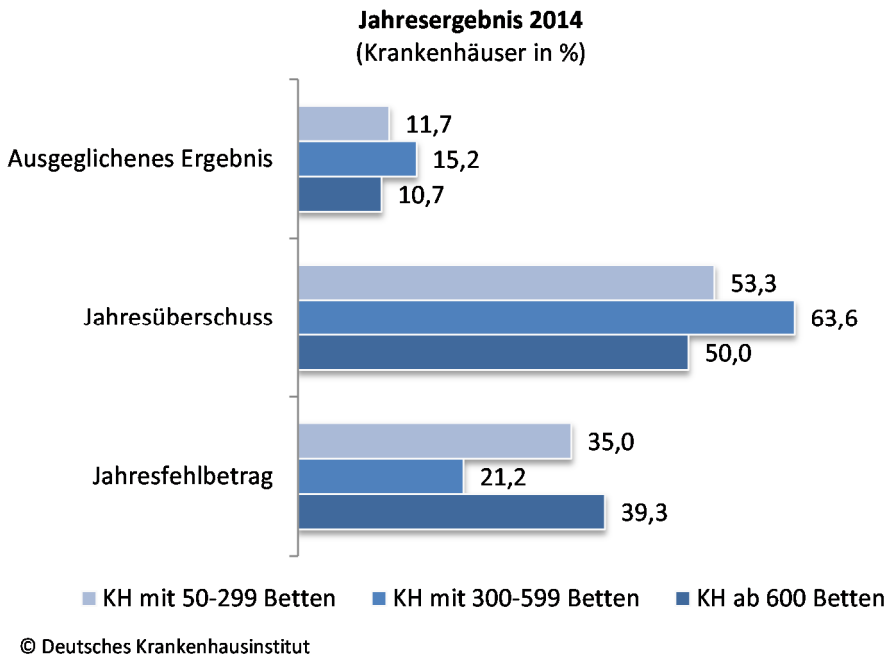


Abb. 57: Jahresergebnis 2014 nach Bettengrößenklassen

6.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2013/2014

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 2013 und 2014 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2014 im Vergleich zu 2013 in 29% der Krankenhäuser gesunken, bei rund 23% konstant geblieben und in rund 48% der Krankenhäuser gestiegen (Abb. 58).

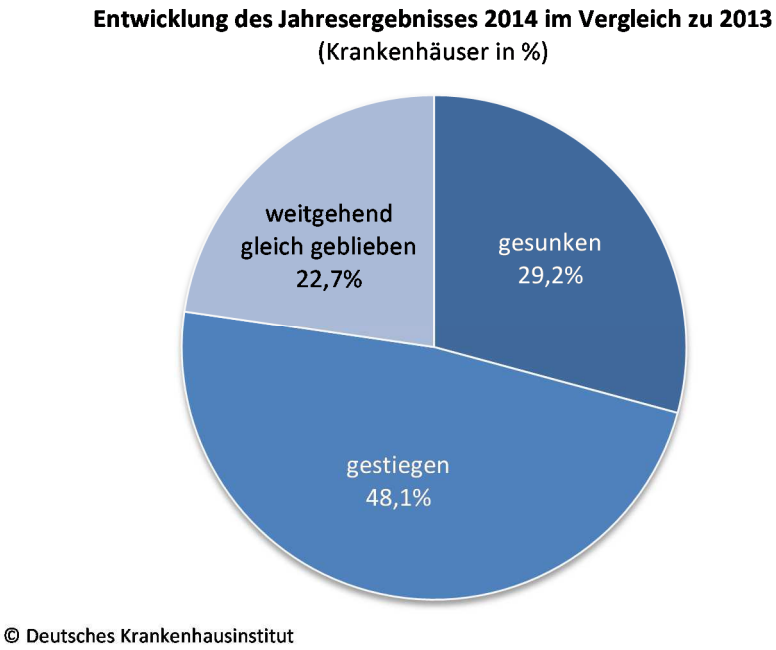


Abb. 58: Entwicklung des Jahresergebnisses 2014 im Vergleich zu 2013

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Abb. 59). Der Anteil der Krankenhäuser mit gesunkenem Jahresergebnis fällt in den beiden Bettengrößenklassen unter 600 Betten mit jeweils rund 30% überdurchschnittlich aus. Umgekehrt fällt der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis in der oberen Größenklasse ab 600 Betten mit 57% überdurchschnittlich aus.

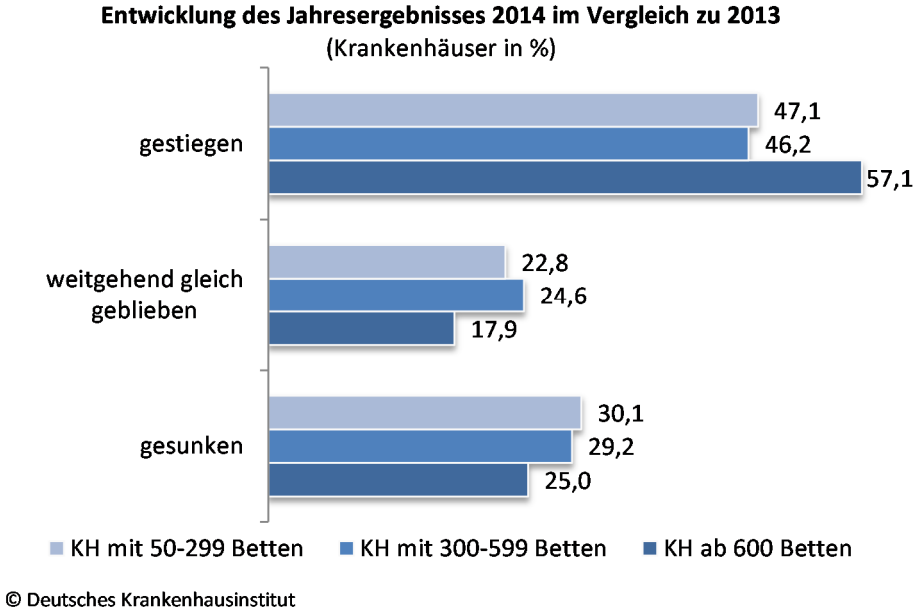


Abb. 59: Entwicklung des Jahresergebnisses 2014 im Vergleich zu 2013

6.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2014 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2015 beurteilen. Demnach schätzt nur noch etwa jedes vierte Krankenhaus (26%) seine wirtschaftliche Lage als eher gut ein. 38% der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während 36% in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 60).

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in der mittleren Bettengrößenklasse am besten und in der oberen Größenklasse am schlechtesten aus (Abb. 61). Dazwischen liegen die Einrichtungen in der unteren Bettengrößenklasse.

Abb. 60: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses

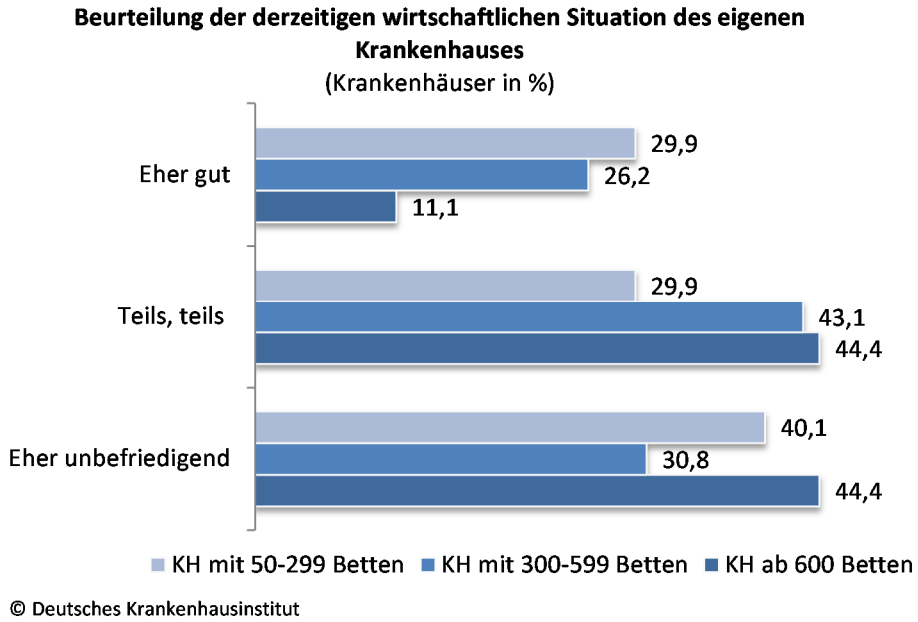


Abb. 61: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen

6.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2016 äußern: Nur noch 19% erwarten eine Verbesserung, jedoch 39% der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation (Abb. 62). Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser fallen also insgesamt pessimistisch aus.

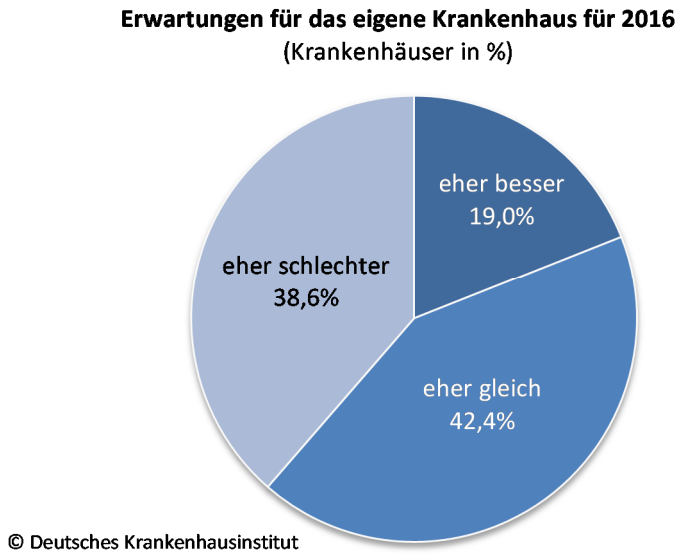


Abb. 62: Wirtschaftliche Erwartungen für 2016

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen in Häusern der unteren Bettengrößenklasse tendenziell besser und in Krankenhäusern der beiden oberen Bettengrößenklassen tendenziell schlechter aus (Abb. 63).

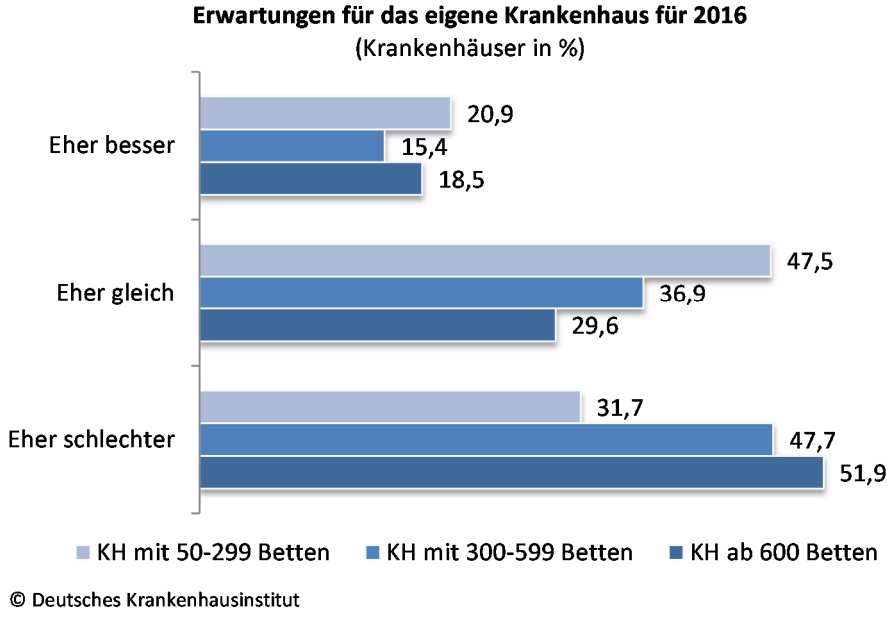


Abb. 63: Wirtschaftliche Erwartungen für 2016 nach Bettengrößenklassen

Literaturverzeichnis

Blum, K./Offermanns, M. (2011). Zuweisermanagement im Krankenhaus. das Krankenhaus. 103(2), S. 135-140.

Bundesgesundheitsblatt. (2009). Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsblatt, 52: 951-962.

Busse, T. (2011). Mangelware OP-Pflegepersonal: OP-Personalreport Pflege 2010. Die Schwester, der Pfleger 2: 184-189.

Deutsches Krankenhausinstitut (2008ff.). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf .www.dki.de.

Deutsches Krankenhausgesellschaft (2014). Verjährung von Forderungen libyscher Kriegsversehrter. Berlin: DKG-Rundschreiben 484/2014

Deutsches Krankenhausgesellschaft (2015a). „Schleuser"-Ring bringt Patienten aus Zentralasien und Osteuropa. Berlin: DKG-Rundschreiben 84/2015

Deutsches Krankenhausgesellschaft (2015b). Behandlungskosten für Asylbewerber und Flüchtlinge. Berlin: DKG-Rundschreiben 188/2015