

# KRANKENHAUS

# BAROMETER

## Umfrage 2012

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT**



**KRANKENHAUS BAROMETER 2012**

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 2012



## Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>1 ZAHLUNGSVERZÖGERUNGEN UND ZAHLUNGSVERWEIGERUNGEN</b> .....	<b>6</b>
1.1 HÄUFIGKEIT VON ZAHLUNGSVERZÖGERUNGEN/ ZAHLUNGSVERWEIGERUNGEN .....	6
1.2 FÄLLE MIT ZAHLUNGSVERZÖGERUNGEN/ ZAHLUNGSVERWEIGERUNGEN .....	8
1.3 AUßENSTÄNDE DURCH ZAHLUNGSVERZÖGERUNGEN/ ZAHLUNGSVERWEIGERUNGEN .....	9
1.4 ENTWICKLUNGEN IM VERGLEICH ZUM VORJAHR .....	11
<b>2 VERÄNDERUNGSMANAGEMENT (CHANGE MANAGEMENT)</b> .....	<b>13</b>
2.1 UMGESETZTE VERÄNDERUNGEN SEIT 2010 .....	14
2.2 INFORMATION .....	18
2.3 WIDERSTÄNDE .....	19
2.4 ORGANISATION DER UMSETZUNG .....	21
2.5 EINBEZOGENER PERSONENKREIS .....	24
2.6 ERFOLGSKONTROLLEN .....	25
2.7 INANSPRUCHNAHME VON EXTERNEN .....	27
<b>3 FÜHRUNGSKRÄFTEENTWICKLUNG</b> .....	<b>30</b>
3.1 SYSTEMATISCHE FÜHRUNGSKRÄFTEENTWICKLUNG .....	30
3.2 SCHRIFTLICHE STANDARDS .....	32
3.3 QUALIFIZIERUNGSBEDARFE .....	35
3.4 INSTRUMENTE DER FÜHRUNGSKRÄFTEENTWICKLUNG .....	38
3.5 ÜBERFACHLICHE QUALIFIKATIONEN .....	42
3.6 KONTINUIERLICHER VERBESSERUNGSPROZESS .....	44
<b>4 DER ÄLTERE PATIENT IM KRANKENHAUS</b> .....	<b>47</b>
4.1 BEHANDELTE PATIENTEN AB DEM 80. LEBENSJAHR .....	47
4.2 KRANKENHÄUSER MIT SPEZIALISIERTEN BEREICHEN .....	52
4.3 PERSONALEINSATZ BEI PATIENTEN AB DEM 80. LEBENSJAHR .....	53
4.4 ALTERSGERECHTE AUSSTATTUNG .....	57
4.5 MAßNAHMEN ZUR STURZPRÄVENTION .....	61
4.6 MAßNAHMEN FÜR DEMENTE PATIENTEN .....	66
4.7 SCHULUNG VON MITARBEITERN .....	70
<b>5 PHYSIOTHERAPIE</b> .....	<b>73</b>

5.1	BESCHÄFTIGTE .....	73
5.2	OUTSOURCING DER PHYSIOTHERAPIE.....	74
5.3	PRAXISANLEITUNG BEI PHYSIOTHERAPEUTEN.....	76
5.4	AKTUALISIERUNGSBEDARF DER QUALIFIKATION VON PHYSIOTHERAPEUTEN .....	77
<b>6</b>	<b>PFLEGEKOMPLEXMAßNAHMENSORE (PKMS).....</b>	<b>80</b>
6.1	PKMS-FÄLLE .....	81
6.2	SCHULUNGSAUFWAND .....	83
6.3	DOKUMENTATIONSAUFWAND .....	84
6.4	MDK-PRÜFUNGEN BEI PKMS-FÄLLEN.....	85
6.5	SACHGERECHTIGKEIT DES PKMS .....	87
<b>7</b>	<b>WIRTSCHAFTLICHE LAGE.....</b>	<b>92</b>
7.1	JAHRESERGEBNIS 2011 .....	92
7.2	ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2010/2011 .....	94
7.3	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION .....	95
7.4	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN .....	97
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>99</b>





## Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2012 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 (VLK) und die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (DKVG).

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen Krankenhaugeschehen zur Verfügung zu stellen. Seit seiner Einführung im Jahr 2000 hat sich das *Krankenhaus Barometer* zu einem einzigartigen Informationsinstrument im Krankenhausbereich entwickelt, das seither exklusiv, kontinuierlich und auf repräsentativer Basis über zahlreiche aktuelle Themen aus dem Krankenhausbereich berichtet.

Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometers* sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar ([www.dki.de](http://www.dki.de)). Seit 2010 gibt es eine um redaktionelle Beiträge namhafter Autoren ergänzte Buchfassung des *Krankenhaus Barometers*. Das Buch zum aktuellen *DKI-Barometer Krankenhaus 2012/2013* wird 2013 in der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft erscheinen.<sup>1</sup>

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2012 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von Februar bis Juni 2012 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 245 Krankenhäuser.

---

<sup>1</sup> Vgl. Janßen, U./Blum, K. (Hrsg.) (2010ff.): *DKI-Barometer Krankenhaus*. Düsseldorf: DKVG.

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

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





## 1 Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen

### 1.1 Häufigkeit von Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Seit vielen Jahren stellen Zahlungsverweigerungen und Zahlungsverzögerungen der Kostenträger ein zentrales Problem der stationären Versorgung dar. Wiederholt war dies Thema im *Krankenhaus Barometer* und anderen Erhebungen des DKI (Blum et al., 2004; DKI, 2002ff.).

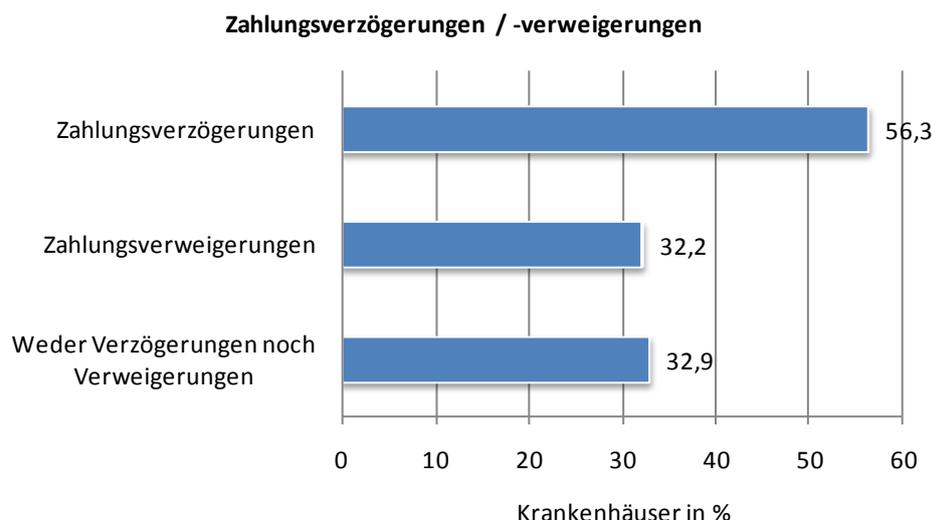
Eine Zahlungsverzögerung liegt vor, wenn stationäre Leistungen nicht fristgerecht, also nicht in der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist gezahlt werden. Zahlungsverweigerungen liegen vor, falls Rechnungen ganz oder teilweise nicht beglichen werden.

Die Zahlungsfristen sind entweder in den Landesverträgen nach § 112 SGB V zwischen den Landeskrankenhausesellschaften und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen oder auf Ortsebene in den Pflegesatzvereinbarungen zwischen den Krankenhäusern und den gesetzlichen Krankenkassen geregelt. In der Regel soll die Krankenkasse die Rechnung danach innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang bezahlen. Teilweise gibt es länderspezifische bzw. krankenhausindividuelle Abweichungen.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes muss die Krankenkasse eine formal ordnungsgemäße Rechnung selbst dann fristgerecht begleichen, wenn sie Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art hat. Durch Rechnungsprüfungen werden bestehende Zahlungsfristen nicht außer Kraft gesetzt. Die Krankenkasse kann entsprechende Beanstandungen auch nach Bezahlung der Rechnung geltend machen und ggf. eine Erstattung zu viel gezahlter Beträge verlangen.

In mehr als jedem zweiten Krankenhaus (56%) kam es im Jahr 2011 in nennenswertem Umfang vor, dass Rechnungen über stationäre Leistungen nicht fristgerecht (gemäß vereinbarter Zahlungsfrist) bezahlt wurden.

Im Vergleich zum Jahr 2005, als die Thematik der Zahlungsverzögerungen letztmalig vom DKI erhoben wurde, hat sich der entsprechende Wert auf kritischem Niveau stabilisiert. Seinerzeit monierten knapp 60% der Einrichtungen Zahlungsverzögerungen der Kostenträger. Zahlungsverzögerungen sind somit gängige und kontinuierliche Praxis der Kostenträger bei der Rechnungsbegleichung für stationäre Leistungen (Blum et al., 2006).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 1: Zahlungsverzögerungen /-verweigerungen (Mehrfachnennungen möglich)**

Über Zahlungsverzögerungen hinaus war im Jahr 2011 auch jedes dritte Krankenhaus (32%) in nennenswertem Umfang von Zahlungsverweigerungen betroffen. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist hier die Entwicklung rückläufig. Seinerzeit beklagten 44% der befragten Einrichtungen Zahlungsverweigerungen seitens der Kostenträger.

Jedes dritte Krankenhaus (32%) war 2011 weder von Zahlungsverzögerungen noch von Zahlungsverweigerungen durch die Kostenträger nennenswert betroffen. D.h. umgekehrt waren 2011 zwei von drei



Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten mit Zahlungsverzögerungen und/oder Zahlungsverweigerungen durch die Krankenkassen konfrontiert.<sup>2</sup>

Von Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen sind Großkrankenhäuser ab 600 Betten überproportional betroffen. 62% der befragten Einrichtungen monierten hier regelmäßige Zahlungsverweigerungen und sogar rund 81% nennenswerte Zahlungsverzögerungen. Die entsprechenden Werte für die beiden unteren Bettengrößenklassen entsprachen hingegen näherungsweise dem Bundesdurchschnitt.

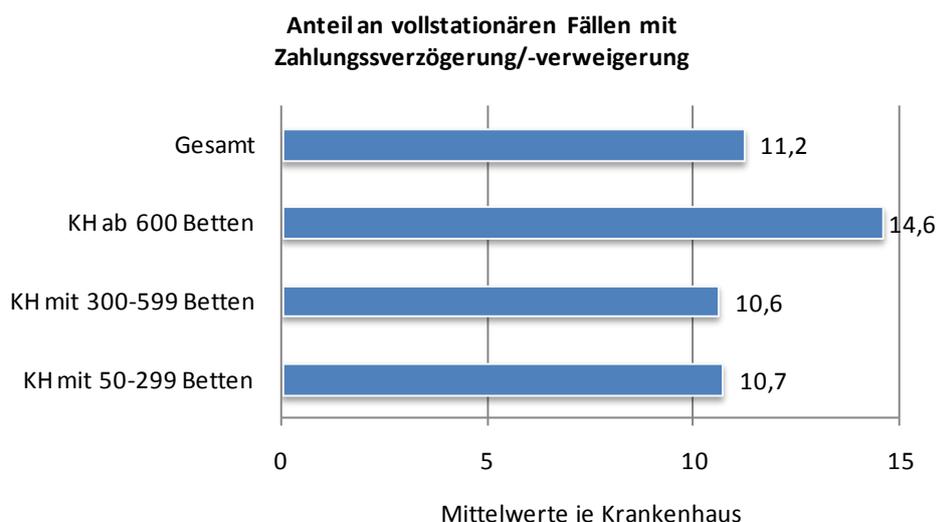
## 1.2 Fälle mit Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Krankenhäuser mit Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen sollten angeben, wie viele vollstationäre Fälle im Jahr 2011 davon betroffen waren. Im bundesweiten Durchschnitt erfolgten demnach Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen in 11% der vollstationären Fälle, also bei etwa jedem 9. Patienten je Krankenhaus.<sup>3</sup> Die Quartilswerte lagen bei 3% (unterer Quartilswert) und 15% (oberer Quartilswert).

---

<sup>2</sup> Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage möglich.

<sup>3</sup> Im Fragebogen sollten die Krankenhäuser die entsprechenden Fallzahlen nicht in Absolutwerten, sondern in Prozent angeben. Diese Berechnungsweise impliziert, dass alle Einrichtungen gleich gewichtet in die Analyse einfließen, also unabhängig von ihren Fallzahlen. Der Durchschnittswert von 11,2% entspricht somit nicht dem Anteil aller Fälle mit Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen an den vollstationären Fällen bundesweit. Da größere Krankenhäuser überproportional von Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen betroffen sind, dürfte der Anteil an Fällen mit Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen, bezogen auf die stationäre Fallzahl insgesamt, sogar etwas größer ausfallen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 2: Anteil an vollstationären Fällen mit Zahlungsverzögerungen/-verweigerungen**

Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der einschlägigen Fälle rückläufig. Seinerzeit kamen im Mittel noch bei 17% der Krankenhäuser Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsverweigerungen in nennenswertem Umfang vor.

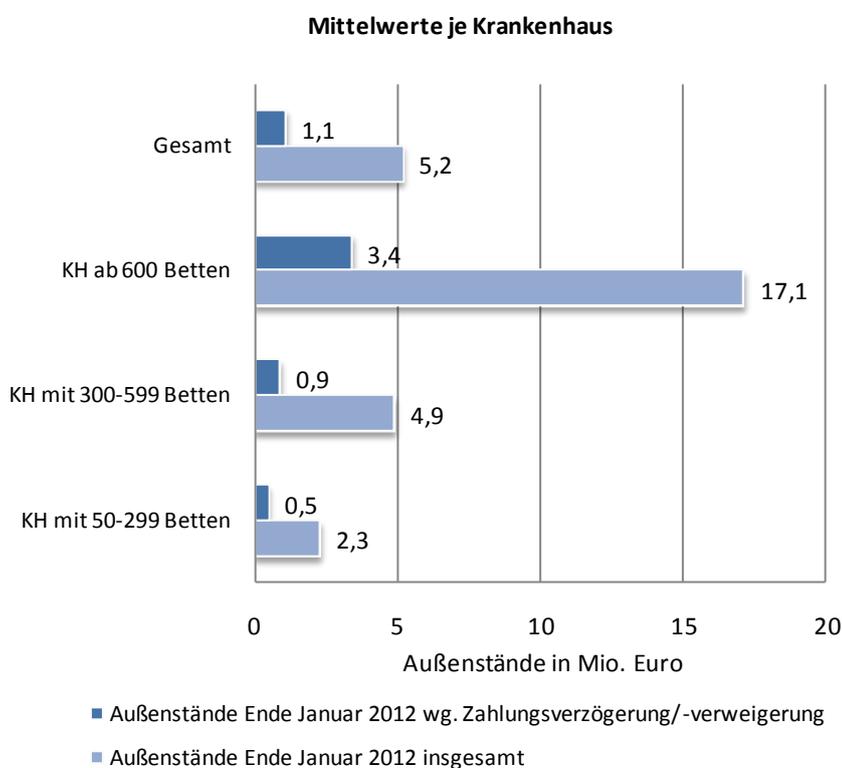
Von Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen sind Großkrankenhäuser ab 600 Betten überproportional betroffen. Im bundesweiten Durchschnitt erfolgten hier Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen in knapp 15% der Fälle. Demgegenüber entsprachen die Werte für die beiden unteren Bettengrößenklassen mit jeweils knapp 11% näherungsweise dem Bundesdurchschnitt.

### 1.3 Außenstände durch Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Ende Januar 2012 beliefen sich die aus Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen resultierenden Außenstände der Krankenhäuser auf durchschnittlich 1,1 Millionen Euro je Krankenhaus. Die gesamten Außenstände der Krankenhäuser mit Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen, einschließlich der Außenstände innerhalb der vereinbarten

Zahlungsfristen, lagen im Durchschnitt bei 5,2 Millionen Euro je Krankenhaus.

Aus naheliegenden Gründen nehmen die Außenstände mit steigender Krankenhausgröße zu: Während die Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen in den beiden unteren Bettengrößenklassen Ende Januar 2012 unter 1 Million Euro lagen, erreichten sie in den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten eine Größenordnung von durchschnittlich 3,4 Millionen Euro je Krankenhaus.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 3: Außenstände – Mittelwerte je Krankenhaus**

Zwei Drittel der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hatten Ende Januar 2012 Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten in Deutschland entspricht dies rund 1000 Krankenhäusern. Hochgerechnet auf diese Grundgesamtheit der Krankenhäuser mit Zahlungsverzögerungen /Zahlungsverweigerungen hatten die Krankenhäuser Ende Januar 2012

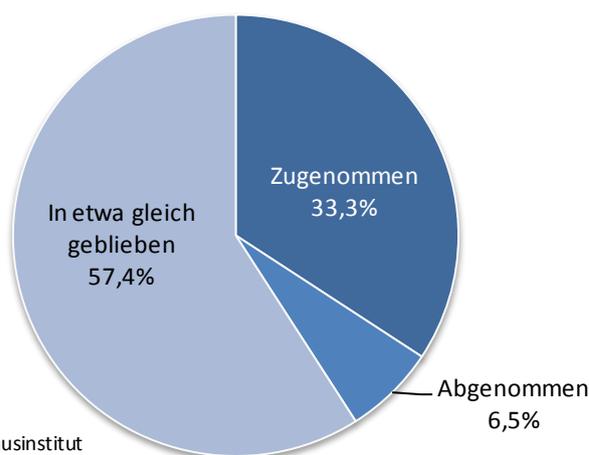
Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen in Höhe von 1,1 Milliarden Euro. Zum selben Stichtag beliefen sich ihre gesamten Außenstände, einschließlich der Außenstände innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen, auf insgesamt 5,2 Milliarden Euro. Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen machten somit rund 20% der Außenstände der Krankenhäuser aus.

#### 1.4 Entwicklungen im Vergleich zum Vorjahr

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Krankenhäuser angeben, inwiefern sich die Außenstände auf Grund von Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen der Krankenkassen gegenüber dem gleichen Zeitpunkt des Vorjahres, also Januar 2011, verändert haben.

Demnach haben in einem Drittel der befragten Krankenhäuser die Außenstände auf Grund von Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen gegenüber dem gleichen Zeitpunkt des Vorjahres zugenommen. Nur in einer Minderheit von 7% der Krankenhäuser haben sie abgenommen. In der Mehrzahl der Krankenhäuser (57%) sind sie in etwa gleich geblieben.

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

In Häusern mit steigenden Außenständen haben die Außenstände binnen eines Jahres durchschnittlich um gut 12% zugenommen. In Häusern mit abnehmenden Außenständen fielen diese im Schnitt um gut 17%.



**KRANKENHAUS BAROMETER 2012**



## 2 Veränderungsmanagement (Change Management)

Die Krankenhäuser in Deutschland stehen zurzeit großen Veränderungen gegenüber. Der ökonomische Druck auf der einen Seite drängt sie, wirtschaftlicher zu arbeiten, um Vorgaben von Kostensenkungen zu erreichen oder Erfordernisse von Effizienz und Effektivität zu erfüllen. Auf der anderen Seite verlangt das medizinische und pflegerische Personal von den Kliniken heute Arbeitsbedingungen, die ihren beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie ihren privaten Interessen Raum geben. Wird dies nicht geboten, besteht die Gefahr, dass Mitarbeiter abwandern und es schwierig wird, neue Mitarbeiter zu gewinnen. Auch die Erwartungen der Patienten, eine gute medizinische Behandlung sowie eine gute Betreuung zu erhalten, drängen die Krankenhäuser, sich weiter zu entwickeln.

In Anbetracht dieser Situation versuchen die Kliniken sich mittels betriebswirtschaftlicher Methoden und Instrumente an die Bedingungen anzupassen. Im Zentrum solcher Bestrebungen steht häufig das Veränderungsmanagement oder Change Management. „Change Management ist die zielgerichtete Analyse, Planung, Realisierung, Evaluierung und laufende Weiterentwicklung von ganzheitlichen Veränderungsmaßnahmen in Unternehmen“ (Vahs, 2003).

Dies kann in der Praxis jedoch nur gelingen, wenn die typischen Probleme der Umsetzung bekannt sind und von der Krankenhausführung bei der Gestaltung des Umsetzungsprozesses berücksichtigt werden. Besonders wichtig ist, die Bedeutung anreizkompatibler Organisationslösungen als einen wesentlichen Erfolgsfaktor zu berücksichtigen. Bei der Initiierung von Veränderungsprozessen müssen die spezifischen Werte, Motive, Visionen sowie Rollenverständnisse der einzelnen Berufsgruppen und Generationen innerhalb einer Einrichtung ausreichend beachtet werden (Schmitz, Hollmann, 2007).

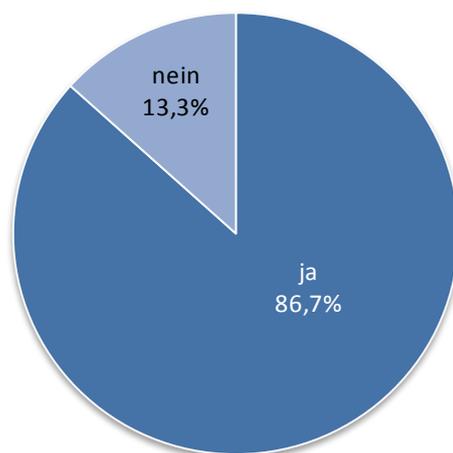
## 2.1 Umgesetzte Veränderungen seit 2010

Die öffentlichen Diskussionen über notwendige Veränderungen im Krankenhaus, insbesondere Forderungen nach Kostensenkungen und Qualitätssicherung, haben viele Einrichtungen zum Anlass genommen, über Veränderungsprozesse nachzudenken oder sie beispielsweise im Rahmen eines Veränderungsmanagements bereits umzusetzen.

Der Begriff Veränderungsmanagement oder Change Management umfasst das Management unterschiedlicher Veränderungen in einer Einrichtung. Dies schließt sowohl kulturelle Veränderungen, wie z. B. die Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit, als auch strukturelle Veränderungen, wie beispielsweise die Einrichtung einer zentralen Notaufnahme oder organisatorische Veränderungen wie die Einrichtung z. B. eines Case-Managements ein.

Seit dem Jahr 2010 hat die überwiegende Mehrheit der befragten Teilnehmer (87%) maßgebliche Veränderungen in ihren Einrichtungen eingeführt (Abb. 5).

Haben Sie seit dem Jahr 2010 maßgebliche Veränderungen in Ihrem Krankenhaus eingeführt?



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Anteil der Krankenhäuser mit eingeführten maßgeblichen Veränderungen seit dem Jahr 2010

Bei der Einführung von Veränderungen seit 2010 beschränkten die Kliniken sich nicht auf einzelne Themenbereiche, sondern setzten im Durchschnitt sechs Veränderungen (Minimum=0, Maximum=9) je Einrichtung von neun vorgegebenen Möglichkeiten nacheinander oder parallel um.

Gefragt, welche Art von Veränderungen oder Maßnahmen sie in strukturierter und kontrollierter Form in ihren Einrichtungen umgesetzt haben, haben die Teilnehmer berichtet, überwiegend Veränderungen zur Steigerung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität (92%) eingeführt zu haben (Abb. 6).



**Abb. 6: Umgesetzte Veränderungen in den Krankenhäusern seit dem Jahr 2010**



Weitere Themenschwerpunkte, die von den Kliniken seit dem Jahr 2010 in erster Linie angegangen wurden, waren die Optimierung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Mitarbeitergruppen innerhalb einer Einrichtung (84%), die Veränderung von Arbeitsprozessen (83%) sowie die Einführung von Veränderungen zur Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit (79%) und der Patientenzufriedenheit (78%). Neue Maßnahmen zum Personalmanagement und zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den vor- und nachgelagerten Bereichen wurden seit 2010 in drei von vier Krankenhäusern umgesetzt.

Knapp 60% der Kliniken haben seit 2010 zudem neue Organisations- oder Funktionseinheiten eingerichtet.

Vereinzelt wurde von den befragten Kliniken von zusätzlichen Maßnahmen oder Veränderungen berichtet, die in strukturierter und kontrollierter Form umgesetzt wurden. Darunter befanden sich beispielsweise Qualitätsmanagementprojekte, die Einrichtung einer Kindertagesstätte, Maßnahmen zur Verbesserung der klinikinternen Kommunikation oder die erfolgreiche Durchführung einer Krankenhausfusion.

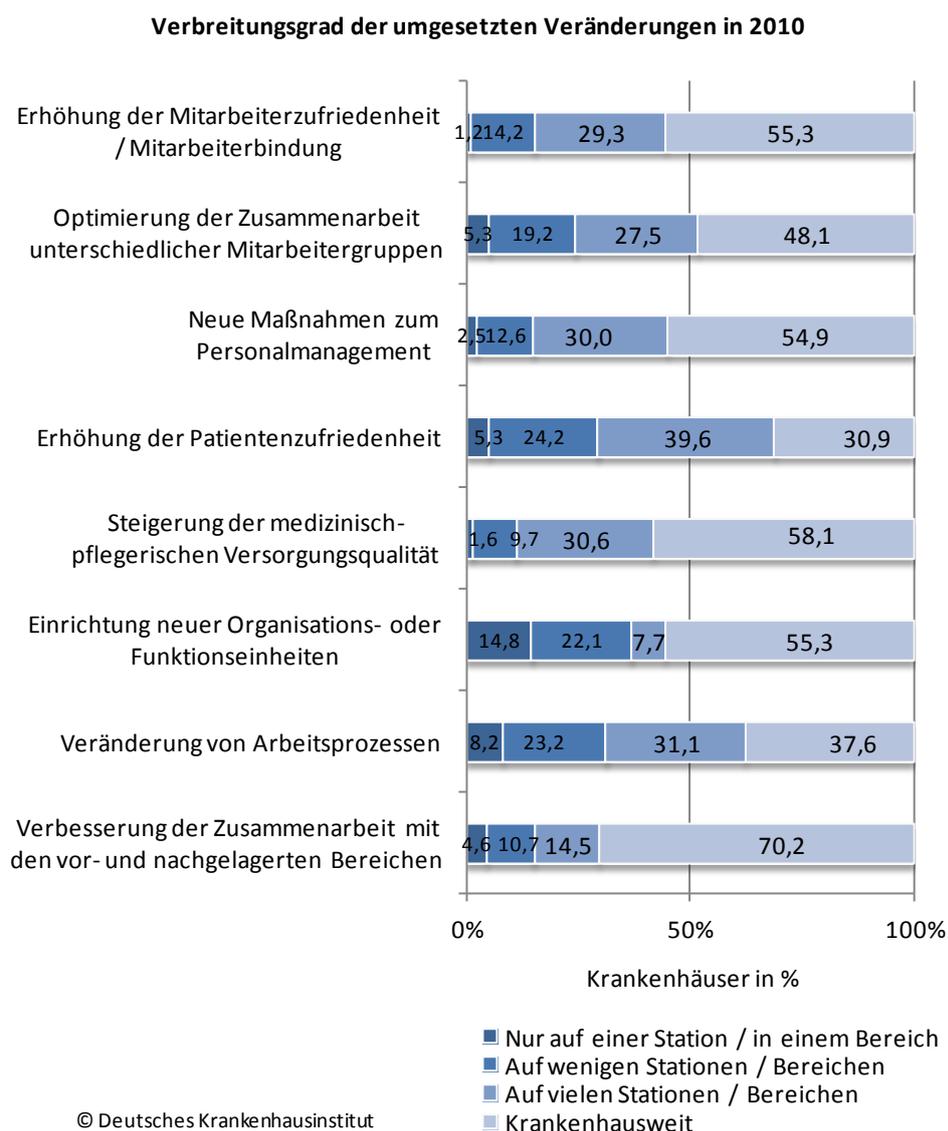
Der Verbreitungsgrad der seit 2010 umgesetzten Maßnahmen oder Veränderungen innerhalb der Krankenhäuser ist je nach Themenschwerpunkt unterschiedlich (Abb. 7). So sind Verbesserungen der Zusammenarbeit mit den vor- und nachgelagerten Bereichen im Großteil der befragten Kliniken stets Bemühungen, die krankenhausweit (70%) geleistet werden.

Maßnahmen zur Steigerung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität, zur Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie neue Maßnahmen zum Personalmanagement wurden in mindestens jeder zweiten Einrichtung krankenhausweit und in jeder dritten Klinik auf vielen Stationen oder in vielen Bereichen umgesetzt. Gut die Hälfte aller Krankenhäuser hat neue Organisations- oder Funktionseinheiten krankenhausweit eingerichtet und knapp ein Viertel der Kliniken auf wenigen Stationen / Bereichen.

Maßnahmen zur Veränderung von Arbeitsprozessen wurden in gut einem Drittel der Einrichtungen krankenhausweit und in knapp jedem Dritten

Krankenhaus auf vielen Stationen / Bereichen durchgeführt. In jedem vierten Krankenhaus wurden dahingegen solche Veränderungen auf wenige Stationen / Bereiche beschränkt.

Veränderungen zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit wurden in etwa 40% aller Kliniken auf vielen Stationen / Bereichen umgesetzt sowie in 31% aller Einrichtungen krankenhaushausweit.



**Abb. 7: Verbreitungsgrad der umgesetzten Veränderungen im Krankenhaus seit 2010**



## 2.2 Information

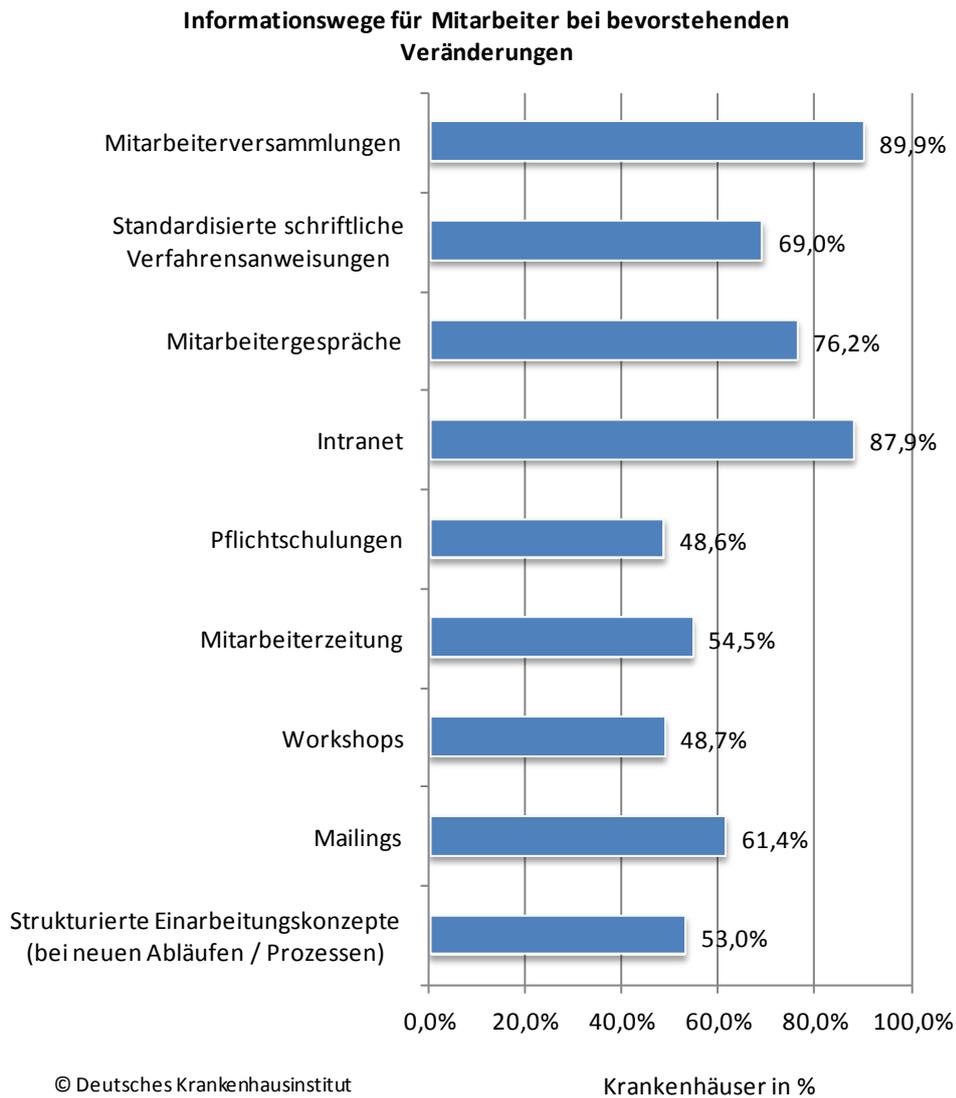
Kommunikation und Transparenz sind entscheidende Faktoren für ein erfolgreiches Veränderungsmanagement. Die Information der Mitarbeiter einer Einrichtung über bevorstehende Veränderungsmaßnahmen ist daher unerlässlich.

So wurden die teilnehmenden Krankenhäuser gebeten, ihre standardmäßig genutzten Informationswege für Mitarbeiter über zukünftige Veränderungen zu nennen.

Die befragten Kliniken berichteten, im Mittel sechs (Minimum=0, Maximum=10) verschiedene Informationswege von zehn vorgegebenen Möglichkeiten standardmäßig zu nutzen, um ihre Mitarbeiter im Vorfeld von Veränderungen zu informieren.

Nahezu sämtliche Krankenhäuser informieren ihre Mitarbeiter bei Mitarbeiterversammlungen (90%) sowie über das Intranet (88%) über bevorstehende Veränderungen in ihrer Einrichtung. Drei von vier Kliniken führen Mitarbeitergespräche durch, während die überwiegende Mehrheit standardisierte schriftliche Verfahrensanweisungen (69%), Mailings (61%) und / oder die Mitarbeiterzeitung (55%) als Instrument verwendet, um ihre Mitarbeiter über Neuerungen zu benachrichtigen. Rund die Hälfte aller Kliniken verwenden zur Information standardmäßig strukturierte Einarbeitungskonzepte, Pflichtschulungen und/oder Workshops bei Einführung von Änderungen in ihrer Einrichtung (Abb. 8).

Vereinzelt wurden von den befragten Krankenhäusern zusätzliche Informationswege berichtet, über welche sie ihre Mitarbeiter über bevorstehende Veränderungsmaßnahmen standardmäßig informieren. Darunter befinden sich beispielsweise die Informationsweitergabe über die Mitarbeitervertretung, Teambesprechungen oder Qualitätszirkel.



**Abb. 8: Standardmäßig genutzte Informationswege für Mitarbeiter bei bevorstehenden Veränderungen**

### 2.3 Widerstände

Krankenhäuser sind professionelle Dienstleistungsorganisationen, in denen grundlegende Kernleistungen von hoch qualifizierten, eigenverantwortlich arbeitenden Mitarbeitern erbracht werden. Diese Mitarbeiter müssen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nicht nur das Ziel- und Wertesystem der Organisation verinnerlichen, sondern miteinander kommunizieren, Erfahrungen und Wissen austauschen sowie organisatorische Verantwortung übernehmen. Veränderungsprozesse müssen daher neben der

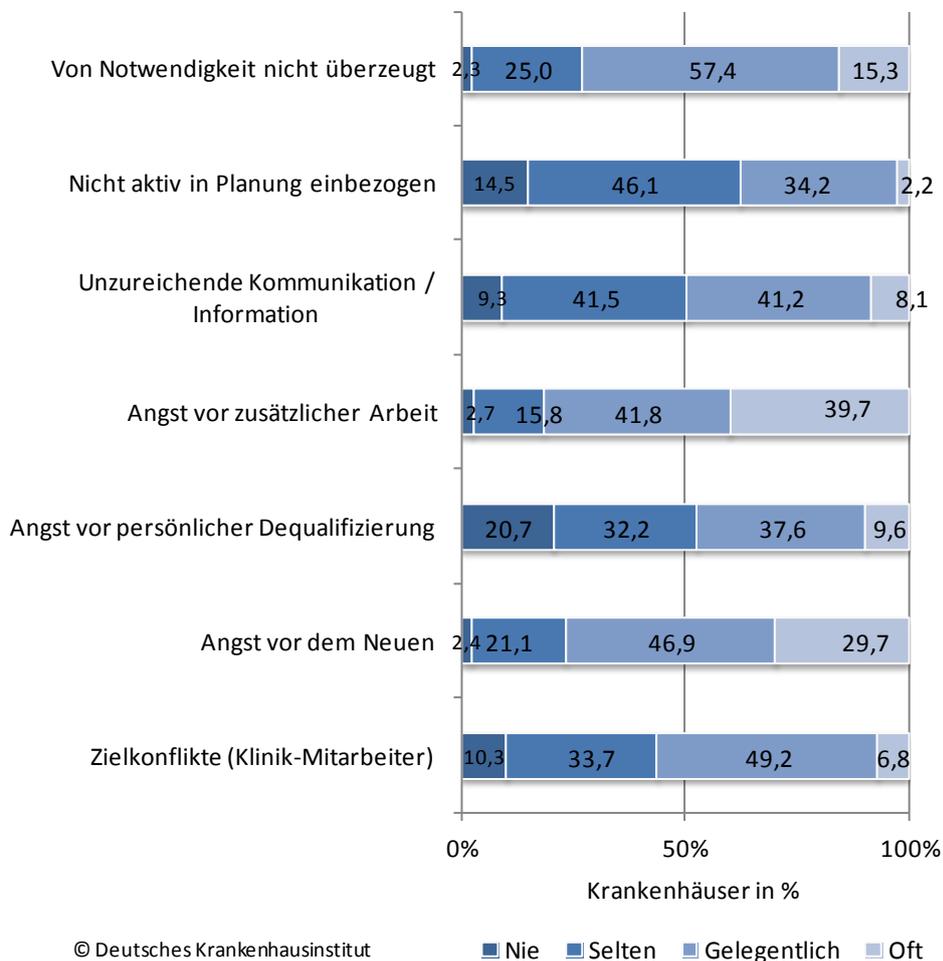


organisatorisch sachlichen Ebene wie Strategie, Ziele, Struktur und Prozesse den Fokus auch auf die psychosoziale Ebene richten. Hierbei geht es um Kommunikation und Verhaltensweisen sowie den Umgang mit Widerständen. Werden diese Faktoren im Veränderungsprozess vernachlässigt, sind Change-Prozesse zum Scheitern verurteilt (Pohl, 2010).

Gefragt, welche Widerstände sie beim Einführen von Veränderungen bei ihren Mitarbeitern wahrnehmen konnten, antworteten jeweils rund 40% der Krankenhäuser, dass sie „oft“ oder „gelegentlich“ Angst vor zusätzlicher Arbeit beobachteten. 30% der Einrichtungen berichtete „oft“ und knapp jede zweite Klinik „gelegentlich“ Angst vor dem Neuen bei ihren Mitarbeitern beobachtet zu haben.

Jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser bemerkte bei ihren Beschäftigten „gelegentlich“ Zielkonflikte zur Klinik oder fehlende Überzeugung von der Notwendigkeit der Neuerung. 41% der befragten Einrichtungen nahmen „gelegentlich“ Widerstände des Personals aufgrund unzureichender Kommunikation oder Information wahr. Gut jedes dritte Krankenhaus stellte „gelegentlich“ Widerstände fest, infolge Nichteinbeziehung der Mitarbeiter in die Planung der Neuerung oder aus Angst der Mitarbeiter vor persönlicher Dequalifizierung wie beispielsweise Prestigeverlust, Verlust an Kompetenzen oder Einkommenseinbußen (Abb. 9).

**Widerstände bei den Mitarbeitern beim Einführen von Veränderungen**

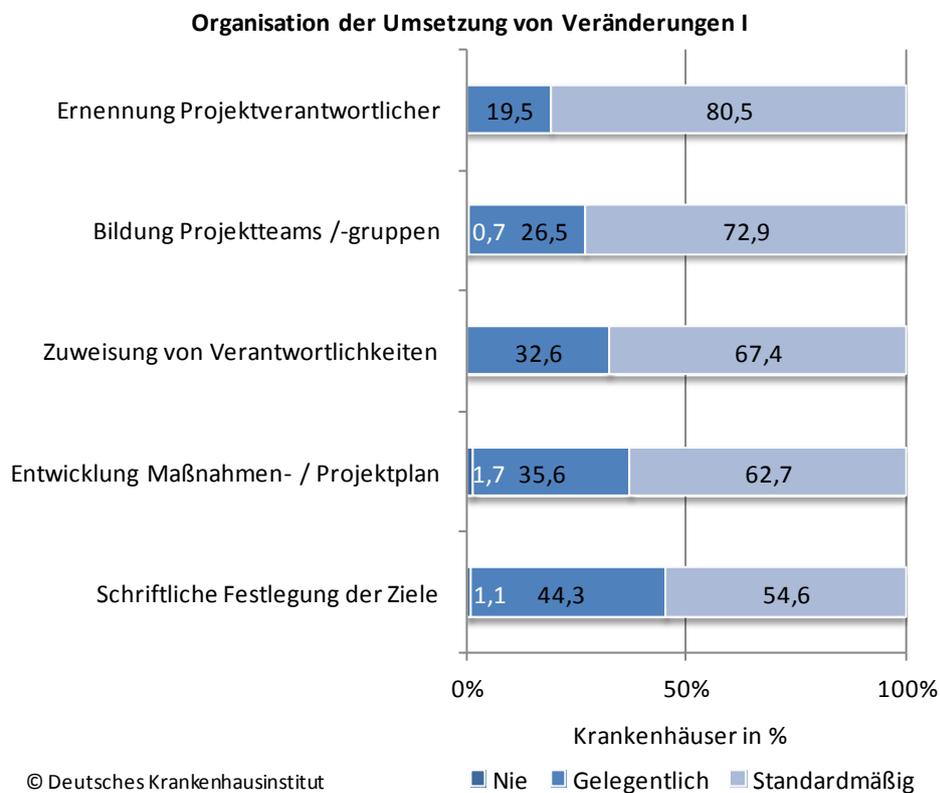


**Abb. 9: Wahrgenommene Widerstände bei den Mitarbeitern beim Einführen von Veränderungen**

**2.4 Organisation der Umsetzung**

Jede Veränderung hat eine betriebswirtschaftliche und eine psychologische Perspektive. Die betriebswirtschaftliche Seite wird beherrscht von einer effizienzbezogenen, die psychologische von einer emotionsbezogenen Information, Kommunikation und Steuerung. Für den ganzheitlichen Erfolg einer Veränderung sind immer beide Perspektiven erforderlich (Töpfer, Albrecht, 2006).

Aus diesem Grund wurden die Teilnehmer nach Organisationsmaßnahmen für Veränderungen in ihrem Krankenhaus befragt, welche sich auf die betriebswirtschaftliche und psychologische Perspektive beziehen.



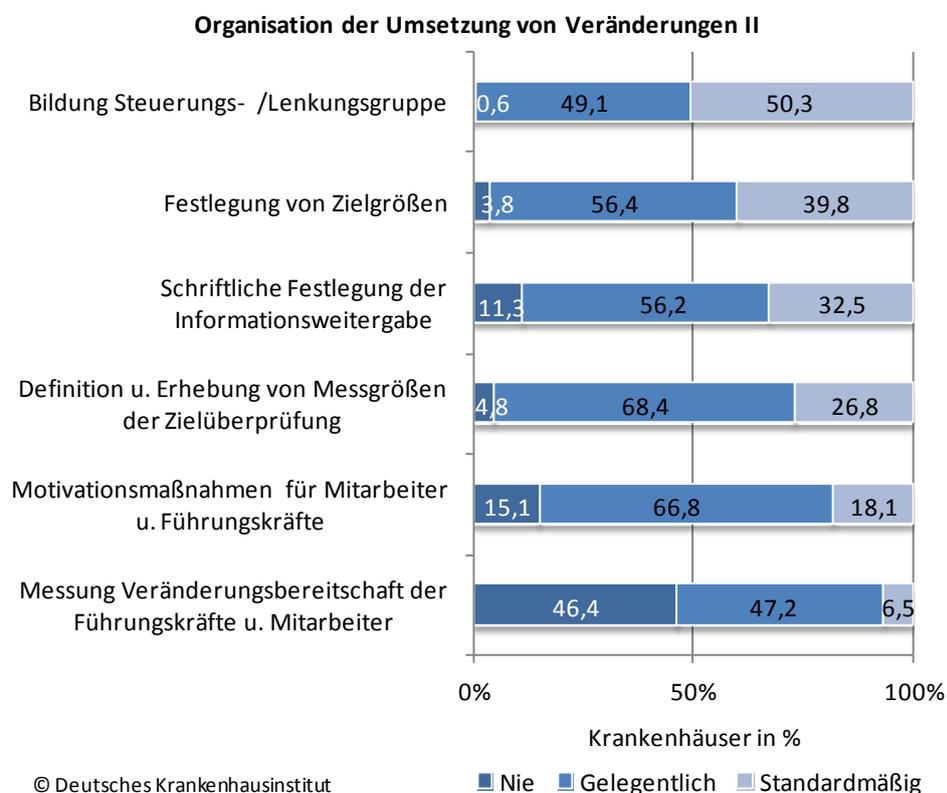
**Abb. 10: Organisation der Umsetzung von Veränderungen I**

Der überwiegende Teil der Krankenhäuser (81%) ernennt „standardmäßig“ Projektverantwortliche bei der organisatorischen Umsetzung von Veränderungen in ihren Einrichtungen (Abb. 10). Zusätzlich bilden drei von vier Kliniken „standardmäßig“ Projektteams oder –gruppen bei der operativen Durchführung von Veränderungen.

67% der Einrichtungen weisen „standardmäßig“ bei der Umsetzung von Neuerungen Verantwortlichkeiten und Aufgaben eindeutig bestimmten Mitarbeitern zu und 63% entwickeln einen Maßnahmen- bzw. Projektplan.

Eine schriftliche Festlegung der Ziele des Veränderungsprozesses (Abb. 10) sowie die Bildung von Steuerungs- oder Lenkungsgruppen (Abb. 11) werden

ungefähr in jeweils der Hälfte der Kliniken „standardmäßig“ oder „gelegentlich“ durchgeführt.



**Abb. 11: Organisation der Umsetzung von Veränderungen II**

Zielgrößen des Veränderungsprozesses werden „standardmäßig“ in 40% der Einrichtungen und „gelegentlich“ in mehr als der Hälfte der Kliniken festgelegt (Abb. 11).

Jede dritte Einrichtung legt „standardmäßig“ die Informationsweitergabe an ihre Mitarbeiter über die einzelnen Prozessschritte schriftlich fest. Des Weiteren führen ein Viertel der Krankenhäuser „standardmäßig“ und zwei von drei „gelegentlich“ während des gesamten Veränderungsprozesses die Definition und Erhebung von Messgrößen der Zielüberprüfung durch.

Motivationsmaßnahmen für Mitarbeiter und Führungskräfte werden „standardmäßig“ bei 18% des Personals durchgeführt und eine Messung der Veränderungsbereitschaft während des gesamten Veränderungsprozesses bei 7% der Mitarbeiter und Führungskräfte.

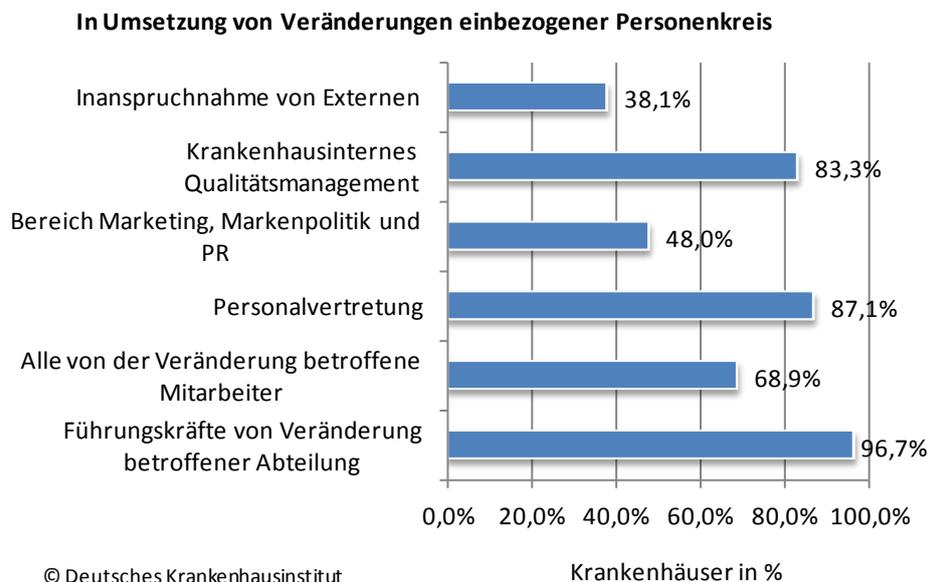
## 2.5 Einbezogener Personenkreis

Gefragt, welcher Personenkreis in die Umsetzung von Veränderungen standardmäßig in ihrem Krankenhaus einbezogen wird, antworteten nahezu sämtliche teilnehmenden Kliniken (97%), dass die Führungskräfte der von der Veränderung betroffenen Abteilung aktiv einbezogen werden (Abb. 12).

87% der Einrichtungen ziehen frühzeitig die Personalvertretung aktiv in den Veränderungsprozess ein und 83% der Kliniken das krankenhauserne Qualitätsmanagement.

Gut zwei Drittel aller Krankenhäuser ziehen alle von der Veränderung betroffene Mitarbeiter aktiv in den Veränderungsprozess ein, während fast jede zweite Klinik Aktivitäten im Bereich Marketing, Markenpolitik und PR integrieren.

Externe, wie beispielsweise in Form von Beratern, werden in 38% der Einrichtungen standardmäßig in die Umsetzung von Neuerungen einbezogen.



**Abb. 12: Personenkreis, der in Umsetzungen von Veränderungen standardmäßig einbezogen wird**



## 2.6 Erfolgskontrollen

Um während eines Veränderungsprozesses die Motivation der Mitarbeiter aufrechtzuerhalten, ist es wichtig, dass erzielte (Teil)Resultate gemessen und in regelmäßigen Abständen an die Mitarbeiter rückgemeldet werden. Ebenso wichtig ist eine abschließende Erfolgskontrolle von umgesetzten Veränderungen.

Aus diesem Grund wurden die teilnehmenden Krankenhäuser gebeten zu dokumentieren, auf welche Weise sie in ihren Einrichtungen den Erfolg von Neuerungen kontrollieren (Abb. 13).

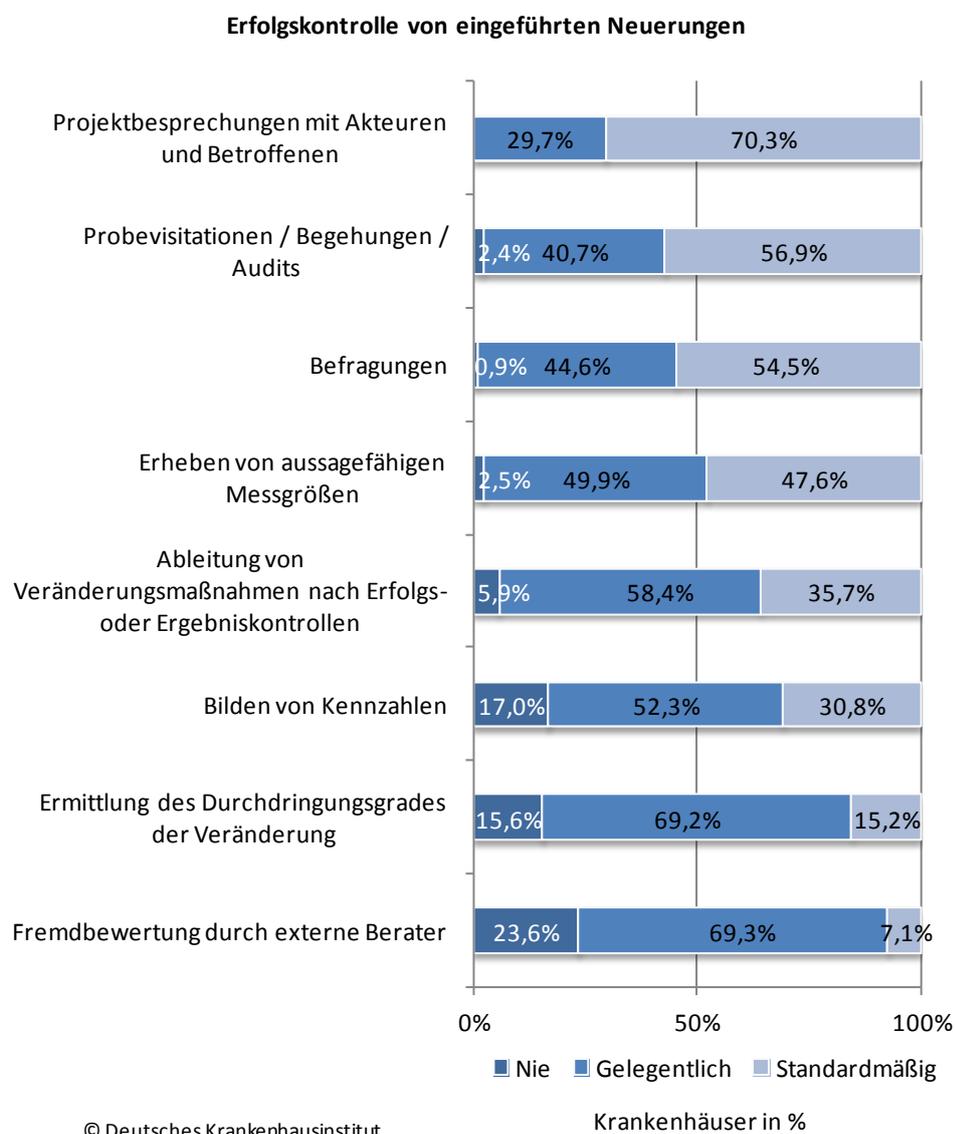
Gut zwei Drittel aller Krankenhäuser berichtete, dazu „standardmäßig“ und knapp ein Drittel „gelegentlich“ Projektbesprechungen mit Akteuren und Betroffenen durchzuführen.

Über die Hälfte aller Einrichtungen verwendet „standardmäßig“ zur Erfolgskontrolle von eingeführten Neuerungen Probevisitationen, Begehungen oder Audits sowie Befragungen von Mitarbeitern, Patienten, Einweisern oder Zulieferern. Knapp die Hälfte der Kliniken erhebt „standardmäßig“ aussagefähige Messgrößen wie beispielsweise Finanzdaten oder Patientenwartezeiten.

Fast jede dritte Klinik bildet „standardmäßig“ Kennzahlen, um den Erfolg von umgesetzten Veränderungen zu sehen, und gut ein Drittel der Einrichtungen leitet „standardmäßig“ weitere Veränderungsmaßnahmen als Folge von Erfolgs- oder Ergebniskontrollen ab. Jeweils 52% bzw. 58% der Krankenhäuser setzen diese Maßnahmen „gelegentlich“ zur Erfolgskontrolle ein.

Der Durchdringungsgrad der Veränderung in der Organisation(seinheit) wird vom überwiegenden Teil der Kliniken (69%) „gelegentlich“ und von 15% der Krankenhäuser „standardmäßig“ ermittelt.

Ebenso werden Fremdbewertungen von eingeführten Neuerungen durch externe Berater „gelegentlich“ vom überwiegenden Teil der Einrichtungen (69%) und „standardmäßig“ von 7% der Kliniken durchgeführt, während 24% der Krankenhäuser „nie“ Bewertungen von außerhalb einholen.



**Abb. 13: Erfolgskontrollen von eingeführten Neuerungen**



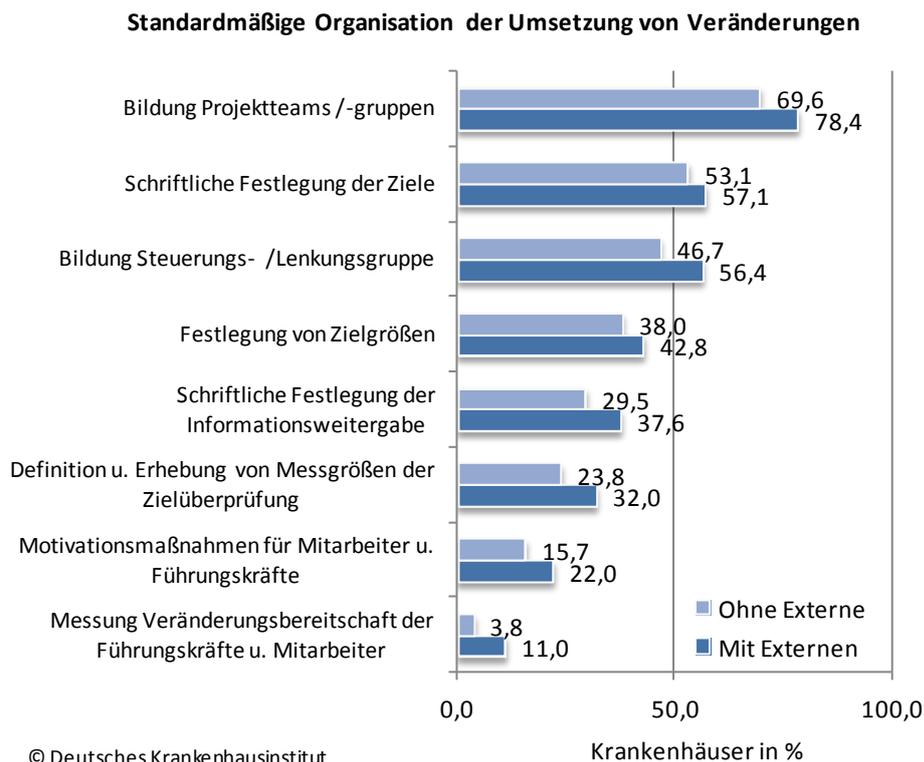
## 2.7 Inanspruchnahme von Externen

Bei der Umsetzung von Neuerungen in ihren Krankenhäusern ziehen 38% der Befragten Externe (wie beispielsweise Berater) in den Prozess mit ein (siehe Kap. 2.5). Im Folgenden soll dargestellt werden, inwieweit die Inanspruchnahme von Externen oder Beratern einen Einfluss auf das Change Management in deutschen Krankenhäusern hat. Die Inanspruchnahme Externer geschieht dabei unabhängig von der Art der Veränderung, die in den Einrichtungen durchgeführt werden soll (Daten nicht dargestellt).

Keinen Einfluss zeigt die Einbeziehung von Externen auf unterschiedliche Wege, über welche die Mitarbeiter einer Klinik über bevorstehende Veränderungsmaßnahmen standardmäßig informiert wurden. Lediglich der Einsatz von Workshops zur Mitarbeiterinformation wurde standardmäßig deutlich häufiger bei Veränderungsprozessen mit Einbeziehung Externer (57%) als ohne Externe (44%) angewandt. Es zeigte sich kein Unterschied bei oft festgestellten Widerständen bei den Mitarbeitern beim Einführen von Neuerungen zwischen Krankenhäusern mit und ohne Inanspruchnahme von Externen (Daten nicht dargestellt).

Einen Einfluss zeigte der Einsatz von Externen jedoch in der organisatorischen Umsetzung von Veränderungen. Die Einbeziehung von Externen hat einen tendenziell häufigeren Einsatz standardmäßig verwandter Instrumente des Veränderungsmanagements zur Folge. So wird beispielsweise in 56% der Kliniken mit Einbeziehung Externer und 47% der Kliniken ohne externe Beteiligung standardmäßig eine Steuerungs-/Lenkungsgruppe gebildet. Ebenso bilden 78% der Einrichtungen mit Einbeziehung Externer gegenüber 70% der Krankenhäuser ohne Externe Projektteams oder –gruppen im Zuge der Organisation der Umsetzung von Veränderungen (Abb. 14).

In einem Drittel der Einrichtungen mit Inanspruchnahme Externer und in einem Viertel der Krankenhäuser ohne Externe werden Messgrößen der Zielüberprüfung während des gesamten Veränderungsprozesses definiert und erhoben.



**Abb. 14: Standardmäßige Organisation der Umsetzung von Veränderungen mit und ohne Einbeziehung von Externen**

Während Krankenhäuser mit und ohne Inanspruchnahme von Externen bei der Umsetzung von Veränderungsprozessen, bei der Einbeziehung der Personalvertretung, der betroffenen Mitarbeiter sowie der Führungskräfte der betroffenen Abteilung keinen Unterschied zeigten, waren deutliche Abweichungen in der Einbindung vom krankenhausesinternen Qualitätsmanagement und Aktivitäten im Bereich Marketing, Markenpolitik und PR zu verzeichnen:

So wird in 93% der Kliniken mit Einbeziehung Externer und 77% der Kliniken ohne externe Beteiligung das krankenhausesinterne Qualitätsmanagement in die Umsetzung von Neuerungen standardmäßig einbezogen. Ebenso werden in 68% der Einrichtungen mit Inanspruchnahme Externer und in 36% der Krankenhäuser ohne Externe Aktivitäten im Bereich Marketing, Markenpolitik und PR einbezogen (Daten nicht dargestellt).

Einen Einfluss der Einbeziehung von Externen auf die in den Krankenhäusern durchgeführten Erfolgskontrollen von umgesetzten

Neuerungen konnte nicht festgestellt werden. Einzig das standardmäßige Erheben von aussagefähigen Messgrößen wurde deutlich häufiger in Krankenhäusern durchgeführt, welche bei Veränderungsprozessen externe Unterstützung in Anspruch nahmen (55%) als in Einrichtungen ohne externe Unterstützung (43%) (Daten nicht dargestellt).





### 3 Führungskräfteentwicklung

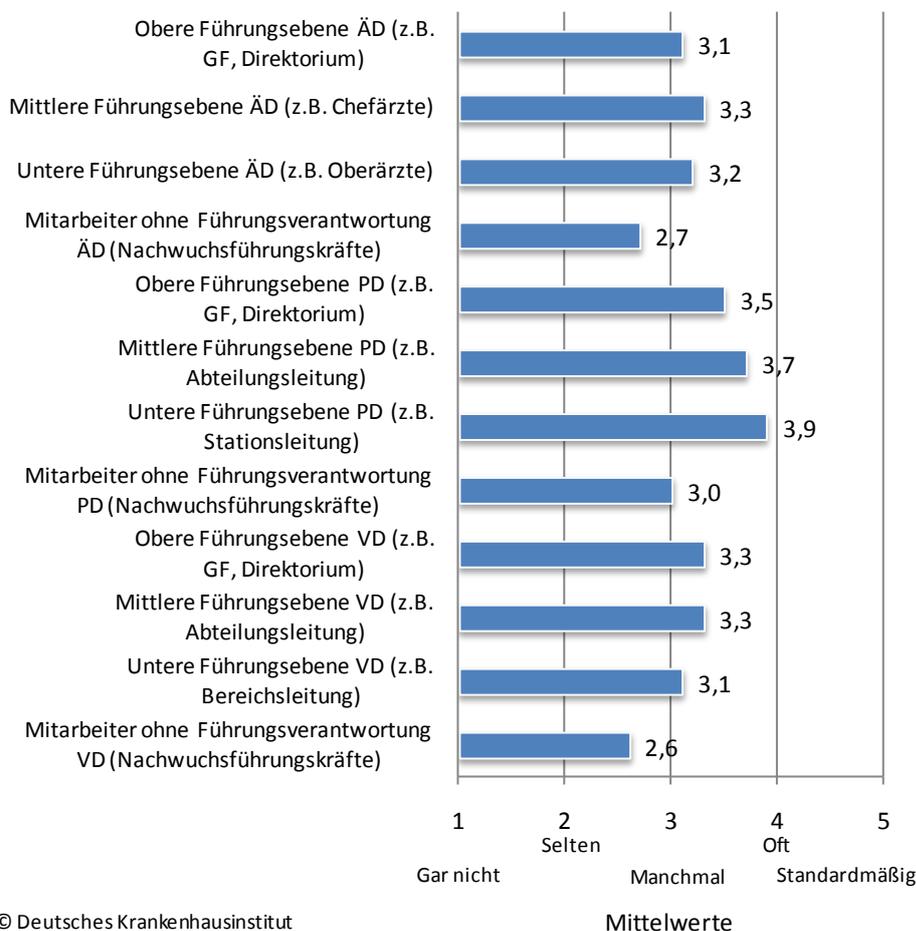
Die Führungskräfteentwicklung ist ein Teil der Personalentwicklung, die sich mit der Weiterbildung und Förderung von Führungspersonen befasst. „In diesem Sinne umfasst sie alle Aktivitäten innerhalb und außerhalb eines Unternehmens, die der Vermittlung und Förderung von Fach-, Sozial- und Managementkompetenz sowie von Wissen, Können und Verhalten von Vorgesetzten dienen. Die genaue Abstimmung der Führungskräfteentwicklung auf die organisationale und individuelle Situation ist dabei von besonderer Bedeutung.“ (Gleich, 2011, S. 82) Nachdem in früheren *Krankenhaus Barometern* die Personalentwicklung im Allgemeinen bereits häufiger thematisiert worden ist, wird im *Barometer 2012* erstmalig die Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus fokussiert.

#### 3.1 Systematische Führungskräfteentwicklung

Eingangs sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit gemäß ihrer Selbsteinschätzung die Führungskräfteentwicklung in ihrem Haus systematisch durchgeführt wird. Abb. 15 zeigt die Mittelwerte für verschiedene Dienste und Hierarchiestufen.

Für den Ärztlichen Dienst führten rund 40% der Krankenhäuser an, auf der oberen Führungsebene (Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor), der mittleren Führungsebene (Chefarzt, Abteilungsleitung) und der unteren Führungsebene (Oberarzt, Bereichsleitung) eine systematische Führungskräfteentwicklung oft oder standardmäßig durchzuführen.

### Systematische Führungskräfteentwicklung



**Abb. 15: Systematische Führungskräfteentwicklung**

Im Vergleich zum Ärztlichen Dienst ist die Führungskräfteentwicklung im Pflegedienst weiter fortgeschritten. Dies betrifft alle Hierarchieebenen gleichermaßen. Auffallend sind dabei insbesondere die überdurchschnittlichen Werte für die mittlere Führungsebene (z.B. Abteilungsleitung) und die untere Führungsebene im Pflegedienst (z.B. Stations- oder Bereichsleitung). Jeweils mehr als 60% der Einrichtungen gaben an, hier eine systematische Führungskräfteentwicklung oft oder standardmäßig durchzuführen.

Mit Blick auf den Verwaltungsdienst fokussiert die Führungskräfteentwicklung insbesondere die obere Führungsebene, also Geschäftsführung oder Direktorium, und die mittlere Führungsebene, etwa

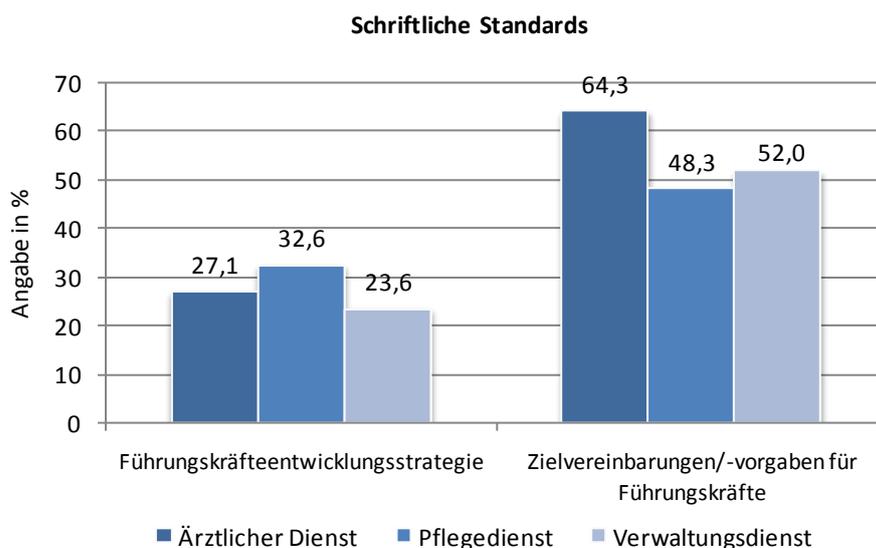


Abteilungsleiter. Jeweils knapp die Hälfte der befragten Krankenhäuser schätzt hier ihre Führungskräfteentwicklung oft oder standardmäßig als systematisch ein.

### 3.2 Schriftliche Standards

Eine systematische Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus lässt sich u.a. auch daran ablesen, dass sie in wichtigen Aspekten schriftlich fixiert ist und in diesem Sinne einen hohen Verbindlichkeitsgrad aufweist. Deswegen wurden die Teilnehmer danach gefragt, für welche Dienste in ihrem Krankenhaus ausgewählte Aspekte der Führungskräfteentwicklung schriftlich niedergelegt sind.

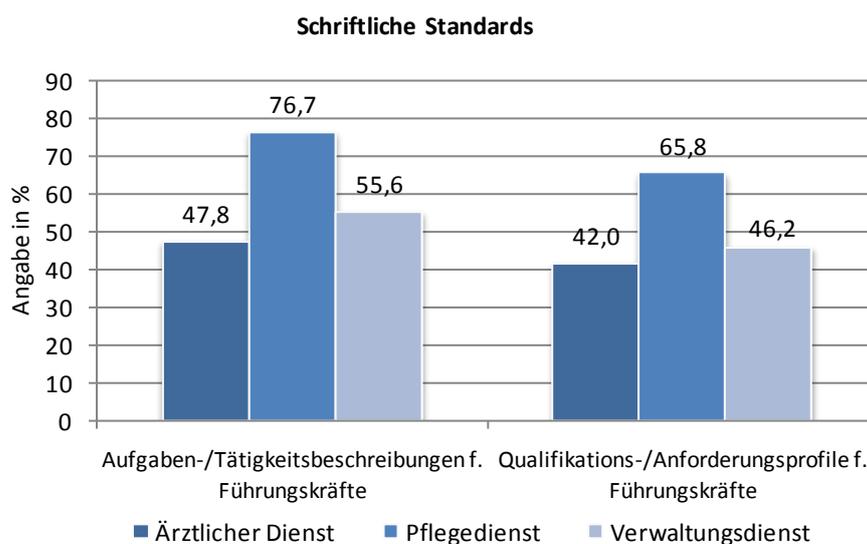
Wie Abb. 16 zu entnehmen ist, verfügt die Mehrzahl der Krankenhäuser bislang nicht über eine schriftliche Strategie zur Führungskräfteentwicklung. Diese liegt in jeweils rund einem Viertel der Einrichtungen für den Ärztlichen Dienst und den Verwaltungsdienst vor und bei knapp einem Drittel der Häuser für den Pflegedienst. Deutlich stärker verbreitet sind dagegen schriftliche Zielvereinbarungen oder Zielvorgaben für Führungskräfte. Fast zwei Drittel der Einrichtungen hat sie im Ärztlichen Dienst etabliert. In jeweils etwa jedem zweiten Haus sind sie für den Pflegedienst und den Verwaltungsdienst schriftlich niedergelegt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 16: Schriftliche Standards 1**

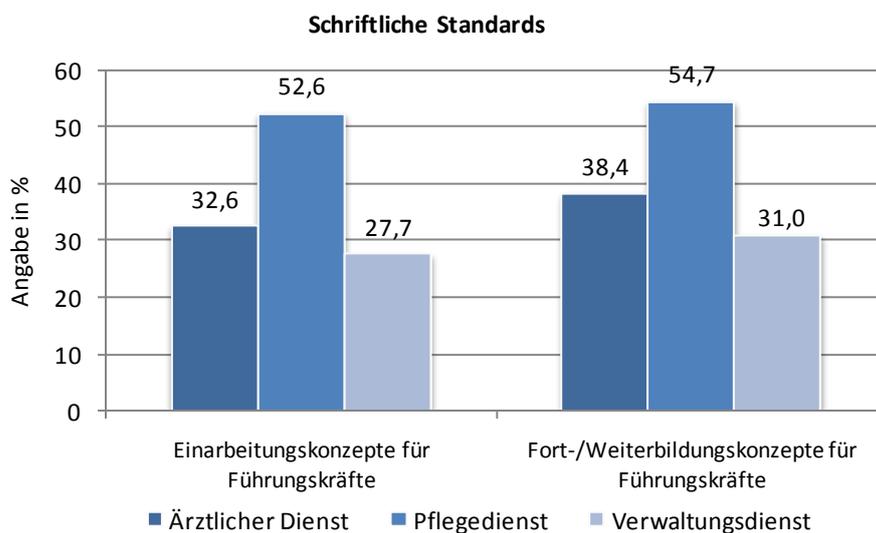
Für eine gezielte Führungskräfteauswahl ist es sinnvoll, Aufgabenbeschreibungen für die verschiedenen Führungspositionen bzw. Anforderungsprofile für die Stelleninhaber zu definieren, um eine adäquate Stellenbesetzung zu gewährleisten. Aufgaben- oder Tätigkeitsbeschreibungen für Führungskräfte hat im Ärztlichen Dienst und im Verwaltungsdienst jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser schriftlich fixiert. Beim Pflegedienst sind es gut drei Viertel der Einrichtungen. Hinsichtlich der Qualifikations- oder Anforderungsprofile der Führungskräfte fallen die Ergebnisse auf etwas niedrigerem Niveau in der Tendenz ähnlich aus (Abb. 17).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 17: Schriftliche Standards 2**

Schriftliche Einarbeitungskonzepte speziell für Führungskräfte existieren in jeweils rund 30% der Krankenhäuser für den Ärztlichen Dienst und den Verwaltungsdienst sowie in gut 50% der Einrichtungen für den Pflegedienst. Schriftliche Fort- und Weiterbildungskonzepte sind für alle drei Dienste etwas stärker verbreitet (Abb. 18).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 18: Schriftliche Standards 3**

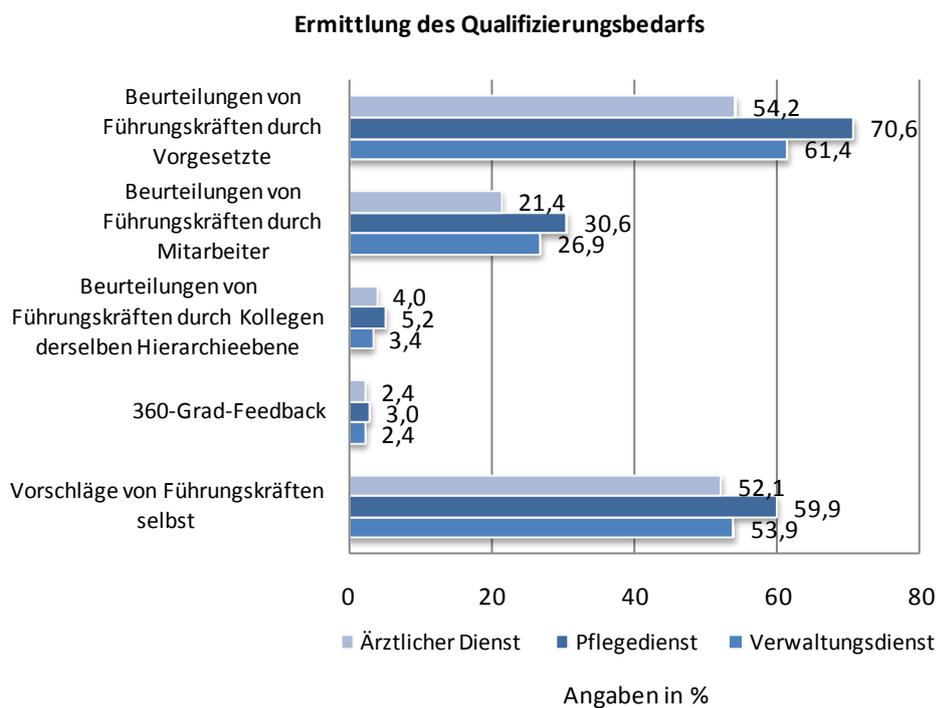


Nach Krankenhausgröße betrachtet, sind die erfragten Aspekte der Führungskräfteentwicklung in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten tendenziell seltener schriftlich niedergelegt.

### 3.3 Qualifizierungsbedarfe

Eine wichtige Voraussetzung der Führungskräfteentwicklung ist eine gezielte Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften. Dadurch ist gewährleistet, dass mittel- bis langfristig das Aufgabenprofil einer Führungsposition und das Anforderungsprofil des Stelleninhabers zur Deckung gebracht werden und hinreichend qualifiziertes Führungspersonal zur Verfügung steht. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, welche Maßnahmen und Methoden zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften in ihrem Krankenhaus standardmäßig zum Einsatz kommen.

Eine Möglichkeit hierfür besteht in der Beurteilung des Qualifizierungsbedarfs durch Mitarbeiter oder Personal unterschiedlicher Hierarchiestufen (Abb. 19). In dieser Hinsicht ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen Vorgesetzten, Kollegen derselben Hierarchieebene und nachgeordneten Mitarbeitern. Überwiegend erfolgt die Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs in deutschen Krankenhäusern noch durch Vorgesetzte: Zwischen 54% (Ärztlicher Dienst) und 71% (Pflegedienst) der Krankenhäuser lassen den Qualifizierungsbedarf von Führungskräften durch deren (unmittelbare) Vorgesetzte beurteilen. Damit sind Vorgesetztenbeurteilungen das am weitesten verbreitete Instrument zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften. In der Mehrzahl der Krankenhäuser können überdies Führungskräfte selbst Vorschläge zu ihrem Fort- und Weiterbildungsbedarf standardmäßig einbringen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

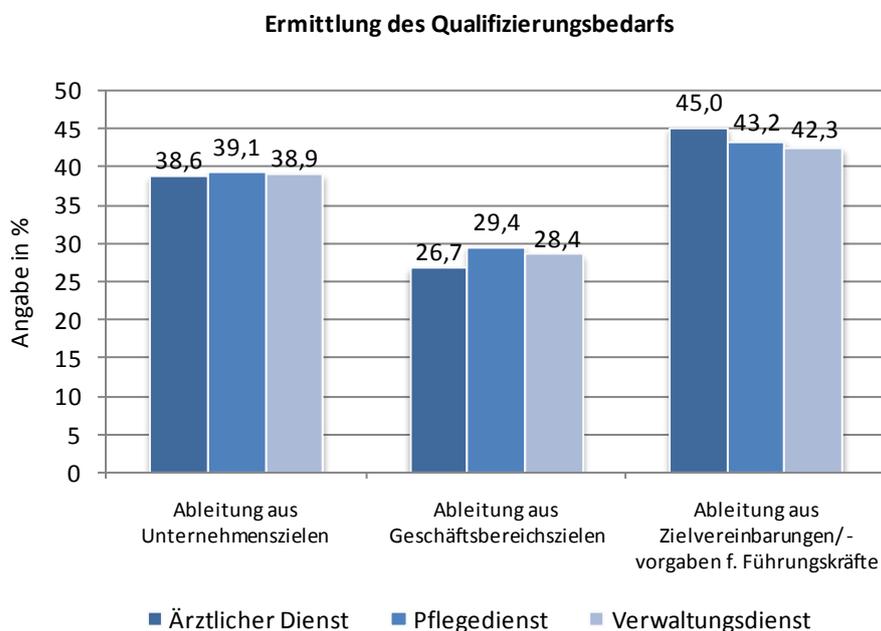
**Abb. 19: Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs 1**

Deutlich weniger verbreitet sind Beurteilungen von Führungskräften durch Mitarbeiter. Diese kommen zwischen gut 20% (Ärztlicher Dienst) und 30% (Pflegedienst) der Einrichtung standardmäßig zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften zum Einsatz. Eher selten sind dagegen Beurteilungen durch Kollegen derselben Hierarchieebene.

Dasselbe gilt für das sog. 360-Grad-Feedback. Dabei handelt es sich um eine umfassende und systematische Beurteilung von Führungskräften auf Basis eines standardisierten Fragebogens, der gleichermaßen von Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeitern sowie ggf. auch von internen und externen Kunden zu beantworten ist (Gleich, 2011).

Der Qualifizierungsbedarf kann des Weiteren aus bestimmten Zielvorgaben abgeleitet werden. In dieser Hinsicht ist zwischen Unternehmenszielen, Geschäftsbereichszielen und individuellen Zielvereinbarungen zu unterscheiden. Ableitungen aus Unternehmenszielen und individuellen Zielvereinbarungen/-vorgaben für Führungskräfte gibt es standardmäßig in jeweils rund 40% der Krankenhäuser. In jeweils knapp 30% der

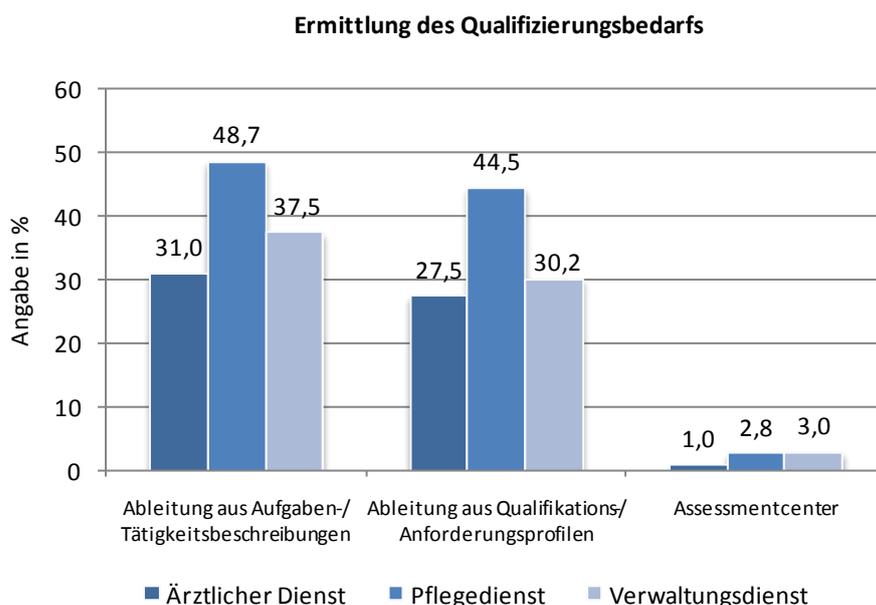
Einrichtungen ist der Qualifizierungsbedarf von Führungskräften aus Geschäftsbereichszielen abgeleitet (Abb. 20).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 20: Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs 2**

Darüber hinaus wird der Qualifizierungsbedarf von Führungskräften in erster Linie noch aus den Aufgaben- und Tätigkeitsbeschreibungen für eine Position respektive aus Qualifikations- oder Anforderungsprofilen an die Stelleninhaber abgeleitet (Abb. 21). Dies gilt wiederum überproportional für den Pflegedienst, bei jedem in fast jedem zweiten Krankenhaus auf entsprechende Aufgaben- oder Anforderungsprofile rekuriert wird. Das Assessmentcenter, also der gezielte und komprimierte Einsatz verschiedener Testverfahren und Simulationen von Arbeitssituationen, spielt dagegen in der Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus faktisch keine Rolle.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 21: Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs 3**

Bei insgesamt eher geringen Unterschieden nach Krankenhausgröße sind die erfassten Maßnahmen und Methoden zur Ermittlung des Qualifizierungsbedarfs von Führungskräften in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten tendenziell unterproportional verbreitet.

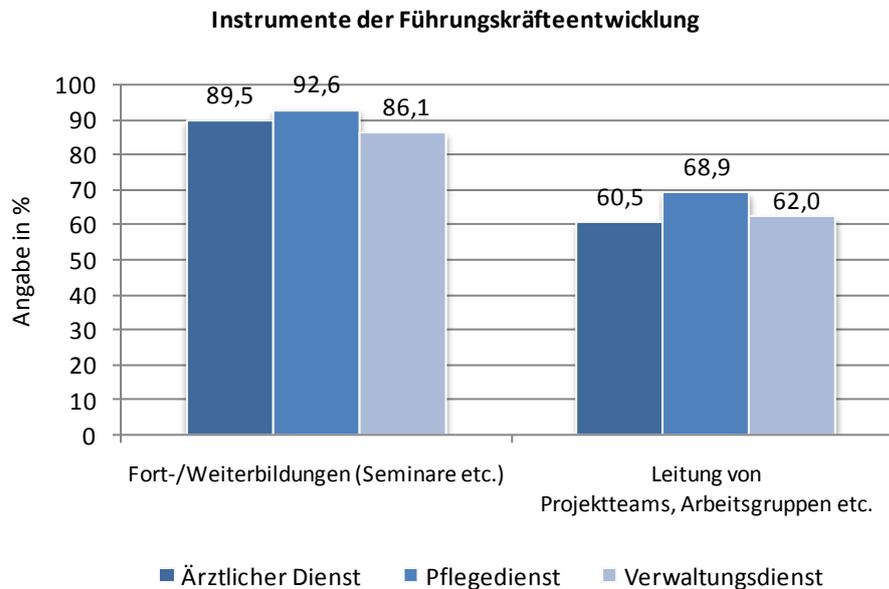
### 3.4 Instrumente der Führungskräfteentwicklung

Sofern ein Qualifizierungs- oder Entwicklungsbedarf festgestellt ist, ist dieser Bedarf in konkrete Qualifizierungsmaßnahmen umzusetzen. Zu diesem Zweck existiert eine Reihe von Instrumenten der Führungskräfteentwicklung. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, welche Maßnahmen und Instrumente der Führungskräfteentwicklung bei ihnen standardmäßig zum Einsatz kommen. Dabei wurde wiederum nach den drei Diensten differenziert (Abb. 22).

Das mit großem Abstand am häufigsten eingesetzte Instrument bildet demnach Fort- und Weiterbildungen über fachspezifische oder überfachliche

Seminare, Tagungen oder Kongresse. Diese Maßnahmen kommen dienstartenübergreifend in rund 90% der Kliniken zum Einsatz.

An zweiter Stelle von Instrumenten der Führungskräfteentwicklung rangiert die Leitung von Projektteams, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel o.ä. Führungskräfte werden vor allem auf Grund ihrer Fach- und Führungskompetenz für entsprechende Aufgaben ausgewählt. Nicht zuletzt für Nachwuchsführungskräfte und Führungskräfte auf den unteren Hierarchieebenen stellen entsprechende Leitungsaufgaben ein wichtiges Instrument der Personalentwicklung dar (Gleich, 2011). Zwischen gut 60% (Ärztlicher Dienst, Verwaltungsdienst) und knapp 70% der Krankenhäuser (Pflegedienst) bedienen sich standardmäßig dieses Instrumentes.



© Deutsches Krankenhausinstitut

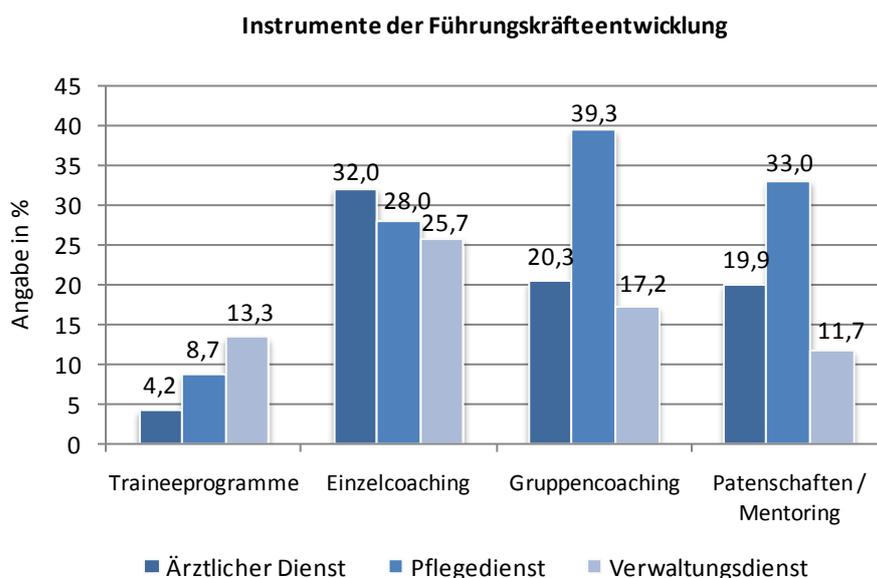
**Abb. 22: Instrumente der Führungskräfteentwicklung 1**

Die Entwicklung von Führungskräften kann des Weiteren durch eine gezielte Begleitung, Beratung und Unterstützung seitens anderer Personen erfolgen (Kirchner et al., 2012). Beim Mentoring (Patenschaft) steht eine in der Regel erfahrene und höher gestellte Führungskraft nachgeordneten Führungskräften oder Nachwuchsführungskräften als kontinuierlicher Begleiter in Fach- oder Führungsfragen zur Verfügung. Ein Mentoring von

Führungskräften ist noch am ehesten im Pflegedienst anzutreffen (33%), hingegen seltener beim Ärztlichen Dienst (20%) und im Verwaltungsdienst (12%).

Im Unterschied zum Mentoring sind Coachingprozesse stärker auf die Bewältigung bestimmter aufgabenbedingter oder persönlicher Anforderungen und Probleme ausgerichtet, nicht selten durch externe Berater (Kirchner et al., 2012). Das Coaching kann dabei individuell oder für eine Gruppe von Führungskräften erfolgen. Ein Einzelcoaching ist dabei im Ärztlichen Dienst in 32% der Krankenhäuser, relativ gesehen, am weitesten verbreitet. Demgegenüber dominiert bei den pflegerischen Führungskräften in fast 40% aller Einrichtungen ein Gruppencoaching. Am wenigsten verbreitet sind Coachingprozesse in der Krankenhausverwaltung (Abb. 23).

Umgekehrt verhält es sich bei Trainee-Programmen, die vor allem auf die Qualifizierung von Nachwuchsführungskräften zielen. Sie sind am häufigsten im Verwaltungsdienst in 13% der Einrichtungen anzutreffen. Generell sind Trainee-Programme auch und gerade für Führungskräfte aber wenig verbreitet. Vor dem Hintergrund der im Krankenhaus klar geregelten Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen, insbesondere im Pflegedienst und im Ärztlichen Dienst, ist dieses Ergebnis nachvollziehbar.

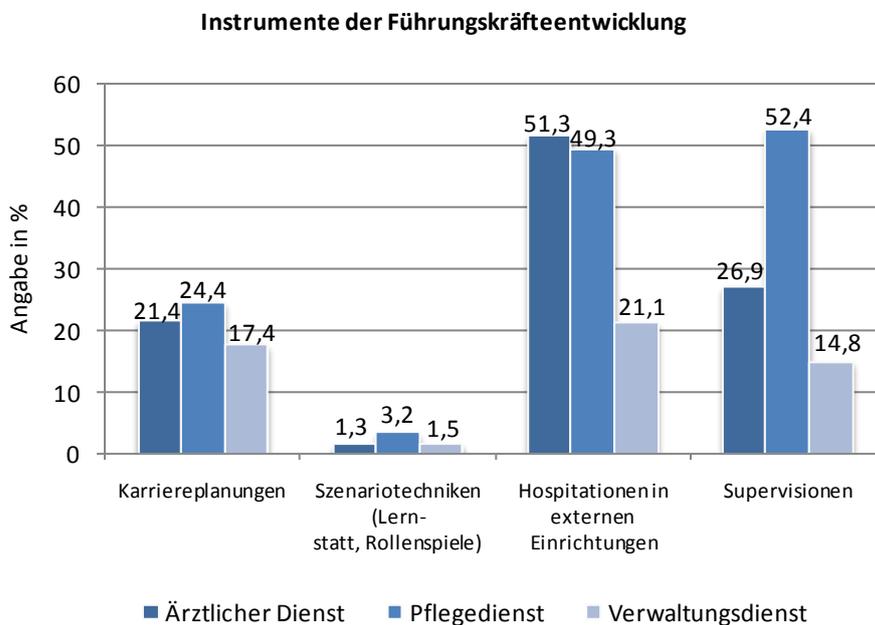


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 23: Instrumente der Führungskräfteentwicklung 2**

Daneben existiert noch eine Reihe spezifischer Maßnahmen und Instrumente der Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus. So sind vor allem im Ärztlichen Dienst und Pflegedienst Hospitationen in externen Einrichtungen sowie Supervisionen relativ weit verbreitet (Abb. 24).<sup>4</sup>

Bislang gibt es erst in einer Minderheit von Krankenhäusern gezielte Karriereplanungen für Führungskräfte. Zwischen gut 17% (Verwaltungsdienst) und rund 24% (Pflegedienst) der Befragten gaben an, dass die gezielte Planung von Führungskarrieren in ihren Häusern zum Standard des Personalmanagements gehört.



© Deutsches Krankenhausinstitut

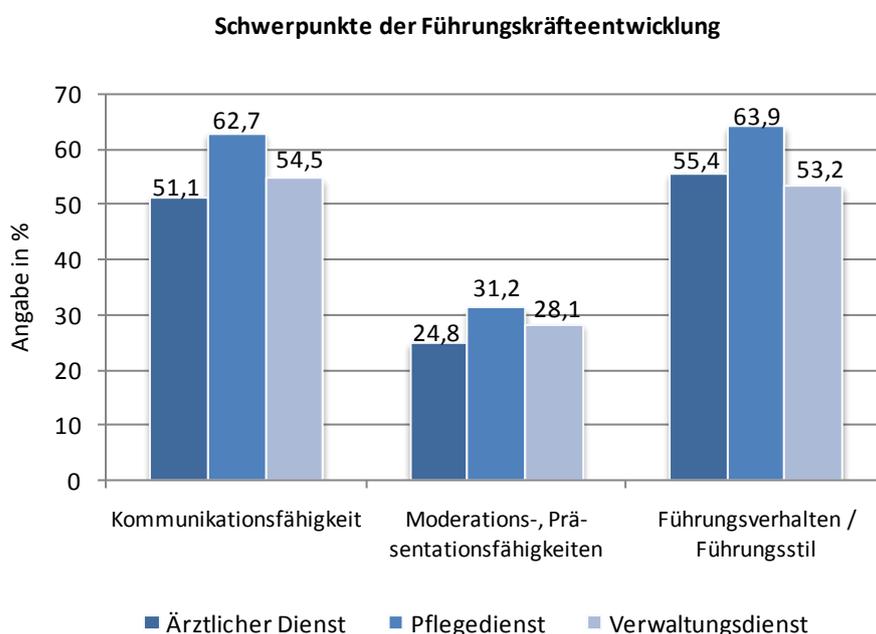
**Abb. 24: Instrumente der Führungskräfteentwicklung 4**

<sup>4</sup> Es sei dahin gestellt, inwieweit diese Instrumente immer auch speziell zur Führungskräfteentwicklung eingesetzt werden.

### 3.5 Überfachliche Qualifikationen

Aus naheliegenden Gründen bildet die Verbesserung der fachlichen Kompetenz etwa im ärztlichen, pflegerischen und kaufmännischen Bereich einen Schwerpunkt auch der Personalentwicklung von Führungskräften. Für Führungskräfte, insbesondere mit steigender Hierarchieebene, gewinnen überfachliche Fähigkeiten zusehends an Bedeutung. Diese Fähigkeiten umfassen soziale, personelle oder Führungskompetenzen der Führungskraft. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, welche überfachlichen Qualifikationen in ihrem Krankenhaus standardmäßig Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung sind.

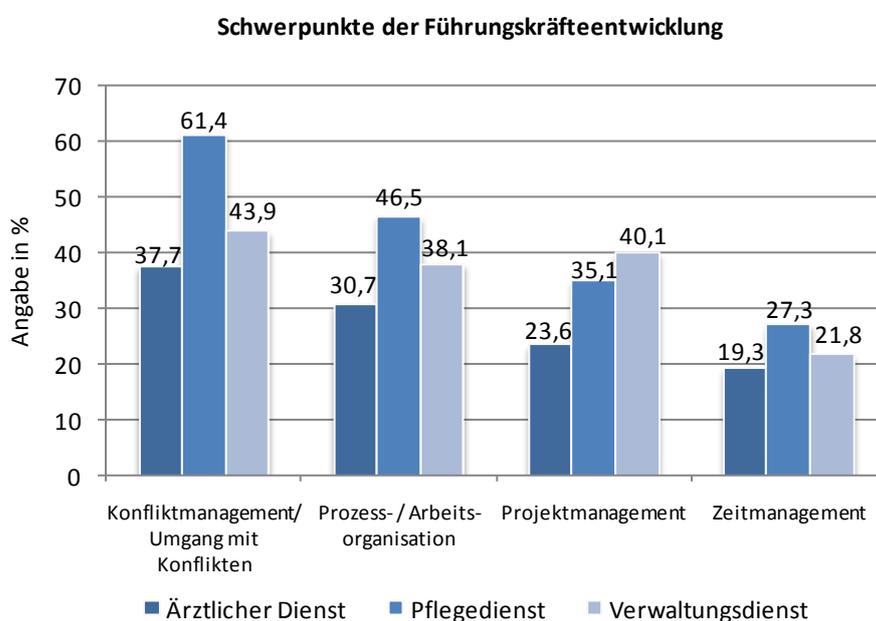
In mehr als jedem zweiten Krankenhaus bilden demnach das Führungsverhalten bzw. der Führungsstil sowie die Kommunikationsfähigkeiten standardmäßig einen inhaltlichen Schwerpunkt der Führungskräfteentwicklung. Entsprechende Fortbildungen sind wiederum im Pflegedienst leicht überrepräsentiert (Abb. 25).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 25: Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung 1**

Darüber hinaus wurde eine Reihe von Aspekten erfragt, die spezifische Managementkompetenzen von Führungskräften mit Blick auf unterschiedliche Aspekte der Arbeitsorganisation umfassen. Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung bilden u.a. das Konfliktmanagement, das Prozessmanagement und das Projektmanagement. Standardmäßig sind die entsprechenden Inhalte im Ärztlichen Dienst am wenigsten verbreitet. Beispielsweise bildet nur in etwa jedem dritten Krankenhaus der Umgang mit Konflikten oder die Prozess- und Arbeitsorganisation einen Schwerpunkt der Führungskräfteentwicklung. In dieser Hinsicht sind der Pflegedienst und der Verwaltungsdienst deutlich besser aufgestellt (Abb. 26).

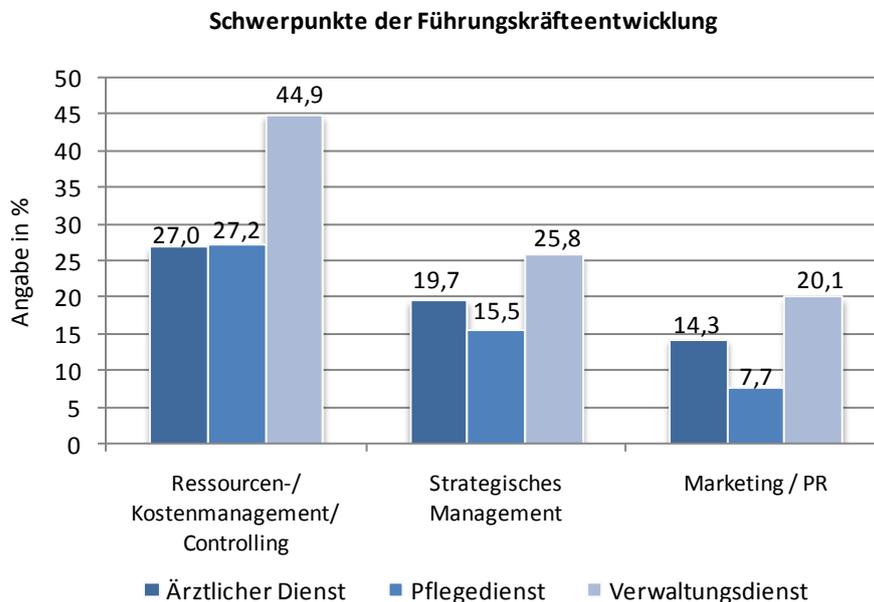


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 26: Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung 2**

Allgemeine ökonomische Kompetenzen von Führungskräften – etwa im Bereich des Kostenmanagements, des strategischen Managements oder des Marketings – gehören gleichfalls nur partiell zum Standard der Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus. Beispielsweise qualifiziert nur jeweils gut ein Viertel der Krankenhäuser ärztliche und pflegerische Führungskräfte standardmäßig in Fragen des Controllings, des Ressourcen- und Kostenmanagements und jeweils weniger als 20% zu Aspekten des

strategischen Managements; noch seltener sind Qualifizierungen im Bereich von Marketing und PR (Abb. 27).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 27: Schwerpunkte der Führungskräfteentwicklung 3**

Nach Krankenhausgröße differenziert, fielen bei den meisten betrachteten Themen die Ergebnisse für die kleineren Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten wiederum tendenziell unterproportional aus, während Häuser der übrigen Größenklassen sich in dieser Hinsicht wenig unterschieden.

### 3.6 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

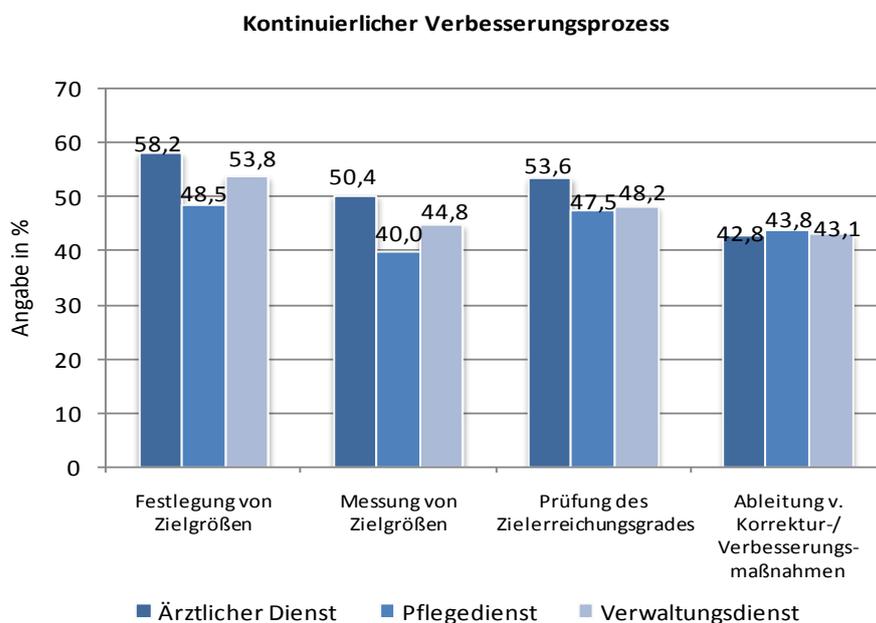
Die Frage, ob und inwieweit die Führungskräfteentwicklung systematisch erfolgt, lässt sich auch daran ablesen, dass sie Gegenstand eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Sinne des PDCA-Zyklus ist. Eine systematische Führungskräfteentwicklung wird demnach durch eine strukturierte Planung, Umsetzung, Evaluation und Weiterentwicklung von Maßnahmen und Projekten des Personalmanagements erzielt. Ziel des entsprechenden Personalcontrollings ist zu prüfen, inwieweit die strategischen und operativen Ziele der Führungskräfteentwicklung auch

tatsächlich erreicht wurden. Des Weiteren sind aus eventuellen Abweichungen weitere Korrektur- oder Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Im *Krankenhaus Barometer* sollten sich die Befragungsteilnehmer daher dazu äußern, welche Maßnahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in der Führungskräfteentwicklung ihres Krankenhauses standardmäßig zum Einsatz kommen (Abb. 28).

Ausgangspunkt des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses bildet die Definition von Zielgrößen für die Führungskräfteentwicklung. Jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser gab an, standardmäßig Zielgrößen für die Führungskräfteentwicklung festzulegen. Der entsprechenden Anteilswert fällt im Ärztlichen Dienst mit 58% höher aus als im Pflegedienst (49%) und im Verwaltungsdienst (54%).

Sofern Zielgrößen definiert worden sind, werden sie häufig auch regelmäßig erfasst. Zwischen knapp 40% (Pflegedienst) und gut 50% (Ärztlicher Dienst) der Befragungsteilnehmer führte an, Zielgrößen der Führungskräfte standardmäßig zu messen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 28: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess**



Die Prüfung des Zielerreichungsgrades besteht im Abgleich von festgelegten und gemessenen Zielgrößen. Dienstartenübergreifend gehört es in jedem zweiten Krankenhaus zum Standard, den Zielerreichungsgrad von Maßnahmen der Führungskräfteentwicklung zu überprüfen.

Den letzten Schritt im kontinuierlichen Verbesserungsprozess bildet die Ableitung von Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen. Diese sind insgesamt nicht so stark verbreitet wie die übrigen Prozessaspekte. Jeweils rund 43% der Befragten gaben über alle Dienstarten an, aus der Erfolgskontrolle ihrer Führungskräfteentwicklung standardmäßig weitere Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.

Nach Krankenhausgröße gab es mit Blick auf den kontinuierlichen Verbesserungsprozess in der Führungskräfteentwicklung keine signifikanten oder systematischen Unterschiede.



## 4 Der ältere Patient im Krankenhaus

Laut übereinstimmenden Bevölkerungsprognosen werden die Menschen in Deutschland immer älter (Statistisches Bundesamt 2009, 2011; Gutachten des Sachverständigenrates 2009). Für die Krankenhäuser bedeutet dies, dass sie sich bei insgesamt zunehmender Patientenzahl auf einen noch größeren Anteil älterer Patienten einstellen müssen, die häufig unter Multimorbidität und chronischen Erkrankungen leiden.

Es stellt sich daher die naheliegende Frage, inwieweit die Krankenhäuser auf die älteren Patienten vorbereitet sind. Dazu gibt das *Krankenhaus Barometer* Antworten. Es erfolgte hierbei eine zweifache Beschränkung:

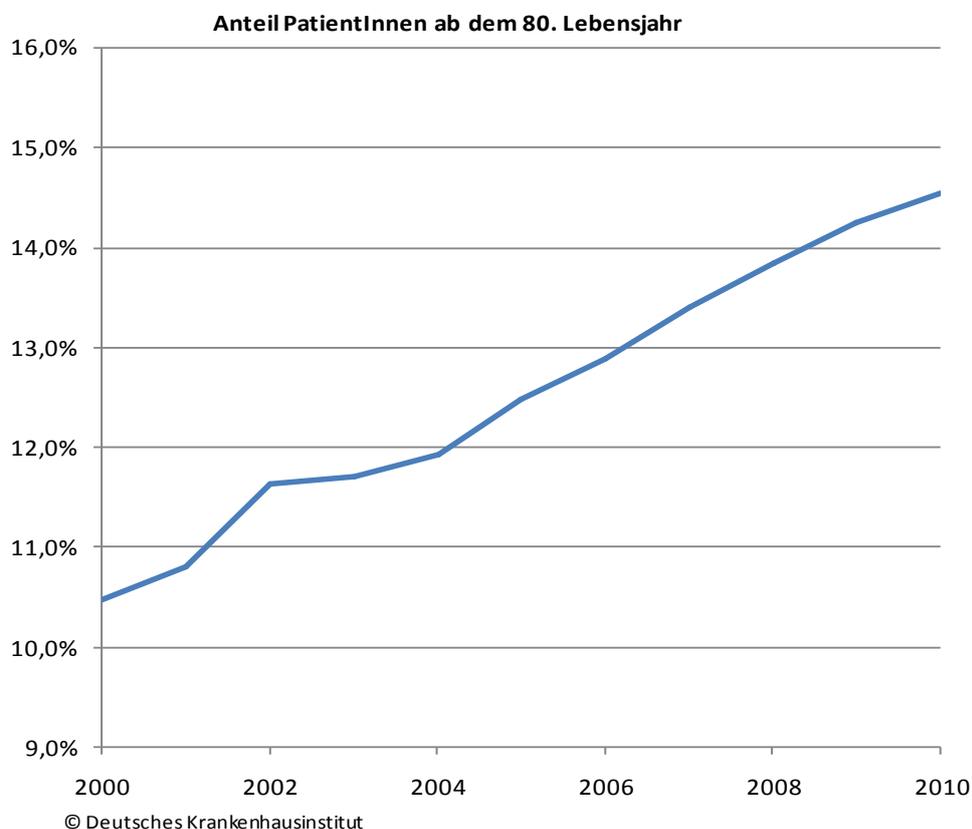
Zum einen wurden als ältere Patienten nur Patienten ab dem 80. Lebensjahr definiert. Während unter den 65 bis unter 80jährigen noch ein recht hoher Anteil an gesunden und aktiven Menschen zu finden ist, für die der Begriff „junge Alte“ durchaus seine Berechtigung hat, nehmen die ernsthaften Gesundheitsprobleme ab dem 80. Lebensjahr zu, sowohl in physischer als auch in psychischer Form. Ein Krankenhausaufenthalt ist damit für die Patientengruppe sehr belastend. Die Krankenhäuser sehen sich vor allem bei dieser Altersgruppe vor besondere Herausforderungen gestellt.

Zum anderen können im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* nur ausgewählte Fragestellungen behandelt werden. Eine umfassende Analyse muss Spezialstudien vorbehalten bleiben. Zu den ausgewählten Fragestellungen gehören neben der Diskussion der personellen und strukturellen Ressourcen auch Fragen zur Sturzprävention und zum Umgang mit dementen Patienten.

### 4.1 Behandelte Patienten ab dem 80. Lebensjahr

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht seit dem Jahr 2000 die „Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern“. Darin ist u.a. eine Übersicht der behandelten Patienten nach Altersgruppen zu finden.

Setzt man den Anteil der behandelten Patienten ab dem 80. Lebensjahr in Bezug zur Gesamtzahl der stationär Behandelten, so stellt man fest, dass deren Anteil ständig gestiegen ist (Abb. 29).

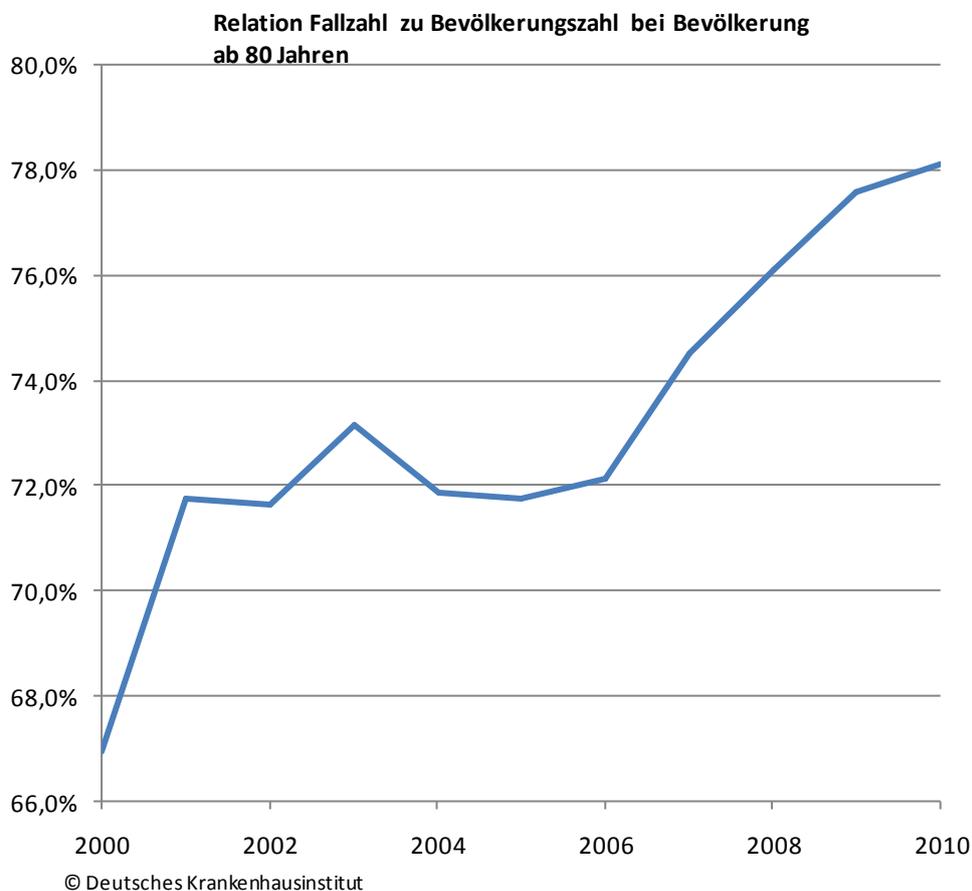


**Abb. 29: Anteil der stationär im Krankenhaus behandelten Patienten ab dem 80. Lebensjahr an allen PatientInnen**

Lag der Anteil der ab 80jährigen im Jahr 2000 noch bei 11%, so nahm er bis 2010 auf 15% zu – und dies bei insgesamt steigenden Fallzahlen. Im Zeitraum zwischen 2000 und 2010 stieg die Fallzahl der stationär behandelten Patienten um rund 13%. Dagegen nahm die Zahl der Patienten ab dem 80. Lebensjahr um fast 57% zu.

Insgesamt stieg die stationäre Behandlungsbedürftigkeit in der Altersgruppe ab 80 Jahren in der Dekade zwischen 2000 und 2010 an. Setzt man die Zahl

der stationär Behandelten in Relation<sup>5</sup> zur Bevölkerungsanzahl in dieser Altersgruppe, so zeigt sich folgendes Bild (Abb. 30):



**Abb. 30: Relation der in Krankenhäusern behandelten PatientInnen zur Bevölkerung ab dem 80. Lebensjahr**

Seit dem Jahr 2000 steigt die Relation der behandelten Personen in der Altersgruppe ab 80 Jahren von ehemals 67% auf nunmehr 78% im Jahr 2010 an.

<sup>5</sup> Bei der in der Diagnosestatistik ausgewiesenen Zahl handelt es sich um eine Fallzählung und nicht um eine Personenzählung. Sofern eine Person mehrfach in einem Jahr stationär behandelt wurde, wird sie auch mehrfach in der Diagnosestatistik erfasst. In der Bevölkerungsstatistik wird diese Person aber nur einmal erfasst.



Im Hinblick auf wirtschaftliche Planungen und Strategien der Krankenhäuser stellt sich die Frage, ob sich dieser Trend in Zukunft derart eindeutig fortsetzen wird.

Hinsichtlich der Entwicklung der Bevölkerungszahlen liegt mit den Ergebnissen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2009) eine Prognose der Besetzung der Altersgruppen vor.

Mit der vom Statistischen Bundesamt prognostizierten Anzahl der ab 80jährigen im Jahr 2020 und einer Trendfortschreibung der Relation „behandelte Patienten zur Anzahl der ab 80jährigen“ könnte man die stationäre Fallzahl im Jahr 2020 ermitteln.

Allerdings bietet sich eine solche Berechnungsweise hier nicht an. Bei einer Trendfortschreibung der o.g. Relation würde sich ein Anteil der behandelten Patienten von rund 86% ergeben. Eine solch gelagerte Trendfortschreibung würde daher zu unrealistischen Werten gelangen.

Anstelle einer Trendfortschreibung wurde stattdessen der Mittelwert der Relationen aus den Jahren 2000 bis 2010 gebildet – wohl wissend, dass eine solche Vorgehensweise aus methodischen Gründen auch nicht völlig unproblematisch ist.

Der ermittelte Mittelwert liegt bei 73,2%, so dass davon auszugehen ist, dass drei Viertel aller Personen ab 85 Jahren im Jahr 2020 einmal im Jahr stationär behandelt werden müssen. Das ist im Vergleich zu den Werten der Jahre 2007 bis 2010 ein sehr konservativer Ansatz.

Die Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung dürfen ebenfalls nicht unkritisch übernommen werden. Obwohl die Prognosen der Basisvariante<sup>6</sup> verwendet wurden, lagen die Prognosen für die Jahre 2009

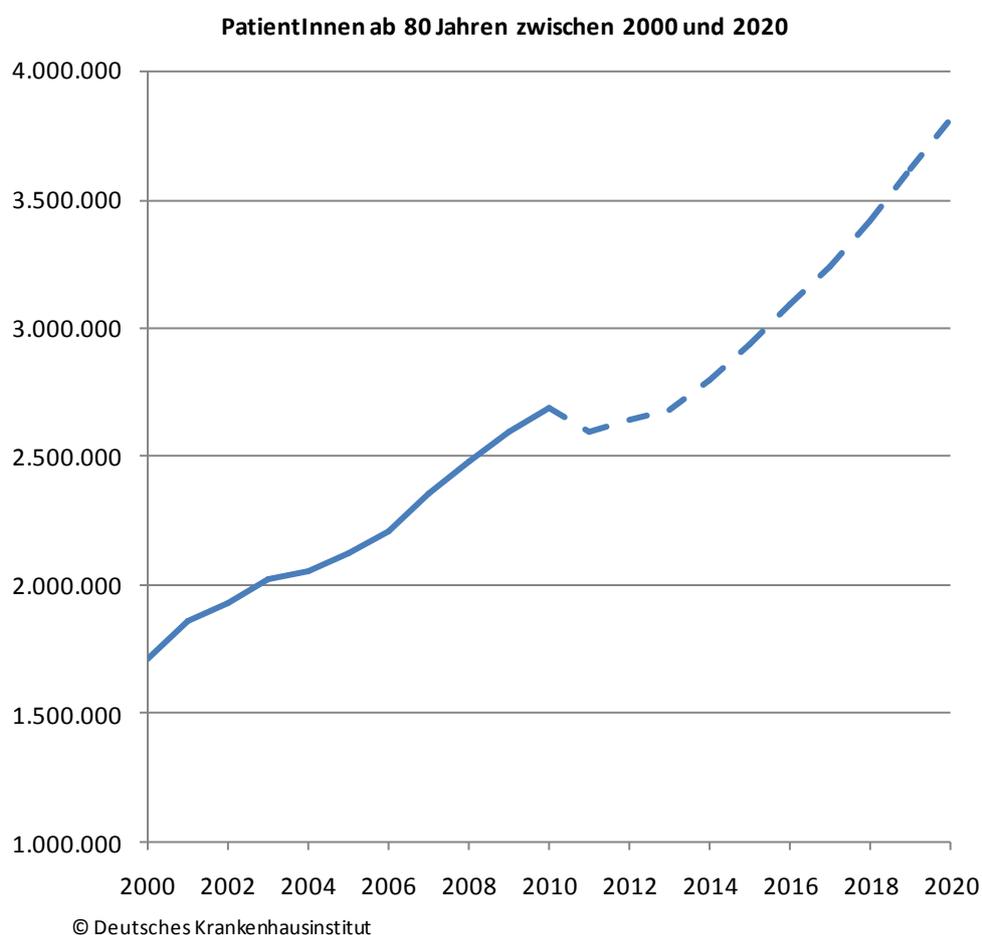
---

<sup>6</sup> Variante 1 - W1: Untergrenze der "mittleren" Bevölkerung.

und 2010 deutlich über denen der Bevölkerungsfortschreibung für diese Jahre.

Aus diesem Grunde werden die Prognosen der Bevölkerungsvorausberechnung ebenfalls korrigiert. Als Korrekturfaktor wurde der Mittelwert der überschießenden Bevölkerungsprognose verwendet. Dadurch erhält man ebenfalls konservative Bevölkerungsprognosen für die Altersgruppe ab 85 Jahren zwischen 2011 und 2020.

In der nachfolgenden Abbildung (Abb. 31) sind die Istwerte durch die durchgezogene Linie und die prognostizierten Werte durch die gestrichelte Linie gekennzeichnet.



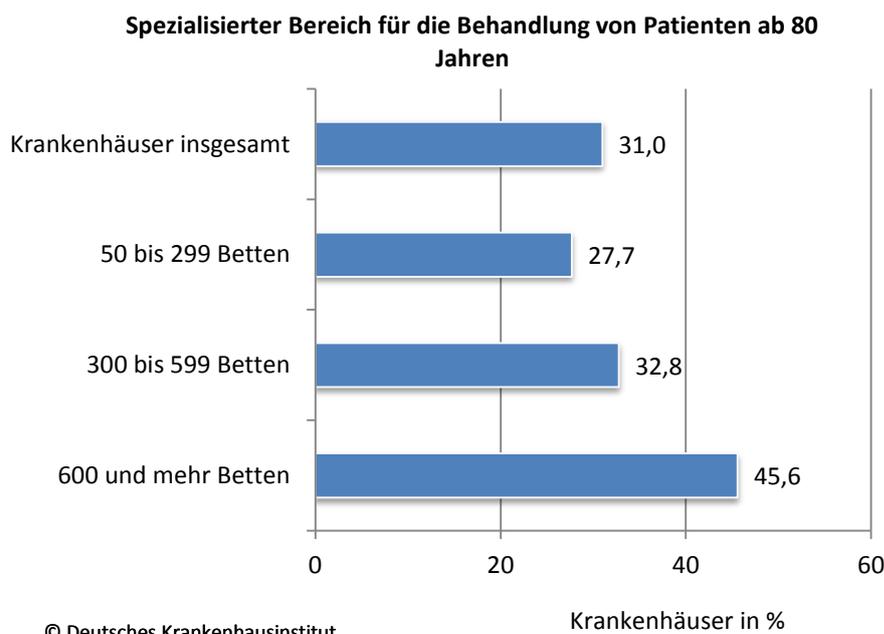
**Abb. 31: Stationär behandelte PatientInnen ab dem 80. Lebensjahr zwischen 2000 und 2020**

Trotz der konservativen Annahmen wird die Anzahl der stationär behandelten Patienten ab dem 80. Lebensjahr von 2,7 Millionen im Jahr 2010 auf 3,8 Millionen in 2020 steigen.

Die Krankenhäuser müssen sich somit verstärkt auf ältere Patienten im Krankenhaus einstellen.

#### 4.2 Krankenhäuser mit spezialisierten Bereichen

Ein Teil der Krankenhäuser hält bereits spezialisierte Bereiche oder Stationen (z.B. Geriatrie, Altersmedizin) für die Behandlung von älteren Patienten vor. Fast ein Drittel der Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland verfügt über einen entsprechenden Bereich (Abb. 32).



**Abb. 32: Spezialisierte Bereiche / Station für die Behandlung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr nach Größenklassen**

Mit zunehmender Größe des Krankenhauses nimmt auch der Anteil der Häuser zu, die eine Abteilung oder Station für die Behandlung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr vorhalten.



Erwartungsgemäß besteht ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Anteils an Patienten ab dem 80. Lebensjahr und der Vorhaltung eines spezialisierten Bereichs.<sup>7</sup>

#### 4.3 Personaleinsatz bei Patienten ab dem 80. Lebensjahr

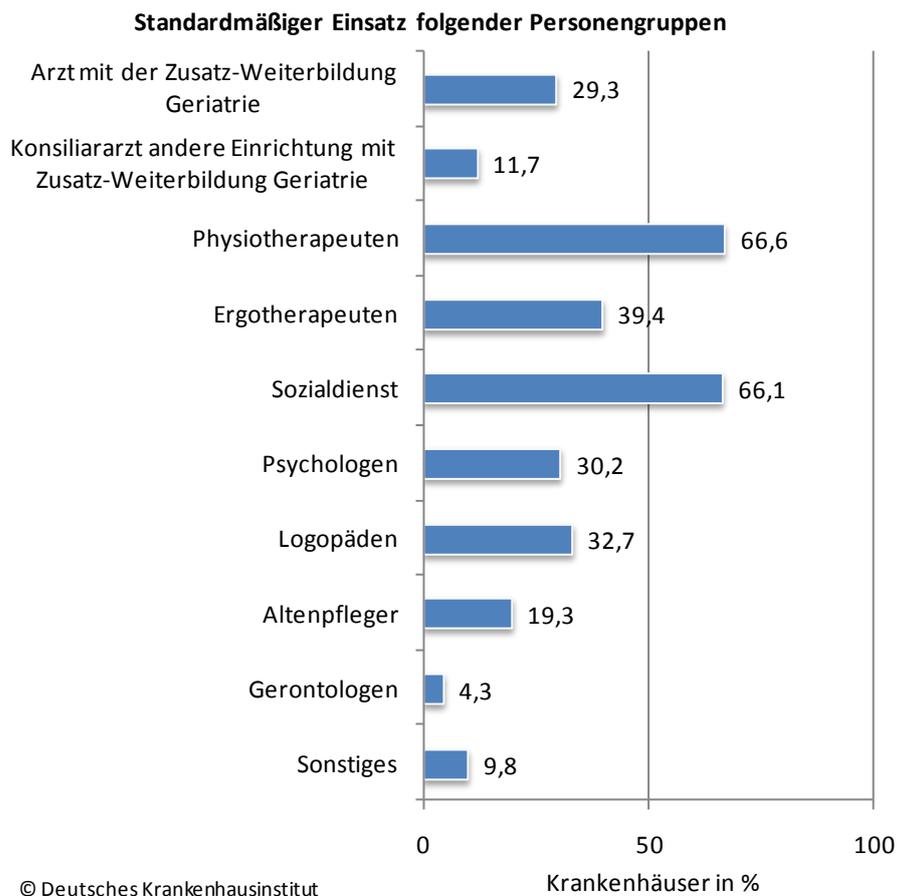
Ein Krankenhausaufenthalt ist nicht nur für die Patienten ab dem 80. Lebensjahr belastend, sondern stellt häufig auch das Krankenhauspersonal vor besondere Herausforderungen.

Daher wurden die Krankenhäuser befragt, welche Personengruppen sich standardmäßig um diese Patienten kümmern. Um eine Einengung auf bestimmte Patientengruppen (z.B. in der Geriatrie oder demente Personen) zu vermeiden, sollten die Krankenhäuser den Personaleinsatz unabhängig von der konkreten Erkrankung angeben.

In zwei Dritteln der Krankenhäuser werden sowohl Physiotherapeuten als auch der Sozialdienst standardmäßig bei Patienten ab dem 80. Lebensjahr eingesetzt (Abb. 33). Der Sozialdienst wird i.d.R. eingeschaltet, um die Überleitung des Patienten aus dem Krankenhaus in andere Einrichtungen oder seine häusliche Umgebung zu gewährleisten. Der Einsatz der Physiotherapeuten dient beispielsweise einer frühzeitigen Mobilisierung der alten Menschen.

---

<sup>7</sup> Es wurde der Eta-Wert für den Zusammenhang zwischen einer nominalen Variablen (Spezialisierter Bereich liegt vor: ja/nein) und einer intervallskalierten Variablen (Anteil stationär behandelter Patienten ab dem 80. Lebensjahr) berechnet. Der Wert liegt bei 0,337.



**Abb. 33: Personaleinsatz bei Patienten ab dem 80. Lebensjahr – alle Krankenhäuser**

In die gleiche Richtung zielt auch der Einsatz von Ergotherapeuten, die in fast 40% der Häuser standardmäßig ältere Patienten betreuen. Diese Mitarbeitergruppe kümmert sich aber nicht nur um die körperlichen Beschwerden der Patienten, sondern auch um psychische oder kognitive Probleme. Darüber hinaus trainieren Ergotherapeuten beispielsweise auch Tätigkeiten des täglichen Lebens, die für einen Übergang in die häusliche Umgebung des Patienten notwendig sind.

Psychische und kognitive Probleme nehmen in der Altersgruppe der ab 80jährigen ebenso zu wie körperliche Beschwerden. Damit kann auch der standardmäßige Einsatz von Psychologen in rund 30% der Krankenhäuser erklärt werden.



In jedem fünften Allgemeinkrankenhaus werden standardmäßig Altenpfleger für die Behandlung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr eingesetzt. Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass bei dieser Patientenklientel nicht nur pflegerische Probleme auftreten, die von Krankenpflegern behandelt werden können, sondern ggf. auch die besonderen Kompetenzen der Altenpflege erforderlich sind.

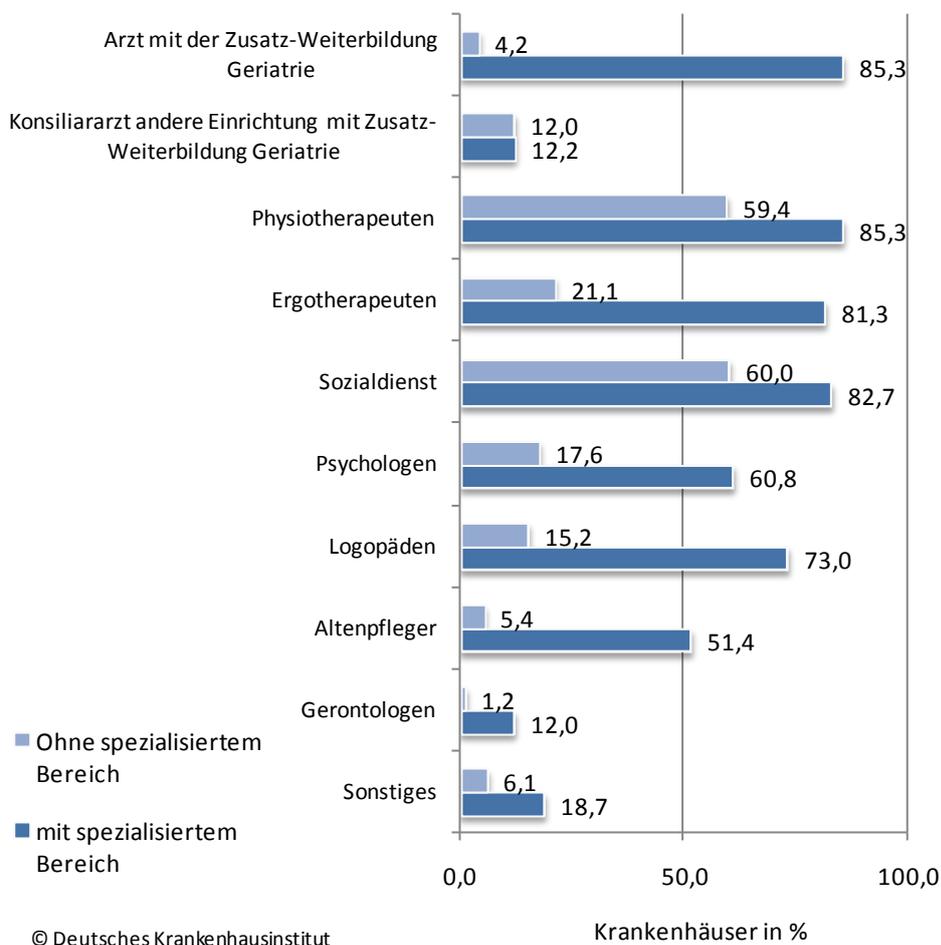
Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie werden in rund 30% der Krankenhäuser standardmäßig bei der Behandlung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr eingesetzt. Konsiliarärzte mit einer entsprechenden Weiterbildung, aber aus anderen Krankenhäusern, werden in ca. 12% der Häuser in Anspruch genommen. Lässt man den parallelen Einsatz von eigenen und von fremden Ärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie außer Acht, so wird in 37% der Krankenhäuser ein Arzt mit einer entsprechenden Zusatz-Weiterbildung standardmäßig bei Patienten ab 80 Jahren eingesetzt.

In 10% der Häuser wird sonstiges Personal eingesetzt. Häufiger genannt wurden hier beispielsweise Ernährungsberater und Demenzpflege. Ein Einsatz von Gerontologen findet nur in 4% der Krankenhäuser statt.

Die Krankenhäuser sollten im Rahmen der Fragestellung lediglich angeben, welche Personengruppen standardmäßig für die Behandlung von Personen ab dem 80. Lebensjahr eingesetzt werden, unabhängig von der konkreten Erkrankung der Patienten. Nicht angegeben werden sollte, in welcher Fachabteilung die älteren Patienten behandelt wurden.

Durch eine Kreuztabellierung der genannten Fragestellung mit der Frage nach der Vorhaltung spezialisierter Bereiche für die Versorgung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr kann aber gezeigt werden, ob es Unterschiede des Personaleinsatzes zwischen Krankenhäusern mit und ohne spezialisierte Einrichtungen gibt:

**Standardmäßiger Einsatz von folgenden Personengruppen**



**Abb. 34: Personaleinsatz bei Patienten ab dem 80. Lebensjahr – mit und ohne spezialisierte Bereiche**

Deutliche Unterschiede ergeben sich beim Einsatz von Ergotherapeuten<sup>8</sup>, etwa auch im Vergleich zu den Physiotherapeuten. Dies mag in den unterschiedlichen Tätigkeitsprofilen der beiden Berufsgruppen begründet sein. Während die Physiotherapeuten die körperlichen Beschwerden der Patienten fokussieren und damit auch für andere Patientengruppen (z.B. orthopädische oder unfallchirurgische Patienten) standardmäßig einsetzbar sind, ist das Handlungsfeld der Ergotherapeuten weiter. Sie sind damit

<sup>8</sup> Hier liegt der Phi-Wert bei 0,57 und zeigt damit einen deutlichen Zusammenhang an.



prädestiniert für die Behandlung von älteren Patienten in entsprechend spezialisierten Einrichtungen.

Das gleiche gilt analog auch für den Einsatz von Logopäden. In fast drei Vierteln der Krankenhäuser mit einer spezialisierten Einrichtung werden Logopäden eingesetzt, aber nur in 15% der Häuser ohne Spezialisierung.

Ein sehr deutlicher Unterschied im Personaleinsatz zeigt sich bei den Altenpflegern. In mehr als der Hälfte der Krankenhäuser mit einer für die Behandlung von Patienten ab 80 Jahren spezialisierten Einrichtung werden Altenpfleger eingesetzt. Das reduziert sich auf 5% der Häuser ohne eine solche spezialisierte Einrichtung.<sup>9</sup>

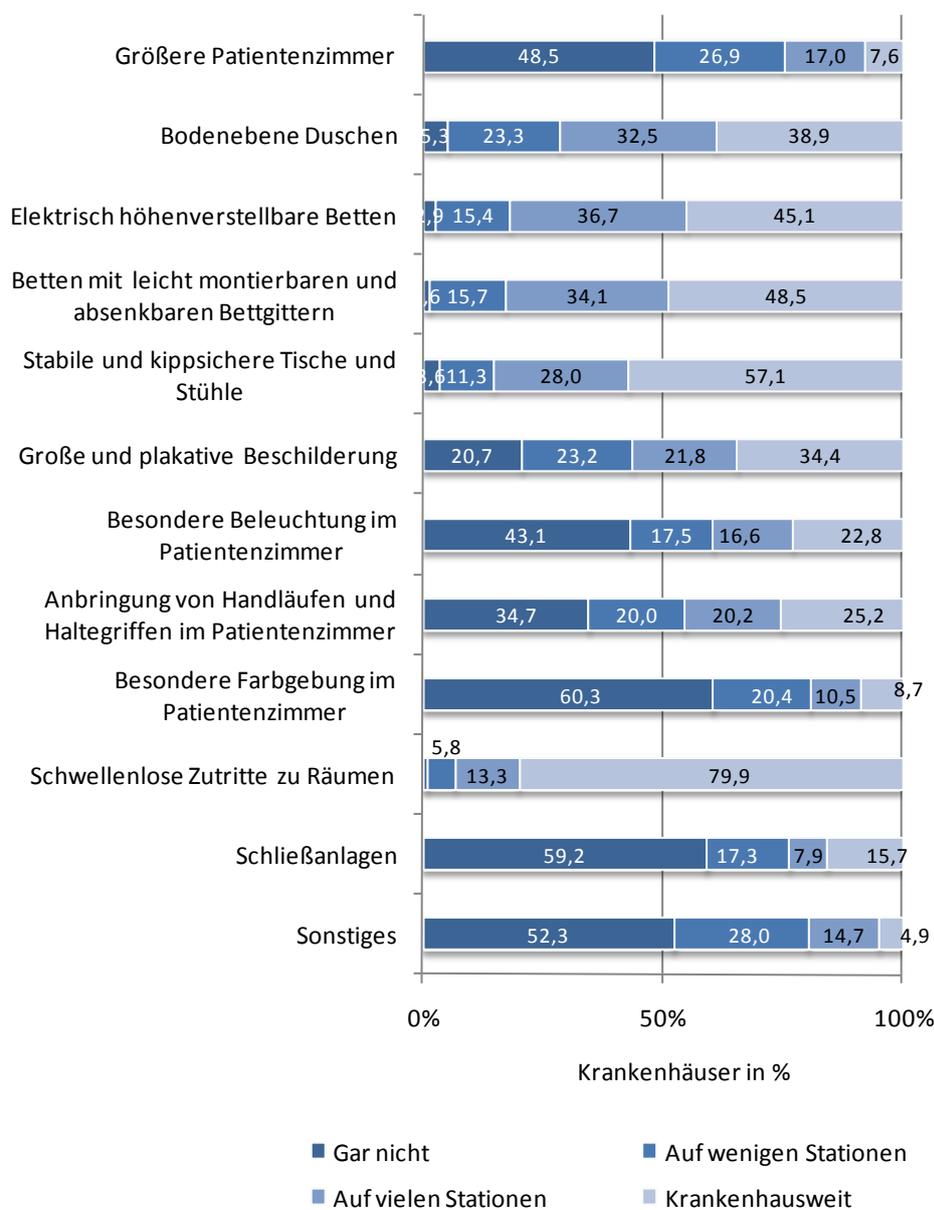
#### 4.4 Altersgerechte Ausstattung

Während es in der vorherigen Frage um die personelle Betreuung der Patienten ab dem 80. Lebensjahr ging, stehen nachfolgend infrastrukturelle Aspekte im Mittelpunkt der Betrachtung. Konkret geht es um eine altengerechte Ausstattung der Patientenzimmer und weiterer Räumlichkeiten (Abb. 35).

---

<sup>9</sup> Der Phi-Wert liegt bei 0,54.

### Aspekte für die Versorgung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 35: Altersgerechte Ausstattung – alle Krankenhäuser**

Über alle Krankenhäuser hinweg zeigen sich zwei Tendenzen hinsichtlich der Ausstattung:

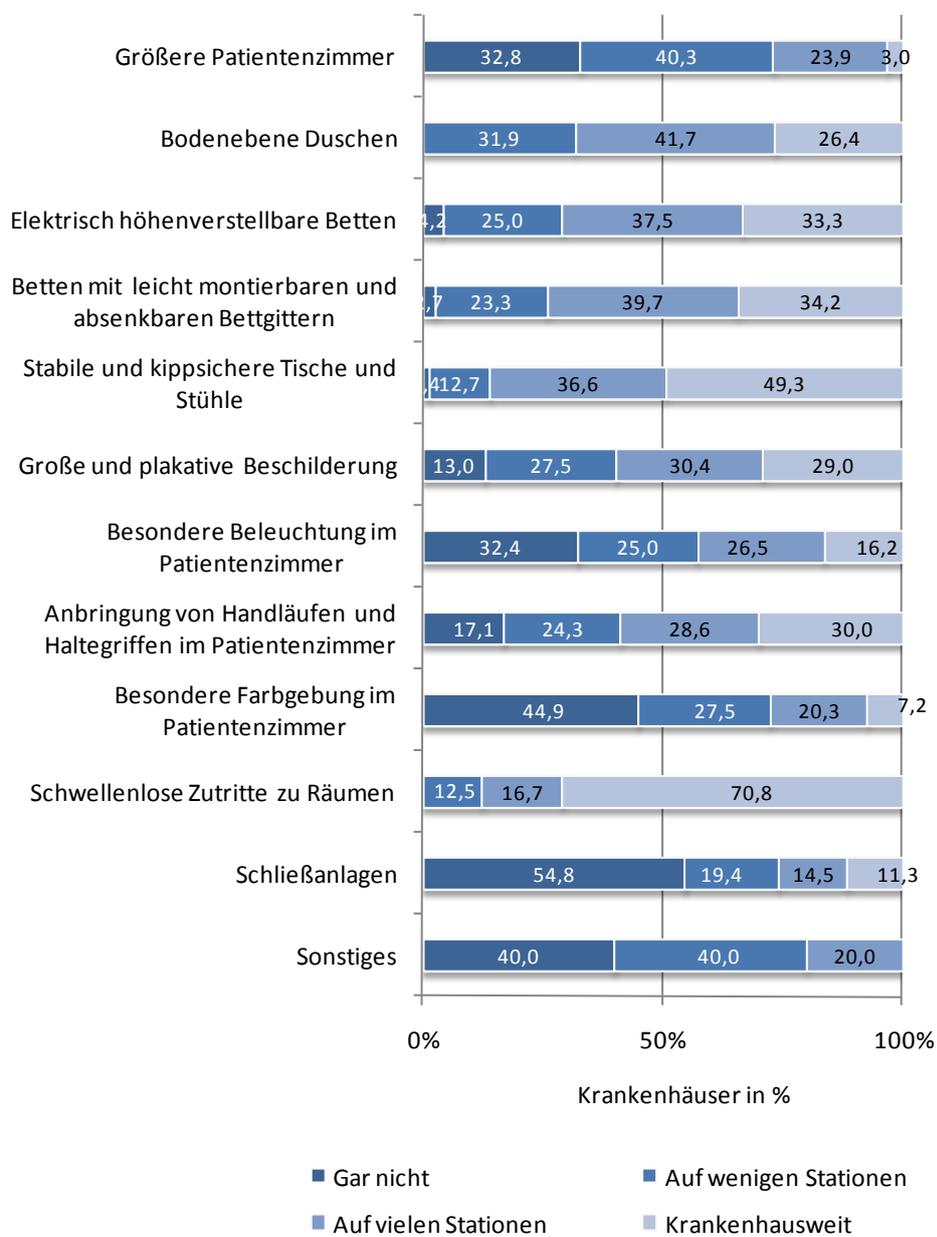
- Auf der einen Seite hat ein Großteil der Krankenhäuser bestimmte Ausstattungsmerkmale krankenhausesweit realisiert. Hierbei handelt es

sich um infrastrukturelle Maßnahmen, die für *alle* Patienten sinnvoll und notwendig sind. Dazu zählen beispielsweise schwellenlose Zutritte zu Räumen (in 80% der Krankenhäuser krankenhausesweit eingeführt), stabile und kipp sichere Tische und Stühle (in 57% der Krankenhäuser krankenhausesweit) oder Betten mit leicht montierbaren und absenk baren Bettgittern (krankenhausesweite Einführung in 49% der Häuser).

- Auf der anderen Seite werden bestimmte Ausstattungsmerkmale nur selektiv vorgehalten, ggf. weil sie etwa nur für bestimmte Patientengruppen benötigt werden. Hierzu gehört u.a. eine besondere Farbgebung im Patientenzimmer (60% haben dies krankenhausesweit nicht umgesetzt). Fast 60% der Häuser haben keine Schließanlagen. Weitere 48% der Häuser verfügen über keine größeren Patientenzimmer für Patienten ab dem 80. Lebensjahr.



**Aspekte für die Versorgung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr**



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 36: Altersgerechte Ausstattung in Krankenhäusern mit spezialisierten Bereichen**

Aber auch bei den Maßnahmen, die für besondere Patientengruppen wie den Patienten ab dem 80. Lebensjahr geeignet sind, sind die Unterschiede nur gering. Zwar verfügen 40% der Krankenhäuser mit spezialisierten Bereichen auf wenigen Stationen und rund 24% auf vielen Stationen über



größere Patientenzimmer. Aber der Zusammenhang zwischen dieser Zimmerausstattung und einem für die Behandlung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr spezialisierten Bereich ist nicht sehr hoch.<sup>10</sup>

Vergleichbare Ergebnisse liegen bei der besonderen Farbgebung im Patientenzimmer, den bodenebenen Duschen oder der besonderen Beleuchtung im Patientenzimmer vor. Der Zusammenhang zwischen der entsprechenden Infrastruktur und der Vorhaltung eines spezialisierten Bereichs ist allerdings nur schwach ausgeprägt.

#### 4.5 Maßnahmen zur Sturzprävention

„Stürze sind eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit im Alter. Die sturzbedingten Verletzungen, wie zum Beispiel hüftnahe Oberschenkelfrakturen, sind häufig schwerwiegend und münden oftmals in dauerhafter Pflegebedürftigkeit. Sturzprävention leistet daher einen wesentlichen Beitrag, individuelle und soziale Belastungen zu vermindern und vor allem Lebensqualität, Selbständigkeit und Mobilität im Alter zu verbessern.“ (Icks u.a., 2005)

Auch im Krankenhaus spielt die Sturzprävention für Patienten eine Rolle. Aus diesem Grund wurden die Krankenhäuser befragt, welche Maßnahmen zur Sturzprävention bei Patienten ab dem 80. Lebensjahr eingesetzt werden. Hierbei konnte nur eine Auswahl an Maßnahmen erhoben werden.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Cramers-V nimmt nur einen Wert von 0,289 an.

<sup>11</sup> Vgl. zu sturzassoziierten Merkmalen DEGAM (2004), Icks u.a. (2005), Gemidas-QM (2005), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006) und Südtiroler Sanitätsbetrieb (2010).





Allgemeinkrankenhäuser erfolgt dies standardmäßig. In mehr als der Hälfte der Häuser wird dies gelegentlich, also bei Bedarf, vorgenommen (Abb. 37).

Deutlich höher sind die diesbezüglichen Anteilswerte in den Krankenhäusern, die über spezialisierte Einrichtungen zur Versorgung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr verfügen. Hier wird in 42% der Häuser standardmäßig ein Augenarzt in die Behandlung einbezogen. In fast der Hälfte der Krankenhäuser kommt dies gelegentlich vor (Abb. 38).

Eine Ursache von Stürzen bei alten Menschen ist häufig eine rückentwickelte Muskulatur, gerade dann, wenn sie lange bettlägrig waren. Daher sollte als eine Maßnahme zur Sturzprävention eine Stärkung der Muskulatur durch körperliche Übungsprogramme erfolgen. Solche Maßnahmen werden in rund 36% der Allgemeinkrankenhäuser eingesetzt. Gelegentlich setzen rund 59% der Allgemeinkrankenhäuser dies um (Abb. 37).

In den Häusern, die über einen spezialisierten Bereich verfügen, erfolgt eine Stärkung der Muskulatur der Patienten standardmäßig in 56% der Häuser. Weitere 44% führen solche Programme gelegentlich durch (Abb. 38).

In die gleiche Richtung zielen auch die Maßnahmen zur Verbesserung des Gleichgewichts der Patienten. Jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser mit einer spezialisierten Einrichtung führen solche Maßnahmen gelegentlich oder standardmäßig durch (Abb. 38). Eine andere Verteilung resultiert bei Allgemeinkrankenhäuser insgesamt: Hier führen 30% standardmäßig und 62% gelegentlich Maßnahmen zur Verbesserung des Gleichgewichts durch (Abb. 37).





ein adäquates Schuhwerk bei Patienten ab dem 80. Lebensjahr geachtet (Abb. 37 / 38).

Um den Patienten zu einem Gehen ohne Gefahr eines Sturzes zu befähigen, kann eine Gangschule notwendig sein. Hierbei wird ein systematisches und gezieltes Training der Gehetechnik durchgeführt, um ein sturzfreies Gehen für die Patienten ab dem 80. Lebensjahr zu ermöglichen. In einem Drittel der Allgemeinkrankenhäuser sowie in rund der Hälfte der Krankenhäuser mit einem spezialisierten Bereich wird standardmäßig eine Gangschule angeboten. Die restlichen Häuser führen das gelegentlich durch.

Damit es erst gar nicht zu Stürzen kommt, kann ein Transfer oder Gehen von gefährdeten Patienten ab dem 80. Lebensjahr nur in Begleitung durch geeignetes Personal sinnvoll oder erforderlich sein. In 60% der Allgemeinkrankenhäuser (Abb. 37) bzw. 75% der Häuser mit einer spezialisierten Einrichtung (Abb. 38) wird dies standardmäßig umgesetzt. In den anderen Häusern erfolgt das gelegentlich.

Eine weitere Maßnahme, um Stürze zu vermeiden, besteht in der Schulung des Pflegepersonals im Bereich der Sturzprophylaxe. Hier werden den Mitarbeitern Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt, um einen Sturz der Patienten zu vermeiden. Eine solche Schulung gehört zum Standard fast aller Krankenhäuser. In mehr als 86% der Allgemeinkrankenhäuser wird das Pflegepersonal entsprechend geschult (Abb. 37).

Stürze passieren aber nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der häuslichen Umgebung des Patienten. Damit der Patient zuhause keinen Unfall erleidet, sollte der Patient zur Sturzprävention gezielt informiert werden. Mehr als die Hälfte der Allgemeinkrankenhäuser (Abb. 37), aber 72% der Häuser mit einer spezialisierten Einrichtung (Abb. 38) führen solche Schulungen durch. In den übrigen Krankenhäusern erfolgt die Schulung zumindest gelegentlich.

Zu den häufiger genannten Schulungsmaßnahmen zählte hier u.a. die Angehörigenschulung oder der Umgang mit Protektoren.



#### 4.6 Maßnahmen für demente Patienten

„Patienten mit kognitiven Einschränkungen bzw. einer Demenz leiden an Störungen des Gedächtnisses, Einschränkungen des Orientierungsvermögens, des Denk- und Urteilsvermögens und der Sprache. Die Orientierungsprobleme („Wo bin ich?“) treten verstärkt in unbekanntem Situationen und bei unvertrauten Anforderungen auf, z.B. auf Reisen oder bei einem Krankenhausaufenthalt. Menschen mit einer Demenz können ihr Verhalten nur eingeschränkt an die jeweilige Situation anpassen, etwa an die Regeln, die in einem Krankenhaus gelten. Durch ihr Verhalten können sie den Behandlungsverlauf und den Krankenhausalltag erschweren und Mitpatienten stören.“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2008).

Aus diesem Grunde ist es für die Krankenhäuser wichtig, sich auf Patienten mit dieser Erkrankung entsprechend einzustellen. Zu einer adäquaten Vorbereitung gehört neben einer Schulung der Mitarbeiter auch die Aufgabe, den Krankenhausaufenthalt für den dementen Patienten so wenig belastend wie möglich zu gestalten. Hierzu wurden eine Reihe von Maßnahmen und Aktivitäten vorgeschlagen.<sup>12</sup>

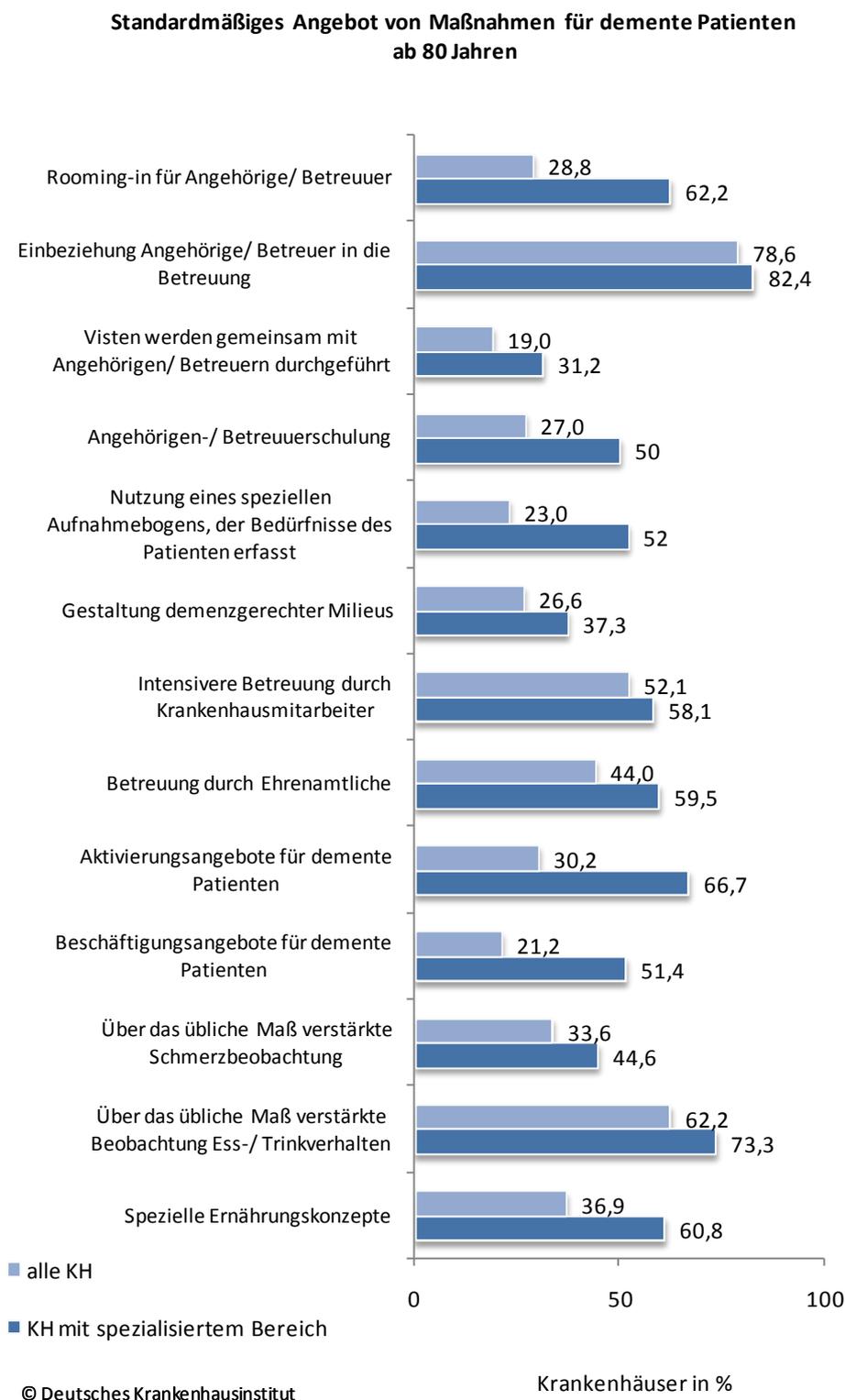
Den Befragungsteilnehmern wurde eine Auswahl dieser Maßnahmen vorgelegt mit der Bitte anzugeben, welche bei ihnen standardmäßig für demente Patienten ab dem 80. Lebensjahr angeboten werden.

Bei dementen Patienten treten Orientierungsprobleme verstärkt auf, wenn sie auf nicht vertraute Situationen und ihnen unbekannte Personen treffen. Aus diesem Grunde kann es sinnvoll sein, Rooming-in Angebote für Angehörige oder Betreuer zu schaffen. Vertraute Menschen können dann den Krankenhausaufenthalt der Patienten in ihrer unmittelbaren Nähe begleiten. In rund 29% der Krankenhäuser wird dies angeboten. Bei Häusern, die auf die Behandlung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr

---

<sup>12</sup> Vgl. Kirchen-Peters, S. (2005), Kleina, T., Wingenfeld, K. (2007), Kirchen-Peters, S., Herz-Silvestrini, D. (2009). Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V. (2010), Stettin, C. (2011).

spezialisierte Einrichtungen vorhalten, liegt der Anteil bei rund 62% (Abb. 39).



**Abb. 39: Maßnahmen für demente Patienten ab dem 80. Lebensjahr**



Für das Wohlbefinden der dementen Patienten ist aber nicht nur die Nähe zu vertrauten Personen wichtig, sondern auch eine vertraute Umgebung. Es sollten „Situationen und Gegebenheiten vermieden werden ..., die bei den Demenzkranken Gefühle der Angst, Unsicherheit, Überforderung und Fremdheit hervorrufen könnten. Derartige Lebenswelten werden als feindlich und bedrohlich erlebt und entsprechend wird reagiert. Gesteigertes Auftreten an Unruhe, Wandern, Schreien u. a. drücken dieses Leiden an der Umwelt aus“<sup>13</sup>. In 37% der Krankenhäuser mit einer auf die Behandlung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr spezialisierten Einrichtung wird standardmäßig ein demenzgerechtes Milieu geschaffen.

Zum demenzgerechten Milieu im weiteren Sinne gehört auch die Strukturierung des Tages. Neben Ruhezeiten sollte es für demente Patienten auch Aktivitätszeiten geben. In zwei Dritteln der Krankenhäuser mit einer spezialisierten Einrichtung werden demzufolge auch Aktivierungsangebote für demente Patienten angeboten. Über die Hälfte dieser Einrichtungen bietet Beschäftigungsangebote an.

Um auf demente Patienten besser eingehen zu können, ist die Nutzung eines speziellen Aufnahmebogens hilfreich, der die Bedürfnisse des Patienten erfasst. In fast einem Viertel der Allgemeinkrankenhäuser und rund 37% der Krankenhäuser mit einer spezialisierten Einrichtung wird ein solcher Aufnahmebogen verwendet.

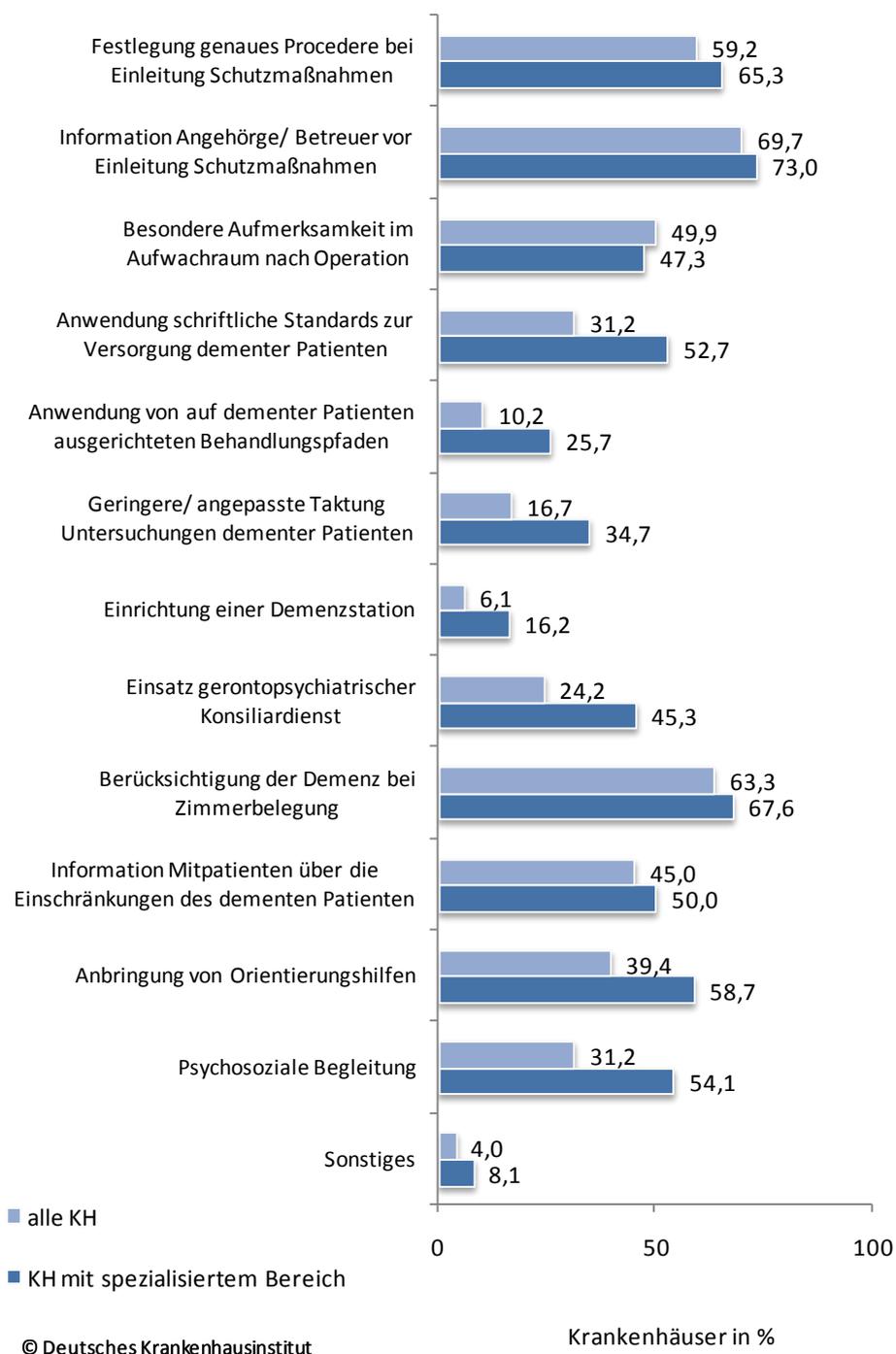
Die Einbeziehung der Angehörigen oder Betreuer in die Betreuung der dementen Patienten ab dem 80. Lebensjahr wird in ca. 79% der Allgemeinkrankenhäuser umgesetzt und ist damit Standard. Dagegen werden Angehörigenschulungen nur in etwas mehr als einem Viertel der Krankenhäuser angeboten. In jedem zweiten Krankenhaus mit einer spezialisierten Einrichtung erfolgt dies standardmäßig (Abb. 40).

Eine Teilnahme der Angehörigen an der Visite wird eher in wenigen Krankenhäusern realisiert.

---

<sup>13</sup> Lind (2000).

**Standardmäßiges Angebot von Maßnahmen für demente Patienten ab 80 Jahren, Fortsetzung**



**Abb. 40: Maßnahmen für demente Patientn ab dem 80. Lebensjahr - Fortsetzung -**



In fast einem Drittel der Allgemeinkrankenhäuser werden schriftliche Standards zur Versorgung von dementen Patienten angewendet. Bei den Krankenhäusern mit einer spezialisierten Einrichtung steigt der Anteilswert auf rund 53%.

Allerdings ist der Anteil der Häuser, die auf demente Patienten ausgerichtete Behandlungspfade anwenden, eher gering.

Für die Versorgung von dementen Patienten ab dem 80. Lebensjahr setzt rund ein Viertel der Krankenhäuser einen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst ein. Über 45% der Häuser mit einer spezialisierten Einrichtung haben einen solchen Dienst eingerichtet.

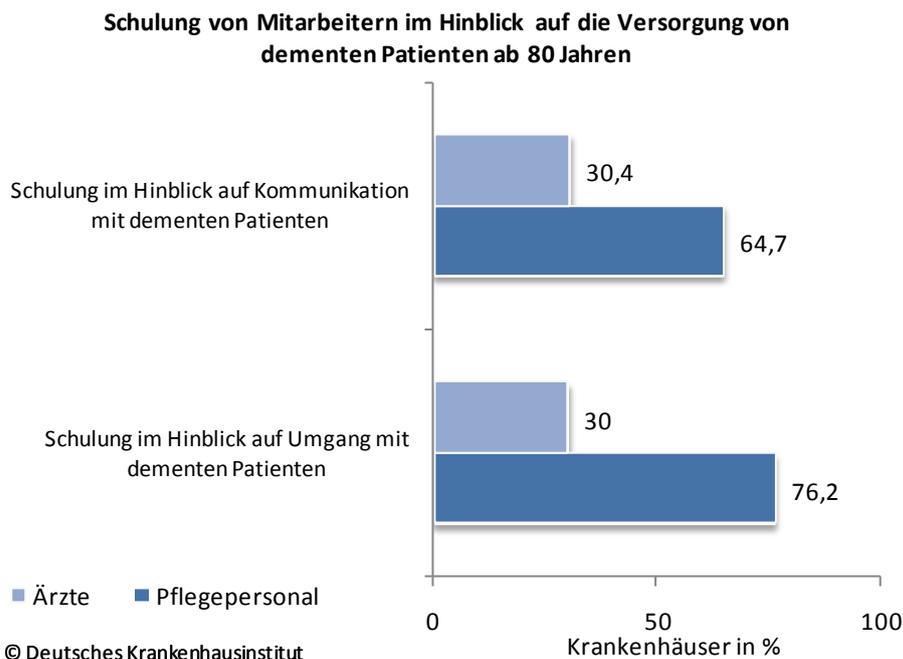
Eine psychosoziale Begleitung des dementen Patienten findet in 54% der Krankenhäuser mit einer spezialisierten Einrichtung statt.

Die Demenz des Patienten wird bei annähernd zwei Dritteln der Krankenhäuser standardmäßig bei der Zimmerbelegung berücksichtigt. Eine Information der Mitpatienten über die Einschränkungen der dementen Patienten erfolgt in rund der Hälfte der Krankenhäuser.

#### 4.7 Schulung von Mitarbeitern

Die Versorgung von alten Patienten mit einer dementiellen Erkrankung stellt die Mitarbeiter vor besondere Probleme und Herausforderungen. Kommunikation und Umgang mit dementen Patienten ab dem 80. Lebensjahr unterscheiden sich von dem, was Ärzte und Pflegekräfte im Umgang mit anderen Patienten gewohnt sind. Vor diesem Hintergrund sind zielgruppenorientierte Schulungen des Personals notwendig.

Es zeigt sich, dass in den Allgemeinkrankenhäusern vor allem das Pflegepersonal für die Kommunikation und den Umgang mit dementen Patienten ab dem 80. Lebensjahr geschult wird (Abb. 41).



**Abb. 41: Mitarbeiterschulungen zur Versorgung von dementen Patienten – alle Krankenhäuser**

In zwei Dritteln der Krankenhäuser erfolgt eine Schulung der Pflegekräfte im Hinblick auf die Kommunikation mit dementen Patienten. In drei Vierteln der Häuser wird spezifisch der Umgang mit dementen Patienten geschult.

In 30% der Häuser erfolgt eine Schulung von Ärzten zu Kommunikation und den Umgang mit den Patienten, die an Demenz erkrankt sind.

In den Krankenhäusern, die über eine für die Versorgung von Patienten ab dem 80. Lebensjahr spezialisierte Einrichtung verfügen, ist der Schulungsanteil sowohl bei den Pflegekräften als auch bei den Ärzten höher (Abb. 41).

In 58% dieser Krankenhäuser werden die Ärzte einschlägig geschult. Beim Pflegepersonal liegt der Anteilswert für Schulungen zur Kommunikation bei 81% und zum Umgang bei 93%.

Schulung von Mitarbeitern im Hinblick auf die Versorgung von dementen Patienten ab 80 Jahren

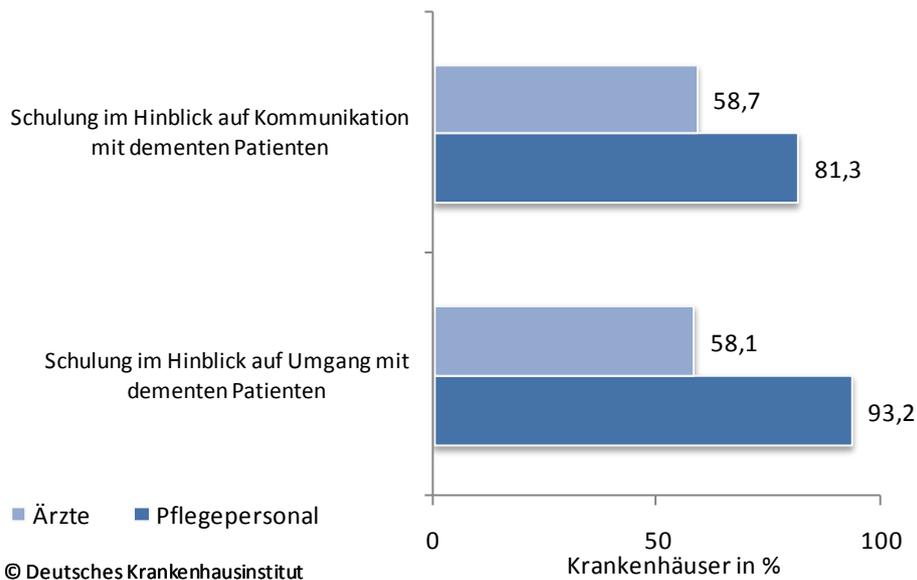


Abb. 42: Mitarbeiterschulungen zur Versorgung von dementen Patienten in Krankenhäusern mit spezialisierten Bereichen

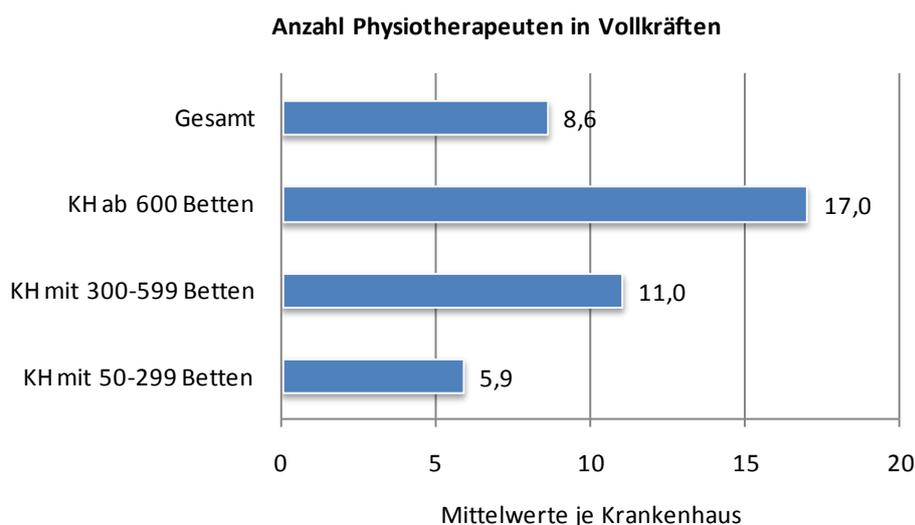
## 5 Physiotherapie

### 5.1 Beschäftigte

Die Physiotherapie bzw. das Berufsbild des Physiotherapeuten ist erstmals ein Schwerpunktthema im *Krankenhaus Barometer* des DKI. Ende 2010 waren in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern rund 16.000 Physiotherapeuten (Köpfe) beschäftigt, davon knapp die Hälfte in Teilzeit (46%). Unter den therapeutischen Gesundheitsfachberufen bilden die Physiotherapeuten damit die größte Berufsgruppe im Krankenhaus (Statistisches Bundesamt, 2010a).

Nach den Ergebnissen des *Krankenhaus Barometers* sind in neun von zehn Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten (91%) Physiotherapeuten beschäftigt. Die Werte variieren dabei nur leicht zwischen kleineren Krankenhäusern bis 300 Betten (88%) und Großkrankenhäusern ab 600 Betten (96%).

Im Durchschnitt sind in den Krankenhäusern mit Physiotherapeuten 8,6 Vollkräfte beschäftigt. Mit durchschnittlich 17,0 Vollkräften ist die Anzahl der Physiotherapeuten in den Krankenhäusern ab 600 Betten fast dreimal so hoch wie in den Einrichtungen unter 300 Betten mit 5,9 Vollkräften (Abb. 43).



© Deutsches Krankenhausinstitut

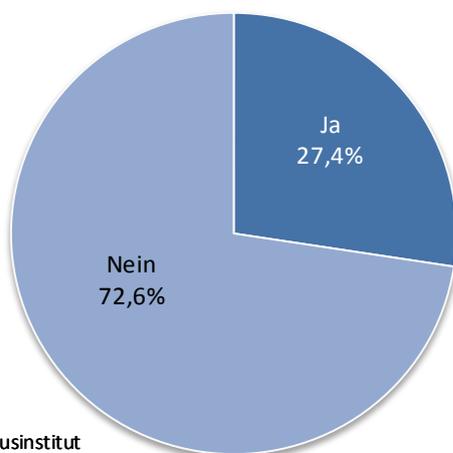
**Abb. 43: Anzahl Physiotherapeuten in Vollkräften**

## 5.2 Outsourcing der Physiotherapie

Physiotherapeutische Leistungen können nicht nur von krankenhauseigenen Physiotherapeuten erbracht werden, sondern ggf. auch von Physiotherapeuten, die nicht am jeweiligen Krankenhaus angestellt sind. Gut ein Viertel der befragten Krankenhäuser (27%) gab im *Krankenhaus Barometer* an, auch externe Physiotherapeuten zu beschäftigen (Abb. 44). In dieser Hinsicht gab es im Übrigen kaum Unterschiede nach Krankenhausgröße.

Erwartungsgemäß fällt der entsprechende Anteil in Krankenhäusern ohne eigenen Physiotherapeuten mit 95% merklich höher aus als in Häusern mit Physiotherapie. Hier rekurriert nur jedes fünfte Krankenhaus (21%) auf krankenhausexterne Physiotherapeuten.

Outsourcing der Physiotherapie

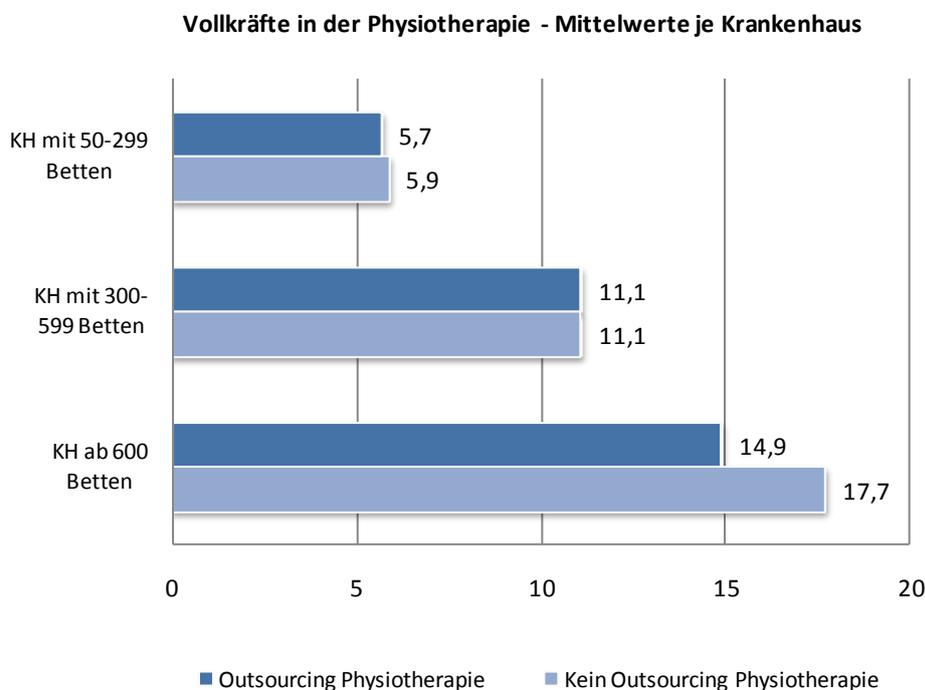


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 44: Outsourcing der Physiotherapie

Die Frage, in welchem Umfang externe Physiotherapeuten, etwa gemessen in Stellenäquivalenten, im Krankenhaus tätig sind, wurde aus erhebungspraktischen Gründen nicht gestellt. Um gleichwohl näherungsweise abschätzen zu können, inwieweit externe Kräfte im Sinne eines Outsourcings krankenhauseigene Kräfte substituieren, ist die Anzahl der Vollkräfte in Krankenhäusern mit und ohne externe Physiotherapie

verglichen worden. Abbildung 45 zeigt die Ergebnisse kontrolliert nach Bettengrößenklassen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 45: Vollkräfte in der Physiotherapie – Mittelwerte je Krankenhaus**

Demnach ist in den beiden unteren Bettengrößenklassen die Zahl der am Krankenhaus angestellten Physiotherapeuten unabhängig vom Einsatz externer Physiotherapeuten nahezu identisch. Lediglich in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten sind in Einrichtungen mit externen Physiotherapeuten im Schnitt knapp drei Physiotherapeuten weniger beschäftigt als in den übrigen Häusern.

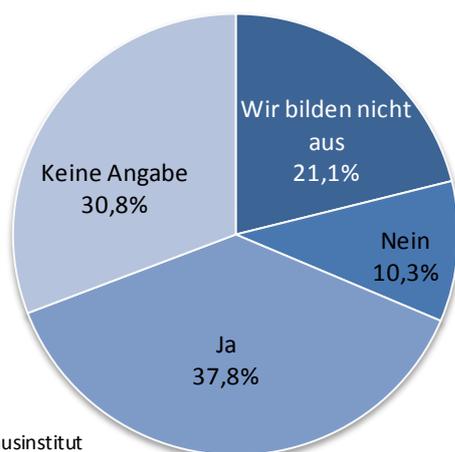
Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass zwar etwa jedes vierte Krankenhaus mit einschlägigem Leistungsangebot die Physiotherapie outgesourct hat. Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* legen allerdings auch die Schlussfolgerung nahe, dass, - zumindest im statistischen Durchschnitt - in Einrichtungen mit eigener Physiotherapie externe Physiotherapeuten keine nennenswerten Substitutionseffekte mit Blick auf das fest angestellte Personal haben.

### 5.3 Praxisanleitung bei Physiotherapeuten

Das Masseur- und Physiotherapeutengesetz als Grundlage der Ausbildung für Physiotherapeuten enthält bislang keine Vorgaben zur Praxisanleitung in den praktischen Ausbildungsstätten, etwa im Unterschied zur Krankenpflege bzw. zum Krankenpflegegesetz. Dort ist festgelegt, dass Praxisanleiter über eine berufspädagogische Zusatzqualifikation verfügen müssen. Aufgabe der Praxisanleitung ist insbesondere die krankenhauserne Anleierung und Unterweisung der Schüler bei der praktischen Ausübung der beruflichen Aufgaben.

Somit stellt sich die Frage, inwieweit die Krankenhäuser auf freiwilliger Basis Praxisanleiter qualifizieren (Abb. 46). Allerdings hat knapp ein Drittel der Krankenhäuser mit eigener Physiotherapie diese Frage nicht beantwortet, weitere gut 20% bilden nach eigenen Angaben nicht einschlägig aus. Von den übrigen Einrichtungen mit Physiotherapieausbildung und Angaben führten 78% (oder 38% insgesamt) an, über speziell fortgebildete Praxisanleiter oder Mentoren in der Physiotherapie zu verfügen. In dieser Hinsicht gab es kaum Unterschiede nach Bettengrößenklassen.

**Fortgebildete Praxisanleiter für Physiotherapeuten**



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 46: Fortgebildete Praxisanleiter für Physiotherapeuten**

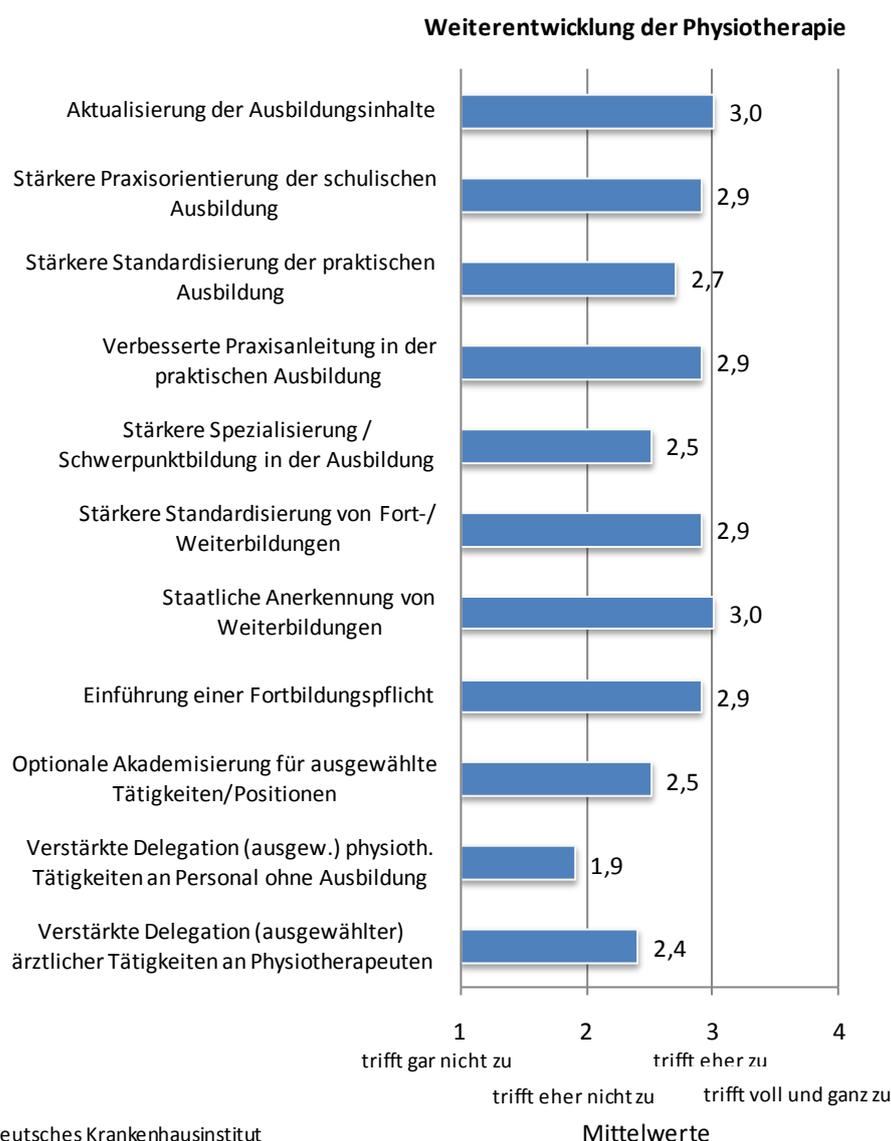


Vorbehaltlich des relativ großen Anteils an fehlenden Werten würden die Ergebnisse somit ein großes freiwilliges Engagement der Krankenhäuser in der Praxisanleitung von auszubildenden Physiotherapeuten dokumentieren.

#### 5.4 Aktualisierungsbedarf der Qualifikation von Physiotherapeuten

Das Masseur- und Physiotherapeutengesetz besteht im Kern seit 1994 und wurde seitdem nicht mehr grundlegend aktualisiert. Infolgedessen haben neues Wissen und neue Techniken nur unzureichend Eingang gefunden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit die bisherige Ausbildung noch den Anforderungen genügt bzw. hier Aktualisierungsbedarf besteht. Die Befragungsteilnehmer sollten daher angeben, ob eine Weiterentwicklung der Physiotherapeutenausbildung sowie darüber hinaus der Fort- und Weiterbildung nach Maßgabe bestimmter Aspekte sinnvoll ist oder nicht. Abb. 47 zeigt die Mittelwerte für die entsprechenden Fragestellungen.

Den dringendsten Handlungsbedarf sehen die Krankenhäuser demnach mit Blick auf die Aktualisierung der Ausbildungsinhalte. Rund 85% der Befragten stimmten der entsprechenden Frage eher bzw. voll und ganz zu. Darüber hinaus wird insbesondere eine verbesserte Praxisorientierung der Ausbildung gefordert. So sprechen sich die Befragten mehrheitlich für eine stärkere Praxisorientierung der schulischen Ausbildung sowie eine verbesserte Praxisanleitung in der praktischen Ausbildung aus.



**Abb. 47: Weiterentwicklung der Physiotherapie**

Eine stärkere Schwerpunktbildung innerhalb der Ausbildung und damit eine frühere Spezialisierung der Schüler trifft eher auf Skepsis. Dagegen wird mit Blick auf die Weiterbildung verstärkt Handlungsbedarf gesehen. Eine stärkere Standardisierung der Weiterbildung sowie eine staatliche Anerkennung von Weiterbildungen, wie für andere Gesundheitsfachberufe üblich (z.B. Pflege), wird mehrheitlich begrüßt. Dasselbe gilt für die Einführung einer Fortbildungspflicht für Physiotherapeuten. Allerdings würde

eine generelle Fortbildungspflicht flankierende Maßnahmen zur Finanzierung der Fortbildung erfordern.

Zurückhaltender fällt die Bewertung einer optionalen Akademisierung von Physiotherapeuten für ausgewählte Tätigkeiten oder Positionen aus (z.B. mit spezifischer Expertise, Führungsposition etc.). Jeweils rund die Hälfte der Befragten hält eine solche Akademisierung für sinnvoll oder nicht sinnvoll.

Rund die Hälfte der Befragten plädiert für eine verstärkte Delegation ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten an Physiotherapeuten. Eine verstärkte Delegation ausgewählter Tätigkeiten von Physiotherapeuten an Personal ohne einschlägige Ausbildung wird dagegen zurückhaltender bewertet. Weniger als ein Viertel spricht sich dafür aus.

Insgesamt stimmten die Krankenhäuser in der Weiterentwicklung des Berufes des Physiotherapeuten vor allem darin überein, dass hinsichtlich der Aktualisierung der Ausbildungsinhalte, der Standardisierung der praktischen Ausbildung und einer systematischen Fort- oder Weiterbildung der größte Handlungsbedarf besteht.





## 6 Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS)

Seit dem 1. Januar 2010 wird in den Krankenhäusern zur Dokumentation von hochaufwendiger Pflege der Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) eingesetzt. Ab 2012 kann auf dieser Basis ein Zusatzentgelt zusätzlich zu einer DRG in Rechnung gestellt werden. Damit sollen die zusätzlichen Mittel, die den Krankenhäusern im Rahmen des Pflegeförderprogramms zur Verfügung gestellt worden sind, zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen (Hiltensperger, 2011, Mai, 2011, Raddatz, 2011, Wieteck, 2010).

„Der Pflegekomplexmaßnahmenscore ist ein von einer Expertengruppe des DPR (Deutscher Pflegerat) entwickeltes Instrument zur Abbildung der Pflege von hochaufwendigen Patienten...Diese hochaufwendige Pflege geht über die normale volle Übernahme von Pflegetätigkeiten in einem der 4 Leistungsbereiche Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/ Lagern/ Mobilisation/ Sicherheit deutlich hinaus und/oder im 5. Bereich Kommunizieren/Beschäftigen besteht ein wesentlich höherer Bedarf als beim durchschnittlichen Patienten mit besonderen Leistungen.“ (DIMDI, 2012). Je nach Altersgruppe werden drei Kategorien unterschieden: ein PKMS für Erwachsene ab dem 19. Lebensjahr (PKMS-E), für Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 18 Jahren (PKMS-J) und für Kleinkinder zwischen 2 und 6 Jahren (PKMS-K).

Die PKMS-Systematik unterscheidet zwischen Gründen für eine hochaufwendige Pflege (z.B. das Vorliegen einer Harninkontinenz im Leistungsbereich der Ausscheidung) sowie Pflegeinterventionen, die bei dieser Patientenklientel durchgeführt werden (z.B. im Leistungsbereich der Körperpflege: Mehrfachwaschungen in voller Übernahme 4mal täglich, davon mindestens zwei Ganzkörperwaschungen). Damit eine hochaufwendige Pflege über den PKMS erfasst werden kann, muss mindestens einer der dort aufgeführten Gründe für hochaufwendige Pflege in dem jeweiligen Leistungsbereich und eine entsprechend aufgeführte Pflegeintervention vorliegen.



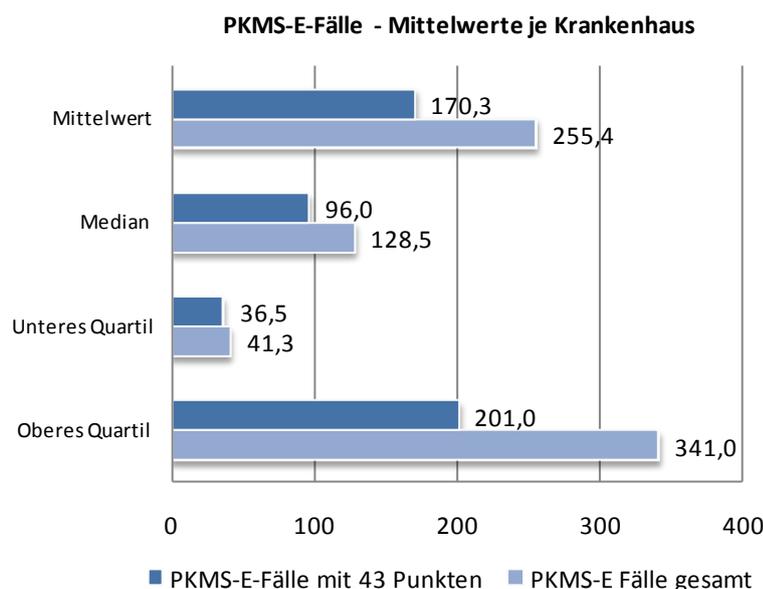
In diesem Fall sind für jeden Leistungsbereich Punktwerte pro Kalendertag hinterlegt (z.B. 3 Punkte für jeden Tag hochaufwendiger Körperpflege). Die jeweiligen Punktwerte werden dann über die verschiedenen Leistungsbereiche für den jeweiligen Tag sowie über die gesamte Verweildauer des Patienten addiert. Wenn die Gesamtpunktzahl der Aufwandspunkte mehr als 43 Punkte beträgt, führt dies zu einer OPS-Prozedur aus 9-20 „Hochaufwendige Pflege von Patienten“ (DIMDI, 2012). Für diese Patienten kann zusätzlich zur DRG ein Zusatzentgelt für hochaufwendige Pflege abgerechnet werden.

## 6.1 PKMS-Fälle

Mit dem *Krankenhaus Barometer 2012* sollte eine erste und vorläufige Schätzung vorgenommen werden, wie hoch der Anteil der PKMS-Fälle an den DRG-Fällen der Krankenhäuser insgesamt ist. Zu diesem Zweck sind die Befragungsteilnehmer gebeten worden, ausgewählte Ergebnisse ihrer PKMS-Dokumentation für das Jahr 2011 anzugeben, also dem Jahr noch bevor die entsprechenden Zusatzentgelte abgerechnet werden konnten.

Allerdings führte fast jedes zweite befragte Krankenhaus an, im Jahr 2011 die Fälle mit hochaufwendiger Pflege noch nicht weitgehend oder noch nicht vollständig dokumentiert zu haben. Für die übrigen Häuser lagen zudem nicht durchgängig entsprechende Fallzahlen vor. Infolgedessen beziehen sich die folgenden Ergebnisse auf rund 70 Stichprobenkrankenhäuser. Deswegen sind sie mit Vorbehalt zu interpretieren. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse muss letztlich offen bleiben.

Im Jahr 2011 hatten die Stichprobenkrankenhäuser mit entsprechenden Angaben im Mittel rund 255 PKMS-Fälle (Abb. 48). Allerdings ist die Streuung sehr groß bzw. die Verteilung sehr schief. So liegt der Median der Verteilung bei 128 Fällen. Der untere Quartilswert beträgt 41 Fälle und der obere Quartilswert 341 Fälle. Die breite Streuung ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der PKMS-Fälle mit zunehmender Krankenhausgröße überproportional ansteigt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 48: PKMS-E-Fälle – Mittelwerte je Krankenhaus**

Im Mittel wurden in den Stichprobenkrankenhäusern bei 170 PKMS-E-Fällen mindestens 43 Aufwandspunkte erreicht (Abb. 48). D.h. unter den rechtlichen Rahmenbedingungen für 2012 wären diese Fälle erlösrelevant gewesen bzw. hätte hierfür ein Zusatzentgelt abgerechnet werden können. Bezogen auf die dokumentierten PKMS-E-Fälle insgesamt erreichten somit zwei Drittel dieser Fälle die Mindestpunktzahl von 43 Aufwandspunkten. Auch bei diesen Fällen resultierte wiederum eine sehr große Streuung. So liegt etwa der Median der Verteilung mit 96 Fällen deutlich unterhalb des Durchschnittswerts.

Bezogen auf die DRG-Fälle in den betreffenden Krankenhäusern insgesamt, machten die PKMS-E-Fälle im Jahr 2011 einen Anteil von 1,4% aus. Der entsprechende Anteilswert für die PKMS-E-Fälle mit mindestens 43 Aufwandspunkten beträgt 0,9%. D.h. unter Zugrundelegung der Daten für 2011 hätte nur für etwa einen von 100 DRG-Fällen ein Zusatzentgelt für hochaufwendige Pflege bei Erwachsenen abgerechnet werden können.

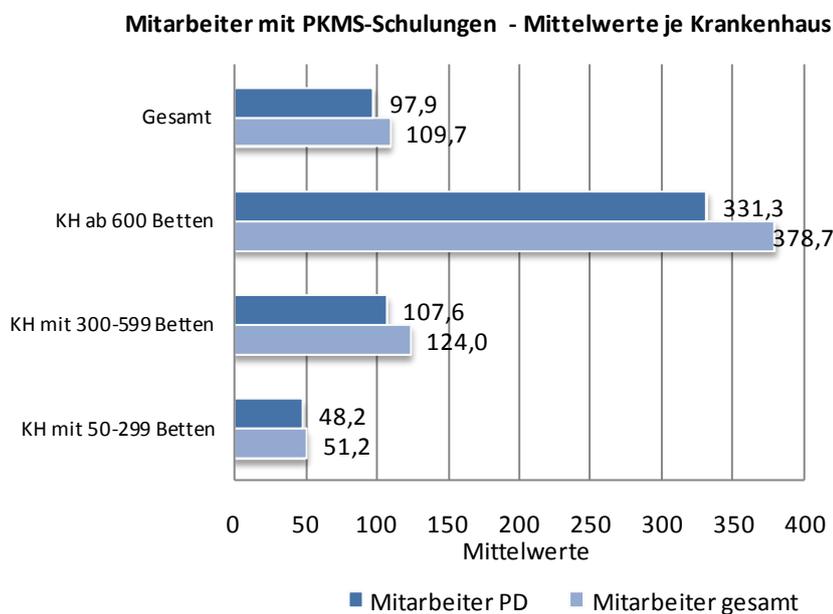
Die PKMS-Fälle für Jugendliche (PKMS-J) bzw. für Kinder (PKMS-K) sind zwar erfragt worden. Die Ergebnisse waren aber wegen zahlreicher

fehlender Angaben oder fehlender Plausibilitäten nicht mehr weiter auszuwerten.

## 6.2 Schulungsaufwand

Seit 2010 ist der PKMS zur Dokumentation hochaufwendiger Pflege zu erfassen. Angesichts der Komplexität des Instruments sind in aller Regel einschlägige Schulungen erforderlich. Daher sollten die Krankenhäuser angeben, wie viele Mitarbeiter sie seit Jahresbeginn 2010 speziell für die PKMS-Dokumentation geschult haben.

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) haben die Krankenhäuser seither rund 110 Mitarbeiter einschlägig geschult. Aus naheliegenden Gründen macht der Pflegedienst dabei den größten Anteil aus, hier haben im Schnitt rund 98 Mitarbeiter entsprechende Schulungen besucht. Der Rest entfällt auf andere Berufsgruppen, wie Ärzte, Medizincontroller oder Dokumentationspersonal (Abb. 49).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 49: Mitarbeiter mit PKMS-Schulungen – Mittelwerte je Krankenhaus**



Allerdings sind die Werte sehr schief verteilt. So liegt der Median der Verteilung sowohl für die Mitarbeiter insgesamt als auch für die Pflegekräfte bei jeweils 40 Beschäftigten. Der obere Quartilswert liegt jeweils bei 100 Mitarbeitern und der untere Quartilswert bei 10 Beschäftigten. Die große Streuung bzw. die sehr schiefe Verteilung dürfte dabei auch den unterschiedlichen Umsetzungsstand bzw. ein unterschiedliches Umsetzungstempo in der Erfassung des PKMS widerspiegeln.

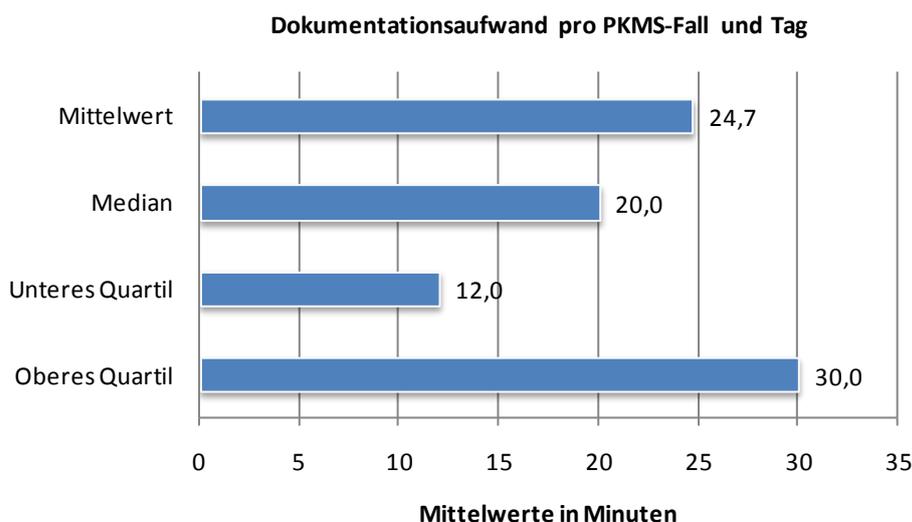
Aus naheliegenden Gründen nimmt die Anzahl der einschlägig geschulten Mitarbeiter insgesamt wie im Pflegedienst mit steigender Krankenhausgröße zu. Beispielsweise sind in den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten durchschnittlich 48 Pflegekräfte für die PKMS-Dokumentation geschult worden, während es in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten 331 Pflegekräfte waren.

Rechnet man die Ergebnisse der Stichprobe auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, dann sind bundesweit etwa 141.000 Pflegekräfte entsprechend geschult worden. Das entspricht in etwa 37% aller Pflegekräfte in diesen Einrichtungen insgesamt (Statistisches Bundesamt, 2010a). Mithin hätte gemäß Hochrechnung mehr als jede dritte Pflegekraft an einer Schulung zur PKMS-Dokumentation teilgenommen.

Die konkrete Schulungsdauer je Mitarbeiter bzw. über alle Mitarbeiter eines Hauses wurde aus erhebungspraktischen Gründen nicht näher erfasst (u.a. wegen der zu erwartenden großen Varianzen selbst in ein und demselben Krankenhaus oder der schwierigen Abgrenzung von Schulung und Einarbeitung während der Routedokumentation).

### 6.3 Dokumentationsaufwand

Zusätzlich zum Schulungsaufwand sollten die Krankenhäuser auch ihren Dokumentationsaufwand für den PKMS quantifizieren, konkret wie hoch der durchschnittliche Dokumentationsaufwand für die PKMS-Erfassung pro Tag und PKMS-Fall im Jahr 2011 war.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 50: Dokumentationsaufwand pro PKMS-Fall und Tag**

In diesem Jahr haben die befragten Krankenhäuser durchschnittlich knapp 25 Minuten pro Tag und PKMS-Fall dokumentiert. Der Median liegt bei 20 Minuten bei insgesamt großer Streuung (Abb. 50). Dies reflektiert ggf. auch ein unterschiedliches Schulungsniveau, eine unterschiedliche Fallkomplexität und eine unterschiedliche EDV-Unterstützung.

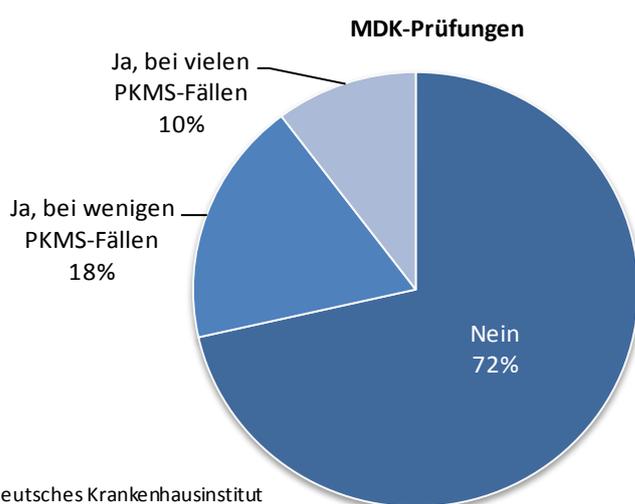
Der Dokumentationsaufwand lässt sich plastisch daran ablesen, dass man den durchschnittlichen Aufwand pro Tag und Fall mit der Zahl der Kalendertage multipliziert, für die PKMS-E-Fälle dokumentiert wurden. In den Stichprobenkrankenhäusern, die hierzu Angaben machten, waren dies im Mittel etwa 3.700 PKMS-E-Tage für das Jahr 2011. D.h. allein auf die PKMS-Dokumentation entfielen hier rund 1.540 Stunden pro Krankenhaus und Jahr, was nahezu der Jahressollarbeitszeit einer Vollzeitkraft entspricht.

#### 6.4 MDK-Prüfungen bei PKMS-Fällen

Es liegt auf der Hand, dass die Einführung eines neuen Messinstruments zur Erfassung hochaufwendiger Pflege bzw., darauf basierend, die Abrechnung neuer Zusatzentgelte Gegenstand von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sein wird. Vor diesem Hintergrund sollten

die Krankenhäuser im *Krankenhaus Barometer* angeben, ob bei ihnen seit Jahresbeginn 2012 die Erfassung hochaufwendiger Pflege nach dem PKMS seitens des MDK geprüft worden ist. Die Befragung zum *Krankenhaus Barometer* wurde von April bis Juni 2012 durchgeführt. Je nach Beantwortungszeitpunkt umfassen die Antworten somit etwa die ersten 3-6 Monate des Jahres 2012.

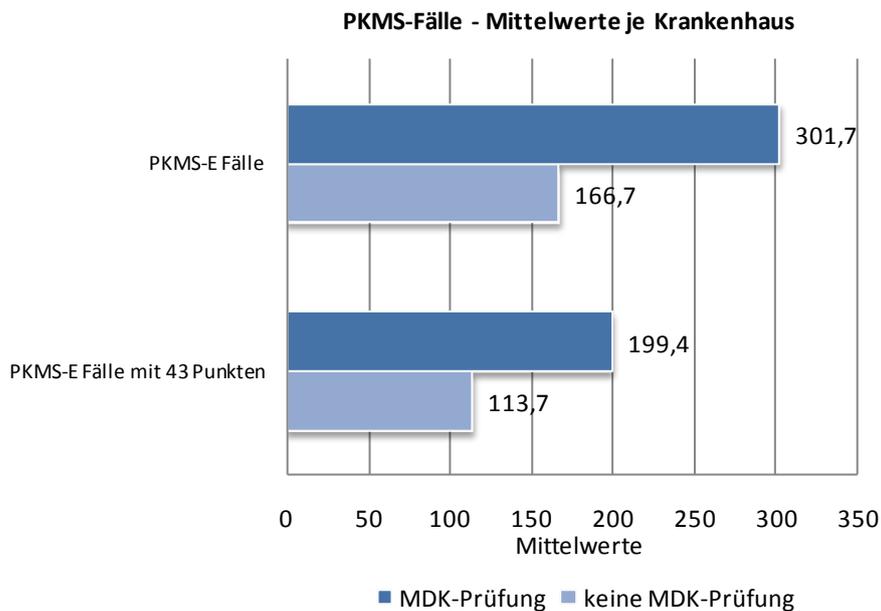
Innerhalb dieses Zeitraumes war bei immerhin knapp 30% der Krankenhäuser die Pflegeerfassung nach dem PKMS Gegenstand von MDK-Prüfungen. Rund 10% der Befragten gaben an, dass bei ihnen viele PKMS-Fälle geprüft worden seien. In gut 18% der Einrichtungen waren es wenige Fälle. Die übrigen hatten bis dahin noch keine einschlägigen MDK-Prüfungen (Abb. 51).



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 51: MDK-Prüfungen**

Aus naheliegenden Gründen fokussiert der MDK in seiner Prüfpraxis eher Krankenhäuser mit einer überdurchschnittlichen Anzahl von PKMS-Fällen. Abb. 52 zeigt den Mittelwertvergleich bei den PKMS-Fällen für Erwachsene. Demnach hatten die geprüften Häuser im Durchschnitt 302 PKMS-Fälle, Häuser ohne Prüfung durchschnittlich gut 166 Fälle. Bei den Fällen mit mindestens 43 Aufwandspunkten lagen die entsprechenden Werte bei 199 Fällen (MDK-Prüfung) und 114 Fällen (keine MDK-Prüfung).



© Deutsches Krankenhausinstitut

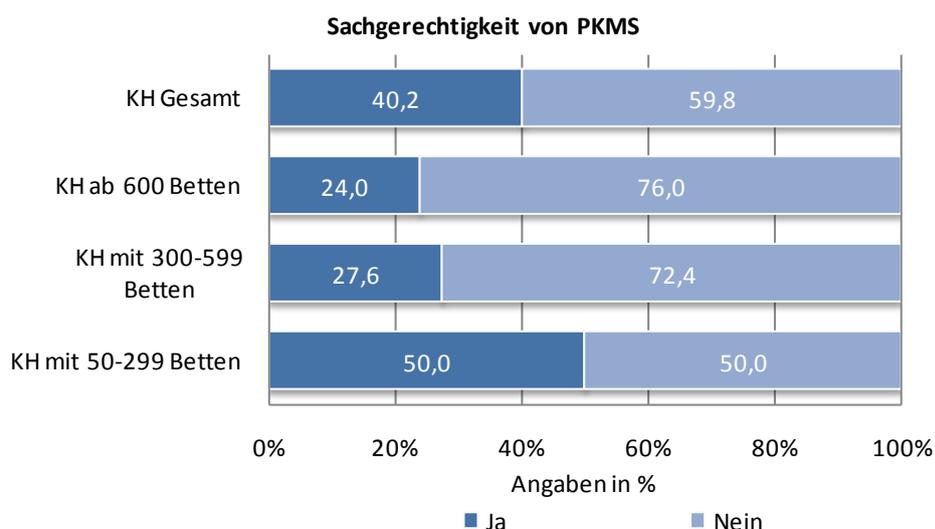
**Abb. 52: PKMS-Fälle – Mittelwerte je Krankenhaus**

### 6.5 Sachgerechtigkeit des PKMS

Abschließend sollten die Befragungsteilnehmer bewerten, ob sie den PKMS alles in allem für sachgerecht halten, um die hochaufwendige Pflege in ihrem Krankenhaus zu erfassen (Abb. 53).

Die Mehrheit von 60% der Krankenhäuser hält den PKMS für nicht sachgerecht zur Dokumentation hochaufwendiger Pflege; 40% der Krankenhäuser sind der gegenteiligen Auffassung.

Eine differenzierte Auswertung nach Bettengrößenklassen zeigt, dass der PKMS vor allem bei den größeren Krankenhäusern ab 300 Betten auf überdurchschnittliche Ablehnung trifft. Hier sind etwa drei Viertel der Einrichtungen der Auffassung, dass sich der PKMS nicht zur Dokumentation hochaufwendiger Pflege eignet. Bei den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten ist das Meinungsbild unentschieden. Hier hält jeweils die Hälfte der Einrichtungen den PKMS für sachgerecht oder nicht.



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 53: Sachgerechtigkeit von PKMS**

Über die allgemeine Einschätzung zur Sachgerechtigkeit des PKMS hinaus, sollten die Befragten ihre Einschätzung im Rahmen einer offenen Frage noch begründen. Rund die Hälfte der Krankenhäuser äußerte sich in dieser Hinsicht. Nachfolgend sind wesentliche Ergebnisse zusammengefasst.

Das am häufigsten angeführte Argument gegen den PKMS bildete der hohe Dokumentations- und Schulungsaufwand, sei es für sich betrachtet oder in Relation zu den (erwarteten) Erlösen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Dokumentationsaufwand erst ab einer gewissen Punktzahl überhaupt vergütet wird (vgl. Kap. 7). Beispielhaft sind nachfolgend einige Zitate aufgeführt:

- *Das Verhältnis von Dokumentationsaufwand zu Pflegeaufwand stimmt nicht.*
- *Sehr hoher Aufwand für Schulung und Dokumentation*
- *Die Dokumentation ist zu kleinschrittig und damit aufwendig*
- *Bürokratisches Monster, unangemessener Dokumentationsaufwand*
- *Der Aufwand für Schulungen der Mitarbeiter/Innen sowie der Erfassung steht in unserem Haus in keinem Verhältnis zum Erlös, der sich aus den wenigen Fällen realisieren lässt.*



- *Hoher Dokumentationsaufwand geht dem Patienten verloren*
- *Zu aufwendig, keine vernünftige Kosten-/Nutzenrelation*
- *Zu hohe Komplexität, zu geringe Grundgesamtheit im Verhältnis zur Ertragsprognose*

Der zweite zentrale Kritikpunkt am PKMS betraf die hohen Anforderungen für die Erreichung der Mindestpunktzahl zur Abrechnung eines Zusatzentgelts. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere darauf verwiesen, dass es vor allem angesichts kurzer oder sinkender Verweildauern zusehends schwieriger wird, die erforderliche Anzahl von Aufwandspunkten zu erreichen. Nachfolgend sind wiederum einschlägige Aussagen aufgeführt:

- *Kurze Verweildauern führen häufig dazu, dass die Einstiegspunktzahl...nicht erreicht wird.*
- *Bei Verweildauer  $\leq 3$  Tage Abbildung mit PKMS nicht möglich*
- *Hochaufwendige Pflege vom ersten Tag an, wird erst nach 4 Tagen erlösrelevant; sinkende Verweildauer*
- *Optimierte Patientensteuerung führt zur Verweildauerreduktion, PKMS ist gekoppelt an die Verweildauer – Patienten mit hohem Pflegebedarf und kurzer Verweildauer werden nicht abgebildet, auch die Festlegung des Schwellenwerts ist intransparent.*
- *Sehr verweildauerabhängig; nicht alle Aspekte hochaufwendiger Pflege werden abgebildet.*
- *Verluste durch kürzere Verweildauern*
- *Pflegeaufwand im PKMS ist abhängig von Verweildauer (auch Kurzlieger können hochpflegeaufwendig sein, kann nicht dargestellt werden).*

Eine gleichfalls häufig angeführte Kritik am PKMS betraf die Fokussierung auf die allgemeine Pflege oder die Pflege auf Normalstationen. Andere Pflegeformen, wie die spezielle Pflege oder die Intensivpflege, würden dagegen nicht erfasst, obwohl sie gleichfalls hochaufwendig sind und ggf. mehr Leistungen bzw. Zusatzkosten auslösen können.

- *Die Anforderungen an die PKMS sind viel zu hoch. Von den vorgegebenen Kriterien müssen fast alle erfüllt sein. Solche Patienten werden nicht auf der Normalstation versorgt.*



- *Die spezielle Pflege fehlt bei der Berücksichtigung der Pflegeintensität.*
- *Maßnahmen bei hochaufwendigen Patienten teilweise krankheitsbedingt nicht umsetzbar.*
- *PKMS fokussiert lediglich die allgemeine Pflege (= Elemente der Grundpflege). Erweiterte Versorgungsaufwendungen in der Behandlungspflege werden kaum erfasst.*
- *Ausschluss von Intensivstationen*

Darüber hinaus wurde beanstandet, dass der PKMS nicht für jede Patientenklientel bzw. für jede Einrichtung oder Versorgungsstufe sachgerecht sei, etwa bestimmte Krankheitsbilder bzw. Krankheitsgruppen oder die Pflege in Krankenhäusern der Maximalversorgung nur unzureichend abbilde.

- *Patienten, welche hochaufwendig sind, aber nicht unter die PPR Eingruppierung A 3 fallen, werden nicht erfasst, beispielsweise: Menschen mit Demenz...Patienten mit stärksten Schmerzzuständen...gänzlich fehlen die Aspekte hochaufwendig in der Palliativversorgung sowie im psychiatrischen Bereich.*
- *Bildet die besondere Pflegebedürftigkeit der MS-Patienten nicht ab.*
- *Erweiterte Versorgungsaufwendungen in der Behandlungspflege werden kaum erfasst, wie es z.B. bei Maximalversorgern oder in Spezialkliniken vorkommt.*
- *Psychiatrische Pflege wird weitgehend ausgeschlossen.*
- *Viele andere Patienten, die auch in der Pflege aufwendig sind, werden so nicht erfasst.*
- *Praxisfremde Kriterien (Leistungsbereich Ernährung und Ausscheidung)*
- *Der PKMS ist auf bestimmte Verrichtungen fokussiert. Komplexe Pflegesituationen bedeuten in der Regel einen höheren Aufwand als die Summe der Einzelbehandlungen. Der Komplexität des Pflegehandelns wird das Instrument nicht gerecht.*

Teilweise wurde die Kritik im PKMS auch methodisch begründet, sei es, weil das Instrument nicht hinreichend reliabel oder valide sei oder alternative Erfassungs- oder Messverfahren sachgerechter seien.



- *Pflegediagnosen würden mit weniger Dokumentationsaufwand mehr Pflegekomplexität erfassen.*
- *Alternative Systeme, wie z.B. LEP sind deutlich sachgerechter.*
- *Bis heute gibt es keine wissenschaftliche Untersuchung, die nachgewiesen hat, ob der PKMS hochaufwendige Pflege im Krankenhaus identifiziert und bewertet.*
- *Einfacher wäre eine Ankopplung an etablierte Systeme, z.B. Pflegestufe, die bereits geprüft und unstrittig ist.*
- *Das Instrument PKMS ist fachlich und inhaltlich nicht geeignet, hochaufwendige Pflege abzubilden. Es ist nicht konstruktvalid im Sinne der Instrumentenentwicklung konzipiert worden und statistisch nicht getestet.*

Ausdrücklich sei jedoch erwähnt, dass es auch eine Reihe positiver Kommentare zum PKMS gab. Dabei wurde insbesondere hervorgehoben, dass, trotz Mängel im Detail, mit dem PKMS erstmalig ein Instrument geschaffen worden ist, das die Abbildung und zusätzliche Finanzierung von hochaufwendiger Pflege im Krankenhaus ermögliche.

- *Zur Zeit einzige Möglichkeit, hochaufwendige Pflege erlösrelevant abzubilden.*
- *Die Pflege ist froh, dass der hochaufwendige Einsatz am Patienten überhaupt eine Möglichkeit der Entgeltrelevanz erhielt.*
- *Es ist derzeit die einzige Möglichkeit, den Aufwand der Pflege sachgerecht, objektiv und kaufmännisch darzustellen.*
- *Es ist zumindest ein Ansatz den Pflegeaufwand in Geldwerten darzustellen; bisheriges Bemessungssystem über pflegerelevante Nebendiagnosen kaum abgebildet.*
- *Sachgerecht ja, aber es sollte daran gearbeitet werden, den Prozess der Dokumentation zu verschlanken.*
- *Trotz hochkomplexer Dokumentationsvorschriften und nicht eindeutiger Formulierungen besteht erstmals überhaupt ein Selektionskriterium für diese Fälle.*

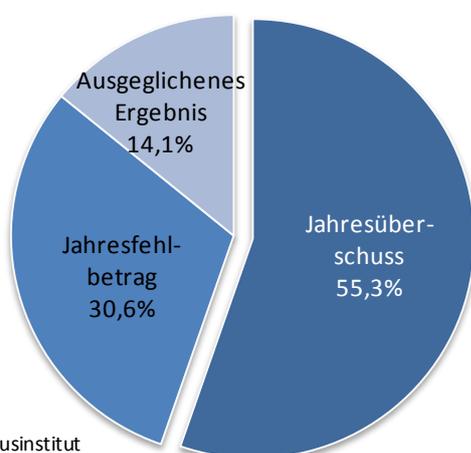
## 7 Wirtschaftliche Lage

### 7.1 Jahresergebnis 2011

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2011 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach hat 2011 fast jedes dritte Krankenhaus (31%) Verluste geschrieben. Gegenüber dem Vorjahr, als noch 21% einen Jahresfehlbetrag aufwiesen, entspricht dies einer relativen Steigerung um rund einem Drittel (Abb. 54).

Jahresergebnis 2011 - Krankenhäuser in %



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 54: Jahresergebnis 2011 – Krankenhäuser in %**

Umgekehrt ist der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss von 68% auf gut 55% gesunken. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis hat sich dagegen kaum verändert.

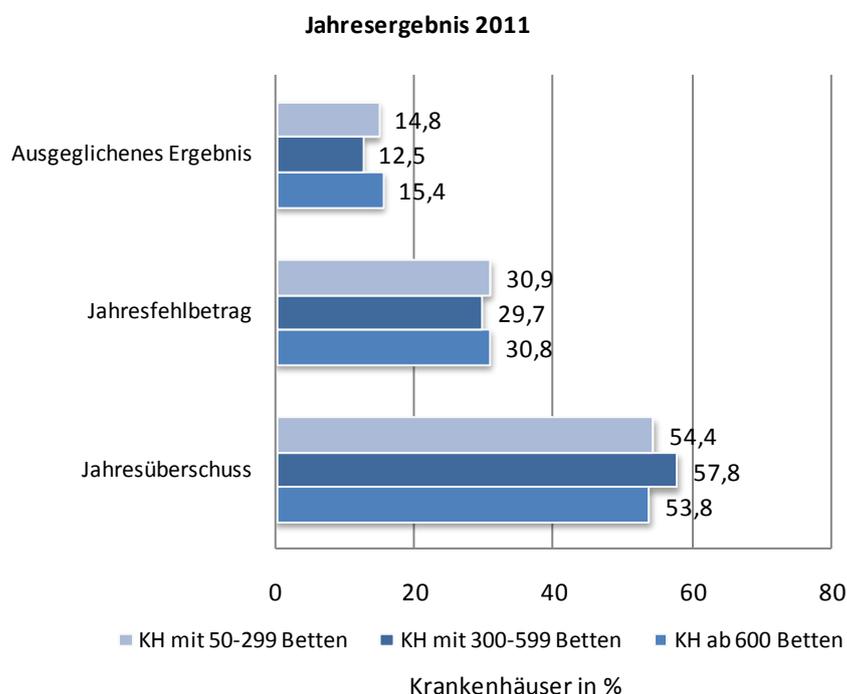
Insgesamt hat sich die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2011 somit merklich verschärft. Dies unterstreicht auch die Auswertung nach Krankenhausgrößen:

Danach gibt es beim Jahresergebnis 2011 faktisch keine Unterschiede mehr zwischen den einzelnen Bettengrößenklassen. Die schwierige wirtschaftliche Lage trifft Krankenhäuser unterschiedlicher Größe in gleichem Maße. Der

seit Jahren zu beobachtende Trend einer Angleichung der wirtschaftlichen Ergebnisse hat sich 2011 nochmals deutlich verstärkt (Abb. 55):

Auffallend sind insbesondere die wirtschaftlichen Einbrüche in den Krankenhäusern der mittleren Bettengrößenklasse von 300-599 Betten, die in den letzten Jahren, zumindest im Schnitt, die besten Jahresergebnisse aufwiesen. Der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss ist hier von fast 75% auf rund 58% gesunken, während der Anteil der Einrichtungen mit Jahresfehlbetrag sich von 13% auf knapp 30% um das Zweieinhalbfache erhöht hat.

Am geringsten fallen die Einbrüche in der oberen Bettengrößenklasse aus. Der Anteil der Einrichtungen mit einem Jahresüberschuss ist hier von gut 60% auf knapp 54% zurückgegangen, der Anteil der Häuser mit einem Jahresfehlbetrag von rund 24% auf knapp 31% gestiegen. Die Entwicklung in der unteren Bettengrößenklasse entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

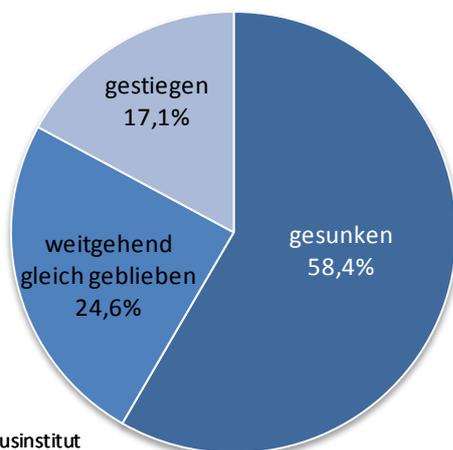
**Abb. 55: Jahresergebnis 2011**

## 7.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2010/2011

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2010 und 2011 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2011 im Vergleich zu 2010 in 58% der Krankenhäuser gesunken, bei rund einem Viertel konstant geblieben und nur in rund 17% der Krankenhäuser gestiegen (Abb. 56).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2011 im Vergleich zu 2010



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 56: Entwicklung des Jahresergebnisses 2011 im Vergleich zu 2010

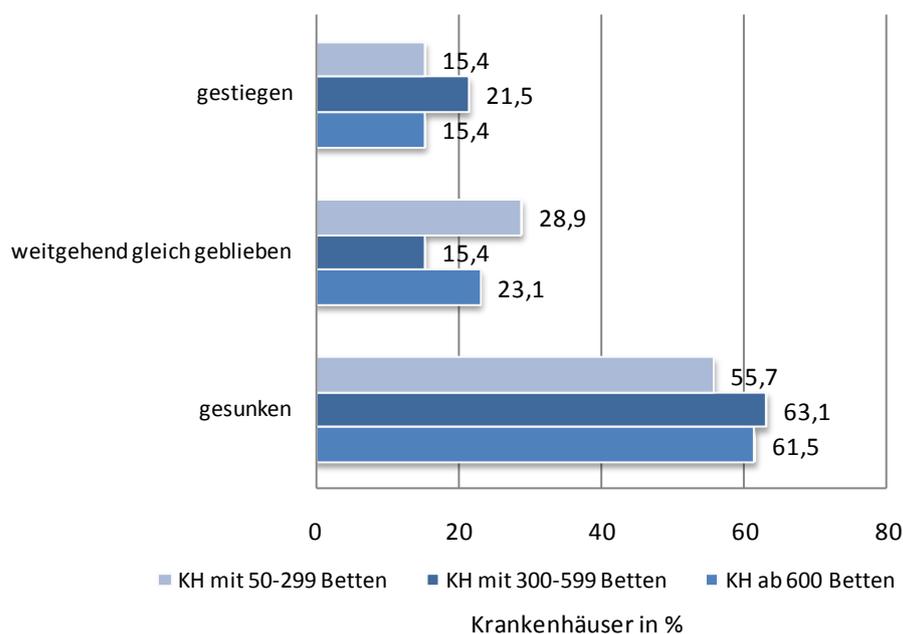
Im Vergleich zum letzten *Krankenhaus Barometer* 2011 fällt hier die Entwicklung noch dramatischer aus. Seinerzeit war das Jahresergebnis im Vergleich zum Vorjahr noch in fast der Hälfte der Krankenhäuser gestiegen und in gut einem Viertel gesunken.

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert zwar noch moderat in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Die Entwicklungsschwankungen sind dabei in den Krankenhäusern der mittleren Bettengrößenklasse am stärksten. Sie weisen sowohl bei den Häusern mit gestiegenem Ergebnis als

auch bei den Einrichtungen mit rückläufigem Ergebnis die höchsten Anteilswerte auf.

Allerdings haben sich auch hier die Entwicklungen größenklassenübergreifend deutlich angeglichen. Die Verschlechterung der Jahresergebnisse betrifft Krankenhäuser unterschiedlicher Größe gleichermaßen (Abb. 57).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2011 im Vergleich zu 2010



© Deutsches Krankenhausinstitut

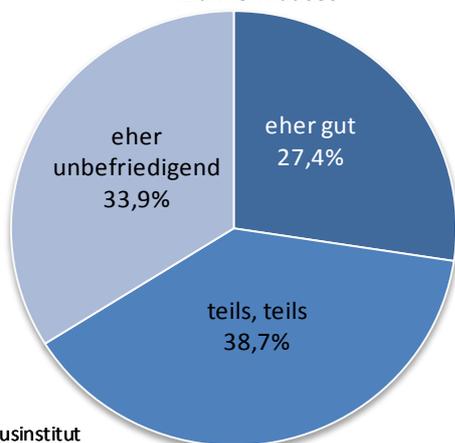
Abb. 57: Entwicklung des Jahresergebnisses 2011 im Vergleich zu 2010

### 7.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2011 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2012 beurteilen. Ein Drittel der Einrichtungen schätzt ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, 27% beurteilen sie als gut, während 39% in dieser Hinsicht unentschieden waren (Abb. 58).

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit merklich verschlechtert. Seinerzeit bezeichneten noch 41% ihre wirtschaftliche Lage als gut und lediglich 18% als eher unbefriedigend.

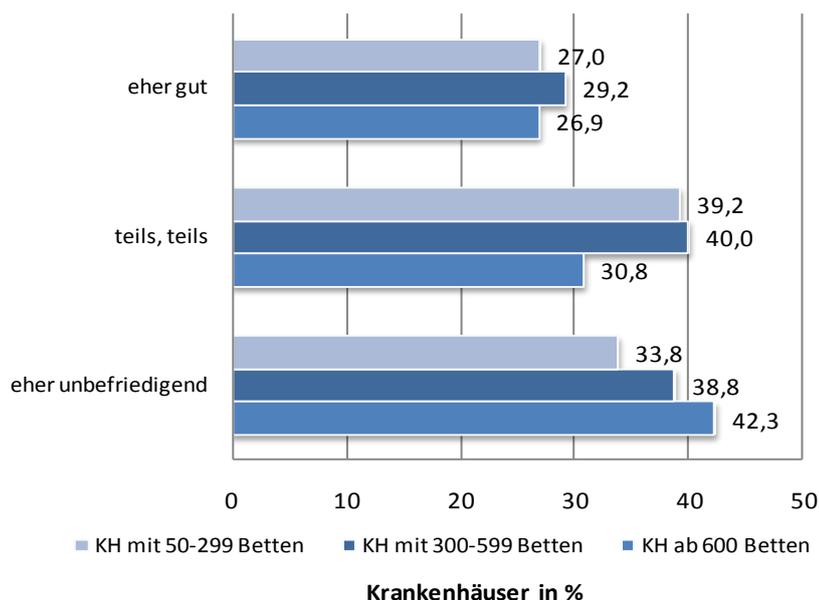
**Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses**



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 58: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses**

**Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses**



© Deutsches Krankenhausinstitut

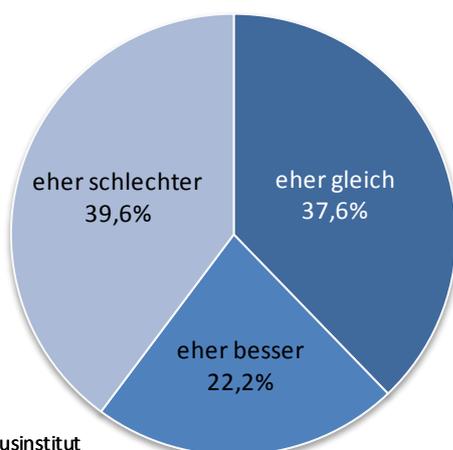
**Abb. 59: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses**

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in den beiden unteren Bettengrößenklassen in etwa gleich aus (Abb. 59). Demgegenüber sehen die großen Häuser ihre derzeitige wirtschaftliche Lage deutlich kritischer. Diese Unterschiede in der Lageeinschätzung lassen sich seit Jahren beobachten.

#### 7.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2013 äußern: Nur 22% erwarten eine Verbesserung, jedoch fast 40% der Krankenhäuser eine Verschlechterung (Abb. 60). Ähnlich wie im Vorjahr fallen die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser daher pessimistisch aus.

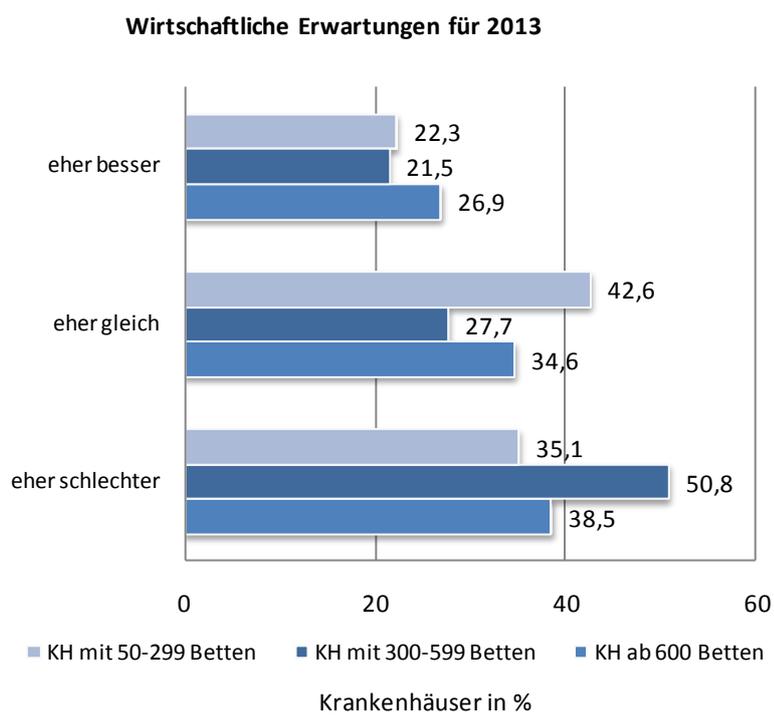
Erwartungen für das eigene Krankenhaus 2013



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 60: Erwartungen für das eigene Krankenhaus 2013

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen vor allem in Häusern der mittleren Bettengrößenklasse deutlich kritischer aus als in den unteren und oberen Bettengrößenklassen (Abb. 61). So erwartet jedes zweite Haus in der Klasse von 300-599 Betten eine Verschlechterung seiner wirtschaftlichen Situation. Der oben aufgezeigte Trend einer Angleichung der schwierigen wirtschaftlichen Lage von Krankenhäusern aller Bettengrößenklassen wird sich voraussichtlich auch 2013 fortsetzen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 61: Wirtschaftliche Erwartungen für 2013



## Literaturverzeichnis

- Blum, K, Müller, U, Offermanns, M, Schilz, P (2004): Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen durch die Gesetzlichen Krankenkassen. Düsseldorf: [www.dki.de](http://www.dki.de).
- DEGAM - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2004). Leitlinie Ältere Sturzpatienten  
<http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Langfassung-sturz001.pdf>.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2008). Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus. Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e.V. (2010). Konzept für ein bayernweites Projekt Menschen mit Demenz im Krankenhaus; Nürnberg.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2002 ff.): Krankenhaus Barometer. Düsseldorf [www.dki.de](http://www.dki.de).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.
- DIMDI (2012): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2012. Köln: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de).
- Gemidas-QM. Beste Praxis Sturz. Version 5.0, 2005, [http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/Beste-Praxis-Sturz\\_V20051208i.pdf](http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/Beste-Praxis-Sturz_V20051208i.pdf).
- Gleich, M: Führungskräfteentwicklung in ausgewählten Unternehmen der Wirtschaft. Hamburg: Diss. Helmut Schmidt-Universität.
- Hiltensperger, M (2011): Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) – Testkliniken loben Version 2.0. Klinikmanagement aktuell, 16 (3), S. 48-50.
- Icks, A., Becker, C., Kunstmann, W. Sturzprävention bei Senioren. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Deutsches Ärzteblatt, 2005, 102 (31-32), S.A2150-A2152.
- Kleina, T., Wingenfeld, K. (2007). Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld.
- Kirchner, H, Schroeter, M, Flesch, M (2012): Personalakquise im Krankenhaus. Heidelberg: Springer.
- Kirchen-Peters, S. (2005). Der Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen?. Saarbrücken.



- Kirchen-Peters, S., Herz-Silvestrini, D. (2009). Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Saarbrücken.
- Lind, S. (2000). Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart <http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Sozialmedizin/UmgangmitDemenzStudieLind05.pdf> .
- Mai, M (2011): Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) – Fluch oder Segen für die Pflege? KU Gesundheitsmanagement, 80 (5), S. 46-50.
- Naegler, H (2008): Personalmanagement im Krankenhaus. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Pohl W. (2010). Change Management: Veränderungen brauchen Zeit. f & w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 6: 596-600.
- Raddatz, J (2011): Gedanken zur Ausgestaltung des künftigen Pflege-Komplex-Maßnahmen-Score (PKMS). das Krankenhaus, 80 (8), S. 784-788.
- Sachverständigenrat. (2009). Gutachten zur Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.
- Schmitz C, Hollmann J. (2007). Zukunftssicherung mit neuen Ansätzen des Changemanagements. Das Krankenhaus, 10: 973-977.
- Statistisches Bundesamt (2011): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2010a): Grunddaten der Krankenhäuser. Wiesbaden: [www.destatis.de](http://www.destatis.de).
- Statistisches Bundesamt (2010b): Diagnosedaten der Krankenhäuser. Wiesbaden: [www.destatis.de](http://www.destatis.de).
- Stettin, C. (2011). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. <http://pflegetag.maps-marburg.de/wp-content/uploads/2011/stettin/MenschenmitDemenzimAkutkrankenhaus.pdf> .
- Südtiroler Sanitätsbetrieb (2010). Leitlinie Sturzprävention bei Betreuten in Akut- und Langzeiteinrichtungen [http://www.sabes.it/de/news.asp?aktuelles\\_action=4&aktuelles\\_article\\_id=348518](http://www.sabes.it/de/news.asp?aktuelles_action=4&aktuelles_article_id=348518).
- Töpfer A, Albrecht M. (2006). Anforderungen, Schlüsselbereiche und Mitwirkende des Veränderungsmanagements. In: Albrecht M, Töpfer A. Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg: Springer.
- Vahs, D. (2003). Organisation. Einführung in die Organisationstheorie und -praxis, hrsg. v. Pietschmann B., Vahs, D. 4., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.

Wietek, P, Schröder, L: OPS 9-20 (2010): Mit dem PKMS für mehr Pflege im DRG-System? Die Schwester/Der Pfleger, 49 (5), S. 436-437.



# KRANKENHAUS BAROMETER 2012