



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Krankenhaus Barometer

Umfrage 2010

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**

**Krankenhaus
Barometer**

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax.: 0211 / 47 051 – 19
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, Dezember 2010



Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
1 STRATEGISCHES MANAGEMENT	6
1.1 VERBREITUNG DES STRATEGISCHEN MANagements	6
1.2 UMWELTANALYSE	8
1.3 MARKT- UND WETTBEWERBSANALYSE	10
1.4 UNTERNEHMENSANALYSE	13
1.5 STRATEGISCHE ZIELPLANUNG	16
1.6 STRATEGIECONTROLLING	22
2 PERSONALMANAGEMENT	24
2.1 PERSONALBEDARFSBESTIMMUNG	24
2.2 PERSONALPLANUNG	28
2.3 PERSONALENTWICKLUNG	34
2.4 PERSONALMARKETING	42
2.5 FORT- UND WEITERBILDUNGSMAßNAHMEN	46
3 KRANKENHAUSHYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION	51
3.1 PRÄVENTIONSMAßNAHMEN	51
3.2 ORGANISATORISCHE PRÄVENTIONSMAßNAHMEN	54
3.3 AUFTRETEN VON NOSOKOMIALEN – UND INFektionen MIT (MULTI)RESISTENTEN ERREGERN SEIT BEGINN 2009	58
3.4 HYGIENISCHES FACHPERSONAL IM KRANKENHAUS	61
3.5 KRANKENHAUSINTERNER MELDEWEG VON NOSOKOMIALEN – UND INFektionen MIT (MULTI)RESISTENTEN ERREGERN	65
3.6 MELDESYSTEM ZU NOSOKOMIALEN – UND INFektionen MIT (MULTI)RESISTENTEN ERREGERN	67
3.7 ANALYSE DER INFektionsSTATISTIKEN ZU NOSOKOMIALEN - UND INFektionen MIT (MULTI)RESISTENTEN ERREGERN	69





4	ZENTRALE NOTAUFNAHME (ZNA)	74
4.1	ORGANISATION DER NOTAUFNAHME	74
4.2	PERSONELLE ORGANISATION DER ZENTRALEN NOTAUFNAHME	76
4.3	FESTER PERSONALBESTAND DER ZENTRALEN NOTAUFNAHME	79
4.4	ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN IN DER ZENTRALEN NOTAUFNAHME	80
5	AMBULANTE LEISTUNGEN UND ERLÖSE	84
5.1	AMBULANTE NOTFÄLLE	84
5.2	AMBULANTE OPERATIONEN NACH § 115B SGB V	88
5.3	INSTITUTSAMBULANZEN	90
5.4	AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGUNG NACH § 116B SGB V	93
6	MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN	97
6.1	KRANKENHÄUSER MIT MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN UND ZEITPUNKT DER INBETRIEBNAHME	97
6.2	LEISTUNGEN UND ERLÖSE DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN	100
6.3	KOOPERATION DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN MIT KRANKENHÄUSERN	101
7	INVESTITIONSFINANZIERUNG	104
7.1	INVESTITIONEN DES JAHRES 2009	104
7.2	HERKUNFT VON INVESTITIONSMITTELN	106
7.3	VERWENDUNG VON INVESTITIONSMITTELN	108
7.4	EINBINDUNG PRIVATER INVESTOREN	110
8	WIRTSCHAFTLICHE LAGE	113
8.1	FUSIONEN	113
8.2	JAHRESERGEBNIS 2009/2010	115
8.3	ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2008/2009	118
8.4	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION	120
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	123
	LITERATURVERZEICHNIS	130



Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2010 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 Krankenhausedirektoren Deutschlands (VKD), der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VIK) und die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (DKVG).

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist, 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).

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2010 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von April bis Juni 2010 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 260 Krankenhäuser. Die Krankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung mit einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine





DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

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 Strategisches Management

1.1 Verbreitung des strategischen Managements

Unter der Strategie eines Unternehmens werden die längerfristigen Unternehmensziele bzw. die längerfristigen Planungen zur Zielerreichung verstanden. Dementsprechend besteht der wesentliche Inhalt des strategischen Managements in der gezielten und systematischen Entwicklung, Planung und Umsetzung längerfristiger Unternehmensziele sowie der abschließenden Überprüfung der Strategie. Grundlage des strategischen Managements bildet der strategische Managementprozess. Dieser gliedert sich grob in die Phasen der strategischen Analyse, der strategischen Planung, der Strategieumsetzung und der Strategiekontrolle (Greiling & Muszynski, 2008).

Die strategische Analyse ist ihrerseits unterteilt in die **Umweltanalyse** (Kap.1.2), also die Analyse allgemeiner Umweltbedingungen, die **Markt- oder Wettbewerbsanalyse** (Kap.1.3), sprich die Analyse des konkreten Unternehmensumfeldes, und die **Unternehmensanalyse** (Kap.1.4), mithin die Beschreibung und Bewertung des Unternehmens. Die Phase der **strategischen Planung** (Kap.1.5) umfasst im Wesentlichen die Entwicklung einer Vision, des Leitbildes und strategischer Ziele des Unternehmens. Im Rahmen der Strategieimplementierung werden die strategischen Ziele umgesetzt, etwa in operative Ziele für das Unternehmen insgesamt bzw. einzelne Organisationseinheiten und Geschäftsfelder oder in die kurz- und mittelfristige Programm- und Projektplanung. Der Zielerreichungsgrad des strategischen Managements wird schließlich im **Strategiecontrolling** (Kap.1.6) überprüft.

Mit dem diesjährigen *Krankenhaus Barometer* erfolgt erstmalig eine repräsentative Bestandsaufnahme zum strategischen Management in deutschen Krankenhäusern. Einleitend sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob sie über eine ausgearbeitete Unternehmensstrategie bzw. ein

systematisches strategisches Management für das Krankenhaus insgesamt verfügen. Dies ist bei rund drei Vierteln (76,6%) aller deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten der Fall. Dabei gibt es signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße: Am häufigsten ist ein systematisches strategisches Management demnach in der mittleren Bettengrößenklasse (300-599 Betten) mit einem Anteilswert von gut 88% anzutreffen. Am wenigsten verbreitet ist es in kleineren Häusern bis 300 Betten mit knapp 71%, während der Wert für die Großkrankenhäuser ab 600 Betten mit rund 81% in etwa dem Bundesdurchschnitt entspricht (Abb. 1).

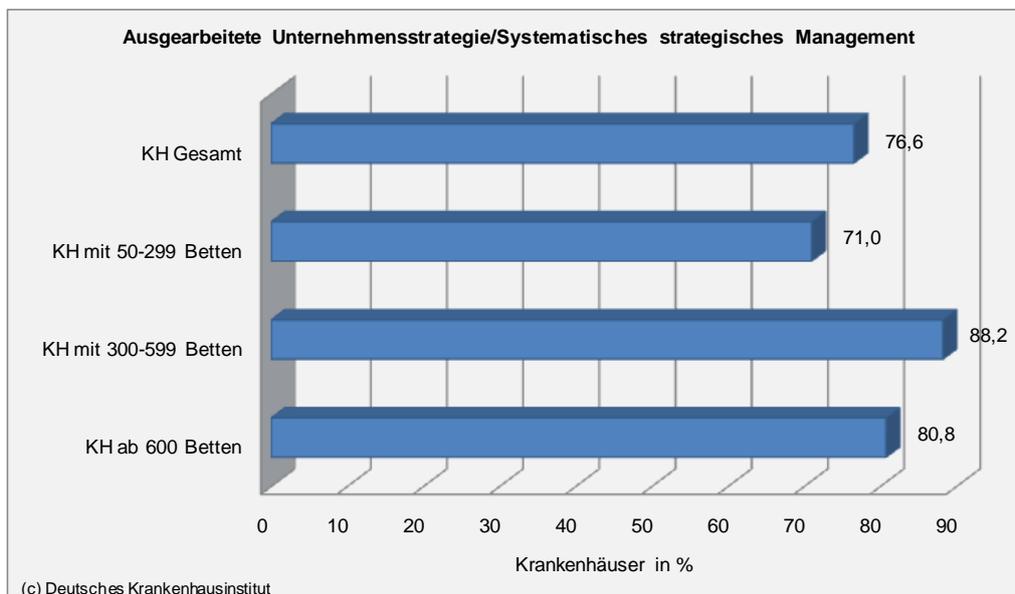


Abb. 1: Krankenhäuser mit ausgearbeiteter Unternehmensstrategie

Diese Ergebnisse basieren letztlich auf einer Selbsteinschätzung der beteiligten Krankenhäuser. Somit stellt sich die Frage nach der externen Validität bzw. wann von einem systematisch strategischen Management die Rede sein kann. Ein systematisches strategisches Management liegt demnach vor, wenn der strategische Managementprozess standardisiert im Sinne bestimmter Prozesselemente erfolgt und einschlägige Instrumente und



Maßnahmen der strategischen Managements standardmäßig zum Einsatz kommen. Wie die nachfolgenden Analysen zeigen, liegen entsprechende Ansätze in den jeweiligen Häusern mehr oder weniger breit vor.

Die folgenden Auswertungen fokussieren im Wesentlichen jene 76,7% der Krankenhäuser, die gemäß ihrer Selbsteinschätzung überhaupt über eine ausgearbeitete Unternehmensstrategie bzw. ein systematisches strategisches Management verfügen. Dies schließt zwar nicht aus, dass einzelne Prozesselemente des strategischen Managements ansatzweise auch in den übrigen Häusern vorhanden sind. Gemäß der Fragenfilterung im Erhebungsinstrument können diese aber nicht identifiziert werden.

1.2 Umweltanalyse

Ausgangspunkt des strategischen Managements bildet die strategische Analyse. Dabei betrifft die Umweltanalyse die Analyse der allgemeinen oder makroökonomischen Bedingungen der Unternehmensentwicklung (Makro-Umwelt), die vom Unternehmen faktisch kaum beeinflusst werden können. Sie fungieren als Rahmen, innerhalb dessen sich die Krankenhäuser bewegen bzw. an dem sich das strategische Management auszurichten hat. Wesentliche Einflussgrößen der Umweltanalyse bilden insbesondere die **politisch-rechtlichen** Rahmenbedingungen, **ökonomische** Faktoren, die **soziokulturelle** Umwelt und **technologische** Entwicklungen (Greiling & Muszynski, 2008). Das Analyseraster wird auch PEST-Analyse genannt.

Im *Krankenhaus Barometer* sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie im Rahmen ihres strategischen Managements eine entsprechende Umweltanalyse *standardmäßig* durchführen. Bezogen auf die Krankenhäuser insgesamt, kommt demnach in jedem zweiten Krankenhaus eine Umweltanalyse *standardmäßig* zum Einsatz (48,4%). Beschränkt man sich auf Einrichtungen mit einem systematischen strategischen Management (vgl. Kap. 1.1), dann liegt der entsprechende Anteilswert bei rund zwei Dritteln (64,3%).

Der Anteil der Krankenhäuser, in denen Umweltanalysen zum Standard des strategischen Managements gehören, nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu (Abb. 2).

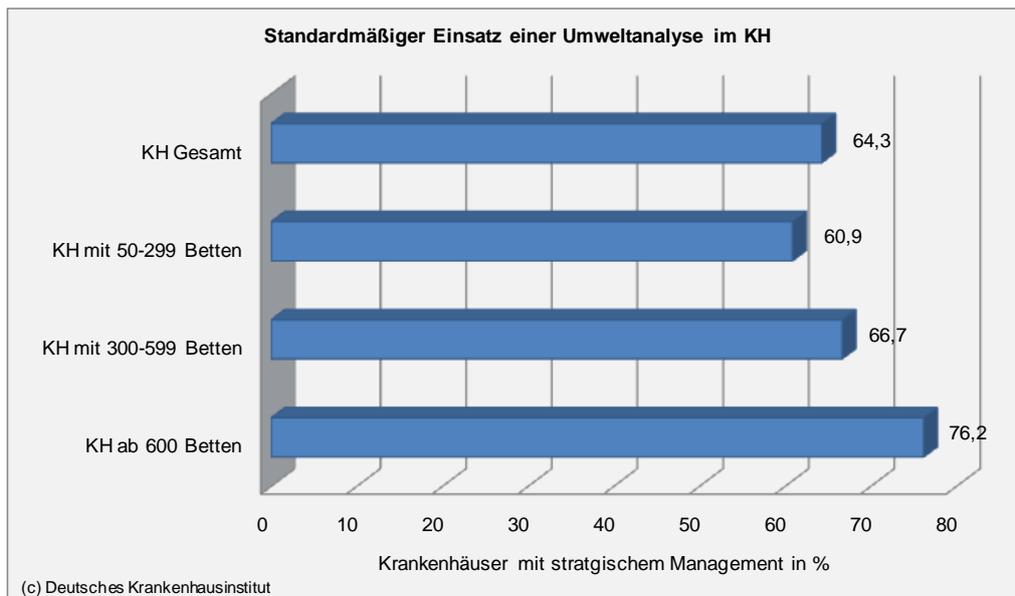


Abb. 2: Krankenhäuser mit Umweltanalyse

Krankenhäuser mit standardmäßiger Umweltanalyse wurden darüber hinaus gefragt, inwieweit bei ihnen die einzelnen Umweltfaktoren der PEST-Analyse *umfassend und systematisch* analysiert werden. Abbildung 3 zeigt die Mittelwerte auf einer fünfwertigen Skala. Demnach sind vor allem politisch-rechtliche Faktoren (z. B. Gesetzgebung, gesundheitspolitische Entwicklungen) und ökonomische Faktoren (wie die Wirtschaftsentwicklung und Marktkonzentration) Gegenstand systematischer Analysen. Jeweils gut 85% der Befragten kreuzten hier die Antwortalternativen *sehr* oder *ziemlich* an.

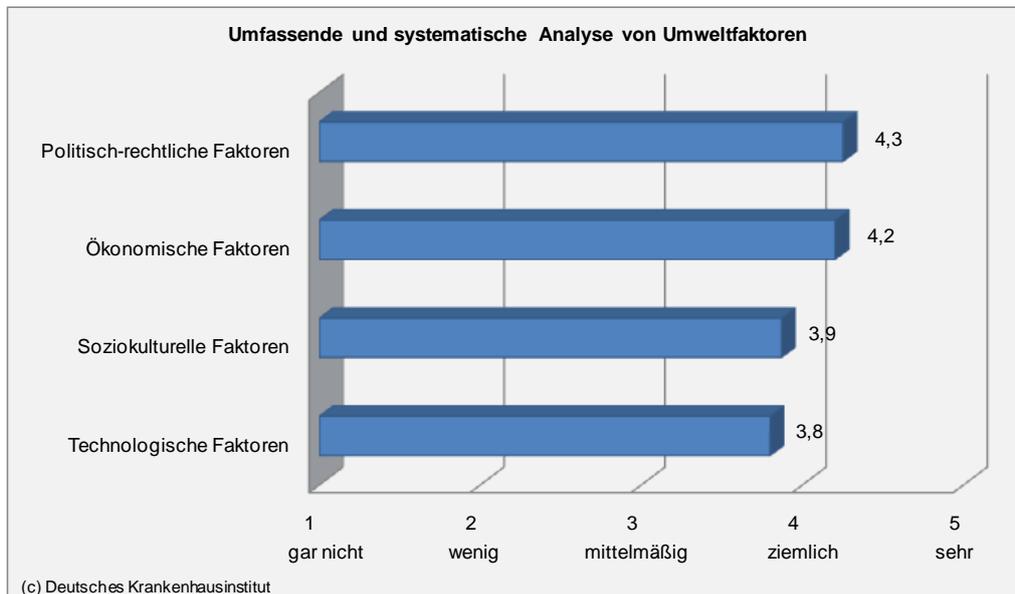


Abb. 3: Krankenhäuser mit Analyse von Umweltfaktoren - Mittelwerte

Etwas weniger umfassend fällt die Umweltanalyse bei den soziokulturellen Faktoren (wie Demographie, Familienorientierung) und den technologischen Entwicklungen aus (wie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder innovative Technologien). Hier führten jeweils rund zwei Drittel der Befragten die beiden oberen Antwortkategorien an. Bei den einzelnen Dimensionen der PEST-Analyse resultierten keine systematischen oder signifikanten Zusammenhänge nach Krankenhausgröße.

1.3 Markt- und Wettbewerbsanalyse

Von der allgemeinen Umweltanalyse (Makro-Umwelt) ist die Analyse des engeren Umfeldes zu unterscheiden (Mikro-Umwelt). Diese Markt- oder Wettbewerbsanalyse betrifft insbesondere die Marktstruktur, das Marktvolumen und die Marktentwicklung (primär) im Einzugsgebiet eines Krankenhauses. Wesentliche Wirkkräfte des Wettbewerbs bzw. Kenngrößen

der Marktanalyse sind dabei vor allem Kunden, Lieferanten und andere Wettbewerber.

Mittels der Markt- und Wettbewerbsanalyse soll zum einen die eigene Marktposition bestimmt werden, etwa hinsichtlich Marktanteile, Leistungsportfolio, Stärken und Schwächen im Vergleich zu Mitbewerbern etc. Zum anderen sind mögliche Marktentwicklungen und die damit verbundenen Chancen und Risiken für die Entwicklung des eigenen Unternehmens aufzuzeigen, z. B. im Hinblick auf den Gewinn oder Verlust von Marktanteilen oder Marktsegmenten.

Im Vergleich zur Umweltanalyse sind Markt- und Wettbewerbsanalysen in deutschen Krankenhäusern weiter verbreitet. In fast zwei Dritteln der Krankenhäuser insgesamt bzw. in 85,6% der Einrichtungen mit einem systematischen strategischen Management kommen sie, laut Selbsteinschätzung der Befragten, *standardmäßig* zum Einsatz. Zumindest bei den Häusern mit einer ausgearbeiteten Unternehmensstrategie gibt es in dieser Hinsicht auch faktisch keine Unterschiede nach Krankenhausgröße (Abb. 4).

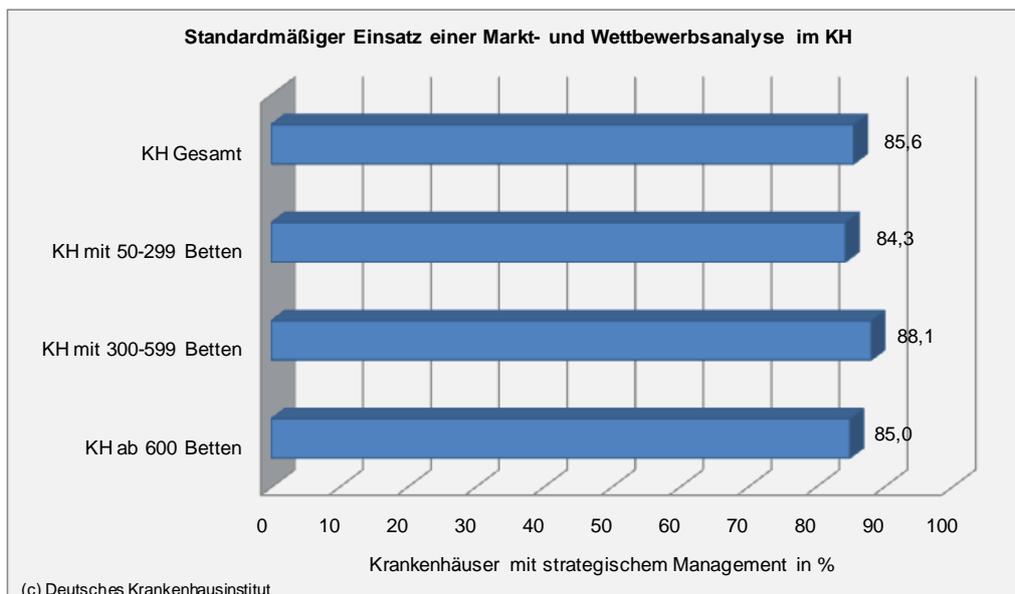


Abb. 4: Krankenhäuser mit Markt- und Wettbewerbsanalyse

Krankenhäuser mit dem standardmäßigen Einsatz von Markt- und Wettbewerbsanalysen sollten ihrerseits angeben, inwieweit sie dabei wesentliche Wirkkräfte des Wettbewerbs *umfassend und systematisch* analysieren (Abb. 5). Im Fokus der Analysen stehen dabei insbesondere Zuweiser (z. B. nach regionaler Verteilung oder ABC-Zuweisern), andere Krankenhäuser und Mitbewerber im Umfeld (z. B. hinsichtlich Leistungsspektrum und Kernkompetenzen) sowie die Patientenstruktur im Einzugsgebiet (etwa nach Alter, Krankheitsspektrum, regionaler Verteilung). Auch potentielle neue Wettbewerber oder neue Angebote im Einzugsgebiet sind noch vergleichsweise häufig Gegenstand systematischer Analysen. Verglichen damit sind Analysen mit Blick auf die Kostenträger (z. B. Umsatzanteil, Verhandlungsmacht) oder Lieferanten (etwa von Medizintechnik, Arzneimittel oder medizinischem Bedarf) bisher von geringerer Relevanz.

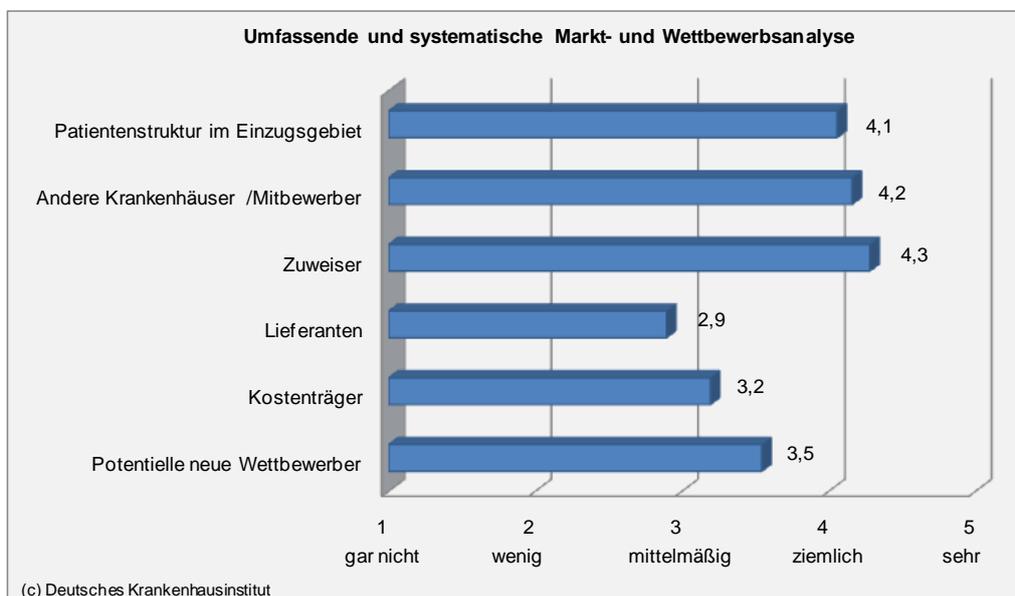


Abb. 5: Krankenhäuser mit Markt- und Wettbewerbsanalyse - Mittelwerte



Auch bei den Kenngrößen der Marktanalyse gibt es keine systematischen oder signifikanten Unterschiede nach Krankenhausgröße. D. h. über alle Bettengrößenklassen hinweg stehen Patienten, Zuweiser und Mitbewerber gleichermaßen im Fokus von Markt- und Wettbewerbsanalysen.

1.4 Unternehmensanalyse

Während die Umwelt- und Marktanalysen das externe Umfeld des Unternehmens fokussieren, erfolgt in der Unternehmensanalyse eine Positionsbestimmung des Unternehmens anhand interner Faktoren. Gegenstand der Unternehmensanalyse sind demnach insbesondere die Fähigkeiten und Kompetenzen eines Unternehmens, seine materiellen und immateriellen Ressourcen sowie die strategischen Unternehmenspotenziale. Die Unternehmensanalyse hat zum Ziel, aus den ermittelten Stärken und Schwächen der Positionsbestimmung Ansatzpunkte für Verbesserungspotenziale, für strategische Wettbewerbsvorteile und die strategische Weiterentwicklung eines Unternehmens zu generieren.

Unternehmensanalysen sind in den deutschen Krankenhäusern ähnlich weit verbreitet wie Markt- und Wettbewerbsanalysen. Bei zwei Dritteln der Krankenhäuser insgesamt bzw. fast 87% der Einrichtungen mit einem systematischen strategischen Management kommen sie *standardmäßig* zum Einsatz. Entsprechenden Unternehmensanalysen kommen in den kleineren Häusern unter 300 Betten leicht unterproportional zum Einsatz (Abb. 6).



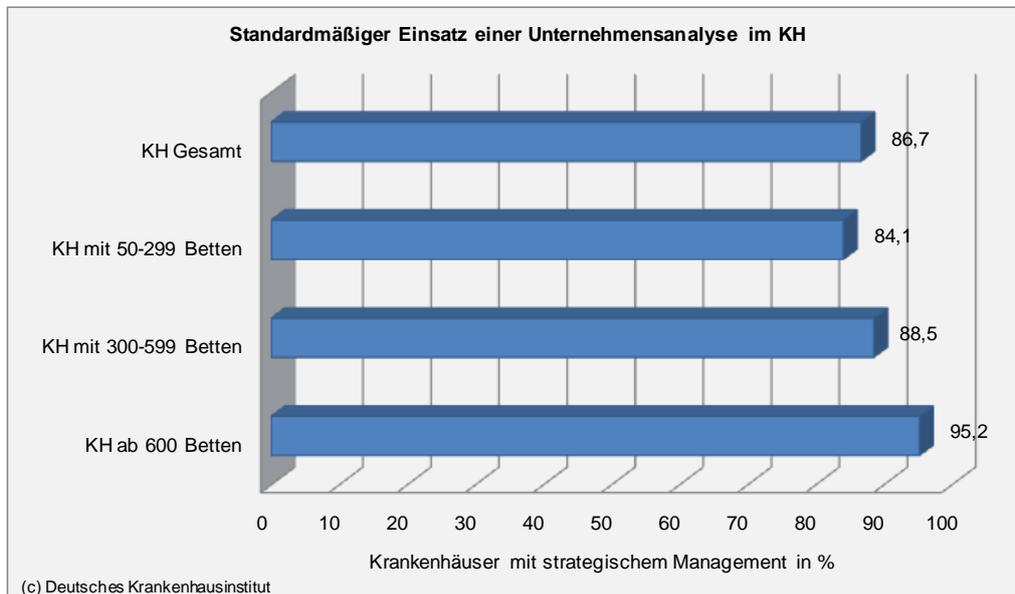


Abb. 6: Krankenhäuser mit Unternehmensanalyse

Mit Blick auf die Unternehmensanalyse sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit sie hier ihre Ressourcen und Kompetenzen umfassend und systematisch analysieren. Dies ist weitestgehend der Fall, insofern die jeweiligen Mittelwerte durchweg im oberen Bereich der Werteskala liegen (Abb.7). Dabei haben vor allem das krankenhausesindividuelle Leistungs- und Krankheitsspektrum (und damit die krankenhausesindividuelle Patientenstruktur) sowie die finanziellen Ressourcen (z. B. Cash-Flow, Rentabilität, Eigenkapital) überragende Bedeutung im Rahmen der Unternehmensanalyse. Zwischen 97% (Leistungsspektrum) und 87% (Finanzen) der jeweiligen Krankenhäuser kreuzten hier die beiden oberen Antwortkategorien an.

Weitere Parameter der Unternehmensanalyse bilden sonstige materielle Ressourcen, wie das Personal (z. B. Berufsgruppen, Qualifikationsstruktur) und die Ausstattung (etwa Gebäude, Anlagen, Technik), sowie immaterielle Ressourcen wie die Organisation (z. B. Aufbau- und Prozessorganisation), die Kernprozesse (von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten) und die

Qualität (z. B. Qualitätsstandards, fachliches Know-How). Auch diesbezüglich fällt die Unternehmensanalyse bei der großen Mehrheit der Krankenhäuser sehr oder ziemlich umfassend und systematisch aus.

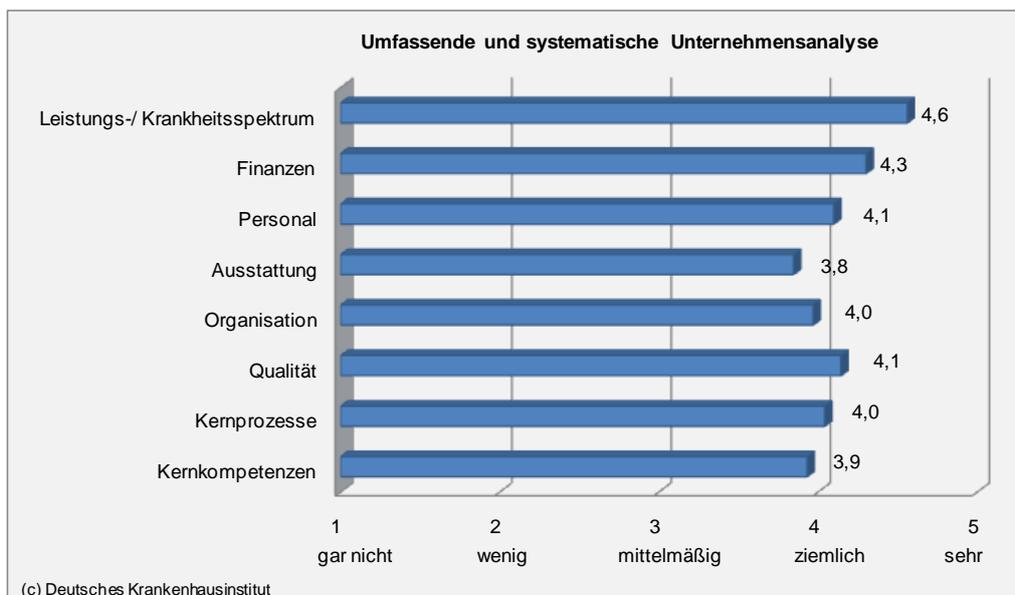


Abb. 7: Krankenhäuser mit Unternehmensanalyse – Mittelwerte

Darüber hinaus fokussieren die Krankenhäuser in den Unternehmensanalysen auch zusehends ihre Kernkompetenzen oder Alleinstellungsmerkmale (USP=Unique Selling Position). Diese definieren maßgebliche (aktuelle und/oder künftige) strategische Wettbewerbsvorteile im Vergleich zu Mitbewerbern etwa auf Grund eines signifikanten Beitrags zum Kundennutzen, Unternehmensspezifität oder Einzigartigkeit, begrenzte Substituierbarkeit oder Imitierbarkeit etc. Die Abhebung von Wettbewerbern bzw. entsprechende Differenzierungsvorteile gewinnen – neben anderen Faktoren - im verschärften Krankenhauswettbewerb kontinuierlich an Bedeutung. Mittlerweile analysieren daher zwei Drittel der Krankenhäuser mit standardmäßigen Unternehmensanalysen ihre USP systematisch bzw. ziemlich oder sehr umfassend.

1.5 Strategische Zielplanung

Mit der Umwelt- und Unternehmensanalyse ist die Analysephase des strategischen Managementprozesses abgeschlossen. Auf Basis der Analyse, insbesondere der dort ermittelten Stärken und Schwächen bzw. Chancen und Risiken des Krankenhausunternehmens, sind dann strategische Optionen zu formulieren. Die Strategieformulierung gibt mithin die strategischen Ziele vor, die ein Krankenhaus innerhalb eines bestimmten Zeitraums erreichen oder umsetzen will. Die strategischen Ziele sind für das Gesamtunternehmen wie die einzelnen Organisationseinheiten verbindlich und handlungsleitend (Greiling & Muszynski, 2008).

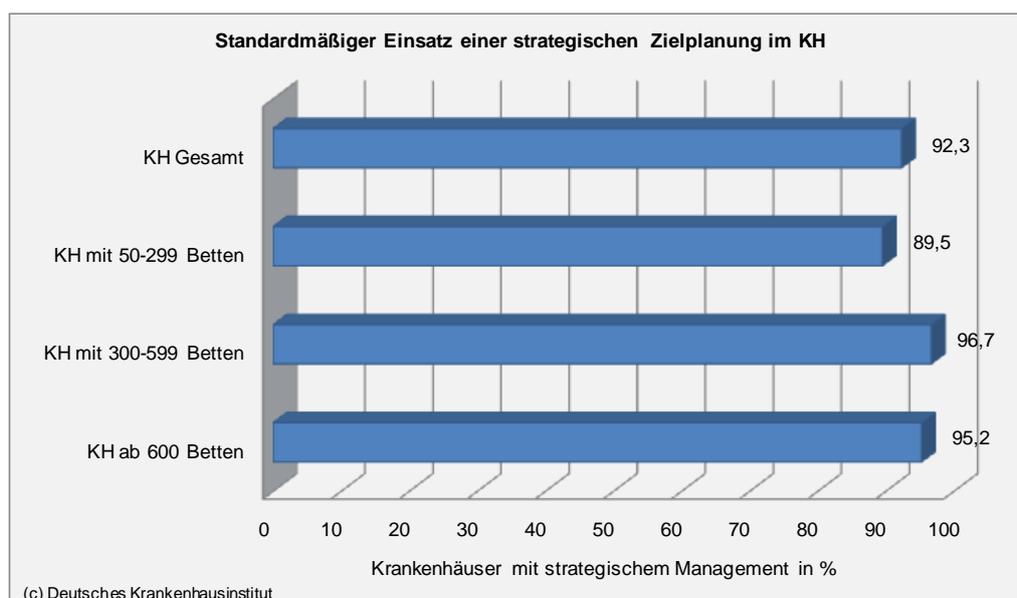


Abb. 8: Krankenhäuser mit strategischer Zielplanung

Sofern die Krankenhäuser überhaupt über ein strategisches Management verfügen, kommt eine diesbezügliche strategische Zielplanung auch nahezu flächendeckend zur Anwendung. Gut 92% dieser Krankenhäuser führen, laut eigenen Angaben, eine solche Zielplanung *standardmäßig* durch; dies entspricht gut 70% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten insgesamt.

Damit ist die strategische Zielplanung der Aspekt des strategischen Managementprozesses, der am häufigsten umgesetzt wird (Abb. 8).

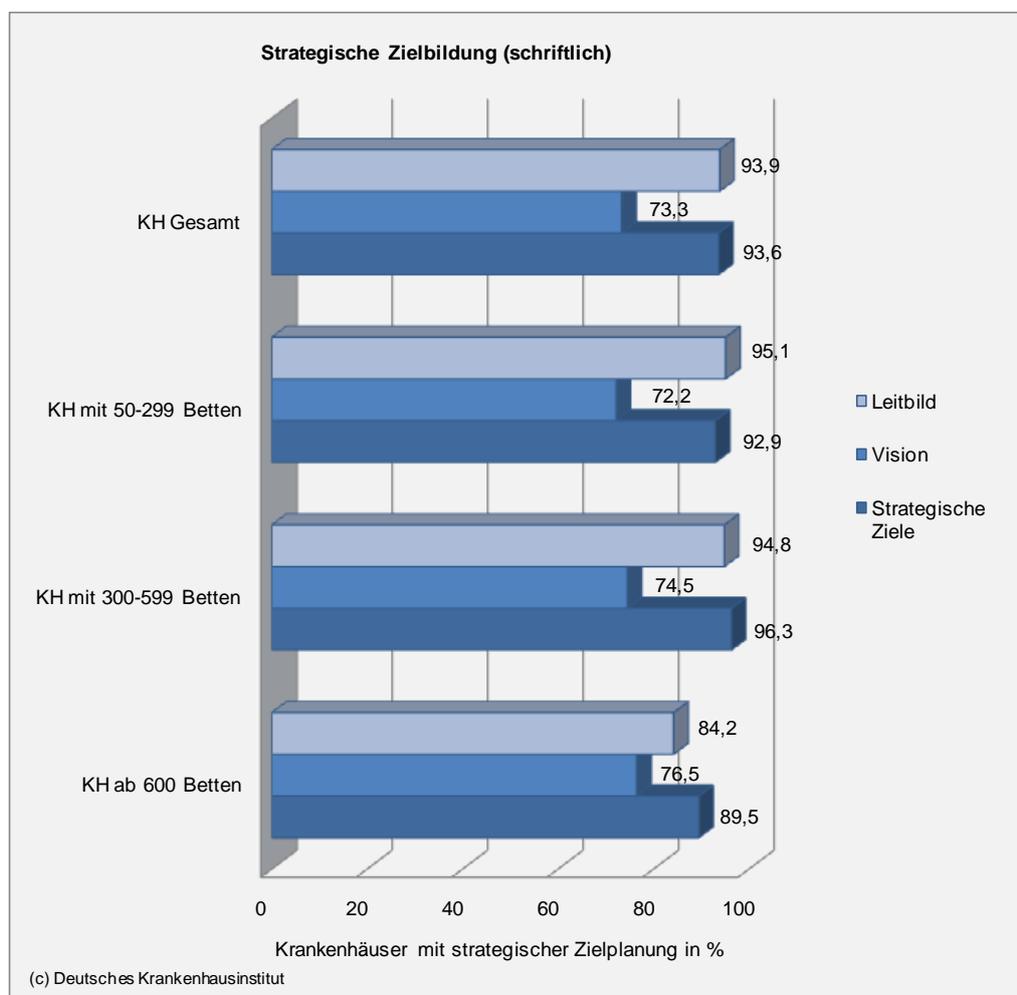


Abb. 9: Krankenhäuser mit strategischer Zielbildung

Ihren Ausdruck findet die strategische Zielplanung bzw. die strategische Zielbildung vor allem im Leitbild, in der Vision und in den strategischen Zielen: Unternehmensleitbilder liefern die Leitlinien für die Unternehmenspolitik. Leitbilder definieren in der Regel den Zweck und das Selbstverständnis des Unternehmens; darüber hinaus beinhalten sie grundlegende Werte und



Handlungsorientierungen mit Blick auf Mitarbeiter, Kunden und das Umfeld des Unternehmens sowie maßgebliche Zielvorstellungen für die Zukunft. Knapp 94% aller Krankenhäuser mit strategischer Zielplanung verfügen über ein entsprechendes Leitbild. Dagegen sind Visionen, also die kurz und prägnant zusammengefassten Fernziele einer Strategie, etwas weniger verbreitet; sie liegen in etwa 73% der entsprechenden Krankenhäuser schriftlich vor. Konkrete strategische Unternehmensziele liegen wiederum in fast 94% aller Krankenhäuser mit strategischer Zielplanung schriftlich vor. Mit Blick auf die Zielbildung gibt es faktisch kaum Unterschiede nach Krankenhausgröße (Abb. 9).

Eine konkrete Abfrage aller strategischen Ziele des Krankenhauses war im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* nicht möglich. Deswegen wurden für die Befragung verschiedene strategische Zielbereiche thematisch zusammengefasst. Für diese Zielbereiche sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob diese in der strategischen Zielplanung des Krankenhauses schriftlich niedergelegt sind (Abb. 10):



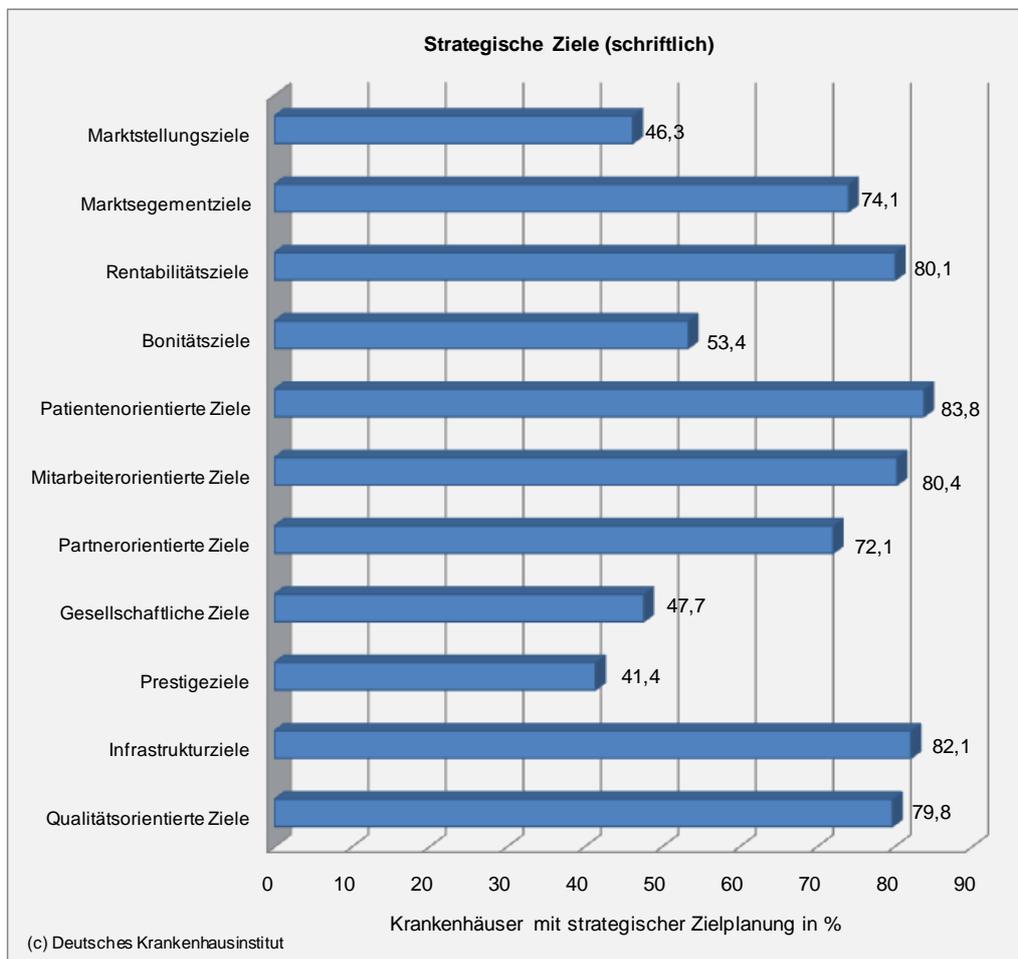


Abb. 10: Strategische Ziele der Krankenhäuser

Unter den ökonomischen Zielen dominieren demnach eindeutig Rentabilitätsziele (wie Gewinn- und Umsatzrentabilität) und Marktsegmentziele (z. B. prioritäre Geschäftsfelder oder neue Leistungsbereiche), welche in jeweils rund drei Vierteln der Krankenhäuser mit strategischer Zielplanung schriftlich niedergelegt sind. Im Vergleich dazu gehen Bonitätsziele (wie Kreditwürdigkeit, Liquidität, Eigenkapital) sowie Marktstellungsziele (z. B. Marktanteile, Marktführerschaft) nur in jeweils rund der Hälfte der genannten Krankenhäuser explizit in die Zielplanung ein.



Mit 84% bilden patientenorientierte Ziele (wie die Erhöhung der Patientenzufriedenheit, weniger Beschwerden, verbesserter Service) die häufigste Zielgröße der strategischen Planung überhaupt. Mitarbeiterorientierte Ziele (also vor allem die Personalentwicklung und Personalbindung) sind bei rund 80% der Krankenhäuser und partnerorientierte Ziele (z. B. die Kooperation oder Vernetzung mit anderen Leistungserbringern) in gut 72% der Einrichtungen mit strategischer Zielplanung formuliert. Weitere Zielbereiche mit hohem Verbreitungsgrad sind Infrastrukturziele (also Neu-/Umbauten, technische Ausstattung) und Qualitätsziele (wie die Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Leistungsqualität, Produkt- und Prozessinnovationen), welche jeweils rund 80% der Häuser in ihre strategische Zielplanung aufgenommen haben.

Eher unterrepräsentiert sind hingegen gesellschaftliche Ziele (z. B. Umweltschutz, Sponsoring, Gesundheitsförderung) und Prestigeziele (wie Image, Bekanntheitsgrad, politischer Einfluss), die in jeweils weniger als der Hälfte der Einrichtungen ausdrücklich in die Zielplanung einfließen. Nichtsdestotrotz bleibt festzuhalten, dass die Zielplanung in den deutschen Krankenhäusern vergleichsweise umfassend angelegt ist, da in der Regel zahlreiche strategische Zielbereiche Berücksichtigung finden.

Mit Blick auf die strategische Zielplanung stellt sich schließlich die Frage, inwieweit die strategischen Ziele des Krankenhauses *klar und präzise* und damit auch umsetzungsorientiert formuliert sind. Zu maßgeblichen Umsetzungskriterien wurden die Krankenhäuser konkret befragt (Abb. 11).



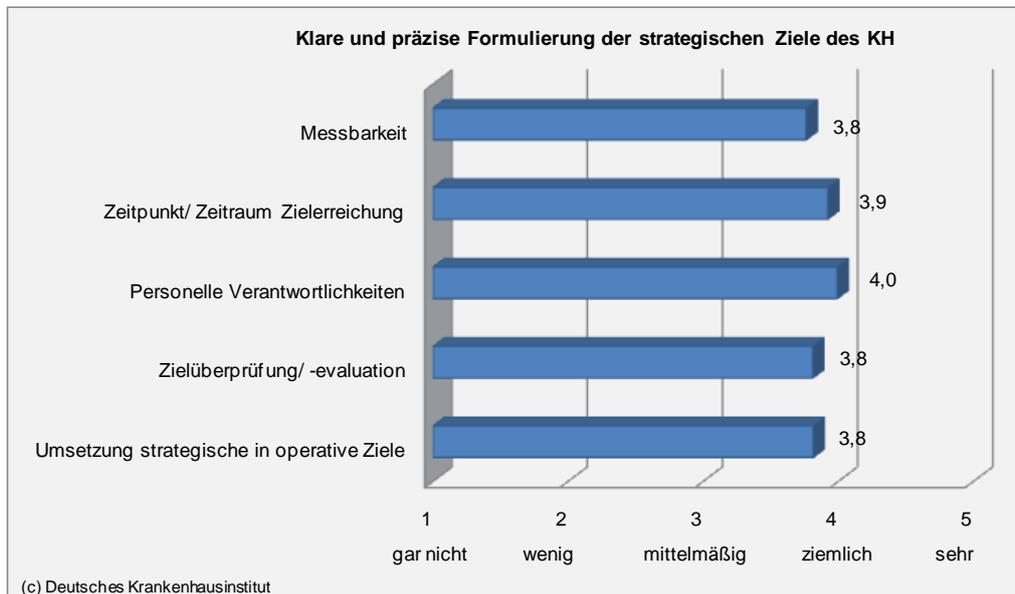


Abb. 11: Krankenhäuser mit strategischer Zielformulierung - Mittelwerte

Die Umsetzungsorientierung der strategischen Zielplanung zeigt sich insbesondere daran, dass Ziele messbar und überprüfbar sind. Dies ist laut Auskunft der Befragungsteilnehmer bei rund zwei Dritteln der Krankenhäuser mit strategischer Zielplanung *sehr* oder *ziemlich* der Fall. Auch der Zeitpunkt bzw. der Zeitraum für die Zielerreichung sowie die personellen Verantwortlichkeiten für die Umsetzung sind überwiegend klar und präzise geregelt. Das gleiche gilt für die Umsetzung der (in der Regel allgemein oder unternehmensübergreifend formulierten) Ziele in operative Ziele, etwa durch Vorgaben für einzelne Organisationseinheiten oder Geschäftsfelder, die Projektplanung oder die Ressourcenallokation. Insgesamt ist die strategische Zielplanung der deutschen Krankenhäuser somit in hohem Maße umsetzungsorientiert ausgerichtet.

1.6 Strategiecontrolling

Den letzten Schritt im strategischen Managementprozess bildet das Strategiecontrolling. Das Strategiecontrolling misst den Zielerreichungsgrad des strategischen Managements. Zum einen ist hier zu prüfen, inwieweit die strategischen und operativen Ziele (ggf. in der geplanten Zeit und mit den vorgegebenen Ressourcen) auch tatsächlich erreicht wurden. Zum anderen sind aus eventuellen Abweichungen weitere Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Im Vergleich zur Unternehmensanalyse und zur strategischen Zielplanung ist das Strategiecontrolling in deutschen Krankenhäusern weniger verbreitet. In gut 60% der Krankenhäuser mit einem systematischen strategischen Management bzw. in 45% der stationären Einrichtungen insgesamt kommt ein Strategiecontrolling standardmäßig zum Einsatz. Die Verbreitung nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu (Abb. 12). Beim Strategie-Controlling gibt es somit insgesamt noch am ehesten Verbesserungspotenziale.

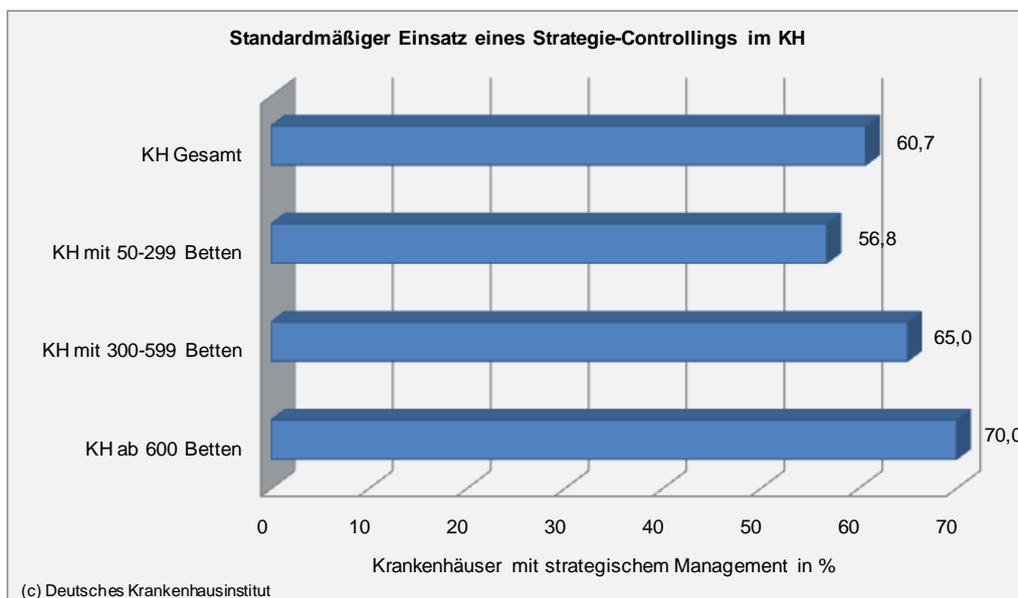


Abb. 12: Krankenhäuser mit Strategiecontrolling

Sofern ein Strategiecontrolling durchgeführt wird, erfolgt dies in der Regel aber vergleichsweise *umfassend und systematisch* (Abb. 13). Demnach wird der Zielerreichungsgrad des strategischen Managements sowohl auf der Unternehmens- und Geschäftsführungsebene als auch auf der Geschäftsbereichsebene weitreichend erfasst. Ebenso werden auf beiden Ebenen systematisch Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen aus dem Strategiecontrolling abgeleitet. Im Hinblick auf den Umsetzungsgrad des Strategiecontrollings resultierten auch faktisch keine Unterschiede nach Krankenhausgröße.

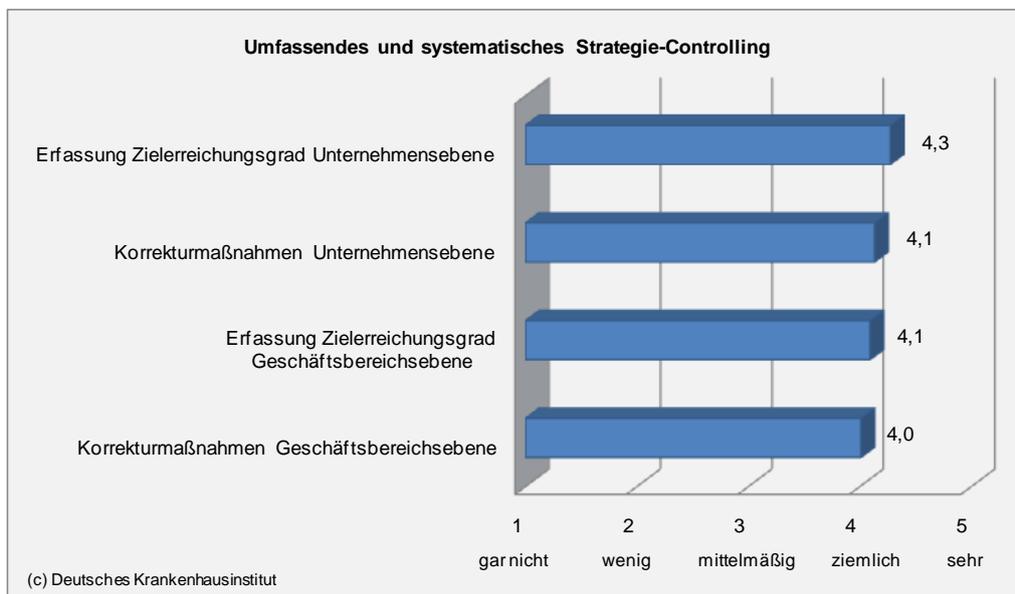


Abb. 13: Krankenhäuser mit Strategiecontrolling - Mittelwerte



2 Personalmanagement

In den Krankenhäusern wächst der Anspruch an ein professionelles, systematisches Personalmanagement. Personalmanagement umfasst verschiedene Bereiche, die eng verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen. Man unterscheidet im Rahmen des Personalmanagements z. B. Personalplanung, Personalauswahl, Personalführung oder Personalentwicklung (Naegler, 2008). Zu den wichtigen Zielen und Maßnahmen des Personalmanagements zählen z. B. die Sicherstellung des bedarfsgerechten Personalbestands sowie die Weiterqualifizierung des Personals im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen.

2.1 Personalbedarfsbestimmung

Die Personalbedarfsbestimmung legt fest, wie viele Mitarbeiter, mit welcher Qualifikation, zu welchen Zeiten, an welchen Orten erforderlich sind, um die Krankenhausleistungen tagtäglich erbringen zu können. Dafür stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, die miteinander kombinierbar sind. Mit Einführung der DRG's hat sich der Ansatz der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus durch die vorhandene Datenlage sowie die stärkere Erlösorientierung wesentlich verändert (Naegler, 2008).

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, „welche Methoden der Personalbedarfsbestimmung sie systematisch und umfassend in Ihrem Krankenhaus für die jeweiligen Berufsgruppen etabliert“ haben. Dabei wurde der Einsatz drei verschiedener Methoden je für Ärzte, Pflege- und Verwaltungskräfte erfragt. Nachfolgend werden bei allen Fragen die Ergebnisse sowohl für die Krankenhäuser insgesamt als auch für die jeweiligen Berufsgruppen dargestellt. Die Prozentwerte für die Krankenhäuser insgesamt wurden mit Hilfe der Angaben für die Berufsgruppen berechnet. Die Krankenhäuser, die die jeweiligen Maßnahmen oder Methoden bei



mindestens einer der Berufsgruppen einsetzen, gehen in den Gesamtprozentwert ein.

Die „Arbeitszeitmethode / das Analytische Verfahren“ wird in den Krankenhäusern von allen drei Methoden am häufigsten genutzt. Knapp zwei Drittel der Krankenhäuser (63,5%) wenden diese Methode routinemäßig an. Bei dieser Methode wird der Personalbedarf über die Zeit, die für die Erledigung einer bestimmten Arbeitsmenge notwendig, ist sowie der pro Mitarbeiter in einem bestimmten Zeitraum (z. B. pro Monat) zur Verfügung stehenden Arbeitszeit ermittelt (Beck & Becker, 2007). Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten setzen die Arbeitszeitmethode häufiger ein als die anderen Krankenhäuser (Abb. 14).

Bei der „Arbeitsplatzmethode“ wird festgelegt, welche Arbeitsplätze zu welchen Zeiten besetzt sein müssen (Naegler, 2008). Diese Methode wird in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser (58,6%) standardmäßig eingesetzt, um den Personalbedarf zu ermitteln. Krankenhäuser mit bis zu 599 Betten wenden diese Methode häufiger an als Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten (Abb. 14).

Die „erlösorientierte Personalbedarfsbestimmung“ erfolgt anhand der Kalkulationsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (Naegler, 2008) und wird von 56,5% der Krankenhäuser standardmäßig eingesetzt. Auch bei dieser Personalbedarfsbestimmungsmethode zeigen sich leichte Unterschiede nach Bettengrößenklassen: Die Krankenhäuser mit bis zu 299 Betten ziehen diese Methode seltener heran als die anderen Krankenhäuser (Abb. 14).

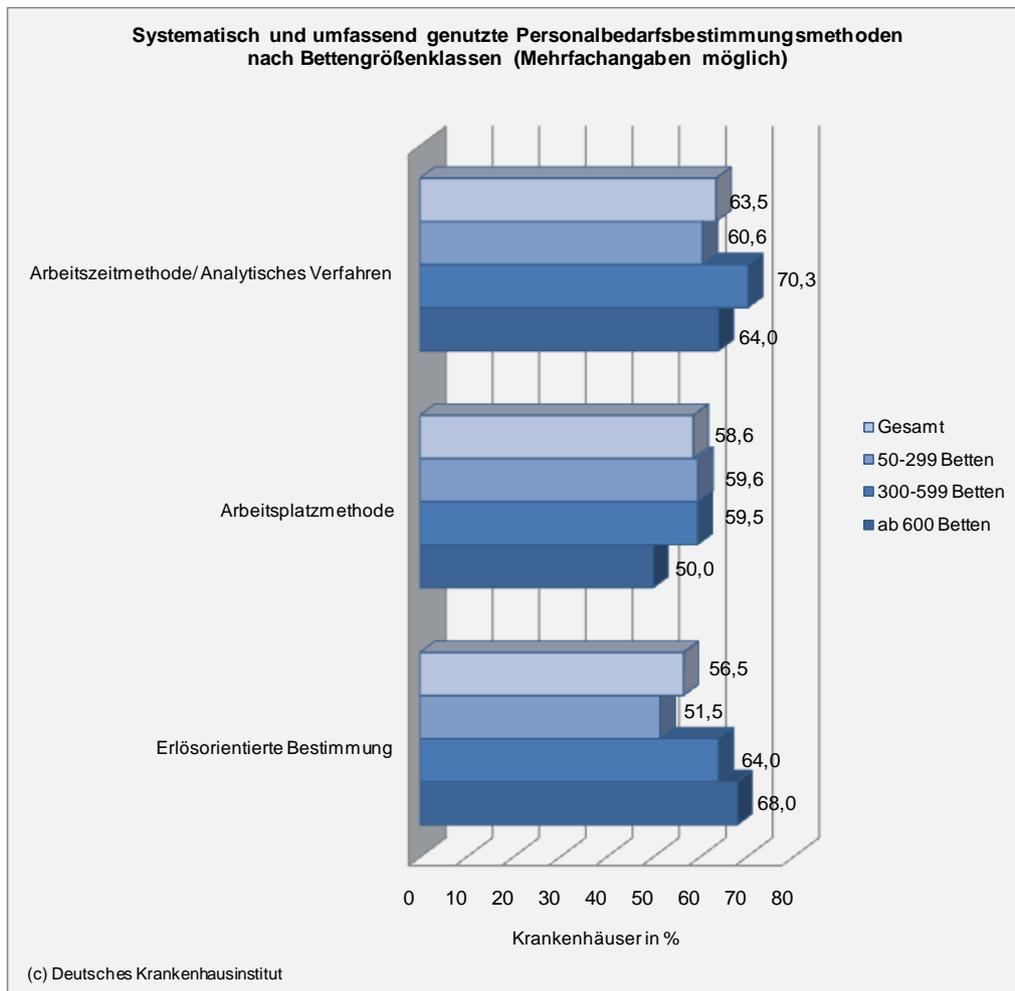


Abb. 14: Methoden der Personalbedarfsbestimmung nach Bettengrößenklassen

Die Krankenhäuser setzen die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Personalbedarfsbestimmung bei den Berufsgruppen in unterschiedlicher Weise ein. So wenden die Krankenhäuser im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst insbesondere die Arbeitszeitmethode (51,5% bzw. 49,8%) und die erlösorientierte Methode an (53,0% bzw. 43,5%), um den Personalbedarf zu bestimmen, während die Arbeitsplatzmethode bei den Verwaltungskräften dominiert (46,0%). Die Arbeitsplatzmethode wiederum kommt nur in jeweils circa einem Drittel der Krankenhäuser im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst

und damit am seltensten zum Einsatz. Die Methoden der Personalbedarfsbestimmung variieren erwartungsgemäß insbesondere zwischen den Ärzten und Verwaltungsmitarbeitern deutlich (Abb. 15).

Neben den drei genannten Methoden nutzen circa 10% der Krankenhäuser andere Methoden, um jeweils den Bedarf an Ärzten, Pflegekräften oder Verwaltungsmitarbeitern zu bestimmen. Die Krankenhäuser nennen hier als genutzte Methode z. B. Benchmarks oder andere Anhaltswerte.

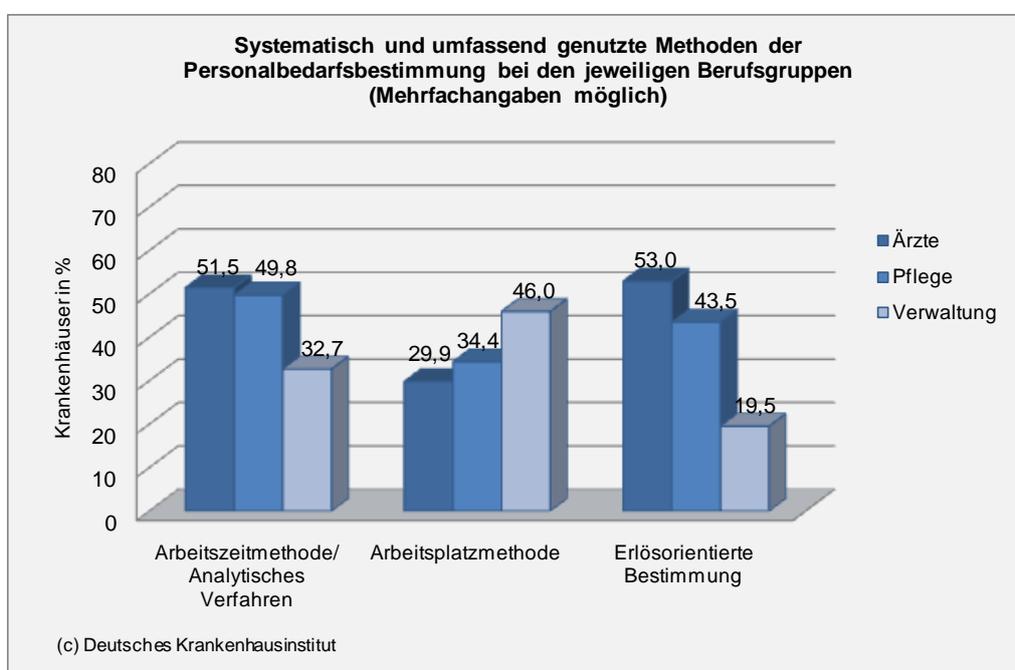


Abb. 15: Angewandte Methoden der Personalbedarfsbestimmung

Insgesamt ermitteln fast alle Krankenhäuser den Bedarf im Ärztlichen (92,2%) oder Pflegerischen Dienst (92,4%) mittels einer der explizit erfragten oder sonst genannten Methode. Dahingegen wird im Verwaltungsbereich der Personalbedarf von den Krankenhäusern etwas seltener systematisch ermittelt (84,7%).

2.2 Personalplanung

Die Personalbedarfsbestimmung und die Personalplanung sind eng verknüpft. Ziel der Personalplanung ist es, vorausschauend alle Maßnahmen zu berücksichtigen, die erforderlich sind, damit dem Krankenhaus zukünftig zur Erreichung seiner Ziele die dazu erforderlichen Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Eine wirkungsvolle Personalplanung sollte zum einen aus der Personalstrategie abgeleitet werden und zum anderen mehrdimensional über die Berücksichtigung verschiedener Perspektiven und Aspekte erfolgen. Dabei können u. a. Struktur-, Leistungs- oder Kostenaspekte herangezogen werden. „Weiche“ Faktoren wie z. B. die Mitarbeiterzufriedenheit können bei der Personalplanung oder dem -controlling ebenfalls genutzt werden (Frieling et al. 2010; Naegler, 2008; Havighorst, 2006). Die Krankenhäuser wurden gefragt, welche Kennzahlen sie im Rahmen der Personalplanung standardmäßig in ihrem Krankenhaus für die jeweilige Berufsgruppe nutzen.

Strukturelle Personalkennzahlen beschreiben in erster Linie die Zusammensetzung der Mitarbeiterschaft. Der „Personalbestand“ wird in fast allen Krankenhäusern (96,1%) berufsübergreifend bei der Personalplanung berücksichtigt. Knapp zwei Drittel der Krankenhäuser (62,6%) zieht die „Ausbildungsstände / Qualifikationsstruktur“ der Mitarbeiter zur Personalplanung heran. Dabei werden die „Ausbildungsstände / Qualifikationsstrukturen“ vor allem im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst zur Personalplanung genutzt, während nur knapp ein Viertel der Krankenhäuser diese im Verwaltungsbereich anwendet. (Abb. 16).

Eine systematische Analyse der Altersstruktur ermöglicht es, demografisch bedingte Probleme, wie z. B. pensionsbedingte Engpässe, frühzeitig zu erkennen und so bei der Personalplanung zu berücksichtigen. Die Kennzahl „Altersstruktur“ wird in den Krankenhäusern bei der Personalplanung noch nicht systematisch in allen Krankenhäusern eingesetzt (43,0%). Es zeigen sich zudem Unterschiede nach Bettengrößenklassen und Berufsgruppen. So wird die „Altersstruktur“ deutlich öfter bei der Personalplanung in den

Pflegerischen (41,9%) als im Ärztlichen Dienst oder Verwaltungsbereich genutzt (28,8% bzw. 26,2%) (Abb. 16). Im Bettengrößenvergleich wird die „Altersstruktur“ mit zunehmender Krankenhausgröße häufiger zur Personalplanung herangezogen. So berücksichtigt gut die Hälfte der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten die „Altersstruktur“ bei der Personalplanung, während 40,4% der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten diese Kennzahl einsetzen.

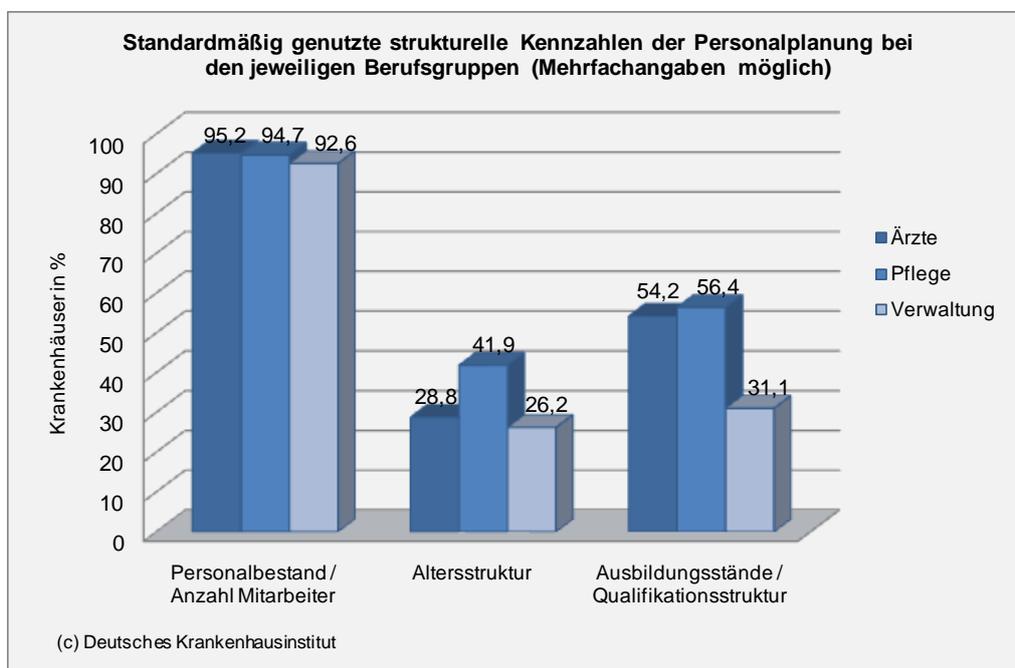


Abb. 16: Strukturelle Kennzahlen der Personalplanung

Ein zentraler Bereich des Personalcontrollings und der Personalplanung sind kostenbezogene Kennzahlen, die in der Regel Aussagen über den Personalaufwand und über die Effizienz der Behandlungs- und Supportprozesse liefern. Kennzahlen zu Personalkosten, wie z. B. Personalkosten je Mitarbeiter, werden in gut der Hälfte der Krankenhäuser zur Personalplanung eingesetzt, wobei sie in nahezu gleicher Weise bei allen Berufsgruppen zur Anwendung kommen. Auch finanzwirtschaftliche

Kennzahlen, wie z. B. Personalkosten in Relation zu Krankenhauserlösen, werden von etwa der Hälfte aller Krankenhäuser zur Personalplanung herangezogen. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Berücksichtigung der Kennzahl bei den verschiedenen Berufsgruppen. So setzen die Krankenhäuser die finanzwirtschaftlichen Kennzahlen wesentlich häufiger zur Planung des Ärztlichen und Pflegerischen Dienstes ein als im Verwaltungsbereich (Abb. 17).

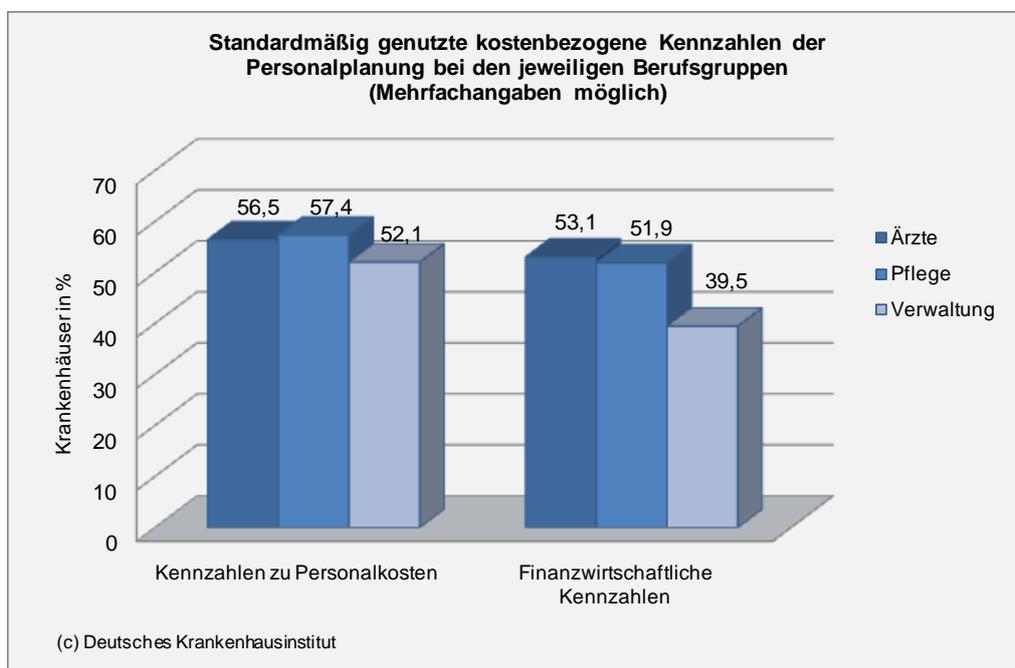


Abb. 17: Kostenbezogene Kennzahlen der Personalplanung

Die Leistungsfähigkeit oder Produktivität des Krankenhauses kann z. B. über die Kennzahl „Leistung je Vollkraft“ ermittelt werden. Diese Kennzahl wird jeweils in etwas über der Hälfte der Krankenhäuser herangezogen, um insbesondere die Personalplanung im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst zu unterstützen. Im Verwaltungsbereich spielt diese Kennzahl erwartungsgemäß eine geringere Rolle. Nur knapp ein Viertel der Krankenhäuser wendet sie dort an (Abb. 18). Die „Leistung je Vollkraft“ wird in den Krankenhäusern mit 300



bis 599 Betten (65,8%) häufiger im Rahmen der Personalplanung eingesetzt als bei den Krankenhäusern anderer Bettengrößenklassen (je gut 50%).

Die Kennzahl „Mehrarbeitsquote / Überstundenquote“ zeigt die Überschreitung der Kapazitätsgrenze und damit implizit auch die durchschnittliche Belastung der Mitarbeiter mit Mehrarbeit an. Ein dauerhaft hoher Wert deutet auf die Notwendigkeit einer Kapazitätsausweitung hin. Gut zwei Drittel der Krankenhäuser wenden diese Kennzahl an. Auch die „Fehlzeitenquoten / Ausfallquoten“ oder die „Fluktuationsquoten“ können mit einer zusätzlichen Belastung der Mitarbeiter einhergehen (Frieling et al., 2010). Während die „Fehlzeitenquoten / Ausfallquoten“ bei der Personalplanung der Krankenhäuser schon häufig Berücksichtigung finden (72,1%), zieht weniger als die Hälfte der Krankenhäuser die „Fluktuationsquote“ zur Personalplanung heran (48,7%). Die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten (58,6%) setzen die „Fluktuationsquote“ häufiger im Rahmen der Personalplanung ein als die Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten (43,4%).

Die drei letztgenannten Kennzahlen werden von den Krankenhäusern bei den verschiedenen Berufsgruppen in unterschiedlicher Weise zur Personalplanung genutzt. Alle drei Kennzahlen finden erwartungsgemäß jeweils im Verwaltungsbereich am seltensten Berücksichtigung. Die „Mehrarbeitsquote / Überstundenquote“ sowie die „Fehlzeitenquoten / Ausfallquoten“ werden von den Krankenhäusern überproportional häufig bei der Personalplanung im Pflegerischen Dienst herangezogen (Abb. 18).

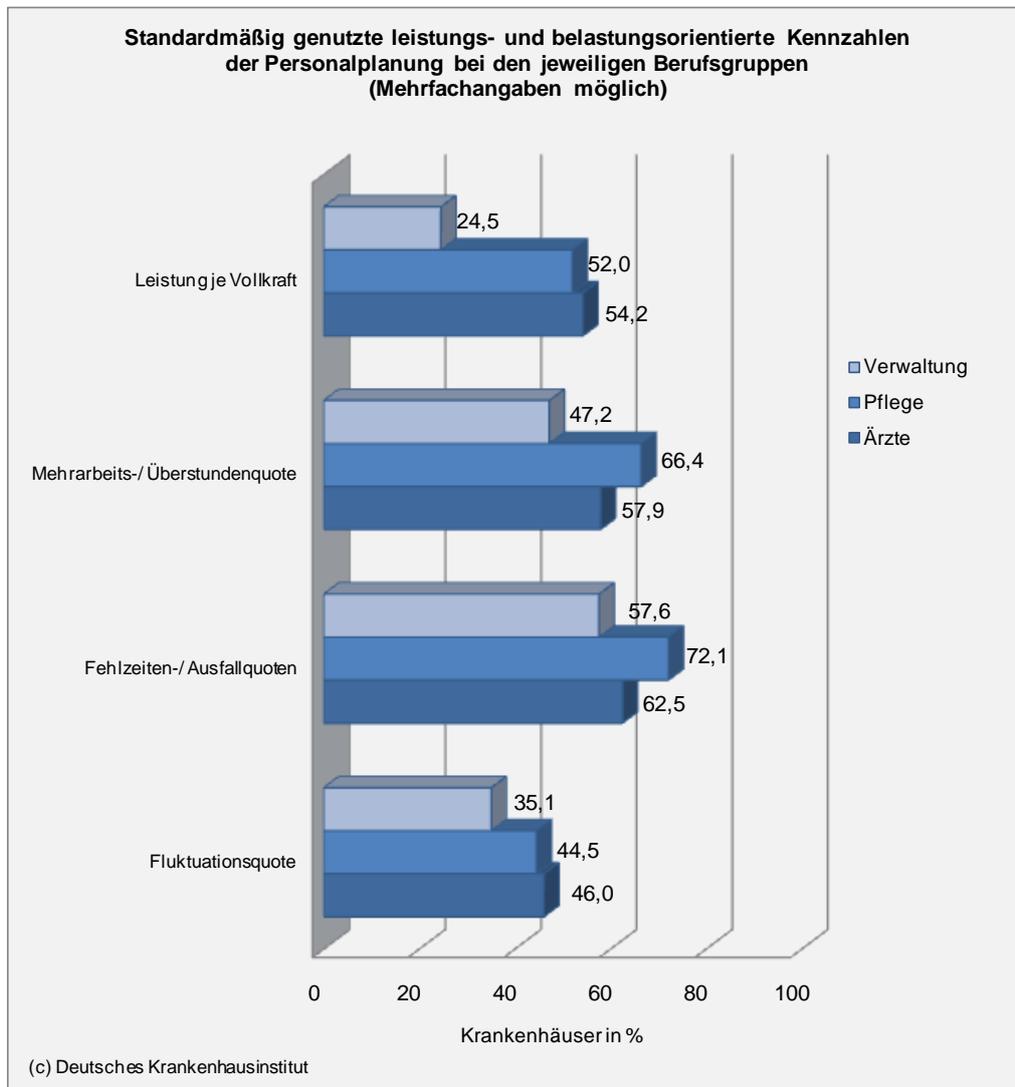


Abb. 18: Leistungs- und belastungsorientierte Kennzahlen der Personalplanung

Die Krankenhäuser wenden die „Kennzahlen zur Mitarbeiterzufriedenheit“ bisher relativ selten (26,0%) zur Personalplanung im Ärztlichen, Pflegerischen und Verwaltungsbereich an, wobei sich keine Unterschiede beim Einsatz zwischen den Berufsgruppen zeigen (Abb. 19).

„Kennzahlen zur Qualifizierungsentwicklung“ können dazu genutzt werden, die Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation einzusetzen oder notwendige Qualifizierungsmaßnahmen einzuleiten. Diese Kennzahlen werden sehr selten, insgesamt nur in 11,4% der Krankenhäuser zur Personalplanung genutzt. Auch hier zeigen sich keine berufsgruppenspezifischen Unterschiede (Abb. 19).

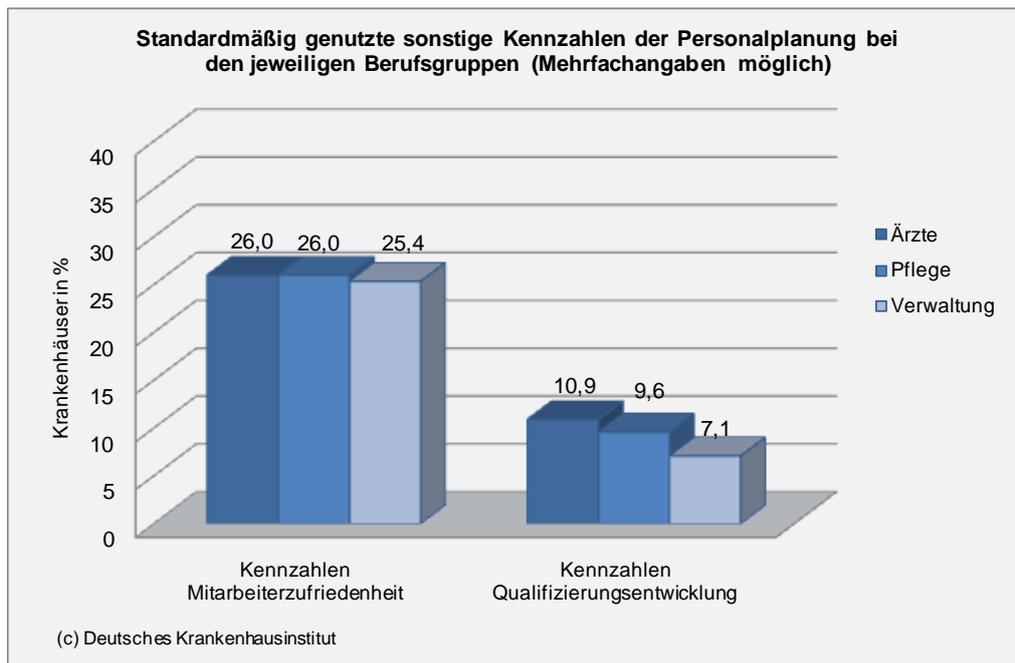


Abb. 19: Sonstige Kennzahlen der Personalplanung

Die Krankenhäuser setzen im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst im Durchschnitt sechs und im Verwaltungsbereich fünf von zwölf Kennzahlen standardmäßig zur Personalplanung ein. Bei allen Berufsgruppen kommen im Minimum eine und im Maximum elf Kennzahlen bei der Personalplanung zum Einsatz.

2.3 Personalentwicklung

Unter Personalentwicklung wird die systematische Planung der Maßnahmen verstanden, die die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Krankenhausmitarbeiter im Hinblick auf aktuelle oder zukünftige Anforderungen verbessern sollen. Zur Personalentwicklung gehören nicht nur Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, sondern auch beispielsweise die Karriereplanung oder die Beurteilung der Mitarbeiter. Die Maßnahmen müssen nicht ausschließlich auf den einzelnen Mitarbeiter ausgerichtet sein, sondern können auch das Team oder das gesamte Krankenhaus umfassen (Naegler, 2008; Ringshausen, 2008). Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, „welche Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung oder -führung nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus standardmäßig für die jeweilige Berufsgruppe?“. Dabei wurde der Einsatz verschiedener Personalentwicklungsinstrumente jeweils für die drei Berufsgruppen erfragt.

Mitarbeitergespräche sind das zentrale individuelle Personalentwicklungsinstrument (Wandschneider et al., 2009). Sie dienen in erster Linie dazu, Potenziale zu erfassen sowie Zielvereinbarungen und Entwicklungsplanungen festzulegen. Gut 80% aller Krankenhäuser setzen Mitarbeitergespräche in mindestens einer der Berufsgruppen ein. Dabei variiert der Einsatz dieser Personalentwicklungsmaßnahme berufsgruppenspezifisch. So nutzen die Krankenhäuser Mitarbeitergespräche mit knapp 80% am häufigsten im Pflegerischen und mit gut zwei Dritteln am seltensten im Ärztlichen Bereich (Abb. 20).

Mitarbeitergespräche können dazu genutzt werden, um Ziele mit den Mitarbeitern zu erarbeiten und zu vereinbaren (von Eiff & Stachel, 2006). Zielvereinbarungen werden in Krankenhäusern zunehmend eingesetzt, wobei dies für alle Berufsgruppen zutrifft. Während im Jahr 2002 lediglich insgesamt 15% der Krankenhäuser mit den Mitarbeitern Ziele vereinbarten (DKI, 2002), ist diese Zahl im Jahr 2010 auf gut zwei Drittel der Krankenhäuser angestiegen. Mittlerweile werden Zielvereinbarungen in allen Berufsgruppen



häufiger eingesetzt, wobei der Einsatz der Maßnahme deutlich zwischen den Berufsgruppen variiert und im Ärztlichen Dienst am höchsten ist: Gut die Hälfte der Krankenhäuser vereinbart mit den Ärzten Ziele, während es im Verwaltungsbereich 42,1% der Krankenhäuser sind (Abb. 20).

Führungskräftetrainings sind ein probates Mittel, um die Führungskräfte gezielt auf ihre Aufgaben vorzubereiten und zu fördern (Sleziona, 2009). Knapp 60% der Krankenhäuser haben den Nutzen der Maßnahme erkannt und setzen diese ein. Dabei bestehen z. T. deutliche Unterschiede in der Förderung der Berufsgruppen. Die Pflegekräfte profitieren am häufigsten von Führungskräftetrainings (52,8%), während diese im Ärztlichen Dienst etwas (48,1%) und im Verwaltungsbereich deutlich seltener zum Einsatz kommen (43,1%) (Abb. 20).

Die persönliche Entwicklung der Mitarbeiter kann zudem mit Hilfe von Coachings oder Supervisionen gefördert werden. Beide Maßnahmen können auch in Gruppen eingesetzt werden. Mit dem Einzel-Coaching soll, unter Berücksichtigung der Ressourcen des Mitarbeiters, in der Regel insbesondere eine Verbesserung der Lern- und Leistungsfähigkeit erzielt werden. Das Einzel-Coaching wird in den Krankenhäusern insgesamt weniger häufig eingesetzt als die bisherigen Instrumente. So führen 32,9% aller Krankenhäuser für mindestens eine der Berufsgruppen Einzel-Coachings durch. Am häufigsten werden Einzel-Coachings mit den Ärzten (23,9%) und am seltensten für die Verwaltungskräfte durchgeführt (18%) (Abb. 20).

Gut die Hälfte aller Krankenhäuser setzt im Rahmen der Personalentwicklung Supervisionen zur Unterstützung der Mitarbeiter bei der Reflexion und Verbesserung ihres Handelns ein. Dabei variiert der Einsatz von Supervisionen deutlich berufsgruppenspezifisch: Supervisionen werden insbesondere im Pflegerischen Bereich eingesetzt (55,1%), während nur etwas mehr als ein Viertel der Krankenhäuser den Ärztlichen Dienst und 9% der Krankenhäuser die Verwaltungskräfte standardmäßig durch Supervisionen unterstützt (Abb. 20).

Alle individuellen Personalentwicklungsmaßnahmen werden mit zunehmender Krankenhausgröße häufiger systematisch eingesetzt. Dies trifft insbesondere auf den Einsatz von Supervisionen, Zielvereinbarungen und Einzel-Coachings zu. So bietet beispielsweise nur gut ein Viertel der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten ihren Mitarbeitern Einzel-Coachings an, während es in der höchsten Bettengrößenklasse 58% der Krankenhäuser sind.

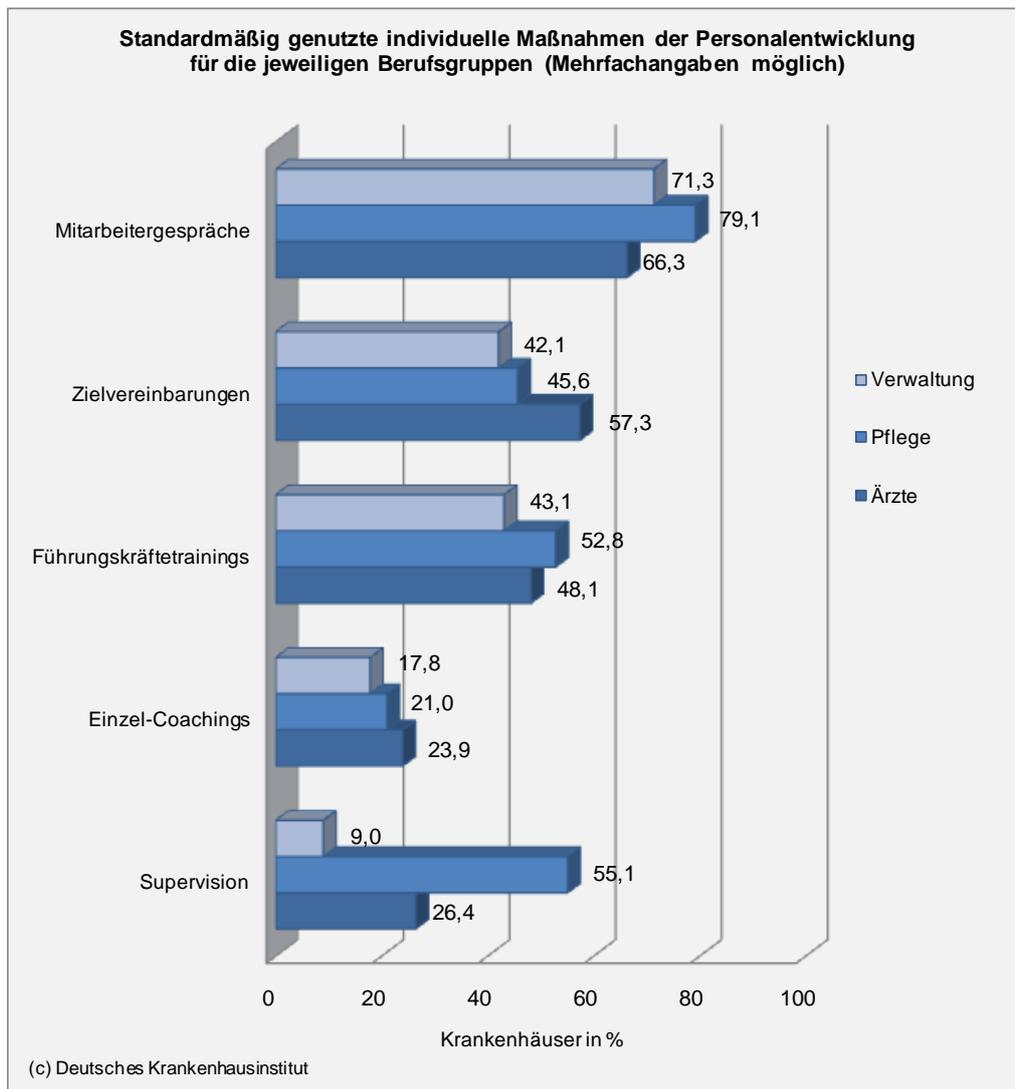


Abb. 20: Zentrale individuelle Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung



Neben den individuellen Instrumenten können für die verschiedenen Berufsgruppen auch Maßnahmen auf der Ebene der „Organisation Krankenhaus“ ergriffen werden. So stellen Mitarbeiterbefragungen eine Möglichkeit dar, die Ansichten, Einstellungen und Wünsche der Mitarbeiter über sich sowie über das Krankenhaus als Arbeitgeber kennenzulernen (von Eiff & Stachel, 2006). Gut zwei Drittel der Krankenhäuser nutzen dieses Instrument, um Hinweise auf die Weiterentwicklung der Organisation, des Betriebsklimas oder der Personalentwicklungsmaßnahmen aus Sicht der Mitarbeiter zu erhalten. Die Mitarbeiterbefragungen werden bei allen Berufsgruppen erwartungsgemäß annähernd gleich häufig eingesetzt (Abb. 21).

Die Beurteilung der Vorgesetzten durch ihre Mitarbeiter ermöglicht es, ein aussagekräftiges Stärken- und Entwicklungsprofil von den Führungskräften aus Sicht der Mitarbeiter zu zeichnen (von Eiff & Stachel, 2006). Vorgesetztenbeurteilungen werden insgesamt eher selten eingesetzt. Knapp ein Viertel aller Krankenhäuser nutzt diese Möglichkeit, wobei die verschiedenen Berufsgruppen in gleicher Weise aufgefordert werden, ihre Vorgesetzten zu beurteilen (Abb. 21).

Eine effiziente Zusammenarbeit im Team ist eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Arbeitsklima sowie die erfolgreiche Erledigung von Tätigkeiten. Teamentwicklungsmaßnahmen können ebenso wie Qualitätszirkel oder Gruppen-Coachings das Wir-Gefühl stärken und damit einhergehend die Leistungspotenziale der Mitarbeiter und das Betriebsklima verbessern (Sleziona, 2009). Knapp die Hälfte aller Krankenhäuser setzt Teamentwicklungsmaßnahmen ein. Dabei wird diese Maßnahme im Berufsgruppenvergleich bei den Pflegekräften überproportional häufig eingesetzt. So entwickeln 43,7% der Krankenhäuser die Teams der Pflegekräfte systematisch, während nur jeweils gut 20% der Krankenhäuser diese Maßnahme bei den Ärzten und im Verwaltungsbereich anwenden (Abb. 21). Qualitätszirkel spielen als Personalentwicklungsmaßnahme in den Krankenhäusern insgesamt (16,5%) eine eher untergeordnete Rolle, wobei sie bei



Ärzten, Pflegekräften und Verwaltungsmitarbeitern nahezu gleich häufig eingesetzt werden (Abb. 21). Gut ein Drittel der Krankenhäuser nutzt die Möglichkeiten, die Gruppen-Coachings z. B. bei der Entwicklung von Problemlösungen bieten. Gruppen-Coachings werden dabei von den Krankenhäusern im Pflegerischen Bereich deutlich häufiger eingesetzt als bei den Ärzten oder im Verwaltungsbereich (Abb. 21).

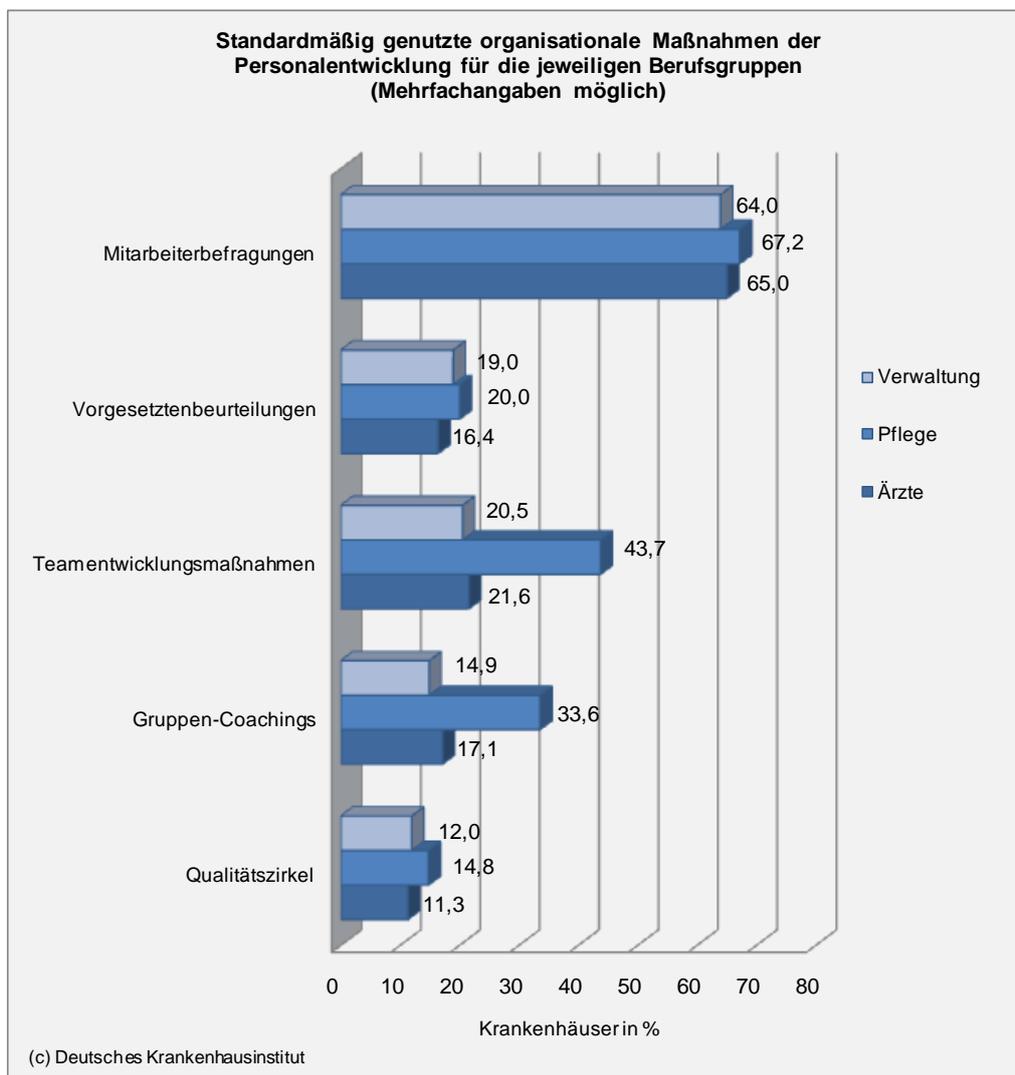


Abb. 21: Organisationale Maßnahmen der Personalentwicklung



Der Einsatz von Gruppen-Coachings und Teamentwicklungsmaßnahmen nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu: So bieten 42,4% der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten ihren Mitarbeitern Teamentwicklungsmaßnahmen an, während es in der größten Bettengrößenklasse zwei Drittel der Krankenhäuser sind.

Eine systematische Personalentwicklung sollte schon beim Einstieg der Mitarbeiter ins Unternehmen mit Hilfe von Einarbeitungskonzepten und Mentorenprogrammen bzw. Patenschaften beginnen. Auf diese Weise werden die Mitarbeiter schon frühzeitig systematisch auf die neuen Aufgaben vorbereitet und bestmöglich bei der Integration am neuen Arbeitsplatz unterstützt (Hahn & Hessel, 2010; Wandschneider et al., 2009). Der Großteil der Krankenhäuser (85,5%) setzt dies in Form von Einarbeitungskonzepten bereits um, während Mentorenprogramme bzw. Patenschaften bisher nur in gut einem Drittel aller Krankenhäuser angewendet werden. Mentorenprogramme werden überproportional häufig in den Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten eingesetzt.

Sowohl Einarbeitungskonzepte als auch Mentorenprogramme werden von den Krankenhäusern im Berufsgruppenvergleich überproportional häufig zur Einarbeitung von Pflegekräften genutzt: Gut 80% der Krankenhäuser hat Einarbeitungskonzepte entwickelt und gut ein Drittel der Kliniken setzt Mentorenprogramme im Pflegerischen Bereich ein. Einarbeitungskonzepte werden auch im Ärztlichen (68,6%) und Verwaltungsbereich (58,9%) von den Krankenhäusern häufig, wenn auch seltener als im Pflegebereich angewendet. Dahingegen kommen Patenschaften bei Ärzten und Verwaltungsmitarbeitern jeweils kaum zum Einsatz. Somit zeigen sich deutliche berufsgruppenspezifische Unterschiede bei der Unterstützung neuer Mitarbeiter (Abb. 22).

Hospitationsprogramme ermöglichen es potenziellen Mitarbeitern, sowohl das Krankenhaus als auch die Region und das Patienten Klientel vorab kennen zu lernen (Wandschneider et al., 2009). Sie werden häufig zur Gewinnung



ausländischer Mitarbeiter eingesetzt. Gut ein Drittel der Krankenhäuser nutzt diese Möglichkeit, wobei sich leichte Berufsgruppenunterschiede zeigen. So bietet jeweils etwa ein Viertel der Krankenhäuser die Hospitationsprogramme im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst an, während sie im Verwaltungsbereich eher selten zum Einsatz kommen (Abb. 22).

Trainee-Programme werden in den Krankenhäusern bisher kaum durchgeführt (17,3%), wobei sich hier ein leichter Bettengrößeneffekt zeigt: Trainee-Programme werden kaum in den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten angeboten (11,1%), während die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten diese am häufigsten einsetzen (29,7%). Knapp 14% aller Häuser bieten Trainee-Programme für den Nachwuchs im Verwaltungsbereich an, während sie im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst kaum zum Einsatz kommen (Abb. 22).

Durch Job-Rotation qualifizieren sich Mitarbeiter weiter, indem sie verschiedene Arbeitsbereiche oder Tätigkeiten im Krankenhaus kennen lernen (von Eiff & Stachel, 2006). In den Krankenhäusern werden die Möglichkeiten der Job-Rotation insgesamt eher selten genutzt (21,6%). 15,5% der Krankenhäuser bieten den systematischen Arbeitsplatzwechsel im Ärztlichen über die normale Rotation in Aus- und Fortbildung und 12,6% der Krankenhäuser im Pflegerischen Dienst an. Im Verwaltungsbereich werden sie so gut wie gar nicht eingesetzt (Abb. 22).

Fort- und Weiterbildungskonzepte sind etablierte Personalentwicklungsinstrumente und ermöglichen eine gezielte Weiterqualifizierung der Mitarbeiter (Wandschneider et al., 2009). Für beide Maßnahmen liegen in knapp drei Viertel bzw. gut zwei Drittel der Krankenhäuser Konzepte vor, wobei sich deutliche Unterschiede je nach Berufsgruppe zeigen. So planen Krankenhäuser Fortbildungen insbesondere im Pflegerischen und Weiterbildungen insbesondere im Ärztlichen Dienst systematisch. Für den Verwaltungsbereich existieren jeweils deutlich seltener Fort- und Weiterbildungskonzepte (Abb. 22).

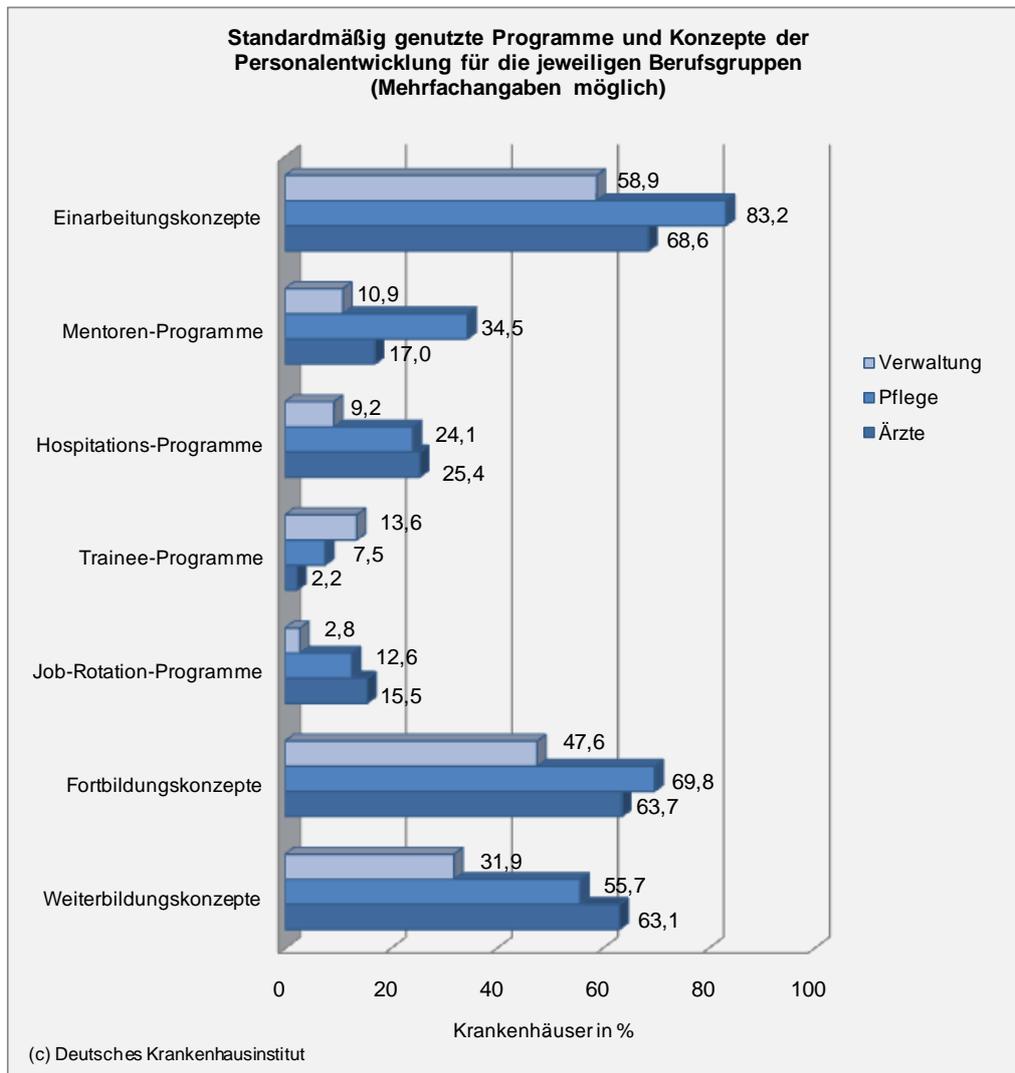


Abb. 22: Einsatz verschiedener Programme im Rahmen der Personalentwicklung

Von den insgesamt 18 erfragten Personalentwicklungsmaßnahmen kommen im Pflegedienst im Schnitt acht, im Ärztlichen Dienst durchschnittlich sechs und im Verwaltungsbereich im Mittel fünf Maßnahmen standardmäßig zum Einsatz. Im Pflegerischen und Ärztlichen Dienst werden zwischen einer und 16 Maßnahmen und im Verwaltungsbereich zwischen einer und 15 Maßnahmen eingesetzt.



2.4 Personalmarketing

Das Personalmarketing dient dazu, berufsgruppenspezifische Instrumente zu entwickeln, um das Krankenhaus als attraktiven Arbeitsgeber bekannt zu machen und zu etablieren. Personalmarketing schafft somit die Voraussetzungen, um die eigenen Mitarbeiter zu halten und insbesondere neue Mitarbeiter zu gewinnen. Dem Personalmarketing stehen verschiedene Instrumente von öffentlichen Auftritten, z. B. auf Jobmessen, über Newsletter bis zu Umzugshilfen für neue Mitarbeiter zur Verfügung (Sleziona, 2009; Wandschneider et al. 2009; Naegler, 2008). Dabei kann zwischen externen und internen Personalmarketingmaßnahmen unterschieden werden.

Die Krankenhäuser wurden anhand einer standardisierten Liste gebeten, jeweils die externen und internen Methoden und Möglichkeiten des Personalmarketings zu nennen, die sie für Nicht-Beschäftigte im Ärztlichen, Pflegerischen und Verwaltungsbereich systematisch und umfassend etabliert haben.

Die verschiedenen externen Personalmarketinginstrumente werden in den Krankenhäusern noch nicht standardmäßig eingesetzt, um Personal zu akquirieren. Die „Präsenz auf Personalmessen / Jobbörsen“ oder „Informationsveranstaltungen zu Berufen im Krankenhaus“ werden insgesamt am häufigsten in jeweils gut 40% der Krankenhäuser genutzt. „Image-Kampagnen“ werden von den externen Personalmarketinginstrumenten am seltensten zur Personalakquisition genutzt. Lediglich knapp ein Viertel aller Krankenhäuser setzt Image-Kampagnen ein (Abb. 23).

Der Einsatz der externen Personalmarketingmaßnahmen variiert zum Teil beachtlich mit der Größe der Krankenhäuser. So werden „Informationsveranstaltungen zu den Berufen im Krankenhaus“ in den Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten deutlich häufiger eingesetzt als in den anderen Krankenhäusern. Die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten sind dahingegen deutlich



häufiger an Hochschulen oder auf Personalmessen und Jobbörsen präsent als Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten (vgl. Abb. 23).

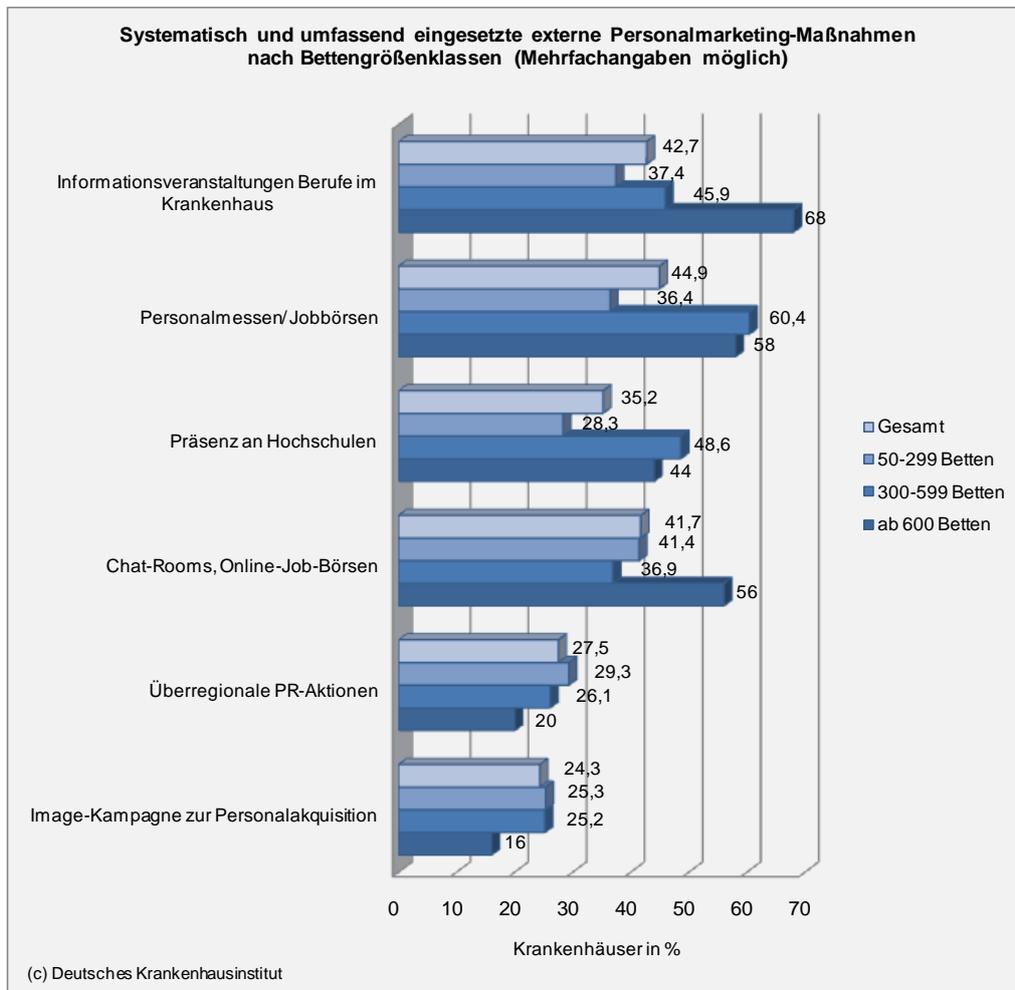


Abb. 23: Externe Personalmarketing-Maßnahmen nach Bettengrößenklassen

Die Krankenhäuser setzen die verschiedenen externen Personalmarketing-instrumente insbesondere dazu ein, um Ärztliches Personal, seltener um Pflegekräfte und kaum um Verwaltungsmitarbeiter auf das Krankenhaus als Arbeitgeber aufmerksam zu machen.

Insbesondere „Chat-Rooms / Online-Börsen“, „Personalmessen“ und die „Präsenz an Hochschulen“ werden von den Krankenhäusern genutzt, um potentielle ärztliche Mitarbeiter für das Krankenhaus zu gewinnen (vgl. Abb. 24). Zur Gewinnung von Pflegekräften führen die Krankenhäuser insbesondere Informationsveranstaltungen im Krankenhaus durch: Knapp 40% der Krankenhäuser setzen auf diese Maßnahme, um potentielle Pflegekräfte über die Berufe im Krankenhaus zu informieren (vgl. Abb. 24).

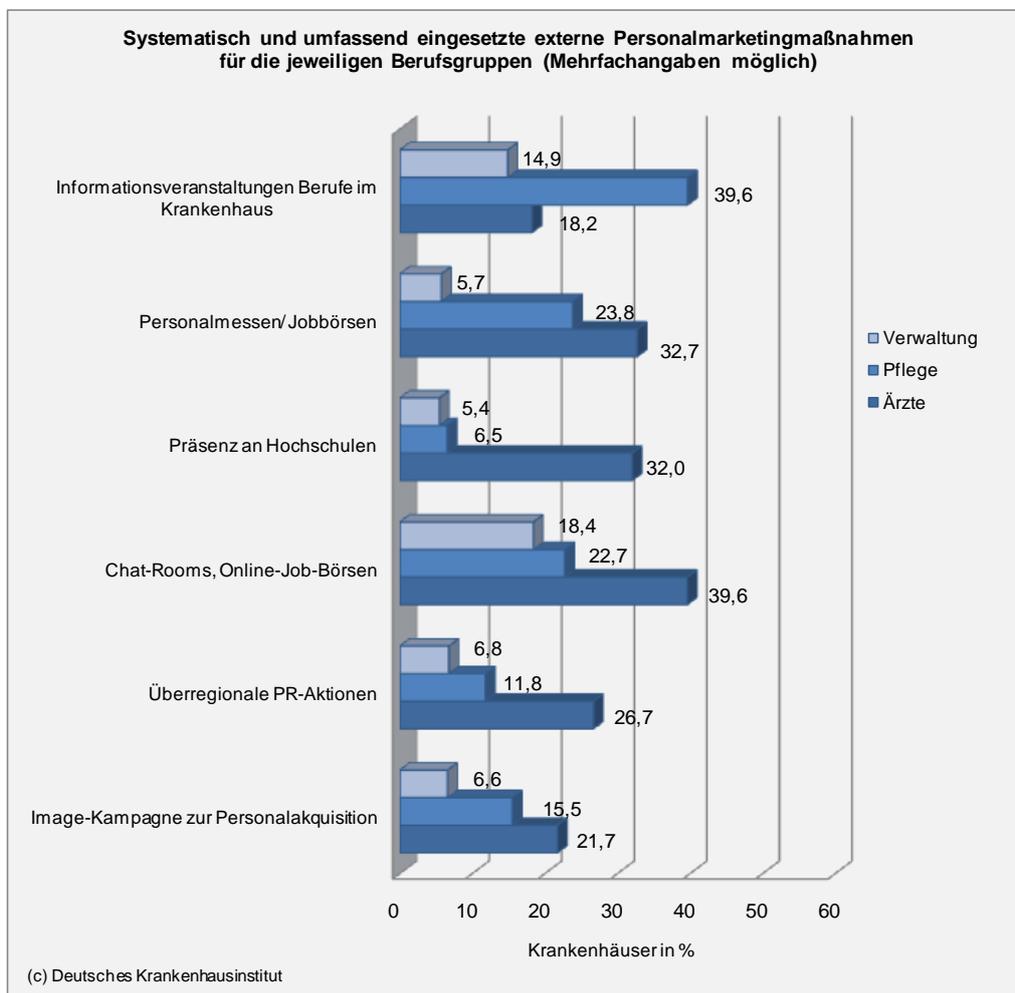


Abb. 24: Externe Personalmarketingmaßnahmen

Auch die internen Personalmarketingleistungen werden, ebenso wie die externen, von den Krankenhäusern noch nicht standardmäßig eingesetzt. Die Befragung der „Mitarbeiter zu Wechselgründen“ erfolgt in 46% der Krankenhäuser und stellt die häufigste interne Personalmarketingmaßnahme dar. Die Krankenhäuser befragen insbesondere ihre ausscheidenden Ärzte und Pflegekräfte zu den Gründen, den Arbeitgeber zu wechseln. Der Anteil der Verwaltungskräfte liegt deutlich darunter (Abb. 25).

41,0% der Krankenhäuser bieten potentiellen Mitarbeitern im Ärztlichen Dienst besondere Leistungen wie z. B. Umzugshilfen an. Diese Maßnahme wird Pflegekräften oder Verwaltungsmitarbeitern sehr selten angeboten. Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten nutzen diese besonderen Leistungen etwas häufiger, um Mitarbeiter zu akquirieren, als Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten (vgl. Abb. 25).

Newsletter werden von den Krankenhäusern kaum eingesetzt, um interne oder potenzielle Mitarbeiter zu informieren. Nur 12,1% der Krankenhäuser nutzen diese Möglichkeit, wobei sich keine berufsgruppen- oder bettengrößenklassenspezifischen Unterschiede zeigen (vgl. Abb. 25).

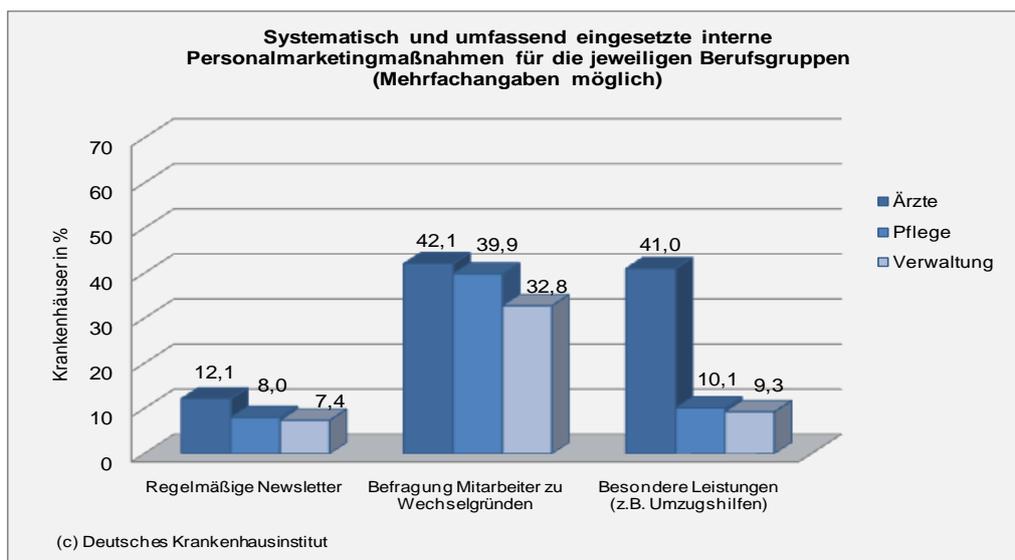


Abb. 25: Interne Personalmarketingmaßnahmen



Die Krankenhäuser nutzen im Ärztlichen Dienst im Schnitt drei und bei den Pflegekräften sowie Verwaltungsmitarbeitern durchschnittlich je zwei der zehn erfragten Personalmarketingmaßnahmen routinemäßig. Berufsübergreifend werden zwischen einer und neun Personalmarketingmaßnahmen von den Krankenhäusern eingesetzt.

2.5 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Ein Großteil der Krankenhäuser hat im Rahmen der Personalentwicklung Fort- und Weiterbildungsconzepte entwickelt (Vgl. Kap. 2.3). Ziel regelmäßiger Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist die Förderung der Handlungskompetenz der Krankenhausmitarbeiter. Dabei sollten neben rein fachlichen Fort- und Weiterbildungen auch überfachliche Kompetenzen sowie die Sozial-, die Methoden- und die Persönlichkeitskompetenz gefördert werden (Wandschneider et al., 2009; Naegler, 2008; von Eiff & Stachel, 2006). Um zu ermitteln, welche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten die Krankenhäuser ihren Mitarbeitern anbieten, wurde folgende Frage gestellt: „Zu welchen überfachlichen Themenbereichen werden den jeweiligen Berufsgruppen Ihres Krankenhauses regelmäßig Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten?“. Insgesamt wurden 13 verschiedene Themenbereiche jeweils für Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltungsmitarbeiter erfragt.

Fort- und Weiterbildungen zur Förderung der Methoden-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenz werden bisher noch nicht standardmäßig in allen Krankenhäusern den Mitarbeitern angeboten. Gut die Hälfte aller Krankenhäuser bietet den Mitarbeitern Seminare zu den Themen „Qualitätsmanagement“, „Konfliktmanagement“, „Kommunikationstraining“ und „Führungsverhalten/ Führungsstil“ an. Etwas weniger Krankenhäuser – etwa ein Drittel – fördert regelmäßige Weiterqualifikationen in den Bereichen „Ressourcen-/ Kostenmanagement/ Controlling“, „Prozessorganisation/ Arbeitsorganisation“, „Projektmanagement“ und „Moderations-/ Präsentationstechniken“.



Bei einigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zeigen sich Unterschiede zwischen den Krankenhäusern nach Bettengrößenklassen. So nimmt beispielsweise der Einsatz von „Kommunikationstrainings“ mit steigender Bettenzahl zu: Während nur gut die Hälfte der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten die Mitarbeiter kommunikativ schult, sind es 72% der Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten. Gut die Hälfte der Krankenhäuser der größten Bettengrößenklasse bietet den Mitarbeitern Seminare zu „Moderations-/Präsentationstechniken“ an, während es bei den anderen beiden Bettengrößenklassen jeweils weniger als ein Drittel der Krankenhäuser sind.

Der Einsatz der Seminarangebote variiert erwartungsgemäß z. T. beachtlich zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Den Pflegekräften werden, deutlich häufiger als Ärzten oder Verwaltungsmitarbeitern, Seminare zur Förderung der kommunikativen und Problemlösefähigkeiten wie Konfliktmanagementseminare, Führungsstilseminare oder Kommunikationstrainings angeboten. Ebenso erhalten die Pflegekräfte etwas häufiger als Ärzte oder Verwaltungskräfte Schulungen zur Prozess- oder Arbeitsorganisation. Dahingegen werden Verwaltungsmitarbeiter von allen Berufsgruppen am häufigsten im „Projektmanagement“ sowie im „Ressourcen-/Kostenmanagement / Controlling“ geschult (Abb. 26).

Die „Qualitätsmanagementseminare“ werden den verschiedenen Berufsgruppen jeweils in gut der Hälfte aller Krankenhäuser angeboten. Auch bei den Seminaren „Moderations- und Präsentationstechniken“ werden kaum Unterschiede zwischen den Berufsgruppen gemacht. Diese Seminare werden berufsgruppenübergreifend jeweils in gut einem Viertel aller Krankenhäuser offeriert (Abb. 26).

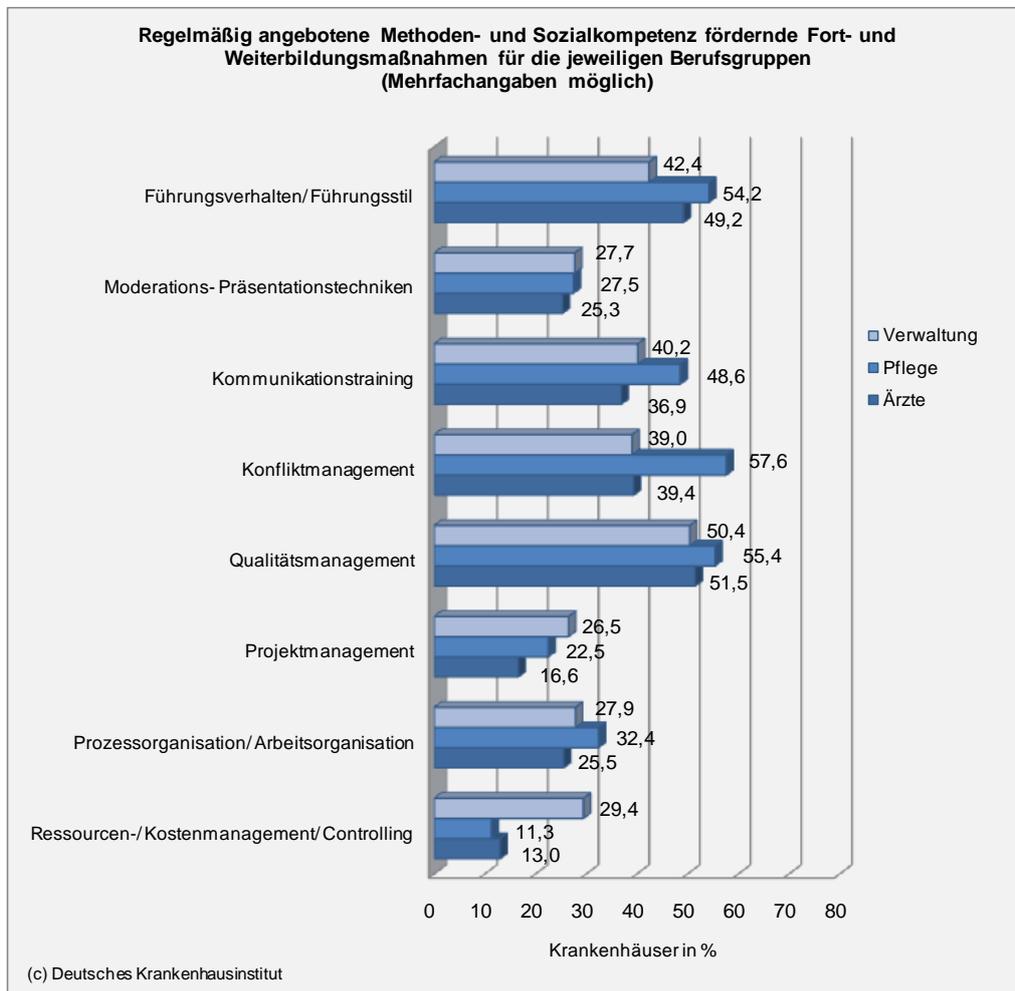


Abb. 26: Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Förderung der Methoden- und Sozialkompetenz

Etwa ein Viertel der Krankenhäuser bietet den Mitarbeitern Fortbildungen in „Allgemeiner Betriebswirtschaftslehre“ und „Recht“ an. Dieses Seminarangebot wird den Verwaltungskräften (je ca. 21%) jeweils häufiger angeboten als den Ärzten (je ca. 10%) und Pflegekräften (je ca. 10 und 12%). Seminare zu „Marketing / PR“ und „Strategisches Management“ werden in den Krankenhäusern von allen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen am seltensten offeriert. Diese Fortbildungsangebote richten sich wiederum insbesondere an

die Verwaltungsmitarbeiter, während Ärzte und Pflegekräfte hier kaum Berücksichtigung finden. „Sprachkurse“ werden den Mitarbeitern von den Krankenhäusern eher seltener angeboten: Knapp 18% der Krankenhäuser hat Kurse, wie z. B. Businessenglisch oder Deutsch, standardmäßig im Programm (Abb. 27).

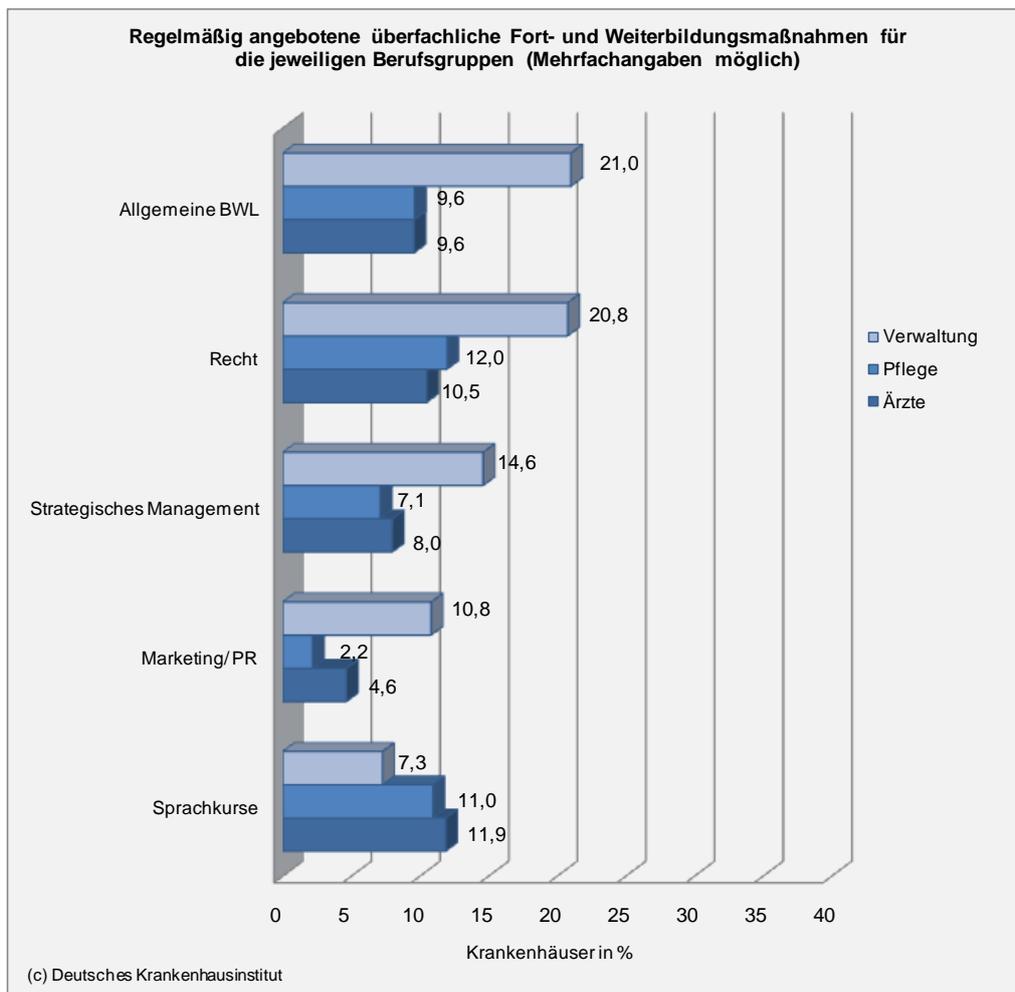


Abb. 27: Außerfachliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Von den 14 erfragten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden im Ärztlichen und Pflegerischen Dienst im Schnitt vier und bei den



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Verwaltungsmitarbeitern durchschnittlich fünf Maßnahmen standardmäßig eingesetzt. Im Ärztlichen Dienst variiert die Spannweite der eingesetzten Maßnahmen zwischen einer und 14, während im Pflegerischen Dienst zwischen einer und 13 und im Verwaltungsbereich zwischen einer und zwölf Maßnahmen eingesetzt werden.



3 Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Im Folgenden werden sowohl Präventionsmaßnahmen als auch der Umgang mit nosokomialen Infektionen¹ und Infektionen mit multiresistenten Erregern an deutschen Kliniken beschrieben. Dabei wird besonderes Augenmerk auf einen möglichen Unterschied in der Ausführung der Hygienemaßnahmen zwischen den fünf Bundesländern mit eigener Krankenhaushygieneverordnung (Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen)² und dem übrigen Bundesgebiet gelegt.

In den Krankenhaushygieneverordnungen werden im Wesentlichen das vorzuhaltende hygienische Fachpersonal und seine Aufgaben beschrieben (Berlin, Bremen, NRW, Saarland, Sachsen). In einigen Bundesländern wird zudem die Einrichtung eines Hygieneplans vorgeschrieben (Sachsen, Saarland), in anderen Bundesländern das Vorhalten von Verfahrens- oder Anwendungsvorschriften für Desinfektionen und Sterilisationen (Berlin, Bremen, Saarland). Des Weiteren werden Grundregeln im Umgang mit Infektionsstatistiken bei der Erfassung und Meldung festgelegt (Bremen, NRW, Saarland) und die Weiter- bzw. Fortbildung des Personals hinsichtlich hygienischer Belange vorgeschrieben (Bremen, NRW).

3.1 Präventionsmaßnahmen

Gefragt nach den Präventionsmaßnahmen, die umgesetzt werden, um die Zahl von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen möglichst gering zu halten,

¹ Definition laut § 2 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz: Eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand.

² Vgl. KhsVO Berlin, KHHygV - Landesrecht Bremen, KHHygV NRW, SKHygVO Saarland, SächsKHHygRVO

erklärten alle teilnehmenden Krankenhäuser (100%), dass sie infizierte Erkrankte in Einzelzimmern isolieren. Eine Isolierung und Behandlung von symptomlosen Keimträgern führen 86% der Befragten durch. Das systematische Screening von Risikopatienten, zu denen beispielsweise Patienten mit chronischen Wunden oder Dialysepatienten gezählt werden, veranlassen 92% der Krankenhäuser (Abb. 28).

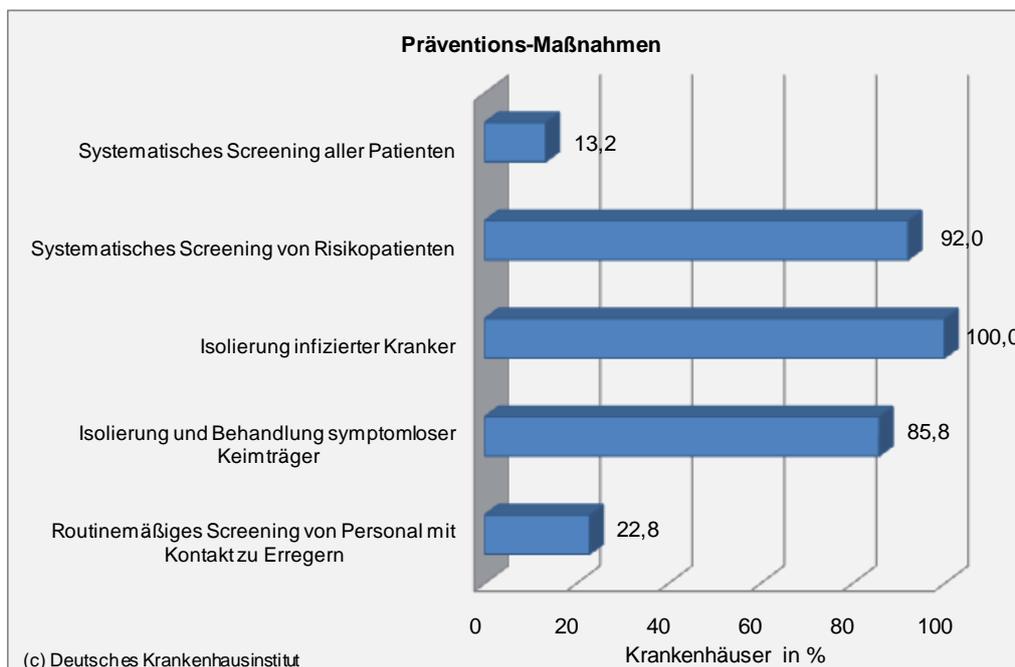


Abb. 28: Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger

In der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Bundesländer mit und ohne Krankenhaushygieneverordnung. Vorhandene, geringe Unterschiede in der Umsetzung zeigen überdies keine systematischen Tendenzen zugunsten von Bundesländern mit Hygieneverordnung: So führen 88% der Krankenhäuser in den Bundesländern ohne Krankenhaushygieneverordnung und 83% der Kliniken in den Bundesländern mit Hygieneverordnung eine Isolierung und



Behandlung symptomloser Keimträger durch. Jedoch wird das routinemäßige Screening von Personal mit Kontakt zu Patienten mit (multi)resistenten Erregern in 21% der Krankenhäuser der Bundesländer ohne Hygieneverordnung und in 26% der Kliniken der Bundesländer mit Krankenhaushygieneverordnung durchgeführt. Kaum Unterschiede gibt es im Hinblick auf das systematische Screening aller ins Krankenhaus aufgenommener Patienten (z. B. mittels Nasenabstrich): So ordnen 12% der Krankenhäuser der Bundesländer ohne Hygieneverordnung und 15% der Häuser in den Bundesländern mit Hygieneverordnung diese Maßnahme an (Abb. 29).

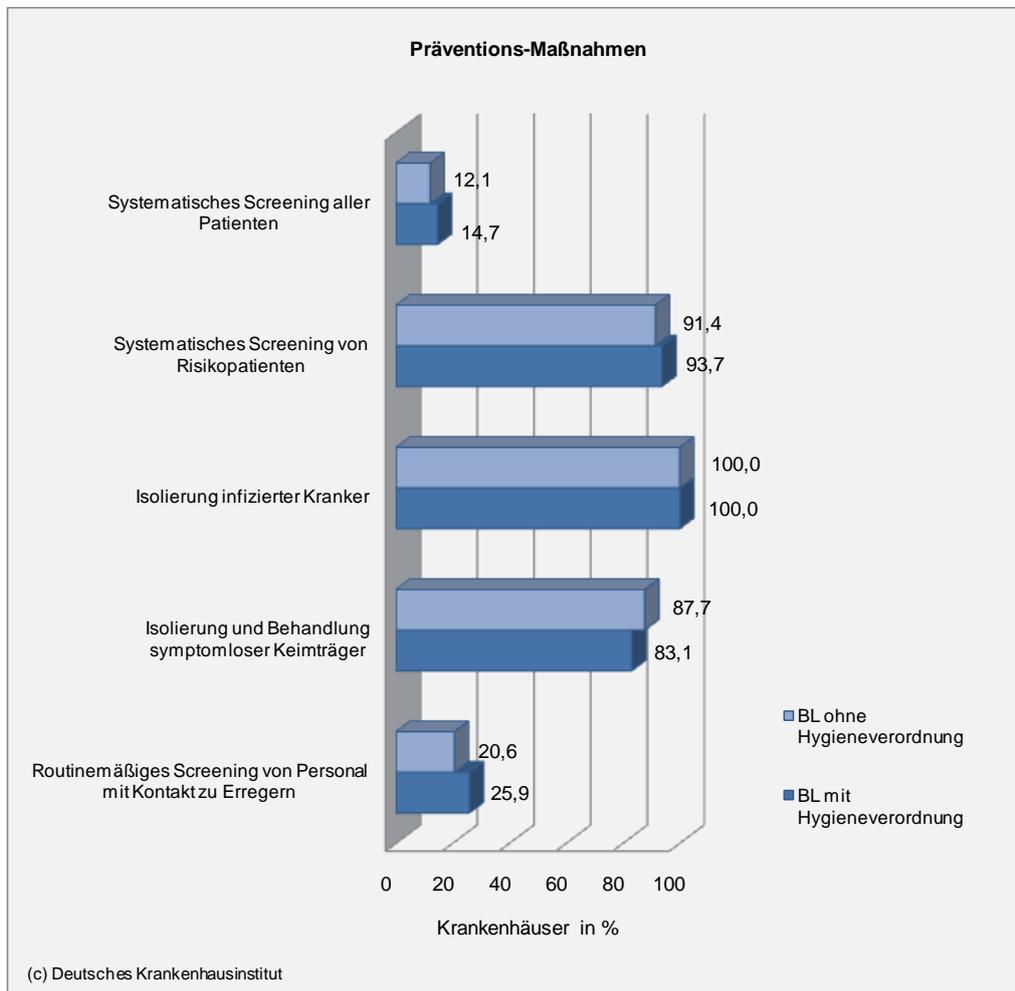


Abb. 29: Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger nach Bundesländern mit und ohne Hygieneverordnung

3.2 Organisatorische Präventionsmaßnahmen

Nähere Angaben zur Ausgestaltung der Infektionsprävention findet man im Infektionsschutzgesetz. Dort ist u. a. festgeschrieben (§1 IfSG), dass die Krankenhäuser eine Eigenverantwortung bei der Infektionsprävention entsprechend dem Stand von Wissenschaft und Technik haben. Ferner wird mit § 36 Abs. 1 IfSG die verbindliche Vorgabe von Hygieneplänen in jeder

Klinik gefordert. Es wird jedoch nicht vorgegeben, welche Inhalte die Hygienepläne abdecken sollen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Inhalte der Hygienepläne in einem gewissen Rahmen variieren.

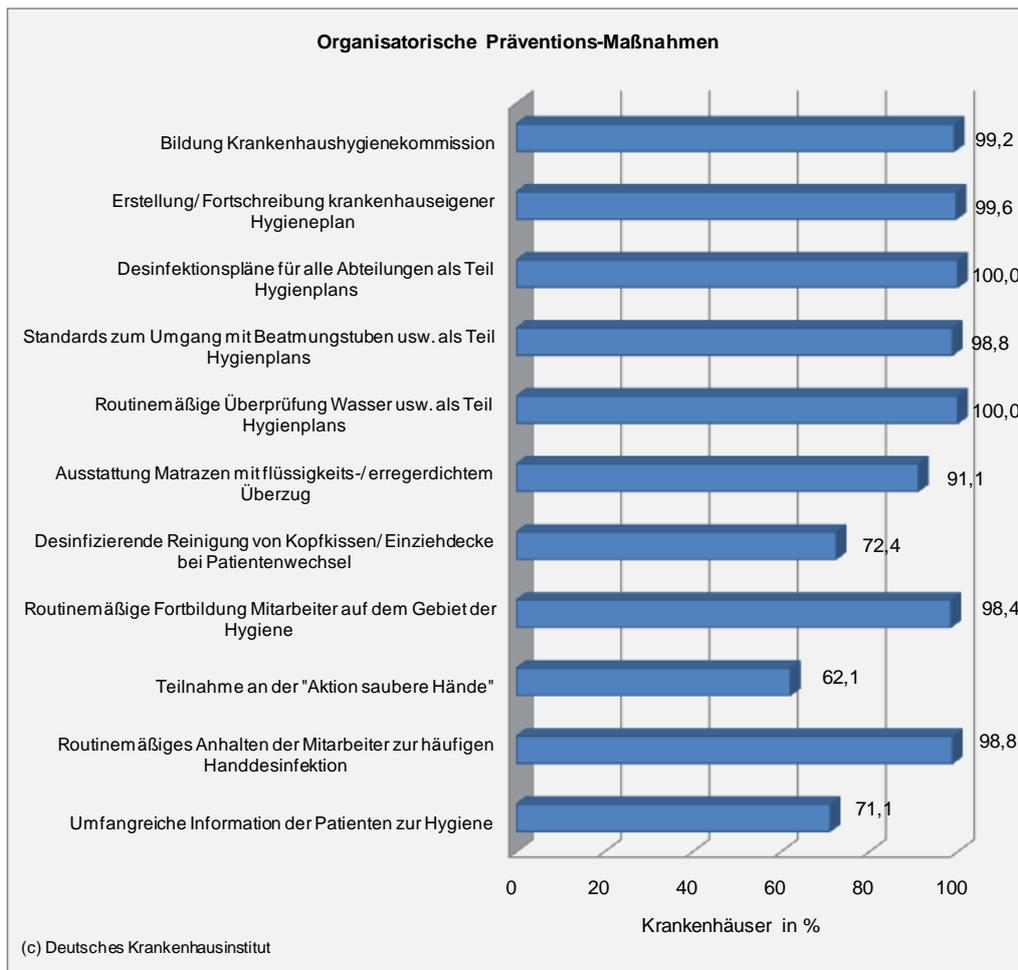


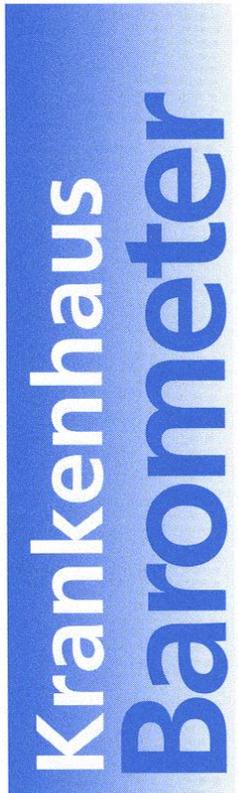
Abb. 30: Organisatorische Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger

Trotz fehlender Vorgaben in Bezug auf die Inhalte der Hygienepläne zeigen sich bei sämtlichen an der Befragung teilnehmenden Krankenhäusern thematische Übereinstimmungen: So weisen alle Häuser (100%) Desinfektionspläne (Hände-, Flächen-, und Instrumentendesinfektion) für alle Abteilungen und routinemäßige Überprüfungen des Wassers sowie von



Desinfektions-, Sterilisations- und technischen Geräten als Teil des Hygieneplans aus. Ferner haben nahezu sämtliche Kliniken (99%) Standards zum Umgang mit Beatmungstuben, Gefäßkathetern und Harnwegskathetern als Teil ihres Hygieneplans (Abb. 30).

Nahezu jede Klinik bildet ihre Mitarbeiter routinemäßig auf dem Gebiet der Hygiene fort (98%) und hält ihre Mitarbeiter routinemäßig zur häufigen Handdesinfektion an (99%). Ein Großteil der Kliniken (62%)³ hat außerdem auf freiwilliger Basis an der Kampagne „Aktion Saubere Hände“ teilgenommen (Abb. 30). Diese von dem Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V. getragene Kampagne soll durch Interventionen auf verschiedenen Ebenen (Krankenhausleitung, Management, Qualitätssicherung, Personal und Patienten) die Bereitschaft zur Händedesinfektion dauerhaft erhöhen.



³ Die in der vorliegenden Studie hochgerechnete Anzahl der Teilnehmer an der „Aktion Saubere Hände“ übersteigt die von den Trägern der Kampagne herausgegebene Anzahl teilnehmender Einrichtungen. Eine mögliche Ursache dafür mag sein, dass in dem der Studie zugrundeliegenden Fragebogen nicht ausdrücklich auf die Träger der Aktion (dem Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V.) hingewiesen wurde und somit auch anderweitige Aktionen ähnlicher Art mit erfasst sind, z.B. im Rahmen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems des Nationalen Referenzzentrums (NRZ) oder krankenhauserinterner Aktionen.

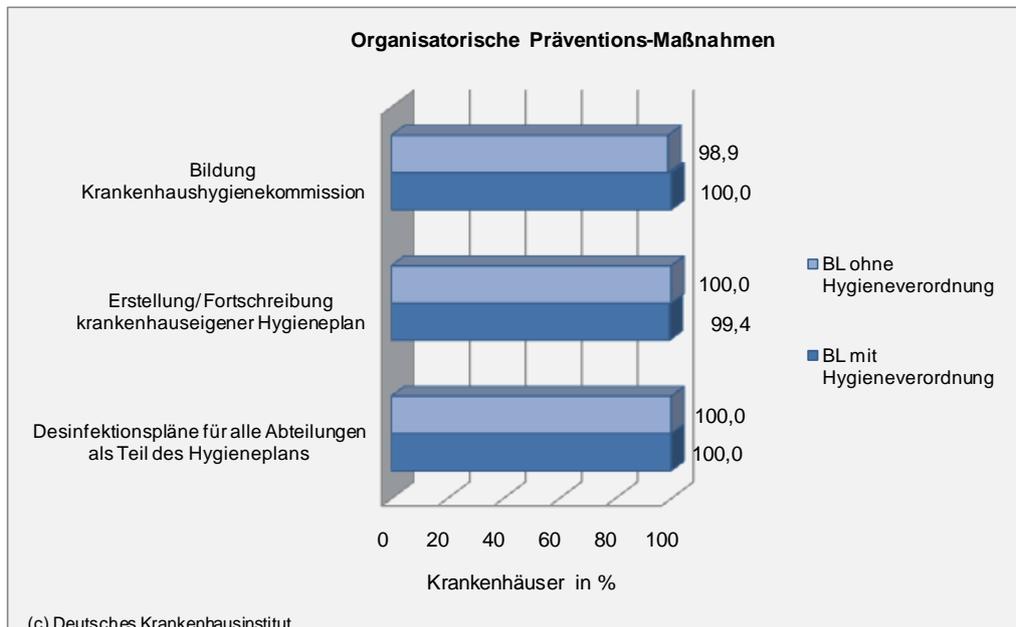


Abb. 31: Organisatorische Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger nach Bundesländern mit und ohne Hygieneverordnung

In der Umsetzung der organisatorischen Präventionsmaßnahmen zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Bundesländer mit und ohne Krankenhaushygieneverordnung. Abbildung 31 zeigt eine Auswahl der organisatorischen Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger nach Bundesländern mit und ohne Krankenhaushygieneverordnung.

Da Infektionsprävention meistens mehrere Berufsgruppen und Abteilungen einer Einrichtung betrifft, haben sich in den Krankenhäusern Hygienekommissionen als Diskussionsforen zur Vorbereitung einrichtungsspezifischer Regelungen bewährt, in die Vertreter aller betroffenen Bereiche und Berufsgruppen entsandt werden (Bundesgesundheitsblatt, 2009b). Somit halten faktisch sämtliche Krankenhäuser in Deutschland (99% der Krankenhäuser in den Bundesländern ohne Hygieneverordnung und 100%



der Häuser in den Bundesländern mit Hygieneverordnung) eine Krankenhaushygiene-kommission vor (Abb. 31).

Geringe Unterschiede in Bezug auf das Vorhandensein einer Hygieneverordnung ließen sich bei der Teilnahme an der freiwilligen „Aktion Saubere Hände“ und der Information der Patienten zur Hygiene verzeichnen: Demnach haben 65% der Krankenhäuser der Bundesländer ohne Hygieneverordnung und 59% der Häuser der Bundesländer mit Hygieneverordnung an der „Aktion Saubere Hände“ teilgenommen. Ferner geben 76% der Krankenhäuser in den Bundesländern ohne Hygieneverordnung und 66% der Häuser in den Bundesländern mit Hygieneverordnung ihren Patienten umfangreiche Information zur Hygiene.

3.3 Auftreten von nosokomialen – und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern seit Beginn 2009

Gefragt nach den Veränderungen in ihrem Krankenhaus seit Beginn 2009 in Bezug auf nosokomiale Infektionen und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern hat gut ein Drittel der Häuser eine Verbesserung der Lage im Bereich Wundinfektionen angegeben. Gut ein Viertel der Krankenhäuser teilte ebenfalls eine Verbesserung der Situation im letzten Jahr im Bereich Pneumonien, Harnwegsinfektionen sowie primäre und sekundäre Sepsis mit (Abb. 32).

Unter den genannten „sonstigen Infektionen“ befanden sich neben Katheterinjektionen ausschließlich keimabhängige Nennungen (z. B. MRSA und Clostridium difficile).

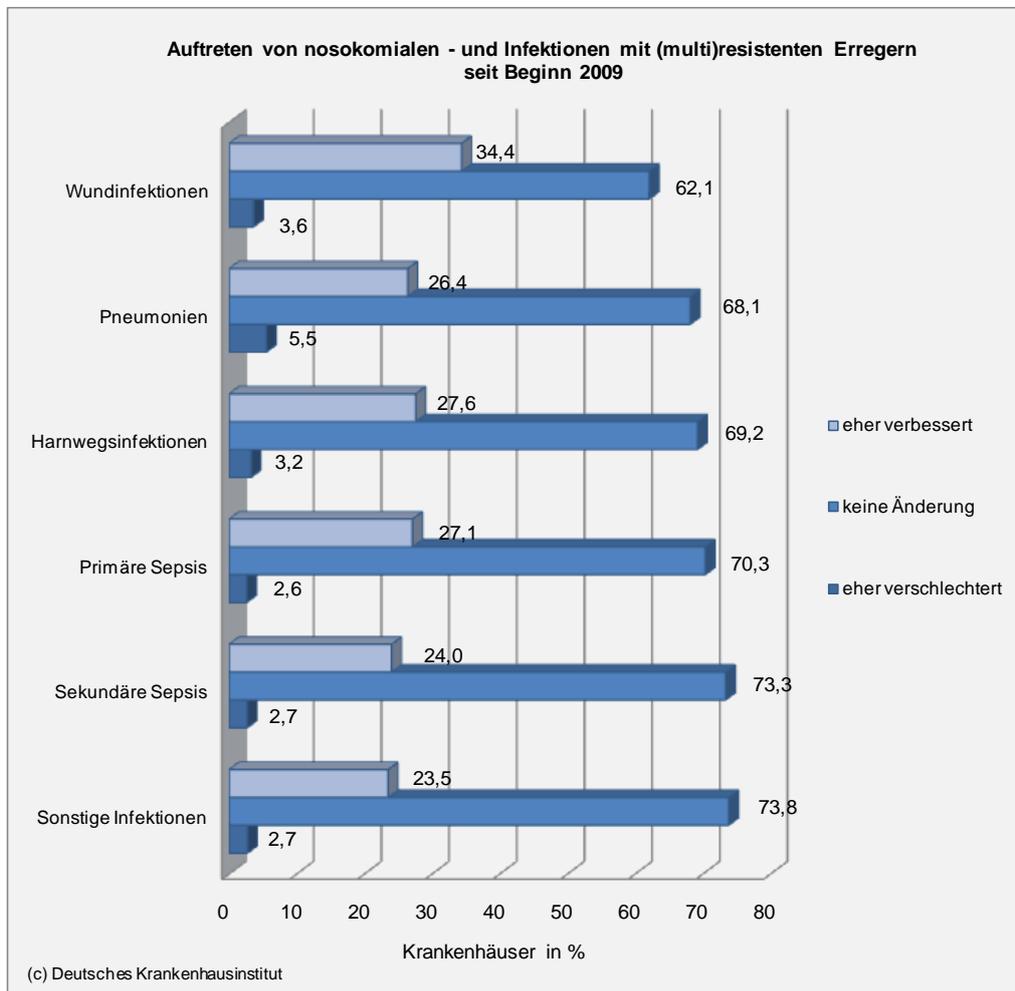


Abb. 32: Auftreten von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger seit Beginn 2009

In der Entwicklung von nosokomialen Infektionen und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Bundesländer mit und ohne Krankenhaushygieneverordnung.

Geringe Unterschiede in den Verbesserungsdaten findet man bei Pneumonien und Harnwegsinfektionen: Knapp ein Drittel der Krankenhäuser der Bundesländer mit Hygieneverordnung und ein Viertel der Krankenhäuser in

den Bundesländern ohne Hygieneverordnung berichten von einer Situationsverbesserung. Im Unterschied dazu stellt sich die Situation bei primären sowie sekundären Sepsen dar: In den Bundesländern ohne Krankenhaushygieneverordnung berichten 31% der Häuser bei primärer Sepsis und 27% der Kliniken bei sekundärer Sepsis von einer Verbesserung der Situation. In den Bundesländern mit Hygieneverordnung bestätigt dahingegen nur ca. jedes 5. Krankenhaus die Verbesserung der Infektionsraten bei primärer sowie sekundärer Sepsis (Abb. 33).

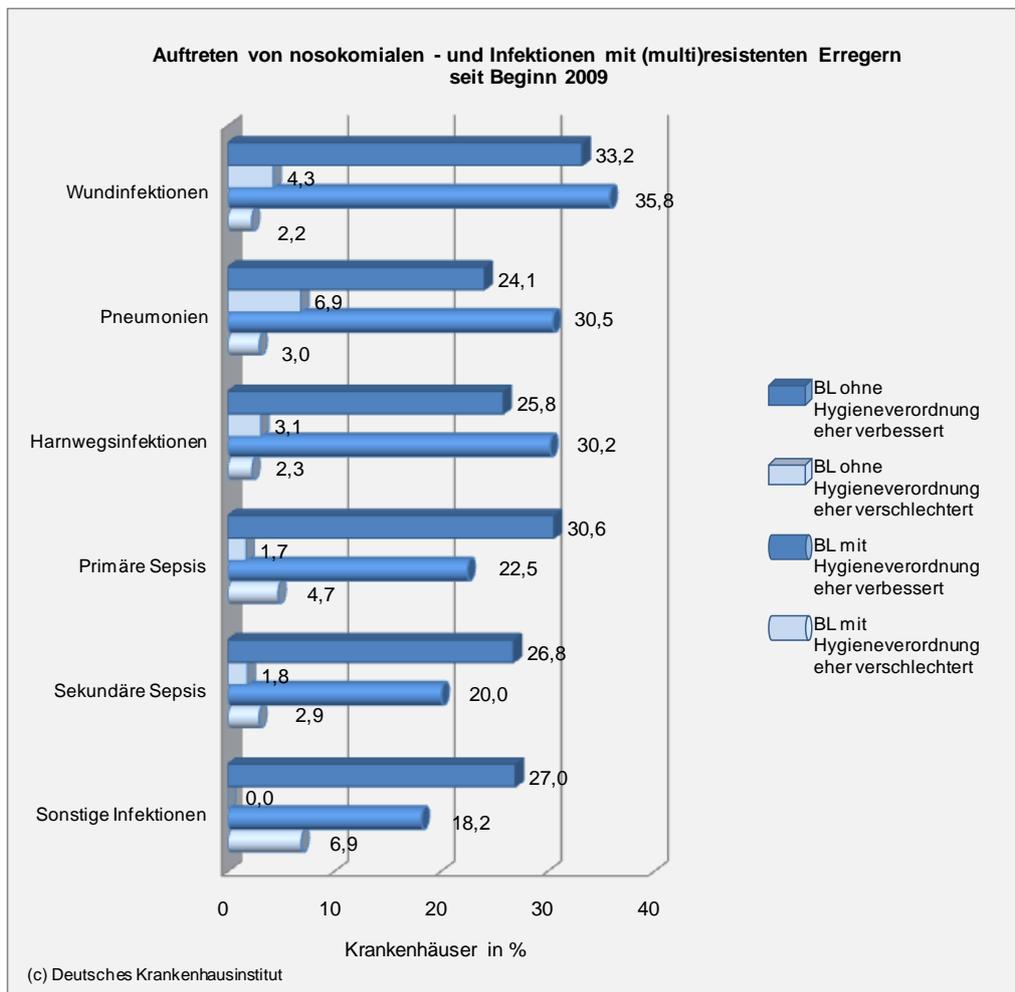


Abb. 33: Auftreten von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger seit Beginn 2009 nach Bundesländern mit und ohne Hygieneverordnung



3.4 Hygienisches Fachpersonal im Krankenhaus

Die Umsetzung von Konzepten zur Infektionsprävention ist ohne die Beschäftigung von Fachpersonal nicht durchführbar. Den Einrichtungen wird lediglich empfohlen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten des Fachpersonals im Rahmen des internen Qualitätsmanagements jeweils zugeschnitten auf die individuellen Gegebenheiten schriftlich festzuhalten (Bundesgesundheitsblatt, 2009b). Gesetzliche Personalvorgaben zur Krankenhaushygiene sind einzig auf Länderebene bzw. nur in den zurzeit fünf bestehenden Krankenhaushygieneverordnungen⁴ geregelt, die untereinander stark variieren.

Abbildung 34 gibt einen Überblick, welches Fachpersonal in deutschen Krankenhäusern für die Umsetzung der Infektionsprävention zuständig ist. Demnach beschäftigen 90% aller Häuser einen oder mehrere hygienebeauftragte Ärzte bzw. einen Facharzt auf anderem Gebiet mit Fortbildungen zur Infektionsverhütung. Externe Fachärzte für Hygiene und Umwelt oder externe Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in betreuender Funktion werden von 80% der Einrichtungen in Anspruch genommen.

Hauptamtliche Hygienefachkräfte (Gesundheits- oder Krankenpfleger mit zweijähriger Weiterbildung) sind an 72% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten angestellt. Stellen für hauptamtliche Fachärzte für Hygiene und Umwelt oder für hauptamtliche Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sind dagegen nur an 14% der Einrichtungen eingerichtet. Die Werte fallen somit höher aus als in der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2009). Dies ist zum einen auf eine andere Grundgesamtheit des

⁴ Vgl. KhsVO Berlin, KHHygV - Landesrecht Bremen, KHHygV NRW, SKHygVO Saarland, SächsKHHygRVO

Krankenhaus Barometers zurückzuführen (nicht alle Krankenhäuser, sondern nur Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten). Zum anderen ist nicht auszuschließen, dass sowohl bei den Angaben im *Barometer* als auch bei den Meldungen an die Statistischen Ämter nicht immer eindeutig zwischen einschlägig weitergebildeten Fachkräften und lediglich fortgebildetem Personal unterschieden wird.

Unter den genannten „sonstigen Personen“, die zum hygienischen Fachpersonal des Krankenhauses gezählt werden, befinden sich jeweils zu einem Drittel Desinfektoren bzw. Hygienetechniker, hygienebeauftragte Ärzte je Fach- und Funktionsbereich und andere Krankenhausmitarbeiter, die mit der Hygiene beauftragt sind. Unter den anderen Krankenhausmitarbeitern findet man z. B. die Pflegedienstleitung, Stationsleitungen oder MTA / BTA.

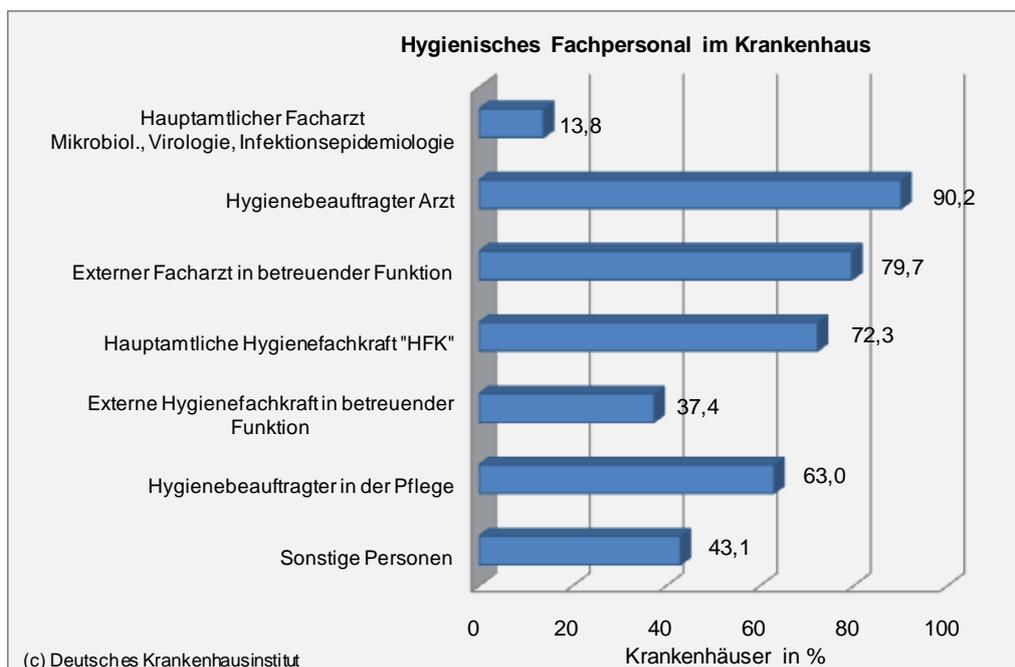


Abb. 34: Hygienisches Fachpersonal im Krankenhaus



Die Einrichtung von bestimmten Fachfunktionen für Hygiene im Krankenhaus ist speziell abhängig von der Größe bzw. Bettenanzahl des Hauses⁵. So haben, wie bereits oben beschrieben, 14% der Häuser im Durchschnitt hauptamtliche Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie eingestellt, darunter aber 70% aller Einrichtungen ab 600 Betten. Aus diesem Grund werden auch nur von halb so vielen großen Kliniken externe Fachärzte in betreuender Funktion in Anspruch genommen (43% der Häuser ab 600 Betten) wie von den übrigen Einrichtungen (ca. 83%). Die kleineren Kliniken arbeiten auch bei den Hygienefachkräften vermehrt mit externen Kräften in betreuender Funktion zusammen (48% aller Einrichtungen mit 50-299 Betten) und stellen in der Folge weniger hauptamtliche Hygienefachkräfte ein (61% aller Einrichtungen mit 50-299 Betten) als z. B. Häuser ab 600 Betten (92%).

Durch die gesetzlichen Personalvorgaben zur Krankenhaushygiene auf Länderebene gibt es teilweise Unterschiede in der Besetzung der Hygienefunktionen zwischen den Einrichtungen in den Bundesländern mit und ohne Krankenhaushygieneverordnung (Abb. 35). So gibt es in den Einrichtungen der Bundesländer mit Hygieneverordnung mehr hygienebeauftragte Ärzte als in den Kliniken der Bundesländer ohne gesetzliche Vorgabe (95% vs. 87%). Deutliche Unterschiede gibt es auch bei den hauptamtlichen Hygienefachkräften: In den Einrichtungen der Bundesländer mit Hygieneverordnung werden mehr HFK eingestellt als in den Kliniken der Bundesländer ohne gesetzliche Vorgabe (85% vs. 64%). Dagegen werden in den Krankenhäusern der Bundesländer ohne Hygieneverordnung mehr externe Hygienefachkräfte in betreuender Funktion und mehr Hygienebeauftragte in der Pflege in Anspruch genommen als in den

⁵ Auch in den einzig bestehenden gesetzlichen Personalvorgaben zur Krankenhaushygiene (KhsVO Berlin, KHHygV - Landesrecht Bremen, KHHygV NRW, SKHygVO Saarland, SächsKHHygRVO) sind sämtliche Vorgaben abhängig von der Struktur und den Anforderungen der jeweiligen Einrichtung.

Einrichtungen der Bundesländer mit gesetzlichen Vorgaben (44% vs. 27% bzw. 68% vs. 55%).

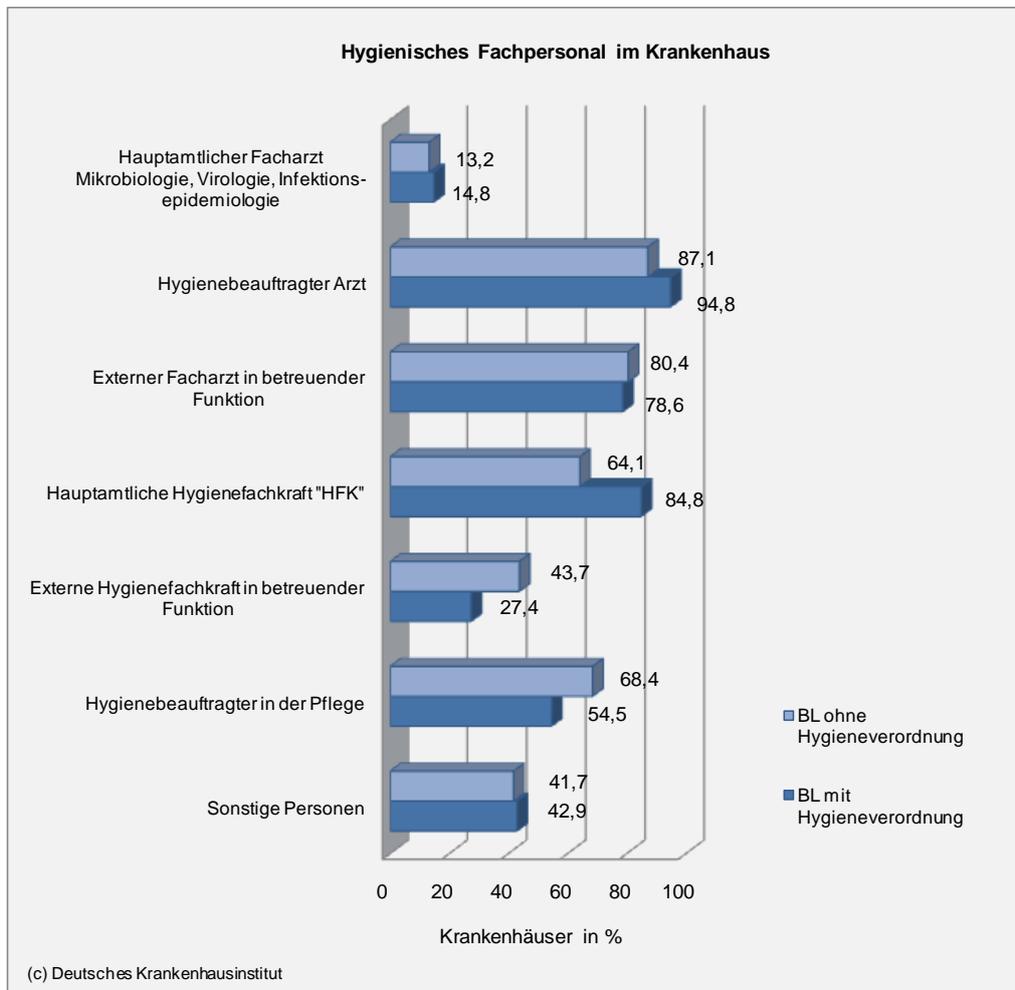


Abb. 35: Hygienisches Fachpersonal im Krankenhaus nach Bundesländern mit und ohne Hygieneverordnung

Unabhängig davon, wie viele Stellen der Stellenplan einer jeden Einrichtung für eine bestimmte Fachfunktion für Hygiene in der jeweiligen Einrichtung vorsieht, halten nahezu alle deutschen Krankenhäuser mehr als eine Fachfunktion für Hygiene vor. Nahezu die Hälfte aller Häuser haben drei verschiedene Fachfunktionen für Hygiene, ein Drittel der Einrichtungen hat vier verschiedene Fachfunktionen und noch 8% der Krankenhäuser haben

fünf verschiedene Fachfunktionen für Hygiene. Zwei Drittel aller Einrichtungen haben unter den Fachfunktionen zwei verschiedene ärztliche Funktionen eingerichtet (hauptamtlicher Facharzt, hygienebeauftragter Arzt oder externer Facharzt) und die Hälfte aller Häuser hat zwei verschiedene pflegerische Funktionen (hauptamtliche Hygienefachkraft, externe Hygienefachkraft oder Hygienebeauftragter in der Pflege) vorgesehen (Abb. 36).

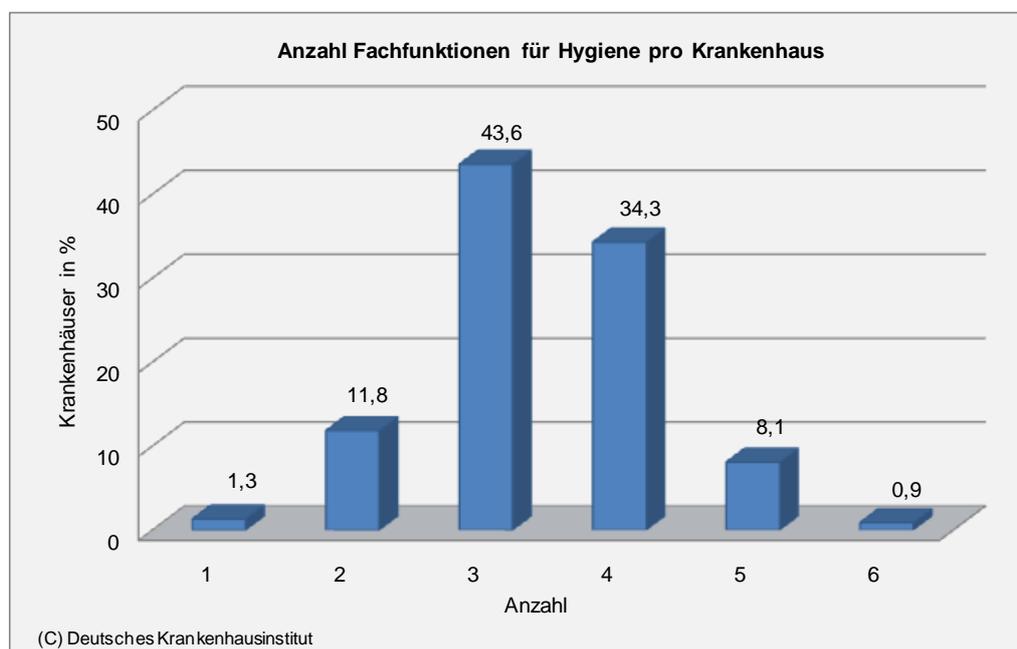


Abb. 36: Anzahl der Fachfunktionen für Hygiene pro Krankenhaus

3.5 Krankenhausinterner Meldeweg von nosokomialen – und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern

Gemäß § 23 Abs. 1 IfSG sind Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren zur Erfassung und Bewertung bestimmter nosokomialer Infektionen (Surveillance) und von Erregern mit speziellen Resistenzen oder Multiresistenzen verpflichtet. Damit eine Erfassung und Bewertung solcher Infektionen überhaupt möglich ist, muss in jeder

Einrichtung ein interner Prozess zur Erkennung von Infektionen und zur Informationsweitergabe an verantwortliche Stellen etabliert werden.

So führt in 84% aller Krankenhäuser das hygienische Fachpersonal routinemäßige Begehungen aller infektionsgefährdeten Bereiche durch und kontrolliert in einem Drittel der Häuser routinemäßig die Krankenakten von gefährdeten Patienten. Zusätzlich meldet in 70% aller Häuser das Pflegepersonal Verdachtsfälle an den behandelnden Arzt. 45% der Einrichtungen erklären, dass der behandelnde Arzt ausschließlich verantwortlich ist für das zeitnahe Erkennen und Melden der Infektion, lassen aber gleichzeitig die Möglichkeit anderer Meldewege zu (Abb. 37).

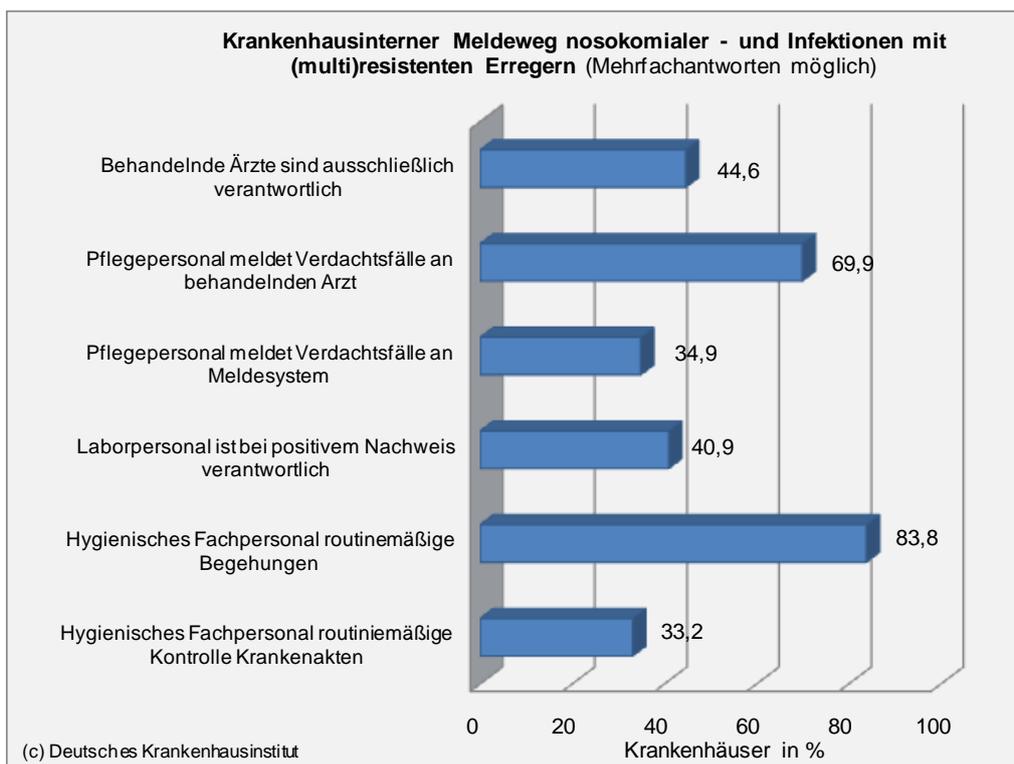


Abb. 37: Krankenhausinterner Meldeweg von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger

Bei dem Erkennen und Melden von nosokomialen Infektionen und von Infektionen mit (multi)resistenten Erregern verlassen sich 91% aller Krankenhäuser nicht auf ein einziges internes Verfahren, sondern haben bis zu sechs verschiedene Prozesse etabliert. Dabei hat gut ein Drittel der Häuser drei verschiedene Erkennungs- und Meldewege und ein Viertel der Einrichtungen vier unterschiedliche Prozesse eingerichtet (Abb. 38).

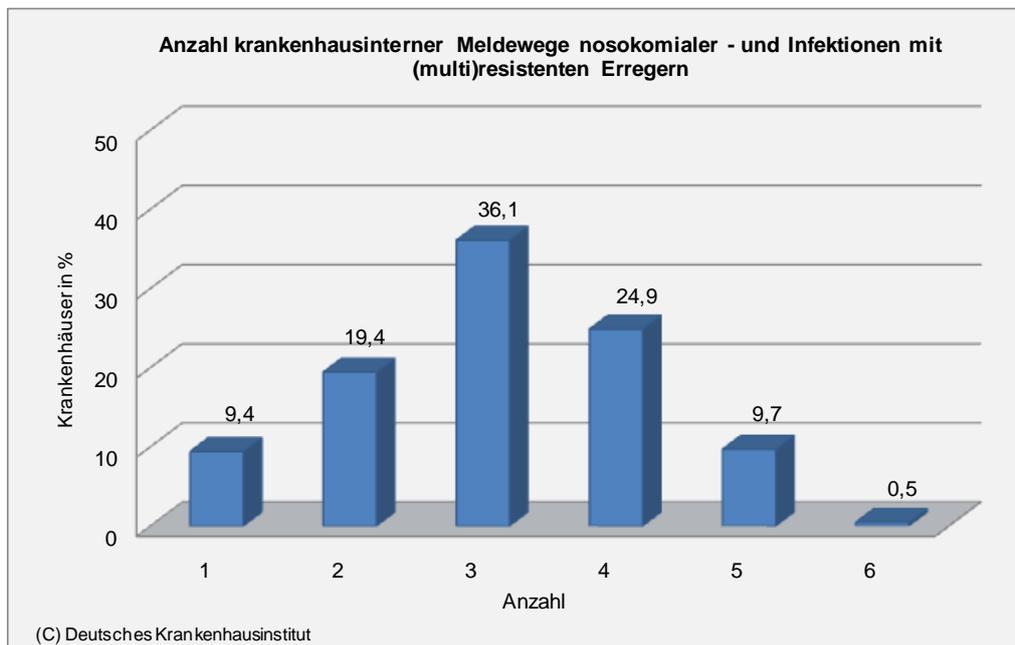


Abb. 38: Anzahl der krankenhauserinternen Meldewege von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch (multi)resistente Erreger

3.6 Meldesystem zu nosokomialen – und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern

Das Infektionsschutzgesetz schreibt den medizinischen Einrichtungen zwar die Erfassung und Bewertung bestimmter nosokomialer Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen vor, jedoch nicht die Art des Erfassungssystems. Aus diesem Grund wurden die an der Umfrage teilnehmenden Häuser zu der Art ihres Meldesystems befragt.

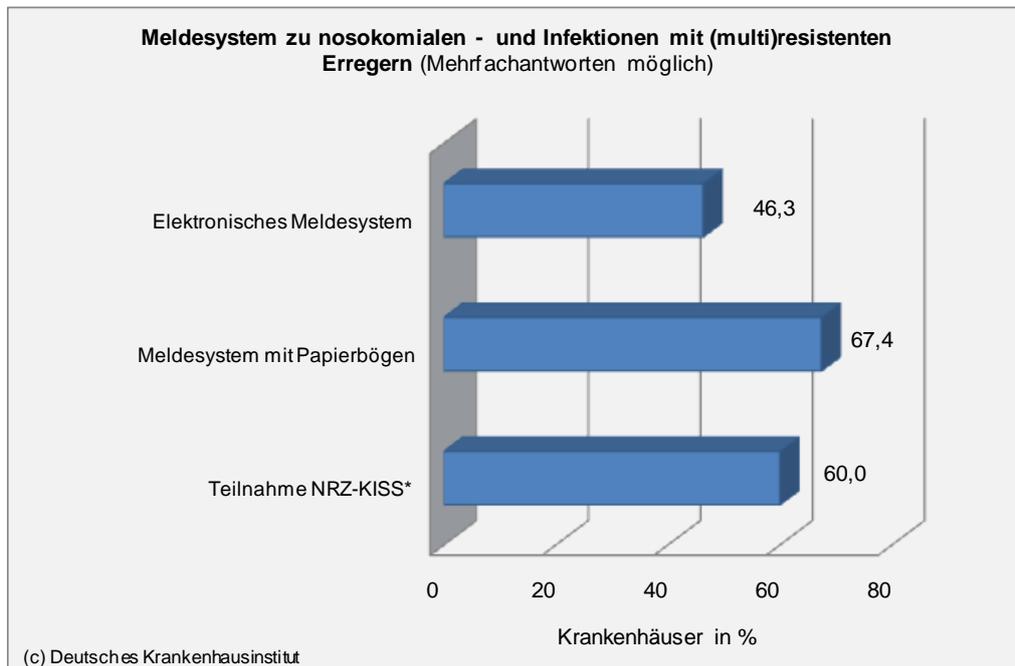


Abb. 39: Meldesystem des Krankenhauses zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger (*Quelle: Gastmeier et al. 2010)

Zwei Drittel aller Einrichtungen benutzen ein Meldesystem basierend auf Papierbögen für nosokomiale Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger. Ungefähr 46% aller Häuser verwenden zusätzlich oder alternativ ein elektronisches Meldesystem. Darüberhinaus nehmen laut Angaben des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ-KISS) noch rund 880 Einrichtungen am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System des NRZ-KISS teil (Gastmeier et al. 2010). Bezogen auf die Grundgesamtheit aller deutschen Krankenhäuser nehmen somit 42% der Einrichtungen am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System teil; unterstellt man, dass es sich dabei weitestgehend um Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten handelt, liegt der entsprechende Anteilswert bei 60 % (Abb. 39).

3.7 Analyse der Infektionsstatistiken zu nosokomialen - und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern

Die im Infektionsschutzgesetz festgeschriebene Verpflichtung (§ 23 Abs. 1 IfSG), bestimmte Infektionen und Erreger aufzuzeichnen und zu bewerten, soll die Einrichtungen in die Lage versetzen, Verbesserungspotenziale im Hygienemanagement zu erkennen und notwendige Maßnahmen, wie beispielsweise Schulung des Personals oder kritische Bewertung des Antibiotikaeinsatzes, zu verstärken oder zu etablieren und die Verbreitung der betreffenden Erreger möglichst zu verhindern (Bundesgesundheitsblatt, 2000).

Daher wurden im Folgenden die an der Umfrage teilnehmenden Einrichtungen nach ihrem Umgang mit den Infektionsstatistiken befragt.

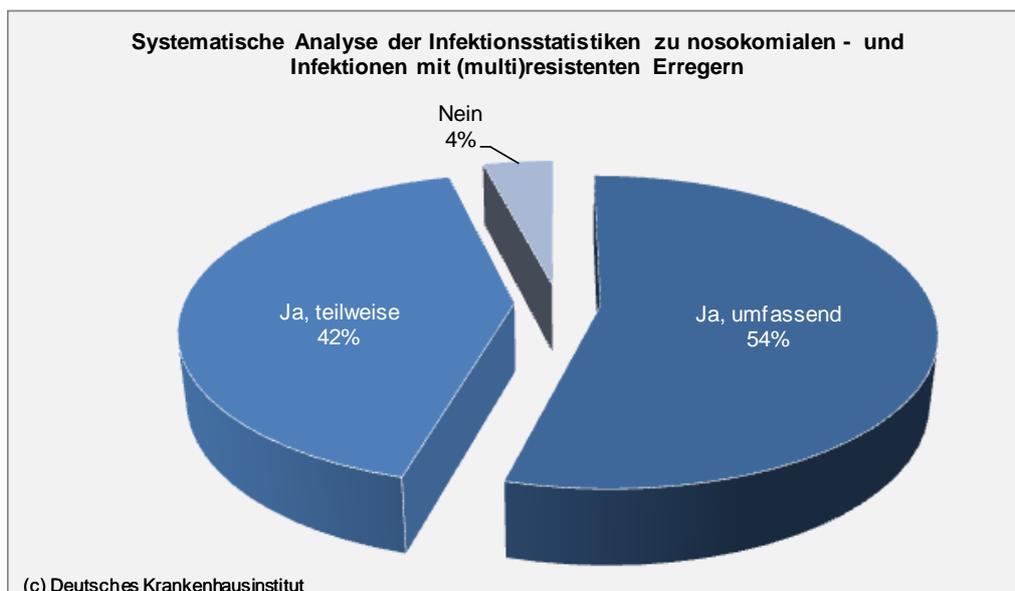


Abb. 40: Systematische Analyse der Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger

Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger werden in 96% aller Einrichtungen systematisch

analysiert. Eine umfassende systematische Analyse der Infektionsstatistiken findet zudem in über der Hälfte (54%) der deutschen Krankenhäuser statt (Abb. 40).

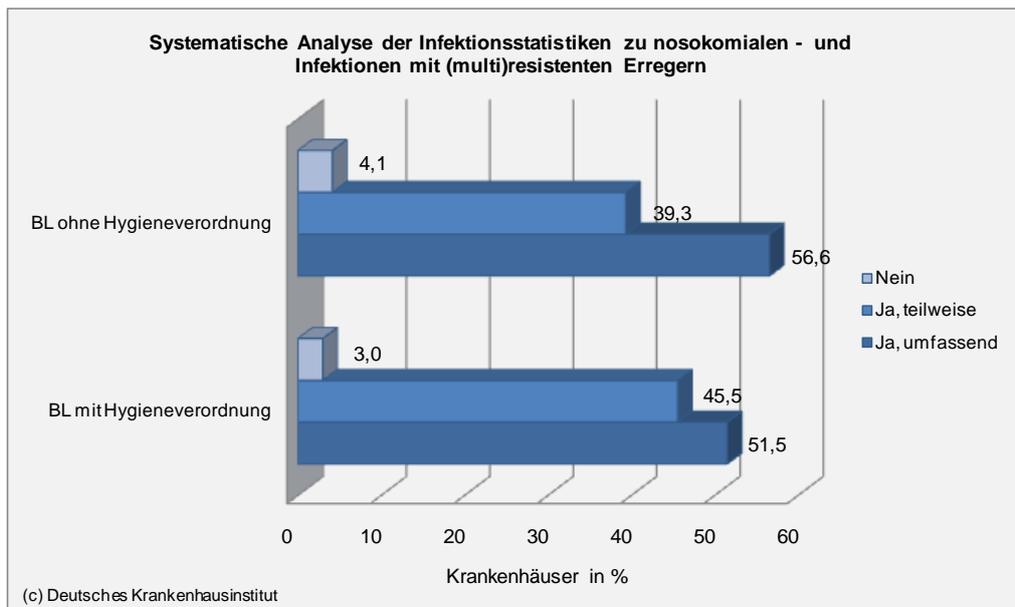


Abb. 41: Systematische Analyse der Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger nach Bundesländern mit und ohne Hygieneverordnung

Eine systematische Analyse der Infektionsstatistiken findet in 96% der Krankenhäuser der Bundesländer ohne Krankenhaushygieneverordnung statt und in 97% der Einrichtungen der Bundesländer mit Hygieneverordnung. Eine umfassende systematische Analyse der Statistiken wird in 57% der Krankenhäuser der Bundesländer ohne Krankenhaushygieneverordnung und in 52% der Einrichtungen der Bundesländer mit Hygieneverordnung durchgeführt (Abb. 41).

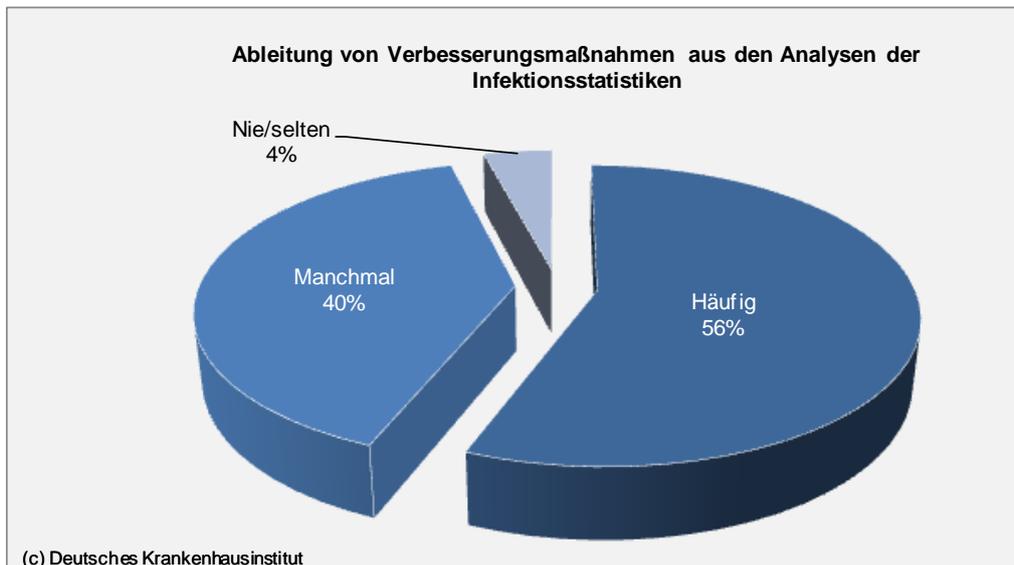


Abb. 42: Gezielte Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus den Analysen der Infektionsstatistiken

Eine gezielte Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus den Analysen der Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger erfolgt in 96% aller Einrichtungen. Zudem werden von 56% der Häuser häufig gezielte Verbesserungsmaßnahmen aus den Infektionsstatistiken abgeleitet (Abb. 42).

Eine gezielte Überprüfung der Wirksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen infolge von Analysen der Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger wird in 95% aller Einrichtungen getroffen. Außerdem werden von 60% der Krankenhäuser gezielte Überprüfungen der Wirksamkeit der Verbesserungsmaßnahmen häufig ausgeführt (Abb. 43).

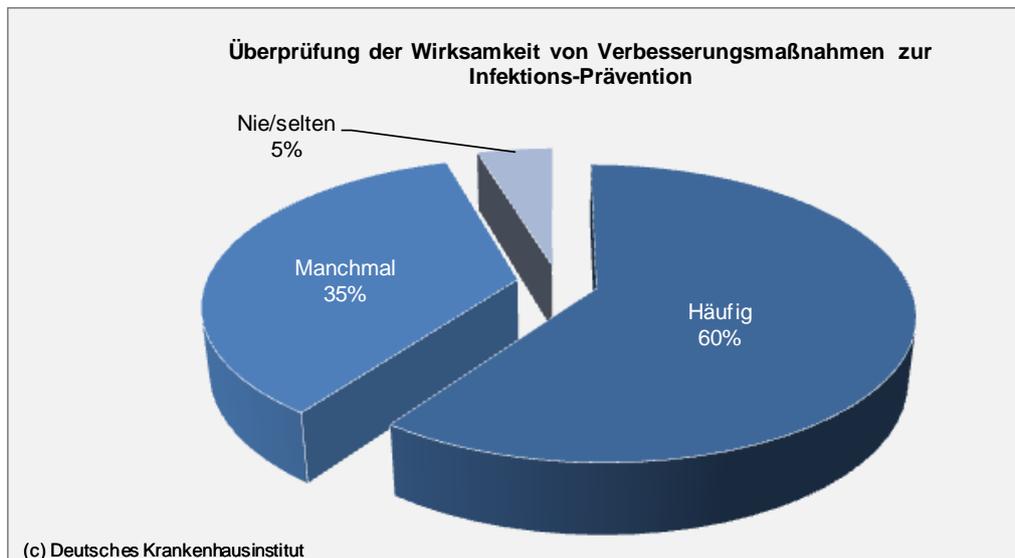


Abb. 43: Gezielte Überprüfung der Wirksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen zur Infektionsprävention

Bei Ableitung und Überprüfung von Verbesserungsmaßnahmen zur Infektionsprävention zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Bundesländer mit und ohne Krankenhaushygieneverordnung (Abb. 44).

Die Einrichtungen der Bundesländer mit Hygieneverordnung haben nur zu einem geringen Prozentsatz häufiger Verbesserungsmaßnahmen aus den Infektionsstatistiken abgeleitet als die Kliniken der Bundesländer ohne gesetzliche Vorgaben (99% vs. 94%). Auch die Wirksamkeit der Verbesserungsmaßnahmen wurde in den Häusern der Bundesländer mit Hygieneverordnung nur geringfügig häufiger überprüft als in den Krankenhäusern der Bundesländer ohne gesetzliche Vorgaben (97% vs. 95%).

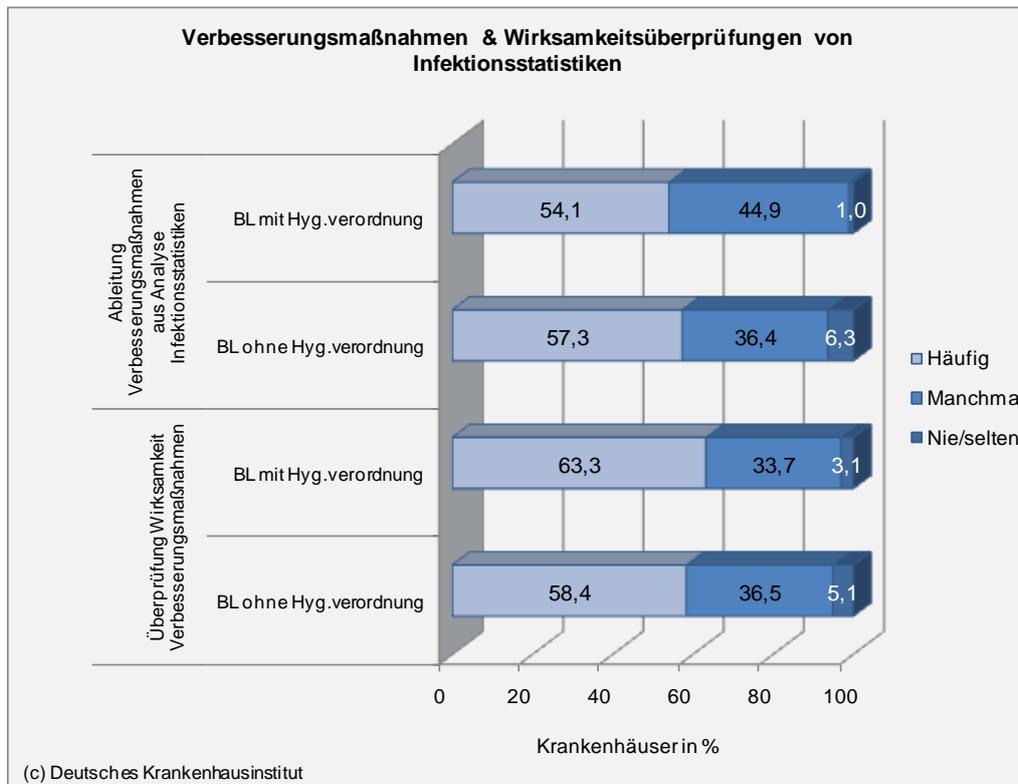


Abb. 44: Gezielte Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus den Analysen der Infektionsstatistiken und Überprüfung deren Wirksamkeit nach Bundesländern mit und ohne Hygieneverordnung

4 Zentrale Notaufnahme (ZNA)

Zentrale Notaufnahmen als interdisziplinäre Anlaufstellen für Notfälle aus dem ambulanten Bereich haben sich in Deutschland heute etabliert. Als ihre Vorteile gegenüber dezentralen Notfallambulanzen einzelner Fachkliniken werden z. B. höhere Wirtschaftlichkeit durch verbesserte Nutzung von Raum- und Personal-Ressourcen sowie eine klare Struktur für Zuweiser, Notarztwagen und Patienten genannt. Strittig sind dagegen häufig Organisations- und Leitungsstrukturen, da sich diese erheblich auf die fachspezifische Verantwortlichkeit, Behandlungsstandards sowie Ausbildung und Kosten auswirken können (Wolff, 2010).

4.1 Organisation der Notaufnahme

Einen allgemeinen Überblick über die Organisation der Notaufnahmen in deutschen Krankenhäusern gibt Abbildung 45.

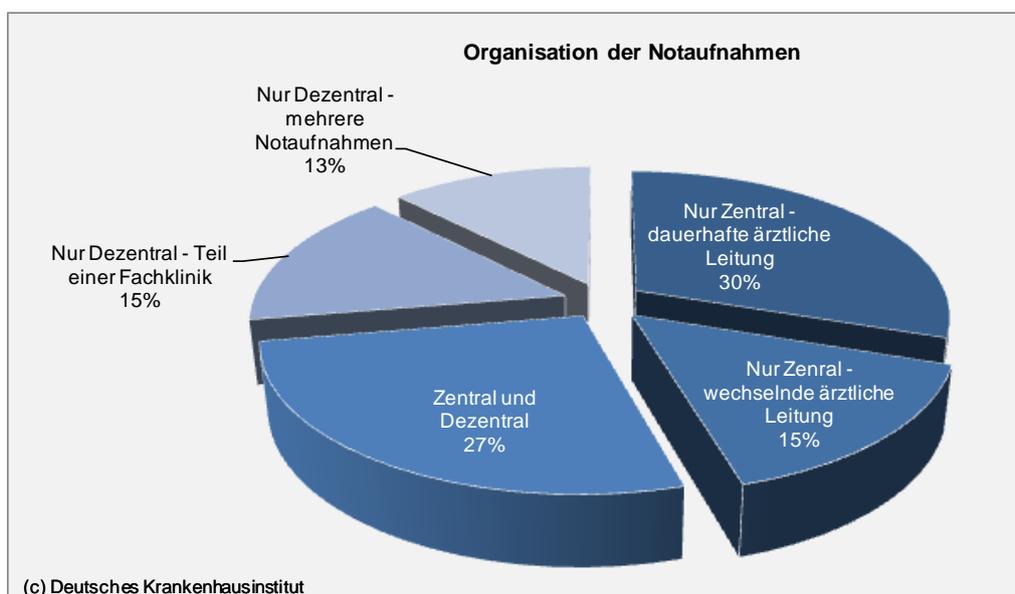


Abb. 45: Organisation der Notaufnahmen in deutschen Krankenhäusern

Demnach halten 45% der Krankenhäuser ausschließlich eine Zentrale Notaufnahme in ihrer Einrichtung vor. Diese Notaufnahmen zeichnen sich als eigenständige Organisationseinheiten innerhalb der Kliniken mit interdisziplinärem Behandlungsansatz aus. 30% der Häuser haben zusätzlich dauerhaft eine ärztliche Leitung etabliert. Die übrigen Krankenhäuser haben entweder eine Mischung aus zentralen und dezentralen Notfallambulanzen oder leisten ihre Notfallversorgung über eine oder mehrere dezentrale Notaufnahmen (Abb. 45).

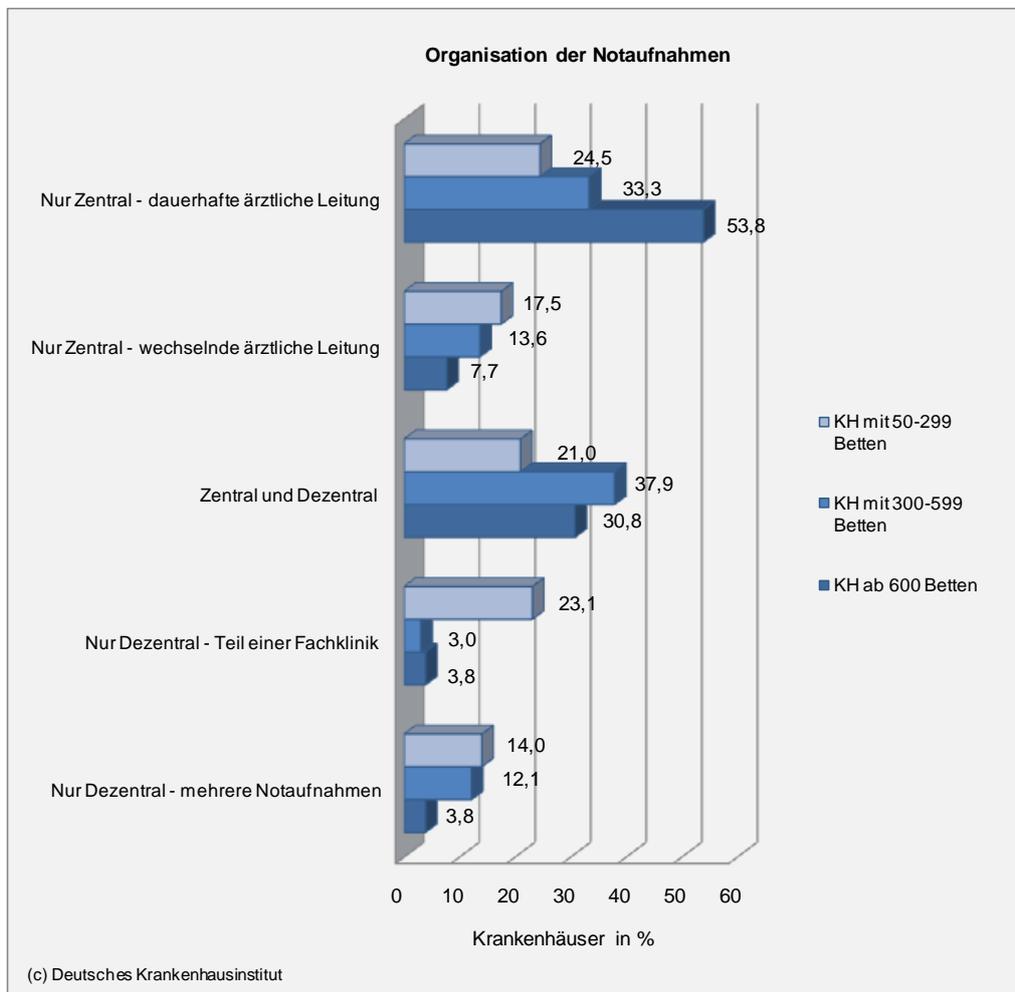


Abb. 46: Organisation der Notaufnahmen in deutschen Krankenhäusern nach Bettengrößenklassen



Bei der Organisation der Notaufnahmen in deutschen Kliniken gibt es deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Größen (Bettenanzahl) der Einrichtungen. Über die Hälfte der großen Kliniken (ab 600 Betten) haben eine Zentrale Notaufnahme mit dauerhafter ärztlicher Leitung, während ein Drittel der großen Einrichtungen eine Zentrale Notaufnahme sowie mehrere dezentrale Notfallambulanzen vorhält. Die mittelgroßen Krankenhäuser (mit 300-599 Betten) haben etwa zu je einem Drittel eine Zentrale Notaufnahme mit dauerhafter ärztlicher Leitung oder eine Zentrale Notaufnahme sowie mehrere dezentrale Notfallambulanzen eingerichtet. Die kleinen Einrichtungen (mit 50-299 Betten) haben etwa zu je einem Viertel eine Zentrale Notaufnahme mit dauerhafter ärztlicher Leitung oder eine dezentrale Notaufnahme als Teil einer Fachklinik (Abb. 46).

4.2 Personelle Organisation der Zentralen Notaufnahme

Im weiteren Verlauf werden ausschließlich Einrichtungen befragt, die eine Zentrale Notaufnahme vorhalten.

Die personelle Organisation der Zentralen Notaufnahmen an deutschen Krankenhäusern zeigt deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Ausgestaltung der leitenden Funktionen. So verfügen 87% der ZNAs über eine eigenständige pflegerische Leitung. Stellen für ärztliche Leitungen ohne Doppelfunktion im Bereich einer Zentralen Notaufnahme hat ein Drittel aller Häuser eingerichtet, jedoch haben 73% der Kliniken ärztliche Leitungen mit weiteren Aufgabenbereichen (Abb. 47).

Die fachliche Verantwortung für die Pflegekräfte in der Zentralen Notaufnahme trägt in 45% der Einrichtungen der ärztliche Leiter. Dagegen hat der ärztliche Leiter in nur 12% der Häuser auch die disziplinarische und organisatorische Verantwortung für die Pflegekräfte (Abb. 47).

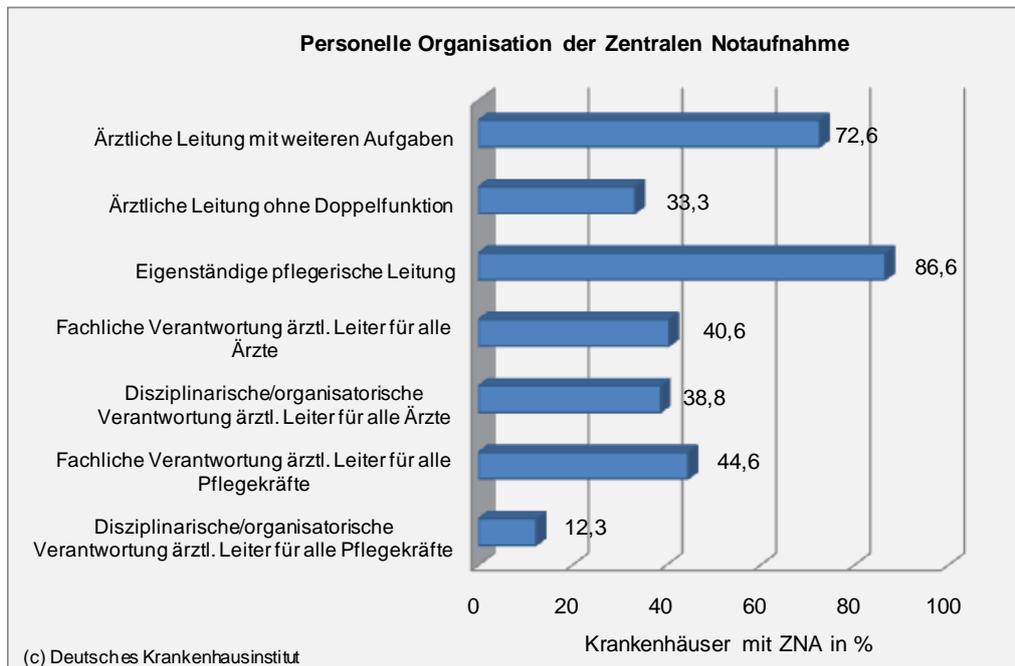


Abb. 47: Personelle Organisation der Zentralen Notaufnahmen in deutschen Krankenhäusern

Bei der Organisation der Zentralen Notaufnahmen gibt es einige Unterschiede im Hinblick auf die Größen (Bettenanzahl) der Einrichtungen (Abb. 48). Die großen Krankenhäuser (ab 600 Betten) richten eher ärztliche Leitungsstellen ohne Doppelfunktion in ihren ZNA ein (44%) als die mittelgroßen Kliniken mit 300-599 Betten (35%) oder die kleinen Häuser mit 50-299 Betten (29%). Die ärztlichen Leitungen in den großen Einrichtungen erhalten auch eher und umfassender Verantwortung als in den übrigen Häusern: So haben die ärztlichen Leiter in der Hälfte aller Kliniken die fachliche Verantwortung für die übrigen Ärzte und in über der Hälfte der Häuser (58%) die disziplinarische und organisatorische Verantwortung für alle anderen Ärzte. In jedem fünften Krankenhaus ab 600 Betten liegt außerdem die disziplinarische und organisatorische Verantwortung für die Pflegekräfte beim ärztlichen Leiter der ZNA. Zudem haben die großen Einrichtungen auch den höchsten Anteil an

eigenständigen pflegerischen Leitungen in ihren Zentralen Notaufnahmen (96%).

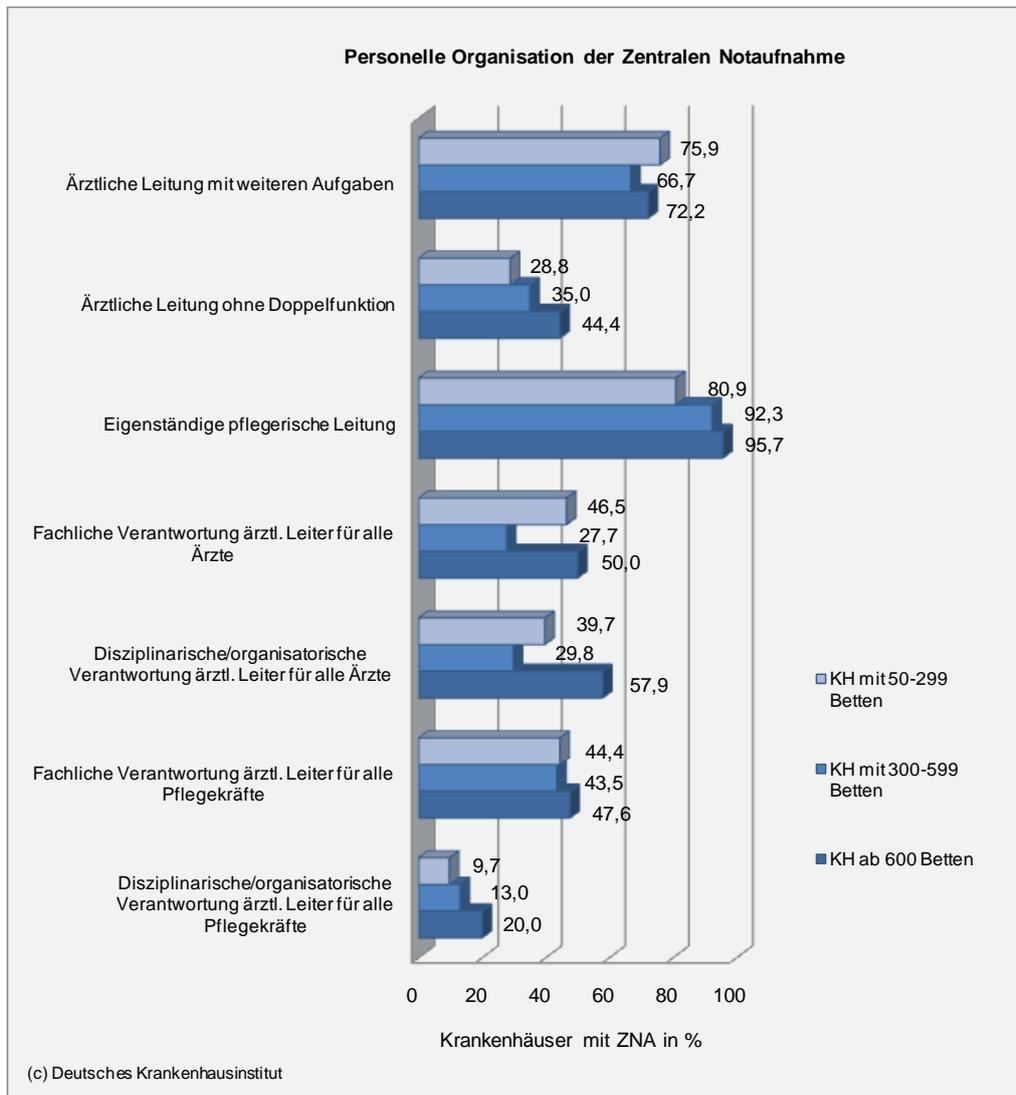


Abb. 48: Personelle Organisation der Zentralen Notaufnahmen nach Bettengrößenklassen

4.3 Fester Personalbestand der Zentralen Notaufnahme

Der überwiegende Anteil des Personals mit fester Zuordnung zu den Zentralen Notaufnahmen in den Krankenhäusern besteht aus examinierten Pflegekräften (79%). 13% des fest zugeordneten Personals sind medizinische Fachangestellte und 8% sonstige Mitarbeiter (Abb. 49).

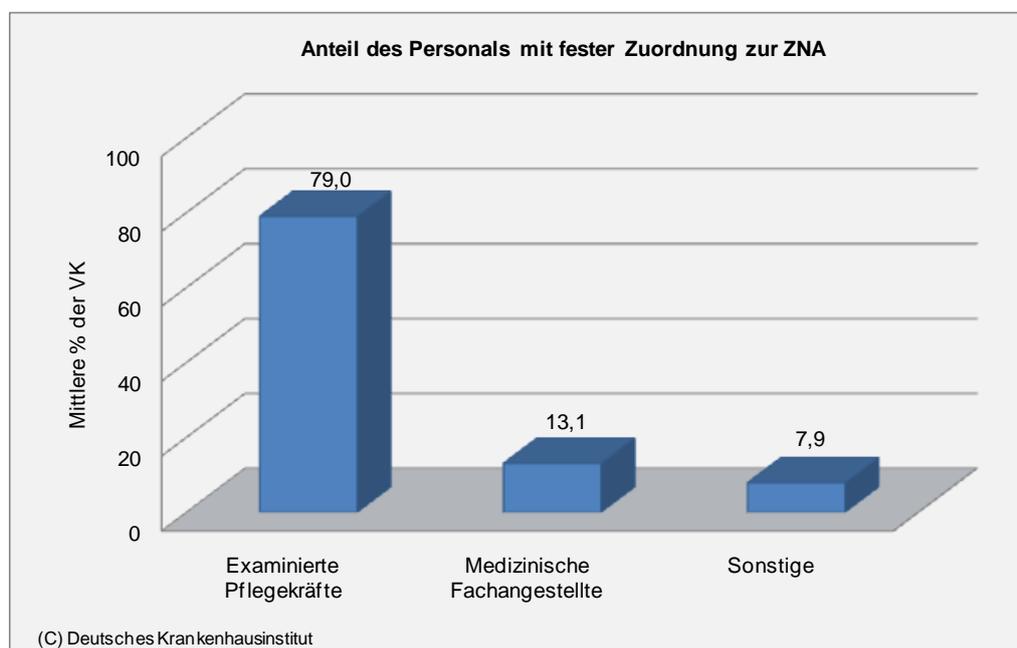


Abb. 49: Mittlerer Anteil des Personals der nicht ärztlichen Mitarbeiter mit fester Zuordnung zur ZNA

Es finden sich leichte Unterschiede in der Zusammensetzung des fest zugeordneten Personals der Zentralen Notaufnahmen im Hinblick auf die Krankenhausgröße. Feste Stellen für examinierte Pflegekräfte sind weniger häufig in den großen Häusern ab 600 Betten eingerichtet (72%). Zusätzlich halten mehr als drei Viertel aller mittelgroßen Kliniken mit 300-599 Betten (77%) und 85% der kleinen Häuser mit 50-299 Betten feste Stellen für examinierte Pflegekräfte vor. Dagegen sind in den großen Einrichtungen am

häufigsten „sonstige fest zugeordnete Mitarbeiter“ vorzufinden (14%), die jedoch in ihrer Funktion nicht näher spezifiziert sind (Abb. 50).

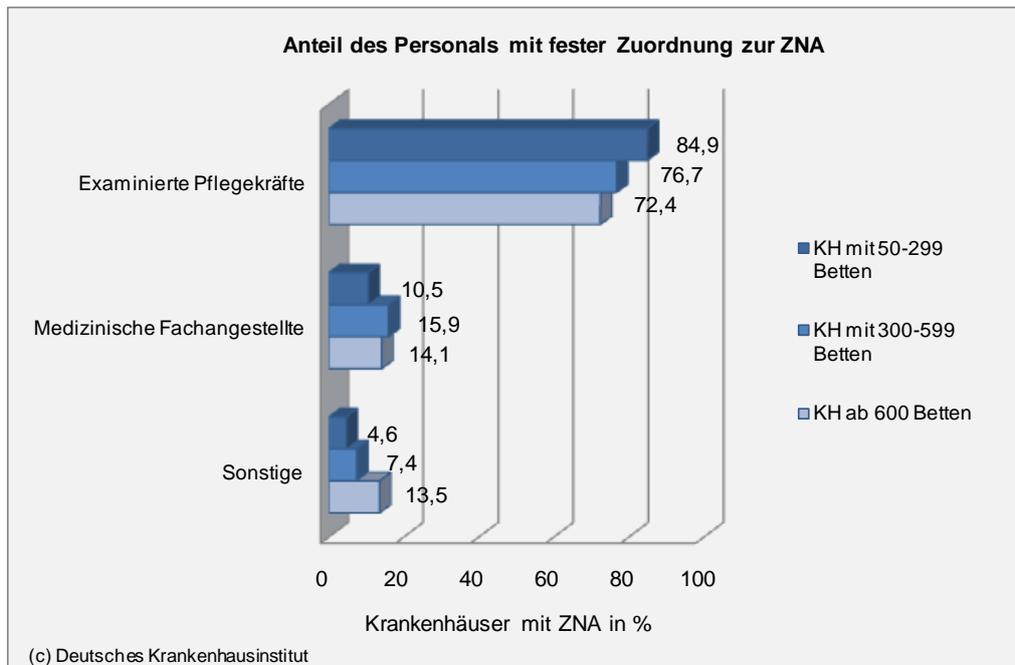


Abb. 50: Mittlerer Anteil des Personals der nicht ärztlichen Mitarbeiter mit fester Zuordnung zur ZNA nach Bettengrößenklassen

4.4 Zusätzliche Leistungen in der Zentralen Notaufnahme

Moderne Notaufnahmen verfügen zusätzlich über neue notfallmedizinische Organisationsformen, die sowohl den medizinischen Möglichkeiten als auch den Bedürfnissen der Patienten entgegen kommen (Walter & Fleischmann, 2007).

Daher ist es von besonderem Interesse, welche zusätzlichen Leistungen oder Einrichtungen die Krankenhäuser räumlich und / oder organisatorisch in ihren Zentralen Notaufnahmen vorhalten.

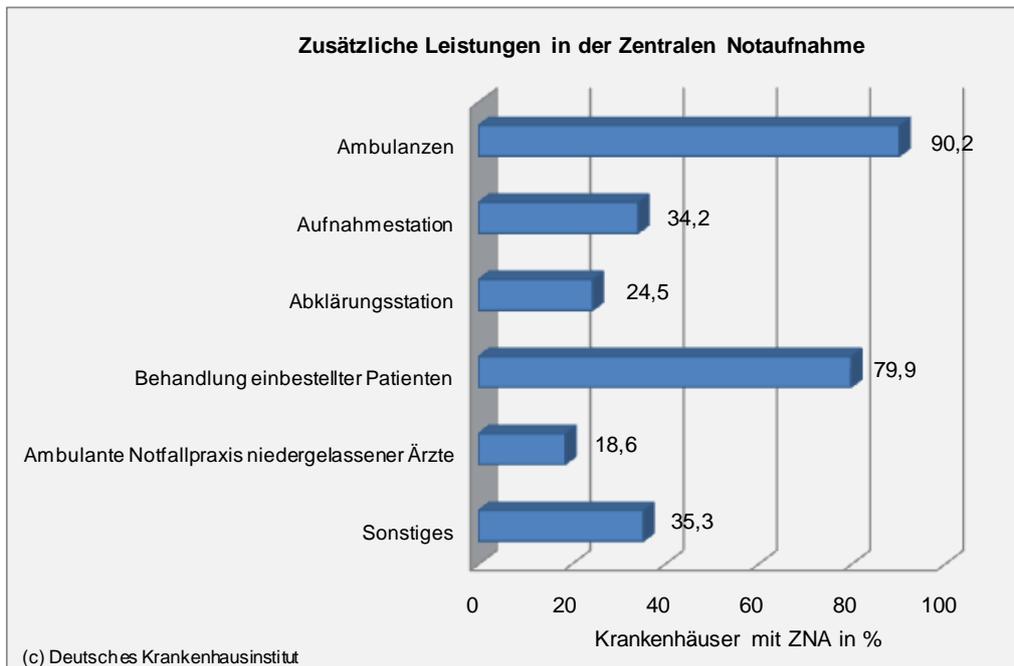


Abb. 51: Zusätzliche Leistungen oder Einrichtungen in der Zentralen Notaufnahme

Demnach umfasst der Leistungsbereich der Zentralen Notaufnahmen in 90% aller Einrichtungen zusätzliche Ambulanzen und in 80% der Kliniken die Behandlung einbestellter Patienten. Ein Viertel aller Krankenhäuser hat in ihrer ZNA eine Abklärungsstation und ein Drittel der Häuser hält eine Aufnahmestation vor. In knapp jedem fünften Krankenhaus gibt es für niedergelassene Ärzte die Möglichkeit, in der ZNA eine ambulante Notfallpraxis zu führen (Abb. 51).

Unter den „sonstigen Leistungen“, welche die Zentralen Notaufnahmen anbieten, befinden sich hauptsächlich Überwachungsplätze und kardiologische Diagnostik. Einige Einrichtungen haben in ihren ZNA zusätzlich ambulante Operationen, radiologische Diagnostik (CT/MRT) oder führen diese in Kombination mit MVZ.

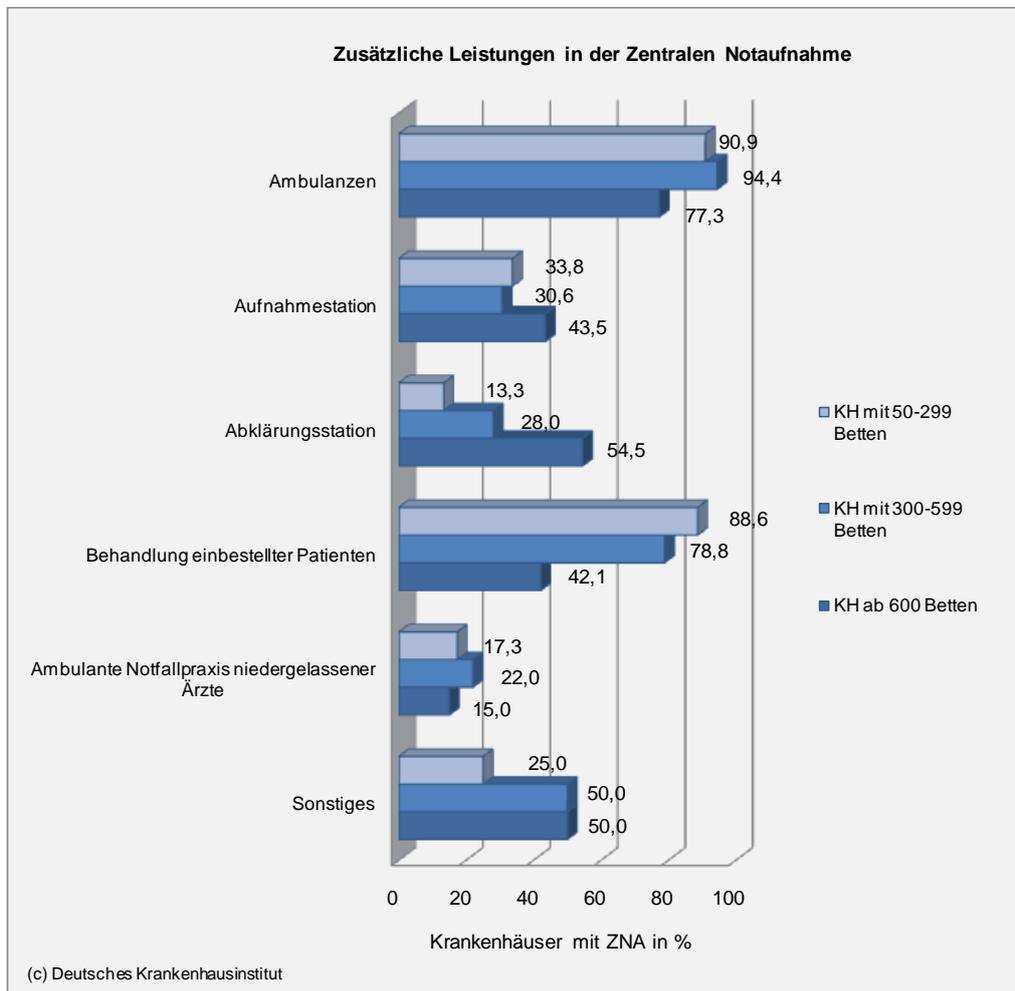


Abb. 52: Zusätzliche Leistungen oder Einrichtungen in der Zentralen Notaufnahme nach Bettengrößenklassen

Bei den angebotenen Zusatzleistungen in den Zentralen Notaufnahmen findet man deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Krankenhausgröße. So findet die Behandlung einbestellter Patienten zu einem Großteil bei den kleineren Häusern statt (89% aller KH mit 50-299 Betten und 79% aller KH mit 300-599 Betten), jedoch weniger bei den großen Einrichtungen (42% aller KH ab 600 Betten). Zusatzeinrichtungen, wie z. B. eine Aufnahmestation und eine Abklärungsstation, werden dahingegen hauptsächlich von den großen Kliniken



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

vorgehalten. So haben 44% der Häuser ab 600 Betten eine Aufnahmestation, jedoch nur jeweils ein Drittel der übrigen Einrichtungen. Eine Abklärungsstation haben über die Hälfte (55%) aller großen Krankenhäuser, 28% der mittelgroßen Häuser und lediglich 13% der kleineren Kliniken (Abb. 52).

Krankenhaus
Barometer

5 Ambulante Leistungen und Erlöse

5.1 Ambulante Notfälle

Gemäß § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten, also den ambulanten Notfalldienst.

Zur vertragsärztlichen Versorgung zählen aber auch „die in Notfällen ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte“ (§ 2 Abs. 2 Nr. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte).

Obgleich der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der Patienten in den sprechstundenfreien Zeiten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, werden die Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung eingebunden. Ihnen kommt damit eine Ersatzfunktion zu. Die von Krankenhäusern durchgeführte ambulante Notfallversorgung schließt eine Versorgungslücke des niedergelassenen Bereichs.

Die Abrechnung der ambulanten Notfalleleistungen der Krankenhäuser erfolgt analog zu den Regelungen des vertragsärztlichen Bereichs. Vergütungstechnisch wird die Ersatzfunktion der Krankenhäuser im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verdeutlicht. Dort wird in der Präambel des Notfall-Kapitels 1.2 Nr. 4 geregelt, dass eine Vergütung der Notfalleleistungen für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser nur unter den folgenden Bedingungen möglich ist:

1. die Erkrankung des Patienten bedarf auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme und



2. die Versorgung durch einen Vertragsarzt ist nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar.

Mit anderen Worten: Krankenhäuser dürfen nur dann im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung tätig werden, wenn kein Vertragsarzt für die unmittelbare Behandlung des Patienten verfügbar ist bzw. bereit steht.

Um den Umfang der Notfalleleistungen der Krankenhäuser abschätzen zu können, wurden die Krankenhäuser gebeten, die Anzahl der ambulanten Notfälle im Jahr 2009 anzugeben.

Die Ermittlung der Fallzahl ist standardisiert möglich, ohne dass es zu den sonst üblichen Abgrenzungsproblemen eines ambulanten Falles kommt. Für jeden ambulanten Notfall, der abgerechnet werden soll, muss eine der vier folgenden EBM-Gebührenordnungspositionen angegeben werden:

- 01210 Notfallpauschale
- 01214 Notfallkonsultationspauschale I
- 01216 Notfallkonsultationspauschale II
- 01218 Notfallkonsultationspauschale III

Die Krankenhäuser rechnen die Notfalleleistungen mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab. Aus den von den Kassenärztlichen Vereinigungen erstellten Honorarbescheiden können die entsprechenden Fallzahlen sowie die Vergütung der Notfalleleistungen entnommen werden.

Im Jahr 2009 wurden in den Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten rd. 10,7 Millionen ambulante Notfälle behandelt. Das bedeutet, dass pro Tag und Krankenhaus durchschnittlich 20 ambulante Notfallpatienten behandelt wurden. Nach Bettengrößenklassen differenziert ergeben sich folgende Durchschnittswerte:

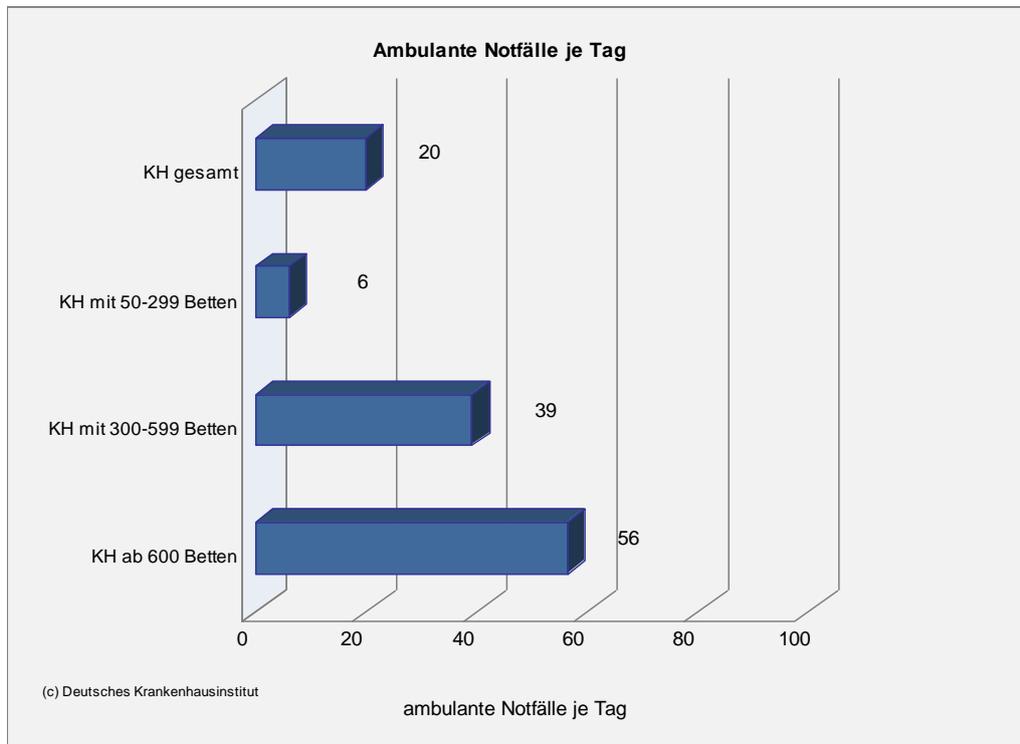


Abb. 53: Durchschnittliche Anzahl von ambulanten Notfällen je Tag nach Bettengrößenklassen

Da eine Behandlungsmöglichkeit der Krankenhäuser nach den Vorstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen eigentlich nur in den sprechstundenfreien Zeiten gegeben ist, verteilen sich die Notfälle natürlich nicht gleichmäßig über die Wochentage oder den Tag. Patienten konsultieren vor allem abends und in der Nacht bzw. am Wochenende die Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Insofern kommt es zu einer Häufung der ambulanten Notfallpatienten immer zu den Zeiten, in denen Krankenhäuser ohnehin personell schwächer besetzt sind. Die Arbeitsbelastung derjenigen, die zu diesen ungünstigen Zeiten arbeiten, wird deutlich erhöht.

Stellt man die ambulanten Notfalleleistungen in Relation zu den stationären Fallzahlen der Krankenhäuser, so kommen auf 100 stationäre Fälle etwa 63 ambulante Notfälle.

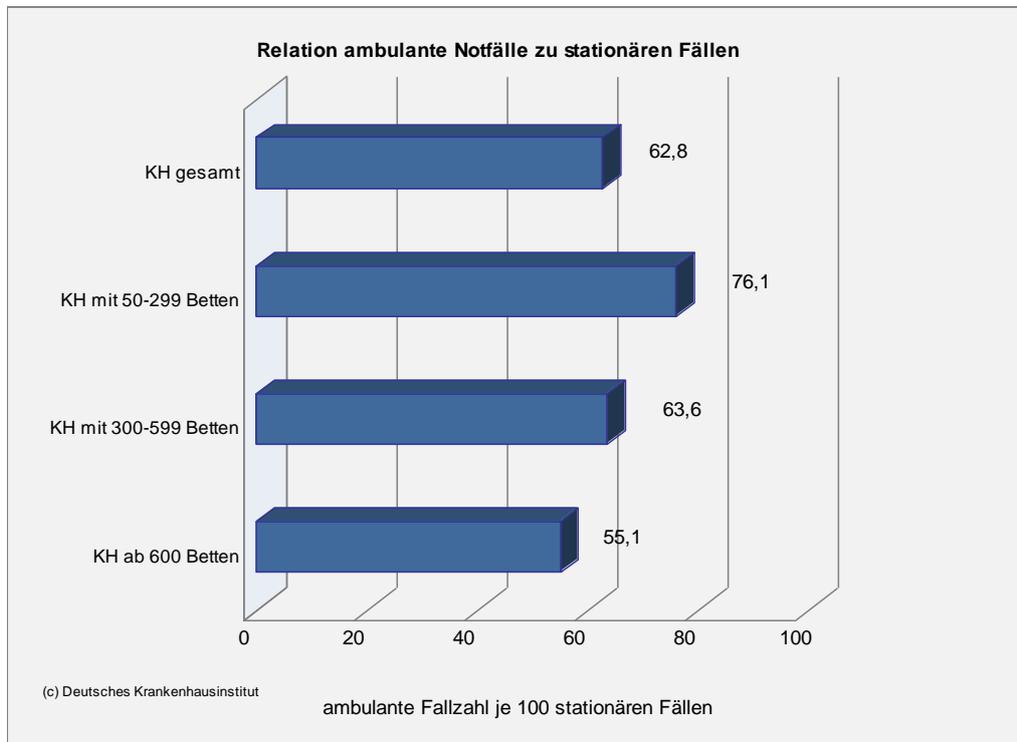


Abb. 54: Vergleich der Fallzahlen im Rahmen der ambulanten Notfalleleistungen und der stationären Fallzahlen nach Bettengrößenklassen

Die Relation zwischen den ambulanten Notfallzahlen und den stationären Fallzahlen nimmt mit steigender Krankenhausgröße ab. Kommen bei den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten auf 100 stationäre Fälle noch 76 KV-Notfälle, so sinkt die Relation bei den Häusern ab 600 Betten auf 100 zu 55.

Der durchschnittliche Erlös je ambulanten Notfall lag 2009 bei 25 Euro. Aufgrund von unterschiedlichen Auslegungen des EBM zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern hinsichtlich der sogenannten Zusatzpauschalen zur Besuchsbereitschaft ist der hier ausgewiesene Durchschnittserlös nur ein vorläufiger Wert. Sofern der Rechtsweg ausgeschöpft ist und eine Entscheidung über die Abrechnungsfähigkeit dieser EBM-Gebührenordnungspositionen getroffen



worden ist, kann sich der mittlere Erlös für eine Notfallbehandlung noch ändern.

5.2 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Seit Anfang der 90er Jahre besteht für die Krankenhäuser die Möglichkeit, bestimmte Eingriffe ambulant durchführen zu können. Im Unterschied etwa zu den ambulanten Notfalleistungen handelt es sich bei den ambulanten Operationen um Krankenhausleistungen. Krankenhäuser nehmen hier keine Ersatzfunktion wahr, sondern sind über den § 115b SGB V zugelassen, diese Leistungen ambulant zu erbringen.

Im Durchschnitt werden in jedem Allgemeinkrankenhaus ab 50 Betten je Jahr 1.400 ambulante Operationen durchgeführt.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass hier nur ambulante Eingriffe nach § 115b SGB V abgebildet sind. Eingriffe im Rahmen der persönlichen Ermächtigung eines Krankenhausarztes wurden nicht berücksichtigt. Hinzu kommt, dass in kleineren Häusern häufiger Belegabteilungen vorliegen, die keine oder nur wenige ambulante Operationen nach § 115b SGB V erbringen. In größeren Häusern sind vergleichbare Abteilungen wie die Augenheilkunde oder die HNO Hauptabteilungen, die dann auch im Rahmen der Institutsermächtigung tätig sind.

Betrachtet man die Relation zwischen ambulanten Operationen und stationären Fällen, so kommen über alle Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten auf 100 stationäre Fälle 11 ambulante Operationen.

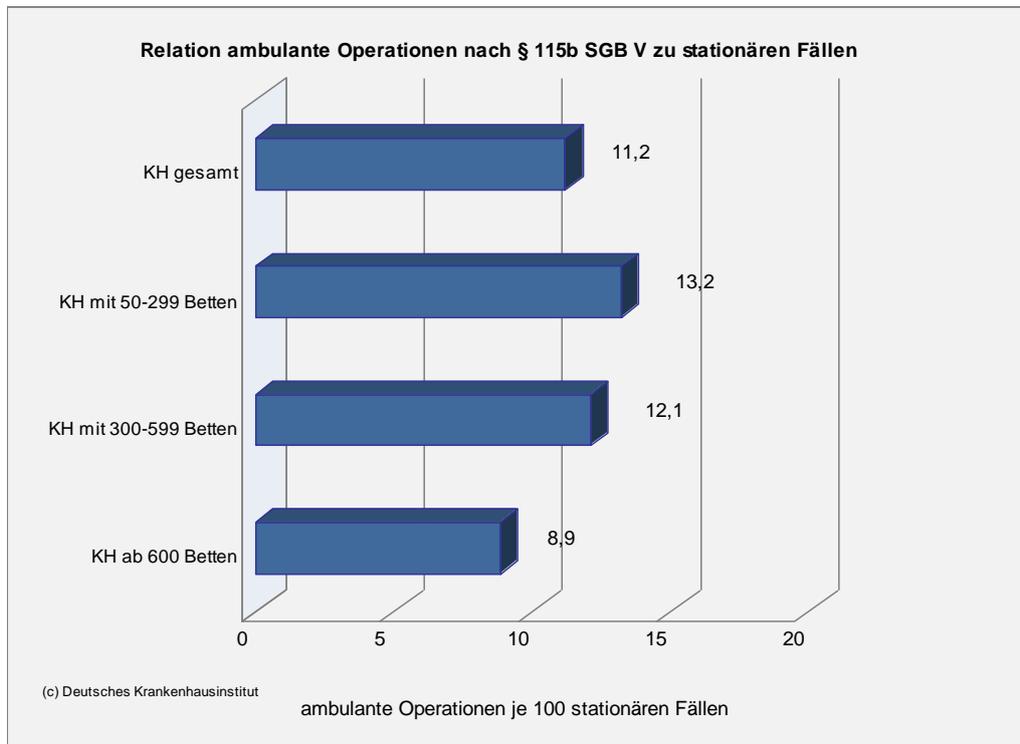


Abb. 55: Vergleich der Fallzahlen im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V und der stationären Fallzahlen nach Bettengrößenklassen

Die Relation zwischen ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zu den stationären Leistungen ist bei den Krankenhäusern ab 600 Betten am geringsten, obgleich sie im Durchschnitt die meisten ambulanten Eingriffe durchführen. Der Grund hierfür ist in der stationären Fallzahl zu suchen, die deutlich höher ist als bei den Krankenhäusern unter 600 Betten.

Die durchschnittlichen Erlöse je ambulanter Operation liegen beim 343 Euro. Aufgrund der unterschiedlichen Schwere der Eingriffe und der ggf. zu vergütenden Sachkosten werden die Durchschnittserlöse je nach Behandlungsspektrum in den Krankenhäusern davon z.T. deutlich abweichen.



5.3 Institutsambulanzen

Krankenhäuser haben darüber hinaus noch die Möglichkeit, im Rahmen von

- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),
- Psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V),
- Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V)

ambulante Krankenhausleistungen zu erbringen. Diese drei Versorgungsformen sind an bestimmte Bedingungen geknüpft, so dass nur ausgewählte Krankenhäuser hier ambulant tätig sein können.

Außerdem ist es rechtlich möglich, dass Krankenhäuser im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine Institutsermächtigung für (spezialisierte) Institutsambulanzen erhalten.

Hochschulkliniken sind nach § 117 SGB V berechtigt, vom Zulassungsausschuss, der von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen gebildet wird, zur ambulanten Behandlung von Patienten ermächtigt zu werden. Die Ermächtigung ist so gestalten, dass die ambulante Behandlung in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchgeführt werden kann.

Im Durchschnitt erbringen alle Hochschulambulanzen einer Universitätsklinik rd. 79.000 ambulante Fälle. Damit kommen auf 100 stationären Fälle an einer Hochschulklinik weitere 170 ambulante Poliklinikfälle.

Der durchschnittliche Erlös je Fall über alle Fächer und Hochschulkliniken liegt bei 69 Euro.

Bezüglich der Psychiatrischen Institutsambulanzen wurden im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* nur Allgemeinkrankenhäuser befragt, die gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zur psychiatrischen und psychotherapeutischen





Versorgung ermächtigt sind. Diese Versorgung ist begrenzt auf die im Vertrag nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V vereinbarte Gruppe von Patienten. Dieser wurde im Jahr 2010 neu verhandelt und ist zum 1. Juli 2010 in Kraft getreten. Die im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* vorgenommene Erhebung basiert somit noch auf der vorherigen Rechtslage.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern kamen im Jahr 2009 auf durchschnittlich 3.500 Fälle. Auf je 100 stationäre Fälle des jeweiligen Krankenhauses (nicht der entsprechenden psychiatrischen Fachabteilung!) kamen damit 12 ambulante Fälle.

Der mittlere Erlös lag bei 209 Euro je Fall. Die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen werden nach § 120 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam entweder unmittelbar mit den einzelnen Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Insofern kann es Vergütungsunterschiede zwischen Psychiatrischen Institutsambulanzen innerhalb eines Landes oder zwischen Bundesländern geben.

Sozialpädiatrische Zentren können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Kindern ermächtigt werden (§ 119 SGB V). In solchen Zentren dürfen somit nur Kinder behandelt werden. Damit können auch nur Krankenhäuser, die über entsprechende Pädiatrien verfügen, diese ambulante Behandlungsform beantragen.

In den Sozialpädiatrischen Zentren wurden im Jahr 2009 im Mittel 4.000 Fälle abgerechnet. Setzt man diese Fallzahl in Relation zu den gesamten stationären Fällen des Krankenhauses, so kommen auf 100 stationäre Fälle 11 ambulante Fälle.

Die durchschnittlichen Erlöse lagen bei 360 Euro. Auch hier erfolgt die Vergütung mit den Krankenkassen, die entweder mit den Einrichtungen oder

mit den Landeskrankenhausgesellschaften Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung abschließen können.

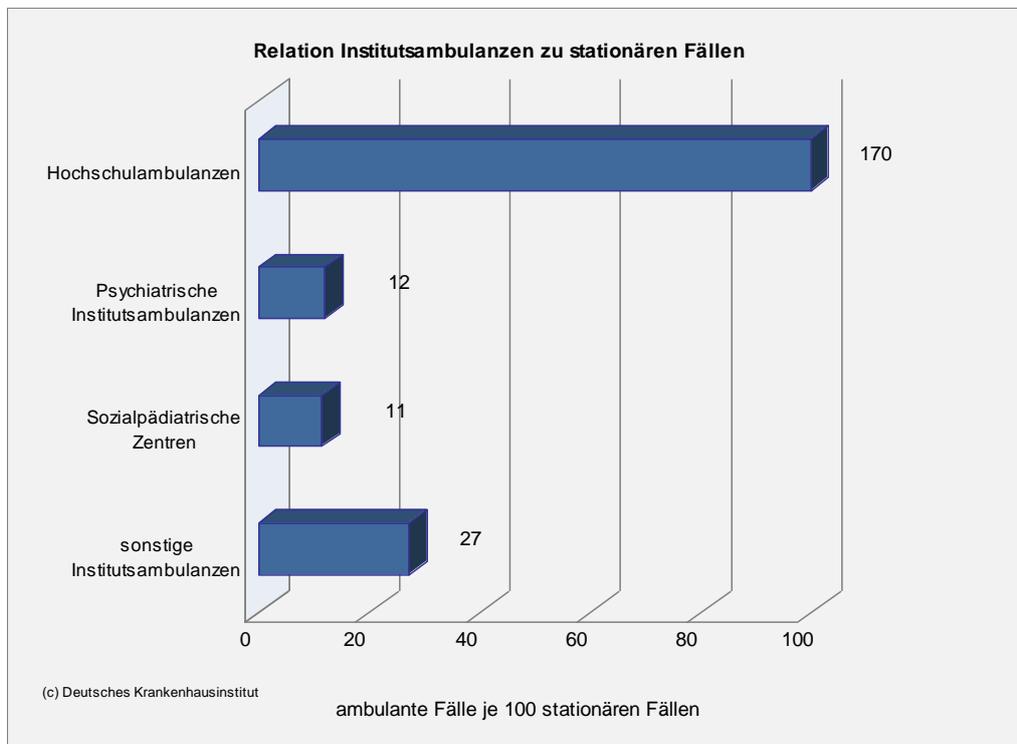


Abb. 56: Vergleich der Fallzahlen für weitere Institutsambulanzen und der stationären Fallzahlen nach Bettengrößenklassen

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung können neben Krankenhausärzten auch Institute eines Krankenhauses (genauer: ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen) ermächtigt werden.

In der Stichprobe verfügte mehr als ein Viertel der Krankenhäuser über eine sonstige Institutsambulanz. Im Durchschnitt, über alle Fachgebiete und alle Krankenhäuser, wurden 7.200 Fälle erbracht. Allerdings liegt eine starke Streuung vor, da 50% der Krankenhäuser mit einer Institutsambulanz nur rd. 2.900 Fälle aufweisen.



5.4 Ambulante Leistungserbringung nach § 116b SGB V

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

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

Der Gesetzgeber hat in § 116b Abs. 3 SGB V eine Liste von Leistungen und Erkrankungen aufgeführt, die im Rahmen der Teilöffnung der Krankenhäuser ambulant zu erbringen sein sollten. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde verpflichtet, diesen Katalog um weitere seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie um hochspezialisierte Leistungen zu ergänzen.

Sofern die Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen vorliegen und ein Antrag von der Zulassungsbehörde positiv beschieden worden ist, darf ein Krankenhaus grundsätzlich die entsprechenden Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen. Im Jahr 2009 konnten 5,6% der Krankenhäuser entsprechende Leistungen nach § 116b SGB V erbringen.

Allerdings variiert der Anteil der Krankenhäuser mit diesen Leistungen zwischen den Bettengrößenklassen.



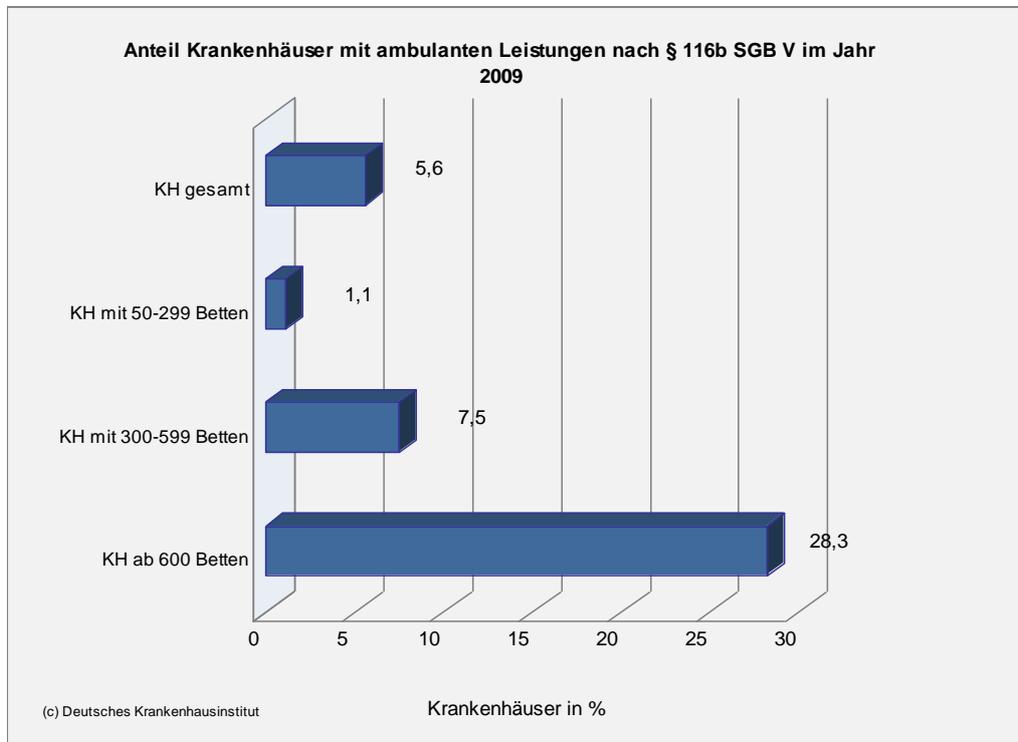


Abb. 57: Anteil Krankenhäuser mit ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V im Jahr 2009 nach Bettengrößenklassen

Während so gut wie kein Krankenhaus unter 300 Betten ambulante Leistungen nach § 116b SGB V im Jahr 2009 erbringen konnte, lag der Anteil bei den Häusern ab 600 Betten bei rd. 28%. Die ambulante Behandlung von hochspezialisierten Leistungen und schwerwiegenden Erkrankungen findet demzufolge fast ausschließlich an den großen Krankenhäusern statt.

Die Mehrzahl der Krankenhäuser, die Leistungen nach § 116b SGB V abrechnen, konnte dies erstmals im Jahr 2008 vornehmen. Vor dem Jahr 2008 waren lediglich 18% der Krankenhäuser in der Lage dazu.

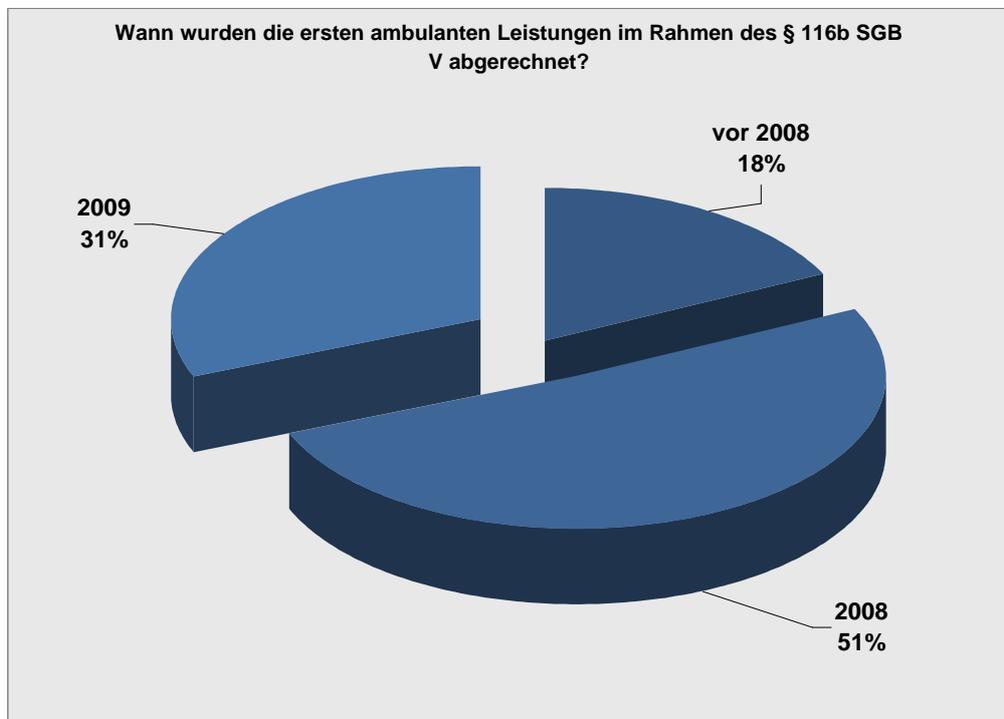


Abb. 58: Erstmalige Abrechnung von ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V

Weitere 31% konnten im Jahr 2009 zum ersten Mal Leistungen erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen.

Die Ermittlung der Fallzahlen im ambulanten Bereich ist generell ein Problem. Während es in der Notfallversorgung eine eindeutige Zuordnung der Fälle zu Gebührenordnungspositionen gibt, ist dies in den anderen Bereichen nicht ganz so einfach. Mit den Grund- und Konsiliarpauschalen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gibt es zwar eine Vorgabe für die Abrechnung von Fällen für ein Quartal. Wie aber ist zu verfahren, wenn ein Patient mit dem gleichen Erkrankungsbild im Rahmen seiner ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V von mehreren Fachdisziplinen versorgt wird?



So werden beispielsweise in der „Konkretisierung der Onkologischen Erkrankungen in Anlage 3 der Richtlinie Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach §116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ u.a. Anamnese, operative Eingriffe, Strahlentherapie oder die psychologische Betreuung als Leistungen der ambulanten onkologischen Behandlung genannt. Werden also Leistungen von einem internistischen Onkologen, einem Chirurgen und einem Strahlentherapeuten erbracht, handelt es sich dann um einen oder um drei Fälle?

Bei den Krankenhäusern, die ambulante Leistungen gemäß § 116b SGB V erbringen, wurden im Jahr 2009 im Durchschnitt (Median) rd. 1.700 Fälle abgerechnet. Allerdings streut diese Fallzahl sehr deutlich. Das untere Viertel der Krankenhäuser konnte nur bis zu 104 Fälle abrechnen, während das obere Viertel mehr als 4.700 leistete. Zu dieser Streuung hat der Zeitpunkt der erstmaligen Erbringung von § 116b-Leistungen beigetragen. Ein weiterer Grund könnte die Art der Leistung sein. Bei seltenen Erkrankungen wie beispielsweise dem Marfan-Syndrom gibt es per Definition weniger Patienten als bei den onkologischen Erkrankungen.

Der durchschnittliche Erlös je Fall lag 2009 bei 391 Euro. Zu berücksichtigen ist hier u.a., dass eine anspruchsvolle und umfangreiche Diagnostik und Therapie bei den hier zugrunde liegenden Krankheitsbildern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben wurde. Eine entsprechend hochwertige ambulante Leistungserbringung ist demzufolge auch kosten- und damit zwangsläufig erlösintensiv.

6 Medizinische Versorgungszentren

6.1 Krankenhäuser mit Medizinischen Versorgungszentren und Zeitpunkt der Inbetriebnahme

Seit 2004 nehmen die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hierbei handelt es sich nach § 95 SGB V um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Auch Krankenhäuser können medizinische Versorgungszentren gründen oder an ihnen teilnehmen.

Im Jahr 2009 war rd. ein Viertel der Krankenhäuser Träger (mindestens) eines Medizinischen Versorgungszentrums. Je größer die Krankenhäuser, desto häufiger war ein MVZ bei ihnen angesiedelt.

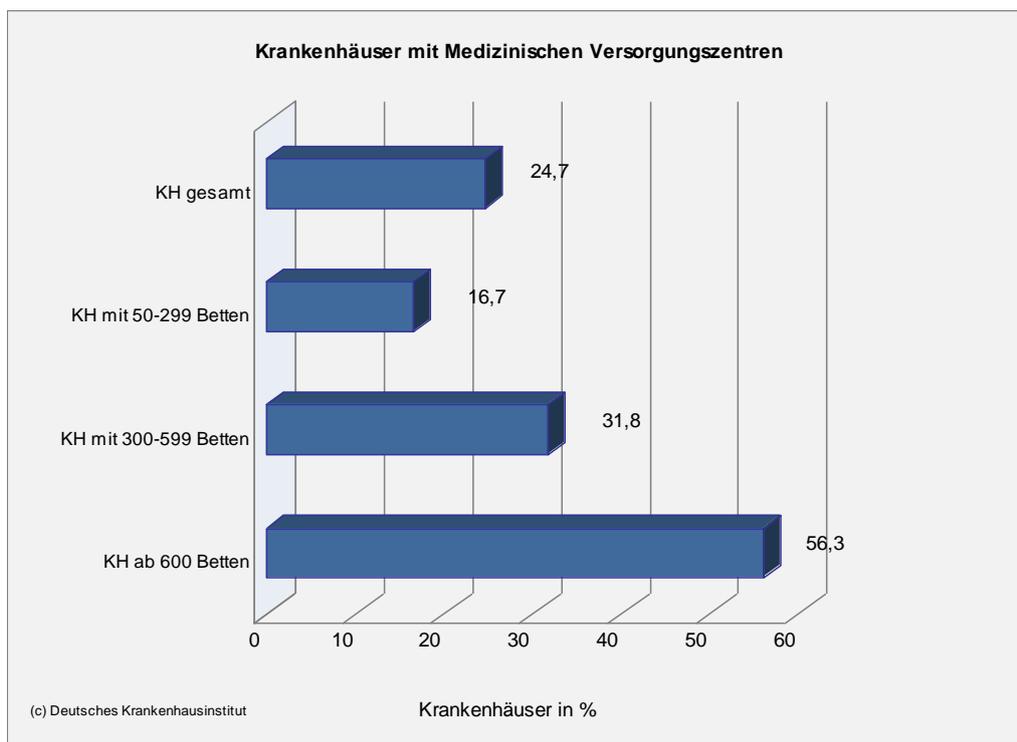


Abb. 59: Krankenhäuser als Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums nach Bettengrößenklassen

Der überwiegende Anteil der Krankenhäuser, nämlich rd. 75%, war Träger nur eines MVZ. Weitere 17% der Häuser gaben an, dass sie Träger von zwei MVZ sind. Nur in Einzelfällen kam es vor, dass drei und mehr MVZ von Krankenhäusern getragen werden.

Die Medizinischen Versorgungszentren haben nach und nach ihren Betrieb an den Krankenhäusern aufgenommen. Im Jahr 2004 waren es nur wenige Häuser, die ein MVZ gegründet haben. In den kommenden drei Jahren bis 2007 wurden weitere dieser Einrichtungen gegründet.

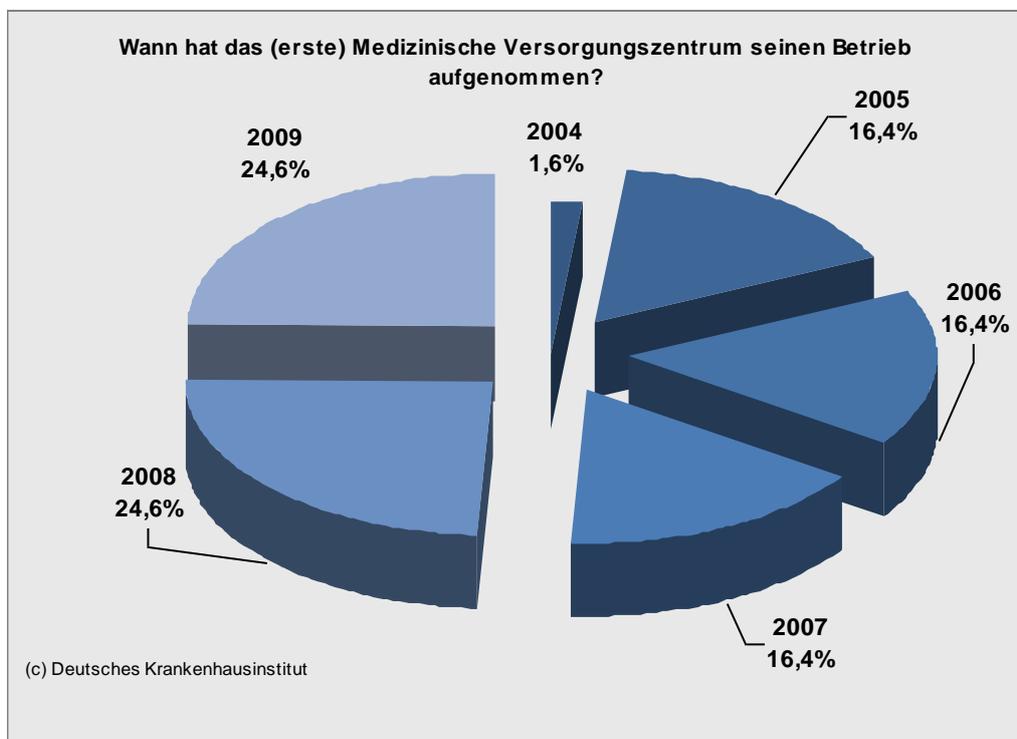


Abb. 60: Zeitpunkt der Aufnahme des Betriebs des (ersten) Medizinischen Versorgungszentrums

Die Hälfte der MVZ an Krankenhäusern nahm aber erst ab 2008 ihren Betrieb auf. Insofern sind Medizinische Versorgungszentren an vielen Häusern erst relativ neue Einrichtungen.

In den meisten Medizinischen Versorgungszentren sind zwei unterschiedliche Fachgruppen vertreten. In einem weiteren Viertel sind es schon vier verschiedene Fachgruppen.

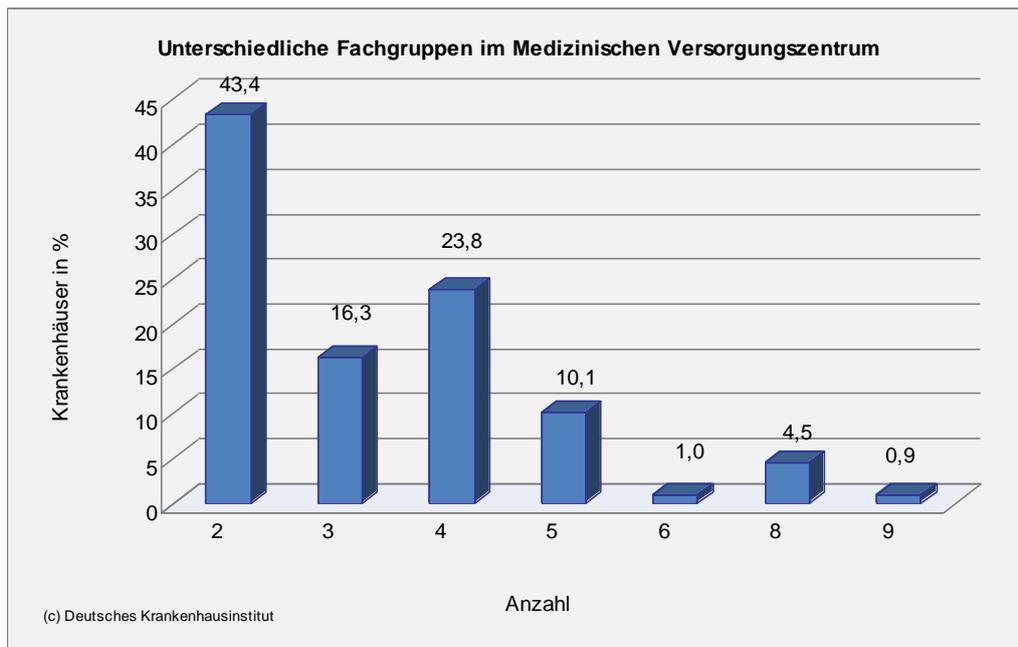


Abb. 61: Unterschiedliche Fachgruppen im (ersten) Medizinischen Versorgungszentrum

Nur in wenigen Einrichtungen sind mehr als fünf Fachgruppen vertreten.

Mit 10% der vertretenen Fachärzte stellt die Allgemeinchirurgie die größte Fachgruppe in den Medizinischen Versorgungszentren der Krankenhäuser dar. An zweiter Stelle mit rd. 7% steht die Allgemeinmedizin. Strahlentherapie, Neurologie und Gynäkologie folgen auf den weiteren Plätzen.

6.2 Leistungen und Erlöse der Medizinischen Versorgungszentren

In den Medizinischen Versorgungszentren, deren Träger ein Krankenhaus ist, wurden im Jahr 2009 durchschnittlich 13.000 Fälle abgerechnet. Allerdings streut dieser Wert in Abhängigkeit von der Größe der Krankenhäuser und dem Zeitpunkt der Inbetriebnahme (vor 2009 oder im Jahr 2009).

Entsprechendes gilt auch für die Erlöse je Fall. Hier lag der mittlere Wert für 2009 bei 94 Euro.

Die Erlössituation in vielen Medizinischen Versorgungszentren ist offensichtlich unbefriedigend. Nach Aussage der Krankenhäuser lag bei 42% der MVZ ein Jahresfehlbetrag vor. Lediglich in je 29% der Einrichtungen konnte ein Jahresüberschuss bzw. ein ausgeglichenes Ergebnis erzielt werden.

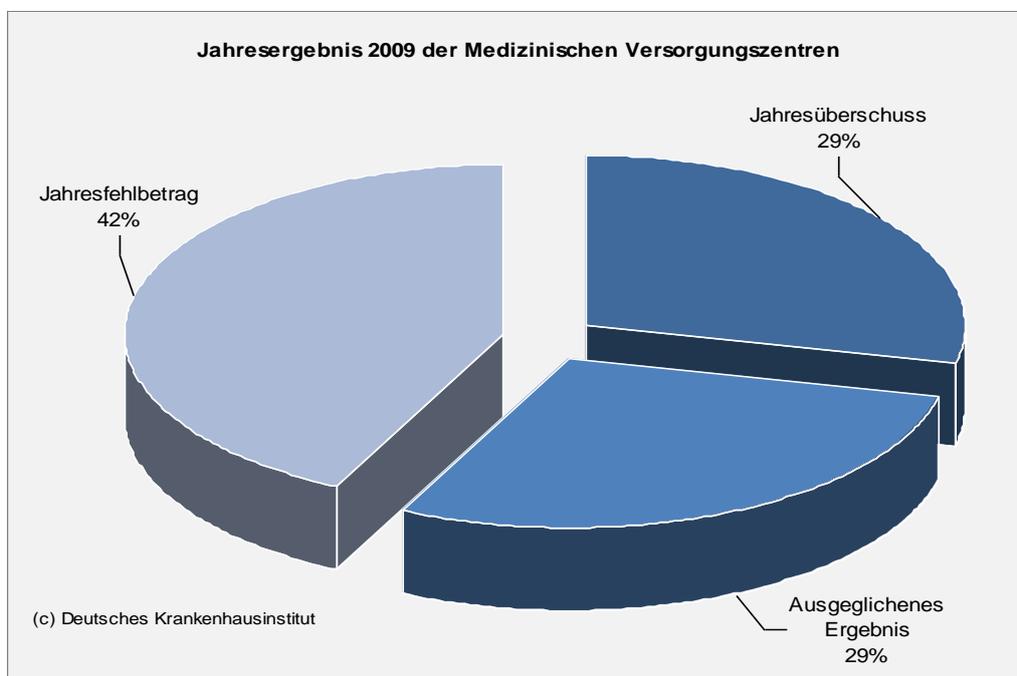


Abb. 62: Jahresergebnis 2009 der Medizinischen Versorgungszentren



Ein Zusammenhang zwischen Jahresergebnis und Zeitpunkt der Aufnahme des Betriebs des MVZ besteht nicht. Bei den Einrichtungen, die erst 2009 ihre Arbeit aufnahmen, gibt es zwar einen hohen Anteil mit Jahresfehlbetrag. Allerdings trifft dies auch auf MVZ zu, die schon mehrere Jahre Leistungen abrechnen.

6.3 Kooperation der Medizinischen Versorgungszentren mit Krankenhäusern

Medizinische Versorgungszentren erbringen ambulante Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Schwerpunkt der Krankenhäuser liegt in der Versorgung von stationär aufgenommenen Patienten. In vielen Fällen kann eine Zusammenarbeit zwischen beiden Einrichtungen eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Und tatsächlich kooperieren Krankenhäuser in vielfältiger Weise mit den von ihnen getragenen Medizinischen Versorgungszentren.

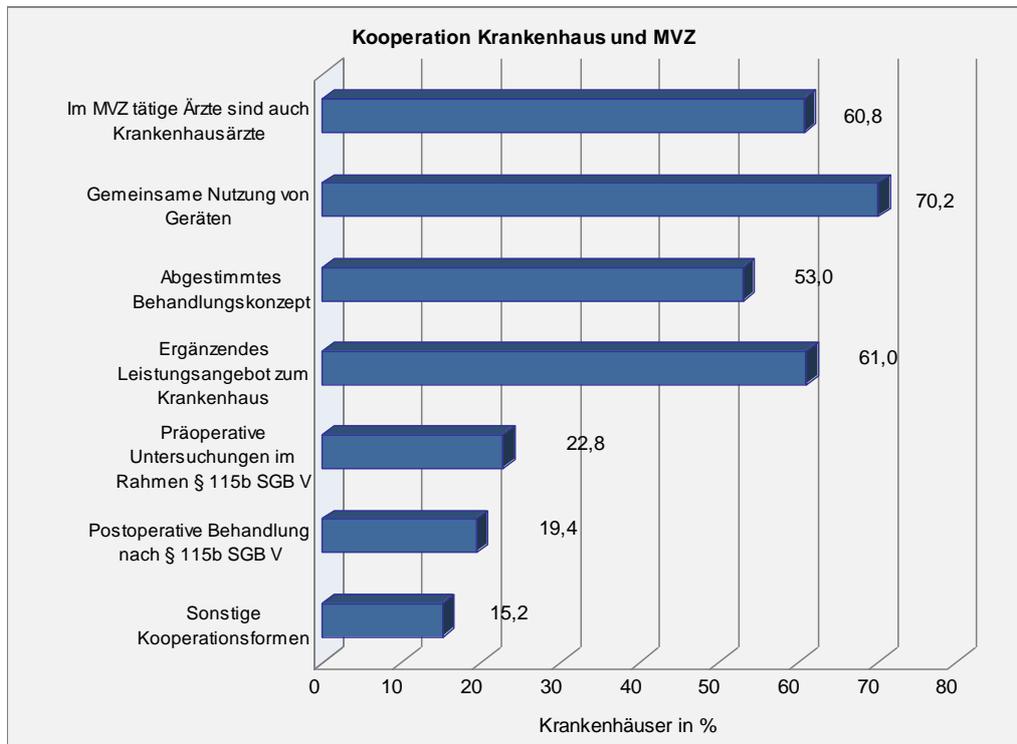


Abb. 63: Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und Medizinischen Versorgungszentren

Die gemeinsame Nutzung von Geräten im Krankenhaus und im Medizinischen Versorgungszentrum erfolgt in 70% der Häuser, die Träger eines MVZ sind.

Eine personelle Kooperation findet derart statt, dass bei rd. 61% der Befragten die im MVZ tätigen Ärzte auch Krankenhausärzte sind. Die Ärzte können hier ihre Fachkenntnisse auch für ambulant zu behandelnde Patienten einbringen. Möglicherweise erfolgt dies dadurch, dass Patienten im Vorfeld oder im Nachgang zu ihrem stationären Aufenthalt durch Krankenhausärzte behandelt werden. Dafür spricht, dass in mehr als der Hälfte der MVZ ein abgestimmtes Behandlungskonzept mit dem krankenhausstationären Bereich vorliegt.

In die gleiche Richtung zielt auch das zum Krankenhaus ergänzende Leistungsspektrum der Medizinischen Versorgungszentren. Rd. 61% der



Krankenhäuser mit MVZ betonten diese Form der Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Prä- und postoperative Behandlung im Zusammenhang mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V erfolgt nur in wenigen MVZ. Der Grund ist darin zu sehen, dass die Krankenhäuser seit vielen Jahren die Möglichkeit für ambulante Operationen haben und demzufolge ihre Strukturen darauf ausgerichtet haben. Medizinische Versorgungszentren sind daher nicht unbedingt erforderlich, um die vorbereitende und die nachbereitende Behandlung durchzuführen.

Sonstige Kooperationsformen wie Tumorzentrum oder Brustzentrum wurden nur vereinzelt genannt.



7 Investitionsfinanzierung

7.1 Investitionen des Jahres 2009

Die derzeitige staatliche Investitionsfinanzierung basiert auf § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Bundesländer sind danach – ergänzend zur Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen – für die Investitionsförderung verantwortlich. Die KHG-Fördermittel sinken seit vielen Jahren nahezu kontinuierlich. Allein zwischen 2000 und 2008 nahmen die KHG-Fördermittel der Länder um rund 700 Mio. Euro von 3,4 Mrd. Euro auf 2,7 Mrd. Euro ab (- 21%). Begünstigt u.a. durch das Konjunkturprogramm der Bundesregierung stieg die Investitionsförderung 2009 einmalig um rund 200 Mio. Euro auf 2,9 Mrd. Euro (+ 7% im Vergleich zum Vorjahr). Die zur Verfügung stehenden öffentlichen Fördermittel reichen gleichwohl nicht aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken.

Vor diesem Hintergrund sollten sich die Krankenhäuser im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* auch zur Herkunft, Art und Höhe der Investitionen äußern. Konkret sollten sie den Anfangsbestand der Immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen zum 1.1.2009 (Anfangsbestand der Anschaffungswerte⁶ im Anlagennachweis) sowie die Gesamtsumme angeben, die sie im Jahr 2009 für Immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen insgesamt verwandt haben (Zugänge laut Anlagennachweis des Krankenhauses, ohne Finanzanlagen).

Auf dieser Basis wurde der Anteil der Investitionsmittel (Zugänge im Anlagennachweis) an den Anschaffungswerten des Jahres berechnet. Die Quote gibt Aufschluss über die Investitionsintensität der Krankenhäuser. Im

⁶ Bei den Anschaffungswerten handelt es sich um die Summe der Aufwendungen, die in den Vorjahren geleistet wurden, um immaterielle Vermögensgegenstände und Sachanlagen zu erwerben und in einen betriebsbereiten Zustand zu versetzen (§ 255 Abs. 1 HGB).

Folgenden wird diese Kennzahl bewusst nicht als „Investitionsquote“ bezeichnet, da unter diesem Begriff auch andere Berechnungen zur Investitionstätigkeit vorgenommen werden, wie z.B. die Investitionen in Relation zu den Umsatzerlösen. Die ausgewiesenen Prozentwerte lassen sich somit nicht ohne genauere Überprüfung der Berechnungsweise anderweitig ermittelten Investitionsquoten gegenüberstellen.

Im Jahr 2009 liegt der Anteil der Investitionen an den Anschaffungswerten bei 6,5% (Abb. 64). Die Anteile der Investitionen an den Anschaffungswerten liegen in den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten höher als in den anderen Bettengrößenklassen. In den größten Krankenhäusern ist der Anteilswert am niedrigsten (Abb. 64).

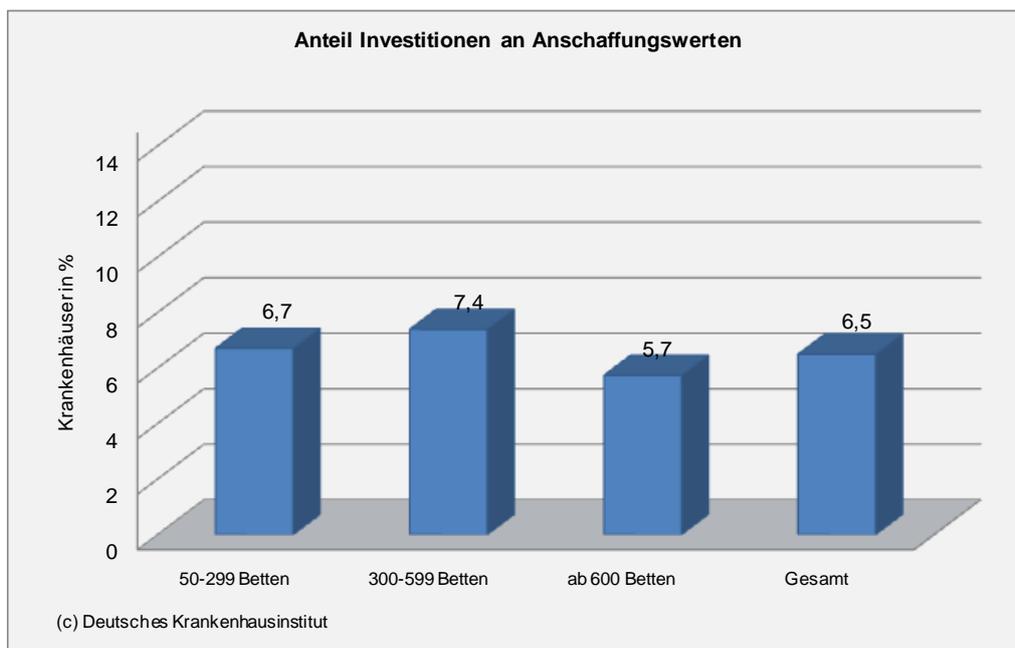


Abb. 64: Anteil der Investitionen an den Anschaffungswerten im Jahr 2009 nach Bettengrößenklassen

7.2 Herkunft von Investitionsmitteln

Die Herkunft und Verteilung der Investitionsmittel der Krankenhäuser kann Abb. 65 entnommen werden. Dabei wurden die Krankenhäuser sowohl nach öffentlichen Fördermitteln wie Einzel- und Pauschfördermitteln als auch nach anderen Mitteln wie Eigenmitteln des Krankenhauses und Kreditfinanzierung gefragt.

Um den Anteil der jeweiligen Fördermittel an der Gesamtsumme aller Investitionsmittel zu berechnen, wurden zunächst je Fördermittel die Summe über alle Krankenhäuser sowie die Investitionssumme über alle Krankenhäuser errechnet. Anschließend wurde der Anteil der jeweiligen Fördermittel (jeweils Summe über alle Krankenhäuser) an der Gesamtsumme aller Investitionsmittel (Gesamtsumme aller Investitionen über alle Krankenhäuser) ermittelt. Die Unikliniken wurden aufgrund der Besonderheiten der Finanzierung in den Analysen nicht berücksichtigt.

Mittlerweile wird weniger als die Hälfte der Krankenhausinvestitionen (46%) aus öffentlichen Fördermitteln der Bundesländer bestritten. Davon entfallen 19%-Punkte auf die Pauschalförderung für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen; 27 %-Punkte werden auf Antrag des Krankenhausträgers durch Einzelförderung (Investitionsprogramme der Länder) finanziert.

Mehr als die Hälfte der Investitionen müssen die Krankenhäuser anderweitig aufbringen: 36% aller Krankenhausinvestitionen stammen bereits aus Eigenmitteln des Krankenhauses. Weitere 10% werden über Kredite finanziert. Der Anteil der Fördermittel des Krankenhausträgers (4%) oder von Dritten wie z.B. Fördervereine (3%) fällt dagegen eher gering aus (Abb. 65).

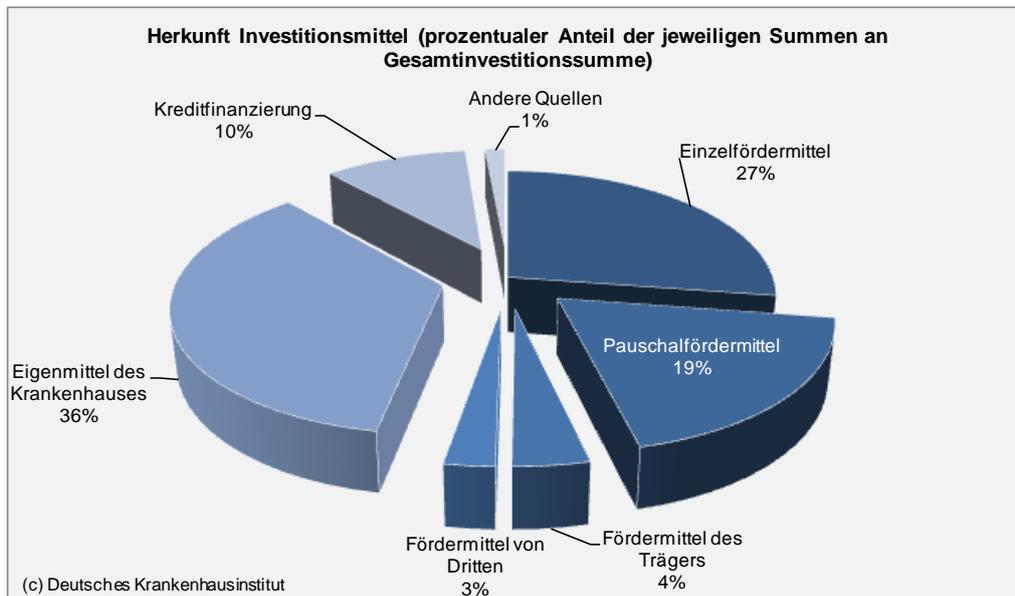


Abb. 65: Herkunft der Investitionsmittel im Jahr 2009

Betrachtet man die Herkunft von Investitionsmitteln differenziert nach Bettengrößenklassen, so fällt auf, dass in allen Bettengrößenklassen knapp die Hälfte der Investitionsmittel der Krankenhäuser aus öffentlichen Fördermitteln stammt. Die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten haben deutlich mehr Investitionen getätigt, die mit Eigenmitteln des Krankenhauses finanziert worden sind und weniger auf die Kreditfinanzierung zurückgegriffen als die anderen Bettengrößenklassen. (Abb. 66).

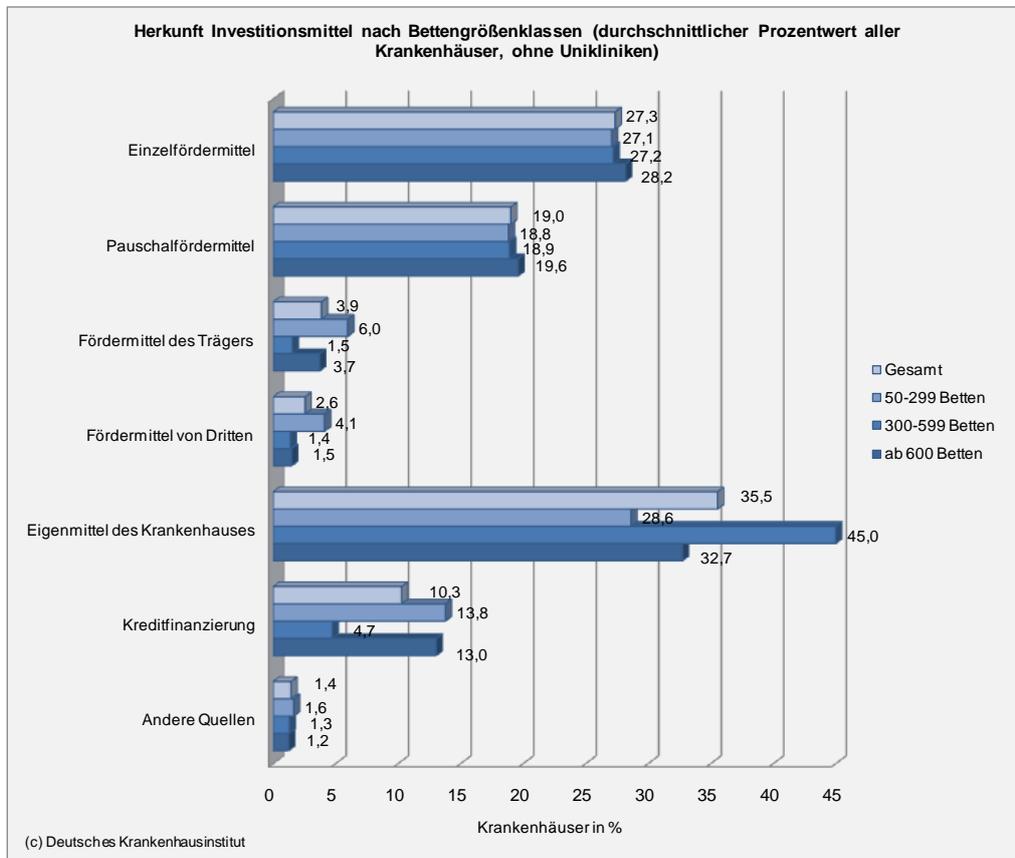


Abb. 66: Herkunft der Investitionsmittel des Jahres 2009 nach Bettengrößenklassen

7.3 Verwendung von Investitionsmitteln

Die Krankenhäuser sollten des Weiteren angeben, für welche Bereiche sie die Investitionsmittel im Jahr 2009 verwendet haben, konkret wie viel Prozent der Investitionsmittel sie für Gebäude, technische Betriebsanlagen etc. genutzt haben. Die prozentualen Angaben pro Bereich wurden dann in Beziehung zur Investitionssumme pro Krankenhaus insgesamt gesetzt. Anschließend wurden die Beträge pro Verwendungszweck aufsummiert und in Relation zur Gesamtsumme aller Investitionsbeträge gesetzt.

Demnach ist gut die Hälfte der Investitionsmittel aller Krankenhäuser im Jahr 2009 für Bau- und Umbaumaßnahmen der Gebäude und knapp ein Viertel für Investitionen im medizintechnischen Bereich verwandt worden. Für die Einrichtung von Krankenzimmern und Behandlungsräumen wurden 11% aller Investitionsmittel eingesetzt. Im EDV-Bereich wurden jeweils 3% der Investitionsmittel aller Krankenhäuser in Software und die Erneuerung der EDV-Technik investiert. Für die technischen Betriebsanlagen wurden 4% der gesamten Investitionsmittel eingesetzt (Abb. 67).

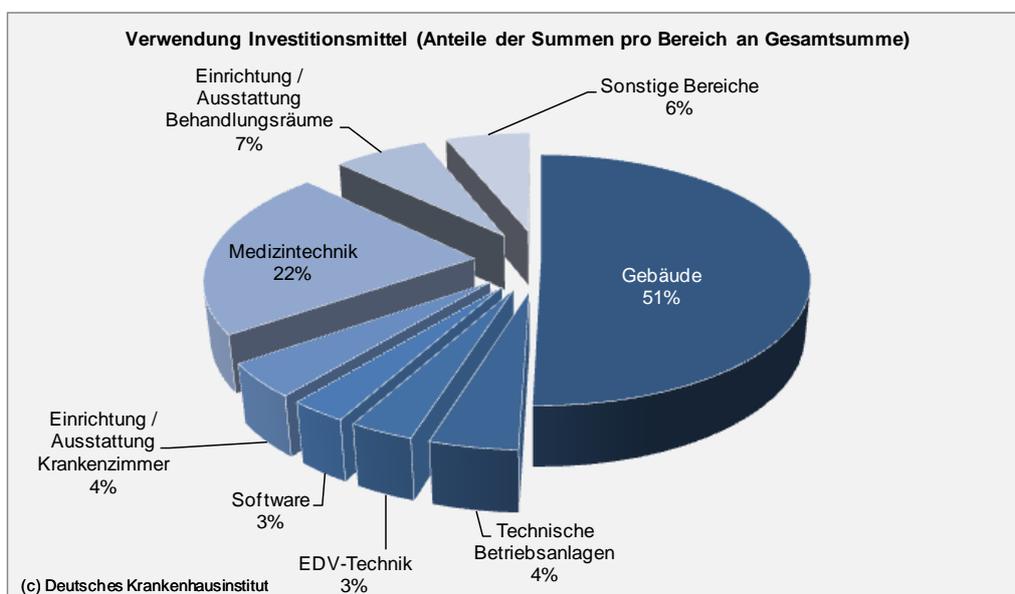


Abb. 67: Verwendung der Investitionsmittel im Jahr 2009 (ermittelt über die Anteil der Summen pro Bereich an der Gesamtsumme)

Um zu überprüfen, ob bei der Verwendung der Investitionsmittel des Jahres 2009 Bettengrößenklasseneffekte vorliegen, wurden die Summen der Investitionsmittel je Bettengrößenklasse berechnet und die jeweiligen prozentualen Verteilungen pro Bettengrößenklasse berechnet. Es zeigen sich nur geringfügige Bettengrößenklasseneffekte. Insbesondere investieren

Krankenhäuser mit zunehmender Größe verstärkt in Medizintechnik und weniger in Bau- und Umbaumaßnahmen der Gebäude (Abb. 68).

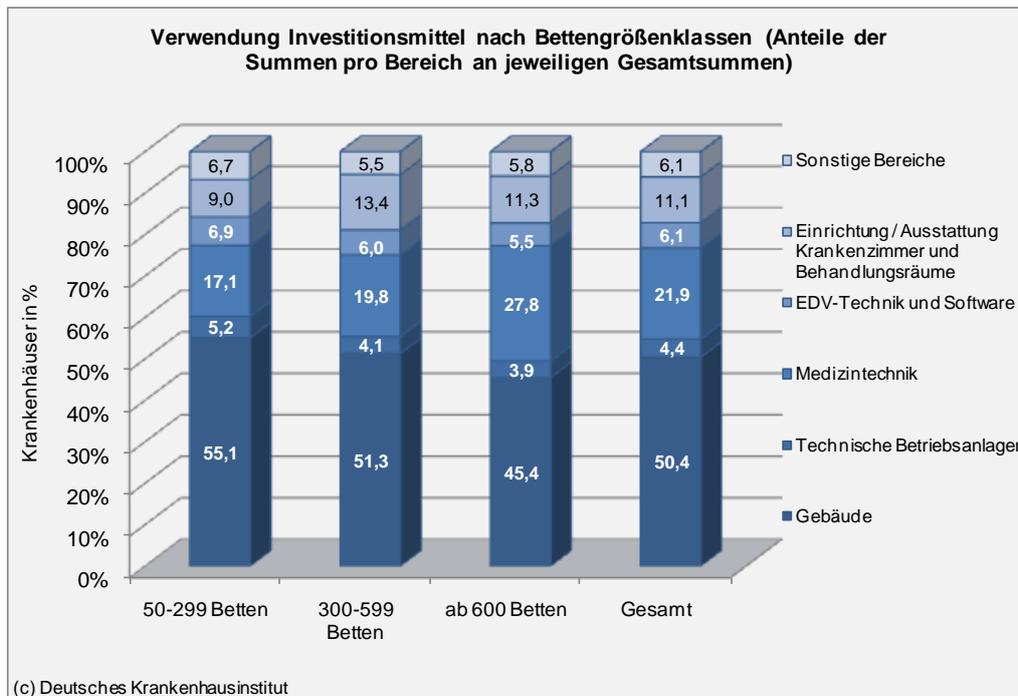


Abb. 68: Verwendung der Investitionsmittel im Jahr 2009 nach Bettengrößenklassen (ermittelt über die Anteil der Summen pro Bereich an jeweiligen Gesamtsummen)

7.4 Einbindung privater Investoren

Im Rahmen der Investitionsfinanzierung werden in den letzten Jahren zunehmend Modelle des Public Private Partnership (PPP) diskutiert. Dabei gehen Krankenhäuser mit privaten Investoren eine Partnerschaft ein, bei der die privaten Partner neben der Finanzierung u.a. auch die Planung, den Bau oder den Betrieb übernehmen können.

Bisher werden private Investoren jedoch eher selten zur Durchführung von Anlagen- oder Bauinvestitionen hinzugezogen. Lediglich 4% der Kranken-

häuser haben bereits mit Hilfe von privaten Investoren Investitionen durchgeführt; 2% haben eine derartige Finanzierung geplant (Abb. 69).

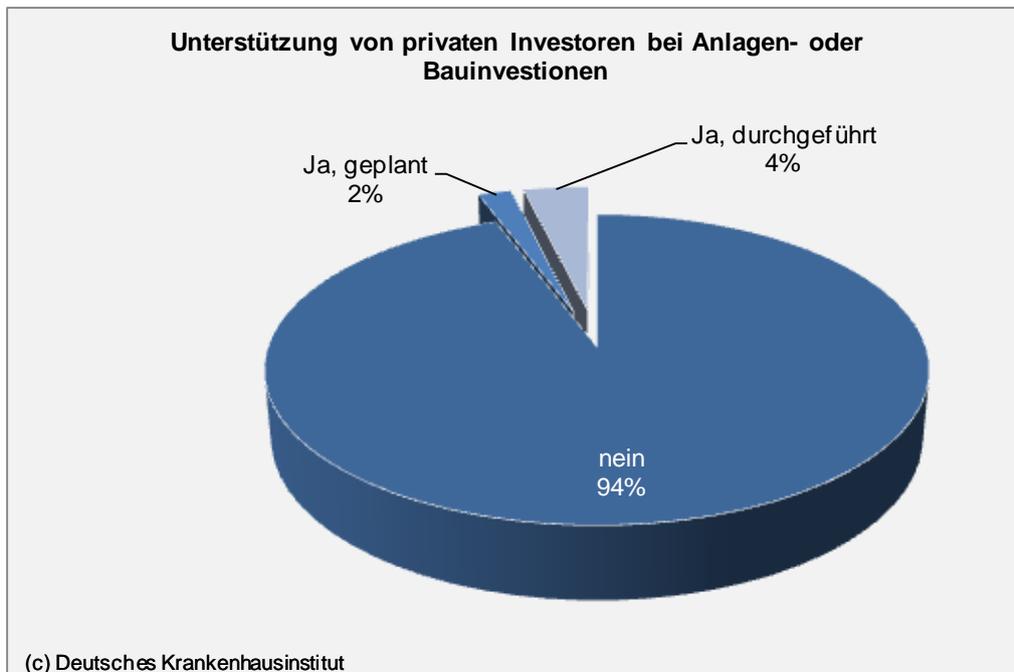


Abb. 69: Unterstützung bei der Finanzierung durch private Investoren

Bei den wenigen Krankenhäusern mit PPP-Modellen übernimmt der private Investor durchgängig die Finanzierung der Vorhaben sowie häufig auch den Bau, die Bauplanung oder die Instandhaltung. Bei Fragen der Betriebsführung oder der Projektentwicklung sind private Investoren dagegen weniger eingebunden (Abb. 70).

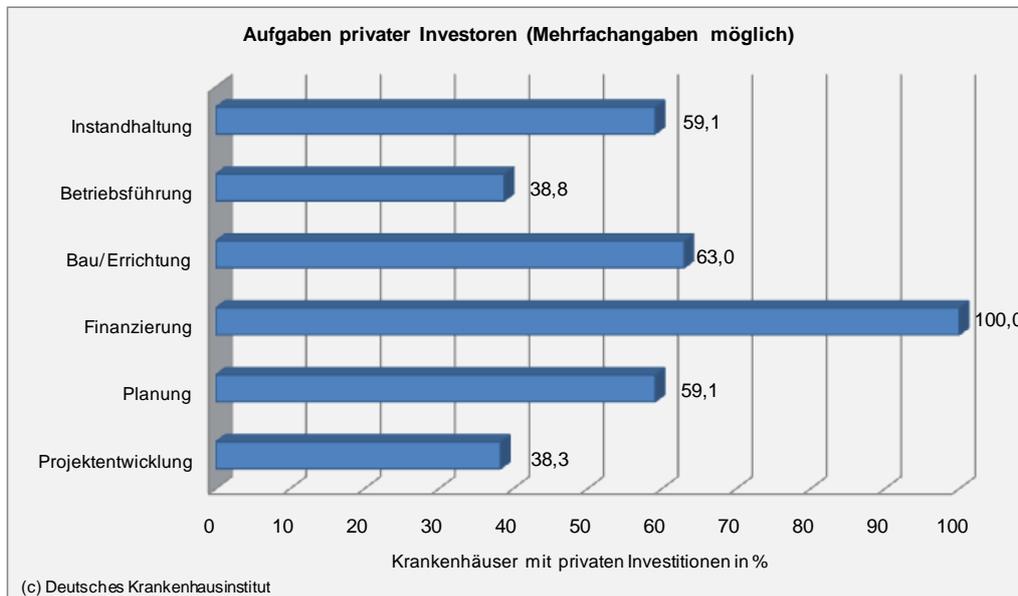


Abb. 70: Aufgaben der privaten Investoren im Rahmen der Anlagen- und Bauinvestitionen



8 Wirtschaftliche Lage

8.1 Fusionen

Fusionen sind in der Wirtschaft häufig anzutreffen, obwohl sie aufgrund des hohen Investitionsrisikos sowie des großen Integrationsaufwandes insgesamt eher kritisch beurteilt werden. Unter einer Fusion wird im Allgemeinen der Zusammenschluss von zwei oder mehreren Unternehmen zu einem einzigen Unternehmen verstanden. Eine Fusion liegt z. B. vor, wenn ein Unternehmen das Vermögen eines anderen Unternehmens ganz oder zu einem wesentlichen Teil erwirbt. Mit einer Fusion muss nicht die vollständige Verschmelzung der Betriebe im Sinne der Aufgabe von Betriebsstätten verbunden sein. So gibt es im Krankenhaussektor oftmals Fusionen, in denen Krankenhäuser als Betriebsstätte weiter bestehen bleiben. Bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse ist dies zu beachten, da im Einzelfall mehrere fusionierte Betriebsstätten geantwortet haben können und die Ergebnisse entsprechend beeinflusst sein können.

Im Krankenhaussektor sind Fusionen eher noch selten anzutreffen. In der Umfrage des *Krankenhaus Barometers* 2007 gaben 9% der Krankenhäuser an, dass sie seit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 fusioniert haben. Dabei nahmen die Fusionen mit steigender Bettengrößenklasse zu. Überdies gaben rund 6% der noch nicht fusionierten Krankenhäuser an, dass bei ihnen eine Fusion geplant sei. Bei 13% der noch nicht fusionierten Häuser wurde zum Zeitpunkt der Befragung eine Fusion geprüft (DKI, 2007).

Der Trend des Jahres 2007 hat sich in der Tendenz bestätigt: In der aktuellen Umfrage geben nunmehr 16% der Krankenhäuser an, seit 2004 fusioniert zu haben. Dabei fusionieren Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten seltener als Krankenhäuser mit 300 und mehr Betten (Abb. 71).

Die Zahl der fusionierten Krankenhäuser wird zukünftig vermutlich noch steigen. So geben jeweils 3% der Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Befragung an, eine Fusion zu planen oder zu prüfen. Hier zeigen sich kaum Bettengrößenklasseneffekte (Abb. 71).

Auch im Krankenhaussektor sind Fusionen nicht zwangsläufig ein Erfolgsmodell: 5% der befragten Krankenhäuser geben an, dass eine Fusion gescheitert oder nicht zustande gekommen sei. Dies ist weitestgehend unabhängig von der Größe der Krankenhäuser (Abb. 71).

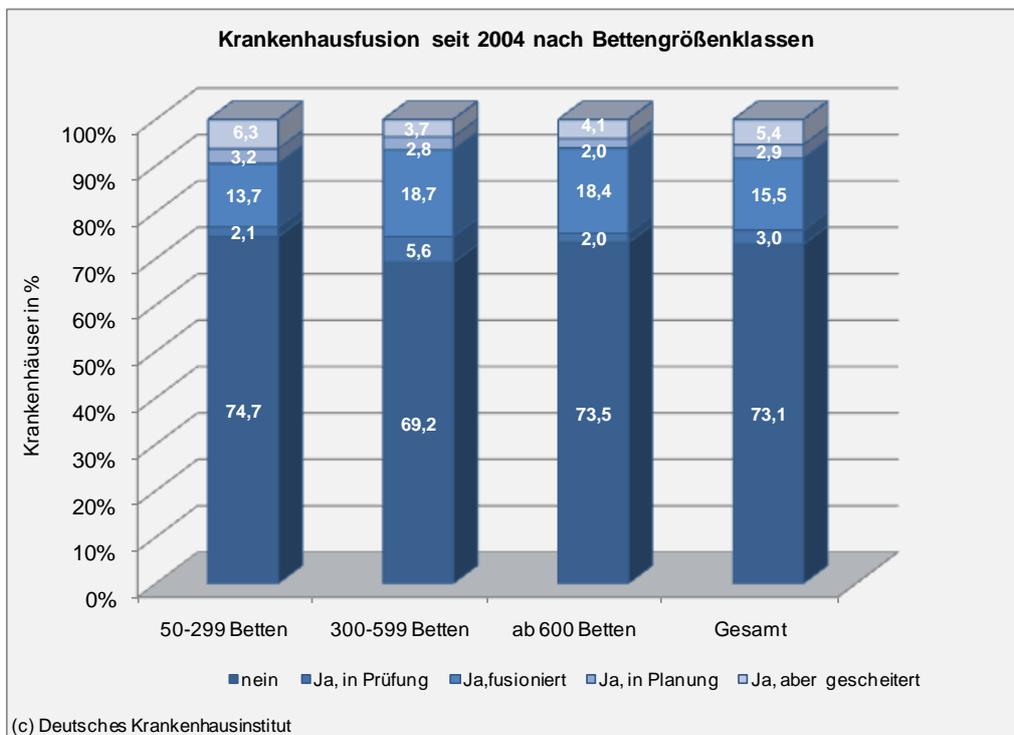


Abb. 71: Krankenhausfusionen seit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 nach Bettengrößenklassen

Diejenigen Krankenhäuser, bei denen eine Fusion gescheitert ist, wurden weiter danach gefragt, zu welchem Zeitpunkt oder in welcher Phase die Fusion gescheitert ist. Der größte Teil der Fusionen ist in der Vorbereitungs-,

Konzeptions- und Analysephase (Pre-Merger) gescheitert, in der überprüft wird, inwieweit ein Zusammenschluss sinnvoll ist und Vorteile bringt. In der Phase des Zusammenschlusses, kurz nach Vertragsabschluss, sind 12% der Fusionen gescheitert. Keine der Fusionen musste in der Umsetzungs- und Integrationsphase, nach Vertragsabschluss, gelöst werden (Abb. 72).

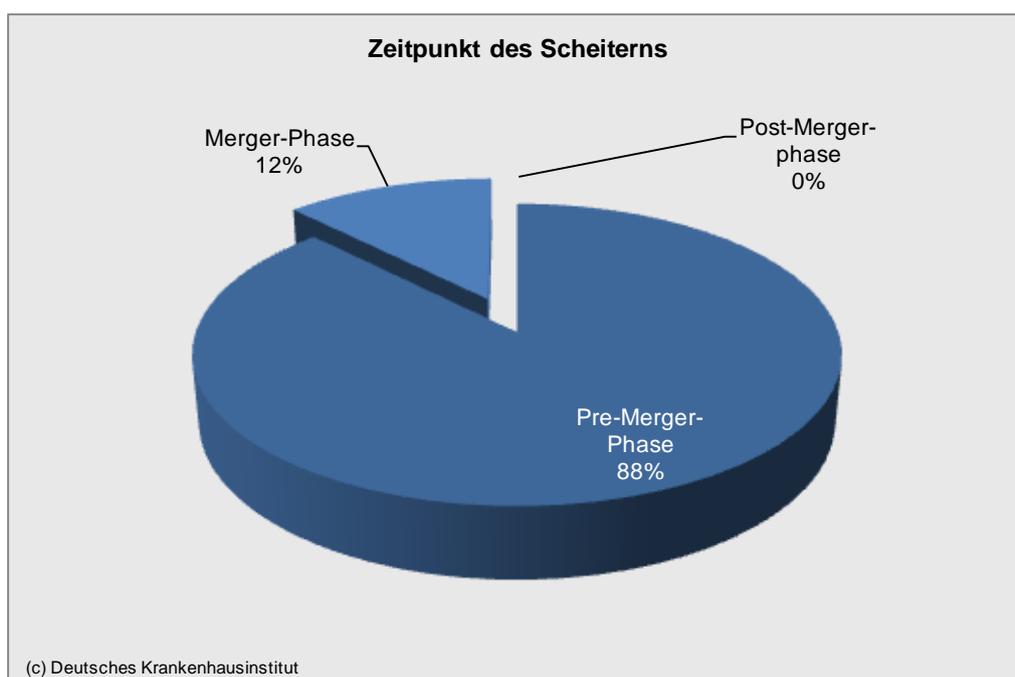


Abb. 72: Zeitpunkt oder Phase des Scheiterns der Fusion

8.2 Jahresergebnis 2009/2010

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2009 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2010 taxieren.

Trotz einer leichten Erhöhung des Anteils der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr (+6,7%; DKI, 2009)

ist die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser weiterhin unverändert kritisch (Abb. 73). Die leicht positive Entwicklung ist auch durch Sondereffekte wie dem Konjunkturprogramm der Bundesregierung oder dem Förderprogramm für Pflegepersonalstellen erklärbar.

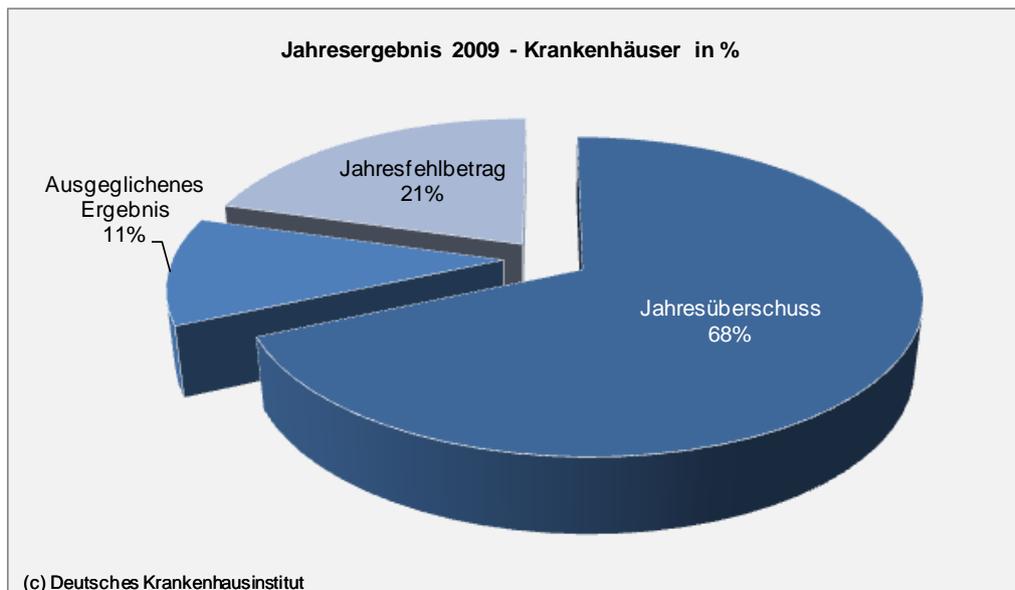


Abb. 73: Jahresergebnis 2009

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die Häuser mittlerer Größe am häufigsten einen Jahresüberschuss (76,1%) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (11,9%). In den Großkrankenhäusern ab 600 Betten fallen die Jahresergebnisse tendenziell schlechter aus, während die Ergebnisse für die kleineren Einrichtungen unter 300 Betten in etwa dem Bundesdurchschnitt entsprechen (Abb. 74).

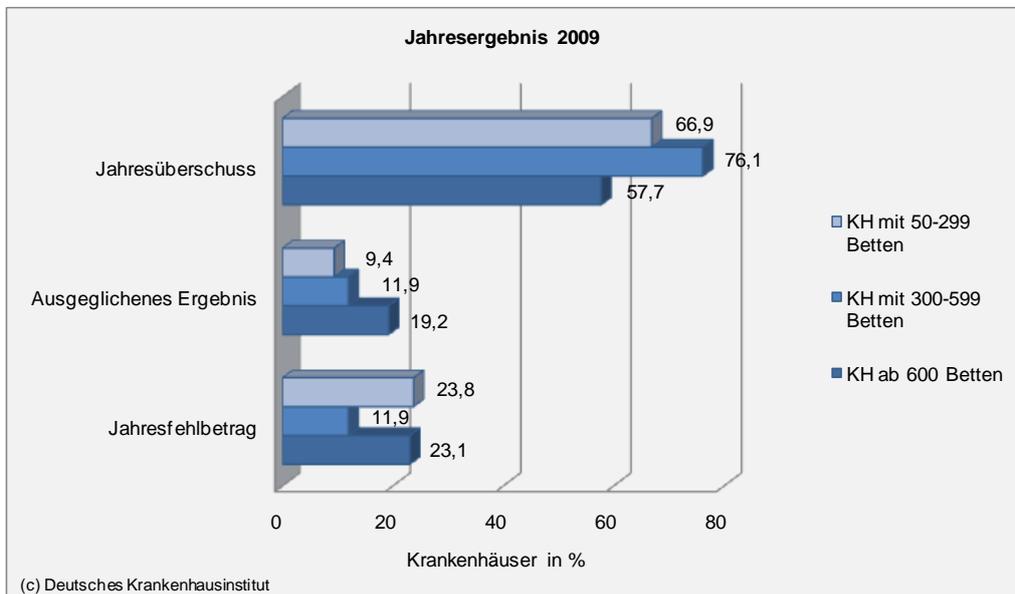


Abb. 74: Jahresergebnis 2009 nach Krankenhausgröße

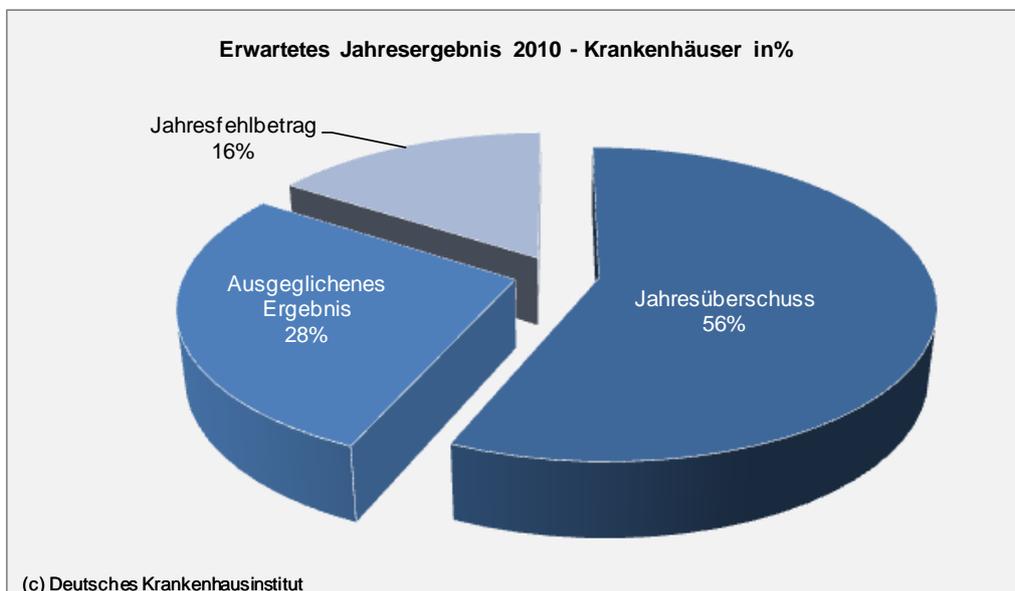


Abb. 75: Erwartetes Jahresergebnis 2010

Für 2010 erwartet nur noch etwa jedes zweite Krankenhaus (56,4%) einen Jahresüberschuss (Abb. 75). Derzeit schätzt sogar weniger als die Hälfte der Einrichtungen die ihre wirtschaftliche Situation als gut ein, wie auch weiter unten dargestellt (vgl. Kap. 8.4).

8.3 Entwicklung der Jahresergebnisse 2008/2009

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung ihrer Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2008 und 2009 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2009 im Vergleich zu 2008 in 45% der Krankenhäuser gestiegen und bei fast 24% rückläufig (Abb.76).

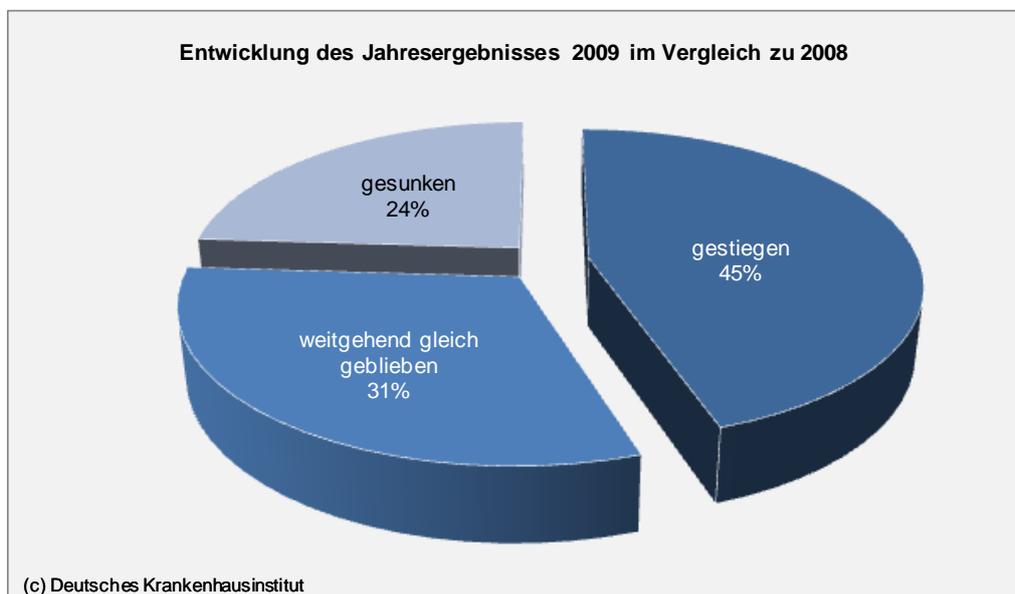


Abb. 76: Entwicklung des Jahresergebnisses 2009 im Vergleich zu 2008

Die Ergebnisse belegen, dass nach dem Ende der Konvergenzphase im DRG-System die Krankenhäuser zusehends wirtschaftlicher arbeiten und damit ein maßgebliches Ziel des Fallpauschalensystems erreicht wurde. Vor dem Hintergrund dieser Zielerreichung wird es in Zukunft umso wichtiger sein, den Erfolg des DRG-Systems und damit die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser nicht durch gesundheitspolitische Interventionen wieder zu gefährden.

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während in den beiden unteren Bettengrößenklassen mehr Häuser ein gestiegenes als ein rückläufiges Jahresergebnis aufweisen, ist das entsprechende Verhältnis in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten ausgeglichen (Abb. 77).

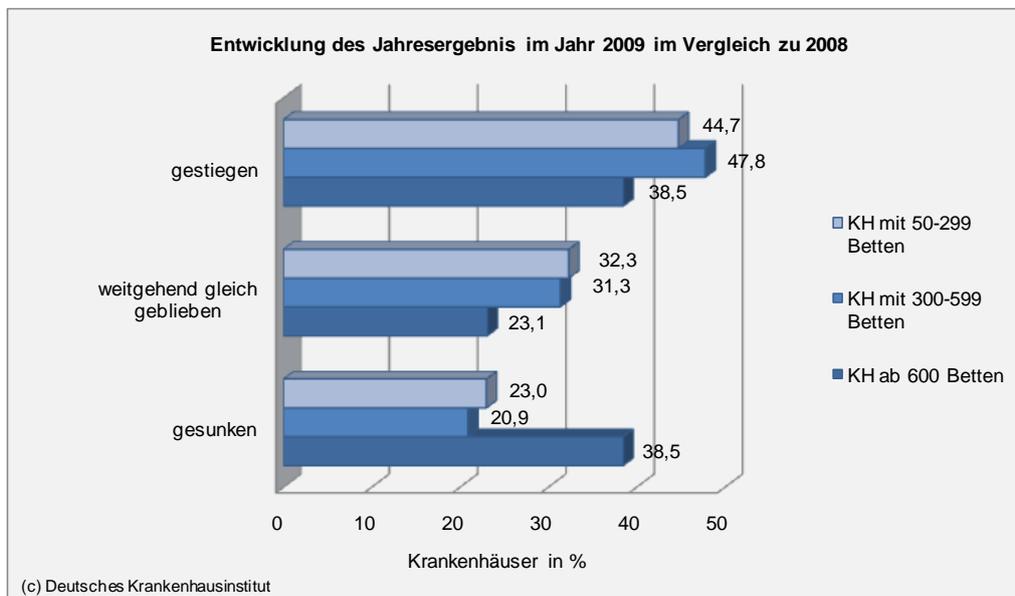


Abb. 77: Entwicklung des Jahresergebnisses 2009 im Vergleich zu 2008 nach Krankenhausgröße

8.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Abschließend sollten die Krankenhäuser angeben, wie sie alles in allem ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2010 beurteilen. 44% der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein, während rund 19% sie als eher unbefriedigend beurteilten und knapp 37% in dieser Hinsicht unentschieden waren (Abb. 78). Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit verbessert (vgl. DKI, 2009).



Abb. 78: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2010

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in den beiden unteren Bettengrößenklassen am besten aus. Kritischer sehen dagegen die großen Häuser ihre derzeitige Lage (Abb. 79).

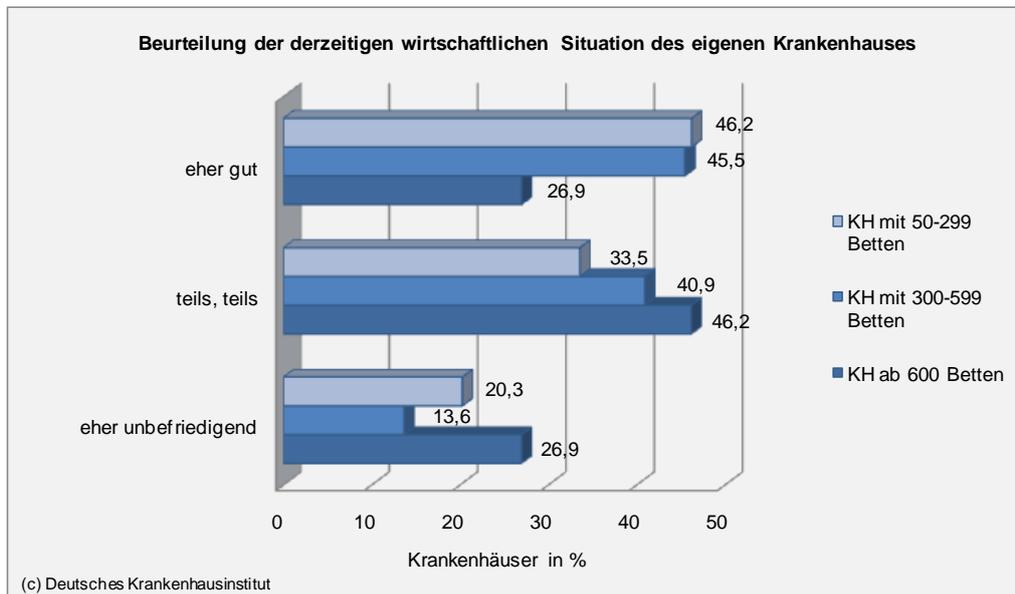


Abb. 79: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2010 nach Krankenhausgröße

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus, sollten sich die Krankenhäuser auch zu den Erwartungen für das kommende Jahr äußern (Abb. 80): Demnach geht rund die Hälfte der Krankenhäuser von einer vergleichbaren wirtschaftlichen Situation aus. Rund ein Drittel der Einrichtungen erwartet hingegen eine Verschlechterung. Nur noch 16% gehen von einer Verbesserung aus.

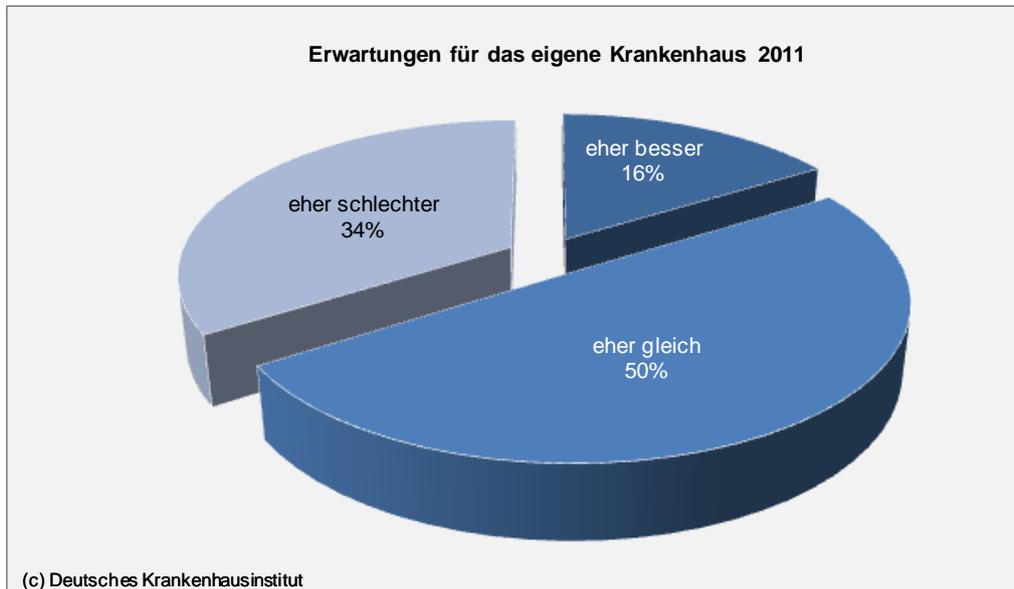


Abb. 80: Erwartungen der Krankenhäuser für 2011

Nach Bettengrößenklassen fallen die Erwartungen in der unteren und mittleren Bettengrößenklasse abermals besser aus als unter den großen Krankenhäusern.

Zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2010 waren allerdings weder die Tarifierhöhungen im Ärztlichen Dienst noch die geplanten Sparmaßnahmen der Bundesregierung für den Krankenhausbereich bekannt. Vor diesem Hintergrund dürften die Erwartungen daher kaum mehr realistisch sein; mutmaßlich würden sie angesichts des geplanten Einsparvolumens merklich schlechter ausfallen.



Abbildungsverzeichnis

ABB. 1:	KRANKENHÄUSER MIT AUSGEARBEITETER UNTERNEHMENSSTRATEGIE	7
ABB. 2:	KRANKENHÄUSER MIT UMWELTANALYSE	9
ABB. 3:	KRANKENHÄUSER MIT ANALYSE VON UMWELTFAKTOREN - MITTELWERTE	10
ABB. 4:	KRANKENHÄUSER MIT MARKT- UND WETTBEWERBSANALYSE....	11
ABB. 5:	KRANKENHÄUSER MIT MARKT- UND WETTBEWERBSANALYSE - MITTELWERTE	12
ABB. 6:	KRANKENHÄUSER MIT UNTERNEHMENSANALYSE	14
ABB. 7:	KRANKENHÄUSER MIT UNTERNEHMENSANALYSE – MITTELWERTE	15
ABB. 8:	KRANKENHÄUSER MIT STRATEGISCHER ZIELPLANUNG	16
ABB. 9:	KRANKENHÄUSER MIT STRATEGISCHER ZIELBILDUNG	17
ABB. 10:	STRATEGISCHE ZIELE DER KRANKENHÄUSER	19
ABB. 11:	KRANKENHÄUSER MIT STRATEGISCHER ZIELFORMULIERUNG - MITTELWERTE	21
ABB. 12:	KRANKENHÄUSER MIT STRATEGIECONTROLLING	22
ABB. 13:	KRANKENHÄUSER MIT STRATEGIECONTROLLING - MITTELWERTE	23
ABB. 14:	METHODEN DER PERSONALBEDARFSBESTIMMUNG NACH BETTENGRÖßENKLASSEN	26





ABB. 15:	ANGEWANDTE METHODEN DER PERSONALBEDARFSBESTIMMUNG.....	27
ABB. 16:	STRUKTURELLE KENNZAHLEN DER PERSONALPLANUNG	29
ABB. 17:	KOSTENBEZOGENE KENNZAHLEN DER PERSONALPLANUNG.....	30
ABB. 18:	LEISTUNGS- UND BELASTUNGSORIENTIERTE KENNZAHLEN DER PERSONALPLANUNG.....	32
ABB. 19:	SONSTIGE KENNZAHLEN DER PERSONALPLANUNG	33
ABB. 20:	ZENTRALE INDIVIDUELLE INSTRUMENTE UND MAßNAHMEN DER PERSONALENTWICKLUNG	36
ABB. 21:	ORGANISATIONALE MAßNAHMEN DER PERSONALENTWICKLUNG	38
ABB. 22:	EINSATZ VERSCHIEDENER PROGRAMME IM RAHMEN DER PERSONALENTWICKLUNG	41
ABB. 23:	EXTERNE PERSONALMARKETING-MAßNAHMEN NACH BETTENGRÖßENKLASSEN	43
ABB. 24:	EXTERNE PERSONALMARKETINGMAßNAHMEN	44
ABB. 25:	INTERNE PERSONALMARKETINGMAßNAHMEN	45
ABB. 26:	FORT- UND WEITERBILDUNGSMÄßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER METHODEN- UND SOZIALKOMPETENZ.....	48
ABB. 27:	AUßERFACHLICHE FORT- UND WEITERBILDUNGSMÄßNAHMEN ...	49
ABB. 28:	MAßNAHMEN ZUR PRÄVENTION VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER	52





ABB. 29:	MAßNAHMEN ZUR PRÄVENTION VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER NACH BUNDESLÄNDERN MIT UND OHNE HYGIENEVERORDNUNG	54
ABB. 30:	ORGANISATORISCHE MAßNAHMEN ZUR PRÄVENTION VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER	55
ABB. 31:	ORGANISATORISCHE MAßNAHMEN ZUR PRÄVENTION VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER NACH BUNDESLÄNDERN MIT UND OHNE HYGIENEVERORDNUNG	57
ABB. 32:	AUFTRETEN VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER SEIT BEGINN 2009	59
ABB. 33:	AUFTRETEN VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER SEIT BEGINN 2009 NACH BUNDESLÄNDERN MIT UND OHNE HYGIENEVERORDNUNG	60
ABB. 34:	HYGIENISCHES FACHPERSONAL IM KRANKENHAUS	62
ABB. 35:	HYGIENISCHES FACHPERSONAL IM KRANKENHAUS NACH BUNDESLÄNDERN MIT UND OHNE HYGIENEVERORDNUNG	64
ABB. 36:	ANZAHL DER FACHFUNKTIONEN FÜR HYGIENE PRO KRANKENHAUS	65
ABB. 37:	KRANKENHAUSINTERNER MELDEWEG VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER	66
ABB. 38:	ANZAHL DER KRANKENHAUSINTERNEN MELDEWEGE VON NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND VON INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER	67





ABB. 39:	MELDESYSTEM DES KRANKENHAUSES ZU NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER	68
ABB. 40:	SYSTEMATISCHE ANALYSE DER INFEKTIONSSTATISTIKEN ZU NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER	69
ABB. 41:	SYSTEMATISCHE ANALYSE DER INFEKTIONSSTATISTIKEN ZU NOSOKOMIALEN INFEKTIONEN UND INFEKTIONEN DURCH (MULTI)RESISTENTE ERREGER NACH BUNDESLÄNDERN MIT UND OHNE HYGIENEVERORDNUNG	70
ABB. 42:	GEZIELTE ABLEITUNG VON VERBESSERUNGSMABNAHMEN AUS DEN ANALYSEN DER INFEKTIONSSTATISTIKEN	71
ABB. 43:	GEZIELTE ÜBERPRÜFUNG DER WIRKSAMKEIT VON VERBESSERUNGSMABNAHMEN ZUR INFEKTIONSPRÄVENTION ...	72
ABB. 44:	GEZIELTE ABLEITUNG VON VERBESSERUNGSMABNAHMEN AUS DEN ANALYSEN DER INFEKTIONSSTATISTIKEN UND ÜBERPRÜFUNG DEREN WIRKSAMKEIT NACH BUNDESLÄNDERN MIT UND OHNE HYGIENEVERORDNUNG	73
ABB. 45:	ORGANISATION DER NOTAUFNAHMEN IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN	74
ABB. 46:	ORGANISATION DER NOTAUFNAHMEN IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN NACH BETTENGROßENKLASSEN	75
ABB. 47:	PERSONELLE ORGANISATION DER ZENTRALEN NOTAUFNAHMEN IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN	77
ABB. 48:	PERSONELLE ORGANISATION DER ZENTRALEN NOTAUFNAHMEN NACH BETTENGROßENKLASSEN	78
ABB. 49:	MITTLERER ANTEIL DES PERSONALS DER NICHT ÄRZTLICHEN MITARBEITER MIT FESTER ZUORDNUNG ZUR ZNA.....	79





ABB. 50:	MITTLERER ANTEIL DES PERSONALS DER NICHT ÄRZTLICHEN MITARBEITER MIT FESTER ZUORDNUNG ZUR ZNA NACH BETTENGROßENKLASSEN	80
ABB. 51:	ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN ODER EINRICHTUNGEN IN DER ZENTRALEN NOTAUFNAHME	81
ABB. 52:	ZUSÄTZLICHE LEISTUNGEN ODER EINRICHTUNGEN IN DER ZENTRALEN NOTAUFNAHME NACH BETTENGROßENKLASSEN.....	82
ABB. 53:	DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL VON AMBULANTEN NOTFÄLLEN JE TAG NACH BETTENGROßENKLASSEN.....	86
ABB. 54:	VERGLEICH DER FALLZAHLEN IM RAHMEN DER AMBULANTEN NOTFALLLEISTUNGEN UND DER STATIONÄREN FALLZAHLEN NACH BETTENGROßENKLASSEN	87
ABB. 55:	VERGLEICH DER FALLZAHLEN IM RAHMEN DES AMBULANTEN OPERIERENS NACH § 115B SGB V UND DER STATIONÄREN FALLZAHLEN NACH BETTENGROßENKLASSEN	89
ABB. 56:	VERGLEICH DER FALLZAHLEN FÜR WEITERE INSTITUTSAMBULANZEN UND DER STATIONÄREN FALLZAHLEN NACH BETTENGROßENKLASSEN	92
ABB. 57:	ANTEIL KRANKENHÄUSER MIT AMBULANTEN LEISTUNGEN NACH § 116B SGB V IM JAHR 2009 NACH BETTENGROßENKLASSEN	94
ABB. 58:	ERSTMALIGE ABRECHNUNG VON AMBULANTEN LEISTUNGEN NACH § 116B SGB V	95
ABB. 59:	KRANKENHÄUSER ALS TRÄGER EINES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS NACH BETTENGROßENKLASSEN	97
ABB. 60:	ZEITPUNKT DER AUFNAHME DES BETRIEBS DES (ERSTEN) MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS.....	98





ABB. 61:	UNTERSCHIEDLICHE FACHGRUPPEN IM (ERSTEN) MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM.....	99
ABB. 62:	JAHRESERGEBNIS 2009 DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN	100
ABB. 63:	KOOPERATIONSFORMEN ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN UND MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN.....	102
ABB. 64:	ANTEIL DER INVESTITIONEN AN DEN ANSCHAFFUNGSWERTEN IM JAHR 2009 NACH BETTENGROßENKLASSEN.....	105
ABB. 65:	HERKUNFT DER INVESTITIONSMITTEL IM JAHR 2009.....	107
ABB. 66:	HERKUNFT DER INVESTITIONSMITTEL DES JAHRES 2009 NACH BETTENGROßENKLASSEN	108
ABB. 67:	VERWENDUNG DER INVESTITIONSMITTEL IM JAHR 2009 (ERMITTELT ÜBER DIE ANTEIL DER SUMMEN PRO BEREICH AN DER GESAMTSUMME)	109
ABB. 68:	VERWENDUNG DER INVESTITIONSMITTEL IM JAHR 2009 NACH BETTENGROßENKLASSEN (ERMITTELT ÜBER DIE ANTEIL DER SUMMEN PRO BEREICH AN JEWEILIGEN GESAMTSUMMEN)	110
ABB. 69:	UNTERSTÜTZUNG BEI DER FINANZIERUNG DURCH PRIVATE INVESTOREN.....	111
ABB. 70:	AUFGABEN DER PRIVATEN INVESTOREN IM RAHMEN DER ANLAGEN- UND BAUINVESTITIONEN	112
ABB. 71:	KRANKENHAUSFUSIONEN SEIT DER VERBINDLICHEN EINFÜHRUNG DES DRG- SYSTEMS IM JAHR 2004 NACH BETTENGROßENKLASSEN	114
ABB. 72:	ZEITPUNKT ODER PHASE DES SCHEITERNS DER FUSION.....	115
ABB. 73:	JAHRESERGEBNIS 2009.....	116





ABB. 74:	JAHRESERGEBNIS 2009 NACH KRANKENHAUSGRÖÙE	117
ABB. 75:	ERWARTETES JAHRESERGEBNIS 2010.....	117
ABB. 76:	ENTWICKLUNG DES JAHRESERGEBNISSES 2009 IM VERGLEICH ZU 2008	118
ABB. 77:	ENTWICKLUNG DES JAHRESERGEBNISSES 2009 IM VERGLEICH ZU 2008 NACH KRANKENHAUSGRÖÙE	119
ABB. 78:	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION 2010	120
ABB. 79:	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION 2010 NACH KRANKENHAUSGRÖÙE	121
ABB. 80:	ERWARTUNGEN DER KRANKENHÄUSER FÜR 2011	122





Literaturverzeichnis

Beck U., Becker A. (2007). Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus – orientiert an Leistungen oder Erlösen? Das Krankenhaus, 9: 850-855.

Bundesgesundheitsblatt. (2009a). Präambel zum Kapitel D, Hygienemanagement, der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsblatt, 52: 949-950.

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

Bundesgesundheitsblatt. (2000). Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. Bundesgesundheitsblatt, 43: 887-890.

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). (2009). Krankenhaus Barometer 2009. Düsseldorf. www.dki.de.

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). (2002). Krankenhaus Barometer 2002. Düsseldorf. www.dki.de.

Frieling M, Beck U, Becker A. (2010). Personalkennzahlen sind mehrdimensional. KU Gesundheitsmanagement, 1: 30-33.

Gastmeier P, Behnke M, Schwab F, Geffers C. (2010). Im Vergleich besser werden. f&w, 5: 486-488.

Greiling M, Muszynski T, (2008). Strategisches Management im Krankenhaus. Stuttgart: Kohlhammer.



Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG), vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 17.7.2009 I 2091.

Hahn J, Hessel T. (2010). Ein reibungsloser Einstieg. KU special Studienführer Plus, Februar: 14-16.

Havighorst F. (2006). Personalkennzahlen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Krankenhaushygieneverordnung (KHHyG - Landesrecht Bremen), vom 9. April 1990 (Brem.GBl. S. 141) geändert durch Artikel 1 Nr. 46 des Gesetzes vom 21. November 2006 (Brem.GBl. S. 457).

Krankenhaushygieneverordnung (KHHyG NRW), vom 9. Dezember 2009.

Naegler H. (2008). Personalmanagement im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Ringshausen H. (2008). Personalentwicklung fördert, fordert und erhöht die Qualität. F&W, 6.

Saarländische Krankenhaushygieneverordnung, (SKHyGVO), vom 12. Dezember 2007.

Sleziona M. (2009). Der Kampf um die besten Führungskräfte von morgen. F&W, 1.

Statistisches Bundesamt (2008): Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden. www.destatis.de





Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie über die Rahmenbedingungen in der Krankenhaushygiene (Sächsische Krankenhaushygienerahmenverordnung – SächsKHHygRVO), vom 17. November 1998.

Verordnung über die Errichtung und den Betrieb von Krankenhäusern (KhsVO), - Berlin - , vom 10. August 2008.

Von Eiff W, Stachel K. (2006). Kliniken vernachlässigen das Personalmanagement. F&W, 4.

Wandschneider U, Hessel T, Hahn J. (2009). Moderne Personalkonzepte sichern die Zukunft. F&W, 1.

Walter B, Fleischmann T. (2007). Interdisziplinäre Notaufnahme. Aufgaben, Struktur, Zukunft. Das Krankenhaus, 7: 657-660.

Wolff M. (2010). Zentrale Notaufnahmen: Anmerkungen zur Organisation aus chirurgischer Sicht. Chirurgische Allgemeine, 5: 292-297.

