

KRANKENHAUS

BAROMETER

Umfrage 2016

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**



KRANKENHAUS BAROMETER 2016

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

Düsseldorf, Dezember 2016

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	4
1 KRANKENHAUSVERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN	6
1.1 BESTANDSAUFNAHME	7
1.2 HERAUSFORDERUNGEN	10
1.3 ERGRIFFENE MAßNAHMEN	13
2 STELLENBESETZUNGSPROBLEME	17
2.1 ÄRZTLICHER DIENST	17
2.2 PFLEGEDIENST AUF NORMALSTATIONEN	19
2.3 NICHT-ÄRZTLICHES PERSONAL IM OP- UND ANÄSTHESIEDIENST	22
2.4 MTA	25
2.5 HEBAMMEN	26
2.6 EINSATZ VON HONORARKRÄFTEN	27
3 PFLEGE VON ANGEHÖRIGEN	30
3.1 INANSPRUCHNAHME VON PFLEGEZEIT	30
3.2 ANNAHME BETRIEBLICHER UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE	33
3.3 WEITERE BETRIEBLICHE ANGEBOTE	35
4 EHRENAMTLICHE KRANKENHAUSHILFE	38
4.1 EINSATZ VON EHRENAMTLICHEN HELFERN	38
4.2 AUFGABEN DER EHRENAMTLICHEN HELFER.....	40
4.3 EINSATZBEREICHE EHRENAMTLICHER HELFER.....	43
4.4 LEISTUNGEN FÜR EHRENAMTLICHE HELFER	44
4.5 QUALIFIZIERUNGSBEDARF DER EHRENAMTLICHEN HELFER	46
4.6 BEURTEILUNG DER EHRENAMTLICHEN HELFER	48
4.7 FÖRDERMITGLIEDSCHAFT IN VEREINEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER EHRENAMTLICHEN KRANKENHAUSHILFE	50
4.8 MEHRBEDARF AN EHRENAMTLICHEN HELFERN	51
5 ARZNEIMITTELVERSORGUNG UND ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT	52
5.1 ART DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG	53
5.2 ARZNEIMITTEL ANAMNESE	54
5.3 DOKUMENTATION VON ARZNEIMITTELVERORDNUNGEN	55
5.4 AUSGABE UND BEREITSTELLUNG VON MEDIKAMENTEN.....	57
5.5 ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT	61
5.6 EINSATZ VON SOFTWARELÖSUNGEN	70
5.7 DATENAUFBEREITUNG UND -NUTZUNG	74
5.8 FEST ANGESTELLTE APOTHEKER IM KRANKENHAUS	77



6	ERLÖSAUSGLEICHE	80
6.1	MINDERERLÖSE UND FREIWILLIGER VERZICHT AUF MINDERERLÖSAUSGLEICH 2014.....	80
6.2	MINDERERLÖSE UND MINDERERLÖSAUSGLEICH ZWISCHEN 2010 UND 2013.....	83
6.3	MEHRERLÖSE UND MEHRERLÖSAUSGLEICH.....	85
7	NUB-LEISTUNGEN	88
7.1	NUB-ANTRÄGE UND NUB-VEREINBARUNGEN	88
7.2	VEREINBARUNGEN ÜBER KRANKENHAUSINDIVIDUELLE ENTGELTE	90
7.3	NUB-LEISTUNGEN AUCH OHNE VEREINBARUNG	92
8	WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DES KRANKENHAUSES	95
8.1	JAHRESERGEBNIS 2015.....	95
8.2	ENTWICKLUNG DER JAHRESERGEBNISSE 2014/2015	96
8.3	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION.....	98
8.4	BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHEN ERWARTUNGEN	100
9	LITERATUR	102





Einleitung

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellt mit dem vorliegenden Bericht die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2016 vor.

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

Ziel des *Krankenhaus Barometers* ist es, den Krankenhäusern und den Krankenhausverbänden zeitnahe Informationen zum aktuellen 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).

Die Ergebnisse des *Krankenhaus Barometers* 2016 beruhen auf der schriftlichen Befragung einer repräsentativen Stichprobe von zugelassenen Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten in Deutschland, welche von März bis Juni 2016 durchgeführt worden ist. Beteiligt haben sich insgesamt 273 Krankenhäuser.

Abweichend von den letzten Jahren sind im *Krankenhaus Barometer* 2016 die Ein- und Ausschlusskriterien der Stichprobe abgeändert worden, insofern nicht mehr Krankenhäuser ab 50 Betten, sondern Krankenhäuser ab 100 Betten in die Erhebung einbezogen worden sind. Hauptgrund hierfür war die zusehends schlechte Response in den Häusern mit 50 - 99 Betten.

Durch die Nicht-Einbeziehung der Häuser unter 100 Betten, auf die bundesweit lediglich ca. 4 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

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



KRANKENHAUS BAROMETER 2016



1 Krankenhausversorgung von Flüchtlingen

Die Zahl der Flüchtlinge steigt seit dem Jahr 2009 (33.033 Asylanträge, davon 27.649 Erstanträge) kontinuierlich an. Eine deutliche Zunahme ist insbesondere auch im Jahr 2015 zu verzeichnen. In diesem Jahr sind nach Angaben des Bundesinnenministeriums etwas mehr als eine Millionen Flüchtlinge nach Deutschland gekommen¹. Diese Zahl wurde auf Basis des Erfassungssystems der Länder zur Verteilung der Flüchtlinge (Easy), das jeden eingereisten Flüchtling zählen soll, ermittelt. In diesem System lassen sich weder Doppelerfassungen ausschließen noch können Weiterreisende berücksichtigt werden.

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Zahl der Flüchtlinge liefert die Zahl der Asylanträge. Im Jahr 2015 wurden beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 476.649 formelle Asylanträge gestellt, davon etwa 441.899 als Erstanträge (BAMBF 2015) gestellt. Im Vergleich zum Vorjahr (202.834 Asylanträge, davon 173.072 Erstanträge) ist die Zahl somit um 135 % und somit stark angestiegen ist.

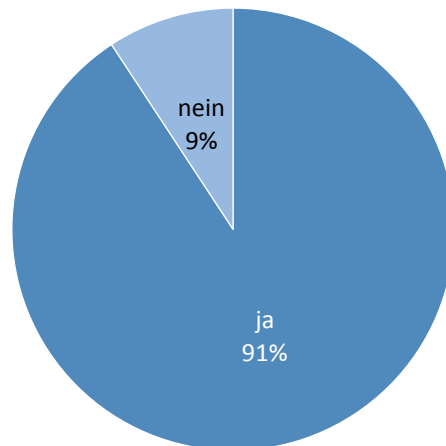
Die seit Jahren stark ansteigende Zahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern sowie die daraus resultierenden Faktoren haben Auswirkungen auf alle gesellschaftlichen Bereiche. Insofern ist zu hinterfragen, vor welche konkreten Herausforderungen Krankenhäuser bei der Versorgung von Flüchtlingen gestellt sind. Zudem ist bisher wenig bekannt über die bereits ergriffenen Maßnahmen, um den Anforderungen gerecht zu werden. Aus diesem Grund wurden die Krankenhäuser im Krankenhaus Barometer 2016 erstmals dazu befragt.

¹ Die Zahl von 1,1 Millionen Flüchtlingen für das Jahr 2015 wurde im Verlauf des Jahres 2016 auf 890.000 korrigiert. Davon waren im September 2016 820.000 Asylsuchende vollständig registriert (WeltN24 GmbH 2016).

1.1 Bestandsaufnahme

Der überwiegende Teil der Krankenhäuser (91 %) hat im Jahr 2015 Flüchtlinge behandelt (Abb. 1).²

Hat Ihr Krankenhaus im Jahr 2015 Flüchtlinge behandelt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Versorgung von Flüchtlingen im Jahr 2015

Die an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser haben im Jahr 2015 im Schnitt (Median) insgesamt 15.000 Fälle behandelt. Der untere Quartilswert lag bei 8.000 Fällen, der obere bei knapp 27.000 vollstationär behandelten Fällen pro Krankenhaus (Tab. 1).

Bei der Interpretation dieser sowie aller weiterer Daten und Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Verteilung der Flüchtlinge oder Asylbewerber regional unterschiedlich ist. Dies betrifft damit auch die Versorgung in den Krankenhäusern.

In den Häusern mit vollstationär behandelten Flüchtlingen bzw. Asylbewerbern belief sich die Zahl im Mittel (Median) auf 94 Fälle. Der untere Quartilswert betrug 30, der obere 240 Fälle mit vollstationär behandelten Flüchtlingen

² Bei der Interpretation des Ergebnisses wären regionale Klassifizierungen interessant (z.B. die Entfernung zum nächsten Erstaufnahmezentrum). Entsprechende Informationen liegen jedoch nicht in geeigneter Form vor, um sie berücksichtigen zu können.



(Tab. 1). Die entsprechenden Kennwerte nehmen erwartungsgemäß mit steigender Krankenhausgröße zu. So haben die kleinen Kliniken im Schnitt (Median) 38 Flüchtlinge betreut, während es in den Einrichtungen ab 600 Betten im Schnitt (Median) 323 Patienten waren.

0,6 % aller vollstationär betreuten Patienten waren im Mittel (Median) Flüchtlinge oder Asylbewerber. Der untere Quartilswert lag bei 0,3 %, der obere Quartilswert bei 1,1 %. In den kleinen Häusern waren 0,5 % aller vollstationär behandelten Fälle Flüchtlinge oder Asylbewerber, in den Kliniken mittlerer Größe waren es 0,7 % und in den Krankenhäusern ab 600 Betten war der Anteil 0,8 % (je Median).

Tab. 1: Vollstationäre Fälle im Jahr 2015

	Vollstationäre Fälle pro Krankenhaus insgesamt	Vollstationäre Fälle von Flüchtlingen / Asylbewerbern (nur Häuser mit entsprechenden Fällen)
Median	15.000	94
Unterer Quartilswert	8.000	30
Oberer Quartilswert	26.815	240

Über die stationäre Behandlung hinaus haben im Jahr 2015 86 % der Krankenhäuser Flüchtlinge oder Asylbewerber in der Notfallambulanz oder -aufnahme behandelt. Mit zunehmender Bettenzahl stieg der Anteil der Kliniken, in denen Flüchtlinge oder Asylbewerber notfallmäßig Hilfe suchten. In 79 % der kleinen Einrichtungen, aber in knapp 96 % der Häuser ab 600 Betten haben im Jahr 2015 Flüchtlinge oder Asylbewerber die Notfallambulanz bzw. -aufnahme aufgesucht.

Die Krankenhäuser mit Inanspruchnahme der Notfallambulanz durch Flüchtlinge oder Asylbewerber hatten im Jahr 2015 im Schnitt (Median) rund 7.000 Fälle in der Notfallambulanz bzw. -aufnahme, davon 242 Flüchtlinge oder Asylbewerber (Tab. 2).



Tab. 2: Fälle in der Notfallambulanz /-aufnahme im Jahr 2015

	Werte
Notfallambulanzen/-aufnahmen mit Behandlung von Flüchtlingen 2015 (Krankenhäuser in %)	86 %
Fälle gesamt in der Notfallambulanz 2015 (Median)	7.000
davon: Flüchtlinge (Median)	242

Erwartungsgemäß steigt die Anzahl der die Notfallambulanz bzw. -aufnahme aufsuchenden Flüchtlinge oder Asylbewerber mit der Größe der Krankenhäuser. In den Häusern mit 100 bis 299 Betten waren es im Schnitt 186, in den Krankenhäusern mittlerer Größe im Mittel 223 und in den Häusern ab 600 Betten im Durchschnitt 667 Flüchtlinge oder Asylbewerber, die an entsprechender Stelle Hilfe suchten (jeweils Median).

Alle Flüchtlinge oder Asylbewerber sind gemäß § 62 Abs. 1 Asylgesetz (AsylG) verpflichtet, sich nach Ankunft in einer Erstaufnahmeeinrichtung ärztlich untersuchen zu lassen. Die Verantwortung für die Erstuntersuchung obliegt den jeweils zuständigen Behörden der aufnehmenden Bundesländer (Asylgesetz (AsylG) 2016).

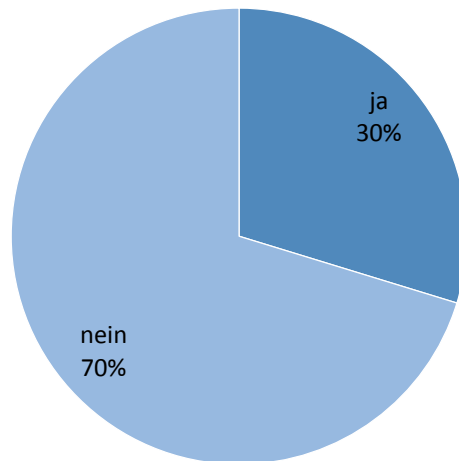
Unklar ist bisher, inwieweit Krankenhäuser in die Erstuntersuchungen einbezogen sind. Im Rahmen des Krankenhaus Barometers 2016 geben 30 % der befragten Einrichtungen an, mit den sogenannten Erstuntersuchungen betraut zu sein (Abb. 2).³ Die Realisierung von Erstuntersuchungen nimmt mit der Größe der Krankenhäuser zu. Knapp ein Viertel der kleinen und 41 % der Kliniken ab 600 Betten führen Erstuntersuchungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden durch.

Bei der Darstellung der weiteren Ergebnisse werden nur die Häuser berücksichtigt, die im Jahr 2015 Flüchtlinge versorgt haben.

³ Auch hier wäre eine weitere Stratifizierung nach weiteren Merkmalen, wie z.B. räumliche Nähe zu Asylbewerbereinrichtung, verkehrsstrategische Lage, interessant. Diese Informationen sind jedoch nicht in der notwendigen Form verfügbar.

Ist Ihr Krankenhaus mit der sogenannten Erstuntersuchung betraut, der sich jeder neu ankommende Flüchtling unterziehen muss?

(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 2: Realisierung von Erstuntersuchungen

1.2 Herausforderungen

Unabhängig von möglichen sprachlichen Barrieren bei der Behandlung, ist bisher nicht in systematischer Form ermittelt worden, mit welchen konkreten Herausforderungen Krankenhäuser bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen oder Asylsuchenden konfrontiert sind bzw. wie stark sie durch diese belastet sind. Im Krankenhaus Barometer wurde die mögliche Belastung durch insgesamt 14 verschiedene Aspekte erhoben. Diese lassen sich in „stärkere“, „mittlere“ und „geringere“ Herausforderungen unterteilen.

Die zentrale Herausforderung bei der Versorgung von Flüchtlingen⁴ sind, wie zu erwarten, sprachliche und kulturelle Barrieren. 44 % der Häuser benennen dies als „starkes“, 26 % als „sehr starkes“ Problem. Eng damit zusammenhängend ist der folgende, ebenfalls stark belastende Aspekt: Die Versorgung von Flüchtlingen ist zeitlich aufwändiger und stellt die Krankenhäuser entsprechend vor „starke“ (46 %) bzw. „sehr starke“ (23 %) Herausforderungen. Eine höhere Arbeitsbelastung der Mitarbeiter, inkl. möglicher stärkerer psychischer Belastungen, sowie bürokratisierte Prozesse oder eine fehlende Flexibilität,

⁴ Im Nachfolgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich der Begriff „Flüchtling“ benutzt. Asylbewerber sind hier mit eingeschlossen.



z. B. bei der Zusammenarbeit mit Behörden oder der KV, wertet knapp die Hälfte der Häuser als (sehr) starke Schwierigkeiten.

Menschen aus anderen Kulturkreisen sind nicht immer über das deutsche Gesundheitssystem und dessen verschiedene Anlaufstellen informiert. Als Konsequenz nutzen Menschen mit Migrationshintergrund die Notfallambulanz von Krankenhäusern überproportional häufig in Zeiten, in denen Arztpraxen geöffnet sind. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen des *Krankenhaus Barometers* wider. So zählt die Überlastung bzw. stärkere Frequentierung der Notfallambulanz sowie das Aufsuchen der Notfallambulanz zu anderen Zeiten, z. B. tagsüber, für 39 % bzw. 35 % der Einrichtungen zu den (sehr) starken Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen.

Jeweils rund 30 % der Häuser benennen bei der Behandlung von Flüchtlingen einen Mangel an Mitarbeitern, traumatisierte Patienten oder Schwierigkeiten bei der Begrenzung der Behandlung auf die nach dem Asylbewerbergesetz (AsylbLG) zustehenden medizinischen Leistungen als (sehr) starkes Problem. Gut ein Viertel der Häuser ist bei der Versorgung von Flüchtlingen mit Zahlungsverzögerungen oder -ausfällen konfrontiert.

In der Rangfolge der möglichen Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen sind die folgenden vier Aspekte für die Häuser von geringerer Relevanz. Knapp ein Viertel der Kliniken bewertet das Fehlen von Räumlichkeiten als (sehr) starkes Problem. Ein Fünftel der Krankenhäuser ist durch finanzielle Mehrbelastungen aufgrund der Behandlung von Flüchtlingen (sehr) stark belastet. Neue medizinische Herausforderungen, z. B. durch das Auftreten von Krankheiten, die in Deutschland eher selten sind, stellen für 16 % der Einrichtungen ein (sehr) großes Problem dar. Die meisten Krankenhäuser sind nicht der Ansicht, dass sie für die Versorgung von Flüchtlingen Investitionen tätigen müssen.

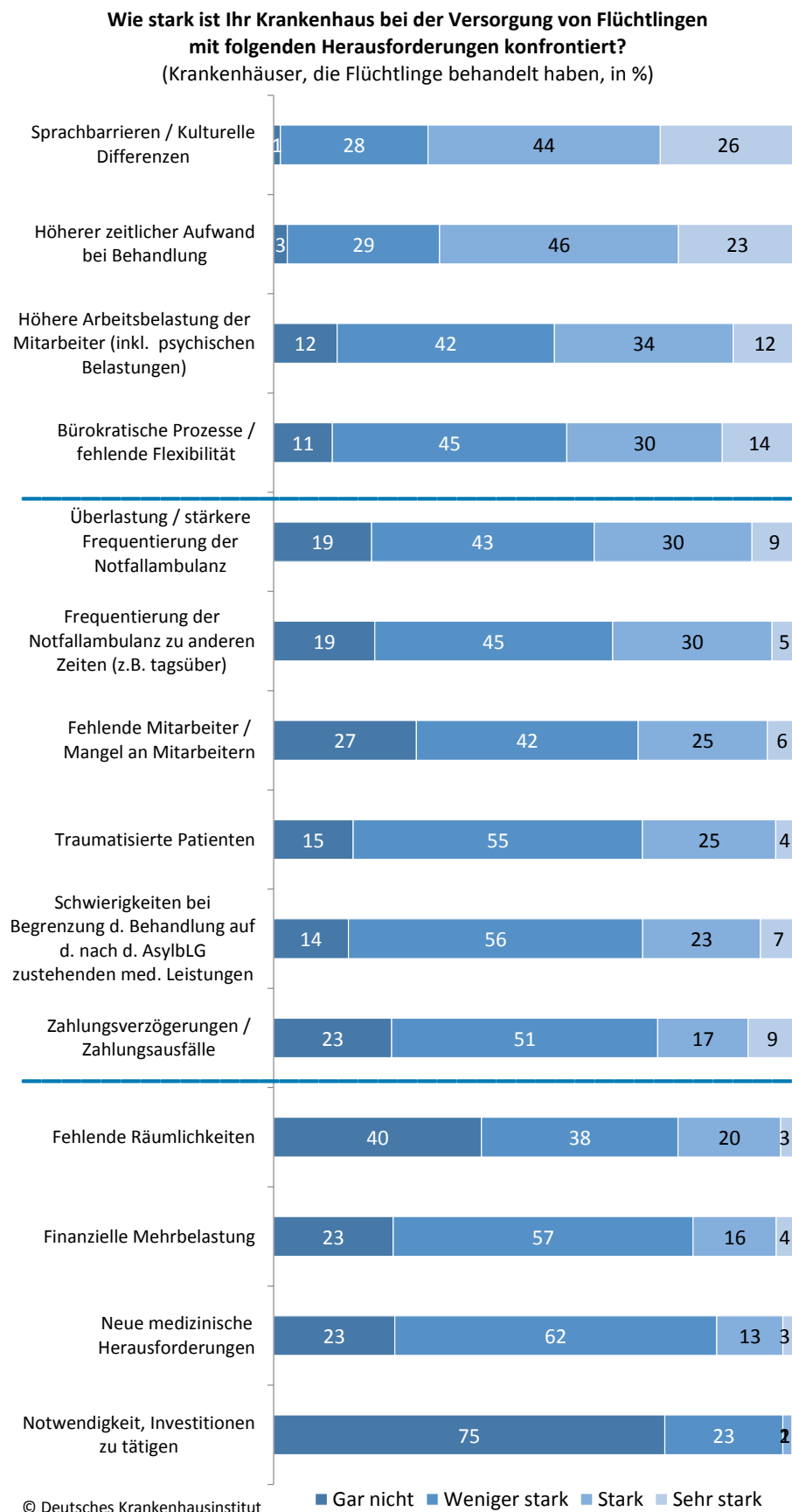


Abb. 3: Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen



Vergleicht man die Herausforderungen bei der Versorgung von Flüchtlingen in Krankenhäusern mit unterschiedlicher Bettenzahl, so zeigen sich eindeutige Größenklasseneffekte. Die Einrichtungen mit 100 bis 299 Betten benennen bei der Behandlung von Flüchtlingen beinahe durchgängig die geringsten Belastungen, während die Häuser mit 600 Betten und mehr nahezu durchgängig die größten Herausforderungen angeben.

Deutliche Unterschiede zeigen sich insbesondere bei finanziellen Aspekten, wie Zahlungsverzögerungen bzw. -ausfällen oder finanziellen Mehrbelastungen, die im Schnitt überproportional häufig in Kliniken ab 600 Betten angezeigt werden. Ebenso wird die Frequentierung der Notfallambulanz zu anderen Zeiten in den großen Häusern sehr viel häufiger als (sehr) starke Herausforderung wahrgenommen als in den kleinen Einrichtungen. Darüber hinaus stellen traumatisierte Patienten, der höhere zeitliche Aufwand bei der Behandlung, fehlende Mitarbeiter sowie eine Überlastung bzw. stärkere Frequentierung der Notfallambulanz für größere Häuser weit häufiger ein Problem bei der Betreuung von Flüchtlingen dar als in Krankenhäusern der kleinsten Kategorie.

1.3 Ergriffene Maßnahmen

Über Einzelmeldungen hinaus gibt es keine Informationen, wie sich die Krankenhäuser auf die Versorgung von Flüchtlingen eingerichtet haben. Um ein umfassenderes Bild zu zeichnen, wurde im Krankenhaus Barometer 2016 gefragt, welche Maßnahmen oder Investitionen die Häuser bereits umgesetzt haben oder planen, um sich auf die besonderen Aspekte bei der Versorgung von Flüchtlingen einzurichten. Es wurde der Umsetzungsstand für insgesamt elf verschiedene Investitionen oder Maßnahmen erfragt⁵.

Sprachbarrieren oder kulturelle Differenzen sind aus Sicht der Krankenhäuser, wie dargestellt, die zentrale Herausforderung bei der Versorgung der Flüchtlinge (vgl.). Vor allem hier setzt ein Großteil der Häuser auch mit verschiedenen Maßnahmen an. Die Unterstützung der Mitarbeiter bei sprachlichen Problemen hat für die Kliniken dabei die höchste Priorität: In 41 % der Einrichtun-

⁵ Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Flüchtlinge insgesamt einen relativ geringen Teil der im Krankenhaus behandelten Patienten ausmachen (vergleiche Kapitel 1.1.). Zudem ist die Varianz in den Häusern groß. Dies bedeutet, dass es vermutlich nicht erforderlich ist, flächendeckend alle erfragten Maßnahmen umzusetzen, sondern sich je nach Bedarf auf bestimmte Maßnahmen zu fokussieren.



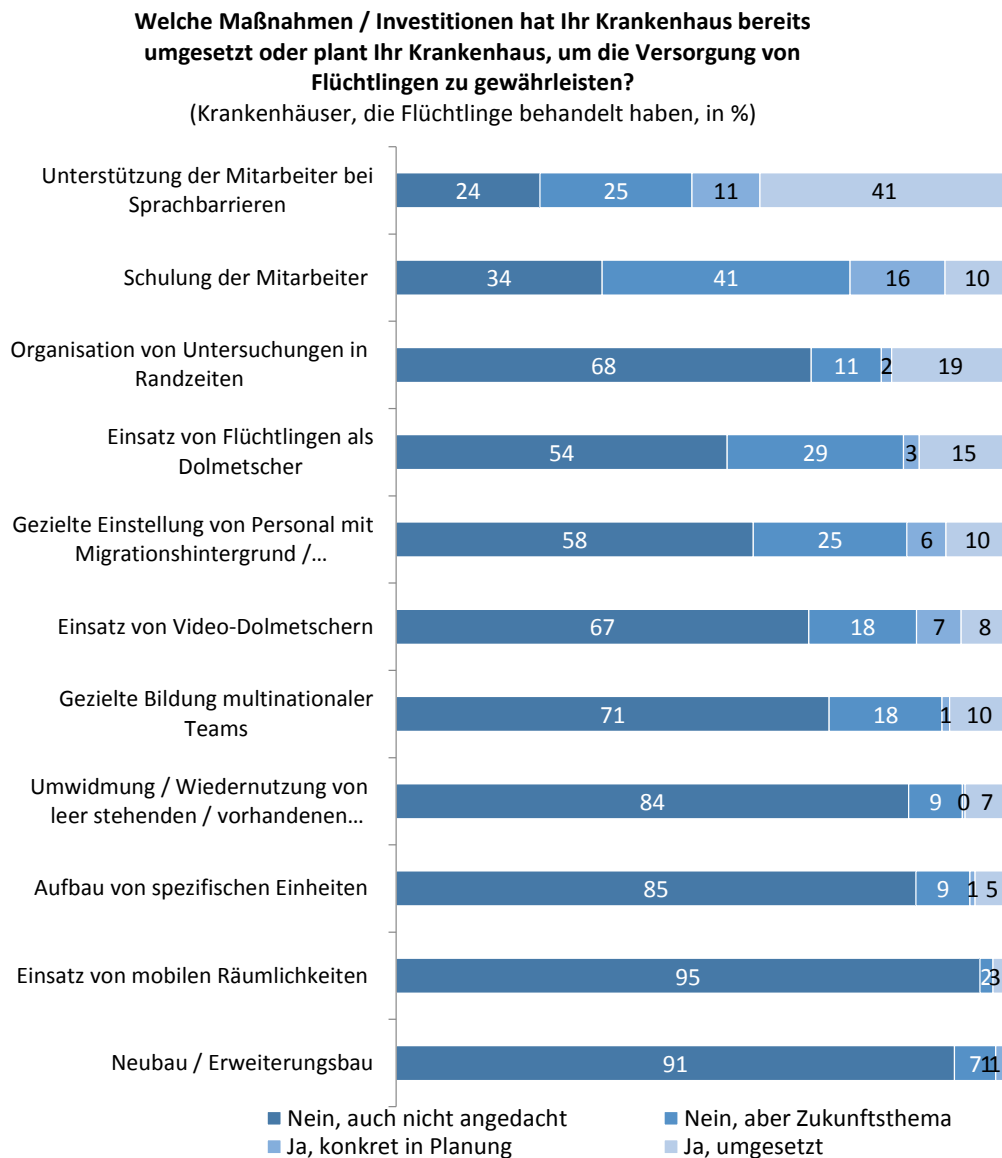
gen wird den Mitarbeitern geholfen, indem z.B. die wichtigsten Begriffe in verschiedene Sprachen übersetzt sind oder Körperatlanten zur Verfügung stehen. Weitere 11 % der Häuser plant die Umsetzung dieser Maßnahme derzeit konkret, für ein weiteres Viertel ist dies eine Zukunftsoption.

Weitere Möglichkeiten, um sprachliche Barrieren zu überwinden, ist der Einsatz von Flüchtlingen für Übersetzungen oder von Video-Dolmetschern. Flüchtlinge werden in 15 % der Häuser bereits als Dolmetscher eingesetzt, für 29 % der Kliniken ist dies ein Zukunftsthema. Gleichwohl stellt für etwas mehr als die Hälfte der Krankenhäuser der Einsatz von Flüchtlingen als Übersetzer keine Option dar. Die Nutzung von Video-Dolmetschern ist für den Großteil der Häuser eher keine Möglichkeit (67 %), sprachliche Hürden zu überwinden. Eine Umsetzung erfolgt bereits in 8 % der Einrichtungen, weitere 7 % planen es konkret, für 18 % ist es ein Zukunftsthema.

Die gezielte Einstellung von Personal mit (vergleichbarem) Migrationshintergrund bzw. den zur Betreuung der vor Ort behandelten Flüchtlinge benötigten Sprachkenntnissen sowie die beabsichtigte Bildung multinationaler Teams sind in je 10 % der Häuser bereits realisiert. 31 % bzw. 19 % der Krankenhäuser planen dies konkret bzw. zukünftig. Schulungen der Mitarbeiter, z. B. im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen oder zu kulturellen Besonderheiten, sind in einem Zehntel der Kliniken bereits umgesetzt, in 16 % sind sie in Planung.

Eine Organisation von Untersuchungen in Randzeiten, z. B. Erstuntersuchungen von Flüchtlingen am frühen Morgen, hat knapp ein Fünftel der Krankenhäuser bereits realisiert, in 11 % ist es ein Zukunftsthema. Gleichwohl ist es für den überwiegenden Teil der Häuser keine Option (68 %).

Die Umwidmung oder Wiedernutzung von leer stehenden bzw. bereits vorhandenen Gebäuden, der Aufbau von spezifischen Einheiten, der Einsatz von mobilen Räumlichkeiten sowie Neu- oder Erweiterungsbauten sind von den Einrichtungen eher selten umgesetzt oder vorgesehen, um sich auf die Versorgung von Flüchtlingen einzustellen (Abb. 4).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Ergriffene oder geplante Maßnahmen bei der Versorgung von Flüchtlingen

Vergleicht man, inwieweit Häuser unterschiedlicher Größe die verschiedenen Maßnahmen ergriffen oder geplant haben, so zeigt sich folgendes Bild. Die Einrichtungen mit 100 bis 299 Betten haben in Summe die meisten Aspekte am seltensten realisiert, die großen Kliniken am häufigsten. Deutliche Unterschiede in der Umsetzung zeigen sich beispielsweise beim Aufbau von spezifischen Einheiten und der Unterstützung der Mitarbeiter bei Sprachbarrieren. Beides ist weitaus häufiger in großen als in kleinen Häusern realisiert. In den

mittelgroßen Krankenhäusern sind die Themen öfter ein Zukunftsthema als in den anderen Größenklassen.



KRANKENHAUS BAROMETER 2016



2 Stellenbesetzungsprobleme

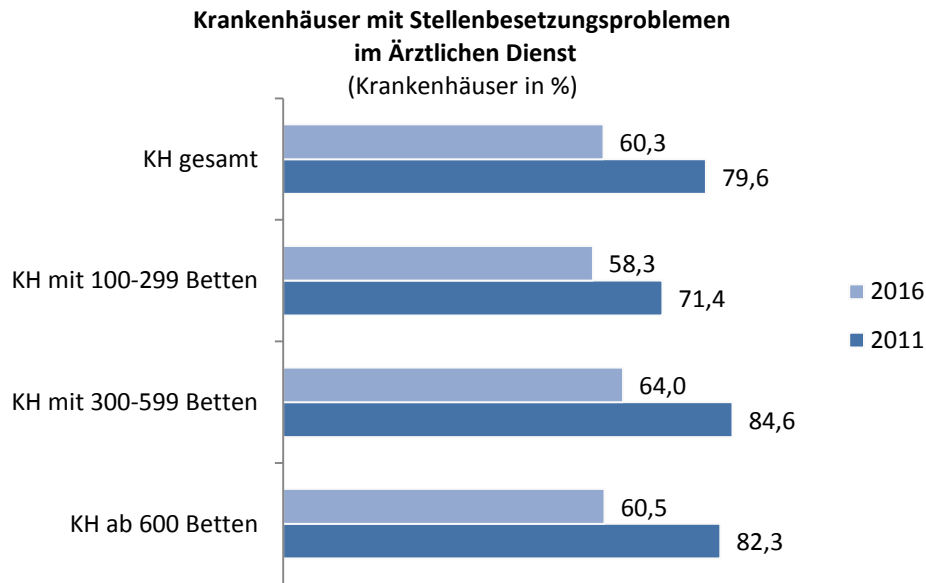
Der Fachkräftemangel bzw. Stellenbesetzungsprobleme bilden eine zentrale Herausforderung für die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer, wie schon in der Erhebung zum *Krankenhaus Barometer 2011*, angeben, inwieweit sie Stellenbesetzungsprobleme 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.

2.1 Ärztlicher Dienst

Zunächst werden die Ergebnisse für den Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser dargestellt. Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit das jeweilige Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2016 Probleme hatte, offene Arztstellen zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

Im Frühjahr 2016 hatten 60 % der Krankenhäuser Probleme, offene Arztstellen zu besetzen. Von allen untersuchten Berufsgruppen ist der Ärztliche Dienst damit weiterhin am stärksten von Stellenbesetzungsproblemen betroffen, wenngleich mit rückläufiger Tendenz. Im Jahr 2011 sahen sich noch 80 % der Krankenhäuser mit dem Ärztemangel konfrontiert.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst

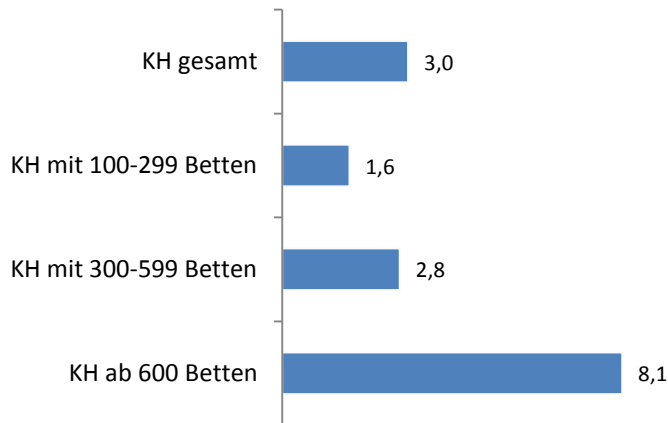
Nach Krankenhausgröße gab es im Frühjahr 2016 kaum Unterschiede hinsichtlich der Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst (Abb. 5). Größenklassenübergreifend waren jeweils rund 60 % der Einrichtungen mit diesem Problem konfrontiert.⁶ Das Gleiche gilt für die regionale Lage gemäß Amtlicher Raumordnung. In Ballungsgebieten (Agglomerationsräumen), städtischen und ländlichen Räumen hatten gleichfalls jeweils rund 60 % der Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst (Ergebnisse nicht dargestellt).

Die Krankenhäuser mit Personalmangel im Ärztlichen Dienst konnten im Mittel 3,0 Vollkraftstellen nicht besetzen. Im Vergleich zu 2011 mit durchschnittlich 3,5 vakanten Arztstellen ist somit der Ärztemangel in den betroffenen Krankenhäusern etwas rückläufig (Abb. 6).

⁶ Im *Krankenhaus Barometer 2011* bildeten die Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten noch die Grundgesamtheit der Erhebung. Für Zeitvergleiche zwischen den Barometern 2011 und 2016 sind deswegen die *Barometer*-Ergebnisse von 2011 erneut ausgewertet worden. Konkret beziehen sich die Vergleichsergebnisse für 2011 nunmehr auf die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten bzw. in der unteren Bettengrößenklasse auf Krankenhäuser mit 100-299 Betten. Deswegen kommt es in der unteren Größenklasse bzw. bei den Ergebnissen für die Krankenhäuser insgesamt zu leichten Abweichungen zu den im *Krankenhaus Barometer 2011* explizit ausgewiesenen Ergebnissen (vgl. DKI, 2011). Das Gleiche gilt analog für die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zu Stellenbesetzungsproblemen in den anderen Berufsgruppen und Diensten.

Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Vollkraftstellen in den jeweiligen Häusern konnten die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt knapp 3 % ihrer Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen.

Nicht besetzte Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst pro KH 2016
(Mittelwerte für Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Nicht besetzte Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst pro Krankenhaus in 2016

Rechnet man die Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten hoch, konnten bundesweit gut 2.000 Vollkraftstellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Das entspricht einem Anteilswert von rund 1,5 % der ärztlichen Vollkraftstellen in der genannten Grundgesamtheit insgesamt.

2011 war die Anzahl der nicht besetzten Arztstellen noch fast doppelt so hoch. Der Rückgang dürfte insbesondere auch auf den Einsatz von Honorarärzten und die verstärkte Akquise von Ärzten aus dem Ausland zurückzuführen sein.

2.2 Pflegedienst auf Normalstationen

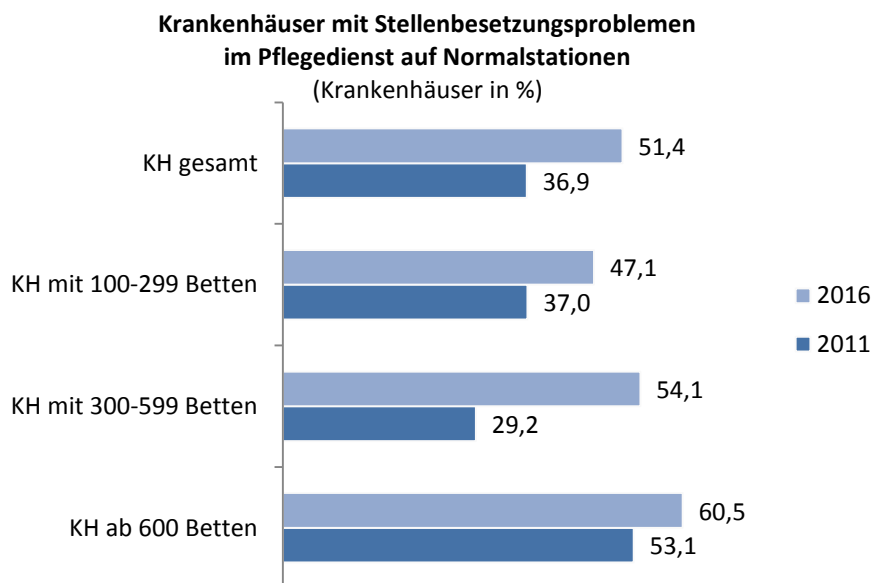
Für den Pflegedienst wurden im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* nur Stellenbesetzungsprobleme auf den Normalstationen erhoben (also ohne Berücksichtigung der Intensivpflege).⁷

⁷ Grund hierfür bildete eine parallel durchgeführte DKI-Studie zur Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin.

Die konkrete Fragestellung lautete, inwieweit das Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2016 Probleme hatte, offene Stellen für das Pflegepersonal im Stationsdienst (Normalstation) zu besetzen bzw. wie viele Stellen, gemessen in Vollkräften, vakant waren.

51 % der Krankenhäuser haben demnach Probleme, offene Stellen im Pflegedienst der Normalstationen zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2011 hat der Anteil betroffener Krankenhäuser damit merklich zugenommen. Seinerzeit lag der entsprechende Anteilswert noch bei 37 %.

Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Fachkräftemangel in der Pflege zu (Abb. 7). Während in der Bettengrößenklasse unter 300 Betten 47 % der Häuser entsprechende Stellenbesetzungsprobleme hatten, waren es in der mittleren Größenklasse 54 % und bei den Großkrankenhäusern ab 600 Betten 61 % der Einrichtungen.



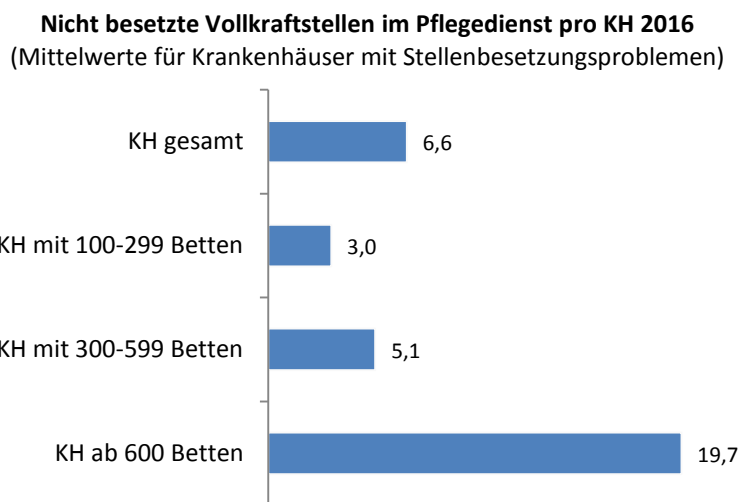
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst auf Normalstationen

Zwischen Ballungsgebieten (Agglomerationsräumen), städtischen und ländlichen Räumen gab es hingegen kaum Unterschiede bei Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst (Ergebnisse nicht dargestellt).



Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im Pflegedienst der Normalstationen konnten im Mittel 6,6 Vollkraftstellen nicht besetzen. Gegenüber 2011 (5,6 VK) entspricht das einer Steigerung von einer Vollkraftstelle. Vor allem die Großkrankenhäuser ab 600 Betten haben eine deutlich überdurchschnittliche Anzahl an vakanten Pflegestellen (Abb. 8). 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 dem Wert von 2011.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Nicht besetzte Vollkraftstellen im Pflegedienst pro Krankenhaus in 2016

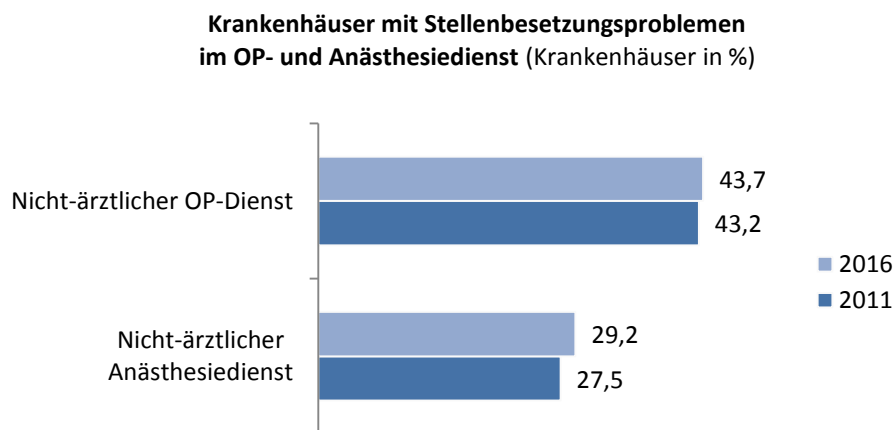
Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten blieben bundesweit knapp 3.900 Vollkraftstellen im Pflegedienst unbesetzt. Gegenüber 2011 mit rund 3.000 unbesetzter Pflegestellen entspricht dies einer Steigerung von 30 % binnen fünf Jahren. Bezogen auf die Vollkraftstellen im Pflegedienst auf den Normalstationen der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten insgesamt sind knapp 2 % der Pflegestellen derzeit vakant.

2.3 Nicht-ärztliches Personal im OP- und Anästhesiedienst

Das nicht-ärztliche Personal im Operationsdienst umfasst Operationstechnische Assistenten (OTA), weitergebildete OP-Pflegefachkräfte sowie nicht entsprechend aus- oder weitergebildetes OP-Personal. Das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie umfasst Anästhesietechnische Assistenten (ATA), weitergebildete Anästhesie- und Intensivfachpflegekräfte sowie Anästhesiepersonal ohne Weiterbildung.

44 % der Krankenhäuser hatten im Frühjahr 2016 Probleme, offene Stellen beim nicht-ärztlichen Personal im Operationsdienst zu besetzen. Gegenüber 2011 ist der Wert nahezu konstant geblieben (Abb. 9).

Im Vergleich zum OP-Personal fällt beim nicht-ärztlichen Personal im Anästhesiedienst der Anteil der Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen mit 29 % niedriger aus, ist im Zeitvergleich aber ebenfalls weitgehend konstant geblieben.

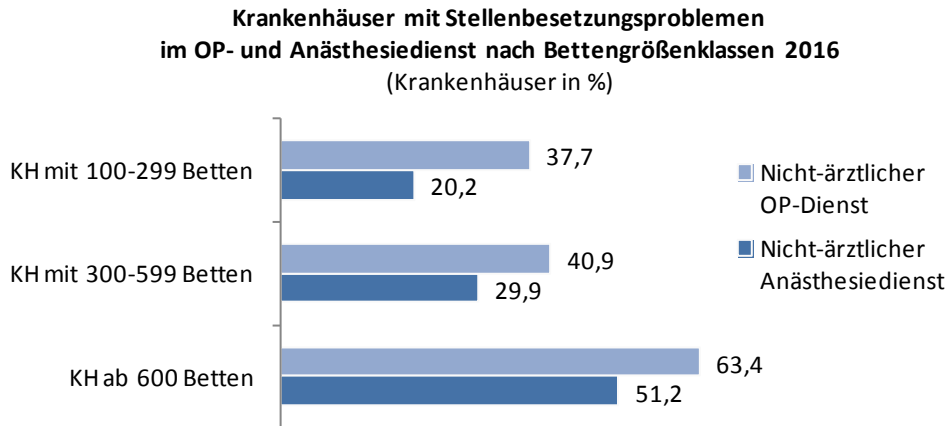


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im OP- und Anästhesiedienst

Wie schon im Jahr 2011 variieren die Stellenbesetzungsprobleme beim nicht-ärztlichen Personal im OP- und Anästhesiedienst in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Abb. 10). D.h. größere Krankenhäuser ab 600 Betten sind

hier deutlich überproportional betroffen. So haben fast zwei Drittel dieser Einrichtungen Stellenbesetzungsprobleme im nicht-ärztlichen OP-Dienst und etwa jedes zweite Haus entsprechende Probleme im Anästhesiedienst.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen im OP- und Anästhesiedienst nach Bettengrößenklassen in 2016

Nach der regionalen Lage gemäß Amtlicher Raumordnung sind Krankenhäuser in Ballungsgebieten (Agglomerationsräumen) stärker vom Personalmangel im OP-Dienst (48 %) bzw. im Anästhesiedienst (36 %) betroffen als Häuser in städtischen Räumen (40 % bzw. 24 %) und ländlichen Räumen (41 % bzw. 22 %).

Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten im Mittel rund 2 Vollkraftstellen im Operationsdienst nicht besetzen. Für das nicht-ärztliche Personal in der Anästhesie lag der Durchschnittswert bei 1,6 Stellen. Die Verteilung der offenen Stellen nach Krankenhausgröße kann im Einzelnen der Abb. 11 entnommen werden.

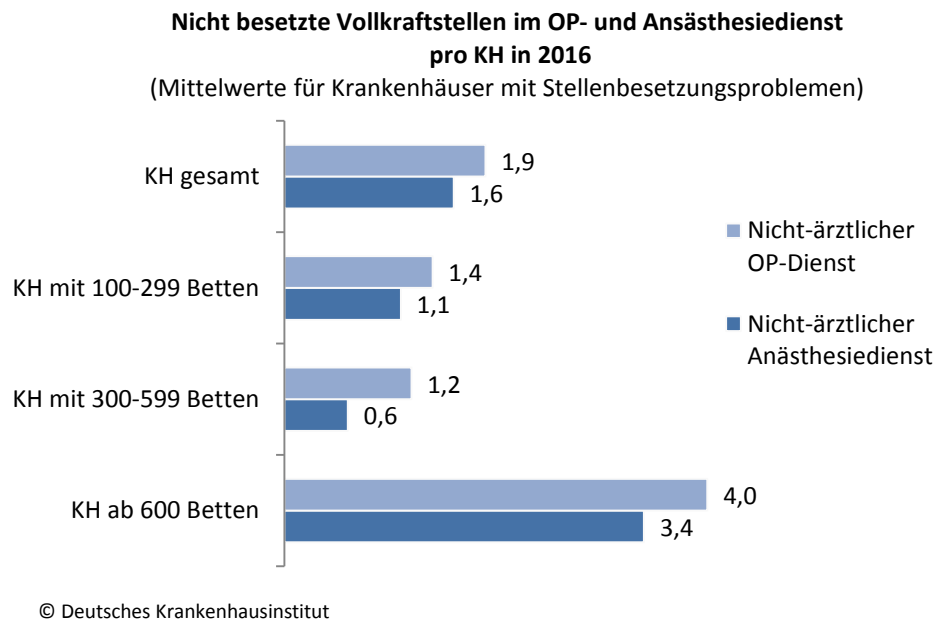


Abb. 11: Nicht besetzte Vollkraftstellen im OP- und Anästhesiedienst pro Krankenhaus in 2016

Bezogen auf die Gesamtzahl der heutigen Stellen in den jeweiligen Krankenhäusern konnten die Häuser mit Stellenbesetzungsproblemen insgesamt rund 6 % ihrer Vollkraftstellen im Operationsdienst respektive 8 % der Vollkraftstellen im Anästhesiedienst nicht besetzen.

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten hoch, blieben bundesweit fast 900 Vollkraftstellen im Operationsdienst unbesetzt. Bezogen auf das aktuelle OP-Personal von knapp 28.000 Vollkraftstellen sind bundesweit gut 3 % der Stellen im nicht-ärztlichen OP-Dienst vakant.⁸

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 im Anästhesiedienst aus.

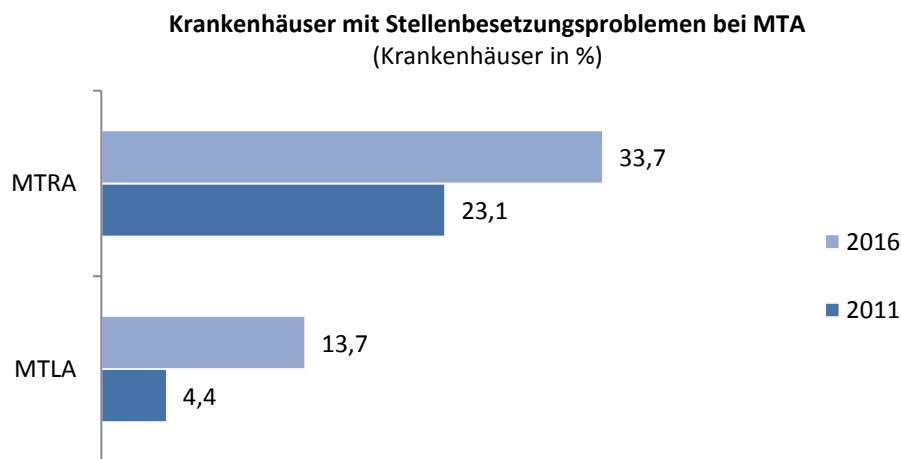
⁸ Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte im nicht-ärztlichen OP-Dienst handelt es sich um einen Schätzwert, da die entsprechende Vollkräftezahl beim Statistischen Bundesamt nicht ausgewiesen ist. In der Schätzung wurde die Verhältniszahl von Vollkräften zu Beschäftigten in der OP-Pflege nach dem *DKI-Krankenhaus Barometer* auf das im Krankenhaus beschäftigte Personal im OP-Dienst (Köpfe) laut Statistischem Bundesamt bezogen. Die Vorgehensweise beim nicht-ärztlichen Anästhesiedienst war analog zur OP-Dienst.

2.4 MTA

Die humanmedizinischen MTA-Berufe umfassen in erster Linie die Berufsbilder des Medizinisch-Technischen Radiologieassistenten (MTRA) und des Medizinisch-Technischen Laboratoriumsassistenten (MTLA). Stellenbesetzungsprobleme gibt es insbesondere bei MTRA.

Ein Drittel der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten konnte im Frühjahr 2016 entsprechende Stellen nicht besetzen. Nach Bettengrößenklassen gab es in dieser Hinsicht faktisch kaum Unterschiede (Abb. 12). Seit 2011 haben die Stellenbesetzungsprobleme bei MTRA merklich zugenommen. Seinerzeit waren erst 23 % der Häuser davon betroffen.

Dass gleiche gilt für MTLA. Hier stieg der Anteil der vom Fachkräftemangel betroffenen Häuser von 4 % auf 14 % bei überproportionaler Betroffenheit der Großkrankenhäuser ab 600 Betten (23 %).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei MTA

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei MTRA konnten durchschnittlich rund eine Vollkraftstelle nicht besetzen, bei den MTLA war es im Mittel etwa eine halbe Vollkraftstelle.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser ab 100 Betten, blieben bundesweit rund 370 Vollkraftstellen für MTRA unbesetzt.

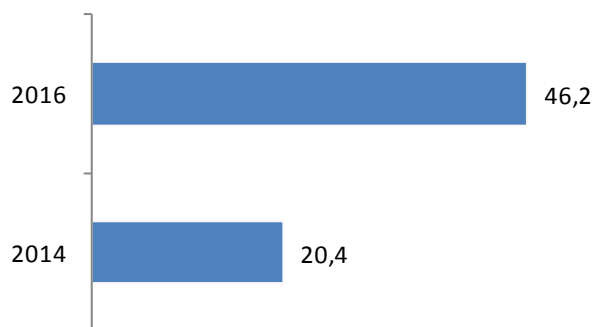
Bezogen auf die Gesamtzahl der Vollkräfte an MTRA (ca. 13.000 VK) entspricht das einem Anteilswert von rund 3 %. Bei MTLA lag die Anzahl offener Stellen hochgerechnet unter 100 Vollkraftstellen bzw. der entsprechende Anteilswert unter 1 % (von gut 14.000 VK).⁹

2.5 Hebammen

In Frühjahr 2016 hatte fast jedes zweite Krankenhaus mit einer geburtshilflichen Abteilung (46 %) Probleme, offene Stellen für Hebammen bzw. Entbindungspfleger zu besetzen. Nach Bettengrößenklassen gibt es in dieser Hinsicht nur geringfügige Unterschiede. Allerdings sind Krankenhäuser in ländlichen Räumen (56 %) als Häuser in Ballungsgebieten (Agglomerationsräumen) und städtischen Räumen (mit jeweils rund 45 %).

Im Vergleich zum Jahr 2014, als entsprechende Stellenbesetzungsprobleme letztmalig im *Krankenhaus Barometer* erhoben worden sind, hat sich der Anteil der betroffenen Häuser mehr als verdoppelt. Seinerzeit führten rund 20 % der Häuser mit Geburtshilfe vakante Hebammenstellen an.

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei Hebammen
(Krankenhäuser mit Geburtshilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen bei Hebammen

Im Mittel blieben in den betroffenen Geburtshilfen 1,6 Vollkraftstellen von Hebammen unbesetzt. Das entspricht rund 13 % der entsprechenden Stellen insgesamt.

⁹ Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte an MTA handelt es sich um Schätzwerte. Die Schätzung erfolgte analog zum Vorgehen im OP- und Anästhesiedienst.



Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser ab 100 Betten, blieben bundesweit gut 400 Vollkraftstellen für Hebammen unbesetzt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Vollkräfte an Hebammen (ca. 7.000 VK) entspricht das einem Anteilswert von rund 6 %.¹⁰

2.6 Einsatz von Honorarkräften

Sofern ein Krankenhaus keine (geeigneten) Bewerber für vakante Stellen findet, kann es ggf. auf Honorarkräfte zurückgreifen (z. B. über Personalagenturen). Für ausgewählte Berufsgruppen und Dienste sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit dies der Fall ist.

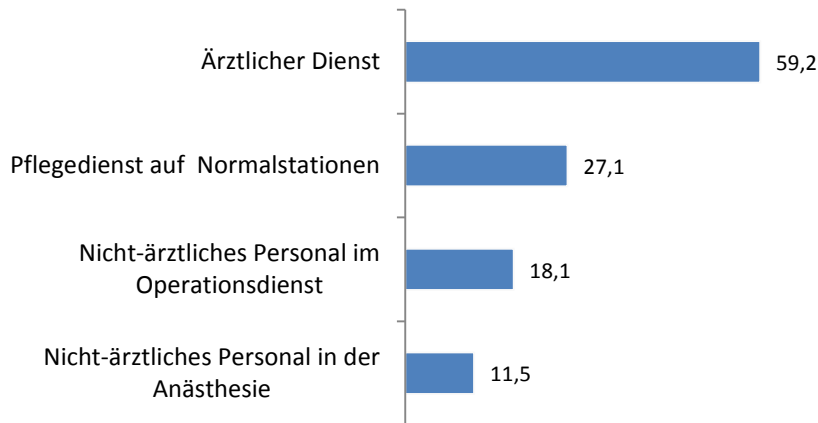
Fast 60 % der Krankenhäuser haben im Jahr 2015 Honorarärzte beschäftigt. Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne eigene Praxis bzw. ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen Honorar im Krankenhaus tätig sind. Davon zu unterscheiden sind honorarärztlich tätige Ärzte, die neben ihrer in eigener Praxis oder Tätigkeit als angestellter Arzt gegen Honorar im Krankenhaus arbeiten.

Nach Bettengrößenklassen resultierten bei der Beschäftigung von Honorarärzten kaum Unterschiede. Im Zeitvergleich ist der Anteil der Krankenhäuser mit Beschäftigung von Honorarärzten jedoch rückläufig. 2011 führten noch 71 % der Befragten an, Honorarärzte zu beschäftigen.

Erstmals wurde im diesjährigen *Krankenhaus Barometer* auch der Einsatz von Honorarkräften in anderen Diensten und Berufsgruppen im Krankenhaus erhoben. So beschäftigt mittlerweile gut ein Viertel der Krankenhäuser (27 %) auf den Normalstationen Pflegekräfte auf Honorarbasis. Für den nicht-ärztlichen OP-Dienst liegt der Anteilswert bei 18 % und für den nicht-ärztlichen Anästhesiedienst bei 12 % (Abb. 14). Mit steigender Krankenhausgröße nimmt auch der Einsatz von Honorarkräften zu. So beschäftigt beispielsweise in der Bettengrößenklasse ab 600 Betten fast die Hälfte der Häuser Honorarkräfte im Pflegedienst und jeweils knapp ein Drittel der Einrichtungen Honorarkräfte im nicht-ärztlichen OP- und Anästhesiedienst.

¹⁰ Bei der Gesamtzahl der bundesweiten Vollkräfte an Hebammen handelt es sich um einen Schätzwert. Die Schätzung erfolgte analog zum Vorgehen im OP- und Anästhesiedienst

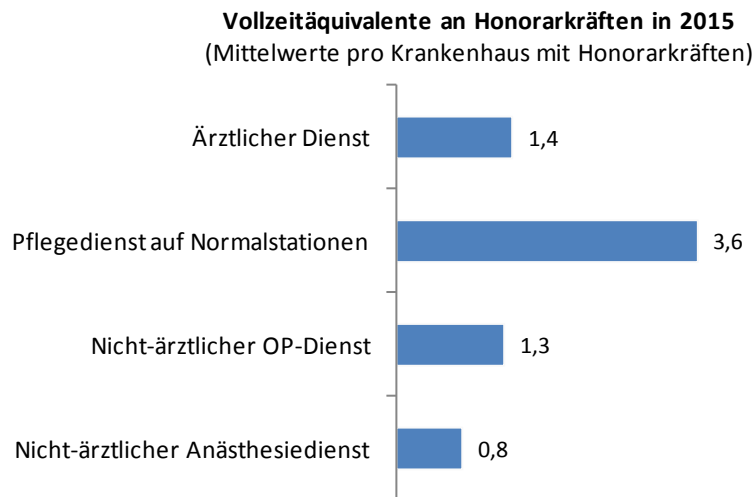
**Beschäftigung von Honorarkräften im Krankenhaus 2015
nach Diensten (Krankenhäuser in %)**



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 14: Beschäftigung von Honorarkräften im Krankenhaus in 2015 nach Diensten

Über den bloßen Einsatz von Honorarkräften hinaus sollten die Befragungsteilnehmer angeben, wie viele Honorarkräfte sie umgerechnet in Vollkräften in ihrem Krankenhaus im Jahr 2015 im Jahresdurchschnitt beschäftigt haben. Demnach entsprach die Beschäftigung von Honorarärzten einem Stellenäquivalent von durchschnittlich 1,4 ärztlichen Vollkräften pro entsprechendem Krankenhaus. Bei den Häusern mit Honorarkräften im Pflegedienst von Normalstationen waren im Jahresdurchschnitt 3,6 Vollzeitäquivalente auf Honorarbasis beschäftigt. Der entsprechende Wert für den nicht-ärztlichen OP-Dienst beträgt 1,3 Vollzeitäquivalente und für den nicht-ärztlichen Anästhesiedienst 0,8 Vollzeitäquivalente (Abb. 15).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 15: Vollzeitäquivalente an Honorarkräften in 2015

Rechnet man die Vollzeitäquivalente von Honorarkräften je Krankenhaus auf die Grundgesamtheit aller Krankenhäuser ab 100 Betten hoch, sind Honorarkräfte jedoch von untergeordneter Relevanz. In Relation zu den fest angestellten Vollkräften in den genannten Diensten und Berufsgruppen liegt der Anteil der Honorarkräfte bundesweit jeweils unter 1 %.



3 Pflege von Angehörigen

Mit den Neuregelungen im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz erhalten Beschäftigte ab dem 1. Januar 2015 mehr zeitliche Flexibilität und Sicherheit, um Angehörige zu pflegen und dennoch berufstätig zu bleiben.

Für die zehntätige Auszeit, die Beschäftigte bei einem akuten Pflegefall in der Familie zur organisatorischen Sicherstellung der Versorgung nehmen können, wurde das Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung eingeführt (§ 2 PflegeZG; § 44a SGB XI). Des Weiteren besteht ein Anspruch auf eine Pflegezeit¹¹ mit vollständiger oder teilweiser Freistellung von bis zu sechs Monaten (§ 3 PflegeZG). Hinzu kommt der Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit¹², mit einer teilweisen Freistellung für die häusliche Pflege und die Betreuung eines pflegebedürftigen Minderjährigen (§§ 2,3 FPfZG). Insgesamt können Beschäftigte ihre Arbeitszeit 24 Monate lang auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren, um nahe Angehörige zuhause zu pflegen. Zur Absicherung des Lebensunterhalts besteht während der Freistellungen ein Anspruch auf ein zinsloses Darlehen beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA).

Im *Krankenhaus Barometer 2016* wurden die teilnehmenden Einrichtungen nach der Inanspruchnahme der gesetzlichen Möglichkeiten zur Freistellung für die Pflege von Angehörigen durch ihre Mitarbeiter gefragt.

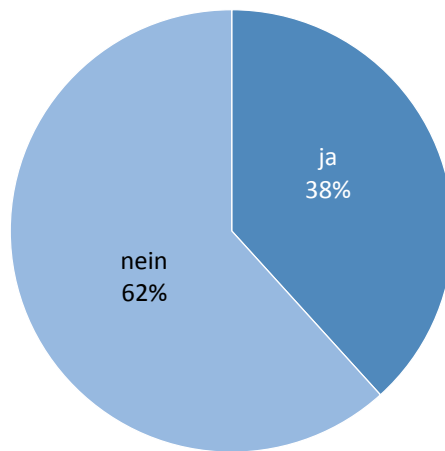
3.1 Inanspruchnahme von Pflegezeit

38 % der befragten Krankenhäuser haben berichtet, dass im Jahr 2015 Mitarbeiter ihres Hauses Pflegezeit für die Pflege von Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz oder Familienpflegezeitgesetz in Anspruch genommen haben (Abb. 16).

¹¹ Kein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten.

¹² Kein Rechtsanspruch gegenüber Arbeitgebern mit 25 oder weniger Beschäftigten (ohne zur Berufsbildung Beschäftigte).

Inanspruchnahme von Pflegezeit für die Pflege von Angehörigen im Jahr 2015 von Mitarbeitern des Krankenhauses?
(Krankenhäuser in %)

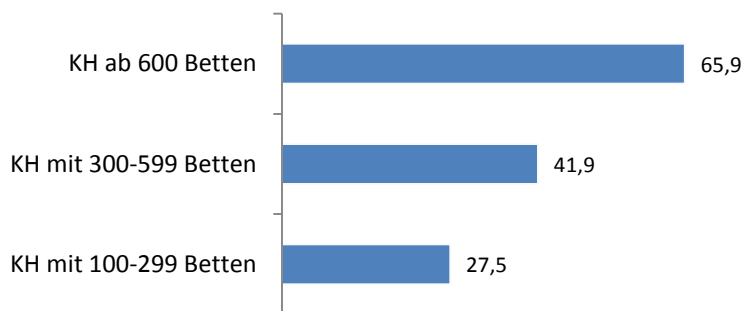


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 16: Inanspruchnahme von Pflegezeit im Jahr 2015

In größeren Krankenhäusern wurden dabei deutlich häufiger die gesetzlichen Möglichkeiten genutzt als in kleineren Einrichtungen: 66 % der teilnehmenden Krankenhäuser ab 600 Betten und 28 % der Kliniken mit 100 bis 299 Betten berichteten von Inanspruchnahmen von Pflegezeiten durch ihre Beschäftigten (Abb. 17).

Inanspruchnahme von Pflegezeit für die Pflege von Angehörigen im Jahr 2015 von Mitarbeitern des Krankenhauses?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 17: Inanspruchnahme von Pflegezeit im Jahr 2015 nach Krankenhausgröße

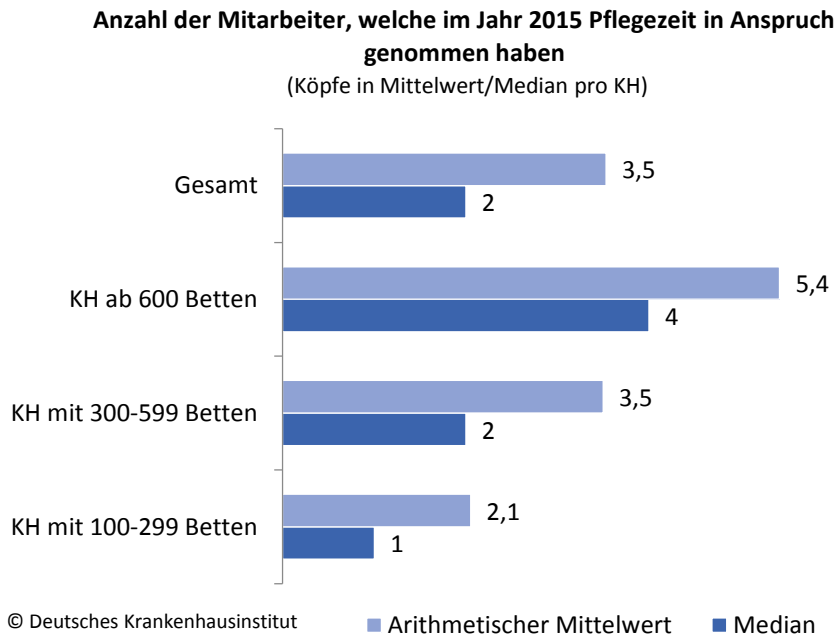


Abb. 18: Anzahl der Mitarbeiter in Pflegezeit im Jahr 2015

Die Anzahl der Mitarbeiter pro Krankenhaus, welche Pflegezeit in Anspruch genommen haben, stieg ebenfalls mit zunehmender Bettenzahl der Einrichtung. Im Mittel (arithmetischer Mittelwert) haben 5,4 Beschäftigte der großen Kliniken (ab 600 Betten) und 2,1 Beschäftigte der kleinen Kliniken (100-299 Betten) die Pflegezeit genutzt. Insgesamt haben durchschnittlich 3,5 Mitarbeiter pro Einrichtung Pflegezeit im Jahr 2015 in Anspruch genommen.

Wurden von Mitarbeitern in den teilnehmenden Kliniken die gesetzlichen Möglichkeiten genutzt, waren dies in der Hauptsache eine (kurzfristige) Arbeitsverhinderung für maximal 10 Tage (63 % der Fälle) von durchschnittlich 2 Mitarbeitern pro Einrichtung sowie eine vollständige Freistellung (Pflegezeit) für maximal sechs Monate (60 % der Fälle) von durchschnittlich 3,3 Mitarbeitern pro Krankenhaus (Abb. 19).¹³

¹³ Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage möglich.

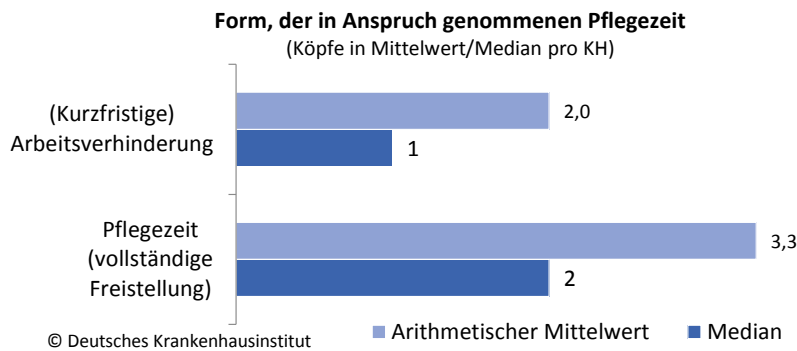


Abb. 19: Form der in Anspruch genommenen Pflegezeit

3.2 Annahme betrieblicher Unterstützungsangebote

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden des Weiteren gefragt, welche betrieblichen Unterstützungsangebote ihre Mitarbeiter wegen der Pflege von Angehörigen im Jahr 2015 in Anspruch genommen haben. Dabei wurden ausdrücklich auch die Einrichtungen bzw. Mitarbeiter einbezogen, welche keine Leistungen nach dem Familienpflegezeitgesetz oder Pflegezeitgesetz beanprucht haben (Abb. 20). Ein Viertel der Kliniken berichtete, dass ihre Beschäftigten häufig oder sehr häufig eine Verringerung ihrer Arbeitszeit sowie bei 22 % der Krankenhäuser eine zeitlich begrenzte Teilzeitstelle angenommen haben. Bei jeweils rund 40 % der befragten Einrichtungen war dies noch manchmal der Fall. 17 % der Krankenhäuser berichteten von individuellen Lösungen, die häufig und sehr häufig zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten getroffen wurden, und in 14 % der Einrichtungen wurden die Beschäftigten in akuten Notfällen (häufig oder sehr häufig) von der Arbeit befreit. In 35 % bzw. 38 % der befragten Einrichtungen wurden diese speziellen Unterstützungsangebote manchmal in Anspruch genommen.

Der Ausstieg aus dem Schichtdienst, ein unbezahlter Urlaub/Sabbatical, die Versetzung in einen anderen Arbeitsbereich sowie der dauerhafte Wechsel in den Nachtdienst sind dagegen Angebote, die nur sehr selten, in rund jeder dritten Klinik, von den Mitarbeitern genutzt wurden.

Weitere Unterstützungsangebote, wie beispielsweise Jobsharing, eine verlängerte Mittagspause oder Arbeiten von zu Hause wurde vergleichsweise selten

genutzt und in rund zwei Drittel der Häuser den Beschäftigten gar nicht angeboten.

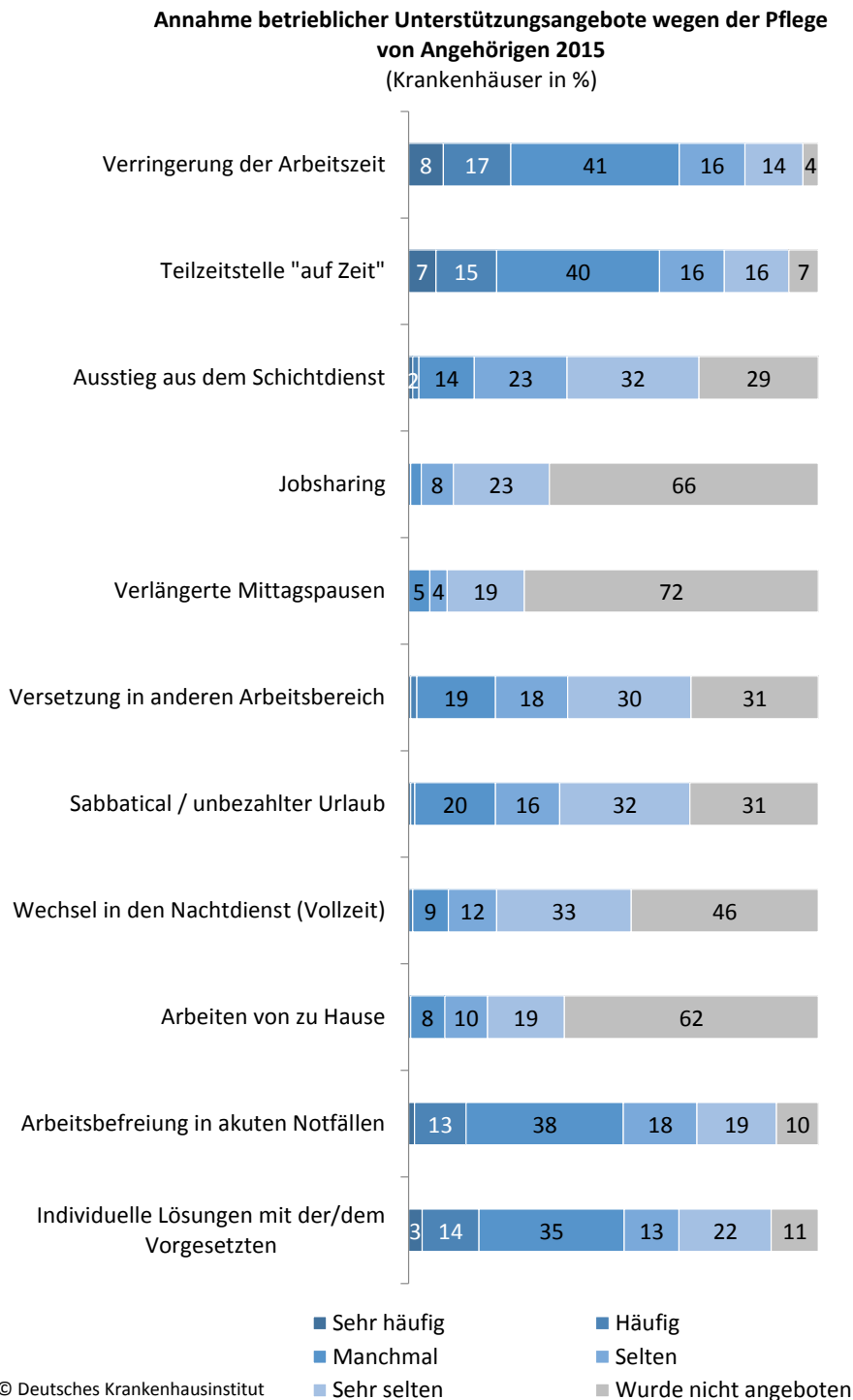


Abb. 20: Annahme betrieblicher Unterstützungsangebote von Mitarbeitern wegen der Pflege von Angehörigen im Jahr 2015



Signifikante Unterschiede wurden bei der Inanspruchnahme einiger Unterstützungsangebote hinsichtlich der Größe des Krankenhauses festgestellt: So berichteten 43 % der teilnehmenden Krankenhäuser ab 600 Betten, 19 % der Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten und 23 % der Kliniken mit 100 bis 299 Betten häufig und sehr häufig von Verringerungen der Arbeitszeit bei Mitarbeitern wegen der Pflege von Angehörigen. Ebenso nahmen 38 % der Beschäftigten der großen Einrichtungen ab 600 Betten häufig und sehr häufig eine zeitlich befristete Teilzeitstelle an, während dies Mitarbeiter der kleinen Kliniken mit 100 bis 299 Betten zu 20 % und Beschäftigte der Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten in 15 % der Fälle taten.

3.3 Weitere betriebliche Angebote

Nach weiteren Möglichkeiten oder Angeboten zur Unterstützung ihrer Mitarbeiter bei der Pflege von Angehörigen gefragt, berichteten 73 % der teilnehmenden Einrichtungen, interne Ansprechpartner für ein persönliches Beratungsangebot vorzuhalten (Abb. 21). Knapp jedes zweite Krankenhaus hält zusätzlich schriftliches Informationsmaterial bereit und bietet darüber hinaus seinen pflegenden Mitarbeitern die Möglichkeit der Mitnahme von Kantinenessen für sich und ihre Angehörigen. Gut ein Viertel der Kliniken schließt des Weiteren Kooperationen mit nahe gelegenen Anbietern ambulanter sowie stationärer Tages- und Kurzzeitpflegeanbieter und führt dazu kostenlose Pflegekurse für Familienangehörige durch.

Die Vermittlung von haushaltsnahen Dienstleistungen, wie beispielsweise Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Wäscheservice etc., sowie die Vorhaltung von Belegplätzen für Kurzzeitpflege für Angehörige von Mitarbeitern in trägereigenen Einrichtungen wird dagegen weniger häufig (14 % bzw. 11 % der befragten Einrichtungen) angeboten. Kaum eine Rolle spielen in den Kliniken Notfallpläne für Mitarbeiter im Falle einer eintretenden Pflegebedürftigkeit, die Einrichtung eines Freiwilligen-Pools für Betreuungs- und Besuchsdienste, spezielle Mitarbeiterparkplätze bei verlängerten Mittagspausen oder die Gründung von Betroffenenengruppen.

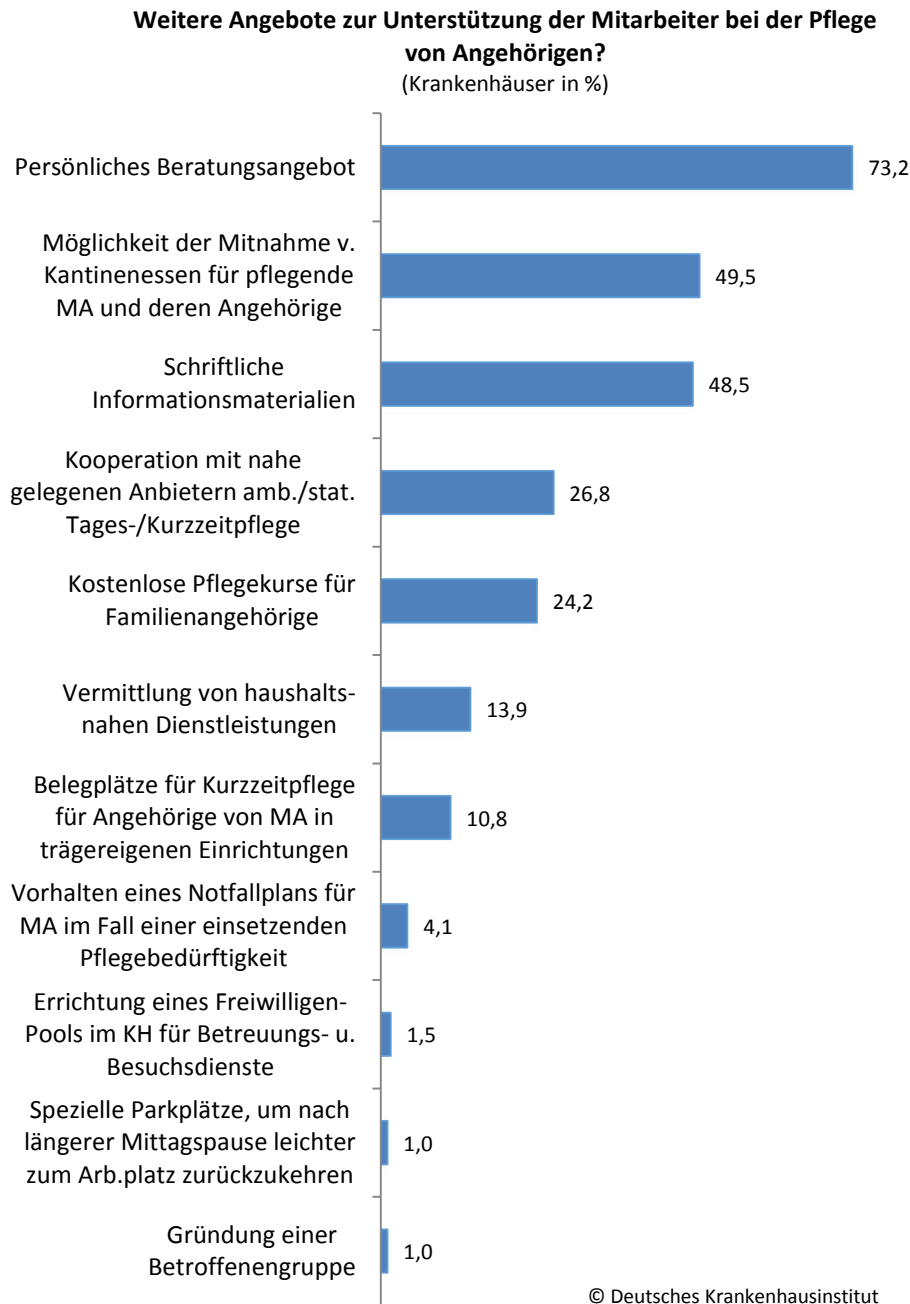


Abb. 21: Weitere Angebote zur Unterstützung der Mitarbeiter (MA) bei der Pflege der Angehörigen im Jahr 2015

Als zusätzliche sonstige Angebote an die Mitarbeiter zur Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen wurden genannt: Kooperationen mit der Stadt, die Vermittlung von Unterstützung durch ambulante Hospizgruppen sowie den AWO-Seniorendienst. Auch krankenhausinterne Beratungsdienstleistungen

wie beispielsweise durch den hauseigenen Sozialdienst oder die Personalabteilung werden den Mitarbeitern angeboten.

Deutliche Unterschiede gab es bei einigen Angeboten hinsichtlich der Krankenhausgröße: Die Mehrzahl der großen Häuser ab 600 Betten (70 %) hielt für ihre Mitarbeiter schriftliches Informationsmaterial bereit, während 40% der Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten und 45 % der Kliniken mit 100 bis 299 Betten dieses Angebot vorhielten. Kooperationen mit nahe gelegenen Anbietern ambulanter sowie stationärer Tages- und Kurzzeitpflegeanbieter für ihre Beschäftigten bieten dagegen eher die kleinen Kliniken an: 31 % der Kliniken mit 100 bis 299 Betten, 25 % der Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten und 19 % der teilnehmenden Krankenhäuser ab 600 Betten. Ebenso werden hausnahe Dienstleistungen eher von den kleineren Einrichtungen an ihre pflegenden Mitarbeiter vermittelt: 16 % der Kliniken mit 100 bis 299 Betten, 16% der Einrichtungen mit 300 bis 599 Betten und 5 % der teilnehmenden Krankenhäuser ab 600 Betten.





4 Ehrenamtliche Krankenhaushilfe

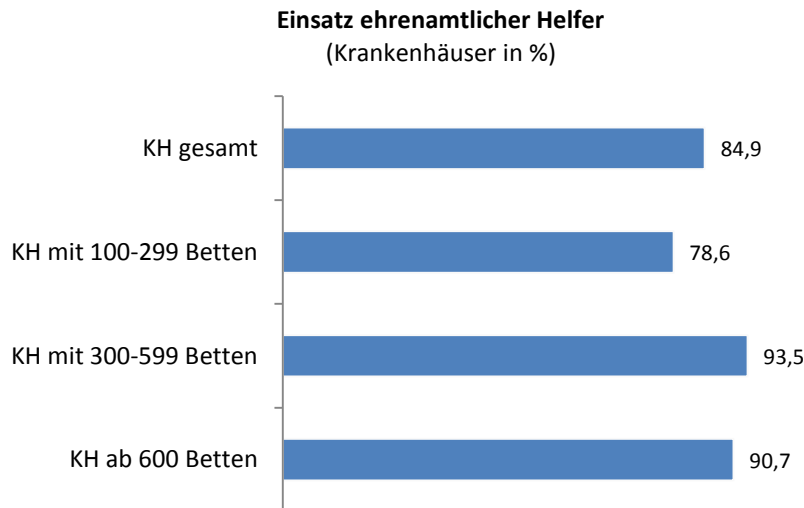
Ehrenamtlich Tätige leisten einen wichtigen Beitrag zur Patientenbetreuung im Krankenhaus. Ihre Tätigkeit stellt eine ergänzende Unterstützung und ein zusätzliches Angebot für Patienten und deren Angehörige dar. Der Fokus der Arbeit liegt in der persönlichen Ansprache der Patienten, in mitmenschlicher Nähe und Zuwendung. Sie übernehmen keine pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und verstehen ihren Dienst insofern nicht als Konkurrenz zu den professionell Pflegenden und den übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus (DKG, 2016).

Aus dem Jahr 2001 existiert bereits eine „Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur ehrenamtlichen Krankenhaushilfe“ (DKG, 2001), die Aufgaben, Anforderungen und Unterstützungsangebote für ehrenamtliche Krankenhaushelfer beschreibt. Zwischenzeitlich sind diese Empfehlungen in Zusammenarbeit mit Caritas und Diakonie angepasst und vom Vorstand der DKG verabschiedet worden (DKG, 2016). Dies bildete den Anlass, die ehrenamtliche Krankenhaushilfe im diesjährigen Krankenhaus Barometer eingehender zu untersuchen.

Die Mehrheit der ehrenamtlich Tätigen ist in den Dachverbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaushilfe und Evangelische Kranken- und Altenhilfe engagiert. Bundesweit sind rund 15.000 ehrenamtliche Helfer in diesen beiden Dachverbänden organisiert. Darüber hinaus gibt es noch trägerspezifische Gruppen, die örtlich tätig sind (DKG, 2016).

4.1 Einsatz von ehrenamtlichen Helfern

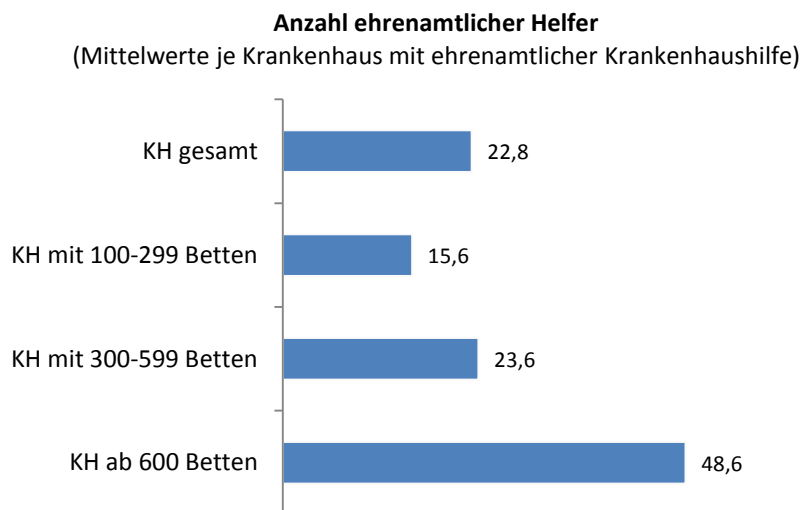
Eingangs sollten die Krankenhäuser angeben, ob in ihrem Haus ehrenamtliche Helfer („Grüne Damen und Herren“, „Blaue Engel“ o. ä.) in der Krankenbetreuung tätig sind. Dies ist überwiegend der Fall. In insgesamt 85 % aller Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten gibt es eine ehrenamtliche Krankenhaushilfe. In den Häusern ab 300 Betten sind ehrenamtliche Helfer etwas stärker vertreten als in den Häusern unter 300 Betten (Abb. 22).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 22: Einsatz ehrenamtlicher Helfer

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) sind in den Krankenhäusern mit ehrenamtlicher Krankenhaushilfe rund 23 ehrenamtliche Helfer tätig. Der Median der Verteilung liegt bei 18 Helfern. Ein Viertel dieser Einrichtungen hat bis zu 10 ehrenamtliche Helfer (unterer Quartilswert) und ein Viertel 33 oder mehr ehrenamtlich Tätige (oberer Quartilswert). Mit steigender Krankenhausgröße nimmt die Anzahl der ehrenamtlichen Helfer überproportional zu (Abb. 23).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 23: Anzahl ehrenamtlicher Helfer



Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit gibt es in den Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten rund 21.000 ehrenamtliche Helfer, davon etwa 90 % Frauen.

Insgesamt ist die Anzahl der ehrenamtlichen Krankenhaushelfer im Zeitablauf relativ stabil. In der Mehrzahl der Krankenhäuser ist ihre Anzahl in den letzten drei Jahren etwa gleich geblieben (58 %). In 23 % der Einrichtungen ist sie gestiegen und in 19 % der Häuser gesunken.

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) sind die ehrenamtlichen Helfer 3,8 Stunden pro Woche im Krankenhaus tätig. In rund drei Viertel der Krankenhäuser arbeiten die ehrenamtlichen Helfer durchschnittlich zwischen zwei und fünf Stunden pro Woche. Noch kürzere oder längere Einsatzzeiten bilden in der ehrenamtlichen Krankenhaushilfe eher die Ausnahme.

Rechnet man die durchschnittlichen Einsatzzeiten der ehrenamtlichen Helfer auf das Jahr bzw. die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten hoch, dann leisten die ehrenamtlichen Helfer bundesweit rund 4 Mio. Einsatzstunden pro Jahr im Krankenhaus.

4.2 Aufgaben der ehrenamtlichen Helfer

Die konkrete Aufgabenstellung ehrenamtlicher Krankenhaushilfe ergibt sich aus den Bedürfnissen der Patienten, der Struktur des Krankenhauses und der Zusammensetzung der Gruppe ehrenamtlicher Helfer. Daraus folgt auch, dass nicht in allen Krankenhäusern die gesamte Bandbreite der Tätigkeiten angeboten werden kann oder soll (DKG, 2016). Im *Krankenhaus Barometer* sollten Aufgabenverteilung und Tätigkeitsschwerpunkte der ehrenamtlichen Helfer ermittelt werden.

Die mit Abstand wichtigste Aufgabe der ehrenamtlichen Helfer sind demnach Gespräche mit Patienten. In fast allen befragten Häusern führen sie oft oder sehr oft Patientengespräche (Abb. 24).

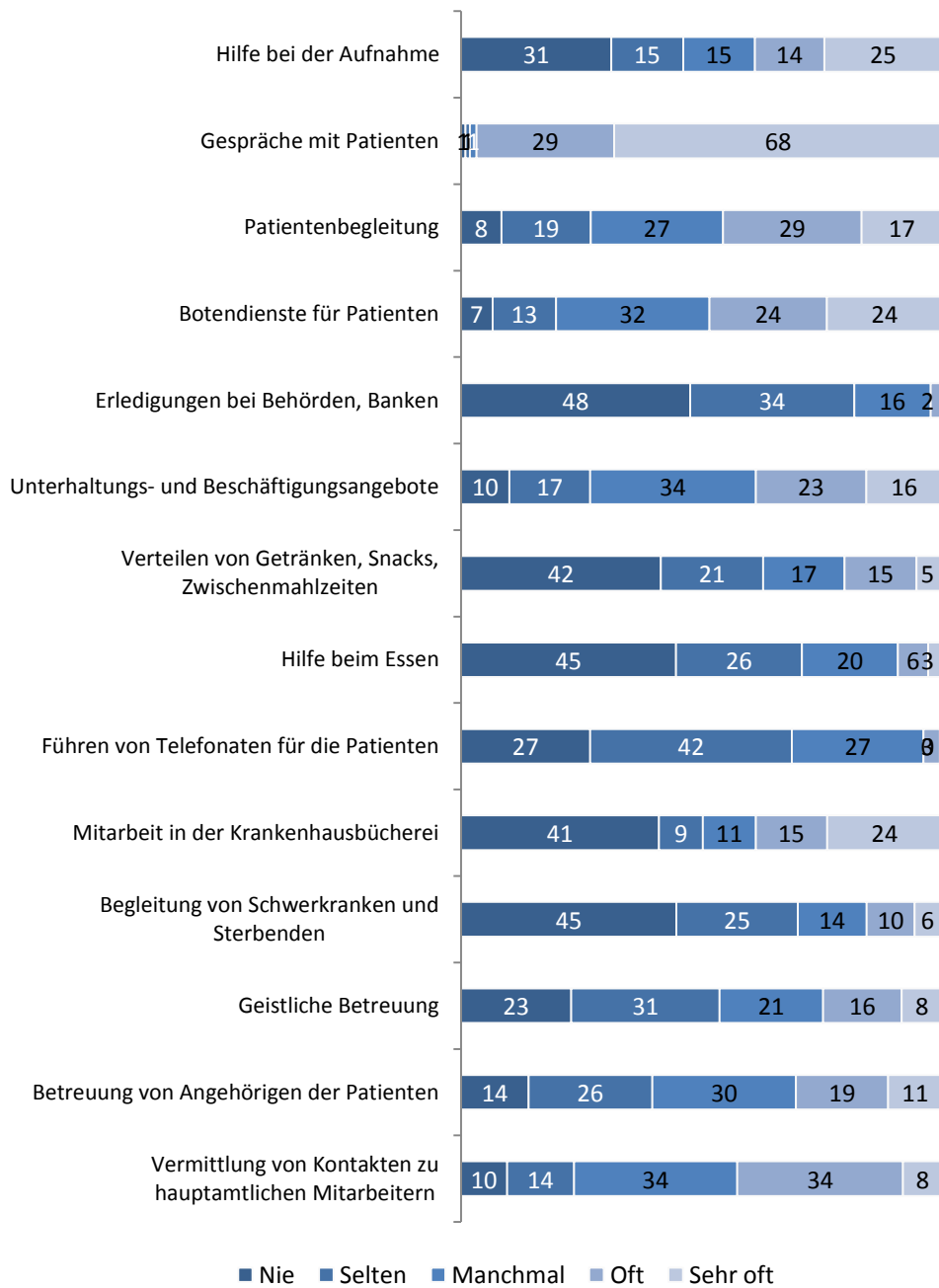
Botendienste für Patienten (z. B. Versorgung von Dingen des täglichen Lebens), Patientenbegleitdienste (etwa zu Untersuchungen, Veranstaltungen,

Spaziergängen), die Vermittlung von Kontakten zu hauptamtlichen Krankenhausmitarbeitern, Unterhaltungs- und Beschäftigungsangebote (wie Vorlesen, Basteln, Spielen) sowie die spezielle Hilfen bei Aufnahme der Patienten (z. B. Lotsendienste) bilden in vielen Krankenhäusern weitere Tätigkeitsschwerpunkte ehrenamtlicher Krankenhaushilfe.



KRANKENHAUS BAROMETER 2016

Aufgaben der ehrenamtlichen Helfer
(Krankenhäuser mit ehrenamtlicher Krankenhaushilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 24: Aufgaben der ehrenamtlichen Helfer



Dahingegen gehört die Begleitung von Patienten mit besonderen Betreuungserfordernissen, die in der Regel eine entsprechende Qualifizierung erfordern dürfte, nicht zu den Tätigkeitsschwerpunkten von ehrenamtlichen Helfern. Die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden, die sich ohnehin nur auf zusätzliche Aufgaben zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung bezieht (z. B. Sitzwachendienste), erfolgt in 70 % der Krankenhäuser nie (45 %) oder selten (25 %) durch ehrenamtliche Helfer.

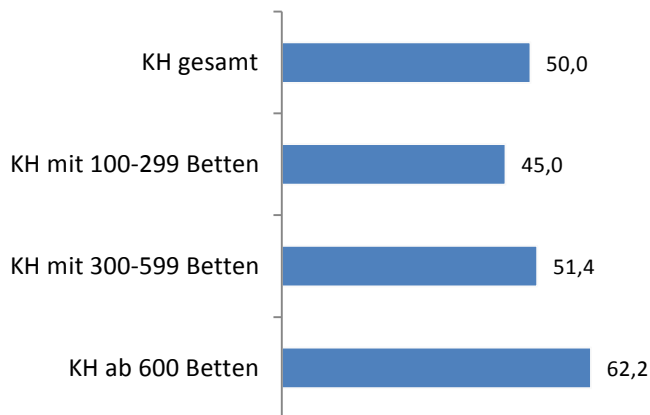
Das Gleiche gilt für eine Reihe anderer Aufgaben wie beispielsweise das Verteilen von Getränken, Snacks oder Zwischenmahlzeiten, die Hilfe beim Essen oder Erledigungen bei Banken oder Behörden.

Neben der Hilfe für Patienten offerieren die ehrenamtlichen Helfer auch Hilfen für Angehörige oder Besucher von Patienten. Dazu zählen etwa Auskünfte und Wegweisung oder ggf. auch die Betreuung von begleitenden Kindern während des Krankenhausbesuchs. Entsprechende Hilfen gehören in jeweils 30 % der Häuser manchmal oder oft bzw. sehr oft zum Aufgabenspektrum ehrenamtlicher Krankenhaushilfe.

4.3 Einsatzbereiche ehrenamtlicher Helfer

Ehrenamtliche Helfer werden generell in der Patientenbetreuung eingesetzt. Unabhängig davon wurden die Krankenhäuser gefragt, ob es in ihrem Haus bestimmte Bereiche (z. B. Fachbereiche, Stationen, Patientengruppen) gibt, in denen ehrenamtliche Helfer schwerpunktmäßig zum Einsatz kommen. Diese Frage wurde jeweils von der Hälfte der Teilnehmer bejaht bzw. verneint. Tendenziell gibt es eher in den größeren Häusern ab 600 Betten entsprechende Schwerpunkte ehrenamtlicher Krankenhaushilfe (Abb. 25).

**Schwerpunktmäßiger Einsatz von ehrenamtlichen Helfern
in bestimmten Bereichen**
(Krankenhäuser mit ehrenamtlicher Krankenhaushilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 25: Schwerpunktmäßiger Einsatz von ehrenamtlichen Helfern in bestimmten Bereichen

Krankenhäuser mit Schwerpunkten ehrenamtlicher Krankenhaushilfe sollten im Rahmen einer offenen Frage beispielhaft ausgewählte Tätigkeitsschwerpunkte benennen. Dabei wurden vor allem die folgenden Schwerpunkte identifiziert.

Hinsichtlich der explizit genannten Fachabteilungen wurden vor allem die ohnehin häufig vorgehaltenen „Grunddisziplinen“ Innere Medizin und Chirurgie häufig angeführt, darüber hinaus auch andere Organisationseinheiten wie die Patientenaufnahme bzw. Aufnahmebereiche oder die Patientenbibliothek. Nach Patientengruppen wurden vor allem geriatrische und onkologische Patienten sowie demente Patienten und Palliativpatienten überproportional genannt, daneben auch spezielle Patientengruppen wie Kinder, allein stehende Patienten ohne Familie oder Schwerkranke.

4.4 Leistungen für ehrenamtliche Helfer

Ehrenamtliche Helfer werden auf ihre Aufgaben vorbereitet und in ihre Arbeitsbereiche eingewiesen. Die Krankenhäuser schaffen ihrerseits angenehme Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der ehrenamtlichen Helfer. Die Krankenhäuser bieten den ehrenamtlichen Helfern verschiedene Leistungen an,



wie etwa räumliche Ressourcen, Dienstkleidung, Qualifizierungen, Aufwandsersatzungen etc. (DKG, 2016). Im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* sollten die Häuser konkret angeben, welche Leistungen sie standardmäßig für ehrenamtliche Helfer anbieten (Abb. 26).

Ehrenamtliche Helfer sind grundsätzlich unentgeltlich tätig. Fahrtkosten oder Aufwendungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der ehrenamtlichen Tätigkeit können aber durch die Krankenhäuser erstattet werden. Dies ist in etwa der Hälfte der Krankenhäuser der Fall. 54 % der Krankenhäuser erstatten ihren ehrenamtlichen Helfer standardmäßig Fahrtkosten und 49 % der Häuser sonstige Aufwendungen (z. B. Portokosten oder Kopien). Darüber hinaus gab im Rahmen einer offenen Frage eine Reihe von Häusern auch an, pauschale Aufwandsentschädigungen zu zahlen. In 41 % der Häuser erhalten die Helfer einen kostenlosen PKW-Stellplatz.

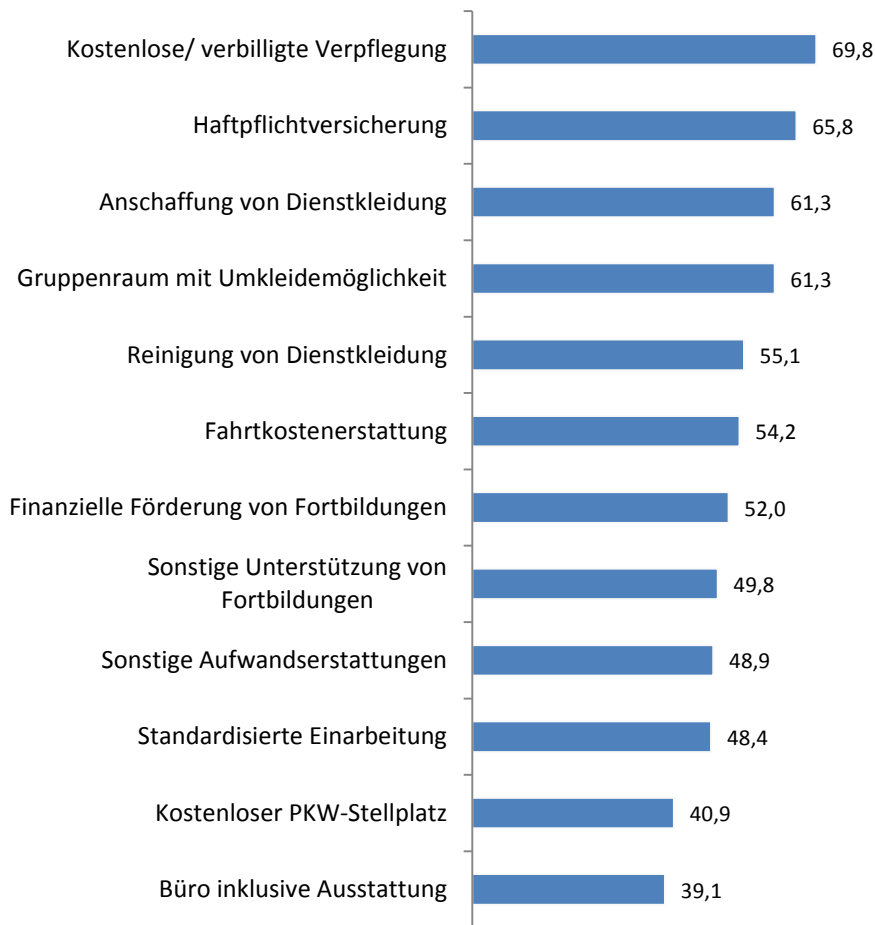
Hinsichtlich der räumlichen Ressourcen bieten 61 % der Häuser den ehrenamtlichen Helfern standardmäßig einen Gruppenraum mit Umkleidemöglichkeiten und 39 % der Einrichtungen ein Büro inklusive Ausstattung (z. B. Telefon, PC) an.

Die Qualifizierung der ehrenamtlichen Helfer wird vielfältig unterstützt, etwa durch die finanzielle Förderung von Fortbildungen (52 % der Häuser), sonstigen Unterstützung von Fortbildungen, z. B. durch die Bereitstellung von Referenten oder Räumlichkeiten (50 %), oder eine standardisierte Einarbeitung (48%).¹⁴

Eine kostenlose oder verbilligte Verpflegung erhalten die Helfer in 70 % der Krankenhäuser. In zwei Dritteln der Einrichtungen sind die ehrenamtlichen Helfer über das Krankenhaus haftpflichtversichert. Die Anschaffung und Reinigung von Dienstkleidung gehört in mehr als der Hälfte der Häuser zum Standardangebot für ehrenamtliche Helfer.

¹⁴ Darüber hinaus erhalten viele ehrenamtliche Helfer auch über Vereine zur Unterstützung ehrenamtlicher Hilfe wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus-Hilfe und die Evangelische Kranken- und Altenhilfe Basisschulungen für neue Mitarbeiter und Fortbildungen (DKG, 2016)

Standardmäßig erbrachte Leistungen für ehrenamtliche Helfer
(Krankenhäuser mit ehrenamtlicher Krankenhaushilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

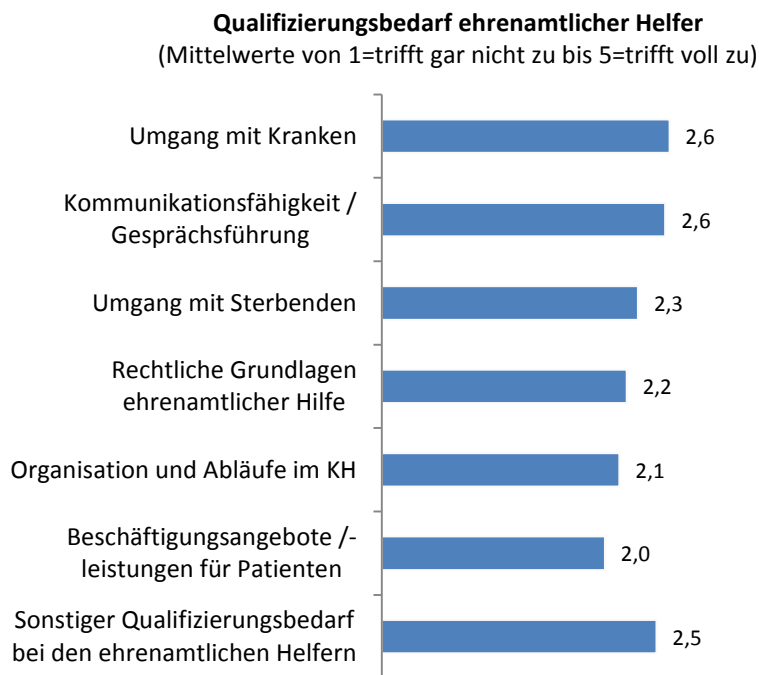
Abb. 26: Standardmäßig erbrachte Leistungen für ehrenamtliche Helfer

4.5 Qualifizierungsbedarf der ehrenamtlichen Helfer

Laut DKG-Empfehlung müssen ehrenamtliche Helfer intensiv auf ihre Aufgaben vorbereitet und in ihre Arbeitsbereiche eingewiesen werden. Im Rahmen von regelmäßigen Fortbildungen erwerben sie die fachlichen Kompetenzen für ihren ehrenamtlichen Dienst, vor allem im Bereich der Kommunikation. Für die Begleitung von Schwerkranken, Sterbenden und Patienten mit Demenz bedarf es besonderer Schulungen (DKG, 2016). Die Qualifizierung von ehrenamtlichen Helfern kann durch Organisationen der ehrenamtlichen Krankenhaushilfe (z. B. Basisschulungen für neue Mitarbeitern) durch die Krankenhäuser selbst erfolgen.



Vor diesem Hintergrund sollten die Befragungsteilnehmer angeben, inwieweit sie bei den ehrenamtlichen Helfern in ihrem Krankenhaus (zusätzlichen) Qualifizierungsbedarf für ausgewählte Themen sehen (Abb. 27). Zusätzlichen Qualifizierungsbedarf sehen die Krankenhäuser am ehesten beim Umgang mit Kranken und bei der Kommunikationsfähigkeit bzw. Gesprächsführung, also den Kernaufgaben ehrenamtlicher Krankenhausarbeit.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 27: Qualifizierungsbedarf ehrenamtlicher Helfer

Vor allem in Häusern, in denen die Begleitung von Sterbenden zum Aufgabenspektrum ehrenamtlicher Krankenhaushilfe gehört, wird darüber hinaus ein besonderer Qualifizierungsbedarf für den Umgang mit Sterbenden gesehen. Im Rahmen einer offenen Frage wurde darüber hinaus auch die Qualifizierung für die Begleitung von Patienten mit Demenz als einer Patientengruppe mit besonderem Betreuungserfordernis wiederholt thematisiert.

Mit Blick auf die rechtlichen Grundlagen ehrenamtlicher Hilfe, die Organisation und Abläufe im Krankenhaus und Beschäftigungsangebote für Patienten fällt

der Qualifizierungsbedarf ehrenamtlicher Krankenhaushelfer aus Sicht der Krankenhäuser geringer aus.

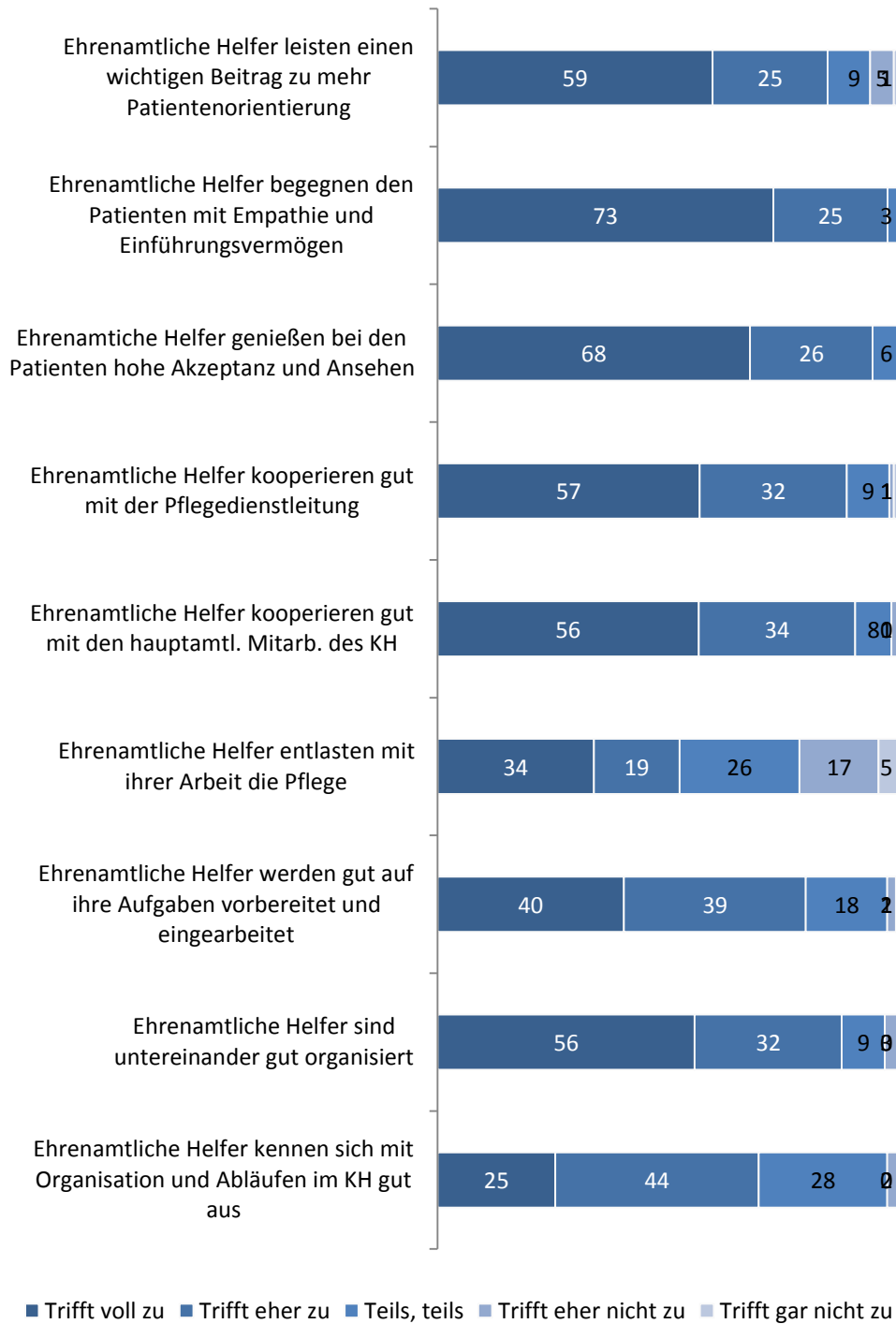
4.6 Beurteilung der ehrenamtlichen Helfer

Resümierend sollten sich die Befragungsteilnehmer auch zur Qualität der ehrenamtlichen Hilfe in ihrem Krankenhaus äußern. Die Häufigkeitsverteilung für die entsprechenden Fragen kann im Einzelnen der Abb. 28 entnommen werden. Insgesamt wird die Arbeit der ehrenamtlichen Helfer sehr gut bewertet.

Vor allem ihr Beitrag zur Patientenversorgung im Krankenhaus wird besonders hervorgehoben. So sind die die Krankenhäuser fast durchweg der Auffassung, dass die ehrenamtlichen Helfer den Patienten mit Empathie und Einfühlungsvermögen begegnen, hohe Akzeptanz und Ansehen bei den Patienten genießen und einen wichtigen Beitrag zur Patientenorientierung im Krankenhaus leisten.



Beurteilung der ehrenamtlichen Helfer
(Krankenhäuser mit ehrenamtlicher Krankenhaushilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 28: Beurteilung der ehrenamtlichen Helfer

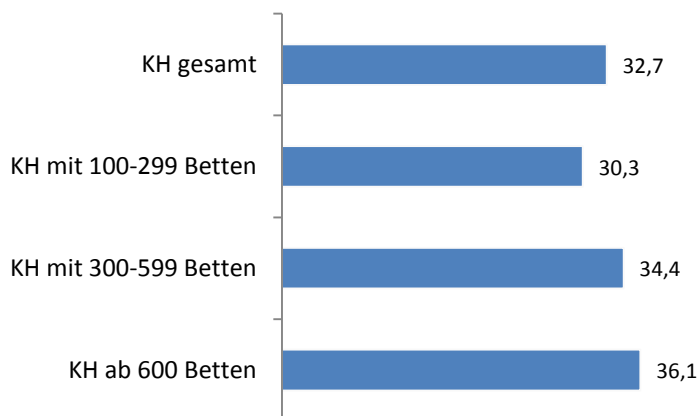


Auch die Zusammenarbeit mit den hauptamtlichen Mitarbeitern des Krankenhauses und der Pflegedienstleitung, der sie in der Regel unterstellt sind, wird weitestgehend positiv gesehen. Des Weiteren sind die ehrenamtlichen Helfer aus Sicht der meisten Krankenhäuser untereinander gut organisiert, gut auf ihre Aufgaben vorbereitet und eingearbeitet und gut mit der Organisation und den Abläufen im Krankenhaus vertraut. Daneben entlasten sie mit ihrer Arbeit auch partiell die Pflege.

4.7 Fördermitgliedschaft in Vereinen zur Unterstützung der ehrenamtlichen Krankenhaushilfe

Vereine wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Krankenhaus-Hilfe und die Evangelische Kranken- und Altenhilfe stehen als Zusammenschlüsse ehrenamtlicher Helfer für eine bundesweit abgestimmte Gestaltung und Entwicklung von Aufgaben des ehrenamtlichen Dienstes im Krankenhaus und ggf. anderer Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Zu ihren Angeboten zählen u. a. Fortbildungs- und Beratungsangebote, Schulungen oder Fachtagungen. Die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, dieses Engagement durch eine Fördermitgliedschaft zu unterstützen (DKG, 2016).

KH als zahlendes/förderndes Mitglied in einem Verein zur Unterstützung ehrenamtlicher Krankenhaushilfe
(Krankenhäuser mit ehrenamtlicher Krankenhaushilfe in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

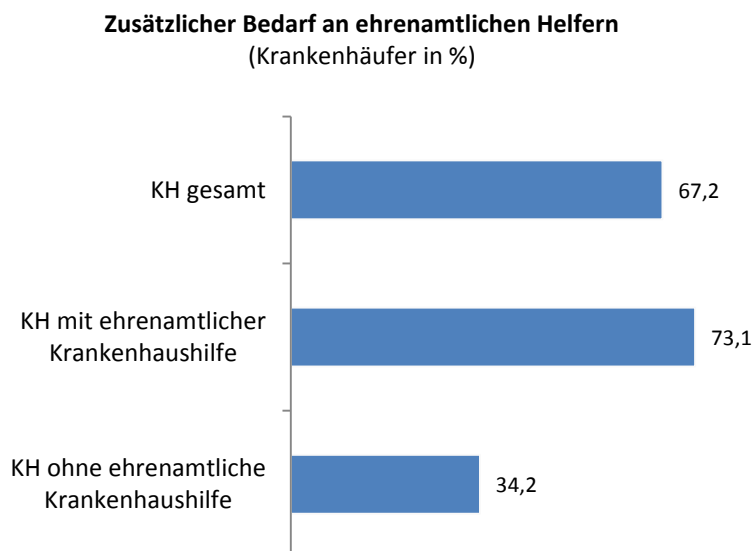
Abb. 29: Krankenhaus als zahlendes/förderndes Mitglied in einem Verein zur Unterstützung ehrenamtlicher Krankenhaushilfe

Von den 85 % der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten (vgl. Kap. 4.1), in denen ehrenamtliche Helfer tätig sind, ist rund ein Drittel zahlendes oder förderndes Mitglied in einem Verein zur Unterstützung der ehrenamtlichen Krankenhaushilfe. Das entspricht bundesweit rund 300 Krankenhäusern. Die Unterschiede nach Krankenhausgröße fallen dabei relativ gering aus (Abb. 29).

4.8 Mehrbedarf an ehrenamtlichen Helfern

Abschließend sollten die Befragungsteilnehmer angeben, ob sie ihrem Krankenhaus künftig einen Bedarf für mehr ehrenamtliche Helfer haben. Diese Frage war gleichermaßen von Krankenhäusern mit und ohne ehrenamtliche Krankenhaushilfe zu beantworten.

Insgesamt gut zwei Drittel der Krankenhäuser haben künftig einen Mehrbedarf an ehrenamtlichen Helfern. Bei den Einrichtungen, in denen bereits aktuell ehrenamtliche Helfer tätig sind, sind es sogar 73 % der Häuser. Aber auch in den Krankenhäusern ohne ehrenamtliche Krankenhaushilfe sieht ein Drittel der Befragten in Zukunft einen entsprechenden Bedarf (Abb. 30).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 30: Zusätzlicher Bedarf an ehrenamtlichen Helfern



5 Arzneimittelversorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit

Die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist ein zentrales Thema in der gesundheitlichen Versorgung und zentraler Bestandteil einer verbesserten Patientenversorgung. So ist die Verordnung einer Arzneimitteltherapie die häufigste medizinische Intervention. Im Krankenhaus erhält fast jeder Patient Medikamente. Bei der Verordnung und Verabreichung von Medikamenten sowie an den internen und externen Schnittstellen können Komplikationen oder Fehler der Arzneimittelversorgung auftreten, insbesondere dann, wenn ein Patient mehrere Arzneimittel bekommt (Ommen et al. 2007, Vira et al. 2006, Tam et al. 2005, Schnurrer & Fröhlich 2003, Wiffen et al. 2002). Die Gründe für Probleme bei der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus sind vielfältig und lassen sich beispielsweise zeitlichen, medizinischen, prozessualen oder interaktiv-kommunikativen Faktoren zuordnen.

Ebenso umfangreich wie die Ursachen sind auch die bereits etablierten oder in Planung befindlichen Lösungs- oder Interventionsmöglichkeiten, die Arzneimittelversorgung sicherer zu gestalten und zu verbessern. Hier ist neben den verschiedenen Aktionsplänen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit beispielsweise der Medikationsplan nach § 31a SGB V zu nennen. Ebenso stehen den Krankenhäusern mit der SOP „Medication Reconciliation bei Aufnahme“ oder über organisierte Systeme zur Meldung von sicherheitsrelevanten Ereignissen, wie z.B. Fehlern, Beinahe-Schäden, kritischen oder auch unerwünschten Ereignissen in einem Fehlerberichtssystem (CIRS), oder die Bereitstellung von Informationen, Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung bei der Arzneimitteltherapiesicherheit zur Verfügung. Auch sogenannte AMTS-Systeme, speziell für den elektronischen Medikationsprozess entwickelt, konnten ihren Nutzen bereits belegen.

Im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* wurde die Arzneimittelversorgung und -sicherheit in den Krankenhäusern differenziert untersucht. Bei der Fragebogenentwicklung wurden Informationen aus verschiedensten Quellen genutzt, um möglichst breit gefächert etwas über die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus zu erfahren.



Zunächst wird ein Überblick über verschiedene Eckpunkte der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus gegeben.

5.1 Art der Arzneimittelversorgung

Grundsätzlich ist es gemäß § 14 ApoG möglich, dass die Arzneimittelversorgung entweder durch eine Krankenhausapotheke oder eine krankenhausversorgende Apotheke sichergestellt wird. Bei der krankenhausversorgenden Apotheke handelt es sich nach § 1a Abs. 1 ApBetrO um eine öffentliche Apotheke, die zusätzlich das Recht erworben hat, ein oder mehrere Krankenhäuser zu versorgen. Dahingegen ist die Krankenhausapotheke (§ 26 Abs. 1 ApBetrO) keine öffentliche Apotheke, sondern ihre Aufgabe ist auf die Arzneimittelversorgung eines oder mehrerer Krankenhäuser beschränkt. Der jeweilige Träger eines Krankenhauses kann entscheiden, wie die Arzneimittelversorgung seines Krankenhauses sichergestellt werden soll. Damit kann er entweder die Krankenhausapotheke seines Krankenhauses oder eine externe Apotheke beauftragen. Die externe Versorgung kann entweder durch die Krankenhausapotheke eines anderen Krankenhauses (§ 14 Abs. 3, Abs. 5 S. 3 ApoG) oder eine öffentliche Apotheke (§ 14 Abs. 4 ApoG) erfolgen (Schildwächter 2014).

Knapp die Hälfte der Krankenhäuser (46 %), die an der Befragung teilgenommen haben, verfügen über eine eigene Krankenhausapotheke. Gut ein Drittel der Häuser wird durch die Krankenhausapotheke eines anderen Krankenhauses versorgt. In 17 % der Kliniken ist die Versorgung durch eine öffentliche Apotheke gewährleistet.

Vergleicht man die Art der Arzneimittelversorgung in den Häusern unterschiedlicher Bettengrößenklassen, so zeigen sich deutliche Unterschiede. Mit zunehmender Größe verfügen die Krankenhäuser häufiger über eine eigene Krankenhausapotheke. So sind es nahezu alle Einrichtungen ab 600 Betten und knapp zwei Drittel der Häuser mit 300 bis 499 Betten, die ihre Arzneimittelversorgung über eine eigene Apotheke organisieren, während es knapp ein Viertel der kleinen Kliniken ist. In diesen ist am häufigsten die Apotheke eines anderen Hauses für die Arzneimittelversorgung zuständig (Abb. 31).

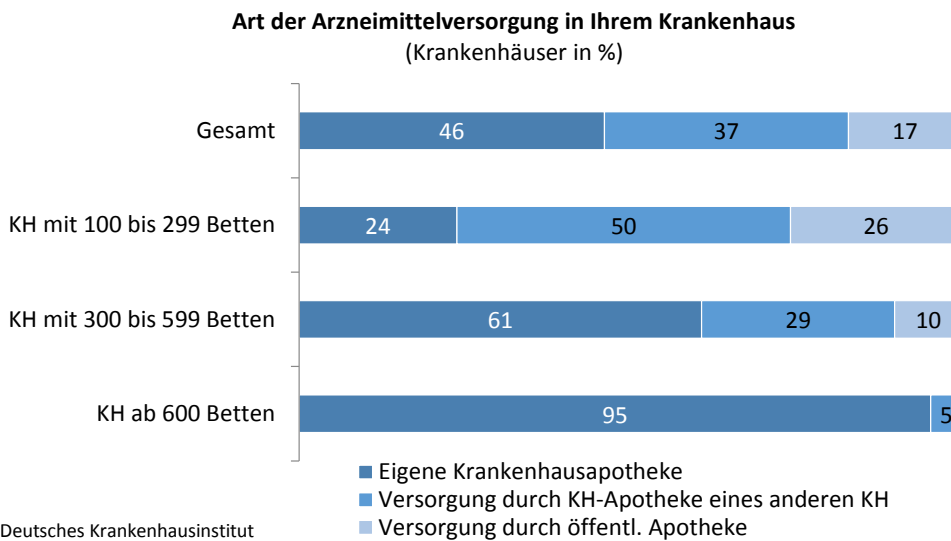


Abb. 31: Art der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus

5.2 Arzneimittelanamnese

Es ist von Interesse, zu erfahren, wer in den Kliniken primär für die Arzneimittelanamnese zuständig ist. Die Arzneimittelanamnese wird in fast allen Häusern überwiegend durch Ärzte realisiert. In 4 % der Kliniken obliegt sie mehrheitlich den Apothekern (Abb. 32).

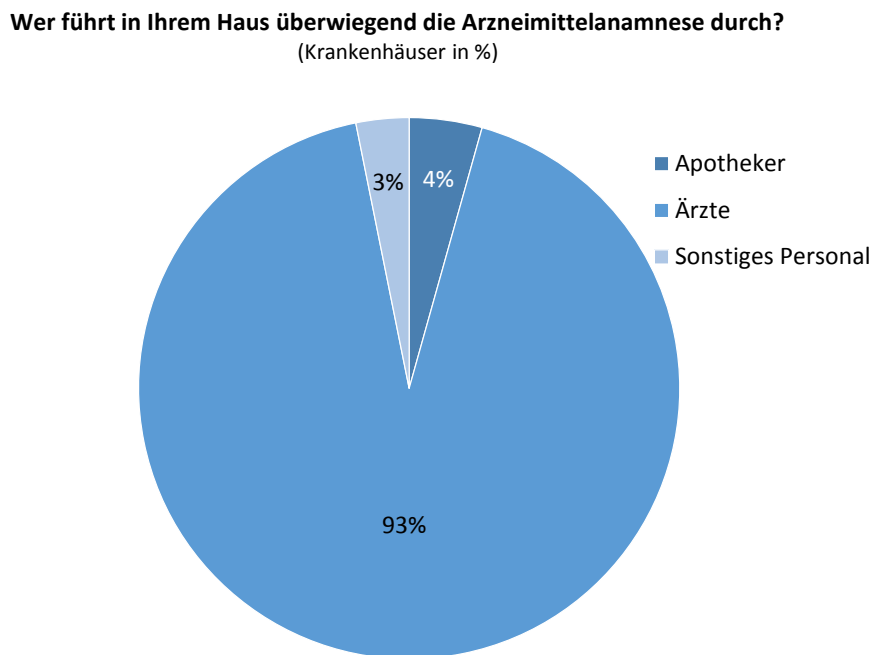
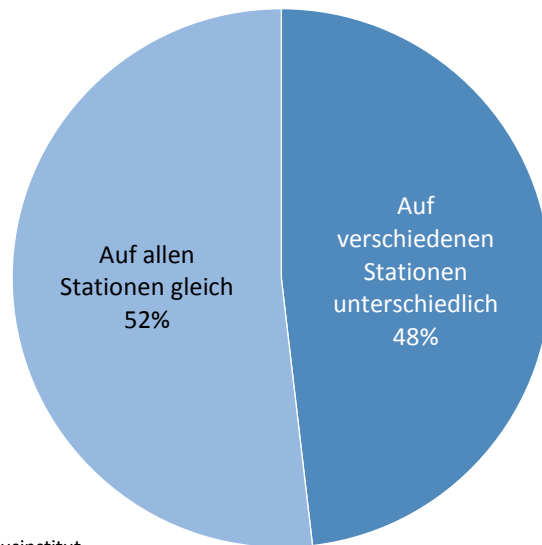


Abb. 32: Realisierung der Arzneimittelanamnese

Die Arzneimittelanamnese ist in ungefähr der Hälfte der Häuser auf allen Stationen gleich bzw. auf verschiedenen Stationen unterschiedlich organisiert (Abb. 33). Mit zunehmender Krankenhausgröße wird bei der Arzneimittelanamnese öfter variiert, sie wird nicht einheitlich und auf verschiedenen Stationen unterschiedlich realisiert.

Ist die Arzneimittelanamnese in Ihrem Krankenhaus auf allen Stationen gleich organisiert oder gibt es Abweichungen zwischen den Stationen?
(Krankenhäuser in %)



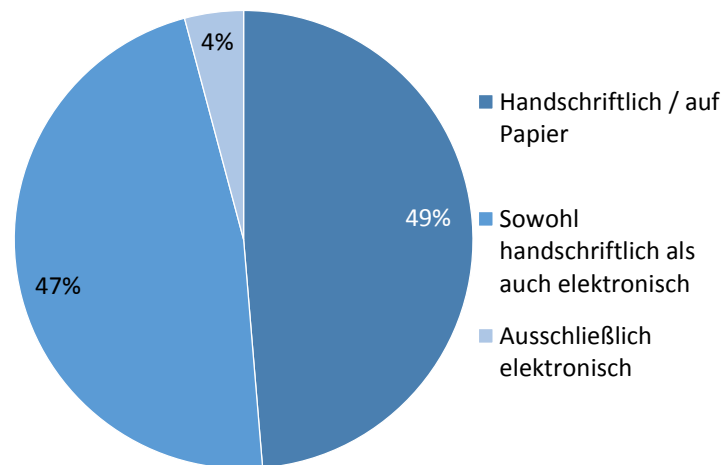
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 33: Organisation der Arzneimittelanamnese

5.3 Dokumentation von Arzneimittelverordnungen

Zur Dokumentation der Verordnung von Arzneimitteln stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, die hausintern variieren bzw. kombiniert werden können. Auch haben die Optionen unterschiedliche Vorteile. Eine elektronische Erfassung vereinfacht beispielsweise die Aufbereitung von Daten. Jeweils etwas weniger als die Hälfte der Häuser dokumentiert die Verordnungen entweder ausschließlich handschriftlich bzw. auf Papier oder sowohl handschriftlich als auch elektronisch. Ausschließlich elektronisch werden die Medikamentenverordnungen in 4 % der Krankenhäuser erfasst (Abb. 34).

Auf welche Weise wird in Ihrem Krankenhaus die Verordnung von Arzneimitteln überwiegend dokumentiert?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 34: Dokumentation der Verordnung von Arzneimitteln

In den meisten Kliniken ist die Dokumentation der Verordnung von Arzneimitteln auf allen Stationen gleich organisiert. Betrachtet man die Einrichtungen unterschiedlicher Größe, so zeigt sich, dass sich dies mit steigender Bettenzahl ändert. Mit zunehmender Krankenhausgröße ist die Art und Weise, wie die Verordnungen dokumentiert werden, abhängig von der Station bzw. wird auf verschiedenen Stationen unterschiedlich geregelt. So ist die Dokumentation in 28 % der kleinen Häuser und 64 % der großen Krankenhäuser stationsabhängig (Abb. 35).

Ist die Dokumentation der Verordnung von Arzneimitteln in Ihrem Krankenhaus auf allen Stationen gleich organisiert oder abhängig von der Station?
(Krankenhäuser in %)

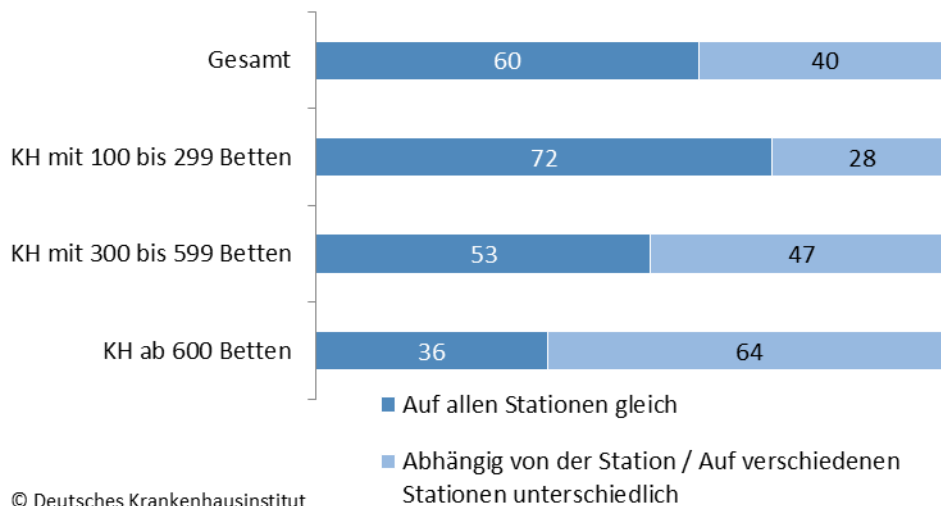


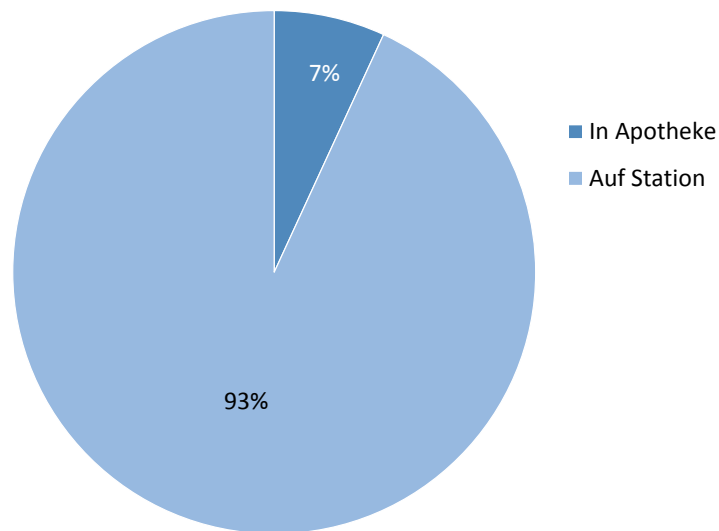
Abb. 35: Organisation der Dokumentation der Verordnung von Arzneimitteln

5.4 Ausgabe und Bereitstellung von Medikamenten

Die Organisation der Ausgabe und die Bereitstellung von Medikamenten können in den Krankenhäusern auf unterschiedliche Weise geregelt sein. Beispielsweise können diese zentral bzw. dezentral organisiert sein oder es können technische (Unterstützungs-)Systeme genutzt werden.

In den befragten Häusern werden die Medikamente überwiegend auf Station gestellt. In 93 % der Krankenhäuser ist dies der Fall. In 7 % der Kliniken ist die Stellung der Medikamente in der Apotheke organisiert (Abb. 36).

Wo werden die Medikamente überwiegend gestellt?
(Krankenhäuser in %)

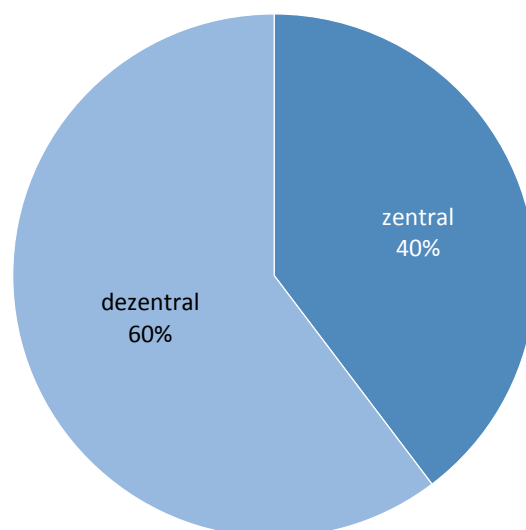


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 36: Organisation der Stellung der Medikamente

Unabhängig davon, ob die Medikamente überwiegend in der Apotheke oder auf Station gestellt werden, ist es relevant, ob diese zentral an einer Stelle oder dezentral gestellt werden. Die Arzneimittel werden in den Einrichtungen etwas häufiger dezentral (60 %) als zentral (40 %) bereitgestellt (Abb. 37).

Wie ist die Stellung von Arzneimitteln überwiegend geregelt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 37: Organisation der Stellung von Arzneimitteln



Bei der Bereitstellung und Ausgabe von Arzneimitteln können unterschiedliche Möglichkeiten genutzt werden. Es wurde die Umsetzung von insgesamt 13 verschiedenen Aspekten erfragt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass einige der Möglichkeiten sich ausschließen, andere sich ergänzen. Es können und müssen also nicht alle Maßnahmen gleichzeitig umgesetzt werden. 92 % aller Kliniken setzen mindestens eine Maßnahme um. Die Krankenhäuser nutzen im Durchschnitt 3,7 der Möglichkeiten (Median: 3), wobei die großen Einrichtungen im Mittel etwa eine Möglichkeit mehr umsetzen als die anderen Häuser (Mittelwert: 4,5, Median: 4).

Die Medikamente werden in vielen Krankenhäusern nur im Vier-Augen-Prinzip auf Station ausgegeben. Eine Abgabe der Arzneimittel ausschließlich in beschrifteten Systemen ist in knapp der Hälfte der Einrichtungen umgesetzt.

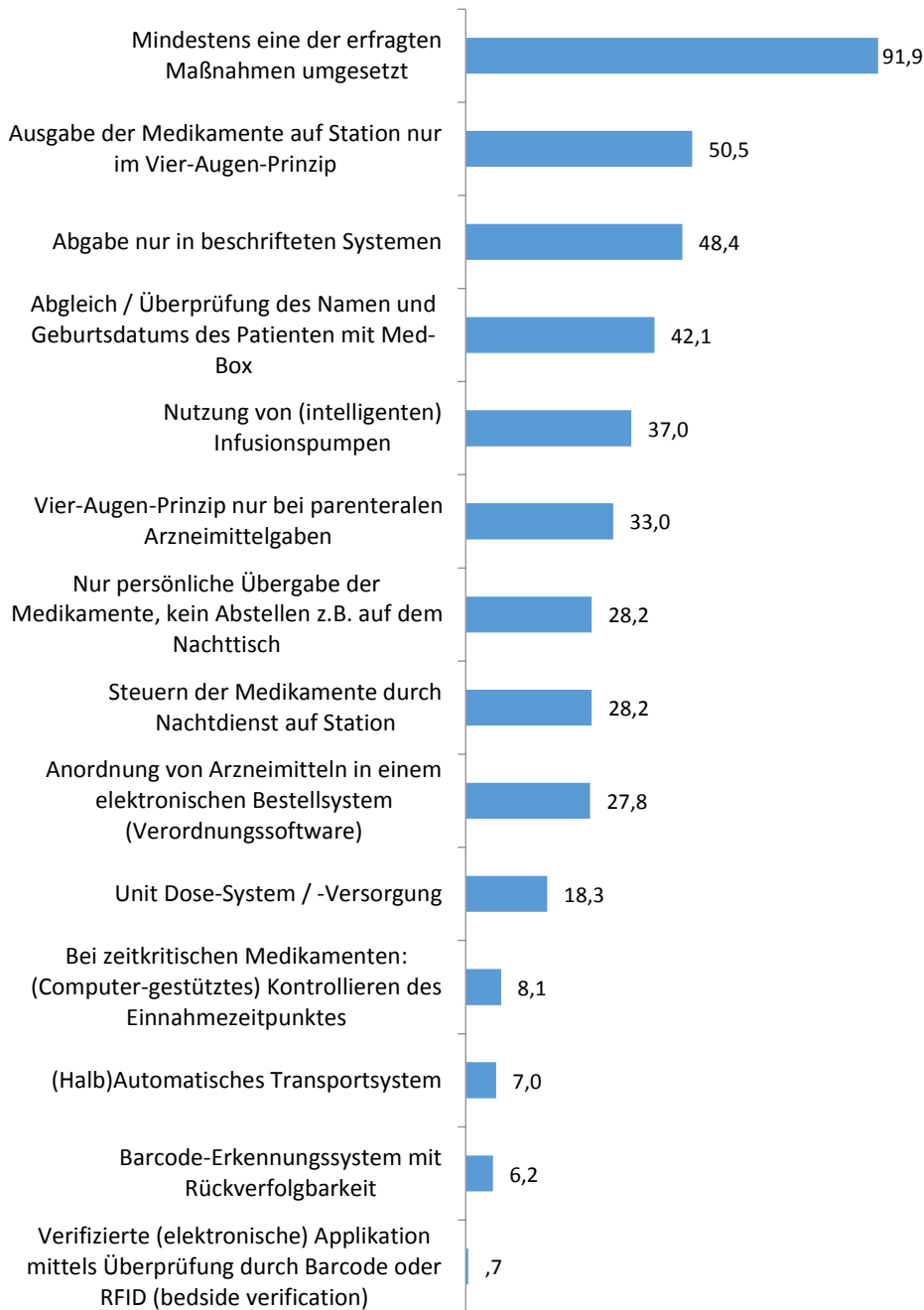
Ein Abgleich bzw. eine Überprüfung des Patientennamens sowie des Geburtsdatums mit der Med-Box wird in 42 % der Kliniken bei der Bereitstellung und Ausgabe von Arzneimitteln berücksichtigt. Die Nutzung von (intelligenten) Infusionspumpen erfolgt in 37 % der Kliniken, in einem Drittel wird das Vier-Augen-Prinzip bei parenteralen Arzneimittelgaben umgesetzt.

Eine ausschließlich persönliche Übergabe der Medikamente, d. h. kein Abstellen z. B. auf dem Nachttisch, das Steuern der Medikamente durch den Nachtdienst der Station sowie die Anordnung von Arzneimitteln in einem elektronischen Bestellsystem (Verordnungssystem) nutzen jeweils 28 % der Häuser. Letzteres steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien (zusammenfassend Ammenwerth et al. 2014).

Weniger als 10 % der Häuser kontrollieren jeweils den Einnahmezeitpunkt bei zeitkritischen Medikamenten (computergestützt), nutzen ein (halb)automatisches Transportsystem oder ein Barcode-Erkennungssystem mit Rückverfolgbarkeit (Abb. 38).



Welche Aspekte nutzen sie in Ihrem Krankenhaus im Rahmen der Bereitstellung und Ausgabe von Arzneimitteln?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 38: Bereitstellung und Ausgabe von Arzneimitteln

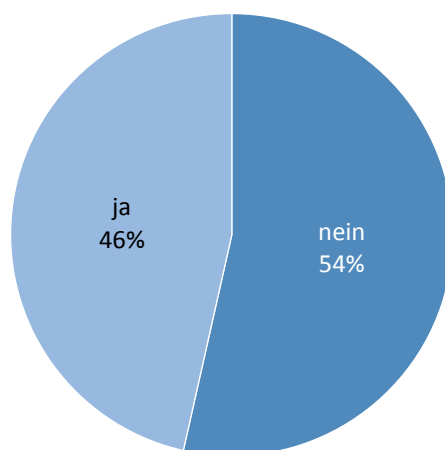
5.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

Gründe und Ursachen für Probleme bei der Arzneimitteltherapie, sind wie geschildert, vielfältig. Die bisherigen Ausführungen haben schon verschiedene Informationen geliefert, wie die Krankenhäuser ihre Medikamentenversorgung organisiert haben und welche Maßnahmen zur Sicherheit realisiert sind.

Darüber hinaus wurden im Rahmen des *Krankenhaus Barometers* verschiedene Maßnahmen oder Möglichkeiten zur Arzneimitteltherapiesicherheit explizit erfragt. Hierzu zählen beispielsweise die Einrichtung einer speziellen Stelle für die Arzneimitteltherapiesicherheit, die Information über einen Wechsel der Medikation oder konkrete Maßnahmen zur Vermeidung von Medikamentenverwechslungen.

Zunächst stellt sich die Frage, wie viele Häuser eine spezielle Stelle oder Funktion eingerichtet haben, deren primäres Ziel u. a. die Arzneimitteltherapiesicherheit ist. Etwas weniger als die Hälfte der Krankenhäuser hat eine entsprechende Position oder Einheit, wie z. B. ein Zentrum für Arzneimittelsicherheit, realisiert (Abb. 39). Krankenhäuser mit 300 bis 499 Betten halten am häufigsten (54 %), die kleinen Einrichtungen weniger häufig (42 %) eine entsprechende Stelle oder Abteilung vor.

Gibt es in Ihrem Krankenhaus eine zentrale Stelle / Funktion, deren primäres Ziel u.a. die Arzneimitteltherapiesicherheit ist?
(Krankenhäuser in %)

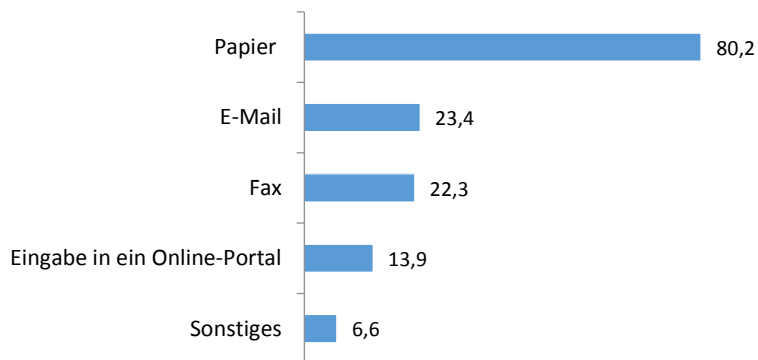


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 39: Zentrale Stelle / Funktion für Arzneimitteltherapiesicherheit

Die systematische Information über etwaige Arzneimittel-Umstellungen an die nachbetreuenden Personen oder Institutionen kann dazu beitragen, Brüche oder Fehler in der Medikation an den externen Schnittstellen zu vermeiden oder zu verringern. Etwaige Arzneimittel-Umstellungen werden am häufigsten und in 80 % der Häuser in Papierform an die entsprechenden Personen oder Institutionen übermittelt. In je knapp einem Viertel der Kliniken ist die Information per E-Mail oder Fax Standard. Für die Weitergabe der veränderten Medikation nutzen 14 % der Krankenhäuser die Eingabe in ein Online-Portal (Abb. 40).

Wie werden in Ihrem Haus standardmäßig etwaige Arzneimittel-Umstellungen an die nachbetreuenden Personen / Institutionen übermittelt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 40: Standardmäßige Übermittlung etwaiger Arzneimittel-Umstellungen

Die Möglichkeit, Veränderungen der Medikation in Papierform zu übermitteln, wird in Einrichtungen der mittleren Bettengrößenklasse im Vergleich deutlich seltener umgesetzt. Dahingegen nutzen diese vergleichsweise häufiger die Übermittlung von Arzneimittel-Umstellungen per Eingabe in ein Online-Portal. Diese Option wird in den kleinen Häusern am seltensten realisiert.

Die Kommunikation etwaiger Arzneimittel-Umstellungen kann in den Häusern stations- oder fachabteilungsbezogen variieren. Entsprechend kann mehr als eine Variante dem Standard in den Kliniken entsprechen. Etwa die Hälfte der Einrichtungen nutzt eine der erfragten Möglichkeiten standardmäßig, um die



nachbetreuenden Personen oder Institutionen zu informieren. 41 % der Kliniken ziehen zwei der Optionen heran, um entsprechende Informationen zu übermitteln (Mittelwert: 1,6, Median: 1).

Um die Verwechslung von Medikamenten, einem zentralen Problem der Arzneimitteltherapiesicherheit, zu vermeiden, stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. Es wurde der Einsatz vier entsprechender Möglichkeiten sowie die Nutzung anderer Ideen erfragt. 86 % der Kliniken haben mindestens einer dieser erfragten Möglichkeiten umgesetzt. Im Durchschnitt haben die Häuser zwei Maßnahmen ergriffen, um gezielt die Verwechslung von Medikamenten zu verhindern (Median: 2). Mit zunehmender Bettenzahl greifen die Einrichtungen auf etwas mehr Varianten zurück.

In gut der Hälfte der Kliniken werden neue Medikamente vor Einführung explizit auf Verwechslungsgefahren geprüft. Diese Maßnahme ist mit zunehmender Krankenhausgröße häufiger etabliert. 41 % der Krankenhäuser bestellen Medikamente von anderen Herstellern, falls die Gefahr der Verwechslung zu groß ist. Auch diese Möglichkeit wird mit zunehmender Krankenhausgröße häufiger umgesetzt.

Eine extra Farbcodierung von Medikamenten, indem z. B. Aufkleber mit Signalfarben angebracht werden, nutzt knapp ein Drittel der Häuser, um Verwechslungen zu vermeiden. 28 % der Kliniken haben ihre Medikamentschränke oder Notfallwägen so organisiert, dass nur klar unterscheidbare Medikamente nebeneinander stehen.

Knapp 15 % der Häuser ergreifen „sonstige“ Maßnahmen. Hier wurden teilweise Aspekte genannt, die nicht nur explizit auf die Vermeidung von Medikamentenverwechslungen hinzielen. Die Kliniken hoben vor allem das Vier-Augen-Prinzip beim Stellen von Arzneimitteln und Farbkodierungen nach dem DIVI-Standard hervor (Abb. 41).

Welche der folgenden Möglichkeiten nutzt Ihr Krankenhaus standardmäßig, um Verwechslungen von Medikamenten zu verhindern?

(Krankenhäuser in %)

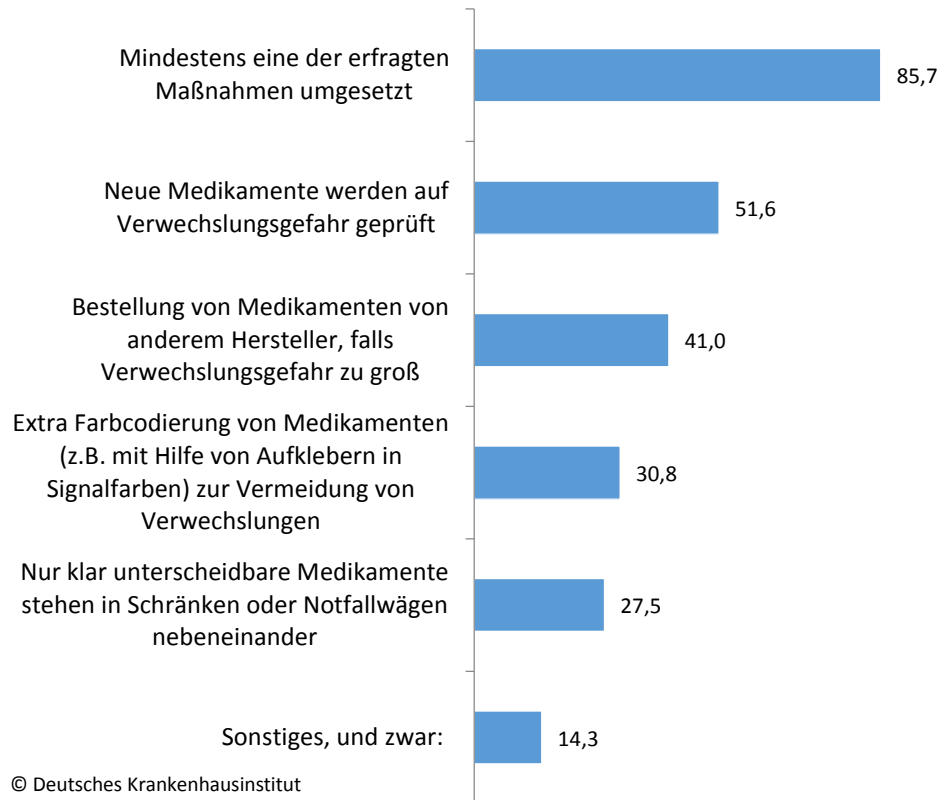


Abb. 41: Ergriffene Maßnahmen zur Vermeidung von Medikamentenverwechslungen

Über die ergriffenen Maßnahmen zur Vermeidung von Medikamentenverwechslungen oder die Einrichtung einer zentralen Stelle hinaus sollten die Krankenhäuser angeben, welche übergeordneten Informationsmöglichkeiten zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sie nutzen. 94% der Häuser haben mindestens eine der erfragten Möglichkeiten umgesetzt.

Ein Großteil der Krankenhäuser dokumentiert aufgetretene Fehler oder Beinahe-Ereignisse, z. B. im CIRS, um wichtige Hinweise für die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit zu erlangen. Diese Möglichkeit, die eine gute Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen im Sinne eines lernenden Systems ist, wird mit zunehmender Krankenhausgröße häufiger ergriffen.



Über die Hälfte der Kliniken unterstützt ihre Mitarbeiter jeweils durch die Bereitstellung einer Informationsdatenbank bzw. eines Arzneimittelportals im Intranet oder durch Fortbildungsveranstaltungen bzw. Schulungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Beides wird insbesondere in den großen Einrichtungen und am seltensten in der mittleren Bettengrößenklasse angeboten.

Eine systematische Auswertung von Informationen, die von neuen unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten berichten, z. B. der „Rote-Hand-Briefe“, erfolgt in knapp der Hälfte der Krankenhäuser, wobei der Anteil mit zunehmender Häusergröße steigt.

Die Bereitstellung interner Leitlinien, Leitfäden oder Checklisten, z. B. für die „bestmögliche Arzneimittelanamnese“ sowie die proaktive Information der Ärzte oder Kliniken über Medikamente bzw. unerwünschte Nebenwirkungen wird in jeweils 43 % der Häuser realisiert. Letzteres erfolgt in den größeren Häusern deutlich häufiger.

Die Dokumentation pharmazeutischer Interventionen, z. B. die kritische Bewertung der Arzneimitteltherapie, sowie Vorschläge zur Verbesserung der Therapie, beispielsweise im Rahmen von DokuPik¹⁵, wird mit zunehmender Krankenhausgröße häufiger und insgesamt in knapp einem Viertel aller Einrichtungen genutzt, um zur Arzneimitteltherapiesicherheit beizutragen. Die Anbringung von Warnhinweisen, z. B. wie ein Medikament eingenommen wird, sowie die Bereitstellung von Patienteninformationen oder Medikamentenlisten bzw. -übersichten für den Patienten werden jeweils in ungefähr 22 % der Häuser realisiert. Die Markierung des Patientennamens auf jeder Seite der mitgelieferten Unterlagen erfolgt in 19 % der Kliniken. Diese Möglichkeit wird in den Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten am häufigsten und in den großen Häusern am seltensten umgesetzt (Abb. 42).

¹⁵ Bei DokuPik (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus) handelt es sich um eine kostenlose Online-Datenbank des Bundesverbands Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA), in der einzelne Medikationsfehler und pharmazeutische Interventionen dokumentiert werden können. Diese können dann analysiert werden und zur Ableitung von Vermeidungsmaßnahmen genutzt werden.



Die Einrichtungen setzen im Schnitt vier der zehn erfragten Möglichkeiten um, um zur Arzneimitteltherapiesicherheit beizutragen (Median: 4). Die Krankenhäuser mit 600 und mehr Betten nutzen im Mittel eine Möglichkeit mehr als die anderen Häuser (Mittelwert und Median: 5).



Abb. 42: Genutzte Informationsmöglichkeiten zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit



Über die bereits dargelegten Möglichkeiten, zur Arzneimitteltherapiesicherheit beizutragen, gibt es für die Häuser weitere Maßnahmen oder Optionen. Hierzu stehen zum Teil wissenschaftlich anerkannte Hilfestellungen zur Verfügung. Beispielsweise kann die SOP „Medication Reconciliation (MedRec) bei Aufnahme“¹⁶ zur Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergängen im Behandlungsprozess im Sinne einer Vermeidung von Medikationsfehlern aufgrund unvollständiger Informationen genutzt werden. Die „Medication Reconciliation“ ist als ein formaler Prozess angelegt, der verschiedene Aspekte, wie die „bestmögliche Medikationsanamnese (BMPH)“ und die „Erstellung einer Aufnahme-Medikamentenverordnung (AMO)“ sowie deren Abgleich unter Zurverfügungstellung verschiedener Hilfsmittel, wie z. B. Leitfäden, umfasst. Darüber hinaus kann die bestehende Medikation beispielsweise mittels Checklisten, wie z.B. der Cochrane-Checkliste oder der Priscus-Liste¹⁷, mit Blick auf potentiell inadäquate Medikation geprüft werden. In folgenden Block wird die Umsetzung oder Planung verschiedener Möglichkeiten¹⁸ dargestellt.

Die Erstellung des bestmöglichen Entlassungsmedikationsplans (BPMDP)¹⁹, Entlassgespräche zur Medikation, die Erstellung eines Medikamentenplans bzw. die Erstellung einer Aufnahme-Medikamentenverordnung (AMO)²⁰, der Abgleich der Arzneimittelanamnese und der Aufnahme-Medikamentenverordnung²¹ bzw. des Medikamentenplans sowie besondere Hinweise für Nachsorger sind in circa der Hälfte der Krankenhäuser bereits umgesetzt. Bei weiteren 10 – 19 % sind diese Maßnahmen konkret in Planung, für weitere 26 – 29 % ist es ein Zukunftsthema.

¹⁶ Die SOP „Medication Reconciliation“ ist Teil des High 5s-Projekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit an Übergängen im Behandlungsprozess (Thomeszczek et al. 2012).

¹⁷ Die Priscus-Liste wurde im Rahmen eines (Teil)Projekts im Auftrag des BMBF erstellt. Ziel war die Erstellung einer deutschen Liste mit Arzneistoffen, die bei älteren Menschen vermieden werden sollten. In diesem Sinne finden sich in der Priscus-Liste die Auflistung von potentiell inadäquater Medikation für ältere Patienten, Nennungen von alternativen Arzneistoffen, zu vermeidende Komorbiditäten, Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem angewendet werden soll (Holt et al. 2010).

¹⁸ Bei einzelnen Items ist ein erhöhter Anteil fehlender Angaben zu beobachten.

¹⁹ Im Sinne des Medication Reconciliation (<http://www.aeqz.de/patientensicherheit/h5s/high-5s-toolboxen/medrec-merkblatt.pdf>)

²⁰ AMO im Sinne des Medication Reconciliation (Thomeszczek et al. 2012).

²¹ Ebenfalls im Sinne des Medication Reconciliation (Thomeszczek et al. 2012).

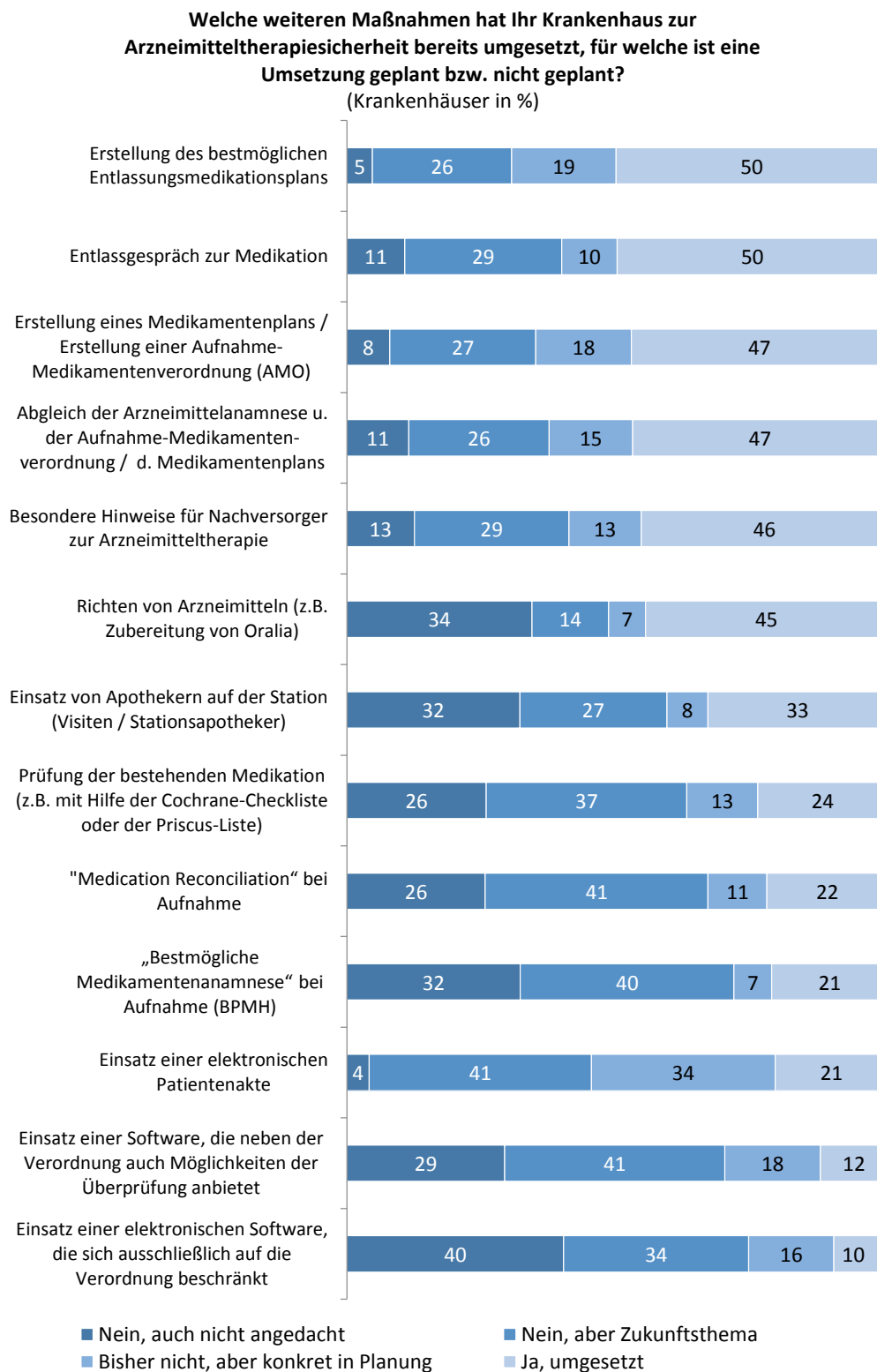


Das Richten von Arzneimitteln, z. B. bei der Zubereitung von Oralien, ist in knapp der Hälfte der Häuser bereits etabliert, in knapp einem Drittel der Kliniken ist dies nicht angedacht. Der Einsatz von Apothekern auf der Station²², z. B. im Rahmen von Visiten oder im Sinne eines Stationsapothekers, ist in einem Drittel der Kliniken realisiert, 27 % der Einrichtungen planen dies konkret, für ein weiteres knappes Drittel ist dies keine Option.

Die folgenden Maßnahmen sind in manchen Häusern im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit bereits fest verankert (12 – 24 %), für den größten Teil der Kliniken stellt dies jedoch eine konkret oder langfristig geplante Möglichkeit dar, die AMTS zu verbessern. Hierzu zählen der Einsatz einer elektronischen Patientenakte, der Einsatz einer Software, die neben der Verordnung auch die Möglichkeit der Überprüfung anbietet, „Medication Reconciliation“ bei Aufnahme (d. h. die systematische Kontrolle der Arzneimittelversorgung inklusive dem Abgleich der bestehenden mit der verordneten Medikation sowie Rücksprache bei Verordnern bei Abweichungen im Sinne der entsprechenden SOP), eine Prüfung der bestehenden Medikation (z. B. mit der Cochrane-Checkliste oder der Priscus-Liste) sowie die „bestmögliche Medikationsanamnese“ bei Aufnahme (BPMH) im Sinne einer systematischen Erhebung aller aktuell bzw. in letzter Zeit eingenommenen Medikamente unter Hinzuziehung mindestens zweier Quellen.

Der Einsatz einer elektronischen Software, die sich ausschließlich auf die Verordnung beschränkt, ist in 10 % der Krankenhäuser bereits umgesetzt, für die Hälfte der Kliniken ist dies derzeit oder zukünftig ein Thema, in 40 % ist ein entsprechendes System nicht geplant (Abb. 43).

²² Die zur u. g. Frage nach Apothekern (vgl. Kap. 5.8) abweichenden Prozentzahlen lassen sich durch den unterschiedlichen Frageschwerpunkt erklären. An dieser Stelle wurde explizit nach Apothekern auf Station gefragt weiter unten nach regelmäßig beratenden Apothekern auf Station. Auch wurden bei der ersten Frage nur die Häuser berücksichtigt, die fest angestellte Apotheker beschäftigen.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 43: Weitere Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit



5.6 Einsatz von Softwarelösungen

Softwareprodukte, sogenannte AMTS-Systeme, speziell für den elektronischen Medikationsprozess entwickelt, unterstützen relevante Tätigkeiten, Prozesse und Entscheidungssituationen im Rahmen einer Arzneimitteltherapie im Krankenhaus und der Arztpraxis. Mit ihrer Hilfe lässt sich z. B. bei Akut- wie Elektivpatienten feststellen, ob Gegenanzeigen zur geplanten Verordnung vorliegen, Arzneimittelnebenwirkungen aufgetreten sind oder die beabsichtigte Dosis angemessen ist. Sie harmonisieren nicht nur die Prozesse der Arzneimittelverordnung, sondern ermöglichen teilweise Sicherheitsprüfungen, z. B. unter Berücksichtigung patientenindividueller Werte, wie Alter, Laborwerte, Allergien oder Kontraindikationen.

Durch Softwareprodukte kann, so das Ergebnis verschiedener Studien, die Arzneimitteltherapiesicherheit signifikant verbessert werden (Wiffen et al. 2002, Kaushal et al. 2001, Bates et al. 1998). Studien weisen jedoch ebenfalls darauf hin, dass die Nutzung bzw. die Effekte der AMTS-Software stark von der jeweils eingesetzten Software²³ sowie der Integration in den Krankenhausalltag abhängig sind. Eine unsachgemäße Implementierung von elektronischen Verschreibungssystemen kann beispielsweise schwerwiegende, nicht-beabsichtigte Konsequenzen bis hin zu erhöhten Mortalitätsraten haben (Han et al. 2005, Sittig et al. 2012). Bei der Implementierung sind entsprechend vielfältige Aspekte zu beachten, so dass ein entsprechender Vorlauf vonnöten ist. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen wider.

10 bzw. 12 % der Krankenhäuser verwenden derzeit elektronische Systeme, die sich ausschließlich auf die elektronische Verordnung beschränken (Auftragskommunikation) bzw. Softwarelösungen, die ergänzend eine Überprüfung anbieten (Entscheidungsunterstützung). Das Zukunftspotenzial für entsprechende Systeme ist hoch: 50 % bzw. 59 % der befragten Häuser planen derzeit konkret bzw. in Zukunft den Einsatz einer der beiden Anwendungen (vgl. Abb. 43). Ebenso stellt es sich bei dem Einsatz von Apothekern auf der Station dar.

²³ Aus diesem Grund wurde im Rahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland ein Konzept für Fachanforderungen an derartige Systeme, d.h. welche Parameter eine Software umfassen sollte, erarbeitet. Dieses Konzept ist derzeit noch in der Kommentierungs- und Abstimmungsphase (Bundesministeriums für Gesundheit 2013).



Insofern ist es von großem Interesse zu erfahren, welche Auswirkung der Einsatz von Software oder Apothekern bei der Arzneimitteltherapie aus Sicht der Häuser hat. Nach Meinung der Kliniken ist der Nutzen von Softwarelösungen oder Apothekern für die Medikation groß, lediglich 2 % sehen keine Auswirkungen. Die Vorteile schlagen sich insbesondere in einer Verringerung von Dokumentationsunklarheiten (z. B. Lesefehler durch Handschrift oder Abkürzungen) sowie von Medikationsfehlern (Dosierung, Wirkstoff, Applikation) nieder (78 – 80%).

Ebenso wird aus Sicht der Häuser eine bessere Prüfung von Gegenanzeigen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen sowie eine bessere Unterstützung bei der Umstellung auf hausintern empfohlene Medikamente erreicht (74 – 77 %). Der Nutzen zeigt sich für die Einrichtungen zudem in einer besseren Unterstützung bei der Dosisberechnung unter Berücksichtigung patientenindividueller Aspekte (z. B. Alter, Gewicht, Nierenfunktion), der Verbesserung der Kontrolle der Medikation (z. B. weniger vergessene Medikamentengaben), der Kommunikation (z. B. weniger fehlende Kenntnis, weniger mündliche Anordnungen) sowie der Prüfmöglichkeiten von möglichen Allergie-Problemen (61 – 70 %).

Positive Auswirkungen sehen etwas mehr als die Hälfte der Häuser auch in einer besseren Arbeitsorganisation (z. B. weniger Abstimmungsprobleme, weniger Fehler aufgrund von Störungen) sowie schnelleren Reaktionsmöglichkeiten (z. B. durch Alarmmeldungen) (50 – 54 %).

Gut ein Drittel der Kliniken benennt eine bessere Identifizierung der Patienten durch den Einsatz von Softwaresystemen oder Apothekern auf der Station. 28 % der Häuser sehen einen Wirtschaftlichkeitsvorteil durch geringere Kosten (Abb. 44).

Die Auswirkungen des Einsatzes von Software oder Apothekern werden durchgängig umso positiver eingeschätzt, je mehr Betten die Krankenhäuser vorhalten.



Abb. 44: Auswirkungen von Software oder Apotheker bei der Arzneimitteltherapie

Voraussetzung für einen funktionierenden Einsatz von Softwareprodukten im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit ist, dass bei der Implementierung des Systems organisatorische, prozessuale und personelle Änderungen in den Häusern berücksichtigt werden. Der Aufwand einer Integration des Systems in den Klinikalltag ist entsprechend groß. Dies ist eine mögliche Ursache,

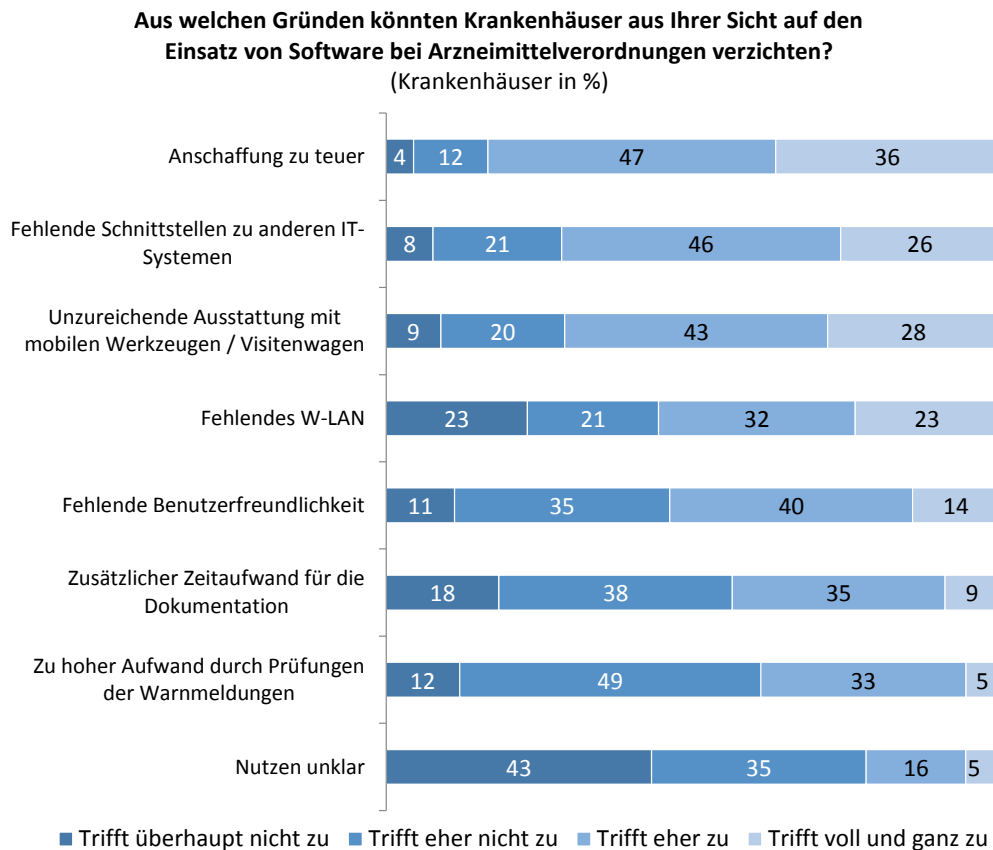


warum die Kliniken entsprechende Softwaremöglichkeiten (noch) nicht nutzen, ihr Zukunftspotenzial aber als hoch einschätzen. Weitere mögliche Ursachen wurden erfragt, wobei die Einrichtungen ihre Einschätzung unabhängig davon abgeben sollten, ob in ihrem Haus eine Software im Rahmen von Arzneimittelverordnungen eingesetzt wird.

Der wesentliche Grund, weshalb nach Meinung der Befragungsteilnehmer Kliniken auf den Einsatz von Software bei Arzneimittelverordnungen verzichten, sind die Kosten: Die Anschaffung ist aus Sicht von 83 % der Häuser zu teuer. Daneben spielen technische Aspekte eine große Rolle. So werden fehlende Schnittstellen zu anderen IT-Systemen oder eine unzureichende Ausstattung mit mobilen Werkzeugen oder Visitenwagen von gut 70 % der Einrichtungen als ursächlich identifiziert.

Gut die Hälfte der Kliniken macht ein fehlendes W-LAN oder die fehlende Benutzerfreundlichkeit der Softwaresysteme als Gründe für einen Nicht-Einsatz aus. Der zusätzliche Zeitaufwand für Dokumentationen (44 %) oder ein zu hoher Aufwand durch Prüfungen der Warnmeldungen (38 %) sind nach Meinung der Einrichtungen ebenfalls mögliche Gründe für einen Verzicht von Softwaremöglichkeiten. 21 % der Häuser sehen den unklaren Nutzen als Ursache, entsprechende IT-Systeme nicht einzuführen (Abb. 45).

Bei den erfragten Gründen zeigen sich zum Teil unterschiedliche Einstellungen der Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen, die jedoch nicht systematisch sind. Beispielsweise ist für die Häuser mit 100 bis 299 Betten der Nutzen einer entsprechenden Software am häufigsten unklar. Die großen Einrichtungen machen öfter eine fehlende Benutzerfreundlichkeit oder einen zu hohen Aufwand durch Prüfungen von Warnmeldungen für den Verzicht einer Software aus. Dahingegen sehen sie seltener als andere den Anschaffungspreis oder fehlende Schnittstellen zu anderen IT-Systemen als Ursache, ein Softwaresystem nicht zu etablieren.



© Deutsches Krankenhausinstitut

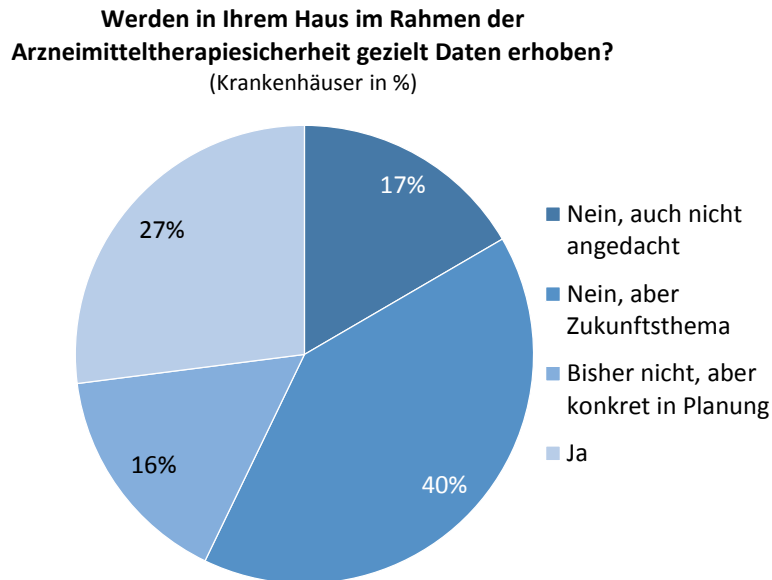
Abb. 45: Gründe für den Verzicht von Software bei Arzneimittelverordnungen

5.7 Datenaufbereitung und -nutzung

In Zusammenhang mit der Arzneimitteltherapiesicherheit wird häufig angemerkt, dass viele Informationen, die für eine qualitativ hochwertige Arzneimitteltherapie benötigt werden, nicht immer in systematischer oder vollständiger Form vorliegen (Vira et al. 2006, Himmel et al. 2004). Dies bezieht sich nicht auf die individuelle Patientenebene, sondern auf Möglichkeiten einer patientenübergreifenden Erfassung und Aufbereitung sowie einer zielgerichteten Analyse von AMTS-Daten.

Gut ein Viertel der Krankenhäuser erhebt bereits Daten im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, weitere 16 % planen konkret, zeitnah Informationen zu sammeln. Für den weitaus größten Teil der Häuser (41 %) ist die Datenerhebung mit Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit im Einklang mit

einer entsprechenden Softwarenutzung ein Zukunftsthema, in 17 % aller Einrichtungen ist dies nicht angedacht (Abb. 46). In dieser letzten Gruppe sind überproportional häufig Kliniken mit 100 bis 299 Betten vertreten.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 46: Erhebung von Daten zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Es stehen verschiedene Parameter zur Verfügung, um etwas über die Arzneimitteltherapie zu erfahren. 90 % der Häuser, die Daten erheben, ermittelt mindestens eine der erfragten Möglichkeiten. In den Häusern, die im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit Daten erheben, werden am häufigsten die Sturzquote sowie die Anzahl der arzneimittelbezogenen Probleme ermittelt. Jeweils gut die Hälfte der Kliniken dokumentiert entsprechende Daten. Die Anzahl der Medikationsfehler sowie aufgetretene Interaktionen werden ebenfalls regelmäßig, in jeweils 41 % der Krankenhäuser erhoben. Auch die Anzahl der Arzneimittelanamnesen wird häufig standardmäßig ermittelt.

Die Anzahl der pharmazeutischen Interventionen sowie die Anzahl der Medikationsanalysen bzw. Medication Reviews werden im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit in knapp einem Drittel der Häuser regelmäßig festgehalten. Je rund ein Viertel der Krankenhäuser erhebt jeweils Daten zur Anzahl der Doppelverordnungen, der Verringerung der Medikationsfehler sowie der Anzahl der unerwünschten Nebenwirkungen.



Knapp 20 % der Kliniken ermitteln Informationen zur durchschnittlichen Anamnesezeit (in Minuten) sowie zum Anteil der Abweichungen der verordneten von der bestehenden Medikation. Gut 10 % der Einrichtungen erhebt den Anteil der Patienten mit Polypharmazie, d. h. die dauerhaft fünf oder mehr Medikamente einnehmen und die Anzahl der Potentially inadequate Medicines (PIM) (Abb. 47).

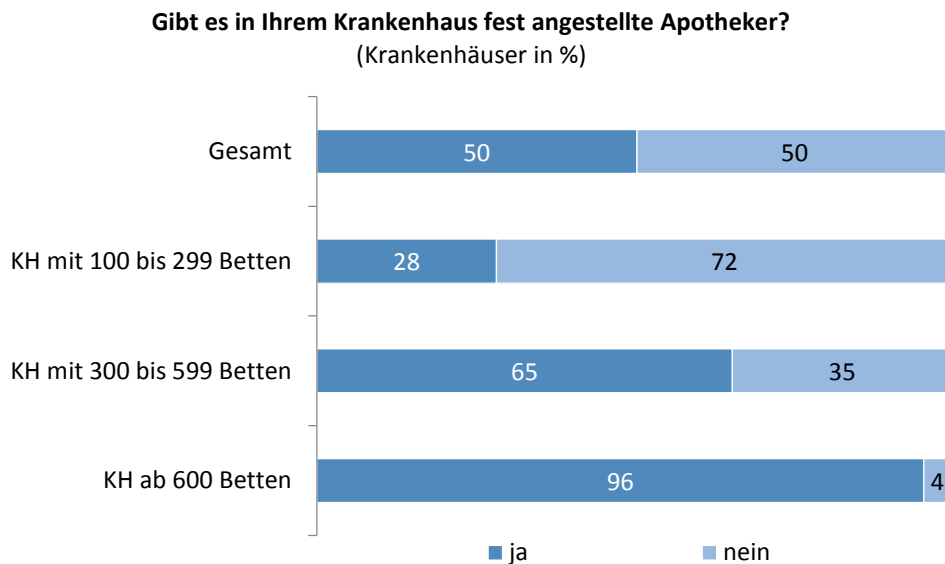


Abb. 47: Erhobene Daten zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Die Häuser erheben im Mittel fünf der 15 erfragten Datenaspekte standardmäßig. Der Median liegt ebenfalls bei fünf. Im Minimum ermitteln die Krankenhäuser eine der abgefragten Möglichkeiten, maximal werden elf verschiedene Parameter zur Arzneimitteltherapiesicherheit erhoben. Das untere Quartil liegt bei zwei, das obere bei acht verschiedenen Daten.

5.8 Fest angestellte Apotheker im Krankenhaus

Die Krankenhäuser wurden gefragt, ob es in ihrem Haus fest angestellte Apotheker gibt. In der Hälfte der Einrichtungen ist dies der Fall. Die Festanstellung von Krankenhausapothekern nimmt mit der Größe der Krankenhäuser zu. Während 28 % der kleinen Häuser entsprechende Stellen für Apotheker vorhalten, sind es fast alle großen Kliniken (Abb. 48).



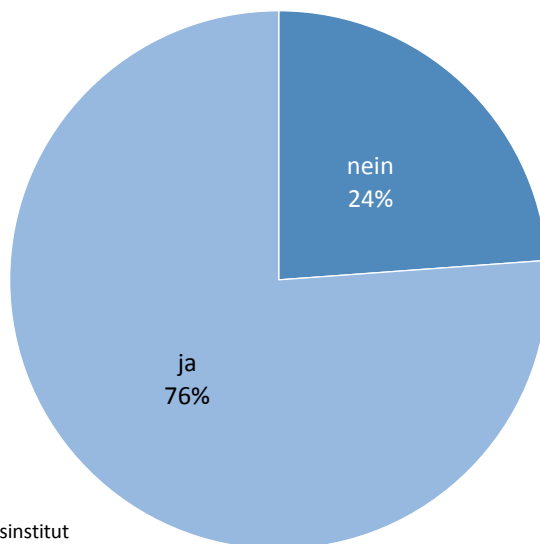
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 48: Fest angestellte Apotheker

In den Häusern, die über fest angestellte Apotheker verfügen, sind diese mehrheitlich regelmäßig beratend auf Station oder in den Fachabteilungen tätig. In 76 % der Kliniken ist dies der Fall (Abb. 49).

Gibt es in Ihrem Krankenhaus fest angestellte Apotheker, die regelmäßig beratend auf Station / in den Fachabteilungen tätig sind?

(Krankenhäuser mit fest angestellten Apothekern in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 49: Auf Station / in Fachabteilungen tätige fest angestellte Apotheker

Im Mittel waren in den Häusern mit fest angestelltem Apotheker am 31.12.2015 1,7 Krankenhausapotheker (Vollkräfte) fest angestellt, die regelmäßig beratend auf Station tätig waren. Der Median betrug 1 (Tab. 3).

Tab. 3: Fest angestellte und beratend tätige Apotheker

	Regelmäßig auf Station beratend tätige und fest angestellte Krankenhausapotheker am 31.12.2015 Vollkräfte
Mittelwert	1,7
Median	1

Beim Einsatz von fest angestellten Apothekern auf Stationen oder Fachabteilungen ist es interessant, ob sich aus Sicht der Häuser Bereiche identifizieren lassen, auf denen sich ein entsprechender Einsatz besonders bewährt hat. Die Krankenhäuser, die regelmäßig Apotheker beratend auf Station einsetzen, nennen eine Vielzahl von Fachabteilungen oder Stationen, auf denen sich ih-

rer Meinung nach die unterstützende Mitarbeit etabliert hat. Dies sind insbesondere chirurgische Fachabteilungen bzw. operative Disziplinen. Hier wurde vor allem die Unfallchirurgie als spezieller Fachbereich genannt.

Die beratende Mitarbeit der Apotheker auf Stationen hat sich nach Einschätzung der Krankenhäuser auch in der Intensivmedizin sowie den inneren Fachabteilungen bewährt. Darüber hinaus ist der Einsatz von Apothekern aus Sicht der Einrichtungen vor allem auf onkologischen Stationen, in der Geriatrie bzw. Altersmedizin angezeigt.

Ein Teil der Krankenhäuser vermag keine Station oder Fachabteilung hervorzuheben und betont, dass sich die beratende Mitarbeit der Apotheker überall ausgezeichnet hat.

Die Häuser wurden auch danach gefragt, auf welchen Stationen oder Fachabteilungen sich der Einsatz von Apothekern aus ihrer Sicht nicht bewährt hat. Hier gab es jedoch nur vereinzelte Nennungen, so dass sich schlussfolgern lässt, dass die Einrichtungen, die Apotheker auf Station einsetzen, ein durchweg positives Resümee ziehen.





6 Erlösausgleiche

Das Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) enthält in § 4 Abs. 3 Vorgaben über den Mehr- und Mindererlösausgleich bei Belegungsabweichungen. Der Zweck der Erlösausgleiche besteht in einem teilweisen Ausgleich der Abweichungen zwischen der tatsächlichen Belegung und der bei den Budgetverhandlungen vorausgeschätzten Belegung.

6.1 Mindererlöse und freiwilliger Verzicht auf Mindererlösausgleich 2014

Die in § 4 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Vorschriften sehen für das Jahr 2014 für den Mindererlösausgleich einen grundsätzlichen Ausgleichssatz von 20 % für Fallpauschalen, bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte und krankenhausespezifische Entgelte vor. Der gleiche Ausgleichssatz wird auch auf Fallpauschalen für schwerverletzte oder schwerbrandverletzte Patienten angewendet. Keinen Ausgleich gab es für Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte. Die Vertragsparteien vor Ort konnten einen individuellen Ausgleichssatz für Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder mit einer schwer planbaren Leistungsmenge vereinbaren.

Die Krankenhäuser wurden gefragt, ob sie in den Budgetverhandlungen für 2014 auf den Mindererlösausgleich verzichtet haben.

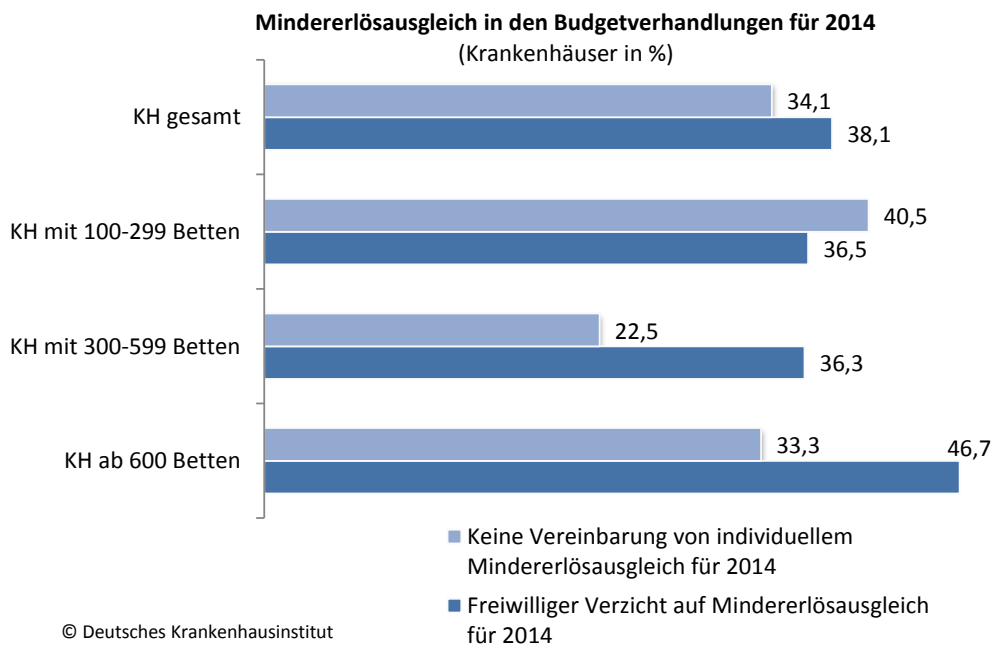


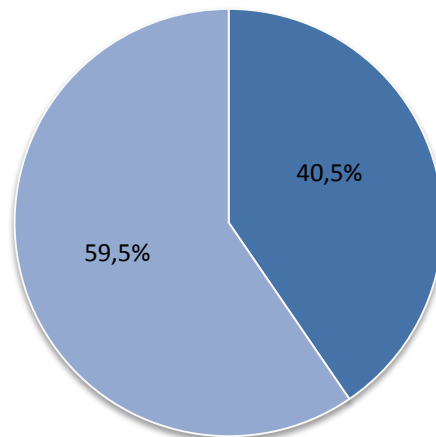
Abb. 50: Mindererlösausgleich in den Budgetverhandlungen für 2014

Einen freiwilligen Verzicht auf einen Mindererlösausgleich in den Budgetverhandlungen für 2014 gaben 38 % der Krankenhäuser an. Dies betrifft vor allem die großen Krankenhäuser ab 600 Betten, wo fast jedes zweite Haus auf eine entsprechende Vereinbarung mit den Krankenkassen verzichtet hat.

Rund ein Drittel der Häuser konnte keine Vereinbarung über einen individuellen Ausgleichssatz für Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder mit einer schwer planbaren Leistungsmenge abschließen. Hier waren vor allem die Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten betroffen.

Im Budgetjahr 2014 wurden von 40 % der Krankenhäuser Mindererlöse realisiert. Bei den restlichen 60 % der Krankenhäuser kam es zu keinen Mindererlösen.

Wurden Mindererlöse im Budgetjahr 2014 realisiert?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

■ ja ■ nein

Abb. 51: Realisierung von Mindererlösen im Budgetjahr 2014

Von den Krankenhäusern, die in den Budgetverhandlungen für 2014 freiwillig auf Mindererlöse verzichtet haben, realisierten 43 % tatsächlich im Budgetjahr 2014 einen Mindererlös. Diese Krankenhäuser haben damit keinen Anspruch auf einen Ausgleich für die Abweichung der niedrigeren tatsächlichen Belegung von der bei den Budgetverhandlungen vorausgeschätzten höheren Belegung erhalten. Die Krankenhäuser haben somit für einen Teil ihrer Leistungen keine Vergütung erhalten.

Diese Krankenhäuser wurden danach befragt, wie hoch der Mindererlösausgleich ausgefallen wäre, wenn sie nicht freiwillig auf ihn verzichtet hätten. Als Bezugsgröße für den nicht erhaltenen Mindererlösausgleich wurde das Erlösbudget heran gezogen. Bei den nachfolgenden Aussagen muss aber berücksichtigt werden, dass die dargestellten Anteilswerte nicht gewichtet sind. Die Erlösbudgets der großen Krankenhäuser ab 600 Betten sind deutlich höher als die Erlösbudgets der kleineren Krankenhäuser.

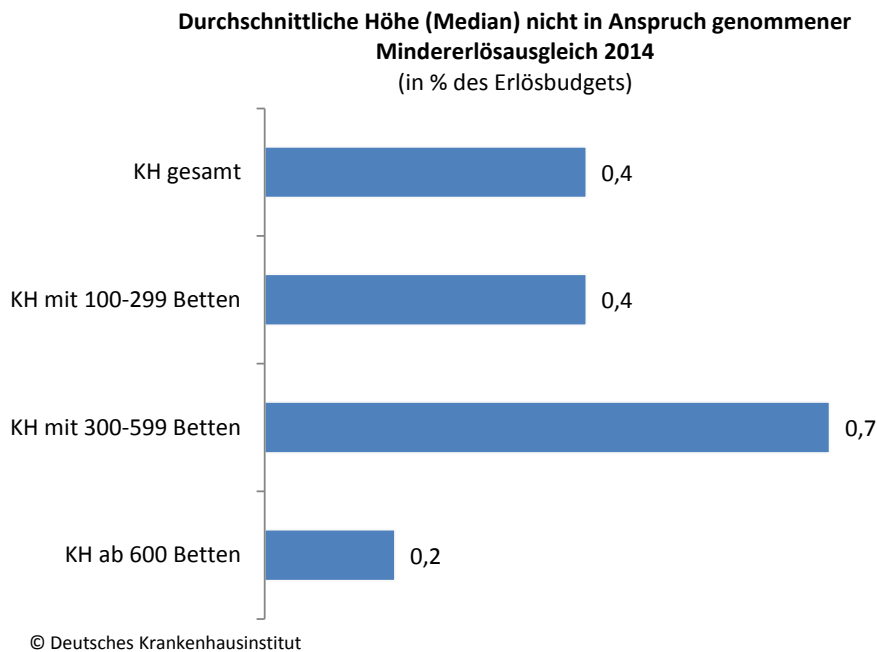


Abb. 52: Durchschnittliche Höhe des nicht in Anspruch genommenen Mindererlösausgleichs 2014

Über alle betreffenden Krankenhäuser gesehen, liegt die durchschnittliche Höhe (Median) des nicht in Anspruch genommenen Mindererlösausgleichs für das Budgetjahr bei 0,4 % des Erlösbudgets. Der untere Quartilswert betrug 0,2 % des Erlösbudgets, der obere 0,9 %.

Während die Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten mit einem Anteilswert von 0,7 % deutlich über dem Durchschnittswert liegen, sind die Krankenhäuser ab 600 Betten mit 0,2 % unterhalb des Durchschnitts.

6.2 Mindererlöse und Mindererlösausgleich zwischen 2010 und 2013

Mindererlöse und Mindererlösausgleiche betreffen die Krankenhäuser schon länger. Für den Zeitraum zwischen 2010 und 2013 sollten die Krankenhäuser angeben, wie oft sie auf Mindererlösausgleiche verzichtet haben und wie oft Mindererlöse realisiert worden sind.

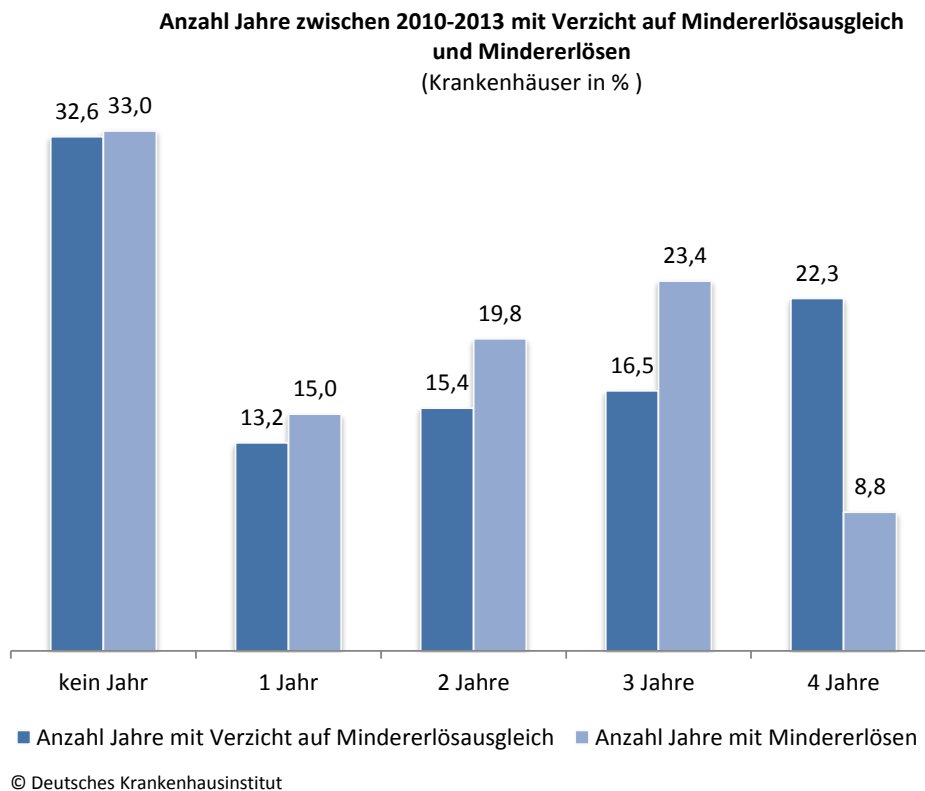


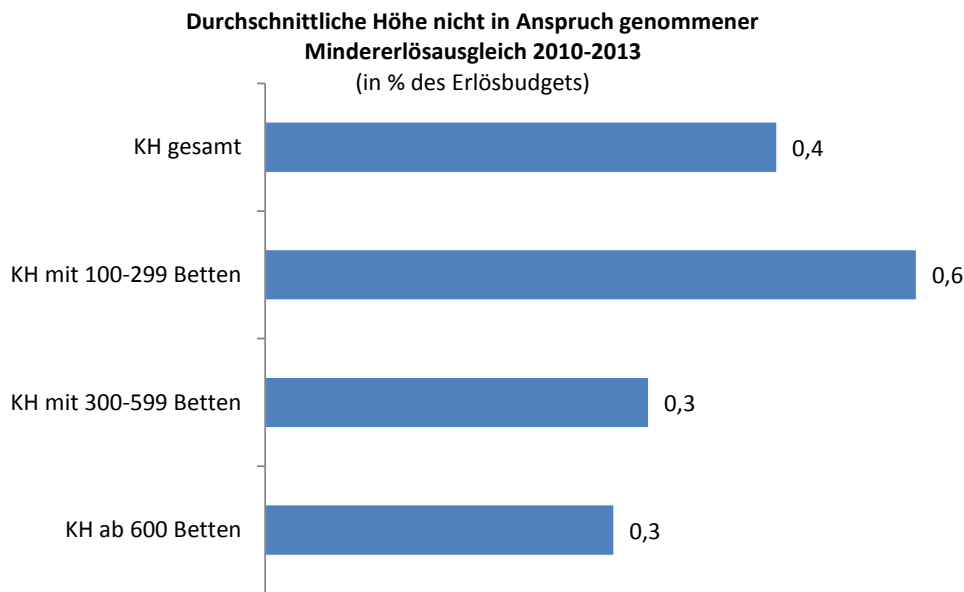
Abb. 53: Anzahl Jahre mit Verzicht auf Mindererlösausgleich und Mindererlösen zwischen 2010 und 2013

Ein Drittel der Krankenhäuser hat in dem Zeitraum zwischen 2010 und 2013 niemals auf einen Mindererlösausgleich verzichtet bzw. keinen Mindererlös realisiert.

Auf der anderen Seite haben 22 % der Krankenhäuser in allen vier Jahren freiwillig auf einen Mindererlösausgleich verzichtet und 9 % der Häuser realisierten in allen Jahren einen Mindererlös.

Gut zwei Drittel der Krankenhäuser verzeichneten zwischen 2010 und 2013 in mindestens einem Jahr Mindererlöse.

Die Erlösrelevanz der durch einen freiwilligen Verzicht auf den Mindererlösausgleich nicht finanzierten Leistungen in diesem Zeitraum kann der Abbildung 54 entnommen werden.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 54: Durchschnittliche Höhe des nicht in Anspruch genommenen Mindererlösausgleichs zwischen 2010 und 2013

Die für das Jahr 2014 festgestellte Erlösrelevanz der nicht finanzierten Leistungen lag damit auch - über alle Krankenhäuser gesehen – schon in den Vorjahren vor. Abweichend davon war nur die unterschiedliche Höhe in den Größenklassen.

6.3 Mehrerlöse und Mehrerlösausgleich

Der Mehrerlösausgleich der in der für 2014 geltenden Regelung des § 4 Abs. 3 KHEntgG sieht einen grundsätzlichen Ausgleichssatz von 65 % für Fallpauschalen, bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte und krankenhausesindividuelle Entgelte vor. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte sowie aus Fallpauschalen für schwerverletzte oder schwerbrandverletzte Patienten werden zu 25 % ausgeglichen. Die Vertragsparteien vor Ort konnten einen individuellen Ausgleichssatz für Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil oder mit einer schwer planbaren Leistungsmenge vereinbaren.

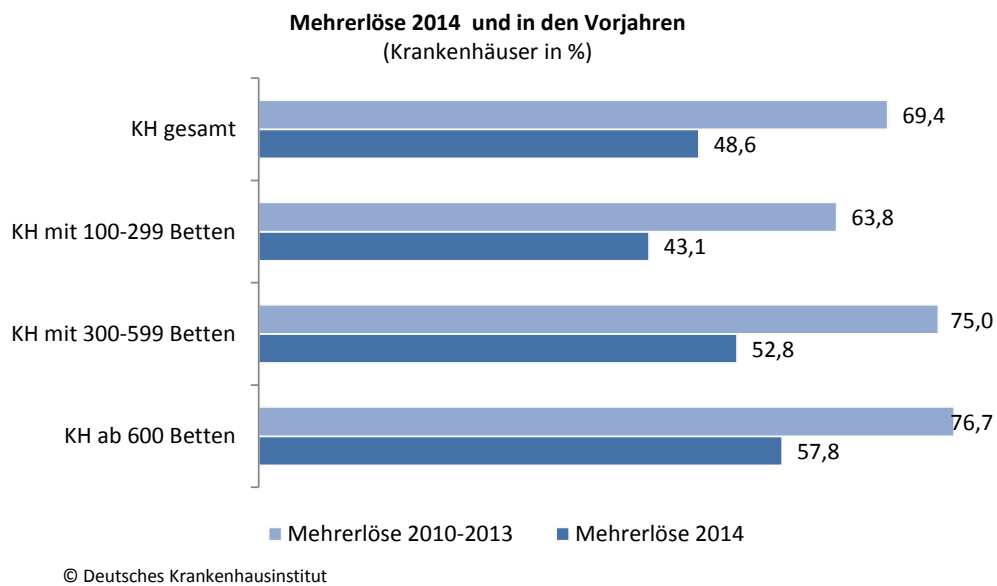


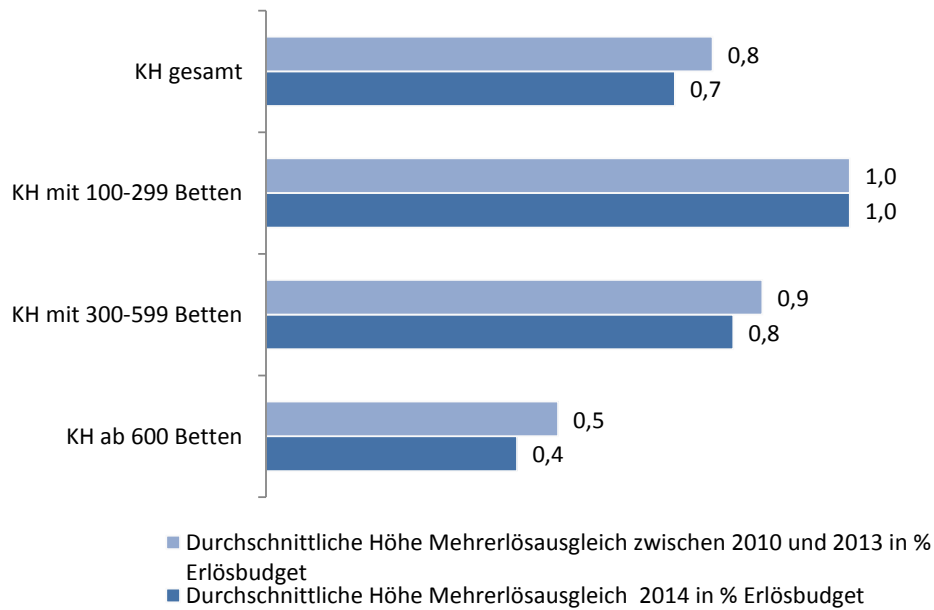
Abb. 55: Mehrerlöse 2014 und in den Vorjahren

Rund die Hälfte der Krankenhäuser realisierte im Budgetjahr 2014 Mehrerlöse. Vor allem die Krankenhäuser ab 600 Betten lagen über dem bundesdeutschen Mittelwert.

Gefragt danach, ob auch in den Vorjahren (2010 bis 2013) Mehrerlöse zustande gekommen seien, gaben dies 69 % der Krankenhäuser an. Jeweils drei Viertel der Krankenhäuser ab 300 Betten hatten in diesem Zeitraum mindestens einmal einen Mehrerlös.

Die durchschnittliche Höhe des Mehrausgleichs 2014 und in den Jahren 2010 bis 2013 kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.

Durchschnittliche Höhe (Median) Mehrerlösausgleiche 2014 und in den Jahren 2010 bis 2013
(in % des Erlösbudgets)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 56: Durchschnittliche Höhe (Median) des Mehrerlösausgleichs 2014 und in den Jahren 2010 bis 2013

Es zeigt sich eine gewisse Konstanz in der Höhe des Mehrausgleichs. Er bewegt sich im Rahmen von 0,7 bis 0,8 % des Erlösbudgets. Das variiert allerdings mit Blick auf die Größe der Krankenhäuser. Bei den kleineren Krankenhäusern ist der Anteil größer, bei den großen Häusern ab 600 Betten niedriger.



7 NUB-Leistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden über definierte Fallpauschalen vergütet. Dem als lernendes System angelegtem DRG-System muss eine gewisse Dynamik inhärent sein, damit eine Anpassung der Fallpauschalen an ein sich änderndes Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes und struktureller Änderungen erfolgen kann.

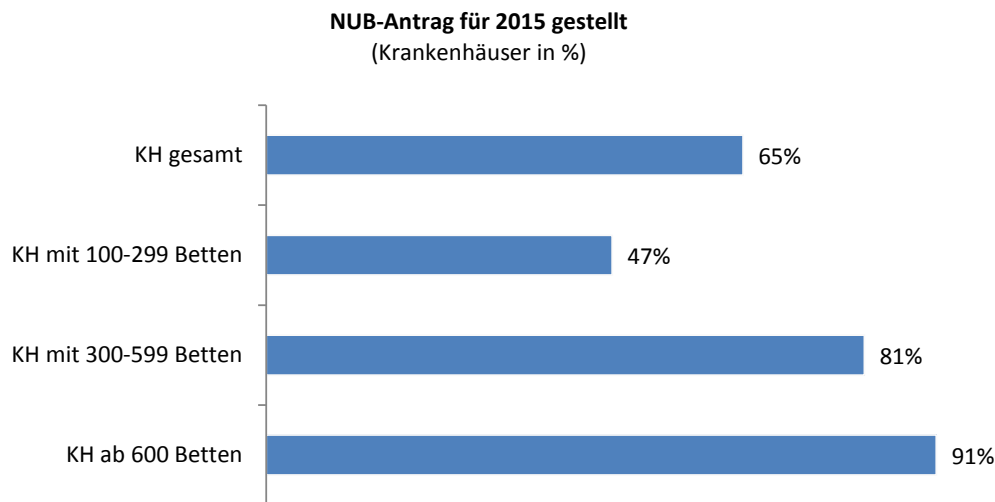
Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sieht für die Einführung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen eine Regelung in § 6 Abs. 2 vor. Demnach erfolgt die Vergütung mittels zeitlich befristeter, fallbezogener Entgelte oder Zusatzentgelte, die zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vereinbart werden können.

Die Einführung von NUB in die stationäre Versorgung umfasst im Wesentlichen zwei Verfahrensschritte:

- das zentrale Zulassungsverfahren mit den Antrags- und Prüfungsverfahren für NUB durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sowie
- das dezentrale Vergütungsverfahren mit den Preis- und Mengenverhandlungen für NUB durch Verhandlungen vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern.

7.1 NUB-Anträge und NUB-Vereinbarungen

Für das Jahr 2015 haben rund 65 % der Krankenhäuser einen oder mehrere Anträge zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an das InEK gestellt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 57: NUB-Anträge nach Bettengrößenklassen

Der Anteil der Krankenhäuser, der einen NUB-Antrag beim InEK gestellt hat, variiert aber deutlich, wenn man die Größe der Krankenhäuser berücksichtigt. Während bei den Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten nur jedes zweite Haus einen Antrag einreichte, waren es bei den Krankenhäusern ab 600 Betten 91 %, also fast alle Häuser (Abb. 57).

Aber nicht nur der Anteil der Krankenhäuser mit NUB-Anträgen unterscheidet sich nach der Größe der Krankenhäuser, sondern auch die durchschnittliche Anzahl der Anträge.

In der nachfolgenden Abbildung ist die Entscheidung des InEK wiedergegeben, den Anträgen den Status 1 oder 2 zu geben. Hierbei bedeutet:

- Status 1: Beantragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen. Eine Integration in das DRG-System wird geprüft.
- Status 2: Beantragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien nicht erfüllen.

Durchschnittliche Anzahl (Median) NUB-Anträge mit Status 1 oder 2

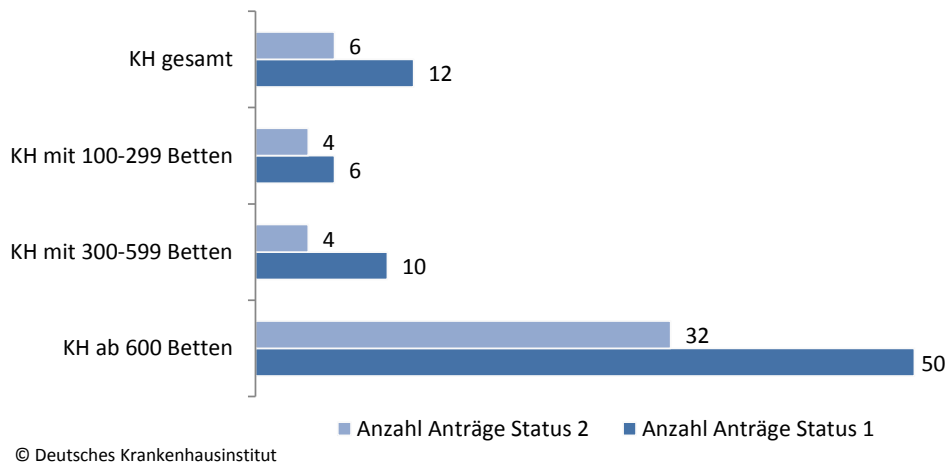


Abb. 58: Durchschnittliche Anzahl NUB-Anträge nach Status

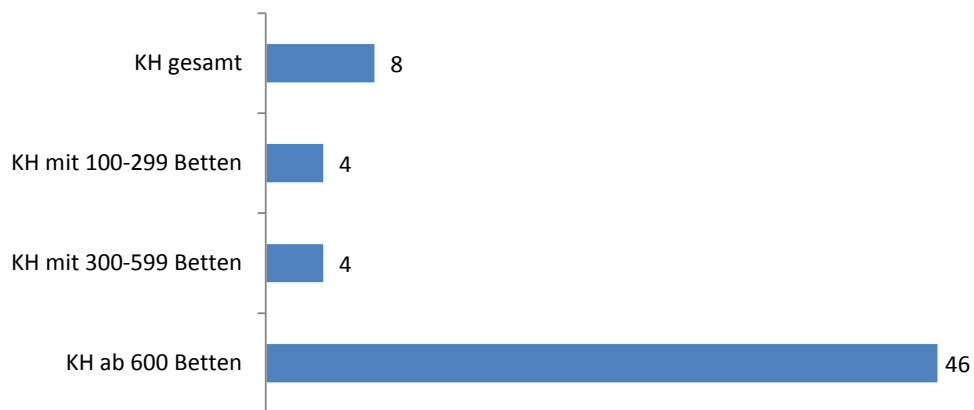
Im Mittel (Median) hat das InEK 12 Anträgen je Krankenhaus den Status 1 und 6 Anträgen den Status 2 zuerkannt. Die Bandbreite in der Anzahl der Anträge nach Größenklassen zeigt sich sehr deutlich (Abb. 58).

7.2 Vereinbarungen über krankenhaushausindividuelle Entgelte

Sobald das InEK einer NUB-Leistung den Status 1 zuerkannt hat, können die Vertragsparteien auf Krankenhausebene Vereinbarungen über krankenhaushausindividuelle Entgelte abschließen. Im Mittel (Median) wurden acht entsprechende krankenhaushausindividuelle Entgelte je Krankenhaus mit den Kostenträgern vereinbart.

Die Anzahl der krankenhaushausindividuellen NUB-Entgelte variiert mit der Größe der Krankenhäuser (Abb. 59). Bei den Krankenhäusern mit 100 bis 299 Betten sowie den Häusern mit 300 bis 599 Betten wurden durchschnittlich jeweils vier Vereinbarungen je Haus zwischen den Vertragspartnern vor Ort abgeschlossen. Eine deutlich überdurchschnittliche Anzahl von krankenhaushausindividuellen Entgelten weisen die großen Krankenhäuser ab 600 Betten aus. Hier lag die mittlere Anzahl von Vereinbarungen bei 46 je Krankenhaus.

Durchschnittliche Anzahl (Median) der vereinbarten
krankenhausindividuellen Entgelte



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 59: Mittlere Anzahl der vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelte nach Größenklassen

Stellt man die Anzahl der vereinbarten krankenhausindividuellen NUB-Entgelte zur Anzahl der vom InEK anerkannten NUB-Anträge je Krankenhaus in Beziehung, erhält man die „Erfolgsquote“ für die anerkannten Anträge (Abb. 60).

Anteil der vereinbarten Entgelte an den Status 1-NUB-Entgelten



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 60: Anteil der vereinbarten Entgelte an den Status 1-NUB-Entgelten



Der Anteil der vereinbarten Entgelte an den vom InEK anerkannten NUB-Anträgen (Status 1) lag über alle Krankenhäuser bei 79 %. Bei den Krankenhäusern ab 600 Betten fällt die entsprechende „Erfolgsquote“ mit 88 % überdurchschnittlich aus, während in den Häusern unter 600 Betten in weniger als 70 % der vom InEK anerkannten NUB-Leistungen (Status 1) ein krankenhausesindividuelles Entgelt abgeschlossen werden konnte.

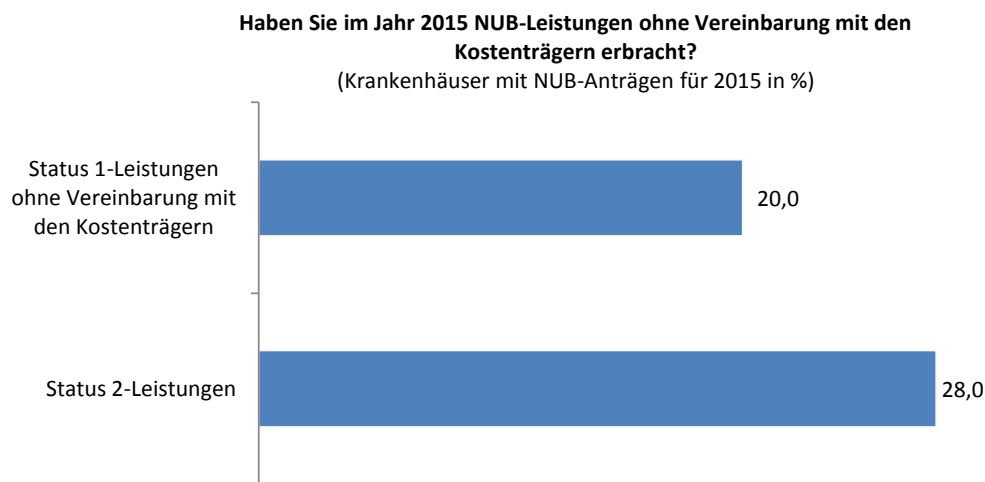
7.3 NUB-Leistungen auch ohne Vereinbarung

In dem zweistufigen Verfahren für die Anerkennung und Abrechnung von NUB-Leistungen gibt es zwei Haltepunkte, die dazu führen, dass die entsprechenden Leistungen nicht abgerechnet werden dürfen:

- Wenn eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vom InEK den Status 2 zuerkannt bekommt, dann dürfen für diese Leistungen keine individuellen Entgelte auf dezentraler Ebene vereinbart werden.
- Wenn für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zwar eine Anerkennung vom InEK vorliegt, es sich also um Status 1-Leistungen handelt, die Verhandlungspartner vor Ort aber keine Vereinbarung über die Art und/ oder Höhe der Entgelte abschließen, dann können für diese Leistungen auch keine individuellen Entgelte abgerechnet werden.

In beiden Fällen können die Leistungen zwar erbracht werden. Sie werden aber von den Kostenträgern nicht über Entgelte finanziert.

Die Krankenhäuser, die im Jahr 2014 NUB-Anträge für das Jahr 2015 gestellt haben, wurden befragt, ob sie auch ohne Vereinbarung mit den Kostenträgern neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen für ihre PatientInnen erbracht haben.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 61: NUB-Leistungen ohne Vereinbarungen mit den Kostenträgern

20 % dieser Krankenhäuser erbringen Status 1-Leistungen auch ohne entsprechende Vereinbarungen mit den Kostenträgern. Es handelt sich größtenteils um Krankenhäuser, die bei anderen NUB-Leistungen Vereinbarungen mit den Kostenträgern abgeschlossen haben.

Die genannten NUB-Leistungen für die PatientInnen werden unentgeltlich erbracht, da es keine Vereinbarungen mit den Kostenträgern gibt. Kosten entstehen den Krankenhäusern aber dennoch. Wie hoch diese Kosten sind, wurde ebenfalls erfragt.

Bei den Status 1-Leistungen entstanden 2015 je Krankenhaus ohne Vereinbarung mit den Kostenträgern im Mittel (Median) Kosten in Höhe von 27.000 Euro bei den erbrachten Leistungen. Bei einem Viertel der Krankenhäuser liegen die Kosten über 51.000 Euro pro Jahr.

Bei den Stichprobenkrankenhäusern, die Angaben zu den Kosten machten, summieren sich diese Kosten auf rund 3,8 Millionen Euro, welche die Krankenhäuser ohne Vereinbarung mit den Kostenträgern nicht refinanziert erhalten.

Status 2 NUB-Leistungen führen 28 % der Krankenhäuser durch. Diese Leistungen werden aus Sicht der Krankenhäuser (zumindest teilweise) unentgeltlich erbracht. Aus Sicht des InEK und nachfolgend auch der Kostenträger sind diese Leistungen mit den Fallpauschalen bzw. Zusatzentgelten abgegolten. Hier bestehen insofern Differenzen in der Beurteilung dieser Leistungen.



8 Wirtschaftliche Situation des Krankenhauses

8.1 Jahresergebnis 2015

Mit Blick auf ihre wirtschaftliche Situation sollten die Krankenhäuser angeben, ob sie in der Gewinn- und Verlustrechnung für das Jahr 2015 ein positives, negatives oder ausgeglichenes Jahresergebnis erzielt haben.

Danach hat etwa jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (33 %) im Jahr 2015 Verluste geschrieben. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss liegt bei 58 % und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen Jahresergebnis bei 10 % (Abb. 62).

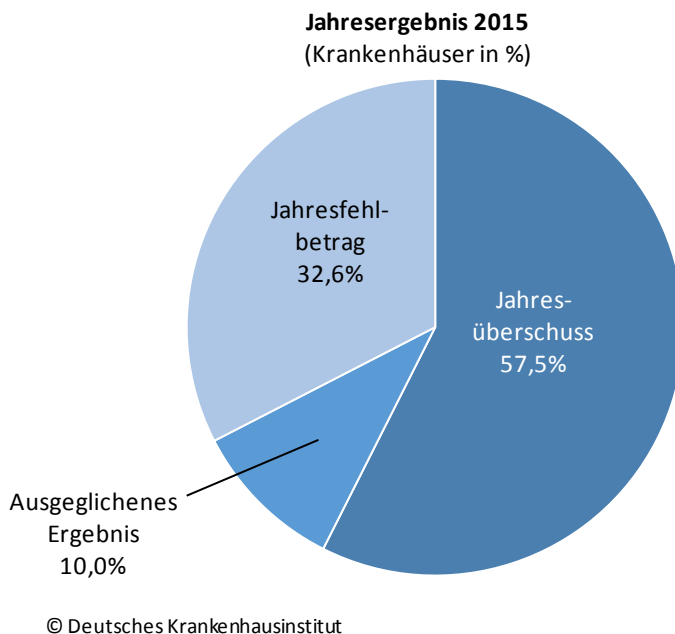


Abb. 62: Jahresergebnis 2015

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die Ergebnisse kaum verändert. Insgesamt war die wirtschaftliche Situation der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2015 somit nach wie vor problematisch.

Nach Bettengrößenklassen differenziert wiesen die Häuser der mittleren Bettengrößenklasse mit 300 – 599 Betten am häufigsten einen Jahresüberschuss (66 %) und am seltensten einen Jahresfehlbetrag auf (26 %). Verglichen damit

fällt der Anteil der Krankenhäuser mit Jahresfehlbetrag in den kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten (35 %) und den größeren Einrichtungen ab 600 Betten (37 %) höher aus (Abb. 63).

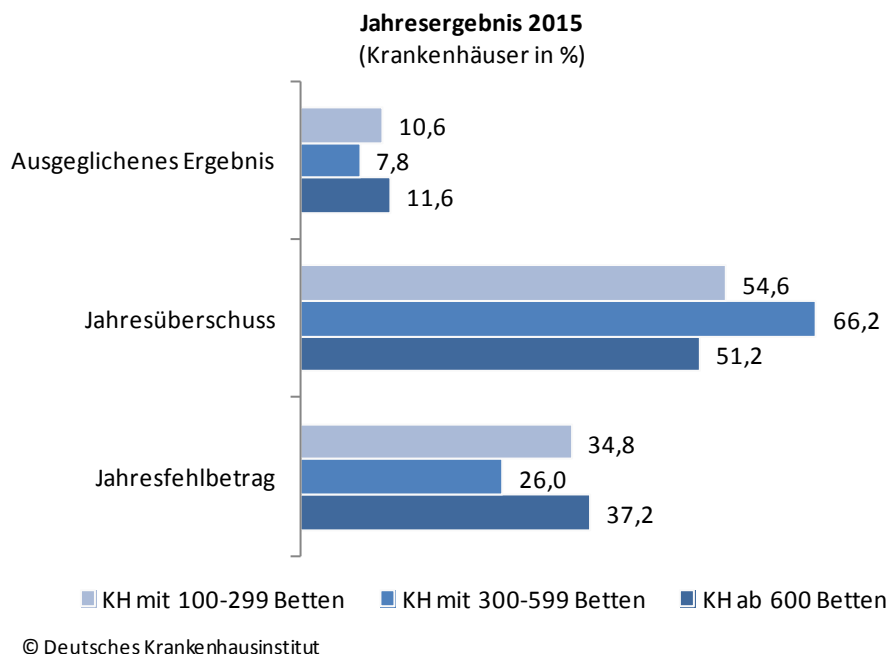


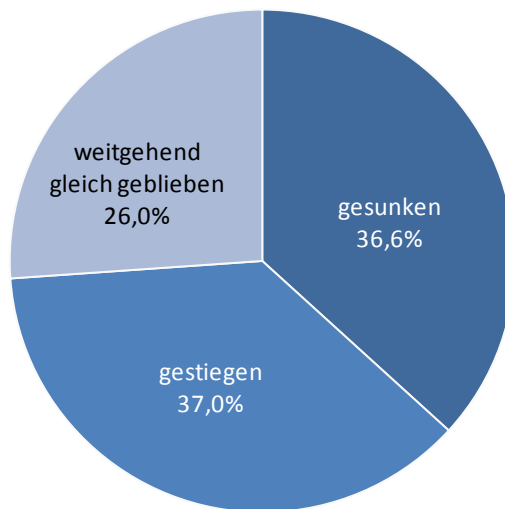
Abb. 63: Jahresergebnis 2015

8.2 Entwicklung der Jahresergebnisse 2014/2015

Über die bloße Angabe von positiven, negativen oder ausgeglichenen Jahresergebnissen hinaus, sollten die Krankenhäuser des Weiteren über die konkrete Entwicklung der Jahresergebnisse laut Gewinn- und Verlustrechnung in den Jahren 2014 und 2015 informieren.

Danach ist das Jahresergebnis im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 in jeweils 37 % der Krankenhäuser gesunken bzw. gestiegen und bei 26 % der Häuser konstant geblieben (Abb. 64).

Entwicklung des Jahresergebnisses 2015 im Vergleich zu 2014
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 64: Entwicklung des Jahresergebnisses 2015 im Vergleich zu 2014

Die Entwicklung der Jahresergebnisse variiert stark in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Abb. 65). Der Anteil der Krankenhäuser mit gesunkenem Jahresergebnis fällt in den beiden Bettengrößenklassen unter 600 Betten mit jeweils rund 40 % überdurchschnittlich aus. Umgekehrt fällt der Anteil der Häuser mit gestiegenem Jahresergebnis in der oberen Größenklasse ab 600 Betten mit 48 % überdurchschnittlich aus.

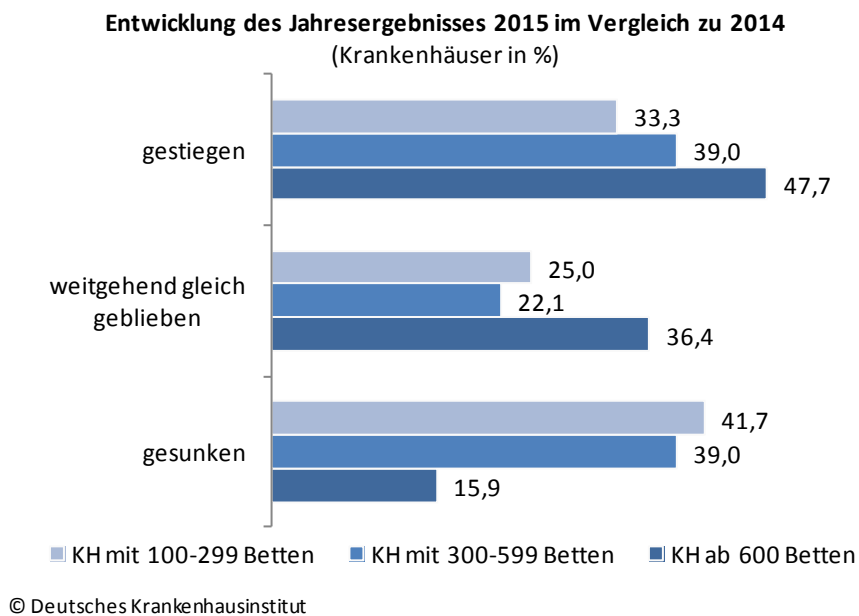


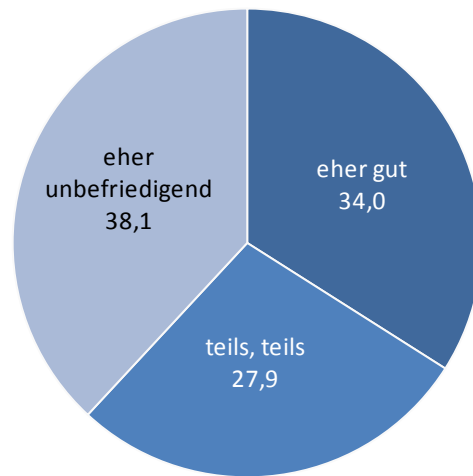
Abb. 65: Entwicklung des Jahresergebnisses 2015 im Vergleich zu 2014 nach Bettengrößenklassen

8.3 Beurteilung der wirtschaftlichen Situation

Über das Jahresergebnis 2015 hinaus sollten die Krankenhäuser auch ihre wirtschaftliche Situation zum Erhebungszeitpunkt im Frühjahr 2016 beurteilen. Demnach schätzt nur etwa jedes dritte Krankenhaus (34 %) seine wirtschaftliche Lage als eher gut ein. 38 % der Krankenhäuser schätzen ihre wirtschaftliche Lage als eher unbefriedigend ein, während 28 % in dieser Hinsicht unentschieden sind (Abb. 66).

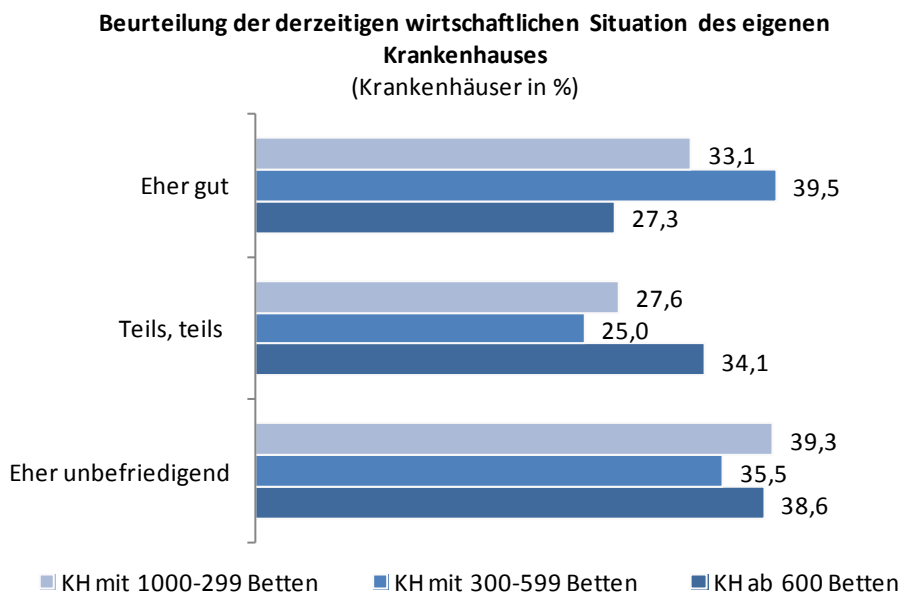
Nach Krankenhausgröße fällt die Einschätzung der aktuellen wirtschaftlichen Situation in der mittleren Bettengrößenklasse tendenziell am besten aus, während sich die übrigen Größenklassen kaum unterscheiden (Abb. 67).

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



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 66: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses



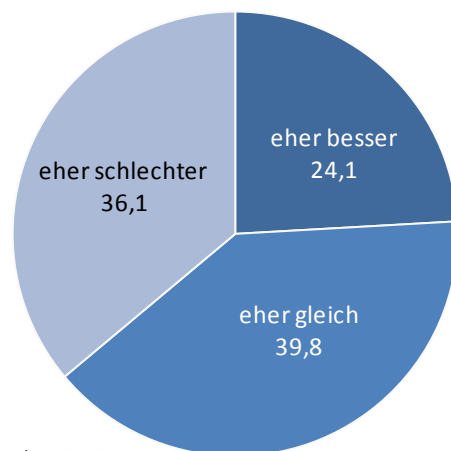
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 67: Beurteilung der derzeitigen wirtschaftlichen Situation des eigenen Krankenhauses nach Bettengrößenklassen

8.4 Beurteilung der wirtschaftlichen Erwartungen

Abschließend sollten sich die Krankenhäuser auch zu ihren Erwartungen für das kommende Jahr 2017 äußern: Nur ein Viertel der Häuser (24 %) erwartet eine Verbesserung, jedoch 36 % der Krankenhäuser eine Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation (Abb. 68). Die Zukunftserwartungen der Krankenhäuser fallen also insgesamt ambivalent aus.

Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2017
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 68: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2017

Nach Bettengrößenklassen differenziert fallen die Erwartungen in Häusern der oberen Bettengrößenklasse tendenziell etwas besser aus als in den beiden unteren Bettengrößenklassen (Abb. 69).

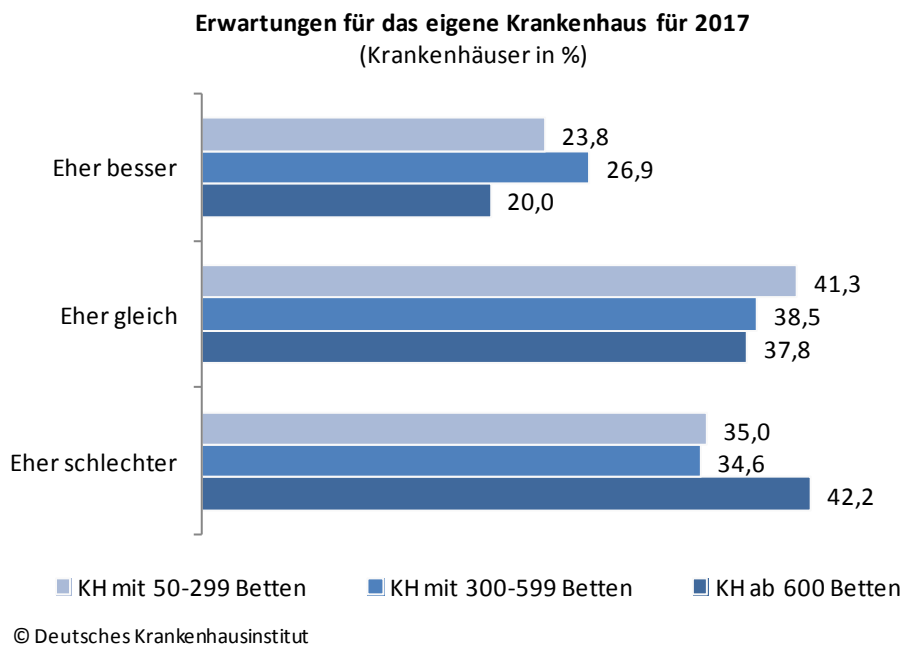


Abb. 69: Erwartungen für das eigene Krankenhaus für 2017 nach Bettengrößenklassen

9 Literatur

- Ammenwerth E., Aly A.F., Bürkle T., Christ P., Dormann H., Friesdorf W., Haas C., Haefeli W.E., Jeske M., Kaltschmidt J., Menges K., Möller H., Neubert A., Rascher W., Reichert H., Schuler J., Schreier G., Schulz S., Seidling H.M., Stühlinger W., Criegee-Rieck M. (2014). Zum Einsatz von Informationstechnologie zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (Memorandum AMTS-IT). *GMS MedInform Biom Epidemiol.* 2014;10(1): Doc03. DOI: 10.3205/mibe000152, URN: urn:nbn:de:0183-mibe0001522.
- Asylgesetz (AsylG) (2016). Asylgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008 (BGBl. I S. 1798), das durch Artikel 2 Absatz 2 des Gesetzes vom 4. November 2016 (BGBl. I S. 2460) geändert worden ist.
- Bates, D. W., Leape, L. L., Cullen, D. J. et al. (1998): Effect of Computerized Physician Order Entry and a Team Intervention on Prevention of Serious Medication Errors. *JAMA.* 280(15): 1311-1316.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2015): Aktuelle Zahlen zu Asyl (Ausgabe: Dezember 2015)
- Bundesministeriums für Gesundheit (2013): Aktionsplan 2013 - 2015 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland - Aktionsplan AMTS 2013 – 2015.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2016). Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur ehrenamtlichen Krankenhaushilfe (Stand: Juli 2016) Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2001). Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur ehrenamtlichen Krankenhaushilfe. Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015). Hinweise zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Krankenhäusern (Stand: November 2015). Berlin.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2011 ff.). Krankenhaus Barometer. Düsseldorf.
- Han, Y. Y., Carcillo, J. A., Venkataraman, S. T. et al. (2005): Unexpected Increased Mortality after Implementation of a Commercially Sold Computerized Physician Order Entry System. *Pediatrics.* 116(6): 1506-1512.
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA (2010)- Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int.* 107: 543-551.
- Himmel, W., Kochen, M. M., Sorns, U., Hummers-Pradier, E. (2004): Drug changes at the interface between primary and secondary care. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics.* 42(2): 103-109.
- Kaushal, R., Bates, D. W., Landrigan, C., McKenna, K. J., Clapp, M. D., Federico, F., Goldmann, D. A. (2001): Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. *JAMA.* 285(16): 2114-2120.





- Ommen, O., Ullrich, B., Janssen, C., Pfaff, H. (2007): Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung: Probleme, Erklärungsmodell und Lösungsansätze. *Medizinische Klinik*. 102(11): 913-917.
- Schildwächter, M. (2014). Die Arzneimittelversorgung im Krankenhaus. *Zeitschrift für Arztrecht, Krankenhausrecht, Apotheken- und Arzneimittelrecht (GesR)*, 11: 641-646.
- Schnurrer, J. U., Frölich, J. C. (2003): Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. *Der Internist*. 44(7): 889-895.
- Sittig, D. F., Ash, J. S., Zhang, J. Osheroff, J. A., Shabot, M. (2006): Lessons From "Unexpected Increased Mortality After Implementation of a Commercially Sold Computerized Physician Order Entry System". *Pediatrics*. 118(2): 797-801.
- Tam, V. C., Knowles, S. R., Cornish, P. L., Fine, N., Marchesano, R., Etchells, E. (2005): Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ*. 173(5): 510-515.
- Thomeczek C., Fishman L., Renner D. (2012). High 5s-Projekt: Arzneimitteltherapiesicherheit an Übergängen im Behandlungsprozess. 4. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. 27. September 2012.
- Vira, T. Colquhoun, M., Etchells, E. (2006): Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care*. 15: 122-126.
- WeltN24 GmbH (2016). Deutschland korrigiert Flüchtlingszahl für 2015. Veröffentlicht am 30.09.2016. Letzter Zugriff: 24.11.2016
- Wiffen, P, Gill, M., Edwards, J, Moore, A. (2002): Adverse drug reactions in hospital patients: A systematic review of the prospective and retrospective studies. *Bandolier*. 1-15.