

KRANKENHAUS BAROMETER

Umfrage 2011

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT



KRANKENHAUS BAROMETER 2011

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

Düsseldorf, Oktober 2011



Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
1 STELLENBESETZUNGSPROBLEME	6
1.1 PFLEGEDIENST	6
1.2 OP- UND ANÄSTHESIEPFLEGE	8
1.3 INTENSIVPFLEGE	12
1.4 MTA	14
1.5 PHYSIOTHERAPIE/ KRANKENGYMNASTIK.....	15
1.6 ÄRZTLICHER DIENST	16
2 MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTEN (MTRA)	20
2.1 RADIOLOGISCHE FACHBEREICHE	20
2.2 FACHKRAFTQUOTEN.....	21
2.3 EINSATZ VON MEDIZINISCHEN FACHANGESTELLTEN	24
2.4 DELEGATION ÄRZTLICHER TÄTIGKEITEN AN MTRA	25
2.5 PRAXISANLEITUNG BEI MTRA.....	27
2.6 AKTUALISIERUNGSBEDARF DER MTRA-QUALIFIKATION.....	28
2.7 EINSATZ INNOVATIVER TECHNOLOGIEN	31
3 HONORARÄRZTE	33
3.1 EINSATZ VON HONORARÄRZTEN	33
3.2 GRÜNDE FÜR DEN EINSATZ VON HONORARÄRZTEN.....	36
3.3 KOSTEN VON HONORARÄRZTEN.....	38
4 WEGFALL ZIVILDIENTSTLEISTENDER IM KRANKENHAUS	39
4.1 STELLEN FÜR ZIVILDIENTSTLEISTENDE IM JAHR 2010	39
4.2 STELLEN FÜR FREIWILLIGE IM SOZIALEN JAHR IM JAHR 2010	42
4.3 KOMPENSATIONSMAßNAHMEN ZUM WEGFALL DES ZIVILDIENTSTES.....	43
4.4 ÜBERNAHME DER AUFGABEN DURCH KRANKENHAUSMITARBEITER.....	47
4.5 AKQUISEMÖGLICHKEITEN BEIM EINSATZ FREIWILLIG TÄTIGER	48
4.6 MEINUNGSBILD ZUM WEGFALL DER ZIVILDIENTSTLEISTENDEN.....	50
5 INTENSIVPFLEGE UND INTENSIVMEDIZIN	54
5.1 INTENSIVSTATIONEN UND INTENSIVBETTEN.....	54
5.2 ÄRZTLICHES PERSONAL IN DER INTENSIVMEDIZIN	56
5.3 FACHARZTQUOTEN IN DER INTENSIVMEDIZIN.....	58
5.4 PERSONAL IN DER INTENSIVPFLEGE	60



5.5	FACHKRAFTQUOTEN IN DER INTENSIVPFLEGE	62
5.6	QUALIFIKATIONSABHÄNGIGE TÄTIGKEITSFELDER IN DER INTENSIVPFLEGE	64
5.7	FLUKTUATIONSQUOTEN IN DER INTENSIVPFLEGE.....	65
5.8	ALTERSSTRUKTUR IN DER INTENSIVPFLEGE.....	67
5.9	WEITERENTWICKLUNG DER INTENSIVPFLEGE.....	68
6	KRANKENHAUSHYGIENE UND INFEKTIONSPRÄVENTION.....	71
6.1	HYGIENISCHES FACHPERSONAL	72
6.2	MAßNAHMEN ZUR INFEKTIONSPRÄVENTION VOR MRSA ERREGERN.....	79
6.3	ORGANISATORISCHE MAßNAHMEN.....	81
6.4	ANALYSE DER INFEKTIONSSTATISTIKEN ZU NOSOKOMIALEN – UND INFEKTIONEN MIT (MULTI)RESISTENTEN ERREGERN.....	86
7	BESCHWERDEMANAGEMENT	93
7.1	VERBREITUNG DES BESCHWERDEMANAGEMENTS.....	93
7.2	BESCHWERDESTIMULIERUNG.....	95
7.3	BESCHWERDEANNAHME	97
7.4	BESCHWERDEBEARBEITUNG.....	101
7.5	BESCHWERDEAUSWERTUNG UND -CONTROLLING.....	106
7.6	PATIENTENBEAUFTRAGTE.....	109
8	WAHLLLEISTUNGEN.....	116
8.1	EINBETT- UND MEHRBETTZIMMER	116
8.2	WAHLLLEISTUNG UNTERKUNFT	117
8.3	WAHLÄRZTLICHE LEISTUNGEN	119
8.4	ERLÖSSTRUKTUR BEI WAHLLLEISTUNGEN INSGESAMT	121
9	BETTENAUSLASTUNGSGRAD	123
9.1	BETTENAUSLASTUNG IM KRANKENHAUS INSGESAMT	124
9.2	BETTENAUSLASTUNG IN DER CHIRURGIE	126
9.3	BETTENAUSLASTUNG IN DER INNEREN MEDIZIN	128
9.4	BETTENAUSLASTUNG IN DER HNO.....	130
9.5	BETTENAUSLASTUNG IN DER AUGENHEILKUNDE	133
10	WIRTSCHAFTLICHE LAGE.....	136
10.1	JAHRESERGEBNIS 2010 / 2011.....	136
10.2	ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2009/2010.....	137
10.3	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION.....	139
	LITERATURVERZEICHNIS.....	142



Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2011 vor.

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

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

Die jährlichen Ausgaben des *Krankenhaus Barometers* sind im Downloadbereich der DKI-Homepage abrufbar (www.dki.de). Seit 2010 gibt es eine um redaktionelle Beiträge namhafter Autoren ergänzte Buchfassung des *Krankenhaus Barometers*. Das Buch zum aktuellen *DKI-Barometer Krankenhaus 2011/2012* wird Ende 2011 in der Deutschen Krankenhaus VerlagsGesellschaft erscheinen.¹

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2011 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche von April bis Juli 2011 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 272 Krankenhäuser.

¹ Vgl. Janßen, U./Blum, K. (Hrsg.): *DKI-Barometer Krankenhaus 2010/2011*: Düsseldorf 2010. Janßen, U./Blum, K. (Hrsg.): *DKI-Barometer Krankenhaus 2011/2012*: Düsseldorf 2011

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 Stellenbesetzungsprobleme

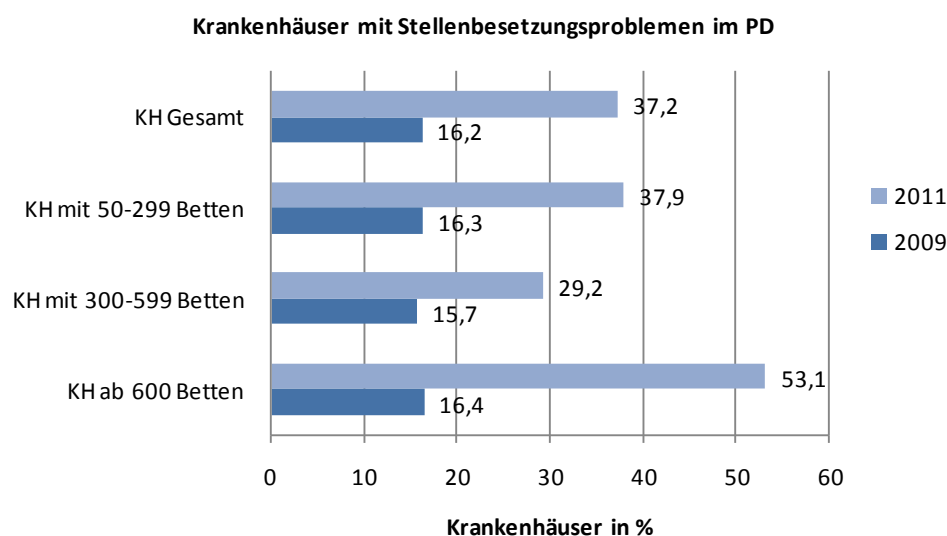
Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme bilden eine zentrale Herausforderung für die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer, wie schon in der Erhebung zum Krankenhaus Barometer 2009, angeben, inwieweit sie Stellenbesetzungsprobleme bei ausgewählten Berufsgruppen und Diensten im Krankenhaus haben.

Der Fachkräftemangel wird im Krankenhaus Barometer also darüber gemessen, dass offene Stellen (wieder) besetzt werden sollen, aber mangels (geeigneter) Bewerber kurzfristig nicht besetzt werden können bzw. längere Zeit vakant bleiben. Aussagen dazu, inwieweit die aktuellen Stellenpläne bedarfsgerecht sind, werden – auch mangels objektiver und weitestgehend konsensfähiger Maßstäbe – somit ausdrücklich nicht getroffen.

1.1 Pflegedienst

Zunächst werden die Ergebnisse für den Pflegedienst der bettenführenden Bereiche vorgestellt. Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit das Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2011 Probleme hatte, offene Stellen für das Pflegepersonal im Stationsdienst zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

37,2% der Krankenhäuser haben demnach Probleme, offene Stellen im Pflegedienst zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2009 hat sich der Anteil betroffener Krankenhäuser damit mehr als verdoppelt. Seinerzeit lag der entsprechende Anteilswert noch bei 16,2%.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst

Vom Fachkräftemangel in der Pflege sind größere Häuser ab 600 Betten überproportional betroffen (Abb. 1). Hier führte etwa jedes zweite Krankenhaus (53,1%) entsprechende Stellenbesetzungsprobleme an. In den unteren Bettengrößenklassen waren es 37,9% (50-299 Betten) bzw. 29,2% (300-599 Betten) der Einrichtungen.

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst konnten im Mittel 5,6 Vollkraftstellen nicht besetzen (Abb. 2). Gegenüber 2009 (4,8 VK) entspricht das einer Steigerung von fast einer Vollkraftstelle. Bezogen auf die Gesamtzahlen der heutigen Vollkraftstellen in den jeweiligen Krankenhäusern, konnten Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen knapp 3% ihrer Stellen im Pflegedienst nicht besetzen. Das entspricht in etwa dem Wert von 2009.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten, blieben bundesweit rund 3.000 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt. Gegenüber 2009 mit 1.250 unbesetzter Pflegestellen entspricht dies einer Steigerung von 140% binnen zwei Jahren. Bezogen auf die knapp 280.000 Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser insgesamt ist allerdings nur rund 1% der Pflegestellen derzeit vakant.

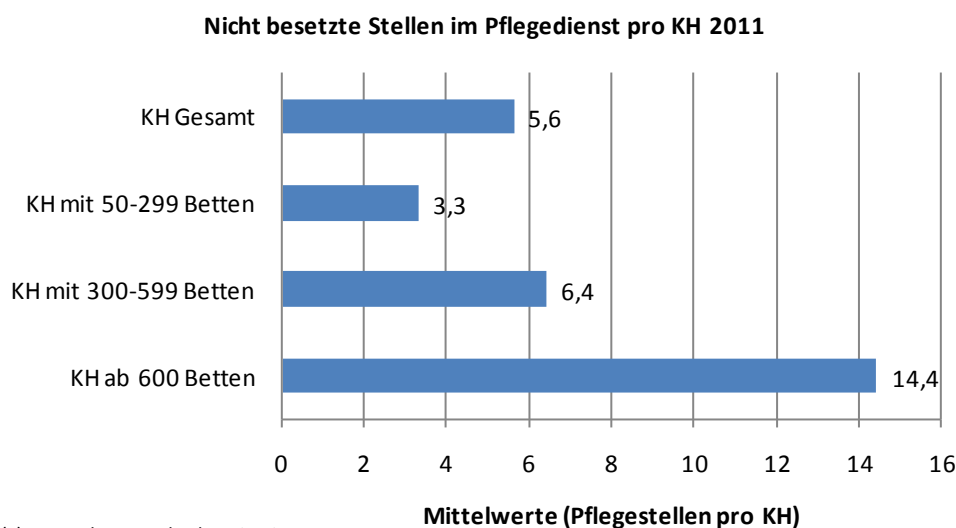


Abb. 2: Nicht besetzte Stellen im Pflegedienst pro Krankenhaus 2011 (Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)

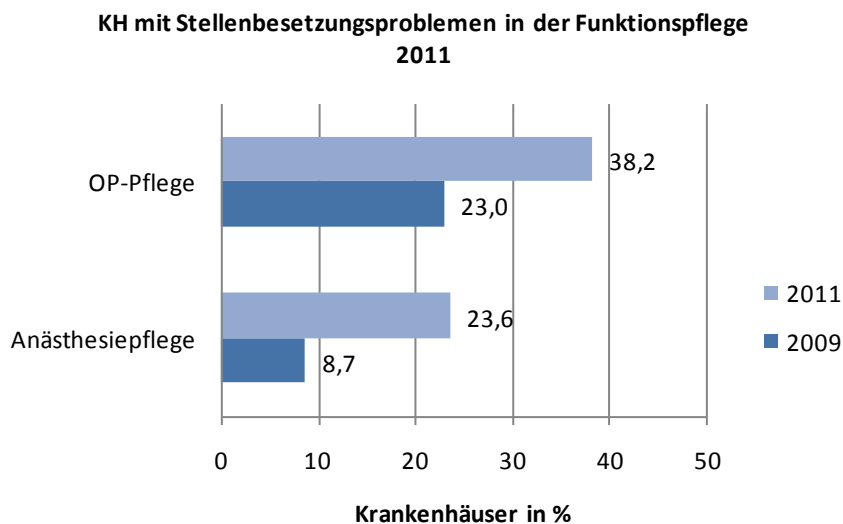
Der Pflegedienst ist somit vom Fachkräftemangel einstweilen weniger betroffen als andere Berufsgruppen und Dienste im Krankenhaus (vgl. Kap. 1.2 ff.). Die deutlichen Steigerungsraten gegenüber 2009 signalisieren aber, dass Stellenbesetzungsprobleme hier möglicherweise erst in den Anfängen stehen bzw. der Fachkräftemangel in der Pflege sich künftig merklich verschärfen könnte.

1.2 OP- und Anästhesiepflege

Die Funktionspflege umfasst das nicht-ärztliche Personal im Operationsdienst (also Operationstechnische Assistenten, weitergebildete OP-Pflegekräfte sowie nicht entsprechend aus- oder weitergebildetes OP-Personal) und das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie (weitergebildete Anästhesie- und Intensivpflegekräfte, Anästhesietechnische Assistenten sowie Anästhesiepersonal ohne einschlägige Aus- oder Weiterbildung).

Gut 38% der Krankenhäuser haben derzeit Probleme, offene Stellen beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst zu besetzen. Gegenüber 2009 entspricht dies einer deutlichen Steigerung um rund 15%. Seinerzeit lag der entsprechende Anteilswert noch bei 23% (Abb. 3).

Im Vergleich zum OP-Personal fällt in der Anästhesiepflege der Anteil der Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen mit 23,6% zwar niedriger aus. Allerdings ist auch hier der Anteil der betroffenen Häuser seit 2009 (8,7%) um rund 15% gestiegen.

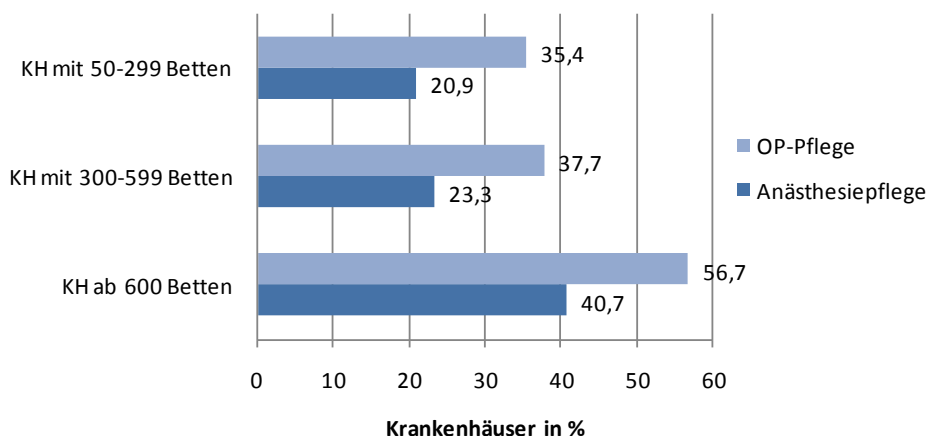


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 3: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Funktionspflege 2011

Wie schon 2009 variieren die Stellenbesetzungsprobleme in der Funktionspflege in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. D.h. größere Krankenhäuser ab 600 Betten sind hier deutlich überproportional betroffen. So haben etwa 40,7% dieser Einrichtungen Stellenbesetzungsprobleme in der Anästhesiepflege und mehr als jedes zweite Haus (56,7%) entsprechende Probleme in der OP-Pflege (Abb. 4).

KH mit Stellenbesetzungsproblemen in der Funktionspflege nach Bettengrößenklassen 2011

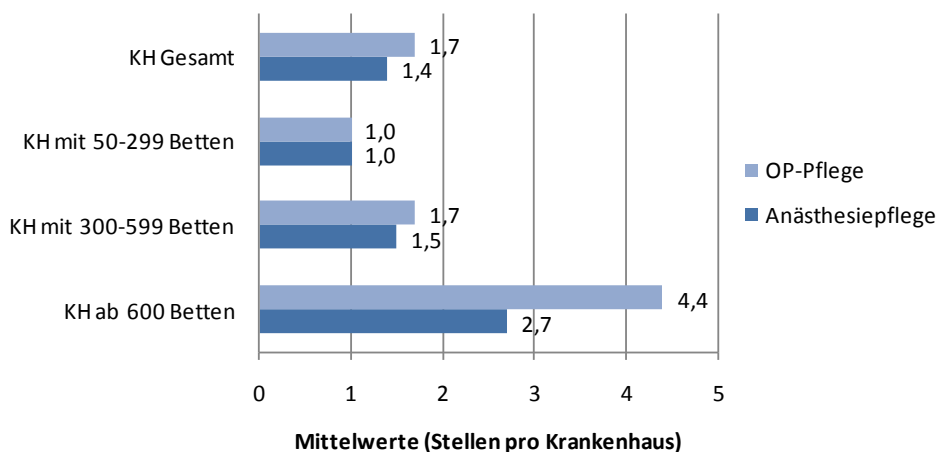


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Funktionspflege nach Bettengrößenklassen 2011

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel 1,7 Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen. Für das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie lag der Durchschnittswert bei 1,4 Stellen. Die Verteilung der offenen Stellen nach Krankenhausgröße kann im Einzelnen Abbildung 5 entnommen werden.

Nicht besetzte Stellen in der Funktionspflege pro KH in 2011



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Nicht besetzte Stellen in der Funktionspflege pro Krankenhaus in 2011 (Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Stellen in den jeweiligen Krankenhäusern konnten die Häuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt jeweils 7% ihrer Vollkraftstellen im Operationsdienst respektive in der Anästhesiepflege nicht besetzen.

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, blieben bundesweit knapp 1.000 Vollkraftstellen im Operationsdienst unbesetzt. Seit 2009 (ca. 600 offene Stellen) hat sich damit die Anzahl vakanter Vollkraftstellen im Operationsdienst um rund zwei Drittel erhöht. Bezogen auf das aktuelle OP-Personal von rund 27.000 Vollkraftstellen sind bundesweit knapp 4% der Stellen in der OP-Pflege vakant. Dieser Anteilswert hat sich damit seit 2009 in etwa verdoppelt.²

Beim nicht-ärztlichen Personal in der Anästhesie konnten hochgerechnet knapp 500 Vollkraftstellen nicht besetzt werden. Das macht einen Anteilswert von rund 3% der entsprechenden 15.000 Vollkraftstellen in der Anästhesiepflege aus. Relativ gesehen, ist die Anzahl offener Stellen in der Anästhesiepflege noch deutlicher gestiegen als in der OP-Pflege. Seinerzeit waren noch knapp 200 Vollkraftstellen in der Anästhesiepflege unbesetzt. Die Zahl unbesetzter Stellen hat somit binnen zwei Jahren um rund 150% zugenommen.

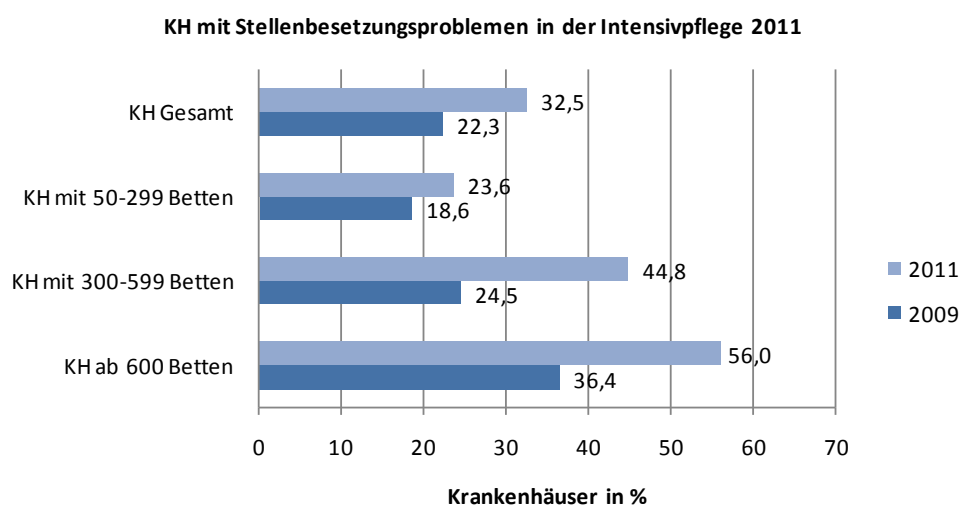
Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich der Personalmangel in der Funktionspflege mittlerweile zu einem gravierenden Problem der stationären Versorgung entwickelt hat. Sowohl der Anteil der betroffenen Häuser als auch die Anzahl unbesetzter Stellen haben in den letzten zwei Jahren deutlich zugenommen. Ein Ende der Entwicklung ist derzeit nicht absehbar.

² Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte in der OP-Pflege handelt es sich um einen Schätzwert, da die entsprechende Vollkräftezahl beim Statistischen Bundesamt nicht ausgewiesen ist. In der Schätzung wurde die Verhältniszahl von Vollkräften zu Beschäftigten in der OP-Pflege nach dem DK I-Krankenhaus Barometer auf die im Krankenhaus beschäftigten OP-Pfleger (Köpfe) laut Statistischem Bundesamt bezogen. Die Vollkräftezahlen für 2011 wurden, mangels aktuellerer Daten in der amtlichen Krankenhausstatistik, auf Basis einer Fortschreibung der Zahlen von 2005-2009 taxiert. Die Vorgehensweise bei der Anästhesiepflege war analog zur OP-Pflege.

1.3 Intensivpflege

Rund ein Drittel der Krankenhäuser (32,5%) hatte zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2011 Probleme, Pflegestellen in ihren Intensivbereichen zu besetzen. Ähnlich wie in der Funktionspflege haben die Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege seit 2009 merklich zugenommen. Seinerzeit waren noch gut 22% der Krankenhäuser betroffen.

Der Personalmangel in der Intensivpflege nimmt mit steigender Krankenhausgröße deutlich zu. Während knapp ein Viertel (23,6%) der kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten Stellen in der Intensivpflege nicht besetzen konnte, hatte unter den Großkrankenhäusern ab 600 Betten mehr als jedes zweite Haus (56%) entsprechende Probleme. Auch die Zunahme betroffener Häuser seit 2009 geht überproportional zu Lasten der mittleren und oberen Bettengrößenklasse (vgl. Abb. 6).

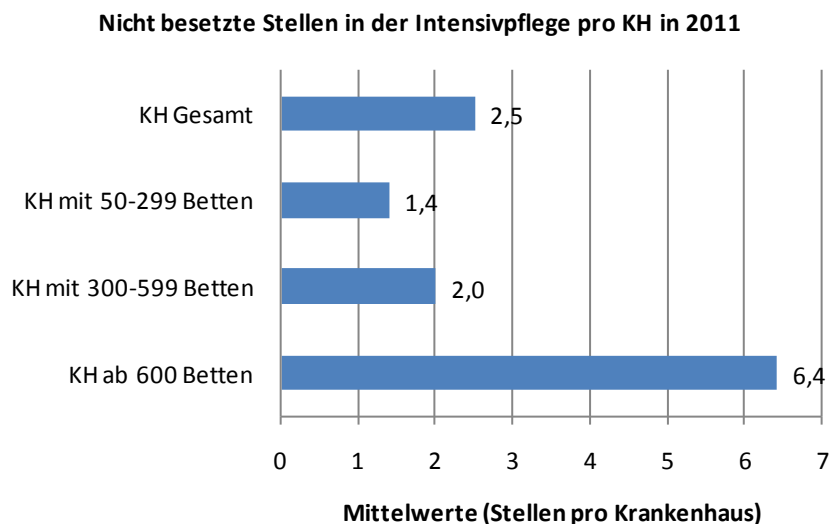


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Intensivpflege in 2011

Die Krankenhäuser mit Personalmangel konnten durchschnittlich 2,5 Vollkraftstellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Umgerechnet auf die Gesamtzahl der Intensivpflegekräfte in den jeweiligen Häusern entspricht dies einem Anteilswert von rund 5% vakanter Stellen. Dabei nimmt mit steigender Krankenhausgröße die Anzahl unbesetzter Stellen

überproportional zu (Abb. 7). Im Vergleich zu 2009 (3,8 VK) ist der Durchschnittswert für die unbesetzten Intensivpflegestellen rückläufig.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Nicht besetzte Stellen in der Intensivpflege pro Krankenhaus in 2011 (Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten blieben bundesweit rund 1.200 Vollkraftstellen in der Intensivpflege bzw. gut 2% der bundesweiten Vollkraftstellen insgesamt unbesetzt.³ Im Vergleich zu 2009 haben sich diese Werte kaum verändert:

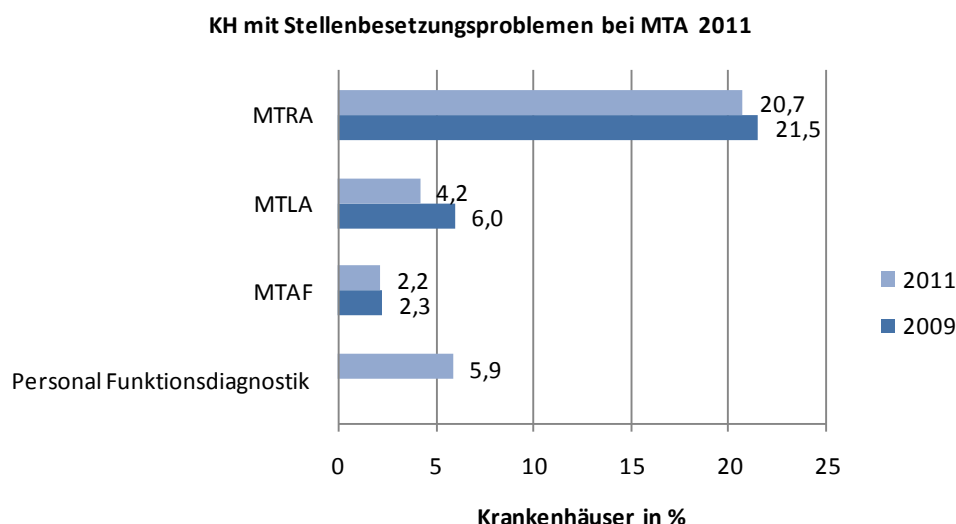
Auf der einen Seite ist zwar die durchschnittliche Anzahl vakanter Stellen in der Intensivpflege zurückgegangen. Auf der anderen Seite hat die Zahl der betroffenen Krankenhäuser hingegen zugenommen. Bezogen auf die Krankenhäuser insgesamt, sind Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege nunmehr breiter verteilt.

³ Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte handelte es sich um einen Schätzwert. Die Schätzung erfolgte analog zum Vorgehen für die Funktionspflege.

1.4 MTA

Die humanmedizinischen MTA-Berufe umfassen die Berufsbilder des Medizinisch-Technischen Radiologieassistenten (MTRA), des Medizinisch-Technischen Laboratoriumsassistenten (MTLA) und des Medizinisch-Technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik (MTAF). Stellenbesetzungsprobleme gibt es insbesondere bei MTRA:

Rund ein Fünftel der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten kann derzeit entsprechende Stellen nicht besetzen. Dagegen fällt der Anteil der Häuser mit offenen Stellen für MTLA (4,2%) sowie für MTAF (2,2%) vergleichsweise gering aus. Bei allen drei MTA-Berufen gab es weder nennenswerte Veränderungen seit 2009 (vgl. Abb. 8) noch größere Unterschiede nach Bettengrößenklassen.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei MTA 2011

Da der MTAF ein vergleichsweise neues Berufsbild mit relativ geringer Verbreitung ist, sollten die Befragungsteilnehmer überdies angeben, inwieweit sie, unabhängig von dieser spezifischen beruflichen Qualifikation, Stellenbesetzungsprobleme beim Personal in der Funktionsdiagnostik allgemein haben. Auch hier fällt die Betroffenheit noch eher gering aus. Knapp 6% der Häuser führten einen Personalmangel in der Funktionsdiagnostik an. Vergleichswerte für 2009 liegen hier nicht vor.



Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in den verschiedenen MTA-Berufen respektive beim Personal in der Funktionsdiagnostik allgemein konnten jeweils rund eine Vollkraftstelle nicht besetzen. Diese Durchschnittswerte haben sich seit 2009 gleichfalls kaum verändert.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser ab 50 Betten, blieben bundesweit gut 350 Vollkraftstellen für MTRA unbesetzt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Vollkräfte an MTRA insgesamt (ca. 13.000) entspricht dies einem Anteilswert von knapp 3%. Absolut wie relativ ist damit eine leichte Zunahme gegenüber 2009 zu verzeichnen. Bei MTLA und MTAF lag die Anzahl offener Stellen hochgerechnet jeweils unter 100 Vollkraftstellen bzw. der entsprechende Anteilswert unter 1%.⁴

Bei MTA haben sich die Stellenbesetzungsprobleme im Zeitablauf weitestgehend stabilisiert. Einen nennenswerten Personalmangel gibt es bei einer relevanten Minderheit von Krankenhäusern bei MTRA. Hingegen existieren bei MTLA und MTAF faktisch kaum Stellenbesetzungsprobleme. Unabhängig von der spezifischen beruflichen Qualifikation wird künftig insbesondere die Entwicklung beim Personal in der Funktionsdiagnostik genauer zu beobachten sein.

1.5 Physiotherapie/ Krankengymnastik

Nach den MTA bilden Physiotherapeuten bzw. Krankengymnasten die zweitgrößte Berufsgruppe innerhalb des Medizinisch-Technischen Dienstes der Krankenhäuser. Im diesjährigen Krankenhaus Barometer wurden erstmalig Stellenbesetzungsprobleme in der Physiotherapie/ Krankengymnastik erfasst.

Wie aus Abbildung 9 ersichtlich, haben die Krankenhäuser hier faktisch keinen Personalmangel. Lediglich 1,6% der Einrichtungen hatte zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2011 Probleme, offene Stellen in der

⁴ Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte an MTA handelt es sich um Schätzwerte. Die Schätzung erfolgte analog zum Vorgehen für die Funktionspflege.

Physiotherapie/Krankengymnastik zu besetzen. Nach Krankenhausgröße betrachtet, fallen die Stellenbesetzungsprobleme in der mittleren Bettengrößenklasse noch am größten aus.

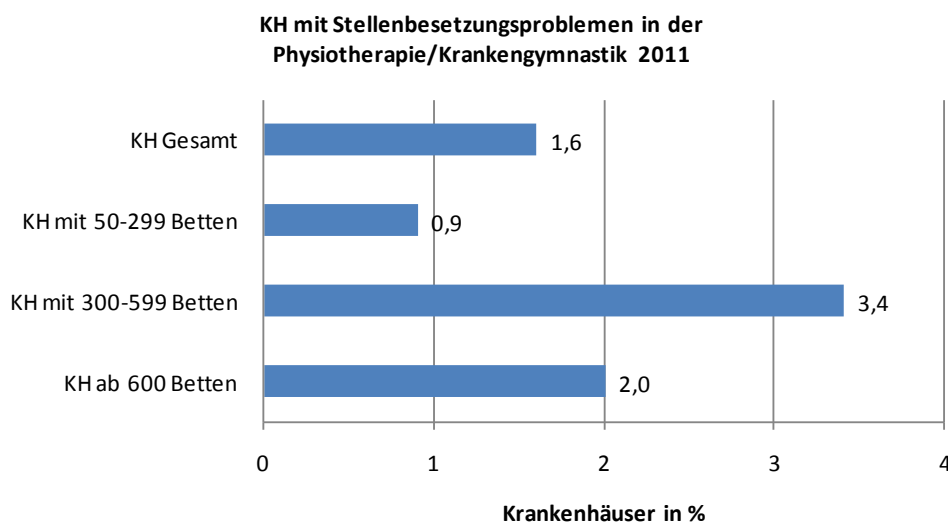


Abb. 9: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in der Physiotherapie/ Krankengymnastik 2011

Angesichts dieses Ergebnisses erübrigt sich eine differenziertere Betrachtung der Verteilung offener Stellen über die wenigen betroffenen Krankenhäuser. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit von im Krankenhaus beschäftigten Physiotherapeuten oder Krankengymnasten sind bundesweit unter 100 Vollkraftstellen unbesetzt. Das entspricht einem Anteilswert von merklich unter 1%.

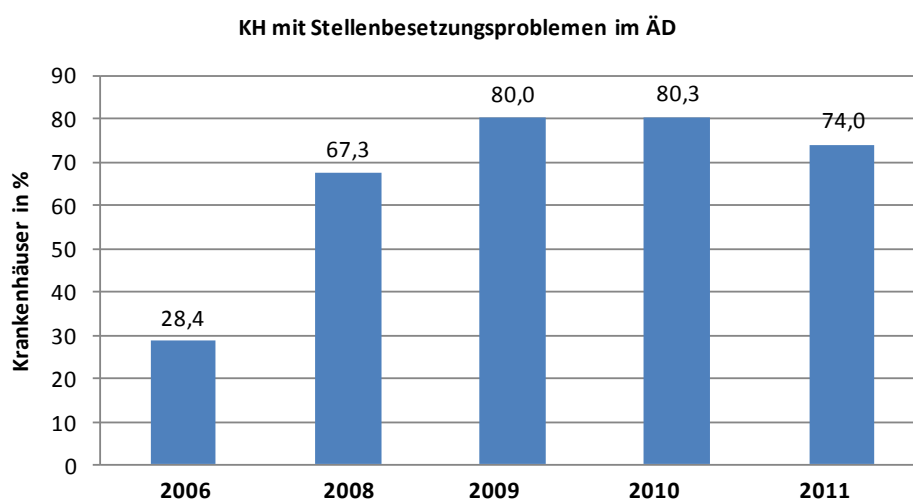
Von allem im Krankenhaus Barometer betrachteten Diensten oder Berufsgruppen im Krankenhaus haben die Physiotherapie bzw. die Krankengymnastik die geringsten Stellenbesetzungsprobleme.

1.6 Ärztlicher Dienst

Im Unterschied zu den bislang dargestellten Berufsgruppen und Diensten im Krankenhaus sind Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst schon seit 2006 mehrfach Gegenstand des Krankenhaus Barometers gewesen.

Insgesamt liegen für vier Jahrgänge entsprechende Vergleichswerte vor (2006, 2008, 2009, 2011). Darüber hinaus wurde die Problematik des Ärztemangels im Krankenhaus für das Jahr 2010 in einer separaten Studie thematisiert (Blum/Löffert, 2010).⁵

Im Jahr 2011 haben rund drei Viertel der Krankenhäuser (74%) Probleme, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Nachdem vor allem seit Mitte des letzten Jahrzehnts ein deutlicher Anstieg der betroffenen Häuser zu beobachten war, haben sich die Anteilswerte in den letzten Jahren auf sehr hohem Niveau stabilisiert (Abb. 10).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst

Im Vergleich zu den beiden Vorjahren ist der Anteil der Krankenhäuser mit Personalmangel im Ärztlichen Dienst in 2011 sogar leicht rückläufig. Dieser Rückgang ist allerdings nahezu ausschließlich auf die kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten zurückzuführen. Hier hatten 69% der Einrichtungen, und damit 11% weniger als im Vorjahr, Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst. In den beiden übrigen

⁵ Im Unterschied um Krankenhaus Barometer waren in dieser Studie auch Psychiatrien und Allgemeinkrankenhäuser unter 50 Betten erfasst. Soweit im Folgenden auf diese Studie rekurriert wird, sind deren Ergebnisse entsprechend um psychiatrische Einrichtungen und kleinere Allgemeinkrankenhäuser bereinigt worden.



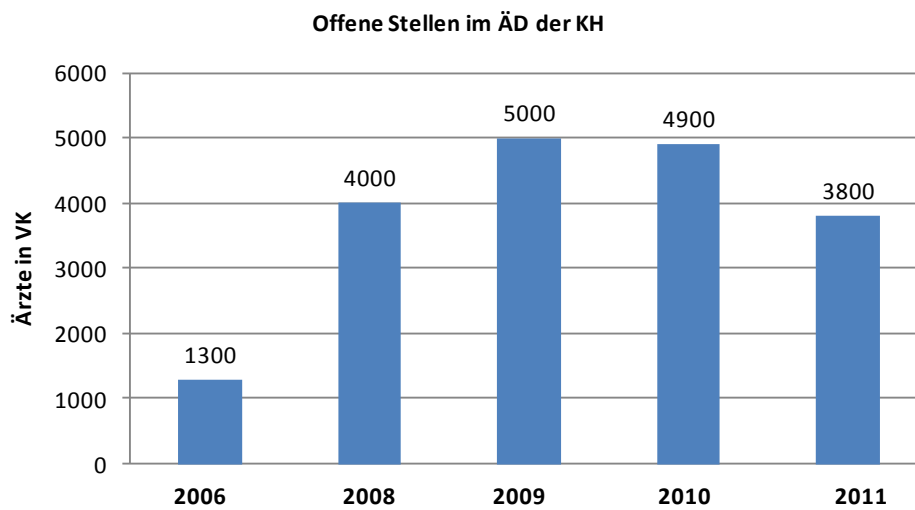
Größenklassen ist der Anteil betroffener Häuser sogar auf jeweils über 80% leicht angestiegen.

Die Krankenhäuser mit Personalmangel im Ärztlichen Dienst konnten im Mittel rund 3,5 Vollkraftstellen nicht besetzen. Im Vergleich zu den beiden Vorjahren mit durchschnittlich jeweils rund 4 vakanten Arztstellen ist somit der Ärztemangel in den betroffenen Krankenhäusern etwas rückläufig. Dieser Effekt ist maßgeblich auf einen überproportionalen Rückgang der vakanten Arztstellen in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten zurückzuführen.

Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Vollkraftstellen in den jeweiligen Häusern konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt 3,7% ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Gegenüber den beiden Vorjahren entspricht dies einem Rückgang um 1%.

Rechnet man die Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2011 auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten hoch, konnten bundesweit rund 3.800 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Das entspricht einem Anteilswert von rund 3% der ärztlichen Vollkraftstellen im Krankenhaus bundesweit. Verglichen mit den beiden Vorjahren ist der Anteilswert wiederum um 1% rückläufig.

Im Zeitvergleich seit 2006 ist die Anzahl unbesetzter Stellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser erstmalig im Jahr 2011 wieder stärker zurückgegangen (Abb. 11). Von der Mitte bis zum Ende des letzten Jahrzehnts hatte sich die Anzahl vakanter Arztstellen von 1.300 auf 5.000 Vollkraftstellen nahezu vervierfacht. Im Jahr 2011 ist dagegen die Anzahl offener Arztstellen um fast ein Viertel gegenüber den beiden Vorjahren rückläufig.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Offene Stellen im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser bundesweit

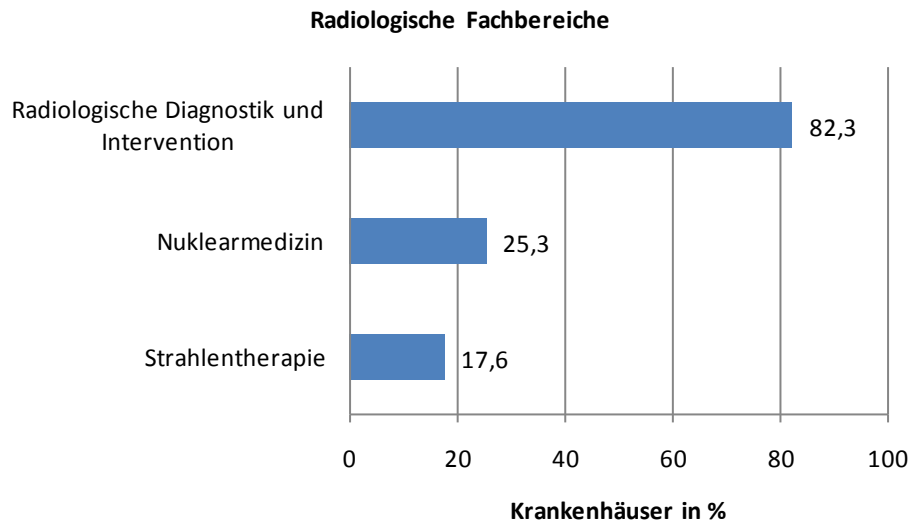
Gleichwohl bleibt der Personalmangel im Ärztlichen Dienst ein gravierendes Problem der Krankenhausversorgung. Nach wie vor sind etwa drei von vier Krankenhäusern vom Ärztemangel betroffen. Zwar hat sich die Situation im Jahr 2011 vordergründig etwas entspannt, da sowohl die Anzahl offener Stellen bundesweit als auch pro Krankenhaus rückläufig ist. Allerdings werden weitere Analysen zeigen, dass die Krankenhäuser das Problem des Ärztemangels nur durch den Einsatz von Honorarärzten zumindest teilweise kompensieren konnten (vgl. Kap. 3).

2 Medizinisch-technische Radiologieassistenten (MTRA)

2.1 Radiologische Fachbereiche

Die Radiologie bzw. das Berufsbild des Medizinisch-Technischen Radiologieassistenten (MTRA) sind erstmals ein Schwerpunktthema im Krankenhaus Barometer des DKI. Radiologische Leistungen gehören zwar zur Standarddiagnostik im Krankenhaus. Bis dato liegen allerdings keine Informationen darüber vor, wie sich verschiedene radiologische Fachbereiche auf die Krankenhäuser verteilen.

Deswegen wurden die Befragungsteilnehmer gebeten anzugeben, welche einschlägigen Fachbereiche sie in ihrem Krankenhaus vorhalten (Abb. 12). Faktisch haben hier alle Krankenhäuser positive Antworten gegeben, die überhaupt MTRA beschäftigen; das sind rund 85% aller Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten. Der Begriff des „Fachbereichs“ wurde von den Befragungsteilnehmern also eher weit gefasst.



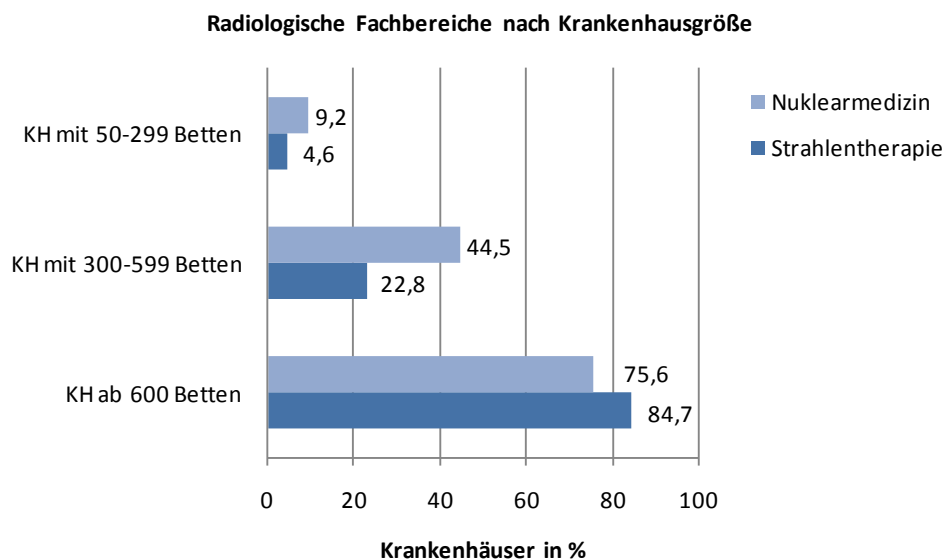
(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Radiologische Fachbereiche

Die radiologische Diagnostik und Intervention wird demnach nahezu flächendeckend in den deutschen Krankenhäusern vorgehalten. Gut 82% der Befragten führten an, diesen radiologischen Fachbereich vorzuhalten.

Rund 25% der Einrichtungen haben eine Nuklearmedizin. Fast 18% haben einen radiologischen Fachbereich für die Strahlentherapie.

Erwartungsgemäß nimmt die Häufigkeit der spezialisierteren Fachbereiche mit steigender Krankenhausgröße zu (Abb. 13). So verfügt beispielsweise die große Mehrzahl der Krankenhäuser ab 600 Betten über eine Nuklearmedizin (75,6%) oder eine Strahlentherapie (84,7%).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Radiologische Fachbereiche nach Krankenhausgröße

2.2 Fachkraftquoten

Zur Ermittlung der Fachkraftquoten bei technischen Assistenzkräften in den radiologischen Fachbereichen sollten die Befragungsteilnehmer die Verteilung ausgewählter Qualifikationen in ihren Krankenhäusern nennen. Dabei wurde insgesamt zwischen fünf Gruppen unterschieden: den technischen Assistenzkräften in der Radiologie insgesamt, den MTRA mit abgeschlossener Ausbildung bzw. MTRA-Schülern, den medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie einer Restkategorie für sonstige Assistenzkräfte. Abbildung 14 zeigt die jeweiligen Durchschnittswerte für die radiologischen Fachbereiche pro Krankenhaus (in Köpfen).

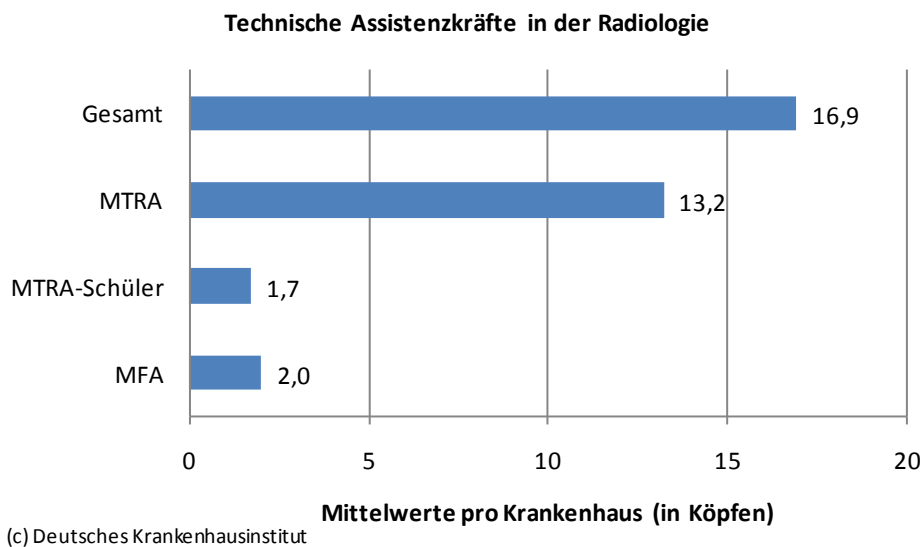
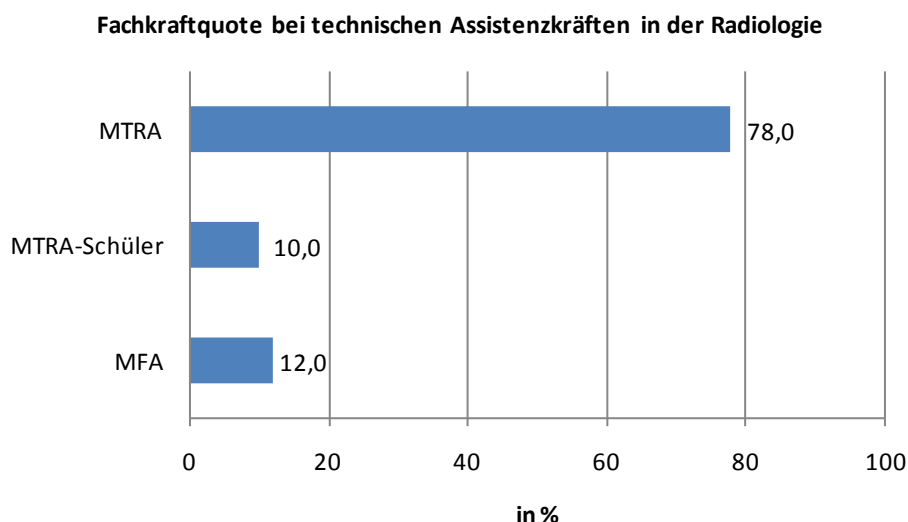


Abb. 14: Technische Assistenzkräfte in der Radiologie

In den Krankenhäusern, die überhaupt MTRA beschäftigen, gibt es durchschnittlich rund 17 technische Assistenzkräfte. Im Mittel verfügen gut 13 Beschäftigte über eine abgeschlossene MTRA-Ausbildung. Durchschnittlich 1,7 Schüler pro Krankenhaus befinden sich noch in der entsprechenden Ausbildung. Der Mittelwert für die medizinischen Fachangestellten liegt bei 2 MFA in den radiologischen Fachbereichen pro Krankenhaus.

Gemäß den Angaben zu einer offenen Frage umfasste die Restkategorie „Sonstige technische Assistenzkräfte“ im Wesentlichen zwei Gruppen: zum einen technische Assistenzkräfte mit einfacher Ausbildung (z.B. Röntgenhelfer oder Medizinisch-technischer Gehilfe) und Fachkräfte mit anderweitiger Primärausbildung (wie Krankenschwestern oder andere MTA-Berufe). Zum anderen wurde hier vor allem Verwaltungspersonal genannt, z.B. Sekretariat, Schreibkräfte, Anmeldung etc. Dabei handelt es sich allerdings definitionsgemäß nicht mehr um technische Assistenzkräfte. Da die Zuordnung zu dieser Kategorie seitens der Krankenhäuser zudem nicht einheitlich bzw. stringent erfolgte, konnte die Restkategorie „Sonstige technische Assistenzkräfte“ nicht ausgewertet werden. Dadurch wird die Gesamtzahl der technischen Assistenzkräfte im Ergebnis leicht unterschätzt. Auf die Ermittlung der Fachkraftquoten hat dies allerdings kaum Einfluss.

Die entsprechenden Quoten für die einzelnen Qualifikationen können der Abbildung 15 entnommen werden. Demnach sind 78% der (bereinigten) technischen Assistenzkräfte in den radiologischen Fachbereichen MTRA mit abgeschlossener Ausbildung. Der Anteil der MTRA-Schüler liegt bei 10%. MFA machen 12% der technischen Assistenzkräfte aus, sind also deutlich in der Minderheit.⁶



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Fachkraftquote bei technischen Assistenzkräften in der Radiologie

Für MTA-Berufe existieren zwar zahlreiche Weiterbildungen. Diese sind aber nicht staatlich anerkannt (Blum, 2010). Im Krankenhaus Barometer sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit ihre MTRA über einschlägige Fachweiterbildungen, z.B. zum Fachassistenten oder Fachradiologie-Technologen verfügen. Allerdings hat hier nur gut ein Viertel der Krankenhäuser Angaben gemacht, so dass die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Vorbehaltlich dieser Einschränkung hatten rund 16% der MTRA in den jeweiligen Häusern eine Fachweiterbildung absolviert. Mangels standardi-

⁶ Mit Blick auf die MFA muss im Übrigen offen bleiben, inwieweit diese vollständig oder weitgehend für administrative Tätigkeiten eingesetzt werden. Soweit dies der Fall ist, würde die Fachkraftquote für MTRA noch weiter steigen.

sierter oder einschlägiger Weiterbildungsordnungen können dabei zu Art und Umfang der jeweiligen Weiterbildungen keine Angaben gemacht werden.

2.3 Einsatz von medizinischen Fachangestellten

Stellen für technische Assistenzkräfte in der Radiologie sind teilweise von medizinischen Fachangestellten (MFA) besetzt. Wie erwähnt, sind durchschnittlich 2 MFA in den radiologischen Fachbereichen pro Krankenhaus beschäftigt. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, aus welchen Gründen sie Stellen für technische Assistenzkräfte in der Radiologie durch MFA besetzen (Abb. 16).

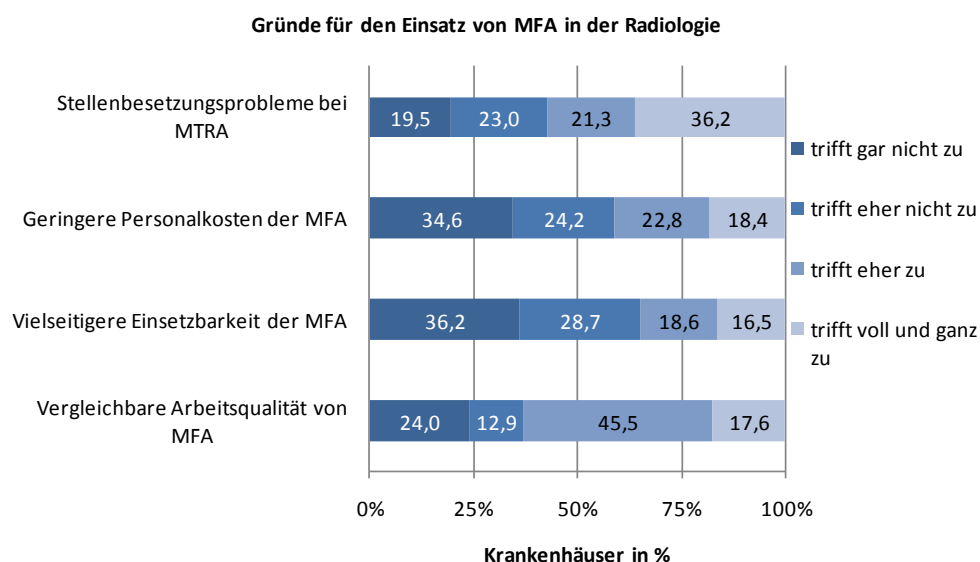


Abb. 16: Gründe für den Einsatz von MFA in der Radiologie

Demnach werden MFA maßgeblich zur Kompensation von Stellenbesetzungsproblemen bei MTRA eingestellt. Rund 60% der Krankenhäuser bejahte die entsprechende Fragestellung. Diese Motivation ist insofern nachvollziehbar, als MTRA der einzige MTA-Beruf mit nennenswertem Fachkräftemangel ist (vgl. Kap. 1.4).

Fast zwei Drittel der Krankenhäuser attestiert den MFA eine vergleichbare Arbeitsqualität zumindest für Basistätigkeiten in der Radiologie. Andere



Gründe sind verglichen damit von untergeordneter Bedeutung: Gut 40% der Befragten räumen ein, dass auch geringere Personalkosten der MFA ein Grund für ihre Einstellung sein können. Eine vielseitigere Einsetzbarkeit ist für rund ein Drittel der Befragten ein Grund, auch MFA in der Radiologie zu beschäftigen.

Alle genannten Gründe werden von kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten signifikant häufiger angeführt als in den oberen Bettengrößenklassen. Dementsprechend sind MFA in den radiologischen Bereichen kleinerer Krankenhäuser deutlich überrepräsentiert. Rund die Hälfte aller in der Radiologie beschäftigter MFA arbeitet in kleineren Krankenhäusern, obwohl hier nur rund ein Drittel aller MTRA mit abgeschlossener Ausbildung beschäftigt sind.

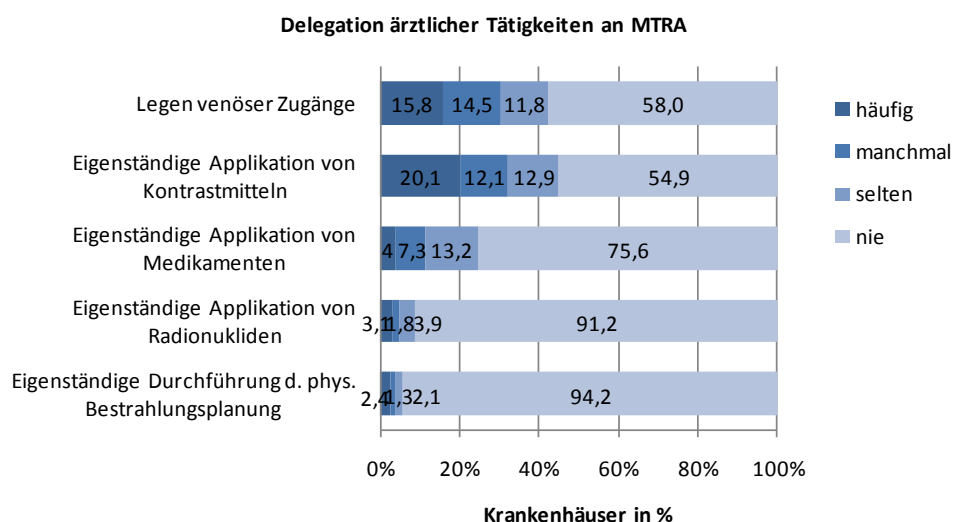
2.4 Delegation ärztlicher Tätigkeiten an MTRA

In der gesundheitspolitischen Fachdiskussion nimmt die Thematik der Leistungsdelegation zwischen den Berufsgruppen aktuell einen hohen Stellenwert ein. Konkret geht es vor allem um die Frage, inwieweit bislang ärztliche Tätigkeiten an andere Gesundheitsfachberufe delegiert werden können. Im Mittelpunkt der Debatte stehen bislang vor allem der Ärztliche Dienst sowie der Pflege- und Funktionsdienst. Die MTA-Berufe spielten bei der Delegationsthematik jedoch bislang kaum eine Rolle.

Im Krankenhaus Barometer sollte daher ansatzweise untersucht werden, ob und inwieweit ausgewählte ärztliche Tätigkeiten bereits heute an MTRA delegiert werden. Demnach werden insbesondere das Legen venöser Zugänge und die eigenständige Applikation von Kontrastmitteln bereits an MTRA übertragen. In jeweils rund 30% der Krankenhäuser mit MTRA ist dies häufig oder manchmal der Fall. In jeweils mehr als der Hälfte der Krankenhäuser werden diese Tätigkeiten jedoch grundsätzlich nicht delegiert.

Alle anderen explizit erhobenen (ärztlichen) Tätigkeiten werden hingegen kaum von MTRA übernommen. So führen in mehr als 90% der Kliniken

MTRA niemals die Applikation von Radionukliden und die physikalische Bestrahlungsplanung eigenständig durch. Auch die eigenständige Applikation von Medikamenten wird in rund drei Vierteln der Krankenhäuser nie an MTRA delegiert. In einem Viertel der Einrichtungen applizieren MTRA Medikamente jedoch selten bis häufig (Abb. 17).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Delegation ärztlicher Tätigkeiten an MTRA

Im Rahmen einer offenen Frage sollten die Krankenhäuser zudem angeben, ob ggf. weitere ärztliche Tätigkeiten an MTRA delegiert werden. Auch dies war größtenteils kaum der Fall. Im Wesentlichen ließen sich hier zwei Schwerpunkte identifizieren: Blutentnahmen sowie rektale Füllungen.

Die Delegation ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten an MTRA nimmt mit steigender Krankenhausgröße signifikant zu. Abbildung 18 zeigt beispielhaft die entsprechenden Ergebnisse für das Legen venöser Zugänge sowie die eigenständige Applikation von Kontrastmitteln.

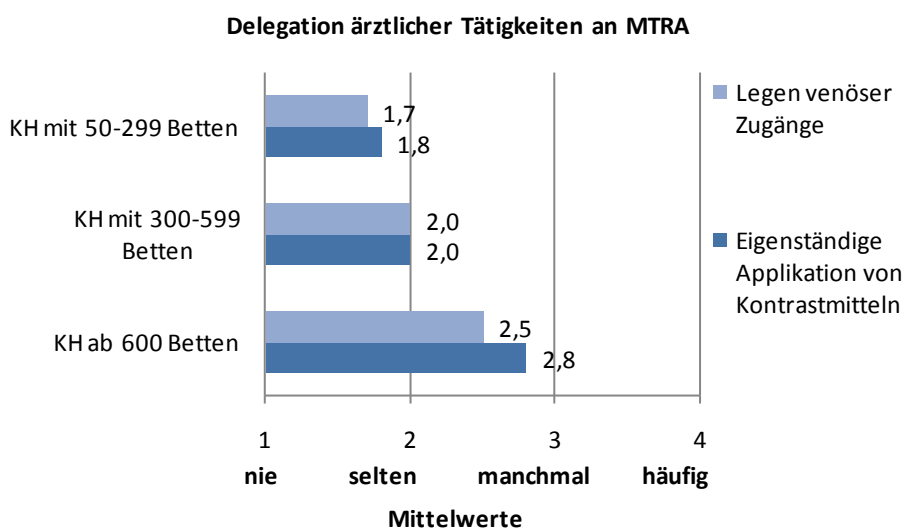
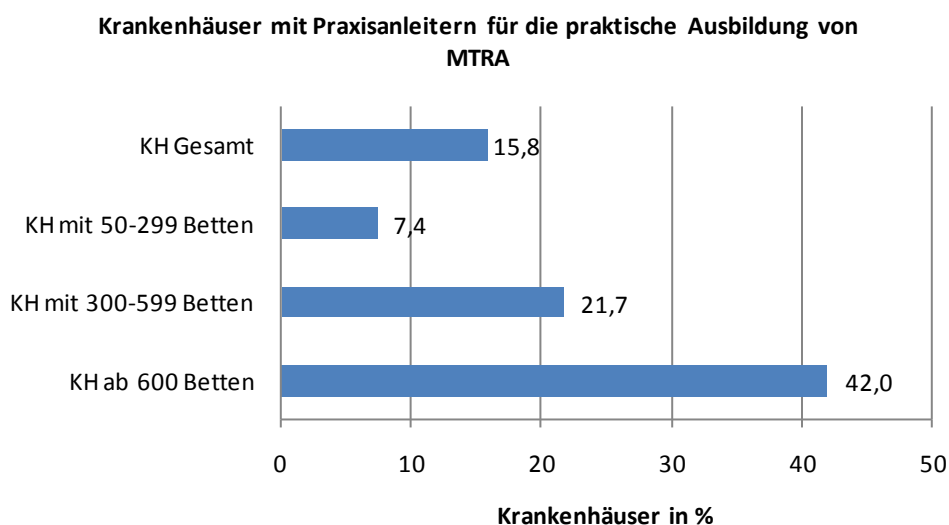


Abb. 18: Delegation ärztlicher Tätigkeiten an MTRA nach Bettengrößenklasse

2.5 Praxisanleitung bei MTRA

Das MTA-Gesetz als Grundlage der Ausbildung für MTRA 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 Anleitung und Unterweisung der Schüler bei der praktischen Ausübung der beruflichen Aufgaben.

Somit stellt sich die Frage, inwieweit die Krankenhäuser auf freiwilliger Basis Praxisanleiter qualifizieren. Dies ist bislang vergleichsweise selten der Fall (Abb. 19). Lediglich knapp 16% der Einrichtungen mit MTRA verfügen über speziell fortgebildete Praxisanleiter oder Mentoren für die praktische Ausbildung von MTRA.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 19: Krankenhäuser mit Praxisanleiter für die praktische Ausbildung von MTRA

Der Einsatz qualifizierter Praxisanleiter variiert dabei in sehr hohem Maße in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während 42% der großen Krankenhäuser ab 600 Betten über einschlägig fortgebildetes Personal verfügen, liegt der entsprechende Anteilswert in den kleineren Einrichtungen unter 300 Betten bei lediglich 7,4%.

Da die Praxisanleitung bislang nicht über das MTA-Gesetz geregelt ist, ist die Finanzierung von Praxisanleitern auch nicht gewährleistet. Eine verbesserte Praxisanleitung setzt daher eine entsprechende Veränderung des MTA-Gesetzes voraus.

2.6 Aktualisierungsbedarf der MTRA-Qualifikation

Das aktuelle MTA-Gesetz besteht im Kern seit 1993 und wurde seither nicht mehr grundlegend aktualisiert. Infolgedessen haben neues Wissen und neue Techniken unzureichend Eingang gefunden. Angesichts des Qualifizierungsbedarfs im MTRA-Bereich stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, inwieweit die bisherige Ausbildung noch den Anforderungen genügt bzw. inwieweit hier Aktualisierungsbedarf besteht. Die Befragungsteilnehmer sollten daher angeben, inwieweit eine

Weiterentwicklung der MTRA-Ausbildung sowie darüber hinaus der Fort- und Weiterbildung nach Maßgabe bestimmter Aspekte sinnvoll ist oder nicht. Abbildung 20 zeigt die Mittelwerte für die entsprechenden Fragestellungen.

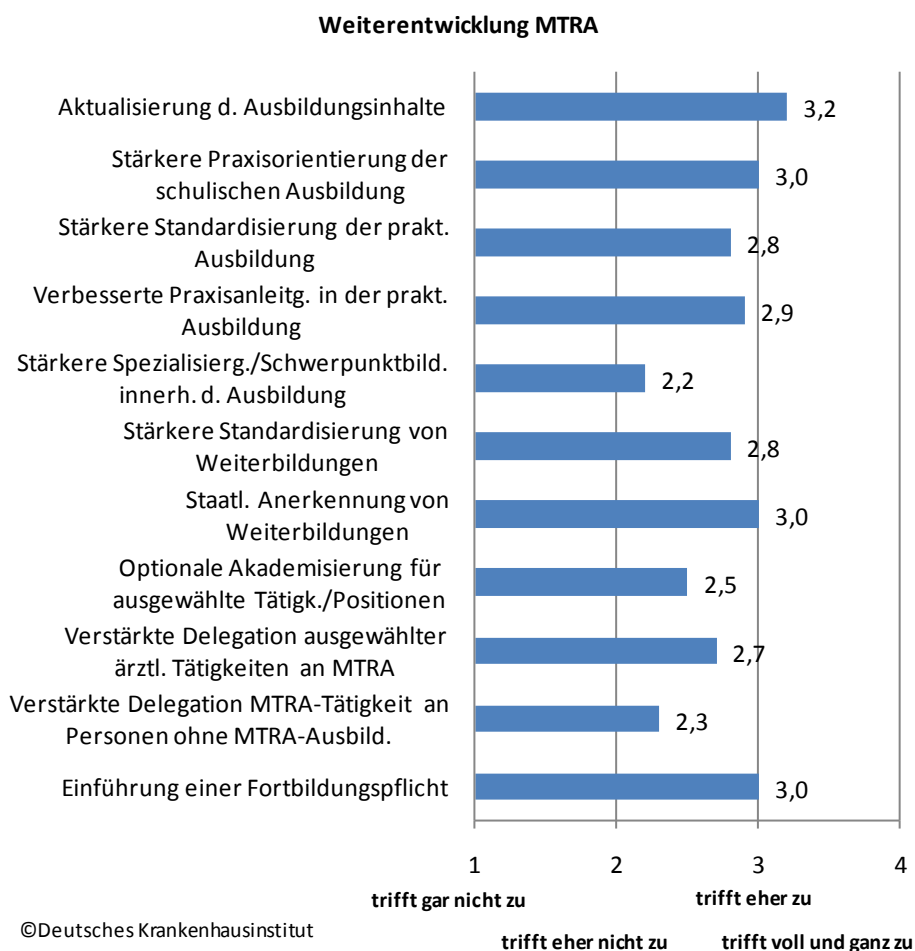


Abb. 20: Weiterentwicklung der MTRA-Qualifikation

Den dringendsten Handlungsbedarf sehen die Krankenhäuser demnach mit Blick auf die Aktualisierung der Ausbildungsinhalte. Fast 90% der Befragten stimmten der entsprechenden Frage eher (48,8%) bzw. voll und ganz zu (38,3%).

Darüber hinaus wird insbesondere eine verbesserte Praxisorientierung der Ausbildung gefordert. So sprechen sich die Befragten mehrheitlich für eine stärkere Praxisorientierung der schulischen Ausbildung, eine stärkere Standardisierung der praktischen Ausbildung sowie eine verbesserte



Praxisanleitung in der praktischen Ausbildung aus. Wie oben gezeigt, kommen speziell fortgebildete Praxisanleiter für die praktische Ausbildung von MTRA bislang nur in einer Minderheit der Krankenhäuser zum Einsatz.

Eine stärkere Schwerpunktbildung innerhalb der Ausbildung und damit eine frühere Spezialisierung der MTRA-Schüler treffen 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. Jeweils knapp drei Viertel der Krankenhäuser stimmten den jeweiligen Fragestellungen eher oder voll zu. Dasselbe gilt für die Einführung einer Fortbildungspflicht für MTRA. Gerade die Fortbildung ist im MTA-Bereich ähnlich defizitär wie die Weiterbildung (Blum, 2010). Allerdings würde eine generelle Fortbildungspflicht flankierende Maßnahmen zur Finanzierung der Fortbildung erfordern.

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

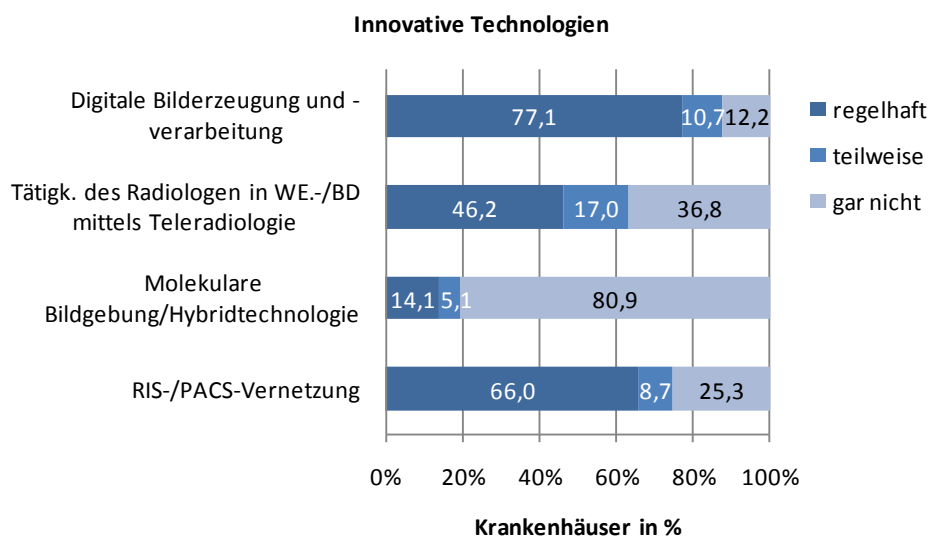
Gut die Hälfte der Befragten plädiert für eine verstärkte Delegation ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten an MTRA. Der Anteil fällt damit deutlich größer aus als die heute schon erreichte Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Radiologie (vgl. Kap. 2.4). Eine verstärkte Delegation ausgewählter MTRA-Tätigkeiten an Personal ohne MTRA-Ausbildung wird dagegen zurückhaltender bewertet. Dieses Ergebnis reflektiert somit die hohen Fachkraftquoten bei den technischen Assistenzkräften in den radiologischen Fachbereichen (vgl. Kap. 2.2).

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

2.7 Einsatz innovativer Technologien

Wissenschaftlich-medizinische Entwicklungen und medizintechnische Innovationen halten in großem Umfang und mit hoher Schnelligkeit Einzug in die Versorgungspraxis. Neue Untersuchungsmethoden und Technologien verändern damit auch Einsatzbereiche und Qualifikationsanforderungen der Beschäftigten in der Radiologie. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit ausgewählte innovative Technologien im Bereich der Radiologie in ihrem Krankenhaus zum Einsatz kommen.

Am weitesten verbreitet ist demnach die digitale Bilderzeugung und Bildverarbeitung. Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser (77,1%) setzt sie mittlerweile regelhaft ein. Einen ähnlich hohen Verbreitungsgrad hat die RIS-/PACS-Vernetzung. Sie kommt in zwei Dritteln der Krankenhäuser regelhaft zum Einsatz (Abb. 21).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 21: Einsatz von innovativen Technologien

Noch wenig verbreitet ist hingegen die molekulare Bildgebung bzw. Hybridtechnologie (z.B. PET-CT, PET-MRT). Vier von fünf Krankenhäusern in Deutschland setzen diese innovative Technologie bislang noch nicht ein.

Auf dem Vormarsch ist dagegen die Teleradiologie. In fast jedem zweiten Krankenhaus in Deutschland arbeiten Radiologen im Wochenend- oder Bereitschaftsdienst mittels Teleradiologie.

Erwartungsgemäß kommen die meisten innovativen Technologien in der Radiologie überproportional in größeren Krankenhäusern zum Einsatz. Beispielsweise setzt fast jedes größere Krankenhaus ab 600 Betten die RIS-/PACS-Vernetzung und fast die Hälfte dieser Einrichtungen die molekulare Bildgebung bzw. Hybridtechnologie ein. Einzig hinsichtlich des Einsatzes der Teleradiologie in Bereitschafts- oder Wochenenddiensten gibt es faktisch keine Unterschiede nach Bettengrößenklassen mehr (Abb. 22).

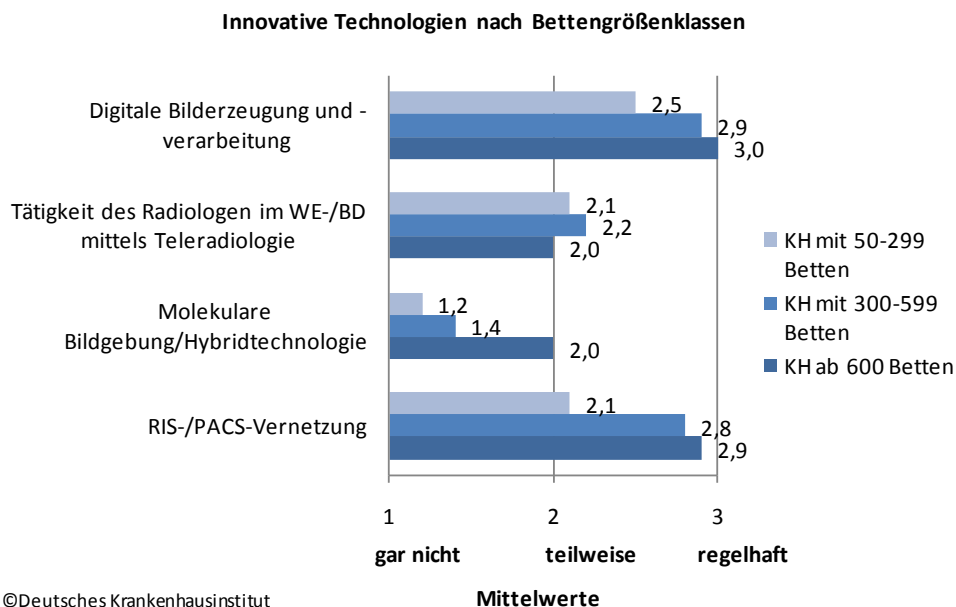


Abb. 22: Einsatz von innovativen Technologien nach Bettengrößenklassen

3 Honorarärzte

3.1 Einsatz von Honorarärzten

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für Stellen im Ärztlichen Dienst findet, kann es ggf. auf Honorarärzte zurückgreifen. Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne eigene Praxis bzw. ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen Honorar im Krankenhaus tätig sind. Davon zu unterscheiden sind honorarärztlich tätige Ärzte, die neben ihrer in eigener Praxis oder Tätigkeit als angestellter Arzt gegen Honorar im Krankenhaus arbeiten. Nachfolgend wird für beide Gruppen der Begriff des Honorararztes verwendet.

Nahezu drei von vier Krankenhäusern (71,4%) haben im Jahr 2010 Honorarärzte beschäftigt. Mit einem Anteilswert von 64,0% fällt die Beschäftigung von Honorarärzten in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten leicht unterproportional aus (Abb. 23). Gegenüber 2009 mit knapp 64% hat der Einsatz von Honorarärzten im Krankenhaus somit nochmals zugenommen (vgl. Blum/Löffert, 2010).

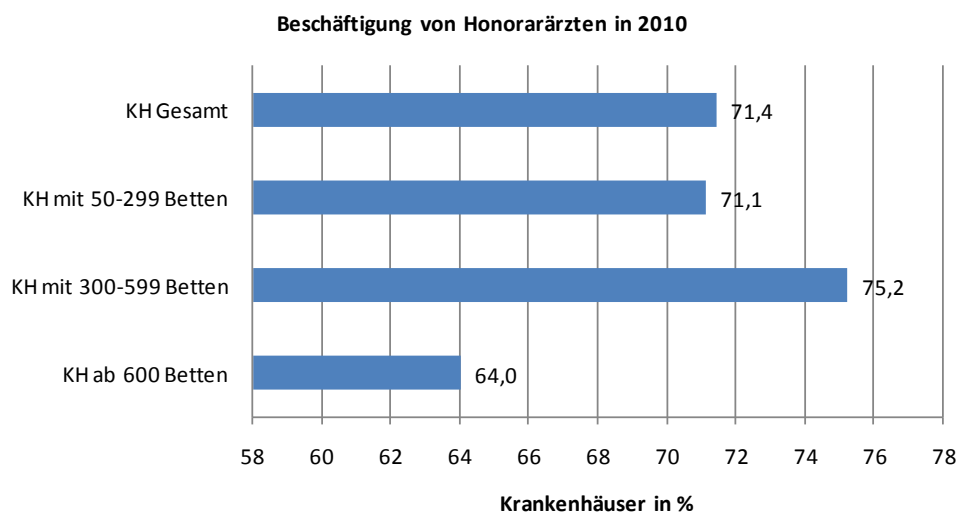
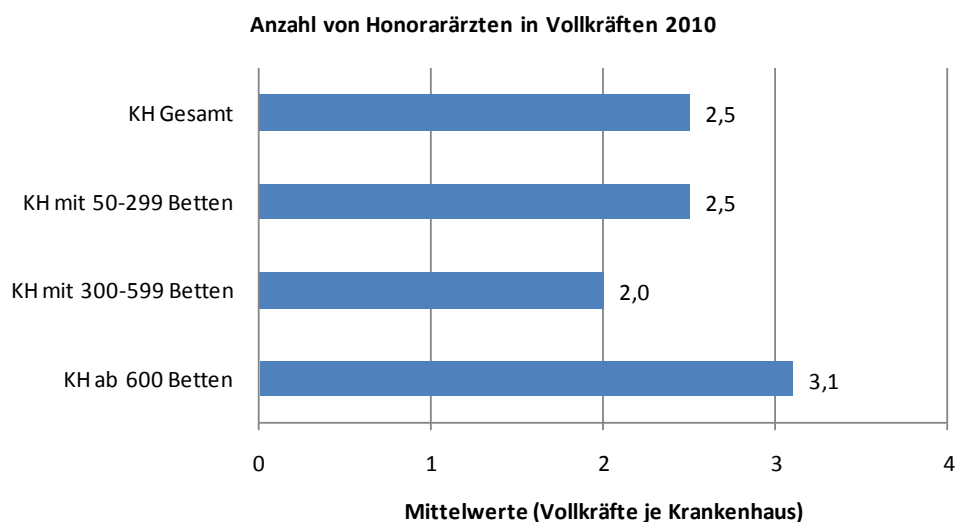


Abb. 23: Beschäftigung von Honorarärzten in 2010

Über den bloßen Einsatz von Honorarärzten hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Honorarärzte sie umgerechnet in Vollkräften in ihrem Krankenhaus im Jahr 2010 im Jahresdurchschnitt

beschäftigt haben. Demnach entsprach die Beschäftigung von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von durchschnittlich 2,5 ärztlichen Vollkräften pro Krankenhaus. Wie aus Abbildung 24 ersichtlich, sind dabei die Unterschiede nach Bettengrößenklassen relativ gering.

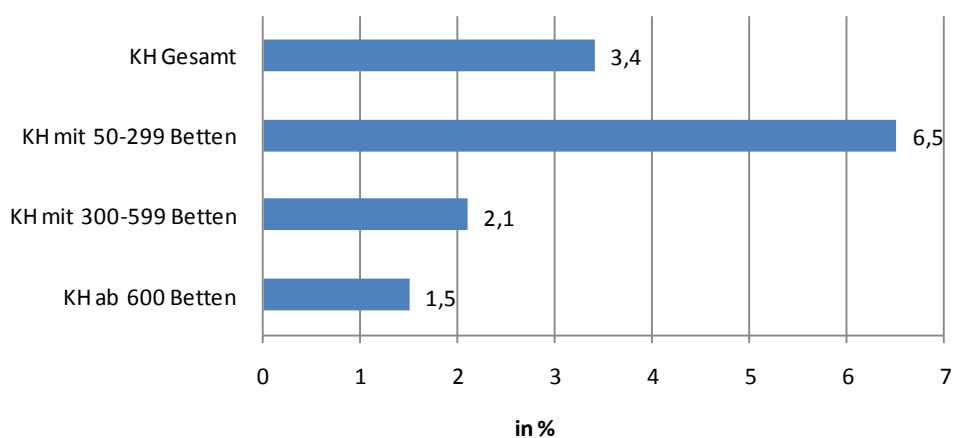


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Anzahl von Honorarärzten in Vollkräften in 2010

In den Krankenhäusern mit Einsatz von Honorarärzten liegt das Verhältnis der entsprechenden Vollzeitäquivalente zu den angestellten ärztlichen Vollkräften insgesamt bei 3,4%. Vereinfacht gesagt, bedeutet dies, dass die jeweiligen Krankenhäuser 3,4% ihres Ärztebedarfes bereits über Honorarärzte abdecken. Mit 6,5% fällt der entsprechende Anteilswert in den kleinen Krankenhäusern unter 300 Betten deutlich überproportional aus. In den oberen Bettengrößenklassen sind, relativ gesehen, hingegen deutlich weniger Honorarärzte zur Deckung des Ärztebedarfs erforderlich (Abb. 25).

Verhältnis Vollzeitäquivalente von Honorarärzten und ärztlichen Vollkräften insgesamt 2010

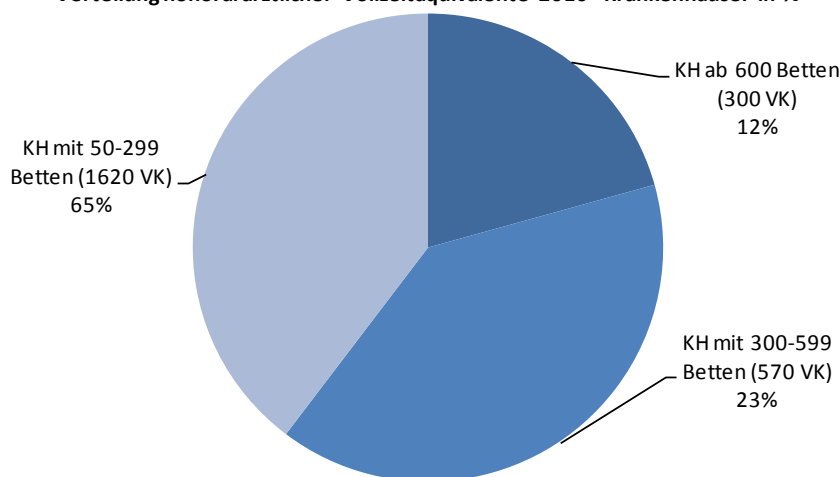


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Verhältnis Vollzeitäquivalente von Honorarärzten und ärztlichen Vollkräften insgesamt 2010

Rechnet man die Vollzeitäquivalente von Honorarärzten je Krankenhaus auf die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser hoch, so entspricht der Einsatz von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von fast 2.500 ärztlichen Vollkräften. Die Verteilung über die einzelnen Bettengrößenklassen kann Abbildung 26 entnommen werden.

Verteilung honorarärztlicher Vollzeitäquivalente 2010 - Krankenhäuser in %



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 26: Verteilung honorarärztlicher Vollzeitäquivalente 2010

Demnach kommen 65% der honorarärztlichen Vollzeitäquivalente in den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten zum Einsatz, obwohl sie nur



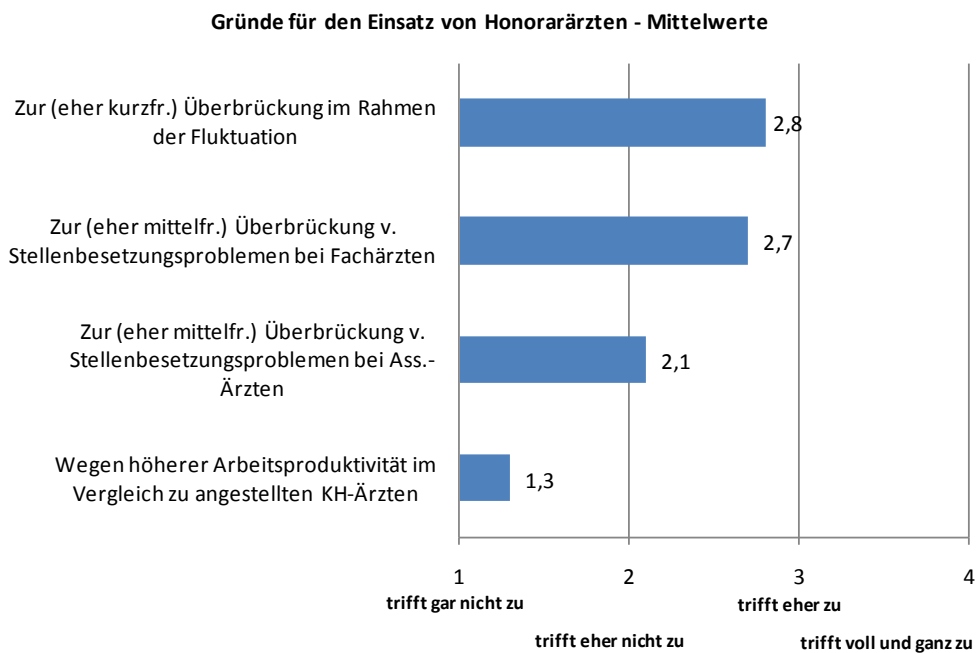
insgesamt rund 23% der ärztlichen Vollkräfte im Krankenhaus stellen. Umgekehrt sind in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten bei einem Anteil von 45% an der Krankenhausärzteschaft lediglich 12% der honorarärztlichen Vollzeitäquivalente beschäftigt.

Die Ergebnisse belegen insgesamt, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser Honorarärzte zur Sicherung der ärztlichen Versorgung einsetzt. Da der Ärztemangel gerade in den kleineren Krankenhäusern überproportional hoch ausfällt (Blum/Löffert, 2010), setzen sie Honorarärzte auch überdurchschnittlich häufig bzw. überdurchschnittlich lange ein.

3.2 Gründe für den Einsatz von Honorarärzten

Krankenhäuser mit der Beschäftigung von Honorarärzten im Jahr 2010 wurden nach den Gründen hierfür gefragt. Abbildung 27 zeigt die diesbezüglichen Mittelwerte auf einer vierstufigen Antwortskala. Demnach setzen die Krankenhäuser Honorarärzte in erster Linie zur (eher kurzfristigen) Überbrückung von Stellenbesetzungsproblemen im Rahmen der natürlichen Fluktuation sowie zur (eher mittelfristigen) Überbrückung von Stellenbesetzungsproblemen bei Fachärzten ein. Jeweils knapp zwei Drittel der Befragungsteilnehmer kreuzten hier die zutreffenden Antwortalternativen an.

Verglichen damit ist der Einsatz von Honorarärzten zur (eher mittelfristigen) Überbrückung von Stellenbesetzungsproblemen bei Assistenzärzten in der Weiterbildung von geringerer Bedeutung. Gut ein Drittel der Krankenhäuser mit Honorarärzten stimmte hier zu. Hingegen werden Honorarärzte eher selten wegen einer vermeintlich höheren Arbeitsproduktivität im Vergleich zu angestellten Krankenhausärzten beschäftigt. Weniger als 10% der Krankenhäuser mit Honorarärzten bejahte diese Fragestellung.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Gründe für den Einsatz von Honorärzten

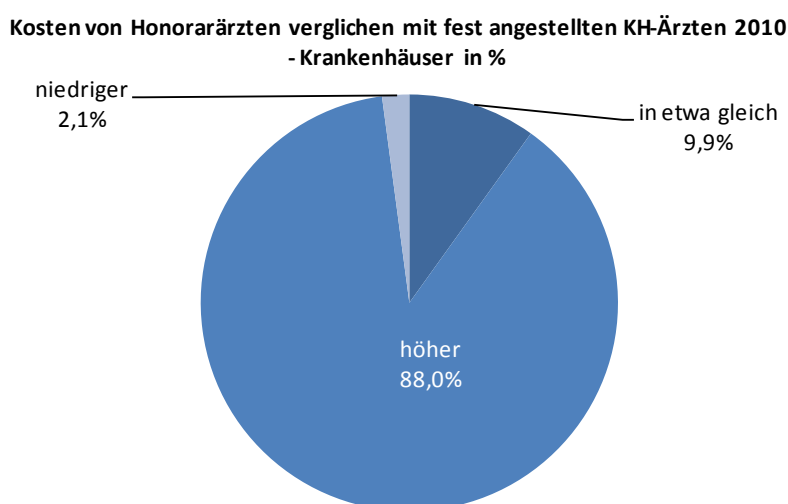
Sonstige Gründe zur Einstellung von Honorarärzten, die im Rahmen einer offenen Frage genannt wurden, waren u.a. Urlaubs- und Krankheitsvertretungen, die Ableistung von Bereitschaftsdiensten, besondere fachliche Kompetenzen sowie die Erweiterung des medizinischen Leistungsspektrums.

Die Krankenhäuser setzen Honorarärzte zwar insbesondere zur Überbrückung der natürlichen Fluktuation sowie zur Lösung des Personalmangels bei Fachärzten ein. Allerdings dürfte die erstgenannte Variante aus naheliegenden Gründen deutlich weniger stellenwirksam werden. Die oben ausgewiesenen honorarärztlichen Vollzeitäquivalente (vgl. Kap. 3.1) resultieren insofern in erster Linie aus der Kompensation des Fachärztemangels in vielen Krankenhäusern.

3.3 Kosten von Honorarärzten

Abschließend zu diesem Fragenkomplex konnten sich die Krankenhäuser zu den Kosten von Honorarärzten äußern. Konkret sollten sie angeben, wie 2010 die durchschnittlichen Kosten von Honorarärzten pro Arbeitsstunde (im Regeldienst) im Vergleich zu Krankenhausärzten mit ähnlicher Qualifikation waren.

Die Ergebnisse fallen eindeutig aus (Abb. 28): 88% der Krankenhäuser führten an, dass die Kosten für Honorarärzte im Durchschnitt höher ausfallen als für die fest angestellten Ärzte. Knapp 10% der Einrichtungen führten in etwa gleiche Kosten für beide Arztgruppen an. Lediglich in gut 2% der Häuser fallen die Kosten von Honorarärzten niedriger aus.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Kosten von Honorarärzten verglichen mit fest angestellten Krankenhausärzten 2010

Honorarärzte werden somit in hohem Maße trotz höherer Personalkosten beschäftigt. Dies reflektiert nachdrücklich den Ärztemangel im Krankenhaus bzw. zeigt, wie notwendig Honorarärzte mittlerweile zur zusätzlichen Absicherung der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus sind.



4 Wegfall Zivildienstleistender im Krankenhaus

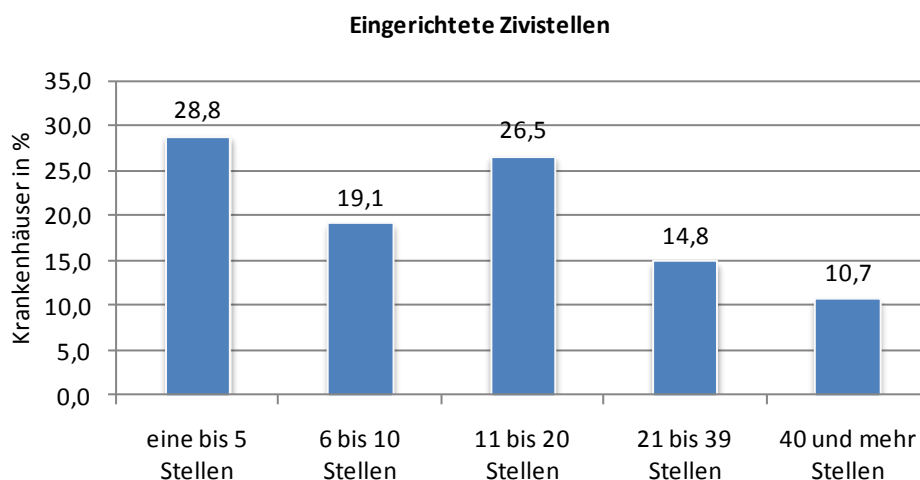
Im April 1961 wurden erstmals anerkannte Kriegsdienstverweigerer als Zivildienstleistende (Zivis) in Einrichtungen der Alten-, Kranken- und Behindertenhilfe eingesetzt. Mit Aussetzung der Wehrpflicht zum 01. Juli 2011 wurde auch der Zivildienst abgeschafft. Die Folgen des Wegfalls des Zivildienstes werden unterschiedlich bewertet. Vielfach werden „verheerende Folgen für das Gesundheitswesen“ befürchtet (Pappenberger & Kolling, 2011), die sich z. B. in einer stärkeren Belastung des Personals oder höheren Kosten äußern werden. Weniger häufig wurde der Wegfall aufgrund der Verkürzung des Zivildienstes in den letzten Jahren als unproblematisch beurteilt. Die Dauer des Zivildienstes wurde seit den achtziger Jahren (damals 20 Monate) zunehmend verkürzt und war zuletzt auf sechs Monate festgelegt, so dass einige Häuser bereits auf andere Personalquellen zurückgegriffen oder die Zivi-Tätigkeiten reorganisiert haben. Inwiefern durch den Ausbau des Bundesfreiwilligendienstes der Wegfall des Zivildienstes kompensiert werden kann, ist bisher unklar.

Bisher fehlten empirische Ergebnisse zum Einsatz der Zivildienstleistenden in den Krankenhäusern sowie den möglichen Folgen des Zivi-Wegfalls in den Krankenhäusern, so dass die Krankenhäuser im Krankenhaus Barometer 2011 differenziert zu diesem Thema befragt wurden.

4.1 Stellen für Zivildienstleistende im Jahr 2010

Am 31.12.2009 waren 13.862 Zivildienstleistende in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt (Statistisches Bundesamt, 2011), wobei die Zahl im Vergleich zum Vorjahr gestiegen ist. 1.152 Allgemeinkrankenhäuser, dies entspricht einem Prozentsatz von 65%, hatten zum Jahresende 2009 Zivildienstleistende eingesetzt. Daten für das Jahr 2010 liegen noch nicht vor. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, wie viele Stellen für Zivildienstleistende sie umgerechnet in Köpfen im Jahr 2010 eingerichtet hatten.

In knapp der Hälfte der Krankenhäuser, die Zivildienstleistende beschäftigt hatten, standen im Jahr 2010 bis zu 10 Stellen für Zivildienstleistende bereit. Gut ein Viertel der Krankenhäuser mit Zivi-Stellen hatte im Jahr 2010 jeweils eine bis fünf bzw. elf bis 20 Stellen für Zivildienstleistende eingerichtet. 11% der Krankenhäuser hatten 40 und mehr Stellen für Zivildienstleistende zur Verfügung (Abb. 29).



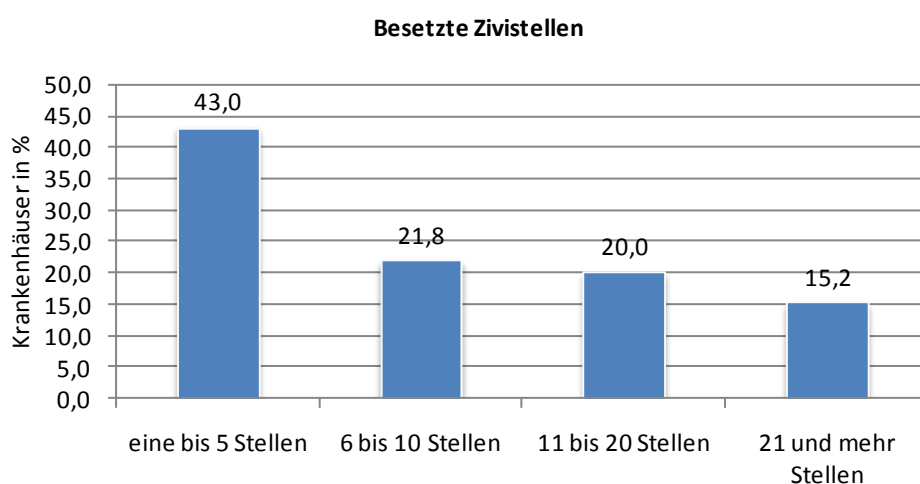
©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 29: Eingerichtete Zivildienststellen in Köpfen im Jahr 2010

Mit zunehmender Bettengröße hatten die Krankenhäuser erwartungsgemäß deutlich mehr Stellen für Zivildienstleistende eingerichtet. Der größte Teil der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten hatte eine bis fünf Stellen bereit gestellt, während die meisten Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten elf bis 20 Stellen zur Verfügung gestellt haben. Rund die Hälfte der größten Krankenhäuser hatte 40 und mehr Zivi-Stellen bereit gestellt (ohne Abb.).

Im Schnitt waren im Jahr 2010 knapp 18 Stellen für Zivildienstleistende in den deutschen Krankenhäusern eingerichtet. Der Median lag bei 11 Stellen. Bei Unterscheidung nach Bettengrößenklassen zeigt sich ein folgendes Bild: Die kleinsten Krankenhäuser hatten im Mittel rund elf Stellen (Median: 6), die Krankenhäuser mit 200 bis 599 Betten knapp 21 Stellen (Median: 16) und die größten Häuser im Schnitt 54 Stellen (Median: 44) für Zivildienstleistende eingerichtet (ohne Abb.).

Die Krankenhäuser mit Zivildienstleistenden wurden weiter danach gefragt, wie viele Stellen für Zivildienstleistende am 31.12.2010 besetzt waren. Im Großteil der Krankenhäuser waren am 31.12.2010 zwischen einem und fünf Zivildienstleistende tätig. Knapp ein Viertel der Krankenhäuser konnte Ende 2010 auf die Unterstützung von sechs bis zehn Zivildienstleistenden zurückgreifen. Mehr als 21 Zivildienstleistende waren in rund 15% der Krankenhäuser eingestellt (Abb. 30)



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Besetzte Zivildienststellen in Köpfen am 31.12.2010

Mit zunehmender Bettengrößenklasse waren in den Krankenhäusern am 31.12.2010 erwartungsgemäß mehr Zivildienststellen besetzt. In weit mehr als der Hälfte der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten waren eine bis fünf Stellen besetzt, während in knapp zwei Drittel der größten Häusern 21 und mehr Zivildienstleistende beschäftigt waren (ohne Abb.).

Im Schnitt waren in den Krankenhäusern am 31.12.2010 elf Stellen mit Zivildienstleistenden besetzt (Median: 6). In den kleinsten Häusern waren im Mittel sieben Zivildienstleistendenstellen (Median: 4), in den Häusern mit 300 bis 599 Betten 15 (Median: 12) und in den größten Häusern 33 Zivstellen (Median: 27) besetzt.



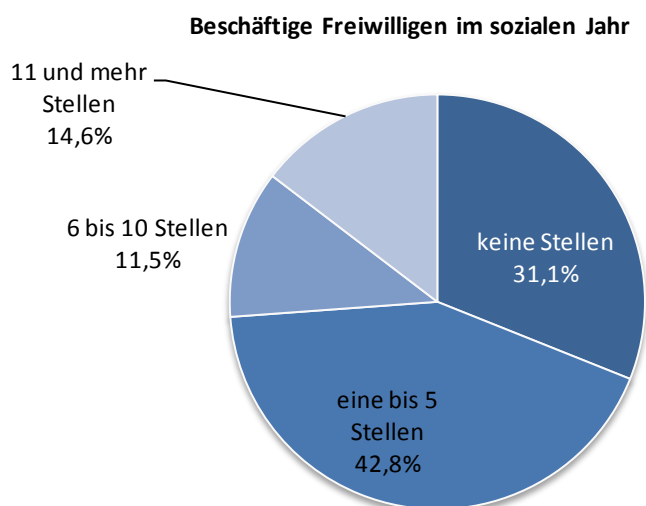
4.2 Stellen für Freiwillige im Sozialen Jahr im Jahr 2010

Das Bundeskabinett hat Ende 2010 beschlossen, den Bundesfreiwilligendienst als Ersatz für den Zivildienst einzuführen. Der Bundesfreiwilligendienst soll Männern und Frauen jeden Alters offen stehen und in der Regel zwölf, mindestens sechs und höchstens 24 Monate dauern. Wie der Zivildienst soll der Bundesfreiwilligendienst arbeitsmarktneutral sein. D.h. er soll nicht zu einer Verdrängung oder einem Ersatz regulärer Arbeitskräfte führen, sondern nur unterstützende Tätigkeiten beinhalten. Der Bundesfreiwilligendienst sollte zum 1. Juli 2011 beginnen und rund 35.000 Menschen pro Jahr die Möglichkeit einer freigemeinnützigen Tätigkeit bieten. Im Internet wurde eine Stellenbörse für offene Stellen im Bundesfreiwilligendienst eingerichtet.

Dieses Internetportal umfasst auch Stellen für Freiwillige im Sozialen Jahr (FSJ). Bisher bestand bereits für die Krankenhäuser die Möglichkeit, Freiwillige im Sozialen Jahr als Ergänzung zu den Zivildienstleistenden einzusetzen. Inwieweit die Krankenhäuser dies genutzt haben, wurde anhand der Anzahl der am 31.12.2010 im Haus tätigen Freiwilligen im Sozialen Jahr erfragt.

Der Großteil der Krankenhäuser hat im Jahr 2010 bereits die Möglichkeiten genutzt, die der Einsatz von Freiwilligen im Sozialen Jahr (FSJ) bietet. In mehr als zwei Dritteln der Krankenhäuser waren am 31.12.2010 Freiwillige im Sozialen Jahr beschäftigt.⁷ Die Anzahl der eingestellten Freiwilligen im Sozialen Jahr lag jedoch deutlich unter der Zahl der beschäftigten Zivis. In 43% der Krankenhäuser waren Ende 2010 eine bis fünf Freiwillige im Sozialen Jahr tätig. Elf und mehr Stellen waren in knapp 15% der Krankenhäuser mit Freiwilligen besetzt (Abb. 31).

⁷ Der Anteil der fehlenden Werte lag bei dieser Frage bei 17%. Vermutlich ist der Anteil der Häuser, die Ende 2010 keine Stellen an Freiwillige im Sozialen Jahr vergeben hatten noch größer als 31%.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 31: Beschäftigte Freiwillige im Sozialen Jahr in Köpfen am 31.12.2010

Der Einsatz von Freiwilligen im Sozialen Jahr hängt stark mit der Größe der Krankenhäuser zusammen. Je mehr Betten die Häuser vorhalten, desto mehr Freiwillige im Sozialen Jahr waren Ende 2010 beschäftigt. In den Häusern mit 50 bis 299 Betten waren im Mittel drei, in den Häusern mit 300 bis 599 Betten sieben und in den Krankenhäusern der größten Bettengrößensklasse im Schnitt 18 Freiwillige im Sozialen Jahr tätig.

4.3 Kompensationsmaßnahmen zum Wegfall des Zivildienstes

Die Verkürzung des Zivildienstes hat in manchen Krankenhäusern bereits dazu geführt, dass umgedacht wurde. Die Zivildienstleistenden hätten zuletzt, durch Teilnahme am allgemeinen Zivi-Lehrgang und die Anlernphase, schon weniger Zeit im Umgang mit den Patienten oder zur Übernahme der Tätigkeiten gehabt. Die Aufgaben sind deshalb zum Teil schon delegiert worden (Rolshausen, 2011). Die Krankenhäuser wurden daher danach gefragt, inwieweit sie vorgegebene Möglichkeiten genutzt haben, um die schon realisierten zeitlichen Kürzungen des Zivildienstes zu kompensieren.

Gut die Hälfte der Krankenhäuser hat eine der genannten Möglichkeiten genutzt, um die bereits realisierte Verkürzung des Zivildienstes auszu-

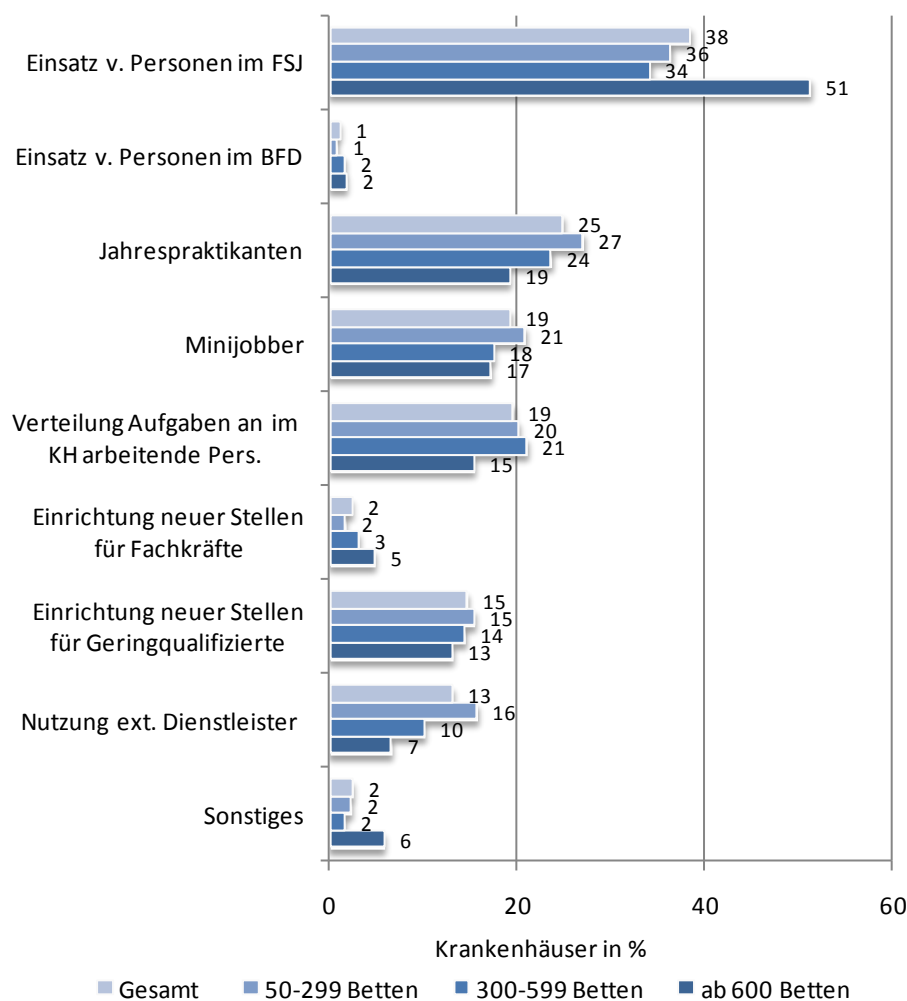


gleichen. Im Mittel wurden zwei der neun erfragten Maßnahmen eingesetzt. Von den genannten Möglichkeiten wurde der Einsatz von Freiwilligen im Sozialen Jahr von den Krankenhäusern am häufigsten genutzt. Gut ein Drittel der Krankenhäuser hat bereits Freiwillige im Sozialen Jahr eingesetzt, die die Aufgaben der Zivildienstleistenden übernommen haben. Knapp ein Viertel der Krankenhäuser hat in der Vergangenheit Jahrespraktikanten und rund 19% hat Minijobber mit den ursprünglichen Tätigkeiten der Zivis betraut. Knapp ein Fünftel der Krankenhäuser hat die Aufgaben der Zivildienstleistenden an das Krankenhauspersonal delegiert (Abb. 32).

Die Anzahl der eingesetzten Maßnahmen in den Krankenhäusern hängt systematisch mit der Größe des Krankenhauses zusammen. Gut die Hälfte der Krankenhäuser bis 599 Betten hat eine der genannten Vorgaben genutzt, während rund zwei Drittel der größten Häuser zur Kompensation der Verkürzung des Zivildienstes die Aufgaben verteilt hat. Mit zunehmender Bettengrößenklasse nimmt auch die Zahl der eingesetzten Möglichkeiten zu. Krankenhäuser der Bettengrößenklassen bis 599 Betten haben im Schnitt eine Möglichkeit genutzt, während die Krankenhäuser der größten Bettengrößenklasse zwei Maßnahmen eingesetzt haben, um die zeitliche Verkürzung des Zivildienstes zu kompensieren.

Der Einsatz von Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr, die die Aufgaben der Zivis übernommen haben, wurde von den Krankenhäusern der größten Bettengrößenklasse im Vergleich zu den Krankenhäusern anderer Bettengrößenklassen überproportional häufig genutzt. Jahrespraktikanten und externe Dienstleister wurden dahingegen in Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten häufiger zur Kompensation der Verkürzung des Zivildienstes eingesetzt als in den Häusern der größten Bettengrößenklasse. Die Verteilung von Aufgaben der Zivildienstleistenden an das Krankenhauspersonal wurde im Jahr 2010 in den Häusern bis 599 Betten häufiger realisiert als in den Krankenhäusern der größten Bettengrößenklasse (Abb. 32).

Genutzte Möglichkeiten zur Kompensation des Zivi-Wegfalls



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 32: Bereits genutzte Maßnahmen zur Kompensation des Wegfalls der Zivildienstleistenden

Die Ergebnisse zeigen, dass gut die Hälfte der Krankenhäuser aufgrund der zeitlichen Verkürzung des Zivildienstes in der Vergangenheit bereits Maßnahmen ergriffen hat, um die Tätigkeiten der Zivildienstleistenden durch andere Personen ausüben zu lassen. Nachfolgend wurde erfragt, welche der Maßnahmen in den Krankenhäusern zukünftig eingesetzt werden sollen, um den Wegfall der Zivildienstleistenden auszugleichen.

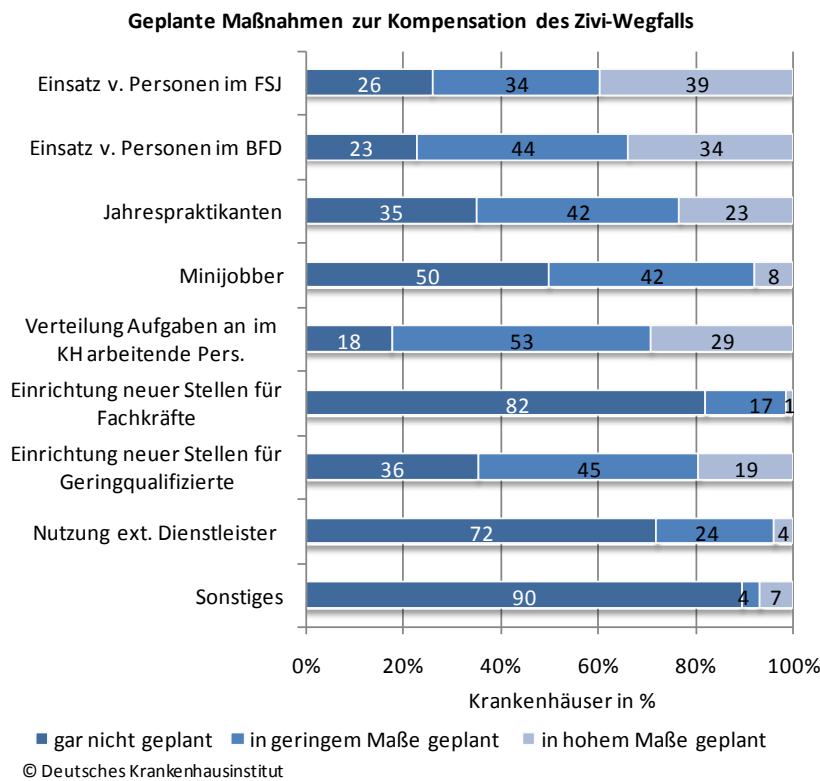


Abb. 33: Geplante Maßnahmen zur Kompensation des Wegfalls der Zivis

Die Tätigkeiten der Zivildienstleistenden sollen in einem Großteil der Krankenhäuser insbesondere von Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) bzw. im Bundesfreiwilligendienst (BFD) übernommen werden. Rund ein Drittel der Krankenhäuser plant, jeweils Freiwillige im Sozialen Jahr oder des BFD in „hohem Maße“ zu nutzen, die die Zivi-Tätigkeiten übernehmen sollen. Die Verteilung der Aufgaben der Zivildienstleistenden an das Krankenhauspersonal ist in gut der Hälfte der Krankenhäuser in „geringem“ Maße geplant. Jahrespraktikanten sowie die Schaffung von neuen Stellen für Geringqualifizierte sollen jeweils in knapp zwei Dritteln der Krankenhäuser den Ausfall der Zivildienstleistenden meist in geringem Maße kompensieren. Aus Sicht des Großteils der Krankenhäuser stellen die Einrichtung neuer Stellen für Fachkräfte oder die Nutzung externer Dienstleister keine geeigneten Maßnahme dar, um die Aussetzung des Zivildienstes zu kompensieren. Auch der Einsatz von Minijobbern ist bei der Hälfte der Krankenhäuser keine Option, um den Wegfall der Zivis auszugleichen (Abb. 33).

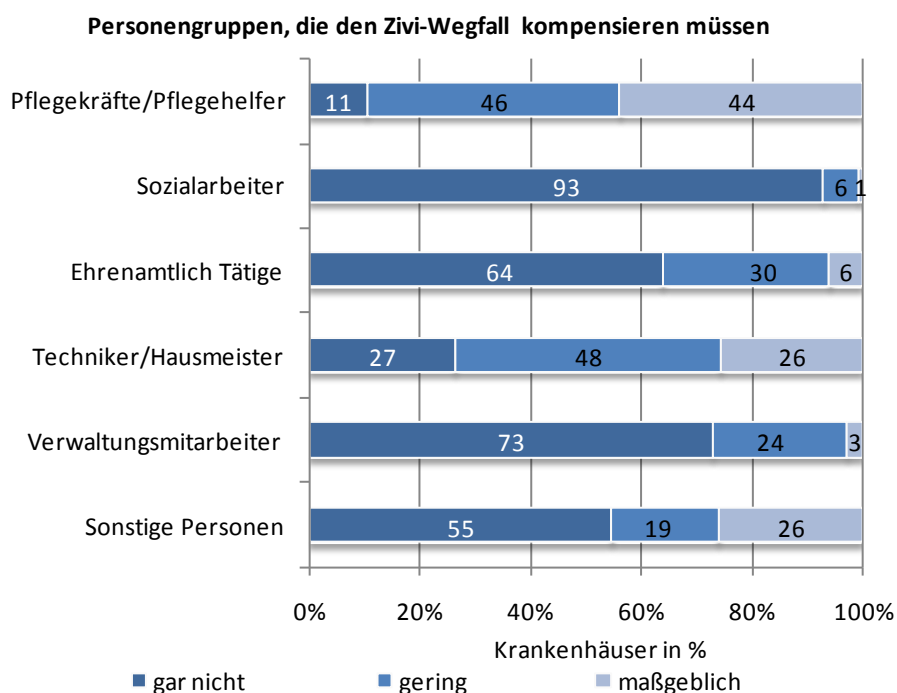


4.4 Übernahme der Aufgaben durch Krankenhausmitarbeiter

Ein Großteil der Krankenhäuser plant – zumindest in geringem Maße – die Aufgaben der Zivildienstleistenden nach Aussetzung des Zivildienstes an die Krankenhausmitarbeiter zu verteilen (Abb. 34). Inwieweit verschiedene Personengruppen im Krankenhaus zukünftig den Wegfall der Zivildienstleistenden kompensieren müssen, wurde erfragt.

Ein Großteil der Krankenhäuser geht davon aus, dass zukünftig insbesondere die Pflegekräfte und Pflegehelfer die Tätigkeiten der Zivildienstleistenden übernehmen müssen. 44% der Krankenhäuser rechnen damit, dass das Pflegepersonal den Wegfall der Zivildienstleistenden maßgeblich kompensieren muss. Techniker und Hausmeister müssen, nach Meinung von knapp drei Vierteln der Krankenhäuser, zumindest in geringem Maße die Aufgaben der Zivildienstleistenden übernehmen. Ehrenamtlich Tätige werden in knapp einem Drittel der Krankenhäuser zukünftig in geringem Maße eingesetzt, um ehemalige Aufgaben der Zivildienstleistenden zu übernehmen. Aus Sicht der meisten Krankenhäuser werden Sozialarbeiter und Verwaltungsmitarbeiter kaum eine Rolle bei der Kompensation der Zivildienstleistenden spielen (Abb. 34).

Die Verteilung der Zivi-Tätigkeiten auf die Krankenhausmitarbeiter unterscheidet sich zwischen den Häusern der verschiedenen Bettengrößenklassen kaum. In den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten ist geplant, zukünftig stärker Techniker und Hausmeister zur Kompensation der Zivis einzusetzen als in den Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten (ohne Abb.).



© Deutsches Krankenhausinstitut

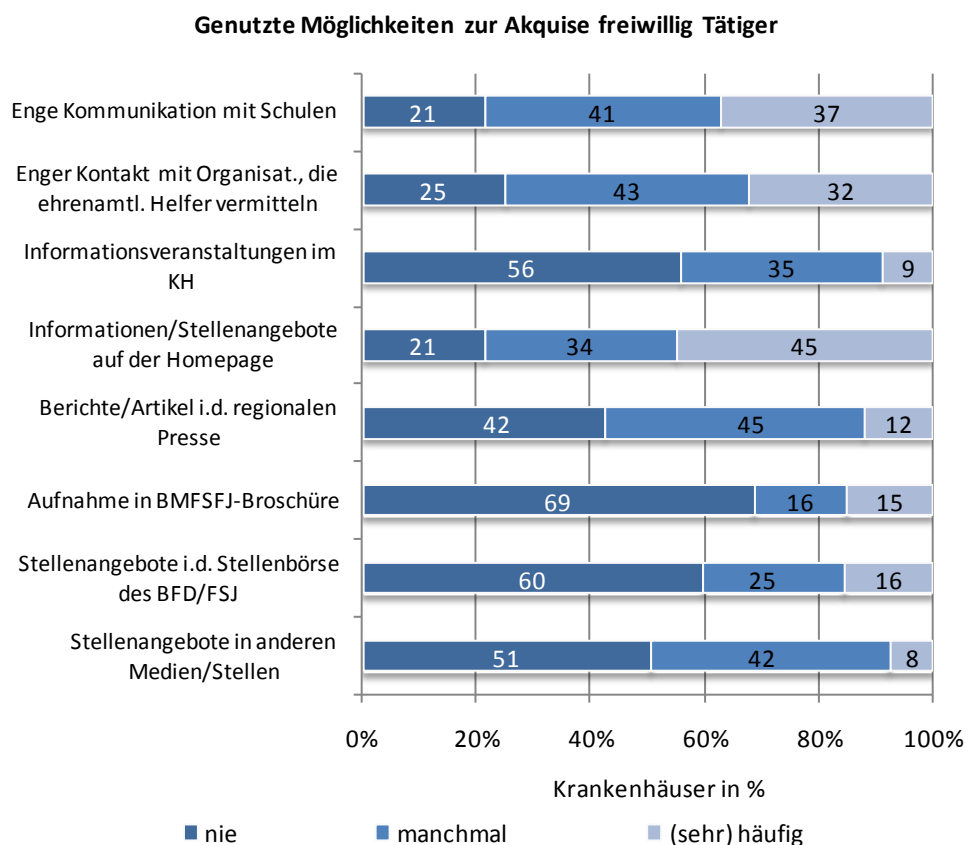
Abb. 34: Kompensation des Zivi-Wegfalls durch Berufsgruppen des Krankenhauses

4.5 Akquisemöglichkeiten beim Einsatz freiwillig Tätiger

Die Krankenhäuser werden zukünftig vermehrt auf freiwillig Tätige zurückgreifen (müssen), um den Wegfall der Zivildienstleistenden ohne zusätzliche Belastung des Personals kompensieren zu können. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, inwieweit sie bereits verschiedene Möglichkeiten nutzen, freiwillig Tätige auf Einsatzmöglichkeiten im Krankenhaus aufmerksam zu machen.

Die Krankenhäuser nutzen am häufigsten ihre Homepage, um freiwillig Tätige über Einsatzmöglichkeiten im Krankenhaus zu informieren. Knapp die Hälfte der Krankenhäuser stellt (sehr) häufig Informationen oder Stellenangebote auf die eigene Website. Ein Großteil der Krankenhäuser pflegt eine enge Kommunikation mit Schulen sowie mit Organisationen, die ehrenamtliche Helfer vermitteln. Je rund ein Drittel der Krankenhäuser steht mit diesen Organisationen und Schulen (sehr) häufig in Kontakt. Die regionale

Presse wird von etwas mehr als der Hälfte der Krankenhäuser – zumindest manchmal – genutzt, um freiwillig Tätige auf die Einsatzmöglichkeiten im Krankenhaus aufmerksam zu machen (Abb. 35).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 35: Einsatz von Möglichkeiten zur Akquise von freiwillig Tätigen

Weniger als die Hälfte der Krankenhäuser bietet Informationsveranstaltungen im Haus an oder schreibt Stellen in anderen Medien aus. Die Möglichkeiten, die das BMFSFJ mit Nennung des Krankenhauses in der Adressenliste der Broschüre „Für mich und für andere – Freiwilliges Soziales Jahr / Freiwilliges Ökologisches Jahr“ bietet, wird von rund zwei Dritteln der Krankenhäuser nicht genutzt.⁸ Lediglich 15% der Häuser nutzen dieses Angebot (sehr) häufig. Auch die Stellenbörse des BFD / FSJ wird nur von

⁸ Möglicherweise ist den Krankenhäusern nicht bekannt, dass das BMFSFJ diese Broschüre auflegt. Der Anteil der fehlenden Werte ist bei dieser Antwortmöglichkeit mit 13% leicht erhöht.



16% der Krankenhäuser (sehr) häufig in Anspruch genommen; 60% haben diese Möglichkeit noch nie realisiert⁹ (Abb. 35).

Bei der Nutzung der verschiedenen Möglichkeiten, um freiwillig Tätige auf einen Einsatz im Krankenhaus aufmerksam zu machen, zeigen sich keine systematischen Bettengrößenklasseneffekte. Die Häuser mit 50 bis 299 Betten nutzen jedoch signifikant seltener Informationsveranstaltungen im Krankenhaus und Veröffentlichungen von Stellenangeboten in anderen Medien als Häuser mit 300 bis 599 Betten (ohne Abb.)

4.6 Meinungsbild zum Wegfall der Zivildienstleistenden

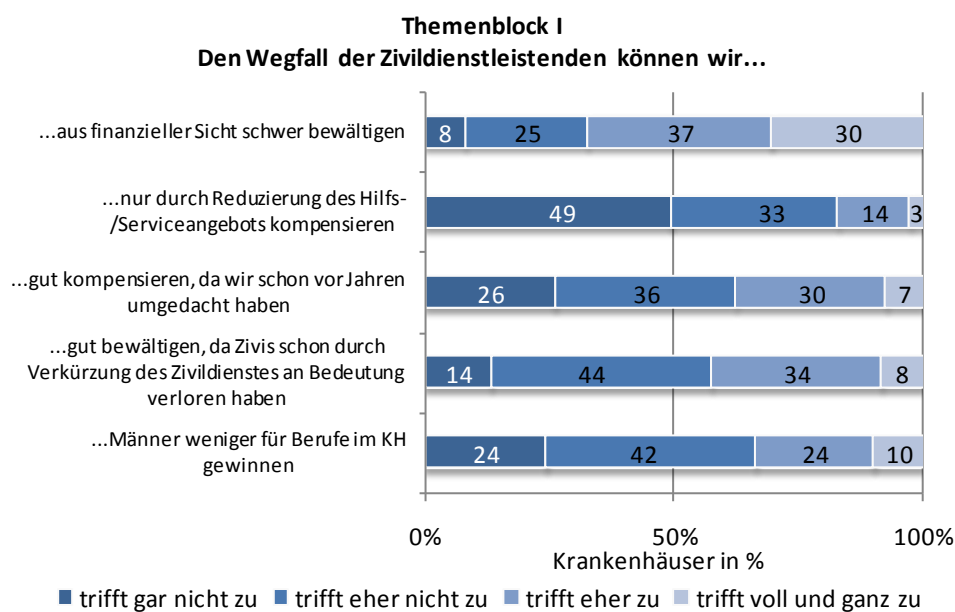
Der Wegfall der Zivildienstleistenden und die Folgen für das Gesundheitswesen wurden in den Medien seit Mitte/Ende des letzten Jahres vielfach thematisiert. Der Tenor ist meist kritisch-skeptisch. Die Schlagzeilen lauten beispielsweise: „Die Zivis hinterlassen Lücken“ (Mainpost, 21.12.2010), „Zivi-Verlust schon jetzt dramatisch“ (RP-ONLINE, 18.04.2011), „Ohne Zivis wird es schwer“ (Der Westen, 02.09.2010), „Ohne Zivis kann es richtig teuer werden“ (WLZ, 31.01.2011). Aber es werden auch Stimmen laut, die weniger kritisch sind: „Kliniken weinen Zivis kaum eine Träne nach“ (Saarbrücker Zeitung, 15.2.2011) oder „Es geht auch ohne Zivis“ (Welt Online, 22.08.2010).

Unklar ist, wie das Meinungsbild in der Krankenhauslandschaft tatsächlich ausfällt. Aus diesem Grund wurden die Krankenhäuser darum gebeten, verschiedene Aussagen zum Wegfall der Zivildienstleistenden zu beurteilen. Der erste Themenblock spiegelt eher allgemeinere Meinungen und Folgen wieder. Der zweite Themenblock reflektiert stärker die Folgen für die personelle Ausstattung des Krankenhauses wieder.

Rund zwei Drittel der Krankenhäuser äußerten die Meinung, dass der Zivi-Wegfall aus finanzieller Sicht schwer zu bewältigen ist. Eine Kompensation

⁹ Bei dieser Antwortkategorie liegt der Anteil der fehlenden Werte ebenfalls bei 13%.

des Ausfalls der Zivildienstleistenden durch Reduzierung des Hilfs- und Serviceangebotes befürchten jedoch nur 17% der Krankenhäuser. Gut ein Drittel der Krankenhäuser befürchtet, dass durch die Aussetzung des Zivildienstes weniger Männer für (Pflege)Berufe im Krankenhaus gewonnen werden können. Bisher wurde oftmals die Erfahrung gemacht, dass sich Männer erst durch den Zivildienst für Berufe im Krankenhaus interessiert haben. Weniger als die Hälfte der Krankenhäuser beurteilen den Wegfall des Zivildienstes als relativ problemlos, weil sie schon vor Jahren umgedacht haben bzw. schon durch die Verkürzung des Zivildienstes reorganisiert haben (Abb. 36). Ein Großteil der Krankenhäuser musste demnach die Aufgaben der Zivildienstleistenden Mitte des Jahres 2011 umverteilen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Meinungsbild I zum Wegfall der Zivildienstleistenden

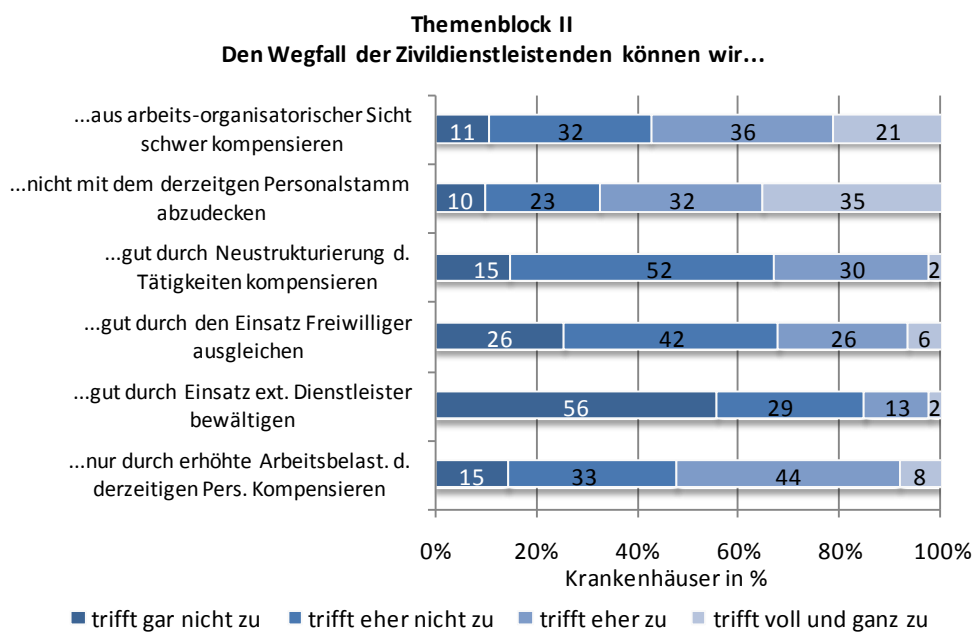
Bei der Beurteilung des Themenblocks I zeigten sich kaum Unterschiede zwischen den Häusern der verschiedenen Bettengrößenklassen. Lediglich bei den Fragen zur Vorbereitung auf den Zivi-Wegfall waren signifikante Unterschiede zu registrieren. Auf die Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten trifft deutlich öfter der Aussage zu, dass sie den Wegfall der Zivildienstleistenden gut bewältigen können, da die Zivis schon durch Verkürzung des Zivildienstes an Bedeutung verloren haben, als auf die Häuser der anderen



Bettengrößenklassen. Während die Hälfte der kleinsten Krankenhäuser die Aussage als zutreffend beurteilt, sind es nur 33% der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten und 23% der Krankenhäuser der größten Bettengrößenklasse (ohne Abb.).

Gut zwei Drittel der Krankenhäuser sind der Meinung, dass der Wegfall der Zivildienstleistenden nicht mit dem derzeitigen Personalstamm abzudecken ist. Mehr als die Hälfte der Häuser sehen im Hinblick auf die Arbeitsorganisation Schwierigkeiten durch den Ausfall der Zivildienstleistenden und befürchten, dass dieser zu einer erhöhten Arbeitsbelastung des derzeitigen Personals führen wird. Eine Neustrukturierung der Tätigkeiten oder den Einsatz von Freiwilligen schätzt jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser als eine gute Möglichkeit ein, um den Zivi-Wegfall zu kompensieren. Externe Dienstleister können aus Sicht der meisten Krankenhäuser nur in geringem Maße die Aufgaben der Zivildienstleistenden übernehmen (Abb. 37).

Bei den meisten Fragen zum Themenblock II zeigten sich keine Bettengrößenklasseneffekte. Lediglich bei den Aussagen zu den Möglichkeiten arbeitsorganisatorischer Kompensation und der erhöhten Arbeitsbelastung des Personals zeichneten die kleinsten Krankenhäuser ein positiveres Bild als die Krankenhäuser mit 300 und mehr Betten. Während nur knapp die Hälfte der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten die Aussage als zutreffend bewertet, dass der Wegfall der Zivildienstleistenden aus arbeitsorganisatorischer Sicht schwer zu kompensieren ist, sind es bei den Häusern der größten Bettengrößenklasse 75%, die dieser Meinung vertreten (ohne Abb.).



© Deutsches Krankenhausinstitut

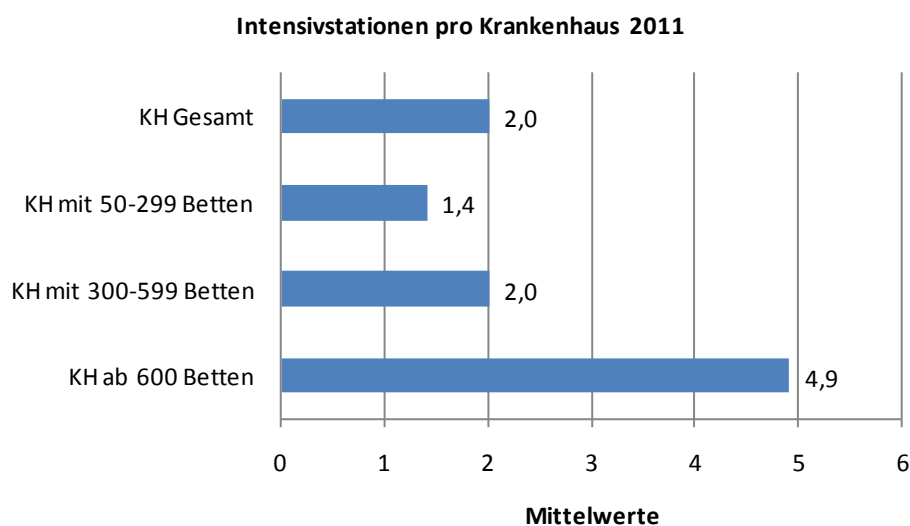
Abb. 37: Meinungsbild II zum Wegfall der Zivis

5 Intensivpflege und Intensivmedizin

5.1 Intensivstationen und Intensivbetten

Im Jahr 2011 verfügten rund 82% der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten über Betten zur intensivmedizinischen Versorgung. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, halten faktisch alle Krankenhäuser ab 300 Betten eine Intensivmedizin vor. Bei den Krankenhäusern unter 300 Betten haben rund 73% der Einrichtungen Betten zur intensivmedizinischen Versorgung.

Einen ersten Überblick über die Intensivkapazitäten der deutschen Krankenhäuser vermittelt die Anzahl der Intensivstationen. Sie ist jedoch nur bedingt aussagekräftig, insofern die Bettenzahl pro Station bzw. die Aufteilung der Intensivbetten auf verschiedene Intensivseinheiten krankenhausspezifisch variiert. Im Mittel verfügen die Krankenhäuser über zwei Intensivstationen. Allerdings sind die Werte sehr schief verteilt. Denn in den meisten Krankenhäusern (60%) gibt es nur eine Intensivstation. 20% der Häuser haben zwei Intensivstationen und 11% drei Stationen. Lediglich 9% der Einrichtungen verfügen über vier oder mehr Intensivbereiche.

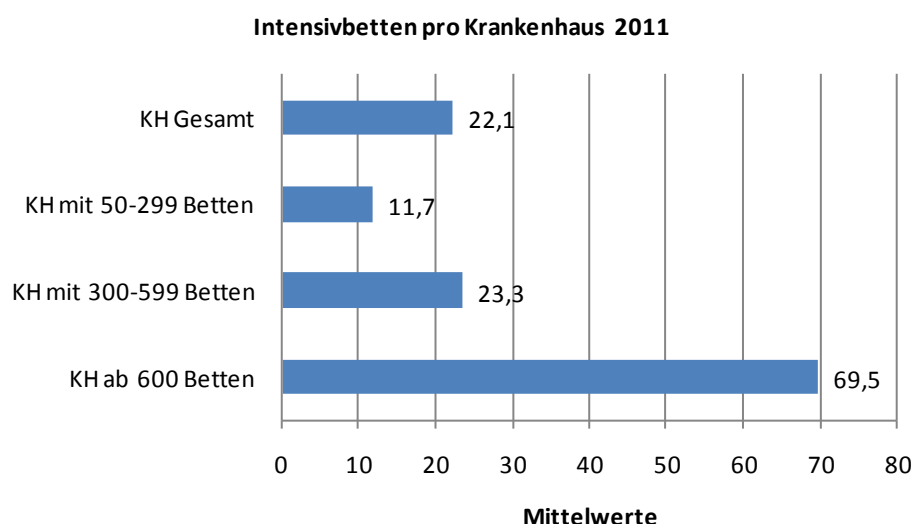


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Intensivstationen pro Krankenhaus 2011

Wie aus Abbildung 38 ersichtlich, konzentrieren sich diese Häuser auf die obere Bettengrößenklasse ab 600 Betten mit durchschnittlich 4,9 Intensivstationen pro Haus. Demgegenüber weisen die kleineren Einrichtungen im Mittel 1,4 Intensivstationen auf, während der Wert für die mittlere Bettengrößenklasse dem Bundesdurchschnitt entspricht.

Im Jahr 2011 gab es nach den Hochrechnungen des Krankenhaus Barometers rund 26.600 Intensivbetten in deutschen Krankenhäusern bzw. durchschnittlich 22 Intensivbetten pro Krankenhaus mit entsprechender Vorhaltung. Die Anzahl der Intensivbetten variiert dabei sehr stark nach der Krankenhausgröße. Während die kleineren Krankenhäuser unter 300 Betten im Durchschnitt 11,7 Intensivbetten aufweisen, sind es in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten durchschnittlich 69,5 Intensivbetten (Abb. 39).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Intensivbetten pro Krankenhaus 2011

Bezogen auf die Intensivbetten insgesamt sind 70,9% mit Beatmungsgeräten ausgestattet. Der entsprechende Anteil der Beatmungsplätze pro Krankenhaus nimmt mit steigender Krankenhausgröße zu (Abb. 40).

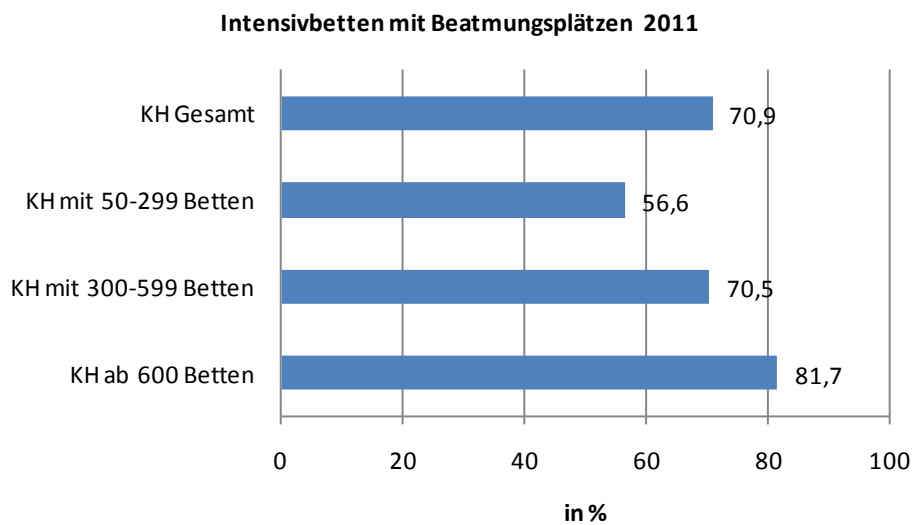
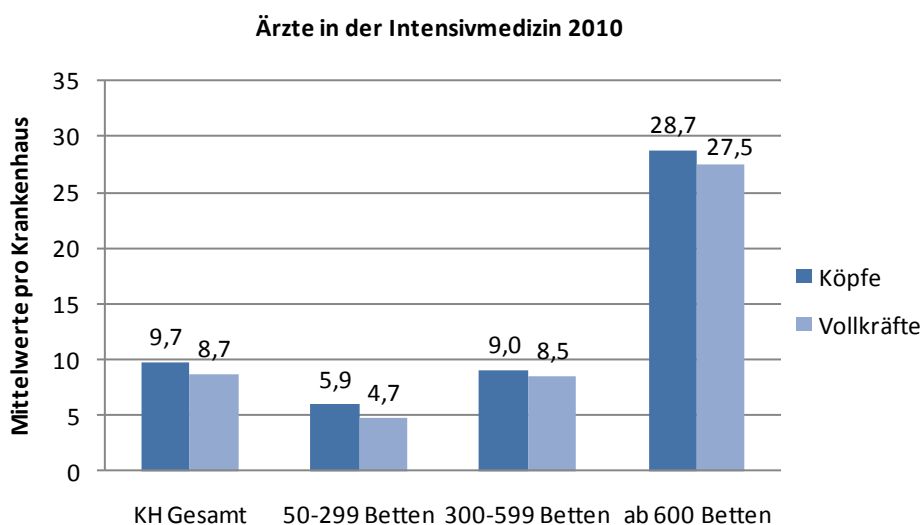


Abb. 40: Intensivbetten mit Beatmungsplätzen in 2011 nach Bettengrößenklassen

5.2 Ärztliches Personal in der Intensivmedizin

Beim Ärztlichen Dienst der Intensivstationen besteht grundsätzlich das Problem, dass die Zuordnung der Ärzte zu den Intensivstationen nicht immer eindeutig und trennscharf ist, insofern sie teilweise auf den Normalstationen oder beispielsweise in der Anästhesie zum Einsatz kommen bzw. im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung befristet in der Intensivmedizin arbeiten. Zwar mögen die Arztstellen im Stellenplan der Intensivstationen ausgewiesen sein. Jedoch muss offen bleiben, ob die tatsächliche Besetzung immer exakt den Vorgaben entspricht bzw. wie die Befragungsteilnehmer im Einzelfall ihre Zuordnungen vorgenommen haben. Ein Teil der Varianz der nachfolgenden Ergebnisse mag daher u.U. auch auf entsprechende Zuordnungsprobleme zurückzuführen sein.

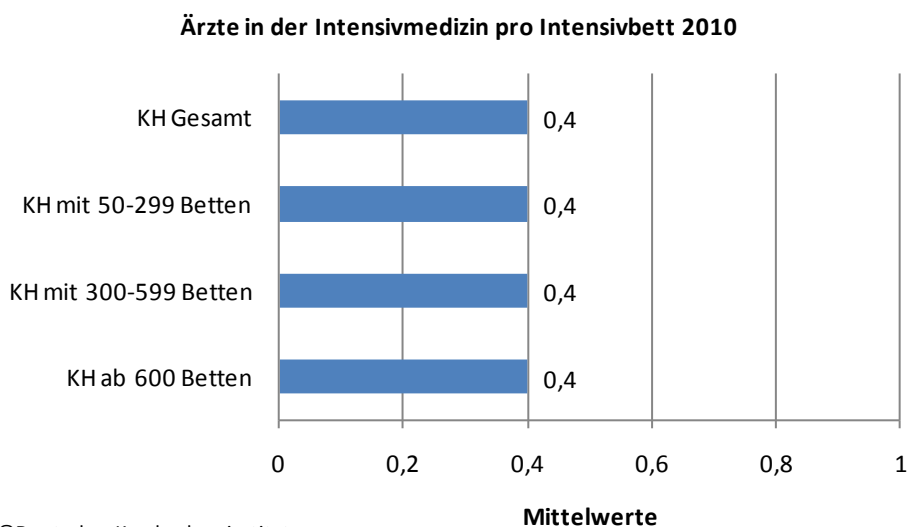
Vorbehaltlich dieser methodischen Einschränkungen arbeiteten, den Befragungsteilnehmern zufolge, zum Stichtag 31.12.2010 pro Krankenhaus durchschnittlich 9,7 Ärzte (Köpfe) respektive 8,7 ärztliche Vollkräfte im Intensivbereich. Aus naheliegenden Gründen nehmen die Arztzahlen in der Intensivmedizin zwar mit steigender Krankenhausgröße zu (Abb. 41).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 41: Ärzte in der Intensivmedizin 2010 nach Bettengrößenklassen

Allerdings werden die entsprechenden Unterschiede faktisch nivelliert, wenn man Arzt- und Bettenzahlen aufeinander bezieht. Der bundesweite Durchschnittswert beträgt hier krankenhausesübergreifend 0,4 ärztliche Vollkräfte pro Intensivbett und Krankenhaus (Abb. 42).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 42: Ärzte in der Intensivmedizin pro Intensivbett 2010 nach Bettengrößenklassen



Über den Personalmangel in den verschiedenen Berufsgruppen und Diensten des Krankenhauses hinaus (vgl. Kap. 1), wurde zusätzlich nach Stellenbesetzungsproblemen spezifisch in der Intensivmedizin gefragt. Demnach hatte ein Drittel der Krankenhäuser mit Betten zur intensivmedizinischen Versorgung zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2011 Schwierigkeiten, offene Stellen im Ärztlichen Dienst ihrer Intensivstationen zu besetzen. Im Vergleich zu vielen anderen Fachbereichen bzw. Fachabteilungen im Krankenhaus fallen die Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivmedizin damit unterdurchschnittlich aus.¹⁰

Im Mittel konnten die betroffenen Krankenhäuser 1,3 ärztliche Vollkraftstellen in der Intensivmedizin nicht besetzen. Die entsprechenden Stellen blieben durchschnittlich rund 15 Wochen, also knapp vier Monate vakant.

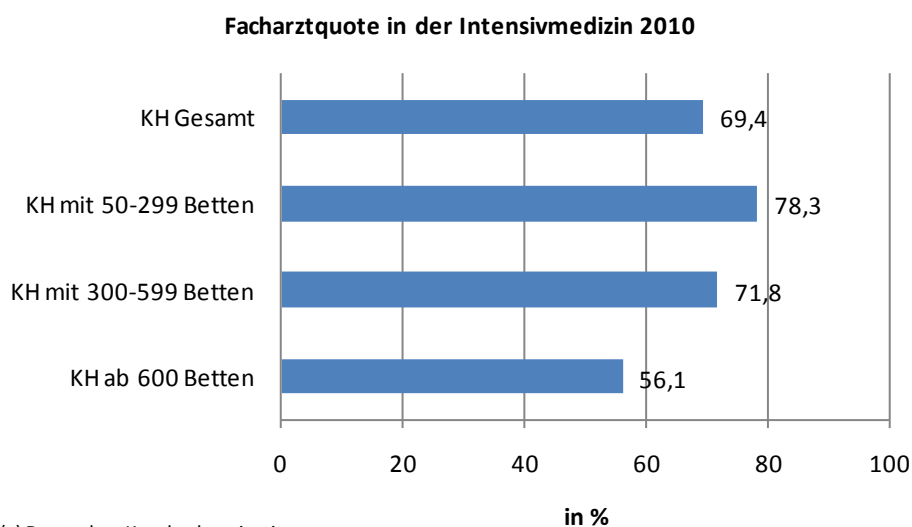
5.3 Facharztquoten in der Intensivmedizin

Über die Arztzahlen in der Intensivmedizin hinaus sollten die Krankenhäuser zusätzlich ihre Facharztquoten nennen. Konkret war anzugeben, wie viele Fachärzte respektive wie viel Ärzte mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin (jeweils in Köpfen) im Intensivbereich arbeiten. Für beide Gruppen fiel der Anteil fehlender Werte jedoch relativ hoch aus, so dass die Ergebnisse wiederum mit Vorbehalt zu interpretieren sind.

Beschränkt auf die Krankenhäuser, die überhaupt Angaben zu ihren Facharztquoten machten, lag der entsprechende Anteil der Fachärzte an den Ärzten in den Intensivbereichen insgesamt (in Köpfen) bei 69,4%. Dieser Wert liegt oberhalb der Facharztquote in deutschen Krankenhäusern insgesamt (54%). Vor allem infolge der überproportionalen Weiterbildungsquoten in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten fällt die

¹⁰ Beispielsweise haben mehr als 60% der chirurgischen und internistischen Abteilungen bzw. mehr als die Hälfte der psychiatrischen und anästhesiologischen Fachbereiche Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst. Auch in vielen anderen Fachbereichen, wie beispielsweise Gynäkologie, Neurologie oder Orthopädie haben mehr als 40% der Fachabteilungen Probleme, offene Arztstellen zu besetzen (Blum/Löffert, 2010).

Facharztquote in der Intensivmedizin niedriger als in den unteren Bettengrößenklassen (Abb. 43). Daneben ist nicht auszuschließen, dass die Zuordnung der Weiterbildungsassistenten zu den jeweiligen Stellenplänen in den kleineren Krankenhäusern differiert.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 43: Facharztquote in der Intensivmedizin 2010

Unter den Fachärzten in den Intensivbereichen deutscher Krankenhäuser verfügen 55,6% über eine abgeschlossene Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin. Nach Bettengrößenklassen fällt der Anteil der Fachärzte mit einschlägiger Zusatzweiterbildung in den größeren Krankenhäusern ab 600 Betten etwas unterproportional aus (Abb. 44). Bezogen auf die Krankenhausärzteschaft in den Intensivbereichen insgesamt (also inklusive der Ärzte ohne Facharztstatus) liegt der Anteil der Ärzte mit Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin in den Häusern mit diesbezüglichen Angaben bei rund 40%.

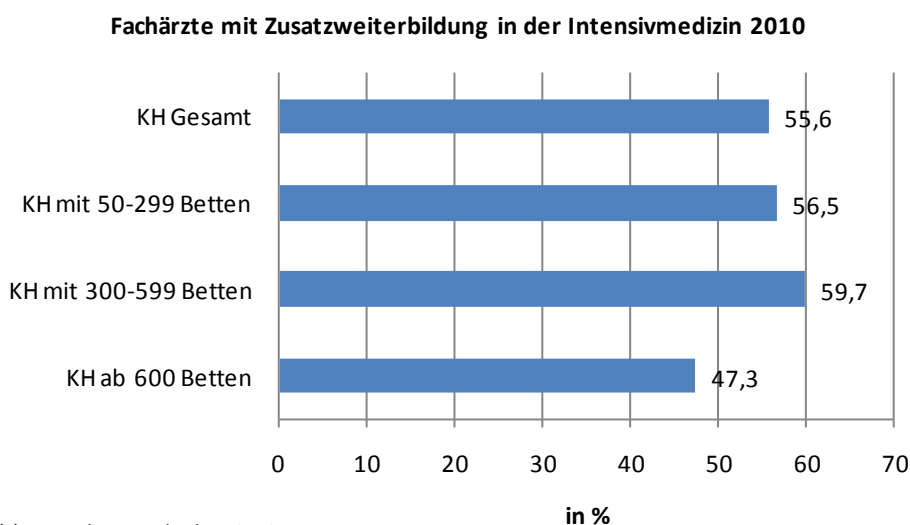
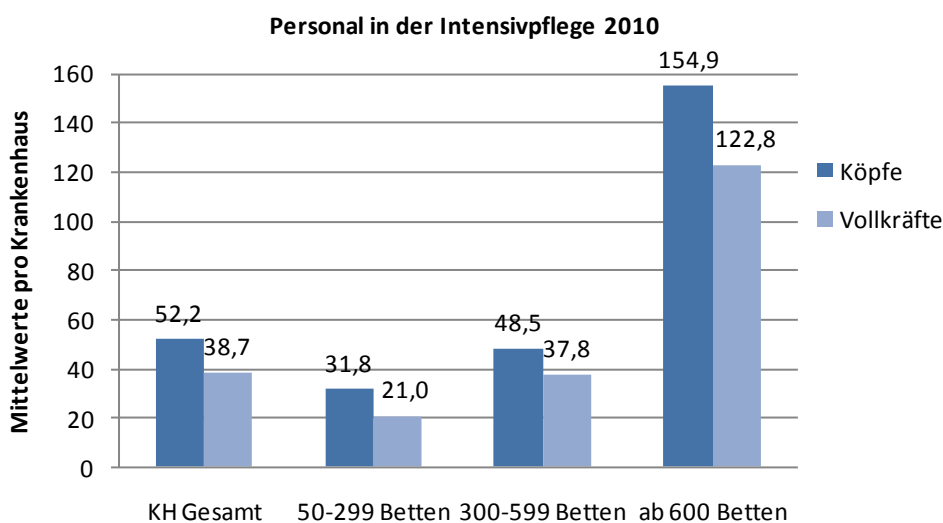


Abb. 44: Fachärzte mit Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin 2010

5.4 Personal in der Intensivpflege

Pro Krankenhaus sind im Mittel 52,2 Pflegekräfte (Köpfe) bzw. 38,7 intensivpflegerische Vollkräfte beschäftigt (jeweils ohne SchülerInnen). Die Verteilung nach Bettengrößenklassen kann im Einzelnen der Abbildung 25 entnommen werden.

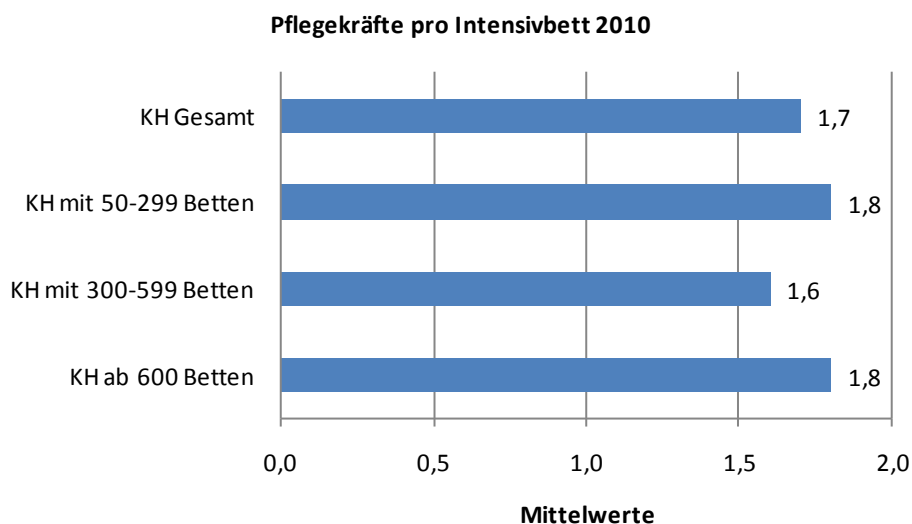
Hochgerechnet auf Basis des DKI-Krankenhaus Barometers gab es Ende 2010 (Stichtag 31.12.2010) auf den Intensivstationen deutscher Krankenhäuser rund 63.000 Pflegekräfte (Köpfe). Das entspricht ca. 47.000 Vollkräften in der Intensivpflege.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 45: Personal in der Intensivpflege in 2010 nach Bettengrößenklassen

Zwar nimmt mit steigender Krankenhausgröße die Absolutzahl der Intensivpflegekräfte merklich zu. Jedoch relativieren sich bei entsprechender Standardisierung die Unterschiede. Im statistischen Durchschnitt kommen auf ein Intensivbett knapp zwei Pflegekräfte (1,7 Vollkräfte). Nach Bettengrößenklassen resultieren kaum Unterschiede (Abb. 46).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Pflegekräfte pro Intensivbett in 2010 nach Bettengrößenklassen

5.5 Fachkraftquoten in der Intensivpflege

Die Fachkraftquote in der Intensivpflege, also der Anteil der Pflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung in der Intensivpflege an den Pflegekräften in den Intensivbereichen insgesamt (in Köpfen), liegt bei 38,8%. Im Vergleich zu einer DKI-Studie für das Jahr 2005 (Blum, 2007) hat sich die Fachkraftquote in der Intensivpflege damit kaum verändert. Nach Krankenhausgröße gibt es kaum Unterschiede bei den Fachkraftquoten in der Intensivpflege (Abb. 47).

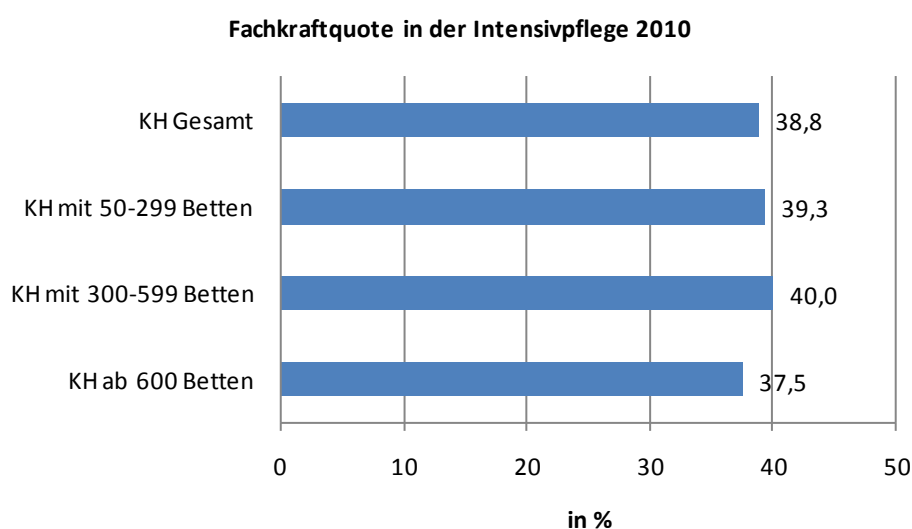


Abb. 47: Fachkraftquote in der Intensivpflege in 2010

Bezogen auf die Verteilung insgesamt gibt es gleichwohl eine stärkere Streuung der Fachkraftquoten in der Intensivpflege (Quartilswerte). In einem Viertel der Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Betten liegt die Fachkraftquote unter 25%. In einem weiteren Viertel liegt sie über 51%.

Rund zwei Drittel der Krankenhäuser mit intensivmedizinischer Versorgung bewerten ihre aktuelle Fachkraftquote in der Intensivpflege als angemessen. Knapp ein Drittel stuft sie als eher zu niedrig ein. Nur in Ausnahmefällen sind Krankenhäuser der Ansicht, dass sie über zu viele Pflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung in der Intensivpflege verfügen (Abb. 48).

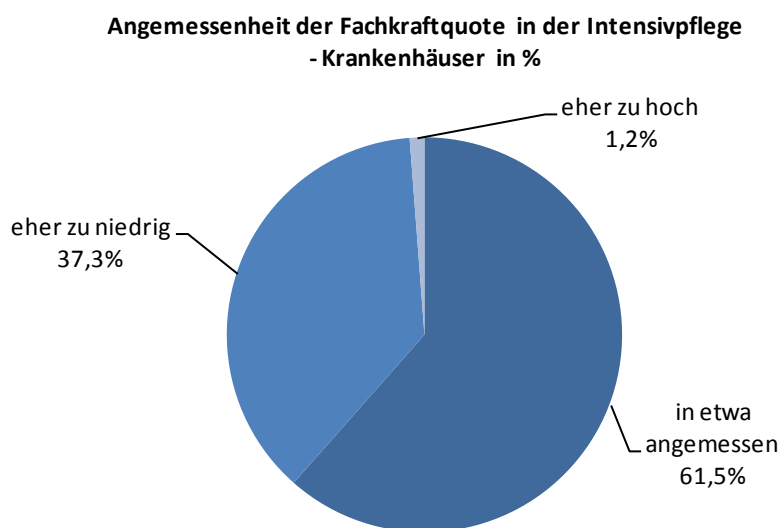


Abb. 48: Angemessenheit der Fachkraftquote in der Intensivpflege

Vor allem die größeren Krankenhäuser ab 600 Betten sehen ihre Fachkraftquote überproportional kritisch. Hier ist fast jedes zweite Krankenhaus (48,5%) der Auffassung, nicht genügend weitergebildete Intensivpflegekräfte zu haben. In den beiden unteren Bettengrößenklassen entsprechen die jeweiligen Werte näherungsweise dem Bundesdurchschnitt.

Krankenhäuser, die ihre Fachkraftquote als zu niedrig einstufen, hatten eine durchschnittliche Quote an weitergebildeten Intensivpflegekräften von 30,5% (bei einem oberen Quartilswert von 41,7%). In Krankenhäusern mit angemessener Fachkraftquote gemäß Selbsteinschätzung lag der durchschnittliche Anteil der weitergebildeten Intensivpflegekräfte bei 46,0% (bei einem unteren Quartilswert von 31,8%). Auch hier wurden kleinere Fachkraftquoten von den Krankenhäusern ab 600 Betten tendenziell kritischer gesehen. Gleichwohl zeigt die Streuung der Ergebnisse, dass die Angemessenheit der Fachkraftquoten von den Krankenhäusern teilweise sehr unterschiedlich eingeschätzt wird.

5.6 Qualifikationsabhängige Tätigkeitsfelder in der Intensivpflege

Angesichts unterschiedlicher Qualifikationen von Intensivpflegekräften wurden die Befragungsteilnehmer gebeten anzugeben, ob es auf ihren Intensivstationen Unterschiede in den vorherrschenden Tätigkeitsfeldern zwischen Pflegekräften mit abgeschlossener Weiterbildung in der Intensivpflege und Pflegekräften ohne entsprechende Weiterbildung gibt. In fast 72% der Einrichtungen mit intensivmedizinischen Betten gibt es in dieser Hinsicht faktisch keine Unterschiede. Lediglich bei 2% der Einrichtungen variieren viele Tätigkeitsfelder der Intensivpflege in Abhängigkeit von der Qualifikation. In gut 26% der Einrichtungen beschränkt sich der qualifikationsabhängige Einsatz von Intensivpflegekräften auf ausgewählte Tätigkeitsfelder (Abb. 49).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 49: Unterschiedliche Tätigkeitsfelder von Intensivpflegekräften mit und ohne Weiterbildung

Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier im Wesentlichen drei Tätigkeitsschwerpunkte genannt: das Beatmungsmanagement bzw. die Beatmungspflege, Führungspositionen wie etwa die Schicht- oder Stationsleitung sowie die Praxisanleitung im Rahmen der Weiterbildung bzw. die Einarbeitung neuer Mitarbeiter auf den Intensivstationen. Unterschiede in



den Tätigkeitsfeldern betreffen also stärker qualifizierende oder organisatorische Aspekte als rein fachliche Aspekte.

Der Einsatz von Intensivpflegekräften variiert im Übrigen nicht in Abhängigkeit von der Fachkraftquote: D.h. Krankenhäuser, wo die Einsatzbereiche entweder faktisch nicht oder aber in ausgewählten Tätigkeitsfeldern qualifikationsabhängig variierten, hatten im Durchschnitt nahezu identische Fachkraftquoten von jeweils rund 39%. Auch die krankenspezifische Bewertung der Fachkraftquote stand in keinem Zusammenhang mit den vorherrschenden Tätigkeitsfeldern von Pflegekräften mit und ohne Weiterbildung. In jeweils gut 71% der Krankenhäuser, welche ihre Fachkraftquote in der Intensivpflege als eher zu niedrig bzw. als etwa angemessen klassifizieren, üben Intensivpflegekräfte mit und ohne Weiterbildung praktisch dieselben Tätigkeiten aus.

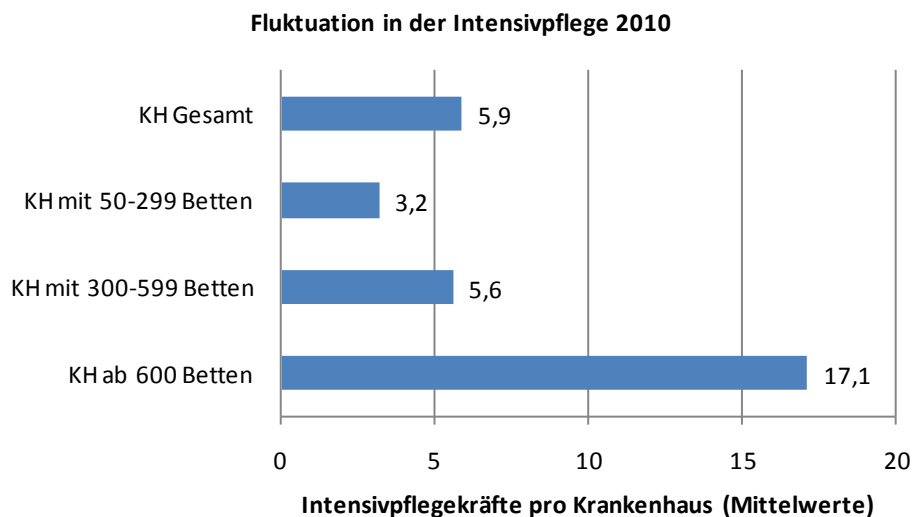
5.7 Fluktuationsquoten in der Intensivpflege

Ein Indikator für die Belastungen in der Intensivpflege bzw. eine Ursache von Stellenbesetzungsproblemen bildet ggf. die Fluktuationsquote in der Intensivpflege. Im Krankenhaus Barometer gaben die Krankenhäuser daher an, wie viele Beschäftigte (in Köpfen) im Jahr 2010 aus der Intensivpflege ausgeschieden sind, sei es wegen eines internen Arbeitsplatzwechsels oder dem Ausscheiden aus dem Krankenhaus.

Gut 80% der Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Betten haben hierzu Angaben gemacht. Es muss offen bleiben, ob die übrigen Krankenhäuser keine Angaben machen konnten bzw. wollten oder dort keine (nennenswerte) Fluktuation herrscht. Die folgenden Auswertungen beziehen sich nur auf die Krankenhäuser mit entsprechenden Angaben. Sollte bei den Häusern ohne Angaben die Fluktuation unterdurchschnittlich ausfallen, würden die Fluktuationsquoten etwas überschätzt.

Im Jahr 2010 sind in den Intensivbereichen deutscher Krankenhäuser durchschnittlich 5,9 Pflegekräfte (Köpfe) aus der Intensivpflege ausgeschieden. Nach Absolutzahlen steigt die Fluktuation mit zunehmender

Krankenhausgröße deutlich an (Abb. 50). Während in den kleineren Häusern unter 300 Betten durchschnittlich 3,2 Intensivpflegekräfte ausgeschieden sind, lag der entsprechende Anteilswert in Einrichtungen ab 600 Betten bei 17,1 Beschäftigten. Der Wert für die mittlere Bettengrößenklasse entspricht mit 5,6 Intensivpflegekräften in etwa dem Bundesdurchschnitt.



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 50: Fluktuation in der Intensivpflege 2010

Abbildung 51 zeigt die Fluktuationsquoten in der Intensivpflege, also das Verhältnis von im Jahr 2010 ausgeschiedenen Intensivpflegekräften in Relation zur Gesamtzahl der Intensivpflegekräfte (in Köpfen am Stichtag 31.12.2010). Demnach lag die Fluktuationsquote in der Intensivpflege im Jahr 2010 bei 10,6%. D.h. jede 10. Intensivpflegekraft in deutschen Krankenhäusern hat intern ihren Arbeitsplatz gewechselt oder ist aus dem Krankenhaus ausgeschieden. Nach Krankenhausgröße gibt es in dieser Hinsicht keine größeren Unterschiede.

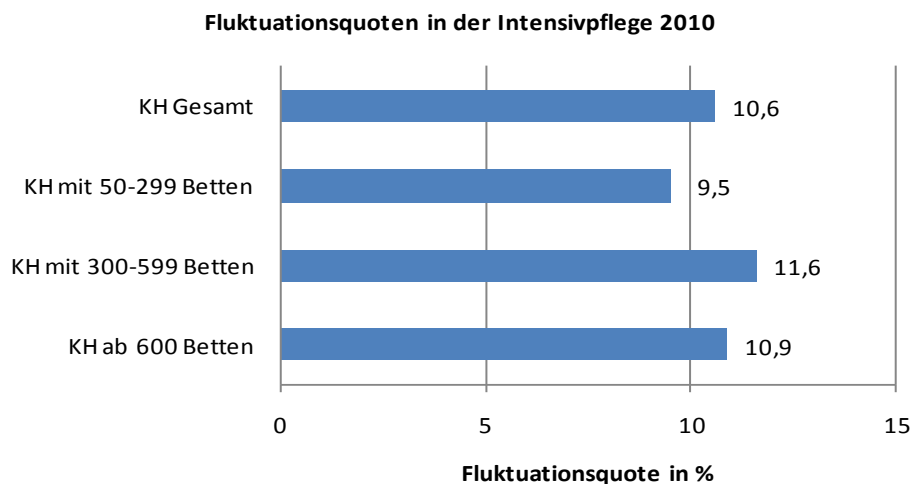


Abb. 51: Fluktuationsquoten in der Intensivpflege in 2010

5.8 Altersstruktur in der Intensivpflege

Mit Blick auf den künftigen Personalbedarf in der Intensivpflege bzw. einer etwaigen Verschärfung des Fachkräftemangels bildet u.a. auch die Altersstruktur beim vorhandenen Personal eine maßgebliche Einflussgröße, insofern sie den Ersatzbedarf für altersbedingt aus der Intensivpflege ausscheidende Beschäftigte bestimmt. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer konkret angeben, wie hoch der Anteil der 45-54-Jährigen in der Intensivpflege ihrer Häuser ist respektive der Anteil der 55-Jährigen oder älter.

Beim Intensivpflegepersonal sind knapp 25% der Beschäftigten (Köpfe) in der Altersgruppe zwischen 45-54 Jahre und 6% sind 55 Jahre oder älter. Nach Krankenhausgröße resultieren in dieser Hinsicht kaum Unterschiede (Abb. 52).

Verglichen etwa mit der Funktionspflege, für die entsprechende Vergleichsdaten vorliegen (DKI, 2009), weist die Intensivpflege damit vordergründig nach wie vor eine junge Altersstruktur auf. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass belastungsbedingt die altersspezifischen Austrittswahrscheinlichkeiten in der Intensivpflege höher ausfallen als in

anderen Berufsgruppen. Insofern ist in den nächsten 10 Jahren nicht nur mit einem altersbedingten Ersatzbedarf für die heute über 54-Jährigen zu rechnen, sondern auch für einen relevanten Anteil der Beschäftigten im Alter zwischen 45 und 54 Jahren.

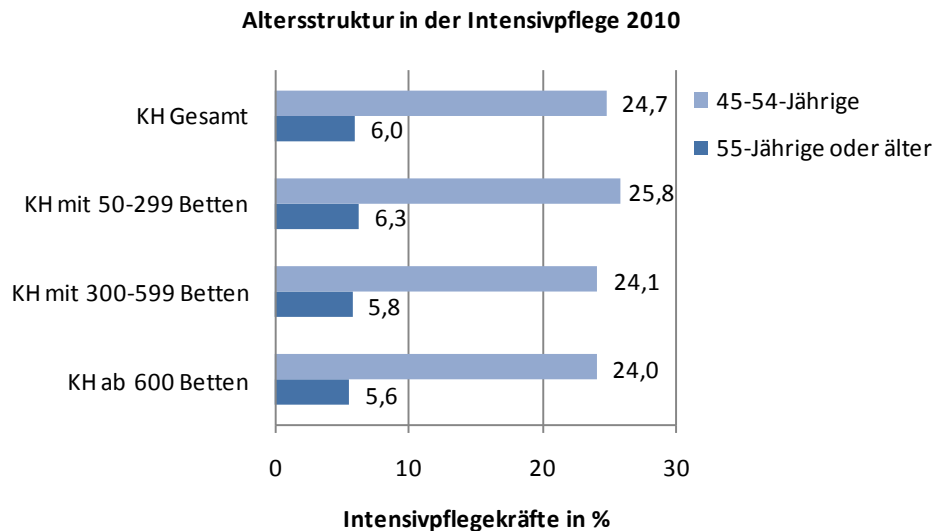


Abb. 52: Altersstruktur in der Intensivpflege in 2010

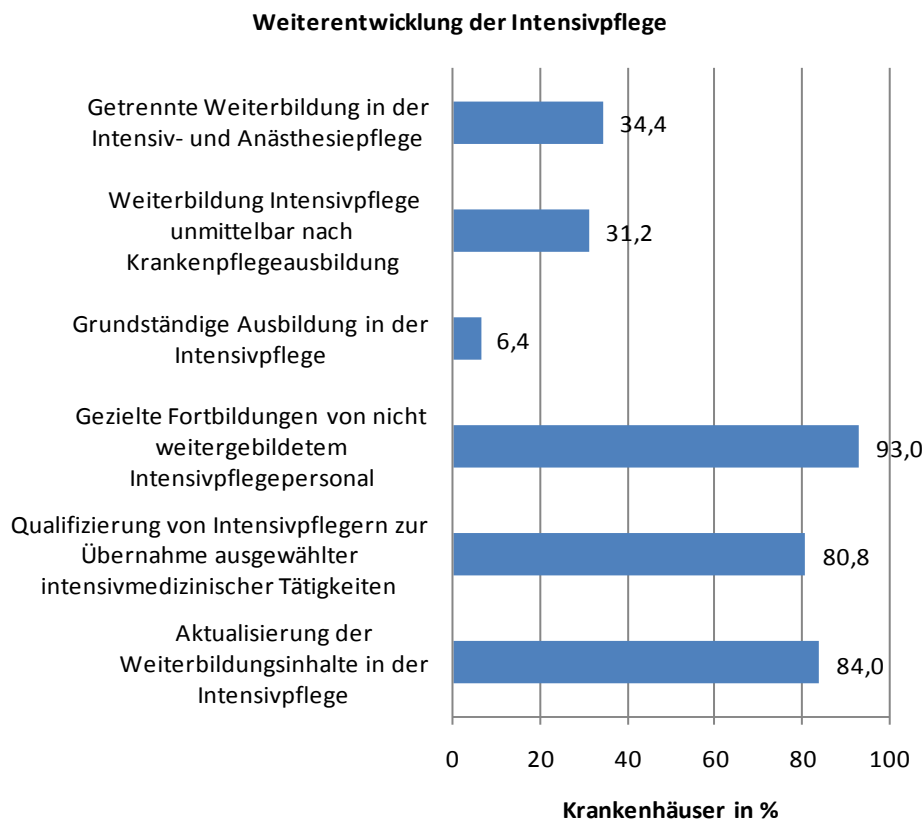
Gleichwohl geben die Ergebnisse keine Hinweise auf eine dramatische Überalterung des Personals in der Intensivpflege. Allein auf Grund der Altersstruktur ist somit kein überproportionaler Mehrbedarf beim Intensivpflegepersonal zu erwarten. Probleme mit Blick auf die Bedarfsdeckung resultieren insofern stärker aus den Fluktuationsquoten in der Intensivpflege.

5.9 Weiterentwicklung der Intensivpflege

Die Intensivpflege war und ist in Deutschland überwiegend entsprechend weitergebildetem Personal vorbehalten, daneben noch examinierten Pflegekräften ohne einschlägige Zusatzqualifikation. Die Stellenentwicklung im Intensivbereich gestaltet sich jedoch zusehends schwierig. Stellenbesetzungsprobleme im Krankenhaus betreffen nicht zuletzt auch die Intensivpflege. Eine hinreichende Fachkraftquote ist nicht mehr durchgängig

realisiert. Vor diesem Hintergrund stellt sich Fragen der beruflichen Weiterentwicklung, um eine quantitativ und qualitativ ausreichende Intensivpflege auch künftig zu sichern.

Im Krankenhaus Barometer sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, inwieweit sie vor dem Hintergrund der Erfahrungen in ihren Häusern eine Weiterentwicklung des Berufsbildes für sinnvoll halten oder nicht. Abbildung 53 zeigt die Akzeptanz ausgewählter Weiterentwicklungsoptionen. Hohe Zustimmung unter den Krankenhäusern findet insbesondere eine verbesserte Qualifizierung des Pflegepersonals in den Intensivbereichen. So sprechen sich 93% der Krankenhäuser für gezielte Fortbildungen von nicht weitergebildetem Intensivpflegepersonal aus. Für eine Aktualisierung der Weiterbildungsinhalte in der Intensivpflege plädieren 84% der Einrichtungen.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 53: Weiterentwicklung der Intensivpflege



Darüber hinaus dürfte das Thema der Delegation ärztlicher Leistungen, ähnlich wie auf den Normalstationen oder im OP, zusehends auch die Intensivmedizin betreffen. In diesem Sinne sprechen sich 80,8% der Krankenhäuser für eine gezielte Qualifizierung von Intensivpflegepersonal zur Übernahme ausgewählter intensivmedizinischer Tätigkeiten aus.

Grundsätzliche Veränderungen in der Weiterbildungsorganisation der Intensivpflege treffen in den Krankenhäusern dagegen mehrheitlich auf Skepsis: Jeweils eigenständige Weiterbildungen in der Intensiv- und der Anästhesiepflege bzw. eine Trennung der bislang integrierten Weiterbildung für diese Einsatzbereiche stimmt gut ein Drittel der Befragten zu (34,4%). Die Zustimmungsquote für eine sog. kombinierte Weiterbildung, also der Beginn der Weiterbildung in der Intensivpflege unmittelbar im Anschluss an die Krankenpflegeausbildung, fällt ähnlich hoch aus (31,2%). Nur eine Minderheit von 6,4% der Befragten spricht sich für eine grundständige Ausbildung in der Intensivpflege aus, mithin für eine Primärqualifikation in der Intensivpflege ohne vorherige Ausbildung in der Krankenpflege.

Darüber hinaus wurden im Rahmen einer offenen Frage als weitere Weiterentwicklungsoptionen für die Intensivpflege u.a. eine Akademisierung (etwa auf Bachelor-Niveau), eine Ausweitung der rechtlichen Befugnisse des Intensivpflegepersonals oder spezifischere Fachqualifikationen genannt, z.B. in den Bereichen der Beatmungspflege, der Schmerz- oder Intensivtherapie und der Intermediate-Care-Versorgung.

Differenziert nach Krankenhausgröße waren Krankenhäuser in den unteren Bettengrößenklassen den genannten Weiterentwicklungsoptionen gegenüber tendenziell aufgeschlossener als Großkrankenhäuser ab 600 Betten. Dies gilt beispielsweise mit Blick auf die Delegation intensivmedizinischer Tätigkeiten, die grundständige Ausbildung in der Intensivpflege sowie die kombinierte Weiterbildung. Größere Einrichtungen sprechen sich dagegen überproportional häufig für eigenständige bzw. getrennte Weiterbildungen in der Intensiv- und der Anästhesiepflege aus.



6 Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Im Folgenden werden sowohl die Stellensituation des hygienischen Fachpersonals in deutschen Krankenhäusern als auch Maßnahmen zur Prävention von nosokomialen Infektionen¹¹ und Infektionen mit multiresistenten Erregern beschrieben. Dabei wird entgegen der Ausführungen im *Krankenhaus Barometer 2010* (Blum et al. 2010) hier auf eine Unterscheidung der Ergebnisse zwischen den Bundesländern mit eigener Krankenhaushygieneverordnung und dem übrigen Bundesgebiet verzichtet. Das *Krankenhaus Barometer 2010* konnte bei Präventionsmaßnahmen sowie im Umgang mit nosokomialen Infektionen und Infektionen mit multiresistenten Erregern an deutschen Kliniken keinen Unterschied zwischen den fünf Bundesländern mit eigener Krankenhaushygieneverordnung im Jahr 2010 (Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen)¹² und den restlichen Bundesländern aufzeigen.

In den Krankenhaushygieneverordnungen werden im Wesentlichen das vorzuhaltende hygienische Fachpersonal und seine Aufgaben, die Weiter- und Fortbildung des Personals sowie der Umgang mit Infektionsstatistiken beschrieben. Ebenso thematisiert werden die Vorhaltungen von Hygienekommissionen, Hygieneplänen als auch unterschiedlicher Verfahrens- und Anwendungsvorschriften für Desinfektionen und Sterilisationen. Dabei orientieren sich die Hygieneverordnungen im Wesentlichen an der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2009).

¹¹ Definition laut § 2 Abs. 8 Infektionsschutzgesetz: Eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand.

¹² Vgl. KhBetrVO Berlin, KHHyG - Landesrecht Bremen, KHHyG NRW, SKHyGVO Saarland, SächsKHHyGRVO. Die Krankenhaushygieneverordnungen in den Ländern Baden-Württemberg (KHHygieneVO) und Bayern (MedHyG) wurden erst im Dezember 2010 bzw. Januar 2011 eingerichtet und somit in den Auswertungen des *Krankenhaus Barometer s 2010* nicht berücksichtigt.

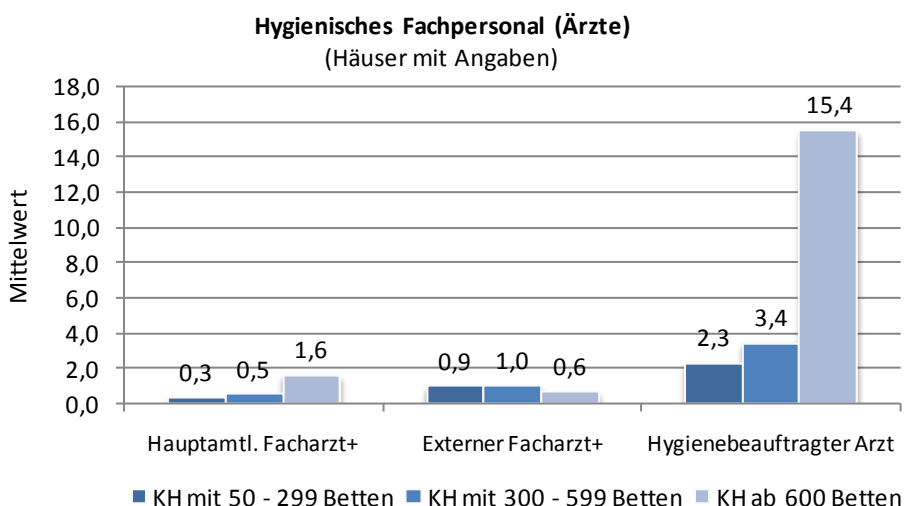


6.1 Hygienisches Fachpersonal

Die Umsetzung von Konzepten zur Infektionsprävention ist ohne die Beschäftigung von Fachpersonal nicht durchführbar. Gesetzliche Personalvorgaben zur Krankenhaushygiene auf Länderebene in den zurzeit bestehenden Krankenhaushygieneverordnungen sind zwar sehr unterschiedlich, orientieren sich aber dennoch meist an den Empfehlungen der KRINKO.

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gibt in ihrer Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Bundesgesundheitsblatt, 2009) vor, die Anzahl des jeweiligen Fachpersonals an der Klinikgröße und dem Risikoprofil der unterschiedlichen Stationen festzumachen. So sind beispielsweise in jeder Einrichtung ab 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker (Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) und – unabhängig von der Größe des Krankenhauses – mindestens ein hygienebeauftragter Arzt (Facharzt auf anderem Gebiet mit Fortbildungen zur Infektionsverhütung) vorzuhalten. Die Anzahl der Hygienefachkräfte (HFK; Gesundheits- oder Krankenpfleger mit zweijähriger Weiterbildung) soll entsprechend dem Risikoprofil der Station und dem individuellen Risikoprofil der dort behandelten Patienten festgelegt werden. Folglich sind in bettenführenden Abteilungen mit hohem Risiko eine HFK pro 100 Betten, auf Stationen mit mittlerem Risiko eine HFK je 200 Betten und auf Stationen mit niedrigem Risiko eine HFK je 500 Betten einzusetzen. Gegebenenfalls besteht ein zusätzlicher Bedarf von einer HFK für spezielle Funktionsabteilungen und die Betreuung bettenferner Abteilungen.

Da die Empfehlungen der KRINKO oftmals auch in den Bundesländern ohne eigene Hygieneverordnung Berücksichtigung finden (Blum et al. 2010), wird eine Betrachtung des hygienischen Personals auf der Gesamtebene nicht für sinnvoll erachtet. Demzufolge wird im Weiteren das ärztliche und pflegerische Fachpersonal für Hygiene je nach Krankenhausgröße (Bettengrößenklasse) dargestellt.



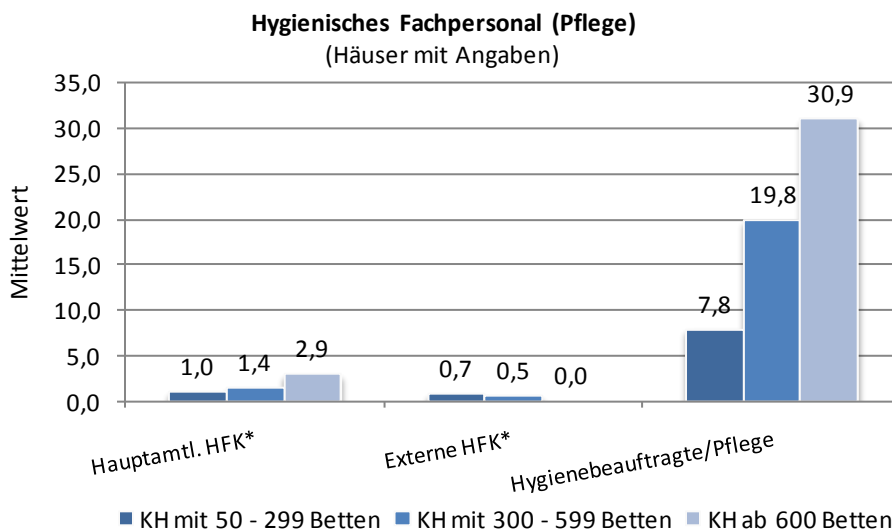
© Deutsches Krankenhausinstitut

+Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie

Abb. 54: Mittlere Anzahl des ärztlichen hygienischen Fachpersonals je Bettengrößenklasse (Häuser mit Angaben)

Hauptamtliche Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder hauptamtliche Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sind in kleinen Krankenhäusern (50 bis 299 Betten) mit Angaben zu hygienischem Fachpersonal weniger vertreten (durchschnittlich 0,3 Ärzte pro Einrichtung). Dafür halten diese Einrichtungen eher externe Fachärzte in beratender Funktion vor (0,9 Ärzte pro Einrichtung). Krankenhäuser mittlerer Größe (300 bis 599 Betten) haben im Schnitt eine halbe hauptamtliche Facharztstelle und einen vollen externen Facharzt in beratender Funktion. Im Gegensatz dazu beschäftigen Kliniken ab 600 Betten mit Angaben zu hygienischem Fachpersonal im Mittel 1,6 hauptamtliche und lediglich 0,6 externe Fachärzte (Abb. 54).

Dahingegen findet man hygienebeauftragte Ärzte deutlich häufiger an Kliniken vor, welche Angaben zu hygienischem Fachpersonal getätigt haben: Kleine Einrichtungen (50 bis 299 Betten) beschäftigen durchschnittlich 2,3 hygienebeauftragte Ärzte, Krankenhäuser mittlerer Größe (300 bis 599 Betten) 3,4 und Häuser ab 600 Betten 15,4 Ärzte mit Hygieneauftrag (Abb. 54).



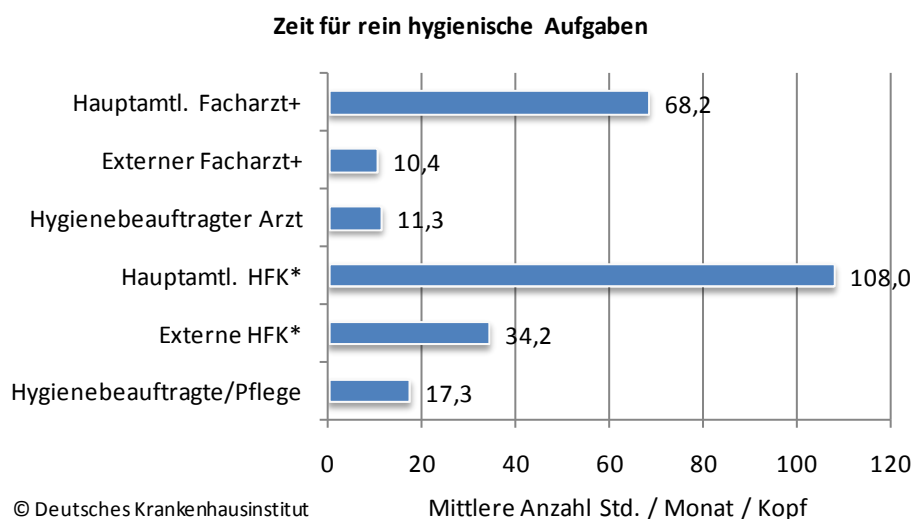
© Deutsches Krankenhausinstitut

*HFK = Hygienefachkraft

Abb. 55: Mittlere Anzahl des pflegerischen hygienischen Fachpersonals je Bettengrößenklasse (Häuser mit Angaben)

Die Anzahl des vorhandenen pflegerischen hygienischen Fachpersonals liegt deutlich über der Anzahl des ärztlichen Fachpersonals für Hygieneaufgaben (Abb. 55). So werden in den kleinen Krankenhäusern (50 bis 299 Betten) mit Angaben zu hygienischem Fachpersonal durchschnittlich eine HFK vorgehalten und zusätzlich die Dienste von 0,7 externen HFKs in betreuender Funktion in Anspruch genommen. Die Einrichtungen mittlerer Größe (300 bis 599 Betten) haben im Mittel 1,4 hauptamtliche Hygienefachkräfte und eine halbe externe Fachkraft in betreuender Funktion. Allein die großen Kliniken ab 600 Betten mit Angaben zu hygienischem Fachpersonal decken ihren Bedarf an Hygienefachkräften ausschließlich mit hauptamtlichen HFKs (durchschnittlich 2,9 pro Krankenhaus).

Hygienebeauftragte in der Pflege, welche als Verbindungsglied zwischen Hygienefachkraft und Stationspersonal fungieren, werden deutlich häufiger von großen Einrichtungen ab 600 Betten (30,9 pro Krankenhaus) vorgehalten als von Häusern mittlerer Größe (19,8 pro Krankenhaus) oder von kleinen Kliniken (7,8 pro Krankenhaus).



+Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie

*HFK = Hygienefachkraft

Abb. 56: Zeitkontingent des hygienischen Fachpersonals für rein hygienische Aufgaben

Für die Umsetzung von Konzepten zur Infektionsprävention sind nicht nur die Anzahl des vorhandenen hygienischen Fachpersonals in den Krankenhäusern von Bedeutung, sondern auch die Zeitkontingente, welche diesem Personal für rein hygienische Aufgaben zur Verfügung gestellt werden. Daher wurden die Krankenhäuser gebeten, diese Zeitkontingente für ihre einzelnen Fachkräfte näher zu bestimmen.

Hauptamtliche Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder hauptamtliche Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie verwenden im Mittel 68 Stunden pro Monat für rein hygienische Aufgaben. Ausgehend von einer durchschnittlichen Anzahl von monatlichen 168 Arbeitsstunden (21 durchschnittlichen Arbeitstagen pro Monat x 8 Arbeitsstunden täglich), verbringen die hauptamtlichen Fachärzte demnach mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit hygienefernen, eher organisatorischen Tätigkeiten¹³ (Abb. 56).

¹³ Bei der Bestimmung des Zeitkontingents, welches die hauptamtlichen Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder hauptamtliche Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Verfügung haben, wurde explizit nach Zeitkontingenten für rein hygienische

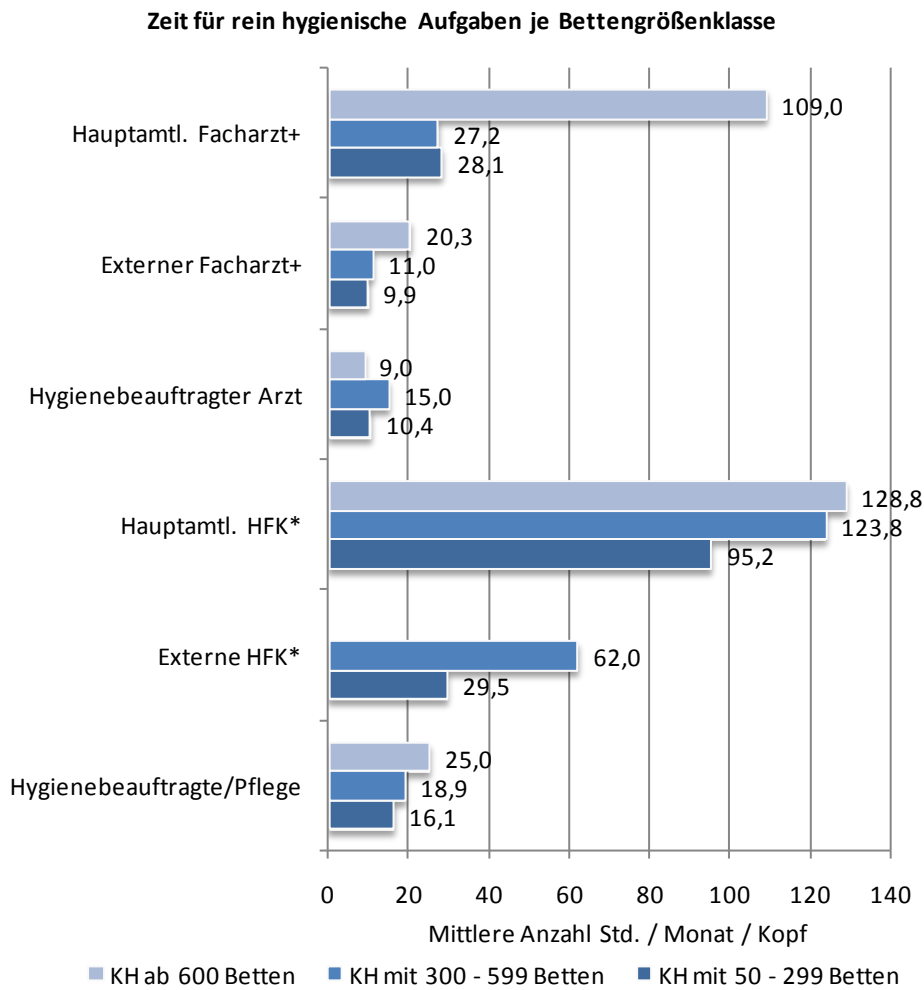


Im Gegensatz zu den hauptamtlichen ärztlichen Fachkräften für Hygiene verwenden hauptamtliche pflegerische Fachkräfte (HFK) knapp 65% ihrer Arbeitszeit (108 Stunden pro Monat pro Kopf) für rein hygienische Aufgaben¹⁴.

Externe Hygienefachkräfte in betreuender Funktion verwenden durchschnittlich ein Fünftel ihrer gesamten Arbeitszeit für hygienische Aufgaben in dem jeweiligen zu betreuenden Krankenhaus (Abb. 56).

Aufgaben gefragt. Es besteht daher die Möglichkeit, dass bei der Beantwortung der Frage andere Tätigkeiten, wie beispielsweise Ortsbegehungen, Schulungen, Surveillance, Beratung, Schulungen, etc., die ebenfalls zu den Aufgaben eines hauptamtlichen Facharztes für Hygiene und Umweltmedizin oder hauptamtlichen Facharztes für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gehören, nicht berücksichtigt wurden und somit nicht im Zeitkontingent enthalten sind. Des Weiteren ist vorstellbar, dass bei den kleineren und mittleren Krankenhäusern ein hauptamtlicher Facharzt für mehrere Kliniken zuständig ist, was die geringe Stundenanzahl erklären würde.

¹⁴ Bei der Bestimmung des Zeitkontingents, welches die hauptamtlichen Hygienefachkräfte zur Verfügung haben, wurde explizit nach Zeitkontingenten für rein hygienische Aufgaben gefragt. Es besteht daher die Möglichkeit, dass bei der Beantwortung der Frage andere Tätigkeiten, wie beispielsweise Ortsbegehungen, Schulungen, Surveillance, Beratung, Schulungen, etc., die ebenfalls zu den Aufgaben einer hauptamtlichen Hygienefachkraft gehören, nicht berücksichtigt wurden und somit nicht im Zeitkontingent enthalten sind.



© Deutsches Krankenhausinstitut

+Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie

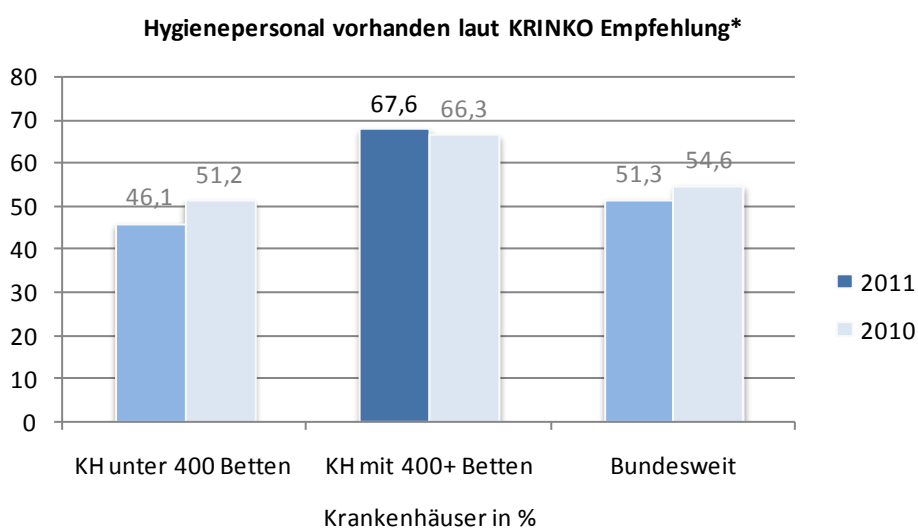
*HFK = Hygienefachkraft

Abb. 57: Zeitkontingent des hygienischen Fachpersonals für rein hygienische Aufgaben je Bettengrößenklasse

Die Zeit, welche hauptamtliche Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder hauptamtliche Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit hygienefernen, organisatorischen Tätigkeiten verbringen, ist deutlich abhängig von der Krankenhausgröße (Abb. 57). Demnach verwenden Fachärzte in großen Kliniken ab 600 Betten mit 109 Stunden pro Monat knapp 65% ihrer Arbeitszeit für hygienische Aufgaben. Dahingegen nutzen Fachärzte in den kleineren und mittelgroßen

Einrichtungen (mit 27 bzw. 28 Stunden pro Monat) nur 16% ihrer Arbeitszeit für hygienische Aufgaben¹⁵.

Im Gegensatz zu den hauptamtlichen ärztlichen Fachkräften nutzen die hauptamtlichen pflegerischen Fachkräfte für Hygiene in den mittelgroßen und großen Kliniken (Krankenhäuser ab 300 Betten) knapp 80% ihrer Arbeitszeit für hygienische Aufgaben. Lediglich die HFKs in den kleinen Häusern (50 bis 299 Betten) verbringen rund 40% ihrer Arbeitszeit mit hygienefernen, organisatorischen Tätigkeiten (Abb. 57).



© Deutsches Krankenhausinstitut

* Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsbl. 2009.52:951-962.

Abb. 58: Eingesetztes Hygienepersonal laut KRINKO Empfehlung

Ausgehend von der Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt, 2009) wurde festgelegt, dass in jedem Krankenhaus ab 400 Betten

¹⁵ Es ist vorstellbar, dass bei den kleineren und mittleren Krankenhäusern ein hauptamtlicher Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder ein hauptamtlicher Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie für mehrere Kliniken zuständig ist. Dies würde die geringe Stundenanzahl für „rein hygienische Aufgaben“ in den betreffenden Kliniken erklären.



mindestens ein hauptamtlicher Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder ein hauptamtlicher Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, zusätzlich ein hygienebeauftragter Arzt und eine hauptamtliche Hygienefachkraft vorgehalten werden sollte. Da in Deutschland derzeit zu wenig hauptamtliche Fachärzte ausgebildet sind, um den Bedarf aller Kliniken abzudecken, wurde hier ebenfalls eine Betreuung durch einen externen Facharzt in beratender Funktion mit berücksichtigt. Abbildung 58 zeigt, dass im Jahr 2011 diese drei Positionen (Facharzt intern / extern, hygienebeauftragter Arzt und hauptamtliche Hygienefachkraft) in gut zwei Dritteln aller Krankenhäuser über 400 Betten in Deutschland (68%) besetzt sind. Dies bedeutet einen geringen Zuwachs an hygienischem Fachpersonal in den Kliniken über 400 Betten gegenüber 2010.

Die kleineren Häuser (unter 400 Betten) verzeichnen im Jahr 2011 mit 46% eine Abnahme der drei Stellen für hygienische Aufgaben im Vergleich zum Jahr 2010 (51%). Diese Abnahme rührt im Wesentlichen daher, dass im Jahr 2011 ca. 4% weniger externe Fachärzte verpflichtet wurden als im Jahr 2010 und zudem 1% weniger hauptamtliche Hygienefachkräfte eingestellt wurden.

6.2 Maßnahmen zur Infektionsprävention vor MRSA Erregern

Ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus sind Maßnahmen zur Infektionsprävention. Verantwortlich sind die Träger bzw. die Leitung eines Krankenhauses oder anderer medizinischer Einrichtungen (gem. §§ 135a, 137 SGB V).

Nähere Angaben zur Ausgestaltung der Infektionsprävention findet man im Infektionsschutzgesetz. Dort ist u. a. festgeschrieben (§1 IfSG), dass im Rahmen der Eigenverantwortung der Häuser, diese selbst innerbetriebliche Strukturen und Organisationen entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik an den Erfordernissen der jeweiligen medizinischen Einrichtungen orientieren. Demzufolge ist davon auszugehen, dass die Strukturen und Organisationen der Krankenhäuser in Deutschland variieren können.

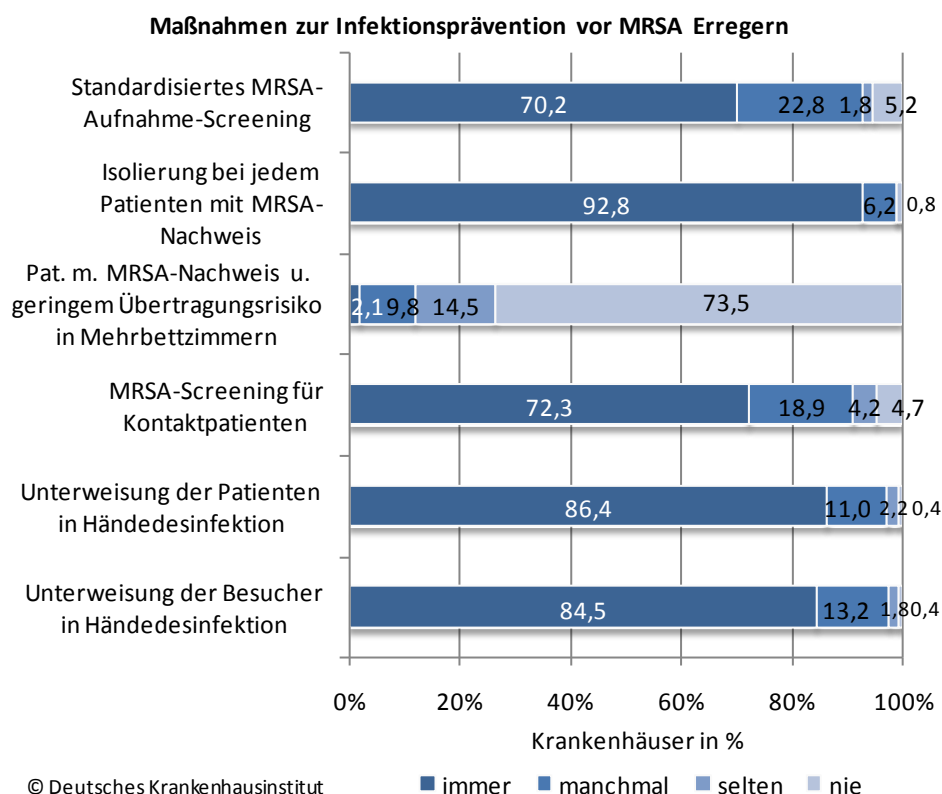


Abb. 59: Maßnahmen zur Infektionsprävention vor MRSA Erregern

Gefragt nach der Häufigkeit der Maßnahmen, die zur Infektionsprävention vor MRSA Erregern genutzt werden, erklären 70% der Krankenhäuser „immer“ ein standardisiertes MRSA-Aufnahme-Screening bei ihren Patienten durchzuführen, während 23% der Einrichtungen diese Maßnahme „manchmal“ umsetzen (Abb. 59).

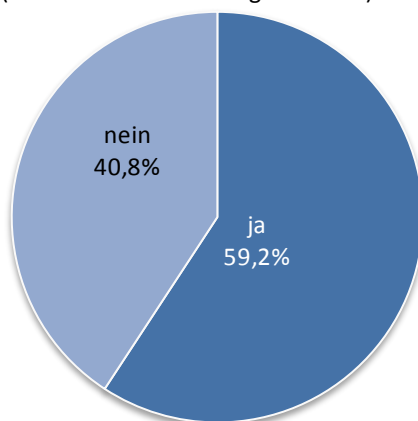
Rund drei Viertel der Krankenhäuser führen „immer“ ein MRSA-Screening bei Kontaktpatienten durch und in ca. 85% der Einrichtungen finden standardmäßig Unterweisungen in der Händedesinfektion sowohl für Patienten als auch für Besucher statt.

Bei der Unterbringung von Patienten mit MRSA-Nachweis setzten 93% der Kliniken ausschließlich auf eine Isolierung der Betroffenen. Dahingegen werden in 10% der Einrichtungen Patienten mit MRSA-Nachweis und mit geringem Übertragungsrisiko „manchmal“ in Mehrbettzimmern mit weniger infektionsgefährdeten Patienten zusammengelegt und in 2% der Häuser sogar „immer“ (Abb. 59).

In zwei Dritteln der Einrichtungen, welche „immer“ oder „manchmal“ Patienten mit MRSA-Nachweis und mit geringem Übertragungsrisiko in Mehrbettzimmern mit weniger infektionsgefährdeten Patienten unterbringen, werden die Patienten mit MRSA-Nachweis im Mehrbettzimmer „immer“ der Isolationspflege unterzogen. Das übrige Drittel dieser Einrichtungen wendet „manchmal“ die Isolationspflege für Patienten mit MRSA-Nachweis im Mehrbettzimmer an.

6.3 Organisatorische Maßnahmen

Teilnahme an der "Aktion saubere Hände"
(Krankenhäuser mit Angaben in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

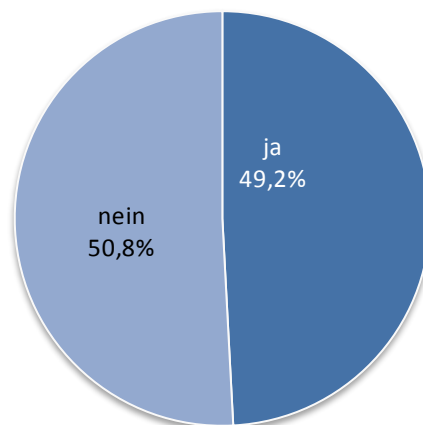
Abb. 60: Teilnahme an der „Aktion saubere Hände“ vom NRZ, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit sowie der QMG

Gefragt, welche organisatorischen Maßnahmen im Krankenhaus umgesetzt werden, um die Zahl von nosokomialen Infektionen und von Infektionen durch Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen möglichst gering zu halten, gaben rund 60%¹⁶ der Einrichtungen an, freiwillig an der

¹⁶ Die von der vorliegenden Studie hochgerechnete Anzahl der Teilnehmer an der „Aktion Saubere Hände“ übersteigt die von den Trägern der Kampagne herausgegebene Anzahl teilnehmender Einrichtungen. Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass obwohl in dem der Studie zugrundeliegenden Fragebogen ausdrücklich auf die Träger der Aktion (Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e.V.) hingewiesen wurde, Verwechslungen mit evt. krankenhausinternen ähnlichen Aktionen aufgetreten sein könnten.

„Aktion saubere Hände“ teilzunehmen. Diese von dem Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. und der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen e. V. getragene Kampagne soll durch Interventionen auf verschiedenen Ebenen (Krankenhausleitung, Management, Qualitätssicherung, Personal und Patienten) die Bereitschaft zur Händedesinfektion dauerhaft erhöhen (Abb. 60). Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der positiven Antworten leicht gesunken (-2%), zeigt aber immer noch deutlich, dass das Bewusstsein für die Wichtigkeit dieses Themas in den deutschen Krankenhäusern unverändert groß ist.

Teilnahme am HAND-KISS (des NRZ)
(Krankenhäuser mit Angaben in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 61: Teilnahme am HAND-KISS des NRZ

Für Teilnehmer der "Aktion saubere Hände" ist die Teilnahme am HAND-KISS des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) Pflicht. Dabei ist das KISS Modul nur einer von mehreren Bausteinen der Kampagne. Es dient im Wesentlichen als Messinstrument zur indirekten Erfassung einer veränderten Händedesinfektions-Compliance. Rund die Hälfte der Krankenhäuser geben an, am HAND-KISS

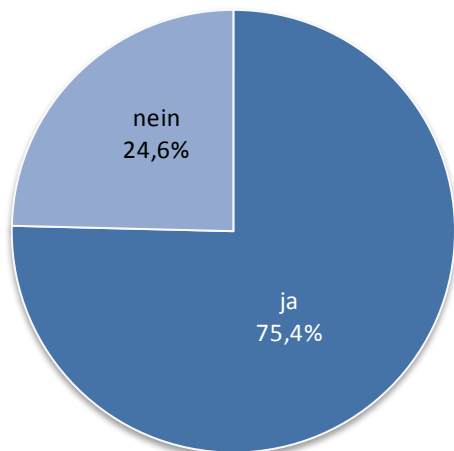


des NRZ teilzunehmen (Abb. 61). 38%¹⁷ der Krankenhäuser bestätigen, an der „Aktion saubere Hände“ und am HAND-KISS teilzunehmen.

Die Durchführung der hygienischen Händedesinfektionen ist immer noch eine der effektivsten Methoden der Prävention nosokomialer Infektionen und gehört zu den Standardmaßnahmen bei der Versorgung von Patienten im Krankenhaus. Da eine generelle Durchführung von Surveillance-Aktionen nicht nur Anhaltspunkte liefert, um Problembereiche zu identifizieren, sondern die Sammlung der Daten und das Feedback für die einzelnen Bereiche häufig bereits eine Verbesserung der Situation bewirkt, ist die Surveillance der Händedesinfektion in Deutschland sinnvoll und wird auch häufig standardmäßig durchgeführt. Erkenntnisse zum Grad der Umsetzung der hygienischen Händedesinfektion liefert am ehesten die Anzahl durchgeführter Desinfektionsmaßnahmen pro Patiententag, welche aus dem Verbrauch von Händedesinfektionsmittel berechnet wird. Direkte Beobachtungen zur Häufigkeit durchgeführter Händedesinfektionen sind sehr aufwendig und können somit immer nur kurze Zeitabschnitte umfassen (www.nrz-hygiene.de). Aus diesem Grund wurden die Krankenhäuser nach ihrem Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln gefragt.

¹⁷ Da, wie bereits oben beschrieben, bei Teilnehmern der „Aktion saubere Hände“ auch die Teilnahme am HAND-KISS Pflicht ist, muss hier davon ausgegangen werden, dass bei den Teilnehmern der Befragung Verwechslungen mit evt. krankenhausinternen ähnlichen Aktionen aufgetreten sein könnten.

Erfassung der Anzahl der Desinfektionsmittelpender pro Intensivbett und Nicht-Intensivbett (Krankenhäuser mit Angaben in %)

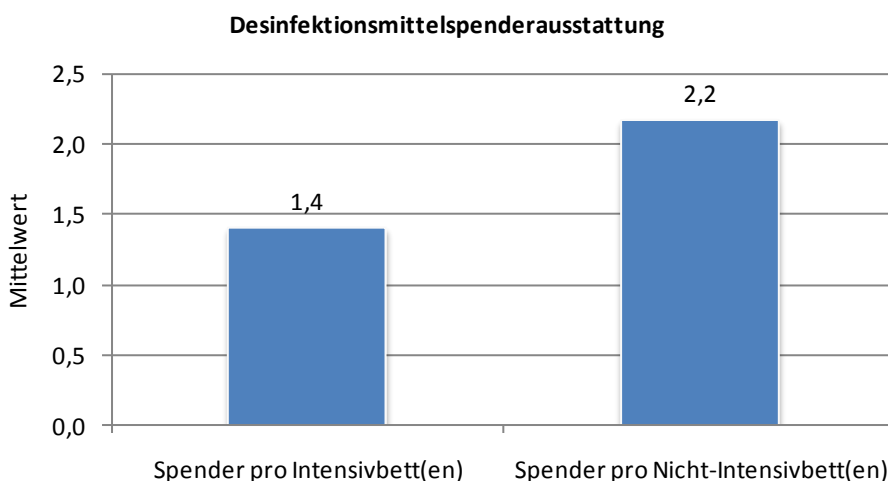


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 62: Erfassung der Anzahl der Desinfektionsmittelpender pro Intensivbett und Nicht-Intensivbett

Drei Viertel aller deutschen Krankenhäuser erfassen demnach die Anzahl der Desinfektionsmittelpender pro Intensivbett und pro Nicht-Intensivbett in ihren Statistiken (Abb. 62).

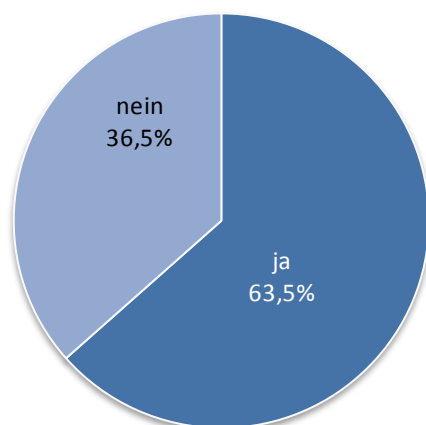
In diesen Einrichtungen befinden sich durchschnittlich ein Desinfektionsmittelpender pro Intensivbett und ein Spender für zwei Nicht-Intensivbetten (Abb. 63).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 63: Ausstattung mit Desinfektionsmittelpendern pro Intensivbett und Nicht-Intensivbett

Erfassung des jährl. stationsbezogenen Händedesinfektionsmittelverbrauchs (Krankenhäuser mit Angaben in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 64: Erfassung des jährlichen stationsbezogenen Händedesinfektionsmittelverbrauchs

Knapp zwei Drittel aller Kliniken erfassen ihren jährlichen stationsbezogenen Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln (Abb. 64).

In den Einrichtungen, welche ihren stationsbezogenen Händedesinfektionsmittelverbrauch erfassen, werden durchschnittlich 25 ml (Median: 20 ml) Händedesinfektionsmittel pro Patiententag auf den chirurgischen Stationen, 20 ml (Median: 18 ml) auf den Stationen der Inneren Medizin und 78 ml (Median: 80 ml) auf den Intensivstationen verbraucht. Bei einem angenommenen Verbrauch von ca. 3 ml Flüssigkeit je Händedesinfektion bedeutet dies eine durchschnittliche Anzahl von 8 Händedesinfektionen pro Patiententag auf chirurgischen Stationen, 6 Händedesinfektionen pro Patiententag auf Stationen der Inneren Medizin und 25 Händedesinfektionen pro Patiententag auf Intensivstationen (Tab. 1).

Diese Daten entsprechen im Wesentlichen den Untersuchungen im HAND-KISS Modul des Nationalen Referenzzentrums für die Surveillance von nosokomialen Infektionen. Im Berechnungszeitraum vom Januar bis Dezember 2010 wird für die Teilnehmer des HAND-KISS Moduls ein mittlerer Wert von 7 Händedesinfektionen pro Patiententag auf chirurgischen Stationen, 7 Händedesinfektionen pro Patiententag auf Stationen der



Inneren Medizin und 30 Händedesinfektionen pro Patiententag auf Intensivstationen angegeben (NRZ, 2011).

Tab. 1: Händedesinfektionsmittelverbrauch im Jahr 2010

Art der Station	Patienten- tage 2010	HDMV* 2010 Liter	Verbrauch Händedesinfektions- mittel ml / Patiententag			Anzahl HD / Patienten- tag**	
			Perzentile				
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	25	50	75	Mittelwert
Chirurgie†	30800,4	831,1	25,0	14,1	19,6	26,5	8
Innere Medizin†	42081,5	956,1	20,4	14,3	18,1	22,6	6
Intensivmedizin†	7471,3	672,1	77,5	57,3	80,2	95,8	25

*Händedesinfektionsmittelverbrauch

** bei einem angenommenen Verbrauch von 3 ml je Händedesinfektion

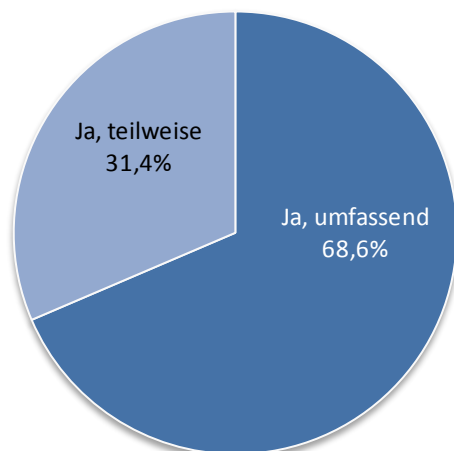
† Krankenhäuser mit Angaben

6.4 Analyse der Infektionsstatistiken zu nosokomialen – und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern

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

Im Folgenden wurden die Krankenhäuser daher nach ihrem Umgang mit den Infektionsstatistiken befragt.

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



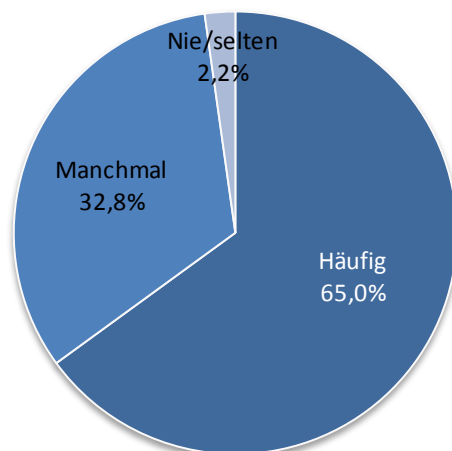
© Deutsches Krankenhausinstitut

Krankenhäuser mit Angaben in %

Abb. 65: Systematische Analyse der Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen mit (multi)resistenten Erregern

Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger werden laut Selbsteinschätzung der Befragten, faktisch in sämtlichen Krankenhäusern in Deutschland (100%) systematisch analysiert. Eine „umfassende“ systematische Analyse der Infektionsstatistiken findet zudem in 68% der Einrichtungen statt (Abb. 65). Dies bedeutet einen deutlichen Zuwachs an Analysen der Infektionsstatistiken gegenüber dem Vorjahr: Im Jahr 2010 wurden die Infektionsstatistiken in 96% aller Einrichtungen systematisch analysiert, eine „umfassende“ systematische Analyse fand in 54% der deutschen Krankenhäuser statt. Dies bedeutet eine Zunahme der standardisierten, systematischen Auswertungen der Infektionsstatistiken um +14% gegenüber dem Vorjahr.

Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus den Analysen der Infektionsstatistiken



© Deutsches Krankenhausinstitut

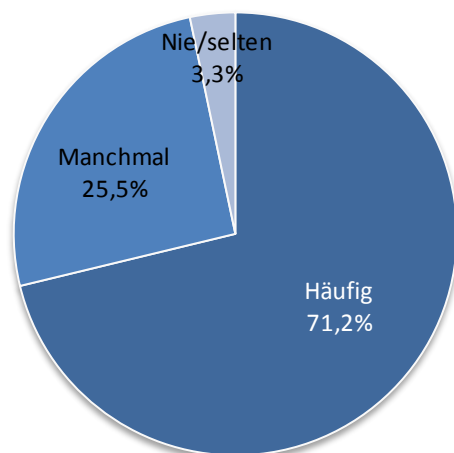
Krankenhäuser mit Angaben in %

Abb. 66: Gezielte Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus den Analysen der Infektionsstatistiken

Eine gezielte Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus den Analysen der Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger erfolgt in 98% aller Einrichtungen. Zudem werden von 65% der Häuser „häufig“ gezielte Verbesserungsmaßnahmen aus den Infektionsstatistiken abgeleitet (Abb. 66). Dies bedeutet ebenfalls eine Zunahme der abgeleiteten Maßnahmen gegenüber dem Vorjahr: Im Jahr 2010 gaben 56% der Einrichtungen an, „häufig“ gezielte Verbesserungsmaßnahmen aus den Infektionsstatistiken abzuleiten und somit 9% weniger als im Jahr 2011.

Besonders hoch ist die Aktivität bei den Krankenhäusern, welche standardisiert und systematisch Auswertungen der Infektionsstatistiken durchführen. Häuser, die angeben, „umfassend“ ihre Infektionsstatistiken zu analysieren, nutzen dieses Wissen überdurchschnittlich und leiten zu 75% gezielt Verbesserungsmaßnahmen daraus ab.

Überprüfung der Wirksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen zur Infektionsprävention



© Deutsches Krankenhausinstitut

Krankenhäuser mit Angaben in %

Abb. 67: Gezielte Überprüfung der Wirksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen zur Infektionsprävention

Eine gezielte Überprüfung der Wirksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen infolge von Analysen der Infektionsstatistiken zu nosokomialen Infektionen und Infektionen durch (multi)resistente Erreger wird in 97% aller Einrichtungen getroffen. Außerdem werden von 71% der Krankenhäuser gezielte Überprüfungen der Wirksamkeit der Verbesserungsmaßnahmen „häufig“ ausgeführt (Abb. 67).

Im selben Ausmaß, wie eine Zunahme der abgeleiteten Maßnahmen aus den Infektionsstatistiken gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen ist, hat auch die gezielte Überprüfung der Wirksamkeit dieser Verbesserungsmaßnahmen zugenommen. Demnach wurde eine gezielte Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen infolge von Analysen der Infektionsstatistiken im Jahr 2010 von 60% der Krankenhäuser ausgeführt und somit von 11% der Einrichtungen weniger als im Jahr 2011.

Besonders groß ist die Überprüfungs-Aktivität bei den Krankenhäusern, welche standardisiert und systematisch gezielt Verbesserungsmaßnahmen aus den Infektionsstatistiken ableiten. Häuser, die angeben, „häufig“ Maßnahmen abzuleiten, nutzen dieses Verbesserungspotential nahezu

vollständig, indem sie ihre Maßnahmen zu 93% „häufig“ und zu 7% „manchmal“ überprüfen.

Des Weiteren wurden die teilnehmenden Krankenhäuser gefragt, welche Verbesserungsmaßnahmen konkret im Jahr 2010 aus den Infektionsstatistiken von ihnen abgeleitet wurden. Insgesamt haben 167 Kliniken eine Gesamtmenge von 271 abgeleiteten Maßnahmen berichtet (Abb. 68 und 69).

Aus den Infektionsstatistiken 2010 abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen I

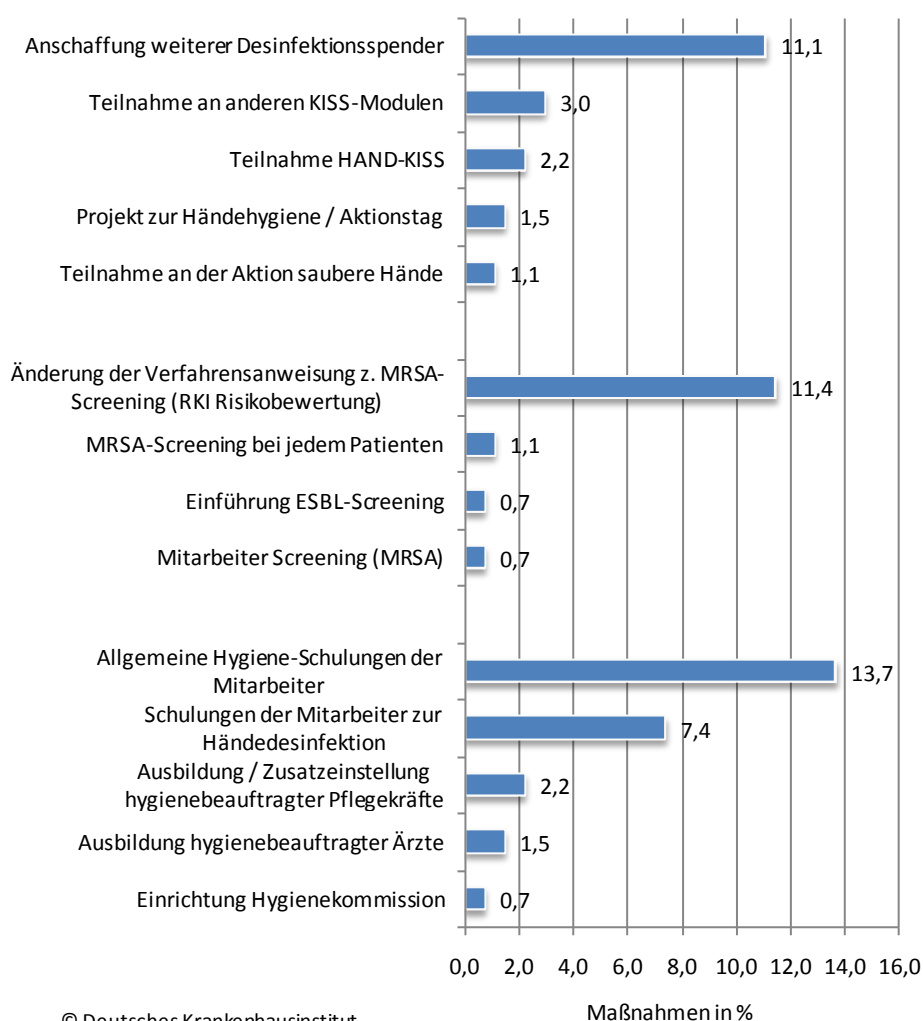


Abb. 68: Aus den Infektionsstatistiken des Jahres 2010 konkret abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen in den Krankenhäusern I

Unter den aus den Infektionsstatistiken abgeleiteten Maßnahmen befinden sich beispielsweise allgemeine Hygieneschulungen der Mitarbeiter (14%), die Anschaffung weiterer Desinfektionsmittelpender (11%) und die Änderung der Verfahrensanweisungen zum MRSA-Aufnahmescreening bei Patienten (11%) (Abb. 68).

Des Weiteren wurden in 9% aller Fälle die regelmäßige Begehung und Dokumentation aller Bereiche der Klinik bzw. die Änderung des Intervalls für die Begehungen oder Änderungen in der Dokumentationsstatistik, bei 6% der Maßnahmen eine Verbesserung der Ausstattung (vielfach ein Ersatz durch Einmalmaterialien) und bei weiteren 6% eine Änderung von Antibiotikaregimen als Verbesserungsmaßnahmen aus den Infektionsstatistiken abgeleitet (Abb. 69).

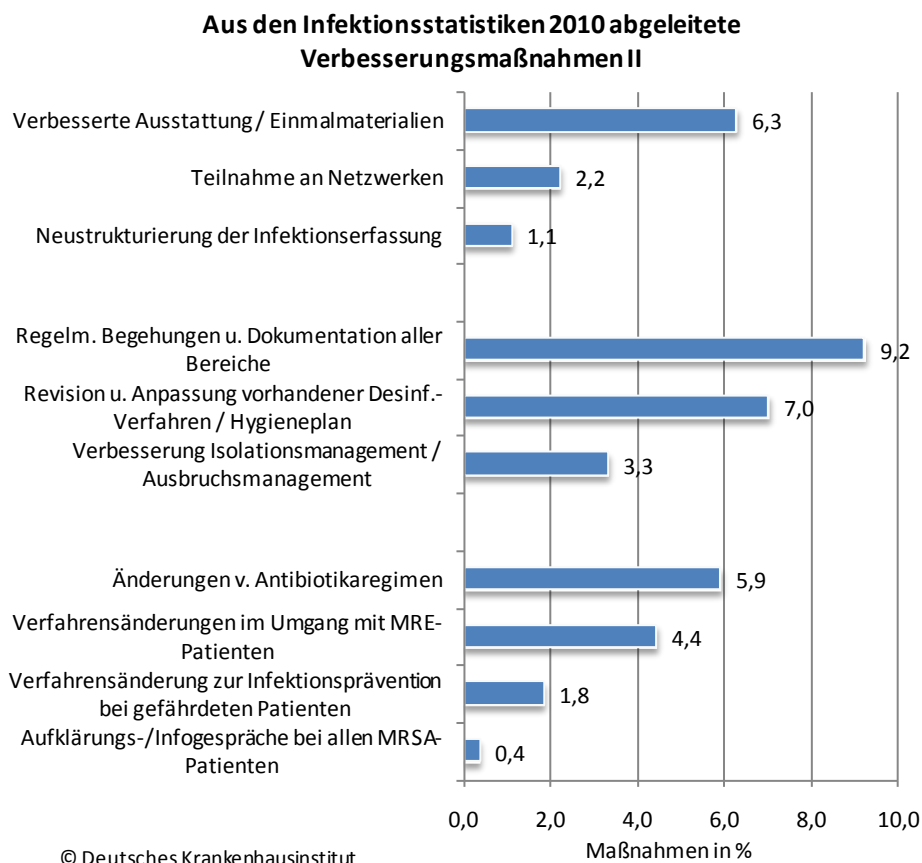


Abb. 69: Aus den Infektionsstatistiken des Jahres 2010 konkret abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen in den Krankenhäusern II

Die öffentlichen Diskussionen der letzten Zeit um Hygienemaßnahmen und einen effektiven Schutz vor nosokomialen Infektionen haben eine deutliche Sensibilisierung der Kliniken für dieses Thema bewirkt. Die Umfrageergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2011 zeigen ausdrücklich, dass die deutschen Krankenhäuser diese Problematik nicht nur direkt aufgegriffen sondern bereits gehandelt haben. Eine Vielzahl von Verbesserungsmaßnahmen wurde im letzten Jahr in den Einrichtungen aus den Infektionsstatistiken abgeleitet und in die Praxis umgesetzt.



KRANKENHAUS BAROMETER 2011



7 Beschwerdemanagement

In den Krankenhäusern wächst der Anspruch an ein professionelles, zielgerichtetes Beschwerdemanagement. Bei einem systematischen Beschwerdemanagement müssen verschiedene Phasen realisiert und fest etabliert sein. Man unterscheidet im Rahmen des Beschwerdemanagements z.B. die Beschwerdestimulierung, die Beschwerdeannahme, die Beschwerdebearbeitung, die Beschwerdeauswertung und das Controlling (Kersting & Hilsenbeck, 2008; Hollstein & Timm, 2005). Zu den wichtigen Zielen des Beschwerdemanagements zählen, z. B. die Erhöhung der Kundenzufriedenheit, Qualitätsverbesserungen oder die Fehlervermeidung und -verminderung (Gratias, 2009).

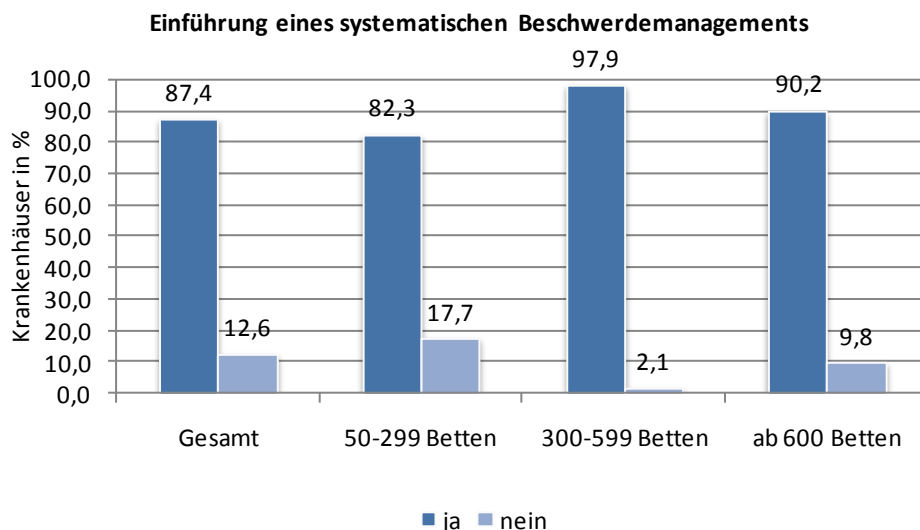
Die Einführung eines systematischen Beschwerdemanagements obliegt in der Regel den Krankenhäusern. Eine Ausnahme stellt Hamburg dar. Dort verpflichteten sich Krankenhäuser seit 2004 mit Unterzeichnung der Hamburger Erklärung jedes Jahr freiwillig, ein strukturiertes Beschwerdemanagement vorzuhalten. Im Jahr 2010 haben alle Hamburger Krankenhäuser die Erklärung unterzeichnet und sich damit verpflichtet, sieben Punkte eines patientenorientierten Umgangs mit Beschwerden einzuhalten: Zugänglichkeit, Zügige Bearbeitung, Unabhängigkeit, Transparenz, Verantwortung, Unternehmenskultur, Zertifizierung (Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V., 2011).

7.1 Verbreitung des Beschwerdemanagements

Die Krankenhäuser wurden zunächst danach gefragt, ob es in ihrem Krankenhaus ein systematisches und strukturiertes Beschwerdemanagement gibt. Der Großteil der Krankenhäuser hat dies bejaht. Lediglich in 13% der Krankenhäuser wurde bisher kein systematisches Beschwerdemanagement eingeführt (Abb. 70).

Der Einsatz eines systematischen Beschwerdemanagements hängt mit der Krankenhausgröße zusammen. Krankenhäuser der kleinsten Bettengrößen-

klasse haben am seltensten, Häuser mit 300 bis 599 Betten am häufigsten ein Beschwerdemanagementsystem etabliert (Abb. 70).

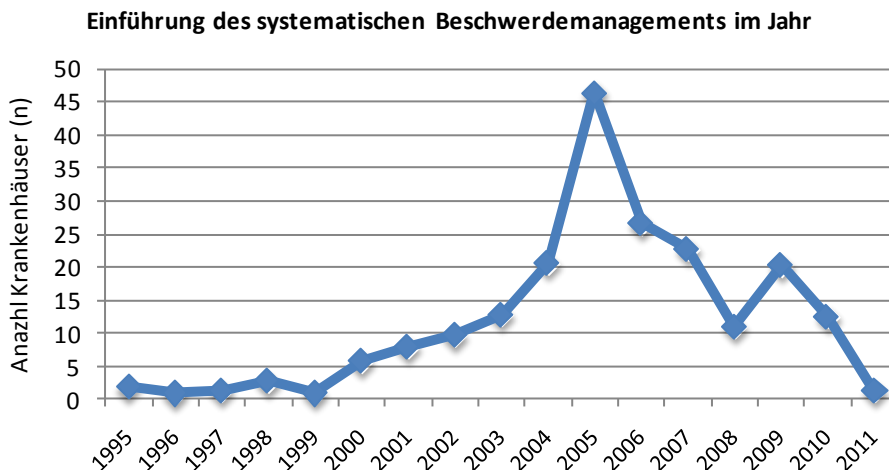


©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 70: Einführung eines systematischen Beschwerdemanagements

Die Ergebnisse basieren letztlich auf einer Selbsteinschätzung der beteiligten Krankenhäuser. Somit stellt sich die Frage nach der externen Validität bzw. wann von einem systematischen Beschwerdemanagement die Rede sein kann. Ein systematisches Beschwerdemanagement liegt demnach vor, wenn der Prozess des Beschwerdemanagements im Sinne bestimmter Prozesselemente erfolgt und einschlägige Maßnahmen und Instrumente des Beschwerdemanagements standardmäßig zum Einsatz kommen. Wie die nachfolgenden Analysen zeigen, liegen entsprechende Ansätze in den jeweiligen Häusern mehr oder weniger weit verbreitet vor.

Die meisten Krankenhäuser haben das Beschwerdemanagement seit dem Jahrtausendwechsel eingeführt. Insbesondere in den Jahren 2004 bis 2007 sowie im Jahr 2009 wurde in vielen Krankenhäusern das Beschwerdemanagement systematisiert. Knapp ein Viertel der Krankenhäuser haben im Jahr 2005 das Beschwerdemanagement strukturiert eingeführt. Im Jahr 1972 wurde in einem ersten Haus das Beschwerdemanagement etabliert (Abb.71).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 71: Zeitpunkt der Einführung des systematischen Beschwerdemanagements

7.2 Beschwerdestimulierung

Eine wesentliche Grundlage des Beschwerdemanagements stellt die Beschwerdestimulierung dar. Aufgabe der Beschwerdestimulierung ist es, die Patienten zu ermuntern, ihre Anregungen – auch zu unerfreulichen Ereignissen – zu äußern. Dazu ist es erforderlich, dass leicht zugängliche Beschwerdekanäle, wie z. B. Telefonnummern, Beschwerdeformulare, Briefkästen, Onlineangebot, Email-Adressen, angeboten und eingerichtet werden. Die Patienten müssen zudem wissen, an wen sie sich bei einer Beschwerde persönlich wenden können – diese Rolle kommt häufig Patientenbeauftragten im Krankenhaus zu.

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, welche Möglichkeiten der Beschwerdestimulierung im Krankenhaus standardmäßig genutzt werden, um die Patienten dazu zu motivieren, ihre Anregungen und Beschwerden zu äußern. Demnach greifen sie in erster Linie auf schriftliche Materialien zurück, um die Patienten dazu zu motivieren, ihre Anregungen zu äußern. So werden Patientenbefragungen sowie Brief- oder Kummerkästen von den Krankenhäusern von allen Maßnahmen am häufigsten eingesetzt. Gut drei

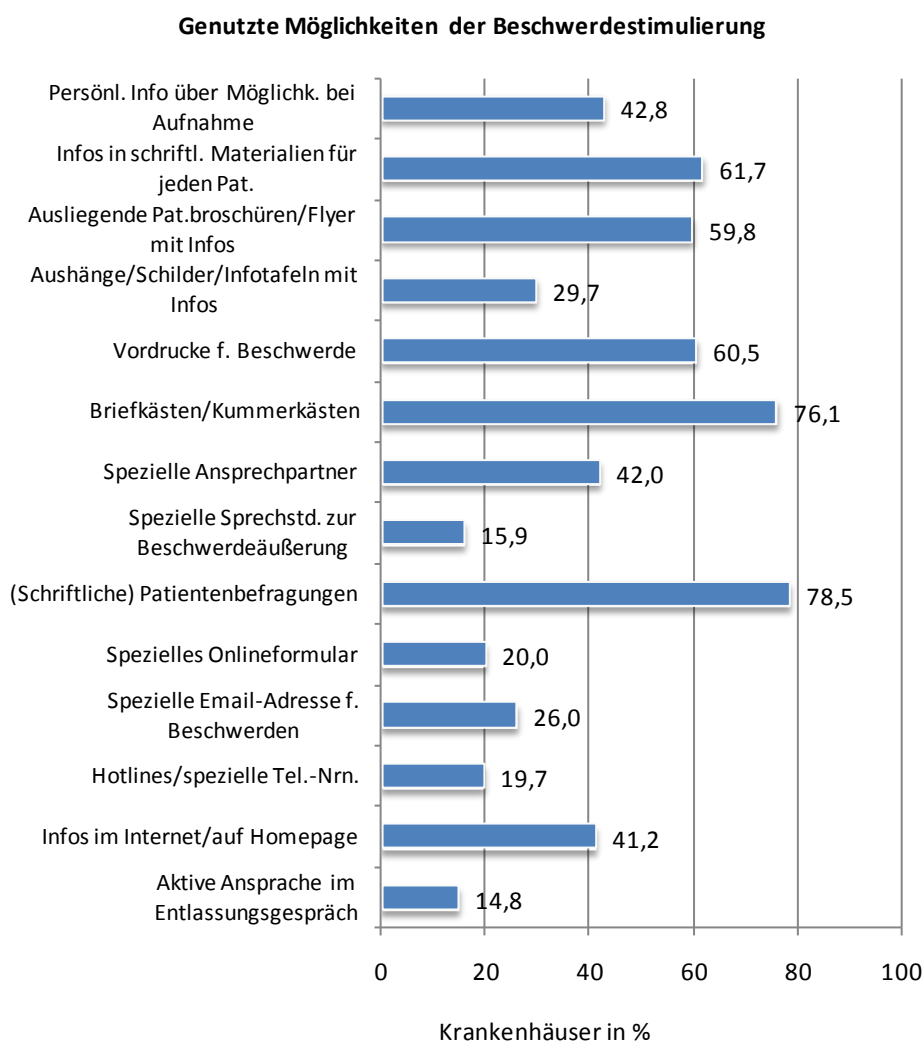


Viertel der Krankenhäuser nutzen diese Möglichkeiten jeweils. In rund 60% der Krankenhäuser werden die Patienten mit Hilfe von Informationsmappen, die jeder Patient erhält, sowie über ausliegende Patientenbroschüren darüber informiert, wie sie das Krankenhaus bei möglichen Problemen informieren können. Vordrucke für Beschwerden werden ebenfalls in knapp zwei Dritteln der Häuser eingesetzt.

Der Weg der direkten Kontaktaufnahme wird von den Krankenhäusern seltener als der schriftliche Weg angeboten, um die Patienten über Beschwerdemöglichkeiten zu informieren bzw. von diesen zu erfahren. Spezielle Ansprechpartner, an die sich die Patienten bei Beschwerden wenden können sowie persönliche Information über Beschwerdemöglichkeiten im Rahmen der Aufnahme werden von gut 40% der Krankenhäuser genutzt. Spezielle Telefonnummern, die der Patient im Falle einer Beschwerde verwenden kann, werden in knapp 20% der Häuser angeboten. Die Einrichtung einer speziellen Beschwerdesprechstunde oder die aktive Ansprache der Patienten bei Entlassung wird nur in jeweils circa 15% der Krankenhäuser realisiert.

Die Möglichkeiten des Internets zur Beschwerdestimulierung werden bei rund einem Viertel der Krankenhäuser genutzt. 26% der Häuser haben spezielle Email-Adressen für Beschwerden (wie z.B. lobundtadel@kh.de) eingerichtet. Ein Fünftel der Krankenhäuser ermöglicht es den Patienten, ihre Beschwerden mit Hilfe eines speziellen Online-Formulars zu äußern (Abb. 72).

Die Krankenhäuser setzen im Schnitt sieben der fünfzehn erfragten Möglichkeiten zur Beschwerdestimulierung ein. Rund 60% der Krankenhäuser nutzen zwischen vier und acht Maßnahmen, um die Patienten dazu anzuregen, ihre Meinung zu äußern.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 72: Genutzte Möglichkeiten der Beschwerdestimulierung

7.3 Beschwerdeannahme

Die Beschwerdeannahme stellt eine zentrale Phase des Beschwerdemanagementprozesses dar. Die Beschwerde sollte immer, auch wenn sie mündlich entgegen genommen wird, schriftlich dokumentiert und, wenn möglich, elektronisch erfasst werden (Kersting & Hilsenbeck, 2008; Hollstein & Timm, 2005)). Die Krankenhäuser wurden zunächst darum gebeten, die Anzahl der dokumentierten Beschwerden des Jahres 2010 anzugeben.

82% der Krankenhäuser mit systematischem Beschwerdemanagement haben die Anzahl ihrer im Jahr 2010 dokumentierten Beschwerden genannt. Im Mittel haben die Krankenhäuser im Jahr 2010 168 Beschwerden erfasst. Die Spannweite zwischen den Krankenhäusern ist enorm und variiert zwischen der Dokumentation einer und der Erfassung von 2.603 Beschwerden. Der Begriff „Beschwerde“ wurde von den Krankenhäusern unterschiedlich verstanden. So umfasst eine Beschwerde in manchen Krankenhäusern mehrere Sachverhalte, während andere Häuser jeden Sachverhalt einer Rückmeldung als mehrere Beschwerden werten.

Etwa ein Viertel der Krankenhäuser hat im Jahr 2010 bis zu 25 Beschwerden dokumentiert. Je knapp 20% der Krankenhäuser haben 26 bis 50 bzw. 51 bis 100 Beschwerden erfasst. Mehr als 100 Beschwerden wurden in gut einem Drittel der Krankenhäuser festgehalten (Abb. 73).

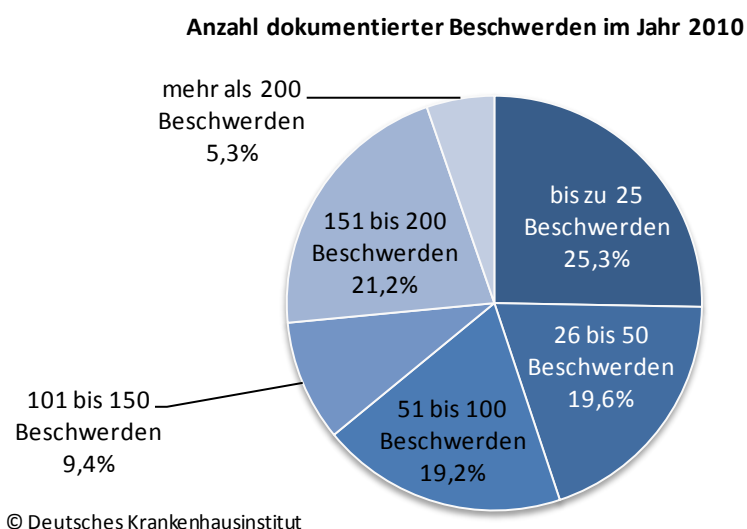
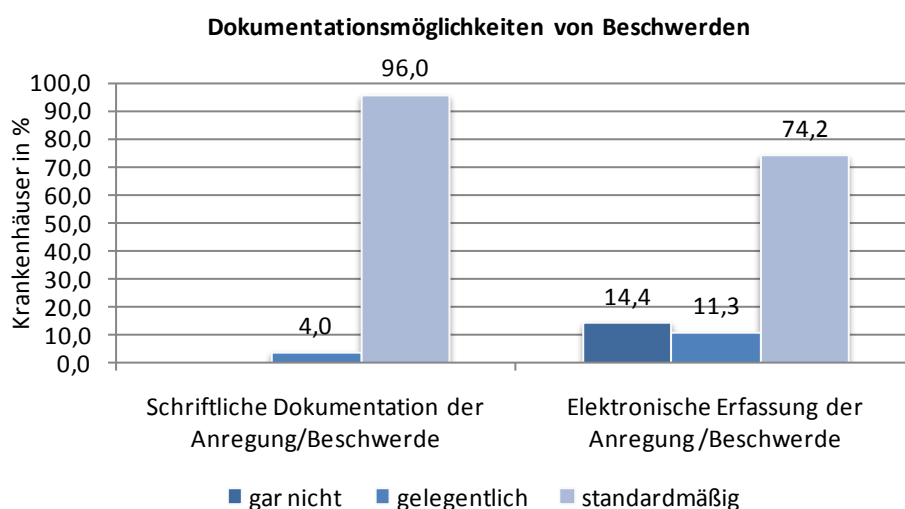


Abb. 73: Anzahl dokumentierter Beschwerden im Jahr 2010

Die Anzahl der dokumentierten Beschwerden hängt erwartungsgemäß systematisch mit der Bettengrößenklasse der Krankenhäuser zusammen. Die Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten haben im Jahr 2010 im Schnitt 92, die Häuser der mittleren Bettengrößenklasse 200 und die Häuser mit 600 und mehr Betten 478 Beschwerden dokumentiert (ohne Abb.).

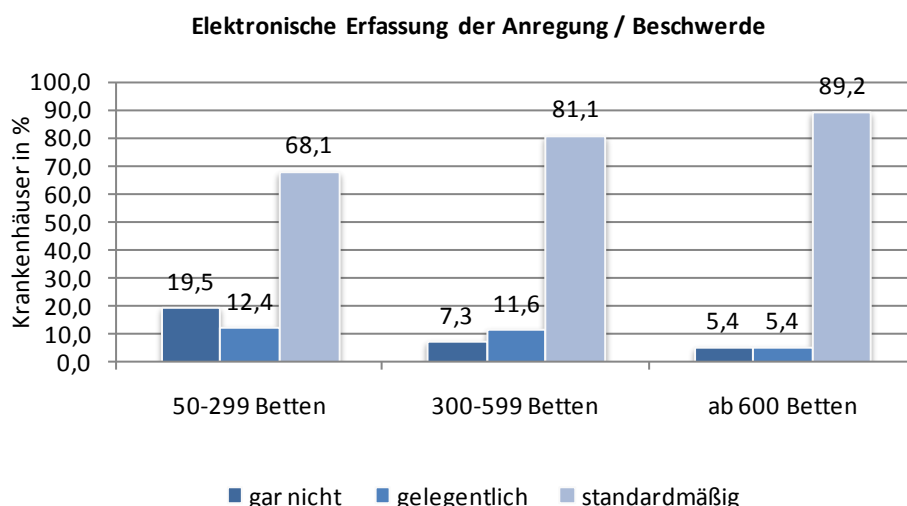
Zur Dokumentation der Beschwerden stehen grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, inwieweit die Beschwerden schriftlich dokumentiert und elektronisch erfasst werden. Nahezu alle Krankenhäuser dokumentieren die Beschwerde standardmäßig schriftlich. Knapp drei Viertel der Krankenhäuser erfassen die Anregung „standardmäßig“ und gut 10% „gelegentlich“ elektronisch. In knapp 15% der Häuser wird die Beschwerde nicht in digitaler Form aufgenommen (Abb. 74).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 74: Beschwerdeannahme

Die elektronische Erfassung von Anregungen oder Beschwerden unterscheidet sich bei Krankenhäusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen. Mit zunehmender Bettengrößenklasse werden die Beschwerden häufiger (standardmäßig) in digitaler Form dokumentiert. In den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten werden knapp 20% der Anregungen nicht elektronisch erfasst. Dahingegen liegt dieser Anteil bei den Häusern der höchsten Bettengrößenklasse lediglich bei rund 5% (Abb. 75).



©Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 75: Elektronische Erfassung von Anregungen oder Beschwerden

Beschwerdeprotokolle ermöglichen eine standardisierte und strukturierte Erfassung von Beschwerden. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, ob es in ihrem Haus ein standardisiertes Beschwerdeprotokoll gibt. In 84% der Krankenhäuser liegt ein standardisiertes Beschwerdeprotokoll vor, mit dem die Mitarbeiter die Beschwerde in Papierform oder elektronisch dokumentieren können.

Des Weiteren sollten die Krankenhäuser angeben, welche Aspekte standardmäßig im Beschwerdeprotokoll erfasst werden. Die Krankenhäuser dokumentieren - mit im Schnitt sieben – fast alle der erfragten neun Aspekte beim Eingang einer Beschwerde standardmäßig. Ein Großteil der Krankenhäuser erfasst über das Beschwerdeprotokoll regelmäßig Angaben zur Beschwerdeannahme, zum betroffenen Leistungsbereich, zum Beschwerdeführer sowie den Beschwerdeinhalten. Die Erfassung von Angaben zur Beschwerdebearbeitung sowie die Dokumentation der Problemlösungen sind in mindestens 71% der Krankenhäuser im Beschwerdeprotokoll vorgesehen. Lediglich Fälligkeitstermine für Zwischenbescheide an den Patienten sind nur in gut einem Drittel der Krankenhäuser im Protokoll enthalten (Abb. 76).

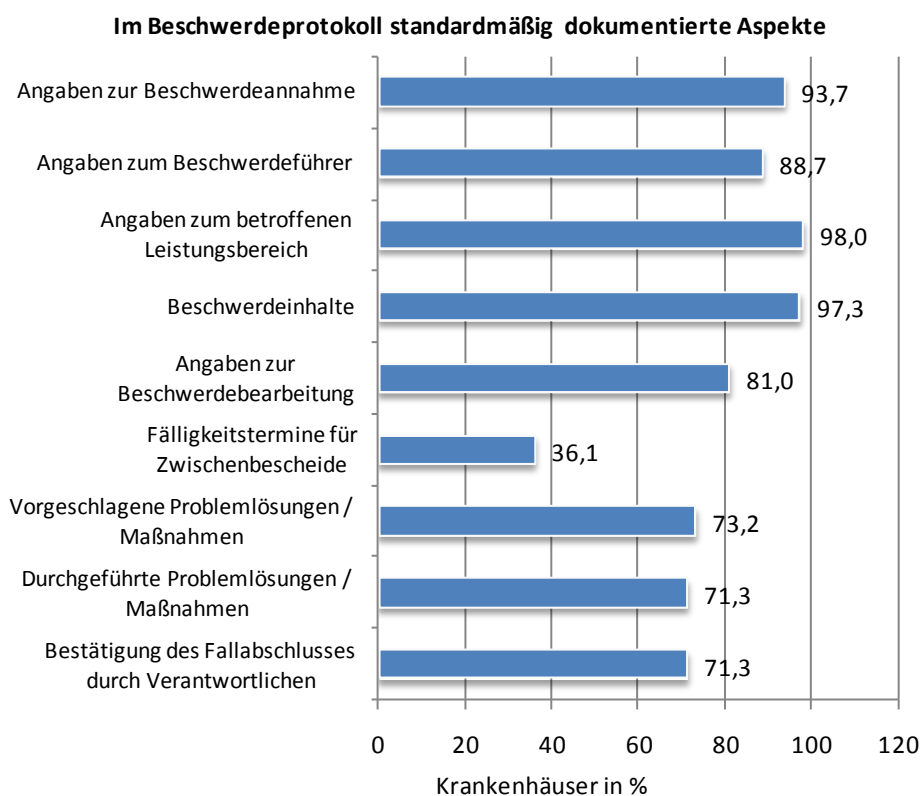


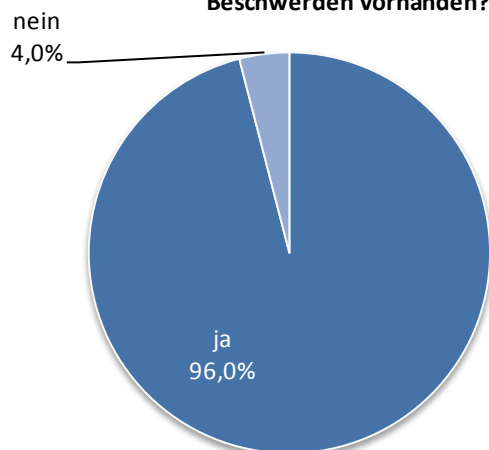
Abb. 76: Im Beschwerdeprotokoll dokumentierte Aspekte

7.4 Beschwerdebearbeitung

Bei der Bearbeitung der Beschwerde sollte ein für die Mitarbeiter verbindlicher Standard vorliegen, der die Weitergabe der Beschwerde, die Verantwortlichkeiten der Bearbeitung, Kulanzregeln, Rückmeldung an den Beschwerdeführer etc. umfasst.

Die Krankenhäuser wurden zunächst danach gefragt, inwieweit es in ihrem Krankenhaus eine schriftliche Verfahrensregel bzw. ein Regelwerk für den Umgang mit Beschwerden gibt. In fast allen Krankenhäusern liegt eine schriftliche Verfahrensregel oder ein Regelwerk vor, in dem die Mitarbeiter den Umgang mit Beschwerden anhand von Organigrammen, Prozess- oder Ablaufdiagrammen nachvollziehen und nachlesen können (Abb. 77).

Schriftliche Verfahrensregel / ein Regelwerk zum Umgang mit Beschwerden vorhanden?



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 77: Anteil Krankenhäuser mit schriftlichem Regelwerk zum Umgang mit Beschwerden

Die Krankenhäuser sollten des Weiteren angeben, inwieweit sie bestimmte Prozessschritte oder Maßnahmen bei der Bearbeitung von Beschwerden oder Anregungen nutzen. Die Krankenhäuser ergreifen nahezu alle erfragten Maßnahmen bzw. Prozessschritte bei der Beschwerdebearbeitung zumindest gelegentlich. Die Weiterleitung der Beschwerde nach Erfassung und Aufnahme wird in nahezu allen Häusern standardmäßig realisiert. Eine Rückmeldung an den Patienten als Beschwerdeführer sowie zum Stand der Bearbeitung an übergeordnete Stellen gehört in mindestens drei Vierteln der Häuser zum Standard. Knapp drei Viertel der Häuser erstellen standardmäßig Beschwerdeberichte, Grafiken oder Tabellen, während dies in 11% der Häuser gar nicht realisiert wird (Abb. 18).

Die Ableitung und Umsetzung konkreter Maßnahmen oder von Problemlösungsideen wird in gut 60% der Häuser standardmäßig verwirklicht. Ein Controlling der Maßnahmen gehört in über der Hälfte der Krankenhäuser zum Standard, während in 5% der Häuser keine Überprüfung der Lösungsideen stattfindet. Die Beschwerdebearbeitung findet in der Regel nicht in Projektteams statt; in einem Fünftel der Krankenhäuser stellt dies das Standard-Vorgehen dar. Am seltensten werden Aufmerksamkeiten für die Beschwerdeführer, z. B. in Form von Verzehrgutscheinen für die Cafeteria,

realisiert: Gut ein Drittel der Krankenhäuser setzt dies nicht um, in nur 15% der Häuser ist dies Standard (Abb. 78).

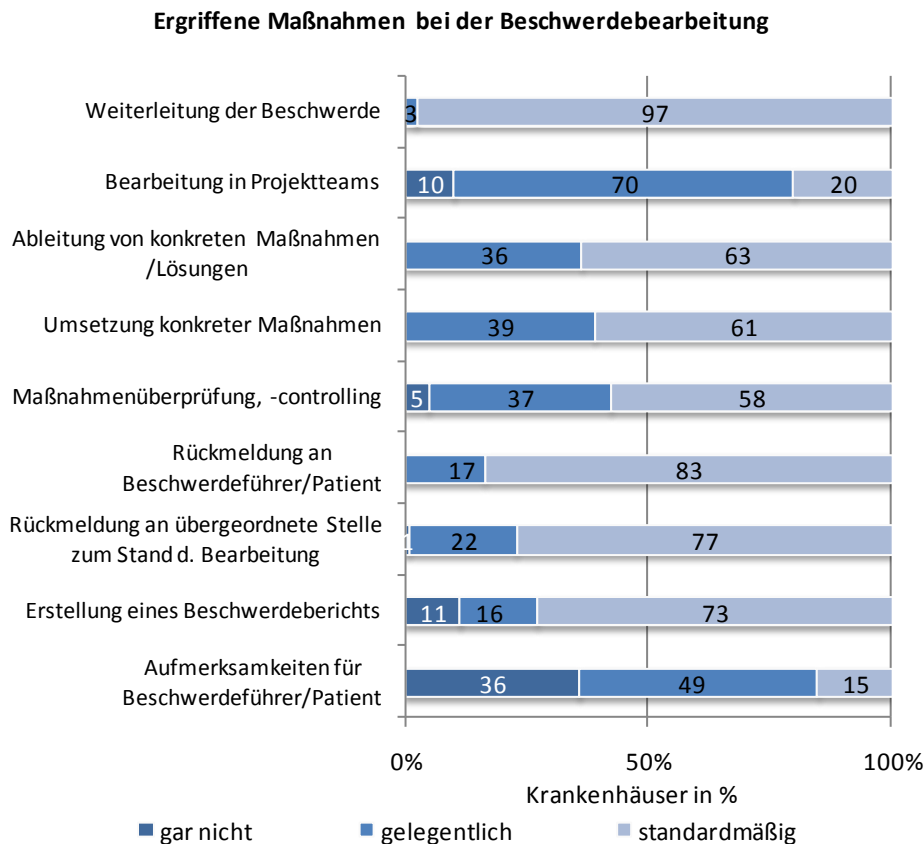
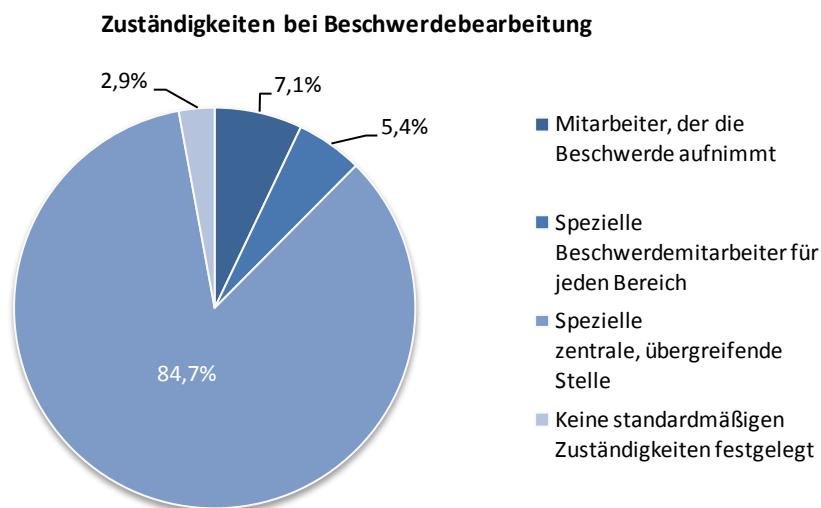


Abb. 78: Maßnahmen bei der Beschwerdebearbeitung

Die Festlegung von Verantwortlichen für die Beschwerdebearbeitung stellt eine Grundlage eines systematischen Beschwerdemanagements dar. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, ob und wenn ja, welche(r) Mitarbeiter für die Bearbeitung der Beschwerde zuständig ist. Die Verantwortlichkeiten bei der Beschwerdebearbeitung sind in fast allen Krankenhäusern festgelegt. Lediglich in 3% der Häuser sind keine standardmäßigen Zuständigkeiten definiert. In 85% der Krankenhäuser ist eine spezielle, zentrale übergreifende Stelle, z. B. im Qualitätsmanagement, für die Bearbeitung der Beschwerden verantwortlich. Die Mitarbeiter, die die Beschwerde aufgenommen haben, bearbeiten diese in 7% der Häuser auch

selbst. Spezielle Mitarbeiterstellen zur Bearbeitung der Beschwerden sind für jeden Bereich, z. B. in der Pflege, in 5% der Häuser eingerichtet (Abb. 79).

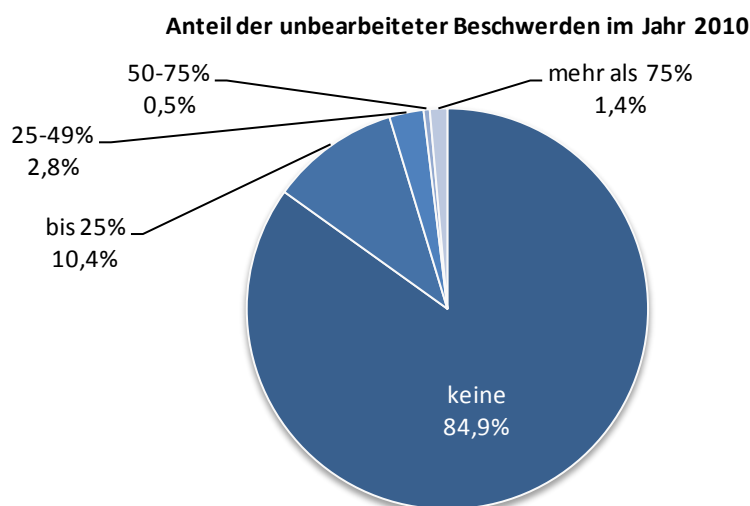


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 79: Zuständige Mitarbeiter der Beschwerdebearbeitung

Die Krankenhäuser sollten angeben, wie viele Beschwerden sie im Jahr 2010 bearbeitet haben. 79% der Krankenhäuser mit systematischem Beschwerdemanagement haben die Anzahl der bearbeiteten Beschwerden im Jahr 2010 angegeben. Diese Angaben variierten zwischen einer und 1.997 bearbeiteten Beschwerden. Im Mittel wurden 144 Beschwerden bearbeitet. Damit wurden im Durchschnitt nicht alle dokumentierten Beschwerden bearbeitet (vgl. Kap. 2.3). Dieser Effekt zeigt sich auch in den verschiedenen Bettengrößenklassen.

Der Anteil der nicht bearbeiteten Beschwerden war insgesamt jedoch gering. 85% der Krankenhäuser haben alle dokumentierten Beschwerden auch bearbeitet. In 10% der Krankenhäuser blieben bis zu einem Viertel der Beschwerden unbearbeitet. In 2% der Krankenhäuser wurde mehr als die Hälfte der Beschwerden nicht bearbeitet (Abb. 80).

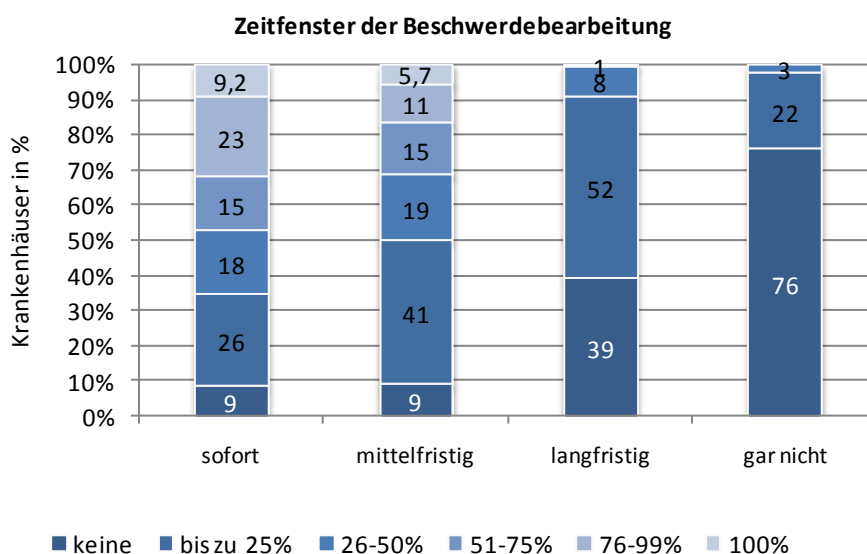


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 80: Anteil unbearbeiteter Beschwerden im Jahr 2010

Die Krankenhäuser wurden gefragt, wie viel Prozent der Beschwerden des Jahres 2010 sofort, mittel-, langfristig oder gar nicht bearbeitet wurden. Knapp 10% der Krankenhäuser bearbeiteten alle aufgetretenen Beschwerden sofort, d. h. innerhalb von einer Woche. Etwa je ein Viertel der Krankenhäuser hat nach eigenen Angaben bis zu 25% bzw. zwischen 76 und 99% aller Beschwerden nach Wochenfrist abgearbeitet (Abb. 21).

41% der Häuser bearbeiteten mittelfristig, d. h. nach einer Woche bis maximal nach einem Monat, bis zu 25% der eingegangenen Beschwerden. Langfristig, d. h. nach mehr als einem Monat, wurden in gut der Hälfte der Häuser bis zu 25% der aufgetretenen Beschwerden bearbeitet. Rund drei Viertel der Krankenhäuser hat alle im Haus aufgetretenen Beschwerden abgearbeitet. Knapp ein Viertel der Häuser bearbeitete bis zu 25% der Beschwerden gar nicht (Abb. 81).



© Deutsches Krankenhausinstitut

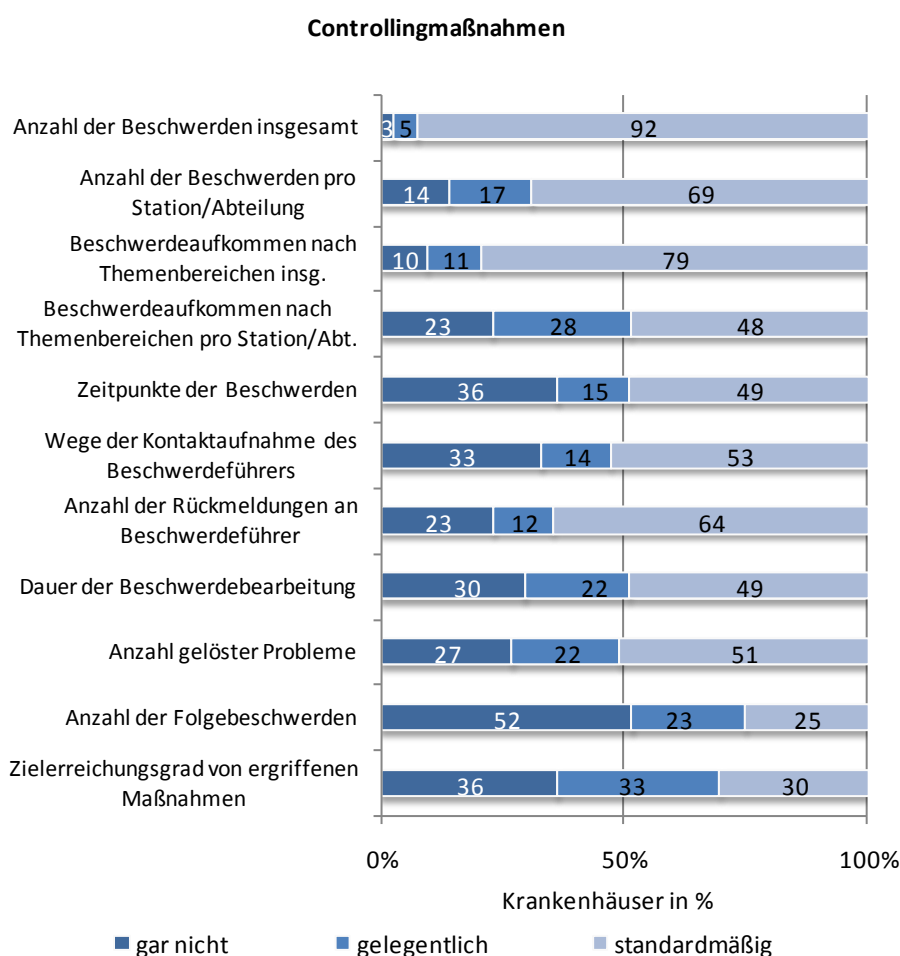
Abb. 81: Zeitfenster der Beschwerdebearbeitung

7.5 Beschwerdeauswertung und -controlling

Die Beschwerdeauswertung liefert wichtige Informationen für das Qualitätsmanagement oder die Führungsarbeit. Im Rahmen der Beschwerdeauswertung können qualitative oder quantitative Methoden genutzt werden. Das Controlling dient der Überwachung der Beschwerdeabwicklung und ermöglicht die Erstellung von Beschwerdeberichten und -reports. Es kann zudem dazu beitragen, Kosten und Nutzen des Beschwerdemanagement abzuschätzen. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, inwieweit sie bestimmte Aspekte im Rahmen des Beschwerdemanagement-Controllings analysieren.

Die Krankenhäuser werten einen Großteil der erfragten Aspekte im Rahmen ihres Beschwerdemanagement-Controllings standardmäßig aus. Am häufigsten wird die Anzahl der Beschwerden insgesamt standardmäßig analysiert: Bei 92% der Häuser zählt dies zum Standard. Gut zwei Drittel der Häuser bereitet die Beschwerdeanzahl standardmäßig pro Abteilung oder Station auf, wobei knapp 15% der Häuser ganz auf diese differenzierte Betrachtungsweise verzichten.

In gut drei Viertel der Krankenhäuser wird das Beschwerdeaufkommen krankenhausesübergreifend differenziert nach Problemarten und Themenbereichen standardmäßig ausgewertet. Dahingegen analysiert nur noch knapp die Hälfte der Krankenhäuser das Aufkommen der Beschwerden nach Themenbereichen oder Problemarten für die verschiedenen Stationen oder Abteilungen standardmäßig. Gut ein Drittel der Häuser wertet die Daten nicht stations- oder abteilungsspezifisch aus (Abb. 82).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 82: Analyierte Aspekte im Beschwerdemanagement-Controlling

Eine Analyse der Anzahl der Rückmeldungen an den Beschwerdeführer gehört in knapp zwei Dritteln der Häuser zum Standard. Gleichwohl verzichtet nahezu ein Viertel der Krankenhäuser auf eine derartige Auswertung. Beschwerden werden häufig auch anonym geäußert, so dass



eine Rückmeldung an den Beschwerdeführer nicht immer möglich ist. Der Zeitpunkt der Beschwerde, z. B. die Verteilung im Jahresverlauf, und die Wege der Kontaktaufnahme des Beschwerdeführers, z. B. telefonisch, persönlich, per Mail, werden in rund der Hälfte der Häuser standardmäßig analysiert. Dahingegen wertet je etwa ein Drittel der Krankenhäuser diese Aspekte gar nicht aus (Abb. 82).

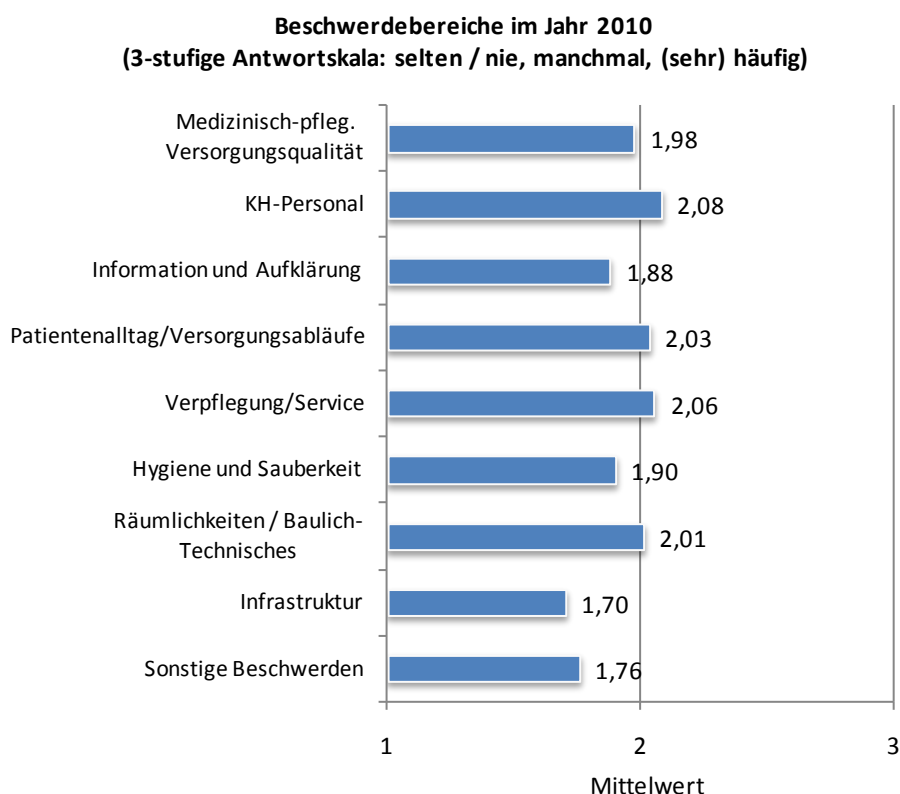
In etwa der Hälfte der Krankenhäuser wird die Dauer der Beschwerdebearbeitung ebenso standardmäßig analysiert wie die Anzahl der gelösten Probleme. Gleichwohl werden diese Aspekte in je knapp einem Drittel der Häuser nicht ausgewertet. Die Anzahl der Folgebeschwerden und der Zielerreichungsgrad der ergriffenen Maßnahmen werden in den Häusern von allen Aspekten am seltensten standardmäßig analysiert. Rund die Hälfte der Häuser wertet die Anzahl der Folgebeschwerden gar nicht aus; gut ein Drittel der Häuser verzichtet auf eine Analyse des Zielerreichungsgrads der ergriffenen Maßnahmen (Abb. 82).

Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, wie häufig die Beschwerden im Rahmen des Beschwerdemanagements des Jahres 2010 auf bestimmte Bereiche entfielen. Bei allen erfragten Aspekten wurde die Antwortkategorie „manchmal“ am häufigsten gewählt, während jeweils rund ein Viertel der Krankenhäuser angab, dass die jeweiligen Beschwerdebereiche (sehr) häufig genannt wurden.

Die Beschwerdebereiche, die im Mittel am häufigsten genannt wurden, betreffen das Krankenhauspersonal (z. B. Erreichbarkeit), Verpflegung und Service (z. B. das Essen), den Patientenalltag bzw. Versorgungsabläufe (z. B. Weck-, Wartezeiten) sowie die Räumlichkeiten bzw. baulich-technische Aspekte (z. B. Krankenhausausstattung). Im Jahr 2010 bezogen sich die dokumentierten Beschwerden in mehr als drei Vierteln der Krankenhäuser „manchmal“ oder „(sehr) häufig“ auf das Auftreten, die Erreichbarkeit oder die Freundlichkeit des Krankenhauspersonals, das Essen, die Weck-, Wartezeiten oder die Krankenhausausstattung. In der Hälfte der Krankenhäuser haben die Patienten im Rahmen des Beschwerdemanagements 2010

„manchmal“ Anregungen oder Beschwerden im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität genannt (Abb. 83).

Am seltensten wurden, nach Angaben der Krankenhäuser, von Seiten der Patienten Beschwerden im Bereich der Infrastruktur geäußert. Infrastrukturelle Aspekte wie Parkmöglichkeiten oder Einkaufsmöglichkeiten im Krankenhaus wurden in 41% der Krankenhäuser selten oder nie im Rahmen des Beschwerdemanagements genannt (Abb. 83).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 83: Beschwerdebereiche des Jahres 2010

7.6 Patientenbeauftragte

Grundsätzlich besteht für die Krankenhäuser die Möglichkeit, im Rahmen des Beschwerdemanagements für die Patienten vom Krankenhaus unabhängige Beschwerdestellen einzurichten. In manchen Bundesländern, wie z. B. Berlin, Hessen oder Nordrhein-Westfalen, ist dies den Kranken-



häusern nicht freigestellt. Es besteht die gesetzliche Verpflichtung Patientenbeschwerdestellen einzurichten.¹⁸ So sieht beispielsweise § 5 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen folgendes vor:

„Der Krankenhausträger trifft Vorkehrungen für die Entgegennahme und Bearbeitung von Patientenbeschwerden durch eine unabhängige Stelle, die mit allgemein anerkannten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten soll.“

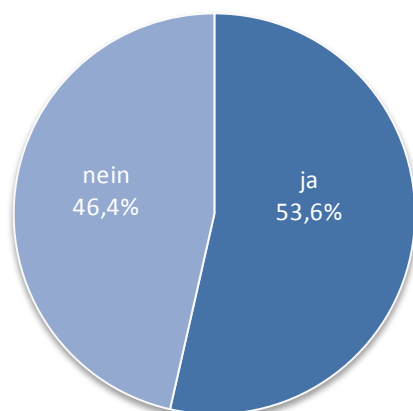
Die Patientenbeschwerdestellen müssen vom Krankenhaus unabhängig sein und sollen Anregungen und Beschwerden der Patienten prüfen bzw. deren Anliegen vertreten. Patientenfürsprecher oder Patientenbeauftragte¹⁹ übernehmen diese Aufgaben. Bisher ist wenig darüber bekannt, wie viele Krankenhäuser beispielsweise einen Patientenfürsprecher oder Patientenbeauftragten ernannt haben bzw. welche Aufgaben diese übernehmen.

Die Krankenhäuser wurden zunächst gefragt, ob es in ihrem Krankenhaus einen Patientenfürsprecher oder einen Patientenbeauftragten gibt. In etwa der Hälfte der Krankenhäuser war ein Patientenbeauftragter oder Patientenfürsprecher eingesetzt (Abb. 84).

¹⁸ Die gesetzliche Verpflichtung zur Einrichtung von Patientenbeschwerdestellen ist unabhängig von der Implementierung eines systematischen Beschwerdemanagementsystems. Hierzu bestehen keine gesetzlichen Verpflichtungen.

¹⁹ Nachfolgend werden die Begriffe Patientenfürsprecher und Patientenbeauftragte synonym verwendet, da sich die Aufgaben nicht unterscheiden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird zwischen den Begriffen gewechselt.

Position eines Patientenbeauftragten oder Patientenfürsprechers besetzt?

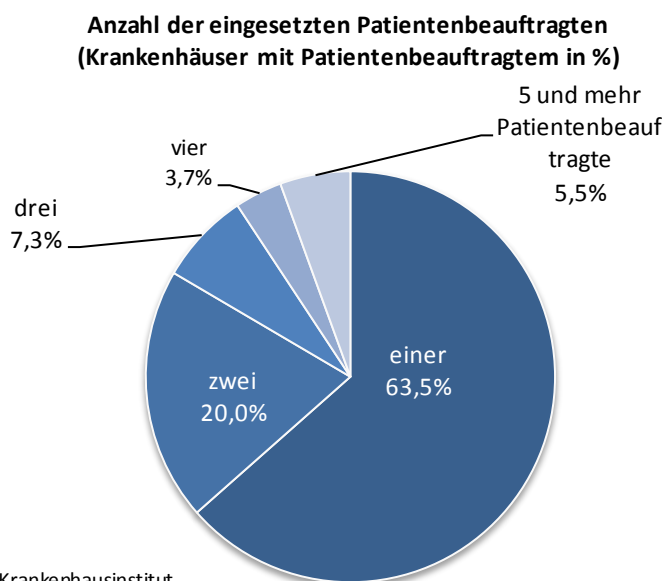


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 84: Anteil Krankenhäuser mit Patientenbeauftragtem, Patientenfürsprecher

Die Antworten auf die Frage, seit wann es im Krankenhaus einen Patientenfürsprecher oder Patientenbeauftragten gibt, variieren deutlich. In einem Krankenhaus wurde bereits im Jahr 1972 ein Patientenbeauftragter eingesetzt. Zuletzt haben Krankenhäuser im Jahr 2011 die Position eines Patientenfürsprechers geschaffen. In knapp der Hälfte der Krankenhäuser mit Patientenfürsprechern wurde diese Position bis zum Jahr 2000 ins Leben gerufen. Die meisten Stellen für Patientenbeauftragte wurden im Jahr 2006 geschaffen. In 13% der Krankenhäuser gibt es seit dem Jahr 2006 einen Patientenfürsprecher.

In rund zwei Dritteln der Krankenhäuser mit Patientenbeauftragten war eine Person mit dieser Aufgabe betraut. In 20% der Krankenhäuser waren zwei Personen als Patientenbeauftragten eingesetzt. Drei Patientenbeauftragte hatten 7% der Krankenhäuser (Abb. 85).



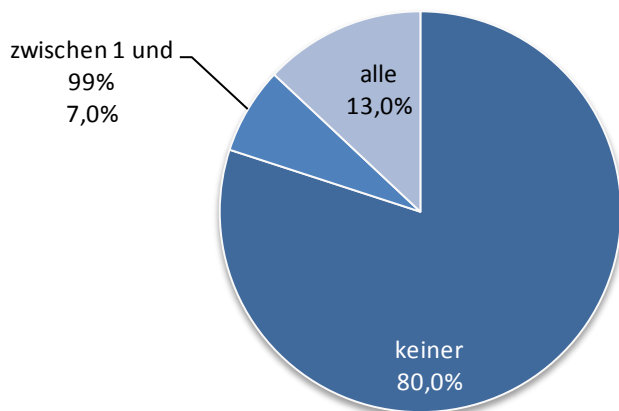
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 85: Anzahl der eingesetzten Patientenbeauftragten pro Krankenhaus

Die Patientenbeauftragten sollen per Definition unabhängig vom Krankenhaus sein. Voraussetzung hierfür ist, dass die Patientenfürsprecher nicht im Krankenhaus angestellt sind. Die Krankenhäuser sollten daher angeben, wie viele der Patientenbeauftragten zum Befragungszeitpunkt als fest angestellte Mitarbeiter des Krankenhauses bzw. ehrenamtlich tätig.

In 80% der Krankenhäuser nimmt kein Krankenhausmitarbeiter die Funktion der Patientenbeauftragten oder Patientenfürsprecher ein. In diesen Krankenhäusern sind alle Patientenbeauftragten ehrenamtlich und damit unabhängig vom Krankenhaus tätig. In 13% der Häuser sind alle beschäftigten Patientenbeauftragten Krankenhausmitarbeiter. In 7% der Häuser ist jeweils ein Teil der Patientenfürsprecher am Krankenhaus und ein Teil ehrenamtlich tätig (Abb. 86).

**Anteil fest angestellter Krankenhausmitarbeiter an Anzahl Patientenbeauftragte pro KH
(Krankenhäuser mit Patientenbeauftragtem in %)**

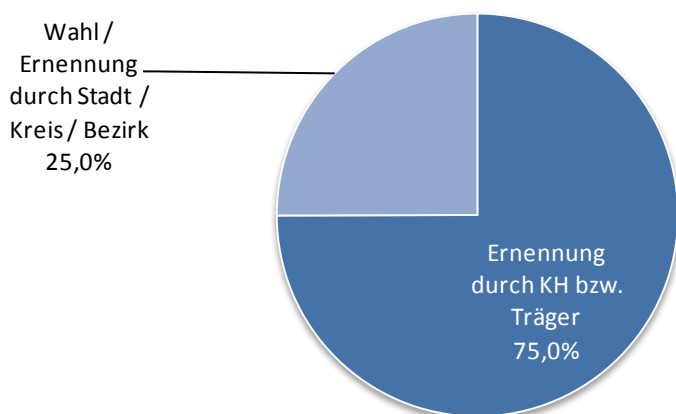


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 86: Anteil der fest angestellten Krankenhausmitarbeiter an der Anzahl der Patientenbeauftragten

Die Ernennung der Patientenbeauftragten kann durch unterschiedliche Stellen erfolgen. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, wer die Patientenfürsprecher auswählt. In drei Viertel der Häuser wird der Patientenbeauftragte durch das Krankenhaus oder seine Träger ernannt. In 25% der Krankenhäuser erfolgt die Auswahl durch die Stadt, den Kreis oder den Bezirk (Abb. 87).

**Auswahl des Patientenbeauftragten
(Krankenhäuser mit Patientenbeauftragtem in %)**



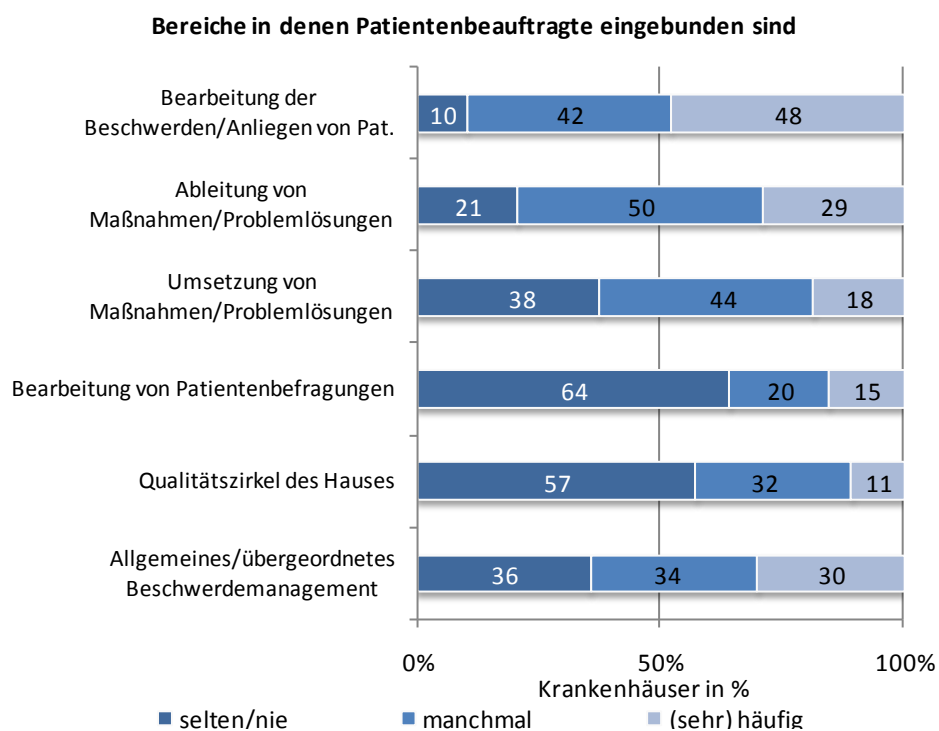
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 87: Verantwortliche für die Auswahl des Patientenbeauftragten

Die Patientenbeauftragten können eine Reihe von Aufgaben übernehmen oder in eine Vielzahl von Bereichen eingebunden sein. Schwerpunkt der Tätigkeit ist in der Regel das Beschwerdemanagement. Die Krankenhäuser sollten angeben, inwieweit der Patientenbeauftragte oder Patientenführsprecher in bestimmte Bereiche eingebunden ist.

Erwartungsgemäß sind die Patientenbeauftragten in den Krankenhäusern am häufigsten bei der Bearbeitung von Beschwerden oder Anliegen der Patienten eingesetzt. In knapp der Hälfte der Krankenhäuser übernehmen die Patientenbeauftragten diese Aufgaben (sehr) häufig. In knapp einem Drittel der Krankenhäuser sind die Patientenbeauftragten (sehr) häufig in die Ableitung von Maßnahmen oder die Arbeit im allgemeinen Beschwerdemanagement eingebunden. Gleichwohl liegt hier der Anteil der Häuser, die die Patientenführsprecher gar nicht in diesen Bereichen einsetzen bei 21% bzw. 36%. Bei der Umsetzung von Problemlösungen sind die Patientenbeauftragten in 44% der Häuser „manchmal“ eingebunden. In weniger als der Hälfte der Krankenhäuser werden die Patientenführsprecher bei der Bearbeitung von Patientenbefragungen oder im Rahmen von Qualitätszirkeln eingesetzt (Abb. 88).





© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 88: Aufgabenbereiche der Patientenbeauftragten

8 Wahlleistungen

Den Krankenhäusern ist es gemäß § 17 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz erlaubt, neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnen zu dürfen. Voraussetzungen sind, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist.

Die Wahlleistungen können unterteilt werden in nichtärztliche und ärztliche Wahlleistungen. Zu den nichtärztlichen Wahlleistungen zählt u.a. die gesondert berechenbare Unterkunft in Ein- oder Zweibettzimmern.

8.1 Einbett- und Mehrbettzimmer

Im Rahmen des Krankenhaus Barometers 2011 wurden die Krankenhäuser nach der Anzahl der vorgehaltenen Patientenzimmer und deren überwiegende jahresdurchschnittliche Nutzung gefragt.

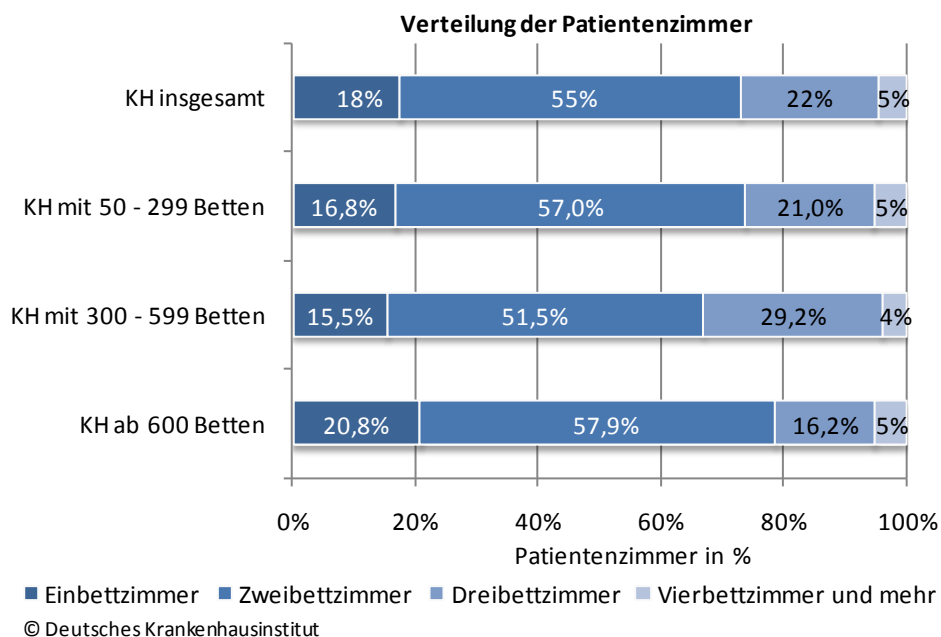


Abb. 89: Verteilung der Patientenzimmer nach Anzahl der Betten im Jahresdurchschnitt 2010



Mehr als die Hälfte der Patientenzimmer werden jahresdurchschnittlich als Zweibettzimmer genutzt (55,5%). Über die betrachteten drei Bettengrößenklassen hinweg ist der Anteil der Zweibettzimmer relativ konstant. Lediglich die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten weichen mit einem Anteil von 51,5% etwas nach unten ab.

Größere Abweichungen liegen beim Anteil der Dreibettzimmer vor. Im bundesdeutschen Durchschnitt nutzen die Häuser 22,4% der Zimmer als Dreibettzimmer. Die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten weichen mit einem Anteil von 29,2% nach oben, die großen Krankenhäuser ab 600 Betten weichen mit einem Anteil von 16,2% nach unten ab.

Die umgekehrte Verteilung zeigt sich dann beim Anteil der Einbettzimmer, der im Mittel bei 17,5% liegt. Leicht überdurchschnittlich fällt mit 20,8% der Wert für die großen Häuser aus, ein wenig unter dem Mittelwert liegen mit 15,5% die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten.

Kaum eine Rolle mehr spielen Zimmer mit vier und mehr Betten. Deren durchschnittlicher Anteil liegt bei 4,6% aller Patientenzimmer. Die Varianz über die Bettengrößenklassen ist nur marginal.

Aus den Angaben ist eindeutig ersichtlich, dass Vier- und Mehrbettzimmer den Ausnahmefall für die Unterbringung von Patienten in Krankenhäusern darstellt. Nur noch sehr wenige Zimmer in deutschen Krankenhäusern weisen eine so hohe Anzahl von Betten auf.

8.2 Wahlleistung Unterkunft

Gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen in Form von Ein- und Zweibettzimmern können von den Krankenhäusern als Wahlleistungen angeboten werden.

Im Jahr 2010 wurden im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) 2.166 stationäre Fälle pro Krankenhaus mit gesondert berechneter Unterkunft abgerechnet.

Es muss aber bei diesem Wert der Größeneffekt berücksichtigt werden.

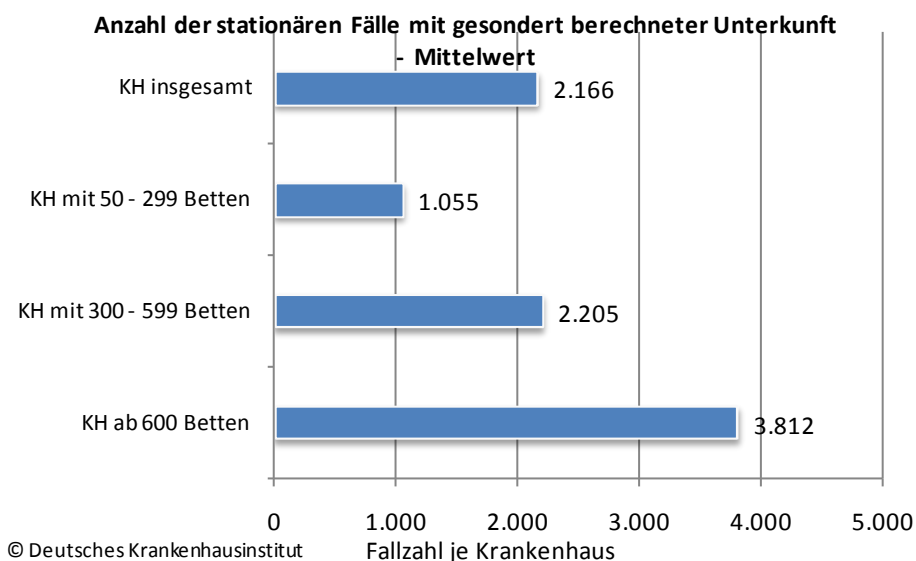


Abb. 90: Mittlere Anzahl der stationären Fälle mit gesondert berechneter Unterkunft im Jahr 2010 nach Größenklassen

Je größer die Krankenhäuser, desto höher auch die Fallzahl. Die Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten und durchschnittlich 1.055 Fällen mit gesondert berechneter Unterkunft liegen deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnittswert. Dagegen konnten die Häuser ab 600 Betten mit 3.812 deutlich mehr Fälle abrechnen.

Bei den Erlösen je Fall aus gesondert berechneter Unterkunft kehrt sich die Reihenfolge um. Im Mittel wurden im Jahr 2010 je Fall 340 Euro erzielt.

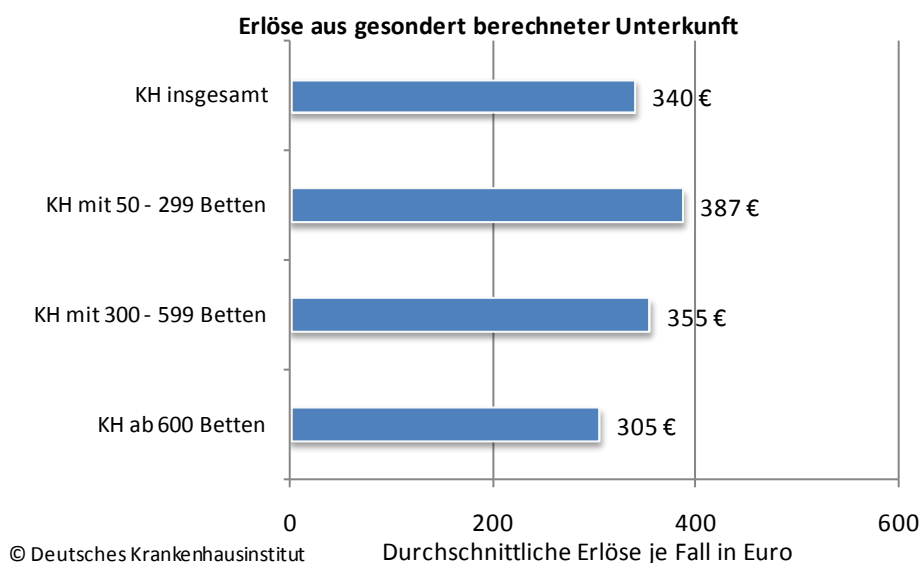


Abb. 91: Durchschnittliche Erlöse je Fall für gesondert berechneter Unterkunft im Jahr 2010 nach Größenklassen

Die Krankenhäuser ab 600 Betten lagen mit einem Durchschnittserlös von 305 Euro unterhalb des Mittelwertes. Dafür liegen die Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten und einem mittleren Fallerlös von 387 Euro diesmal an der Spitze.

8.3 Wahlärztliche Leistungen

Neben der gesondert berechneten Unterkunft gibt es den großen Bereich der wahlärztlichen Behandlung. Auch hier sollten die Krankenhäuser Angaben zur Anzahl der stationären Fälle machen, welche die wahlärztliche Behandlung im Jahr 2010 in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus sollte die Höhe der Erlöse angegeben werden, die dem Krankenhaus aus der wahlärztlichen Behandlung von stationären Patienten verbleiben.²⁰

²⁰ Es sollten nur die Erlöse angegeben werden, die dem Krankenhaus aus wahlärztlicher Leistung verbleiben (so genannte Nettoerlöse), wie die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung/Vorteilsausgleich gem. Konto 430 KHBV) bei Liquidationsrecht bzw. Erlöse aus wahlärztlicher Behandlung gemäß Konto 410 KHBV, die das Krankenhaus in Rechnung stellt abzüglich der gezahlten Arzthonorare.

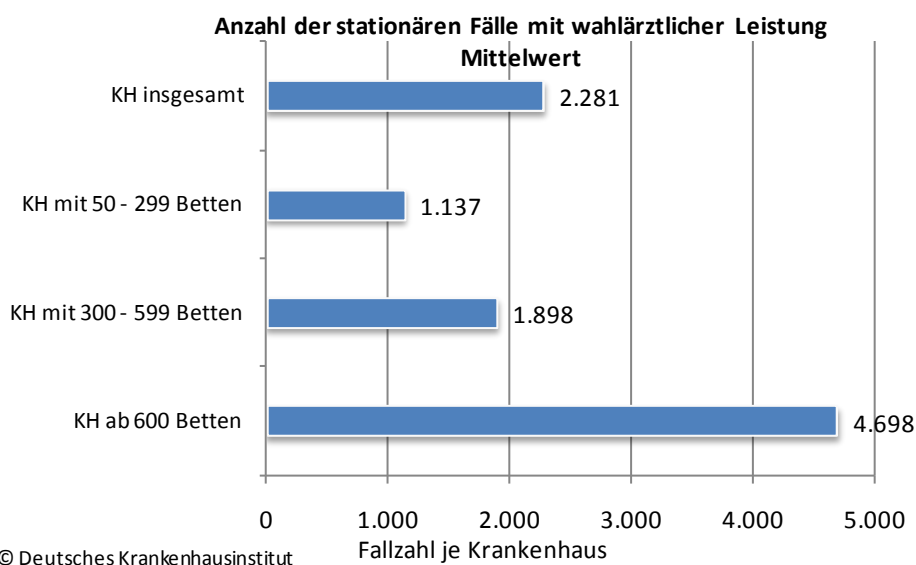


Abb. 92: Mittlere Anzahl der stationären Fälle mit wahlärztlichen Leistungen im Jahr 2010 nach Größenklassen

Im Jahr 2010 wurden im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) in jedem Krankenhaus rd. 2.300 Patienten behandelt, die wahlärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben. Allerdings ist der Größeneffekt hier sehr ausgeprägt. Die Krankenhäuser ab 600 Betten behandelten im Durchschnitt viermal so viele Fälle wie die Häuser mit 50 bis 299 Betten. Zwischen den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten und den großen Häusern ab 600 Betten besteht gleichfalls noch ein deutlicher Unterschied.

Ermittelt man den durchschnittlichen Fallerlös aus der wahlärztlichen Behandlung, so erhält man einen Durchschnittswert von 918 Euro.

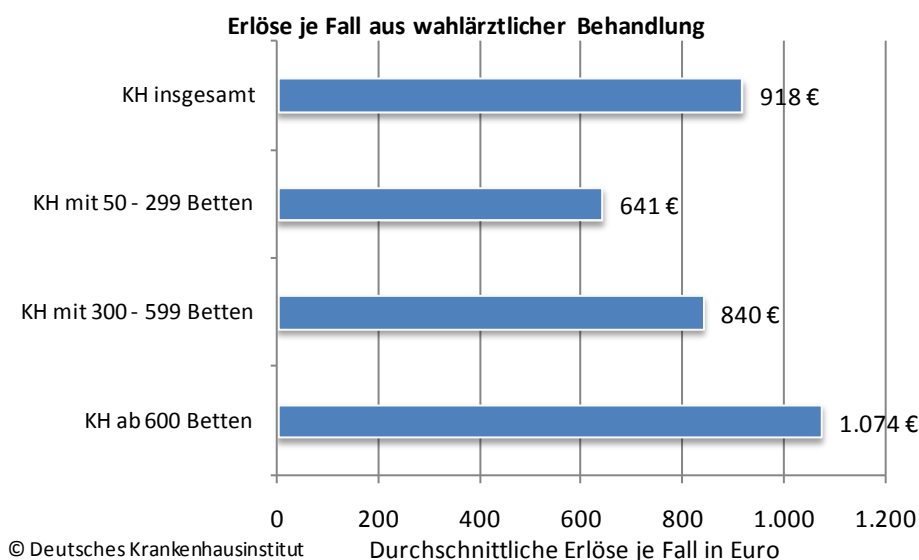


Abb. 93: Durchschnittliche Erlöse je Fall mit wahlärztlicher Behandlung im Jahr 2010 nach Größenklassen

Erwartungskonform steigt mit zunehmender Größe des Krankenhauses auch der durchschnittliche Erlös an. Zwischen dem mittleren Erlös in den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten und dem Durchschnittserlöse bei den Häusern ab 600 Betten liegt eine Differenz von mehr als 400 Euro je Fall.

8.4 Erlösstruktur bei Wahlleistungen insgesamt

Die Wahlleistungen der Krankenhäuser setzen sich insgesamt aus drei unterschiedlichen Bestandteilen zusammen, nämlich

- der gesondert berechneten Unterkunft,
- Erlösen aus sonstigen nichtärztlichen Wahlleistungen wie z.B. Fernseher oder die Unterkunft von Begleitpersonen und
- den wahlärztlichen Leistungen.

Die Erlösstruktur dieser drei Wahlleistungen kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

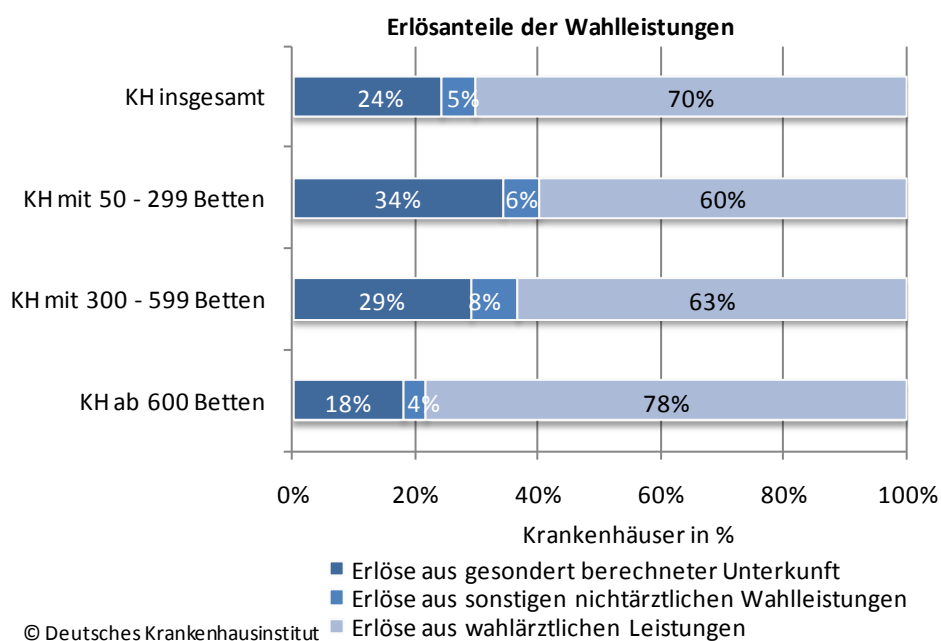


Abb. 94: Erlösstruktur der Wahlleistungen nach Größenklassen

Die wahlärztlichen Leistungen stellen mit rd. 70% der gesamten Wahlleistungserlöse den Hauptbestandteil dieser Erlöse dar. Die gesondert berechnete Unterkunft macht rd. 24% der Erlöse im Wahlleistungsbereich aus. Die sonstigen nichtärztlichen Wahlleistungen kommen nur auf einen Erlösanteil von rd. 5%.

Wiederum ist ein Größenklasseneffekt erkennbar. Mit zunehmender Größe steigt der Erlösanteil der wahlärztlichen Leistungen. Gegenläufig dazu ist die Entwicklung der Erlöse aus gesondert berechneter Unterkunft.



9 Bettenauslastungsgrad

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird oft mit einer geringen durchschnittlichen Bettennutzung argumentiert, um einen Abbau von Betten zu legitimieren.

Dabei ist bekannt, dass die Bettenauslastung nicht nur während des Jahres stark variiert, sondern auch zwischen den einzelnen Wochentagen. Der durchschnittliche Bettenauslastungsgrad darf daher den Blick nicht auf die schwankende Belegung verstellen, die es erforderlich macht, eine höhere Bettenzahl vorzuhalten als es ein Mittelwert auszudrücken vermag.

Um den Blick auf die wechselnde Auslastung während einer Woche (außerhalb etwa von Urlaubs- oder Ferienzeiten) zu schärfen, wurden die Krankenhäuser gebeten, für eine zufällig ausgewählte Märzwoche (Montag, 14. März 2011 bis Sonntag, 20. März 2011) den täglichen Bettenauslastungsgrad für das Krankenhaus insgesamt und, falls möglich, für ausgewählte Fachabteilungen anzugeben.

Bei der Auswahl der vier Fachabteilungen

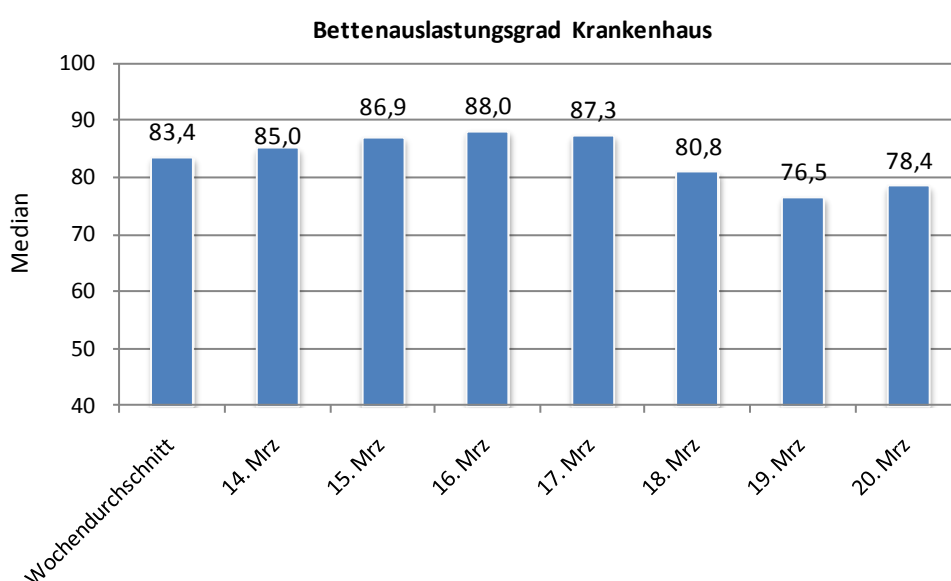
- Chirurgie
- Innere Medizin
- Hals-Nase-Ohrenheilkunde und
- Augenheilkunde

wurde bewusst differenziert zwischen Abteilungen, die i.d.R. als Hauptabteilung geführt werden und solchen, bei denen häufig Belegabteilungen vorliegen. Als weiteres Kriterium kam hinzu, dass die durchschnittliche Verweildauer in den vier Fachabteilungen unterschiedlich hoch ist. Das sollte auch ein Einfluss auf den Bettenauslastungsgrad der Abteilungen haben.

9.1 Bettenauslastung im Krankenhaus insgesamt

Insgesamt 187 Krankenhäuser der Stichprobe waren bereit, den Bettenauslastungsgrad für die Wochentage zwischen dem 14. und 20. März 2011 anzugeben.

Ermittelt man über alle Krankenhäuser und über alle sieben Wochentage den durchschnittlichen Bettenauslastungsgrad (Median), so liegt dieser bei 83,4%.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 95: Bettenauslastungsgrad des gesamten Krankenhauses für eine Kalenderwoche

Aus der Definition eines Durchschnittswertes ergibt sich schon, dass es Werte gibt, die höher bzw. niedriger als der Durchschnitt sind. Das ist auch hier beim durchschnittlichen Bettenauslastungsgrad der Fall.

Aus der Abb. 95 ist ein Muster erkennbar. Eine den Median übertreffende Auslastung kommt an den Wochentagen Montag bis Donnerstag vor, während eine Unterschreitung nur von Freitag bis Sonntag erkennbar ist. Daraus kann man eine gezielte Belegungssteuerung der Krankenhäuser ablesen. Die meisten Patienten sollen während der Werktage behandelt und versorgt werden. Zum Wochenende hin nimmt die Belegung deutlich ab.

Zwischen dem höchsten Bettenauslastungsgrad am 16. März und dem niedrigsten Wert am Samstag, dem 19. März liegen 11,5%-Punkte Unterschied.

Betrachtet man anstelle aller Krankenhäuser die drei Bettengrößenklassen, so zeigt sich für jede dieser Gruppen ein vergleichbares Muster (Abb. 96).

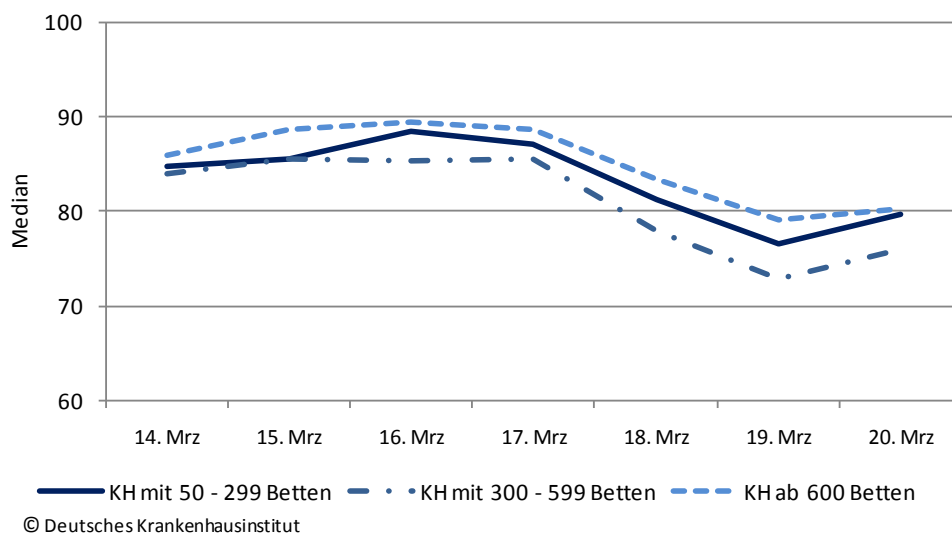


Abb. 96: Bettenauslastungsgrad des gesamten Krankenhauses für eine Kalenderwoche je Bettengrößenklasse

Anfangs der Woche steigt die Bettenauslastung, um dann von Freitag an wieder zu sinken.

Die Krankenhäuser ab 600 Betten haben über alle Wochentage hinweg gesehen eine leicht höhere Auslastung als die Krankenhäuser in den beiden anderen Bettengrößenklassen. Die Spannweite zwischen der höchsten (mittwochs mit 89,5%) und der niedrigsten Auslastung (samstags mit 79,0%) beträgt 10,5%-Punkte.

Die höchste Spannweite mit 12,7-Prozentpunkte weisen die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten auf. Während der niedrigste Wert wiederum an einem Samstag auftritt, kommt hier die höchste Auslastung mit 85,5% dienstags vor.

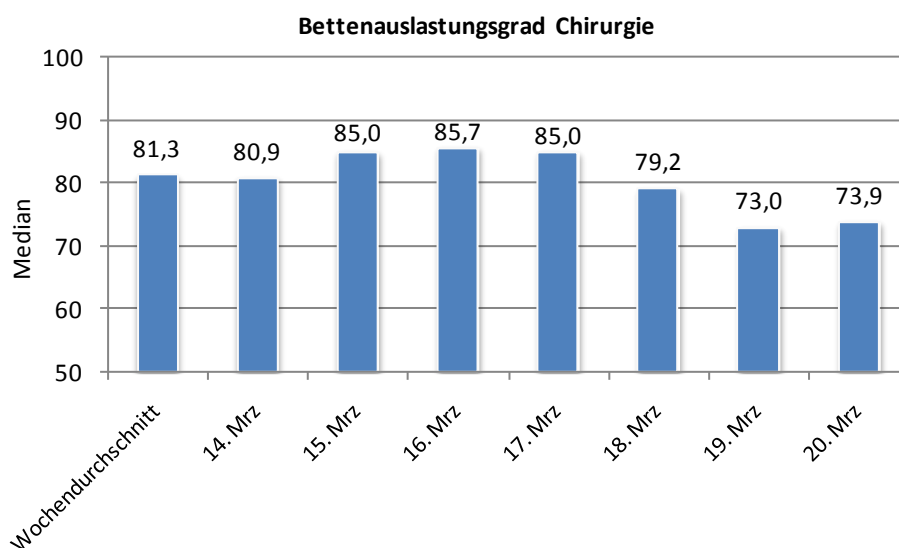
Interessant ist, dass trotz aller Unterschiede zwischen den kleinen und großen Krankenhäusern vergleichbare Belegungsmuster auftreten. Wie sieht

es aber aus, wenn man von der globalen zu einer noch differenzierteren Betrachtung von Fachabteilungen übergeht?

9.2 Bettenauslastung in der Chirurgie

Der durchschnittliche Bettenauslastungsgrad (Median) über alle Wochentage und alle Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Chirurgie liegt bei 81,3%.²¹ Er liegt damit nur wenig unter dem Wert für das Krankenhaus insgesamt.

Wiederum ist ein Muster der Belegungsverteilung erkennbar. Die stärkste Belegung findet zwischen Dienstag und Donnerstag statt. Am Mittwoch, dem 16. März lag die Auslastung mit 85,7% am höchsten.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 97: Bettenauslastungsgrad der Chirurgie für eine Kalenderwoche

Montags und ab Freitags kann man eine zum Teil deutlich niedrigere Bettenbelegung feststellen. Insbesondere am Samstag liegt die durchschnittliche Auslastung um 8,3%-Punkte unter dem Wochenmittelwert.

²¹ Es liegen Angaben von 187 Krankenhäusern mit einer Fachabteilung Chirurgie vor.

Wiederum kann man anhand dieses Musters eine Belegungssteuerung unterstellen. Die Behandlungsspitze erfolgt zur Wochenmitte, während vor allem am Wochenende die Belegung abgebaut wird. Ab Montag findet dann die stationäre Aufnahme für die laufende Woche statt.

Für die Fachabteilung Chirurgie zeigt sich erneut, dass der Auslastungsgrad in den Krankenhäusern ab 600 Betten im Durchschnitt über dem in den anderen Krankenhäusern liegt. Der Unterschied beträgt 2,8%- und 7,5%-Punkte.

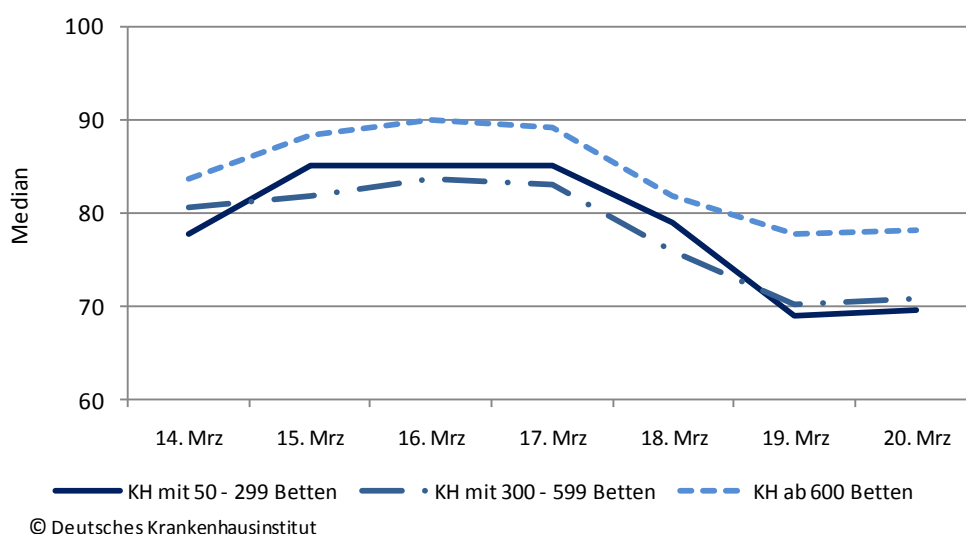
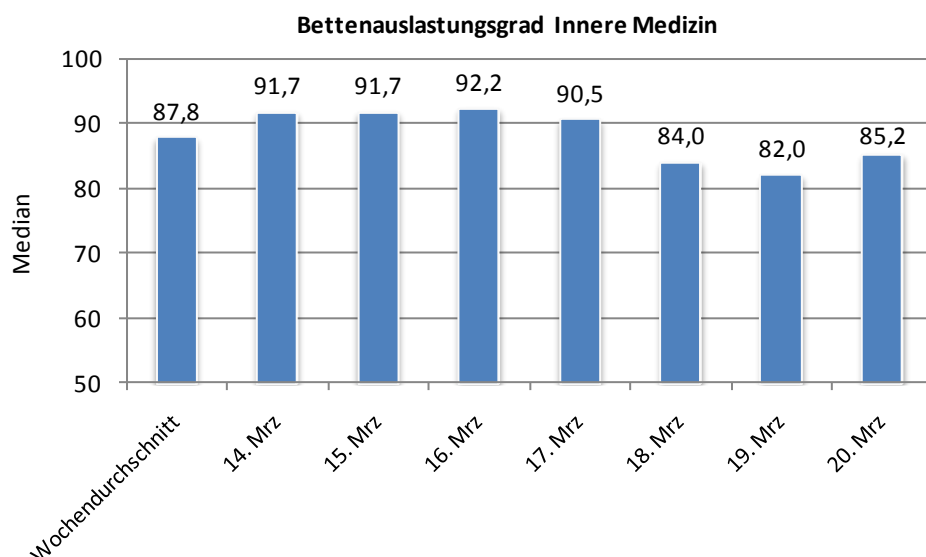


Abb. 98: Bettenauslastungsgrad der Chirurgie für eine Kalenderwoche je Bettengrößenklasse

Die größte Spannweite mit 16%-Punkten kommt bei den Krankenhäusern mit 50 bis 299 Betten vor. Während zwischen Dienstag und Donnerstag die Bettenauslastung fast unverändert bei 85% liegt, sinkt sie am Samstag, dem 19. März auf 69%.

9.3 Bettenauslastung in der Inneren Medizin

In der Inneren Medizin ist die durchschnittliche Auslastung (Median) höher als in der Chirurgie. Sie liegt über alle Wochentage und alle Krankenhäuser mit Angaben zur Inneren Medizin bei 87,8%.²²



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 99: Bettenauslastungsgrad der Inneren Medizin für eine Kalenderwoche

An den Wochentagen zwischen dem 14. und dem 17. März, also zwischen Montag und Donnerstag, stieg die Auslastung auf über 90% an. Am Freitag war sie dann unterdurchschnittlich. Insbesondere am Samstag lag der Bettennutzungsgrad mit 82% deutlich unter dem Wochenmittel (Median).

Das schon behandelte Auslastungsmuster wird auch in der Inneren Medizin erkennbar. Die Bettenauslastung ist an den Werktagen deutlich höher als an den Wochenendtagen. Zum Freitag hin sinkt die Auslastung um durchschnittlich 6,5%-Punkte, um dann am Samstag erneut noch einmal um 2%-Punkte abzusinken.

²² Die Bettenauslastung wurde für 193 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung Innere Medizin erstellt.

Die Spannweite zwischen der höchsten und der niedrigsten Auslastung beträgt 10,2%-Punkte. Im Vergleich zur Chirurgie ist die Spannweite zwischen den Auslastungsextremen nicht so ausgeprägt. Die Bettenbelegung sinkt in der Inneren Medizin zum Samstag hin ebenfalls nicht so stark ab.

Sowohl die höhere Auslastung als auch die geringeren Belegungsschwankungen sind ein Indiz dafür, dass die Belegungssteuerung in der Inneren Medizin sich komplexer gestaltet ist als in der Chirurgie. Erklärbar ist dies einerseits mit dem spezifischen Behandlungsspektrum in der Inneren Medizin, andererseits mit den bei älteren Patienten häufiger zu beobachtenden Behandlungsepisoden (Operation in der Chirurgie, Weiterbehandlung in der Inneren Medizin).

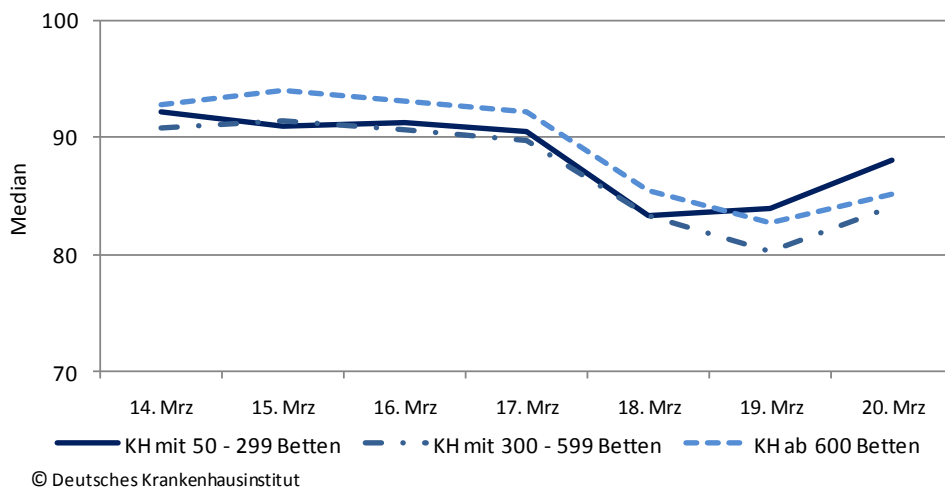


Abb. 100: Bettenauslastungsgrad der Inneren Medizin für eine Kalenderwoche je Bettengrößenklasse

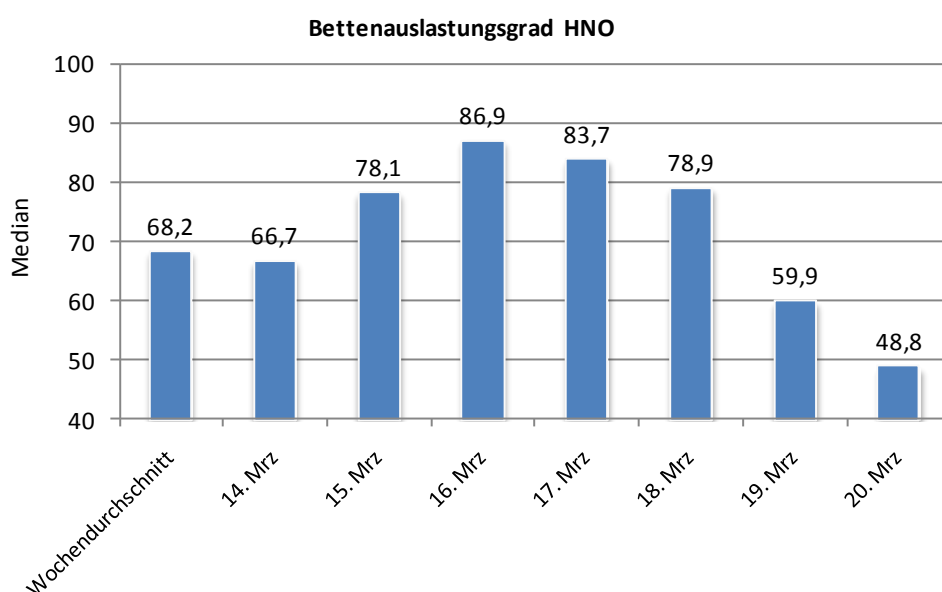
Wirft man noch einen Blick auf die Bettengrößenklassen, so kann man auch dort das typische Belegungsmuster erkennen. Die Bettenauslastungsgrade der drei Bettengrößenklassen liegen hier sehr dicht beieinander. Die Unterschiede sind nur sehr gering. Im Vergleich etwa zur Chirurgie liegt der Bettenauslastungsgrad der Krankenhäuser mit 50 bis 299 Betten am Wochenende über dem der Krankenhäuser in den anderen beiden Gruppen.

9.4 Bettenauslastung in der HNO

Genau 100 Krankenhäuser mit einer Fachabteilung im Bereich der Hals-Nase-Ohrenheilkunde machten Angaben zum Bettenauslastungsgrad für den relevanten Zeitraum. Mit 68,2% liegt die durchschnittliche Bettenauslastung (Median) in der Fachabteilung Hals-Nase-Ohrenheilkunde deutlich unter dem Wert der Chirurgie oder gar der Inneren Medizin.

Sehr gut erkennbar ist das Belegungsmuster. Die Belegungsspitzen liegen zwischen Dienstag, dem 15. März und Freitag, dem 18. März. Hier steigt die Bettenauslastung bis auf 86,9% an. Das entspricht einer Differenz zum Wochenmittelwert von 18,7%-Punkten.

Deutlich höher ist allerdings die Spannweite zwischen der gerade schon genannten höchsten Bettennutzung und der niedrigsten Bettenauslastung am Sonntag, dem 20. März. Zwischen diesen beiden Tagen sinkt die Bettenauslastung um insgesamt 38,1%-Punkte.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 101: Bettenauslastungsgrad der Hals-Nase-Ohrenheilkunde für eine Kalenderwoche

Allerdings liegt nicht in allen HNO-Abteilungen am Wochenende eine entsprechend niedrige Bettenauslastung vorliegt. Durch die Mittelwertbildung werden die Unterschiede vielmehr nivelliert.

Betrachtet man dagegen die Bettenauslastung aller Krankenhäuser mit einer HNO-Abteilung, wird deutlich, dass der niedrige Werte für den 20. März darauf zurückzuführen ist, dass ein beträchtlicher Teil der HNO-Abteilungen an diesem Tage geschlossen ist bzw. keine Patienten behandelt.

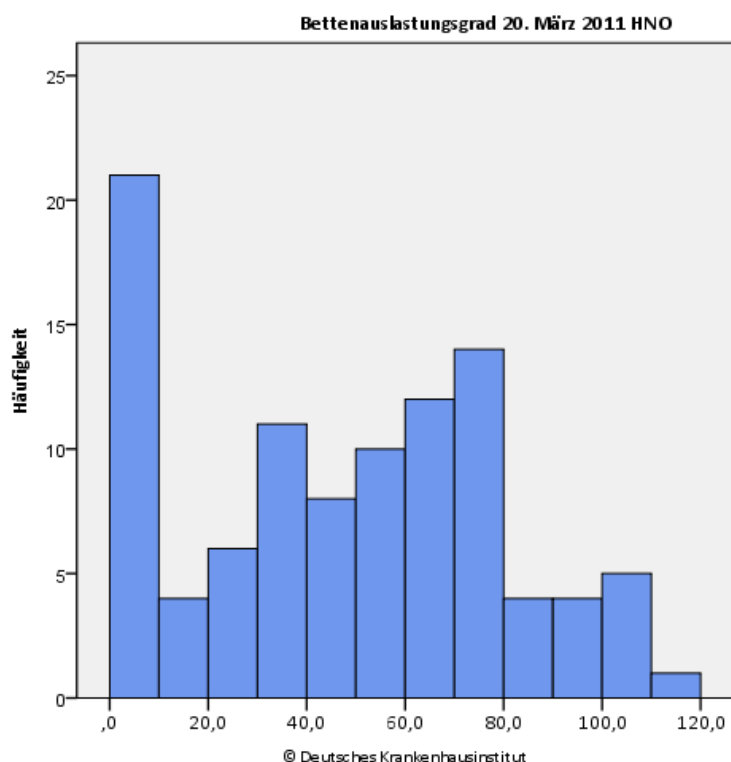


Abb. 102: Verteilung der Bettenauslastungsgrade in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für den 20. März 2011

Mehr als ein Fünftel der HNO-Abteilungen behandeln am Sonntag keine Patienten. In weiteren 46% der Abteilungen liegt die Belegung zum Teil deutlich unterhalb von 50%. Nur in einer kleinen Zahl von Abteilungen liegt eine Bettenauslastung wie an den Werktagen und höher vor.

Daraus kann – zumindest für eine Vielzahl von HNO-Abteilungen – ein Belegungsmuster definiert werden, welches eine Behandlung von Patienten vorwiegend an den Werktagen, und hier vor allem zwischen Dienstag und

Donnerstag, vorsieht. Am Wochenende, insbesondere am Sonntag, soll möglichst keine Behandlung von Patienten erfolgen. In Anbetracht der durchschnittlichen niedrigen Verweildauer bei HNO- Erkrankungen ist dies auch gut umsetzbar.

Betrachtet man nur die HNO-Abteilungen, die am Wochenende geschlossen haben, und ermittelt dann für die restlichen fünf Werktage einen durchschnittlichen Auslastungsgrad, so liegt dieser bei 82,5% - und damit in der Größenordnung der Chirurgie. Die werktägliche Bettenauslastung in diesen HNO-Abteilungen entspricht somit der wochendurchschnittlichen Bettenbelegung in der Chirurgie.

Bei der Betrachtung des durchschnittlichen Auslastungsgrades muss somit die mittlere Verweildauer in den jeweiligen Abteilungen berücksichtigt werden. Anhand der HNO kann gezeigt werden, dass der Auslastungsgrad deutlich höher liegt, wenn man nur die Werktage und nicht alle Wochentage in die Berechnung des Bettenutzungsgrades einbezieht.

Vergleicht man schließlich noch die Auslastungsgrade nach Bettengrößenklassen, zeigen sich deutliche Unterschiede.

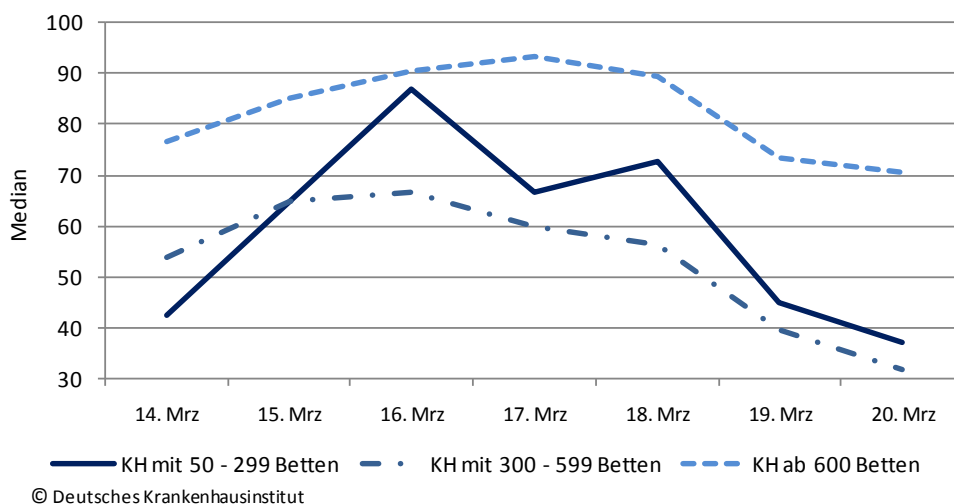


Abb. 103: Bettenauslastungsgrad der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für eine Kalenderwoche je Bettengrößenklasse

Bei den Krankenhäusern ab 50 bis unter 299 Betten ist die Belegungsspitze eindeutig in der Wochenmitte erkennbar. Zum Wochenendende hin sinkt die



Bettenauslastung deutlich. Noch deutlicher ist letzteres bei den Häusern mit 300 bis unter 599 Betten erkennbar. Hier ist die durchschnittliche Belegung am Wochenende sogar noch niedriger als bei den kleinen Krankenhäusern.

Grund hierfür ist die oben erwähnte Schließung bzw. deutliche Reduktion der Patientenbehandlung am Wochenende.

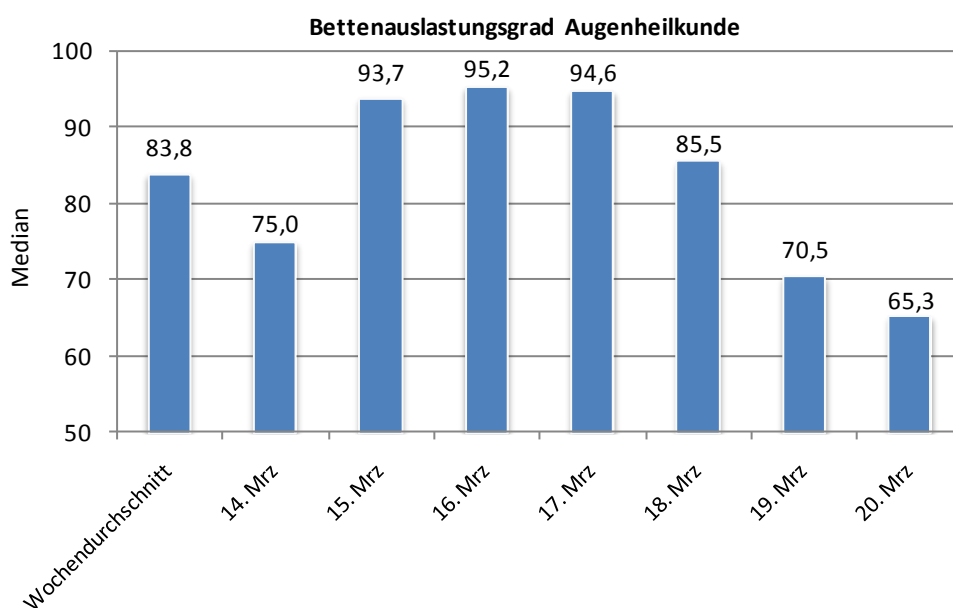
Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten ist dies nur bei einer kleinen Minderheit der Häuser festzustellen. Die meisten HNO-Abteilungen haben entweder eine nur leicht reduzierte oder sogar eine zu den Werktagen vergleichbare Bettenauslastung.

9.5 Bettenauslastung in der Augenheilkunde

In der Augenheilkunde liegt die durchschnittliche Bettenauslastung (Median) über alle Wochentage und alle Abteilungen bei 83,8%.²³ Zwischen Dienstag, dem 15. März und Donnerstag, dem 18. März steigt sie sogar auf über 90% an. Am Freitag liegt immer noch ein überdurchschnittlicher Bettennutzungsgrad vor. Am Wochenende sinkt dann der Wert auf 70,5% (Samstag) bzw. 65,3% (Sonntag).

Die Spannweite zwischen der höchsten und der niedrigsten Belegung liegt bei 29,9%. Am Sonntag ist der Belegungsgrad sehr deutlich unterhalb der Belegungsspitze am Mittwoch.

²³ In die Ermittlung der Bettenauslastung gingen Angaben von 46 augenheilkundlichen Abteilungen ein.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 104: Bettenauslastungsgrad der Augenheilkunde für eine Kalenderwoche

Wiederum kann die niedrige Auslastung am Sonntag durch Abteilungsschließungen erklärt werden. So behandeln rd. 11% der erfassten augenheilkundlichen Fachabteilungen am Sonntag keine Patienten. Weitere 26% der Fachabteilungen haben einen Nutzungsgrad von unter 50%.

Legt man den wöchentlichen Mittelwert von 83,8% als „Normauslastung“ zugrunde, dann weisen fast 18% der Abteilungen am Sonntag einen höheren Bettenauslastungsgrad auf.

Eine Betrachtung nach Bettengrößenklassen ist hier auf Grund der geringen Besetzungszahlen nicht sinnvoll.

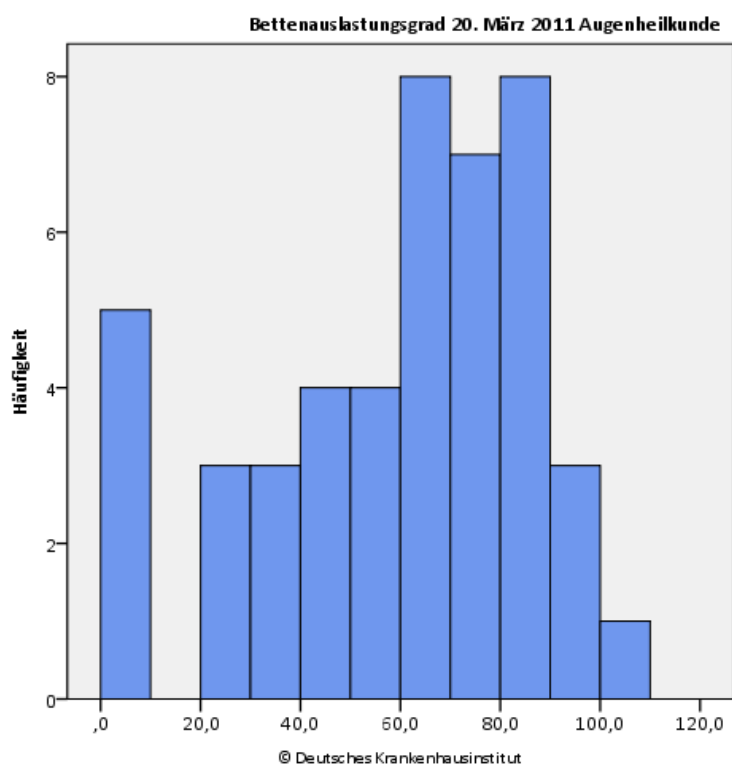


Abb. 105: Verteilung der Bettenauslastungsgrade in der Augenheilkunde für den 20. März 2011

10 Wirtschaftliche Lage

10.1 Jahresergebnis 2010 / 2011

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2010 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben. Darüber hinaus sollten sie auf Grund ihrer derzeitigen Situation ihr Jahresergebnis für 2011 taxieren.

Insgesamt erzielten 68% der Krankenhäuser einen Jahresüberschuss. 11% der Einrichtungen hatten ein ausgeglichenes Ergebnis und 21% haben einen Fehlbetrag ausgewiesen (Abb. 106). Die Ergebnisse haben sich im Vergleich zum Vorjahr faktisch nicht verändert. Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hat sich somit auf kritischem Niveau stabilisiert.

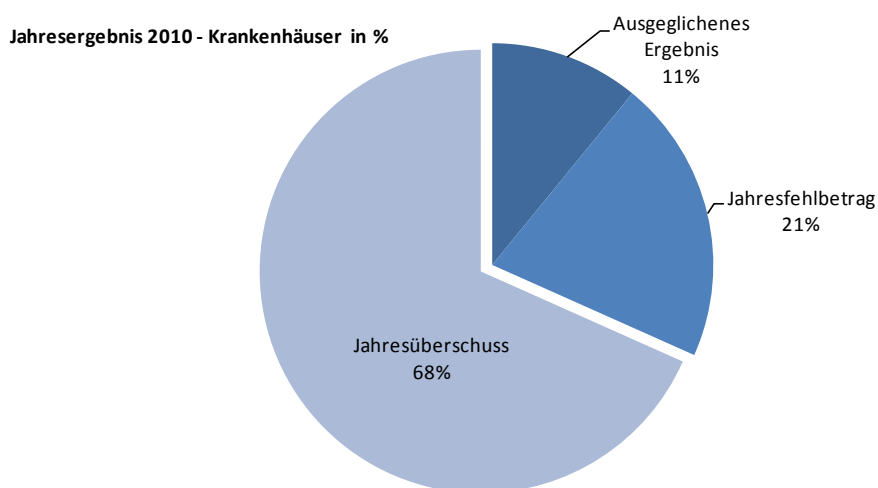
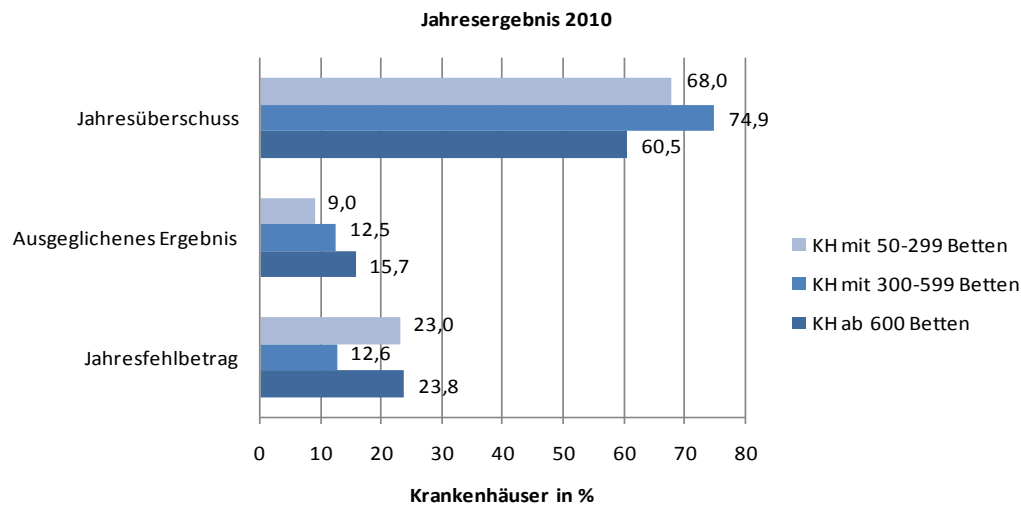


Abb. 106: Jahresergebnis 2010

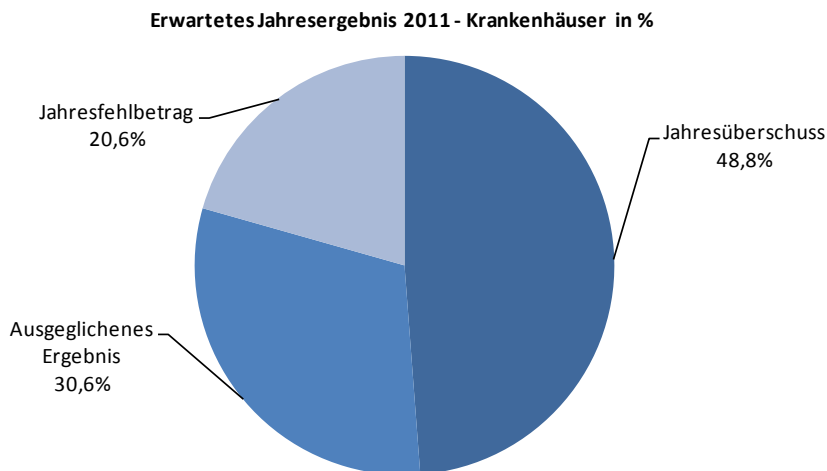
Nach Bettengrößenklassen differenziert, wiesen die Großkrankenhäusern ab 600 Betten am seltensten einen Jahresüberschuss (60,5%) und am häufigsten einen Jahresfehlbetrag auf (23,8%). In den Häusern mittlerer Größe fallen die Jahresergebnisse tendenziell besser aus, während die Ergebnisse für die kleineren Einrichtungen unter 300 Betten in etwa dem Bundesdurchschnitt entsprechen (Abb. 107).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 107: Jahresergebnis 2010 nach Krankenhausgröße

Für 2011 erwartet nur noch etwa jedes zweite Krankenhaus (48,8%) einen Jahresüberschuss (Abb. 108). Der Anteil der Krankenhäuser, die lediglich noch von einem ausgeglichenen Ergebnis ausgehen, nimmt entsprechend deutlich zu (30,6%).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

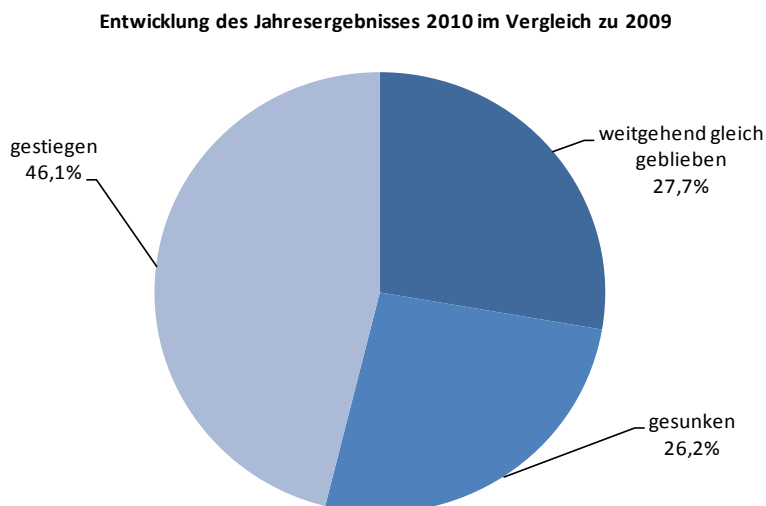
Abb. 108: Erwartetes Jahresergebnis 2011

10.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2009/2010

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die

konkrete Entwicklung ihrer Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2009 und 2010 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2010 im Vergleich zu 2009 in 46,1% der Krankenhäuser gestiegen und bei jeweils gut einem Viertel konstant geblieben oder rückläufig (Abb. 109).

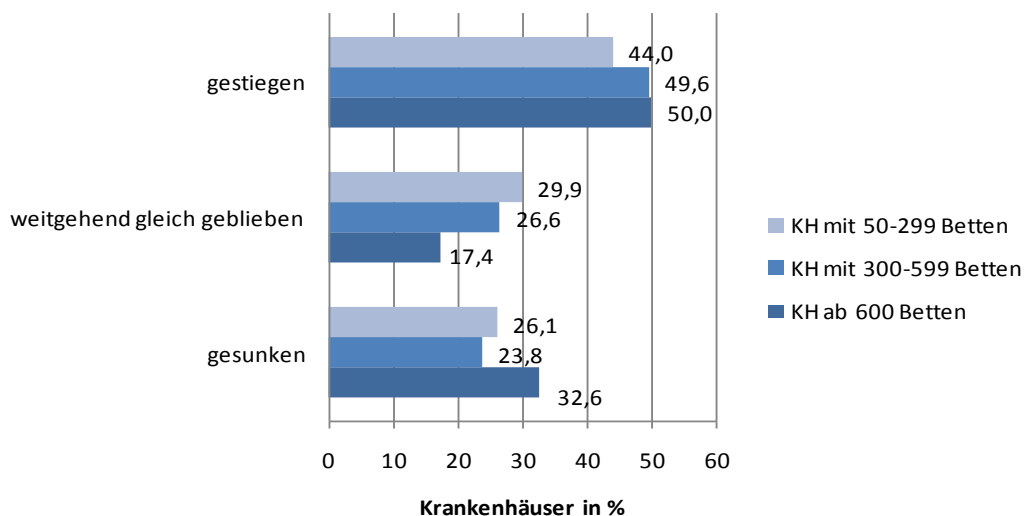


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 109: Entwicklung des Jahresergebnisses 2010 im Vergleich zu 2009

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert moderat in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Abb. 110). Die Entwicklungsschwankungen sind dabei in den Großkrankenhäusern ab 600 Betten am stärksten. Sie weisen sowohl bei den Häusern mit gestiegenem Ergebnis als auch bei den Einrichtungen mit rückläufigem Ergebnis die höchsten Anteilswerte auf.

Entwicklung des Jahresergebnisses im Jahr 2010 im Vergleich zu 2009

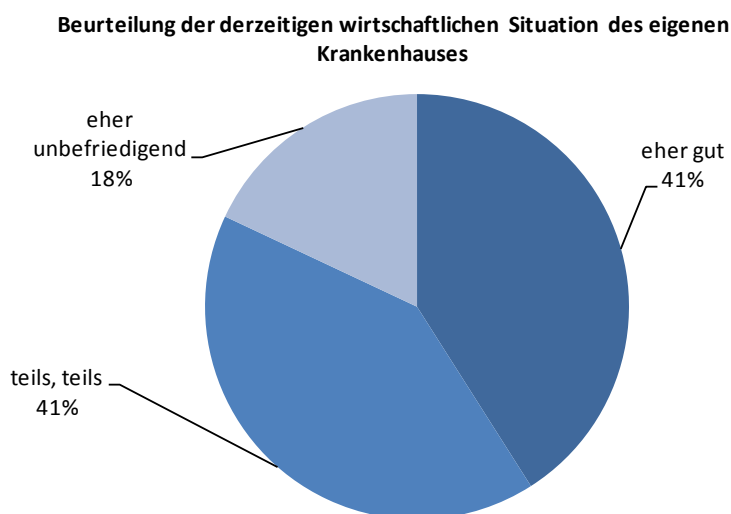


(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 110: Entwicklung des Jahresergebnisses 2010 im Vergleich zu 2009 nach Krankenhausgröße

10.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

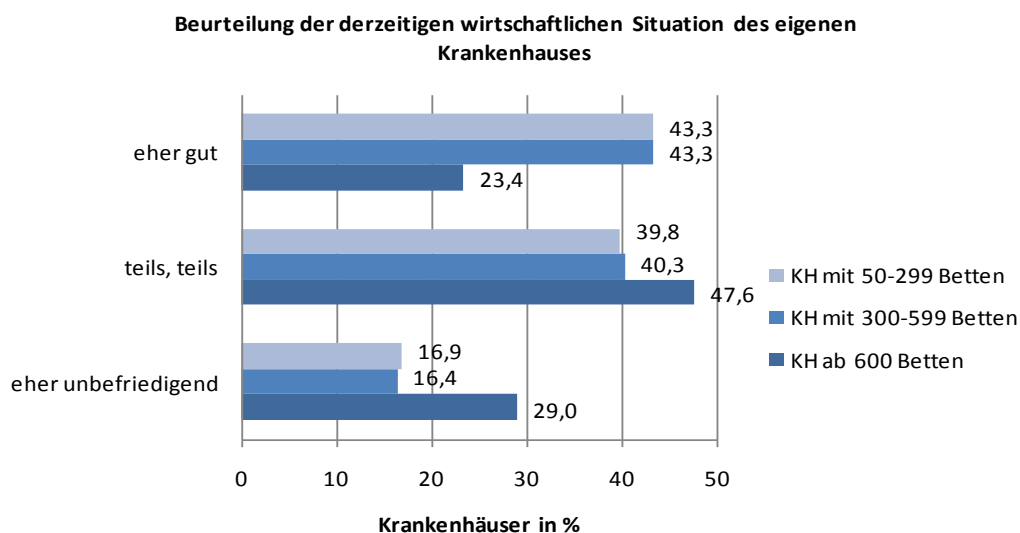
Abschließend gaben die Krankenhäuser an, wie sie alles in allem ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2011 beurteilen. 41% der Krankenhäuser schätzten ihre wirtschaftliche Situation als eher gut ein, während 18% sie als eher unbefriedigend beurteilten und 41% in dieser Hinsicht unentschieden waren (Abb. 111). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage damit leicht verschlechtert (vgl. DKI, 2010).



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 111: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2011

Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in den beiden unteren Bettengrößenklassen in etwa gleich aus. Demgegenüber deutlich kritischer sehen die großen Häuser ihre derzeitige Lage (Abb. 112). Diese Unterschiede in der Lageeinschätzung lassen sich seit Jahren beobachten.



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 112: Beurteilung der wirtschaftlichen Situation 2011 nach Krankenhausgröße

Über die Beurteilung der aktuellen Situation hinaus, sollten sich die Krankenhäuser auch zu den Erwartungen für das kommende Jahr äußern (Abb. 113): Nur noch 19% erwarten eine Verbesserung, jedoch schon 41% der Krankenhäuser eine Verschlechterung. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zukunftserwartung der Krankenhäuser verschlechtert.

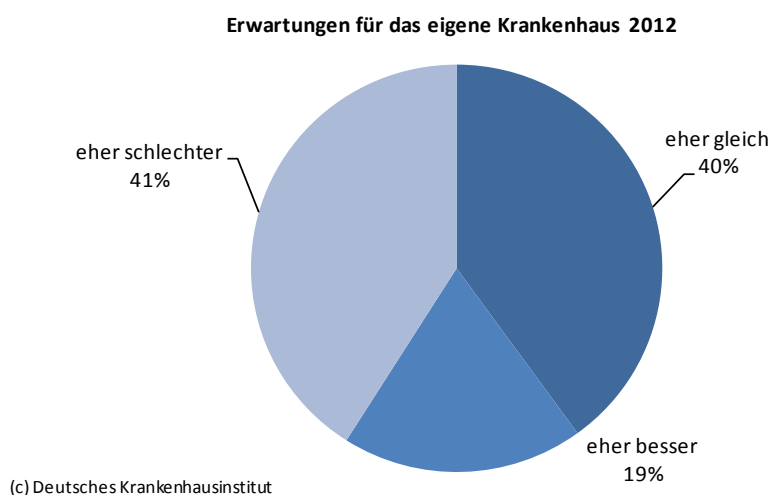


Abb. 113: Erwartungen der Krankenhäuser für 2012

Nach Bettengrößenklassen fallen die Erwartungen in den großen Krankenhäusern abermals schlechter aus als in den unteren und mittleren Bettengrößenklassen.



Literaturverzeichnis

- Blum, K. (2010): Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Düsseldorf/Berlin .www.dki.de
- Blum, K., Löffert, S. (2010): Ärztemangel im Krankenhaus. Düsseldorf .www.dki.de
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2010). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2010. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (www.dki.de).
- Blum, K. (2007): Organspendesituation in deutschen Krankenhäusern. Düsseldorf .www.dki.de
- Bundesgesundheitsblatt. (2009). Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsblatt, 52: 951-962.
- Bundesgesundheitsblatt. (2000). Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen. Bundesgesundheitsblatt, 43: 887-890.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2006 ff.): Krankenhaus Barometer. Düsseldorf .www.dki.de
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG), vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Art. 2a G v. 17.7.2009 I 2091.
- Gratias R. (2009). Proaktives Beschwerdemanagement: Jeder ist sein eigener Beschwerdemanager. Die Schwester Der Pfleger, Ausgabe 11. www.bibliomde.de.
- Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V. (2011). Berichte der Hamburger Krankenhäuser gemäß Hamburger Erklärung 2010. www.hkgev.de
- Hollstein M. Timm T. (2005). Beschwerdemanagement. Die Schwester Der Pfleger, Ausgabe 12. www.bibiomed.de.
- Janßen, U., Blum, K. (Hrsg.). (2011): DKI-Barometer Krankenhaus 2011/2012. Düsseldorf . Deutsche Krankenhaus VerlagsGesellschaft
- Janßen, U., Blum, K. (Hrsg.). (2010): DKI-Barometer Krankenhaus 2010/2011. Düsseldorf . Deutsche Krankenhaus VerlagsGesellschaft
- Kersting J., Hilsenbeck T. (2008). Der Umgang mit Beschwerden. Aperio – Organisationsberatung & Coaching. Kürnach. www.aperio-online.de.
- Krankenhausbetriebs-Verordnung (KhBetrVO), Verordnung über die Errichtung und den Betrieb von Krankenhäusern, - Berlin - , vom 10. Juli 1995.



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

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

Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) (2011). Referenzdaten Modul HAND-KISS_S. Berechnungszeitraum: 1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2010. Erstellungsdatum: 19. April 2011. www.nrz-hygiene.de.

Pappenberger M., Kolling H. (2011). Wenn der Zivi geht... Pflegezeitschrift, (64) 3: 138-141.

Rolshausen M. (2011). Kliniken weinen Zivis kaum eine Träne nach. Saarbrücker Zeitung vom 04.01.2011.

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

Statistisches Bundesamt (2011): Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Wiesbaden. www.destatis.de.

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

Verordnung des Sozialministeriums über die Krankenhaushygiene in Baden-Württemberg (Krankenhaushygieneverordnung – KHHygieneVO), vom 15. Dezember 2010. GBl vom 23. Dezember 2010, Nr. 22, S. 1078-1081.

Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV), vom 1. Dezember 2010. GVBl 2010, S. 817.